

PANDUAN DAN SOAL

# OSCE COMPREHENSIVE



LABORATORIUM KETERAMPILAN KLINIK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ISLAM SUMATERA UTARA  
2017 -2018

## KATA PENGANTAR

Assalamualikum Wr. Wb

Segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW. Berkat limpahan Karunia dan Rahmat-Nya. Panduan Soal OSCE Comprehensive T.A 2017 – 2018 FK UISU yang disusun oleh Tim Lab Skill FK UISU dan bagian yang terkait dapat terselesaikan.

Konsil Kedokteran Indonesia melalui Keputusan No. 11 Tahun 2012 telah mensahkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia, amanah undang – undang RI No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran dan berdasarkan Buku Panduan Akademik TA. 2017 – 2018 maka Panduan Soal OSCE Comprehensive dipandang perlu untuk dibuat yang mengacu pada perkembangan dan paradigma pendidikan dokter serta mempertimbangkan visi dan misi FK UISU dengan tujuan meningkatkan mutu pendidikan serta nantinya diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia.

Kami menyadari bahwa Panduan Soal ini masih banyak kekurangan, oleh sebab itu kami berharap kritikan dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan buku panduan ini ke depannya.

Akhir kata semoga buku ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan segala sesuatu yang dilakukan diridhoi oleh Allah SWT. Aamiin

Dekan FK UISU

dr. Abd. Haris Pane, Sp. OG

LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN

SARAF

NAMA :  
 NPM :  
 HARI/TANGGAL :

INTRODUKSI

No	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
1	Pemeriksa terlebih dahulu memberitahukan pada pasien maksud, tujuan, dan prosedur pemeriksaan refleks fisiologis dan patologis secara lisan dengan bahasa yang dimengerti oleh pasien, kemudian mintalah persetujuan pasien (informed consent).				
2	Mempersiapkan alat dan bahan				
3	Mencuci tangan/ <i>simple hand washing</i> menurut WHO				
TOTAL SKOR					

PEMERIKSAAN RANGSANG MENINGEAL

No	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>					
1	Posisi pasien berbaring supinasi, otot – otot leher dan bahu rileks dan kedua tungkai lurus				
2	Posisi pemeriksa di kanan pasien				
<b>PEMERIKSAAN KAKU KUDUK</b>					
3	Tangan kiri pemeriksa di belakang kepala pasien dan tangan kanan di atas dada pasien				
4	Kepala pasien difleksikan hingga dagu mencapai bagian atas dada dan tangan pemeriksa memberi tahanan ringan				
5	Tanda kaku kuduk (+) jika terdapat tahanan pada sendi leher akibat kekakuan otot – otot leher dan (-) jika tidak terdapat tahanan				
<b>PEMERIKSAAN TANDA KERNIG</b>					
6	Pemeriksaan dimulai dari tungkai kanan : tangan kiri pemeriksa memegang sendi lutut dan tangan kanan pemeriksa memegang bagian bawah tumit dan telapak kaki pasien				
7	Sendi panggul difleksikan dengan sudut 90° dari dasar tempat tidur, sendi lutut fleksi maksimal dan tungkai kiri tetap dalam keadaan lurus/ekstensi				
8	Ekstensikan sendi lutut sampai mencapai sudut 135° antara tungkai atas dan tungkai bawah (normal : hal ini dapat dilakukan)				
9	Tanda Kernig (+) jika timbul tahanan sebelum ekstensi sendi lutut mencapai 135° dan (-) jika dapat mencapai sudut 135° antara tungkai atas dan tungkai bawah				
10	Melakukan pemeriksaan yang sama pada tungkai yang lain				
<b>PEMERIKSAAN TANDA LASEQUE</b>					

11	Pemeriksaan dimulai dari tungkai kanan : tangan kiri pemeriksa memegang sendi lutut dan tangan kanan pemeriksa memegang bagian bawah tumit dan telapak kaki pasien				
12	Sendi panggul difleksikan hingga mencapai sudut 70° dari dasar tempat tidur sedangkan sendi lutut tetap dalam keadaan ekstensi serta tungkai lainnya tetap dalam keadaan ekstensi				
13	Tanda Laseque (+) jika timbul tahanan sebelum fleksi sendi panggul mencapai sudut 70° dan (-) jika dapat mencapai sudut 70° dari dasar tempat tidur				
14	Melakukan pemeriksaan yang sama pada tungkai yang lain				
<b>PEMERIKSAAN TANDA BRUDZINSKI I</b>					
15	Tangan kiri pemeriksa di belakang kepala pasien dan tangan kanan diletakkan di atas dada pasien				
16	Kepala pasien difleksikan hingga dagu mencapai bagian atas dada dan tangan pemeriksa memberi tahanan ringan				
17	Tanda Brudzinski I (+) jika terjadi gerakan fleksi pada kedua tungkai dan (-) jika tidak terjadi fleksi				
<b>PEMERIKSAAN TANDA BRUDZINSKI II</b>					
18	Pemeriksaan dimulai dari tungkai kanan : tangan kiri pemeriksa memegang sendi lutut dan tangan kanan pemeriksa memegang bagian bawah tumit dan telapak kaki pasien				
19	Sendi panggul difleksikan dengan sudut 90° dari dasar tempat tidur, sendi lutut fleksi maksimal dan tungkai kiri tetap dalam keadaan lurus/ekstensi				
20	Ekstensikan sendi lutut sampai mencapai sudut 135° antara tungkai atas dan tungkai bawah (normal : hal ini dapat dilakukan)				
21	Tanda Brudzinski II (+) jika terjadi gerakan fleksi pada tungkai kontralateral dan (-) jika tidak terjadi fleksi				
22	Melakukan pemeriksaan yang sama pada tungkai yang lain				
<b>TOTAL SKOR</b>					

#### PEMERIKSAAN REFLEKS PATOLOGIS EKSTREMITAS ATAS

No	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>					
1	Aturlah posisi pasien dalam keadaan duduk atau berbaring supinasi dan istirahat dengan merilekskan seluruh otot-otot tangan, kemudian posisi pemeriksa berada di hadapan atau di sebelah kanan pasien.				
2	Tangan kiri pemeriksa memegang salah satu pergelangan tangan pasien dan suruh agar jari-jarinya fleksi ringan.				
3	Tempatkan ujung jari telunjuk tangan pemeriksa di salah satu pangkal bawah ujung jari tengah pasien, kemudian ibu jari dan jari telunjuk tangan pemeriksa mengepit jari tengah tangan pasien.				
<b>REFLEKS HOFFMAN</b>					
4	Gores kuku jari tengah tangan pasien dari pangkal ke ujung kuku dengan ujung ibu jari tangan pemeriksa.				
5	Amati ada tidaknya gerakan fleksi jari telunjuk bersamaan dengan fleksi-adduksi ibu jari pasien, kadang-kadang disertai fleksi jari-jari lainnya.				
6	Interpretasi: Refleks Hoffman dikatakan positif (+) jika terjadi gerakan fleksi				

	jari telunjuk bersamaan dengan fleksi-adduksi ibu jari pasien, kadang-kadang disertai fleksi jari-jari lainnya dan dikatakan negatif (-) jika tidak terjadi gerakan tersebut.				
7	Lakukan pemeriksaan yang sama pada jari tengah tangan yang lain.				
<b>REFLEKS TROMNER</b>					
8	Petiklah (colek) ujung jari tengah tangan pasien ke distal dengan ujung jari telunjuk atau jari tengah tangan pemeriksa.				
9	Amati ada tidaknya gerakan fleksi jari telunjuk bersamaan dengan fleksi-adduksi ibu jari pasien, kadang-kadang disertai fleksi jari-jari lainnya.				
10	Interpretasi: Refleks Tromner dikatakan positif (+) jika terjadi gerakan fleksi jari telunjuk bersamaan dengan fleksi-adduksi ibu jari pasien, kadang-kadang disertai fleksi jari-jari lainnya dan dikatakan negatif (-) jika tidak terjadi gerakan tersebut.				
11	Lakukan pemeriksaan yang sama pada jari tengah tangan yang lain.				
<b>TOTAL SKOR</b>					

#### PEMERIKSAAN REFLEKS PATOLOGIS EKSTREMITAS BAWAH

No	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN PEMERIKSAAN</b>					
1	Atur posisi pasien dalam keadaan berbaring supinasi dan istirahat dengan merilekskan seluruh otot-otot kaki dan kedua tungkai diluruskan, kemudian posisi pemeriksa berada di sisi kaudal pasien.				
2	Tangan kiri pemeriksa memegang salah satu pergelangan kaki pasien dan sedikit diangkat ke atas agar kaki tetap pada tempatnya dan tidak menyentuh dasar tempat tidur.				
<b>REFLEKS BABINSKI</b>					
3	Pada pada telapak kaki yang akan diperiksa, lakukan goresan secara perlahan dengan menggunakan gagang runcing reflex hammer mulai dari daerah tumit menuju ke bagian lateral telapak kaki hingga ke arah medial pangkal jari kelingking menuju pangkal ibu jari.				
4	Goresan dilakukan secara perlahan, jangan sampai menimbulkan rasa nyeri karena dapat menimbulkan refleks menarik kaki (flight réflex).				
<b>REFLEKS CHADDOCK</b>					
5	Pada pada punggung kaki yang akan diperiksa, lakukan goresan secara perlahan dengan menggunakan gagang runcing reflex hammer mulai dari bagian maleolus lateralis menuju ke bagian lateral punggung kaki hingga ke arah medial pangkal jari kelingking menuju pangkal ibu jari.				
6	Goresan dilakukan secara perlahan, jangan sampai menimbulkan rasa nyeri karena dapat menimbulkan refleks menarik kaki (flight réflex).				
<b>REFLEKS SCHAEFER</b>					
7	Cubit tendon archilles dengan cara ibu jari dan jari lain pemeriksa mengepit otot betis pasien				
8	Cubitan dilakukan secara perlahan, jangan sampai menimbulkan rasa nyeri karena dapat menimbulkan refleks menarik kaki.				
<b>REFLEKS OPPENHEIM</b>					
9	Urut dengan kuat tibia dan muskulus tibialis anterior dari proksimal (bawah				

	patella) menuju distal (pangkal pergelangan kaki).				
10	Urutan dilakukan secara perlahan, jangan sampai menimbulkan rasa nyeri karena dapat menimbulkan refleks menarik kaki (flight réflex).				
<b>REFLEKS GORDON</b>					
11	Cubit otot betis dengan cara ibu jari dan jari lain pemeriksa mengepit otot betis pasien				
12	Cubitan dilakukan secara perlahan, jangan sampai menimbulkan rasa nyeri karena dapat menimbulkan refleks menarik kaki (flight réflex).				
<b>REFLEKS GONDA</b>					
13	Lakukan penekukan (plantar fleksi) maksimal jari kaki ke-4 lalu lepaskan tiba-tiba.				
14	Lakukan secara perlahan, jangan sampai menimbulkan rasa nyeri karena dapat menimbulkan refleks menarik kaki (flight réflex).				
<b>INTERPRETASI</b>					
15	Amati ada tidaknya gerakan dorsofleksi ibu jari disertai mekarnya (fanning) jari-jari lainnya.				
16	<i>Refleks Babinski, Refleks Chaddock, Refleks Schaefer, Refleks Oppenheim, Refleks Gordon dan Refleks Gonda</i> dikatakan <i>positif (+)</i> jika terjadi gerakan dorsofleksi ibu jari disertai mekarnya (fanning) jari-jari lainnya dan dikatakan <i>negatif (-)</i> jika terjadi gerakan tersebut.				
17	Lakukan pemeriksaan yang sama pada kaki yang lain.				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)

LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN

PSIKIATRI

NAMA :  
 NPM :  
 HARI/TANGGAL :

INTRODUKSI

No	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
1	Memberi salam				
2	Memperkenalkan diri dan mempersilahkan duduk				
3	Mengajak berkomunikasi				
TOTAL SKOR					

ANAMNESIS

No	ASPEK YANG DINILAI	KETERANGAN YANG DISAMPAIKAN OLEH PASIEN SIMULASI	Hasil pengamatan			
			0	1	2	3
<b>ANAMNESIS PRIBADI</b>						
1	Nama Umur Jenis Kelamin Alamat Pekerjaan Status / Jumlah anak Agama Suku	Ny. Tita 27 tahun Perempuan Jl. HM. Yamin Gg. Sado No. 32 Guru Menikah Islam Jawa				
<b>ANAMNESIS PENYAKIT</b>						
2	Keluhan utama	Gelisah				
3	Onset	Sejak ± 1 tahun yang lalu				
4	Durasi	-				
5	Karakteristik	Sering merasakan kaki dan tangan dingin, berkeringat dingin, nyeri tengkuk, nyeri dada kiri dan nyeri perut kiri bawah yang menyebar ke belakang. Kadang mengalami sesak nafas dan kadang merasa mau pingsan tetapi hal itu tidak pernah terjadi.				
6	Progresi	Memberat 3 minggu terakhir sejak di diagnosis penyakit batu ginjal oleh dokter Penyakit Dalam.				
7	Faktor yang memperberat keluhan	Karena memikirkan anak-anaknya yang selalu ditinggal suami karena suami bekerja di luar kota dan hanya sebulan sekali pulang ke rumah.				
8	Faktor yang memperingan keluhan	Minum air putih dan berdoa.				
9	Time (waktu)	-				

ANAMNESIS TAMBAHAN						
10	Keluhan tambahan	-				
11	Riwayat penyakit terdahulu					
	Riwayat Gangguan Psikiatri sebelumnya	Tidak ada.				
	Riwayat penyakit fisik dan psikus	Infeksi, kejang dan trauma tidak ada.				
	Riwayat pengobatan dan zat kimia	Narkotika dan zat psikotropika, alkohol, dan merokok tidak ada.				
12	Riwayat pengobatan / pemakaian obat	-				
13	Riwayat Kehidupan Pribadi (Biografi)					
	Riwayat Prenatal dan bayi	Pasien lahir normal, cukup bulan, dan ditolong oleh bidan. Selama masa kehamilan ibu pasien dalam keadaan sehat				
	Riwayat Masa Kanak-kanak (1 – 3 tahun)	Riwayat pemberian ASI selama 9 bulan. Perkembangan dan pertumbuhan pasien sama seperti anak sebayanya.				
	Riwayat Masa Kanak Pertengahan dan Remaja (4 – 11 tahun)	Pasien masuk SD saat berusia 6 tahun. Prestasi pasien di sekolah biasa saja. Pasien mudah bergaul dengan teman sebayanya.				
	Riwayat Masa Kanak Akhir Remaja (12 – 18 tahun)	Pertumbuhan dan perkembangannya sama seperti remaja lain. Pada masa SMP dan SMA, pasien sering mengikuti organisasi-organisasi di sekolah.				
	Riwayat Masa Dewasa	Setelah tamat SMA, pasien melanjutkan pendidikannya ke jenjang kuliah. Pasien menyelesaikan pendidikan hingga S1 pendidikan guru.				
14	Riwayat keluarga	Pasien anak ke 4 dari 6 bersaudara. Sudah menikah dan mempunyai 2 orang anak. Tidak ada riwayat penyakit yang sama dalam keluarga.				
15	Riwayat kebiasaan pribadi	Sering terbangun pada malam hari dan sulit untuk tidur kembali				
16	Riwayat Sosial					
	Riwayat Pekerjaan	Pasien bekerja sebagai guru dan saat ini mengajar di salah satu SLB.				
	Riwayat Perkawinan	Pasien menikah dan tinggal dengan suaminya.				
	Riwayat Situasi Sekarang	Pasien seorang guru. Pasien tinggal bersama kedua orang anaknya.				
	Persepsi Pasien tentang Diri dan Lingkungannya	Pasien sadar kalau dirinya sakit dan perlu pengobatan.				
17	Status gizi	Baik. Biasa saja				
<b>TOTAL SKOR</b>						

**PEMERIKSAAN FISIK/PSIKIATRI**

No	ASPEK YANG DINILAI	KETERANGAN YANG DISAMPAIKAN OLEH PASIEN SIMULASI	Hasil pengamatan			
			0	1	2	3
1	<b>DESKRIPSI UMUM</b>					
	Penampilan	Tampak seorang wanita wajah sesuai umur, perawakan tinggi dan agak gemuk, kulit sawo matang, memakai kerudung berwarna coklat, berpakaian dinas PNS, cara berjalan dan sikap tubuh biasa. Perawatan pasien cukup.				
	Kesadaran	Baik				
	Perilaku dan Aktifitas Motorik	Tenang				
	Pembicaraan	Lancar, Spontan, Intonasi Sedang				
	Sikap terhadap Pemeriksa	Kooperatif				
2	<b>KEADAAN AFEKTIF (MOOD), PERASAAN, DAN EMPATI</b>					
	Afek	Appropriate				
	Mood	Cemas				
	Empati	Dapat dirasakan				
3	<b>FUNGSI INTELEKTUAL</b>					
	Taraf Pendidikan	Sesuai taraf pendidikan				
	Daya Konsentrasi	Baik				
	Orientasi Waktu, Tempat dan Orang	Baik				
	Daya Ingat Jangka Panjang, Jangka Pendek dan Daya Ingat Segera	Baik				
	Pikiran Abstrak	Baik				
	Kemampuan Menolong Diri Sendiri	Cukup				
4	<b>GANGGUAN PERSEPSI</b>					
	Halusinasi	Tidak Ada				
	Ilusi	Tidak Ada				
	Depersonalisasi	Tidak Ada				
	Derealisasi	Tidak Ada				
5	<b>PROSES PIKIR</b>					
	<b>Arus Pikir</b>					
	Produktivitas	Cukup				
	Kontinuitas	Relevan				
	Hendaya Berbahasa	Tidak Ada				

	<b>Isi Pikir</b>					
	Preokupasi	Tidak Ada				
	Gangguan Pikiran	Tidak Ada				
6	<b>DAYA NILAI</b>					
	Normo Sosial	Baik				
	Uji Daya Nilai	Baik				
	Penilaian Realitas	Baik				
7	<b>PENGENDALIAN IMPULS</b>	Baik				
8	<b>TILIKAN (INSIGHT)</b>	Derajat 6 (Pasien sadar dirinya sakit dan butuh pengobatan)				
9	<b>TARAF DAPAT DIPERCAYA</b>	Dapat dipercaya				
<b>TOTAL SKOR</b>						

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)

LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN

INDERA

NAMA :  
 NPM :  
 HARI/TANGGAL :

INTRODUKSI

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Pemeriksa terlebih dahulu memberitahukan pada pasien maksud, tujuan, dan prosedur pemeriksaan fisik mata secara lisan dengan bahasa yang dimengerti oleh pasien, kemudian mintalah persetujuan pasien (informed consent).				
2	Mempersiapkan alat dan bahan				
3	Mencuci tangan/ <i>simple hand washing</i> menurut WHO				
TOTAL SKOR					

PEMERIKSAAN VISUS DAN SEGMENT ANTERIOR BOLA MATA

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PEMERIKSAAN VISUS DENGAN SNELLEN CHART</b>					
1	Pemeriksaan dilakukan pada ruangan yang memiliki penerangan yang cukup				
2	Meminta pasien duduk menghadap kartu snellen pada jarak 6 meter. Jika pasien memakai kaca mata, meminta pasien untuk melepaskannya				
3	Pemeriksaan dimulai dari mata kanan, mata yang tidak di periksa ditutup dengan telapak tangan atau penutup mata (okluder)				
4	Pemeriksa menunjuk huruf di kartu snellen dan Meminta pasien membaca huruf pada kartu snellen dimulai dari bawah dan bila tidak terbaca, meminta pasien membaca baris di atasnya (huruf yang lebih besar)				
5	Menentukan letak baris terakhir yang masih dapat dibaca				
6	Memasang lensa pinhole, jika pasien dapat melanjutkan bacaannya maka kelainan refraksi dapat dikoreksi lensa spheris				
7	Tajam penglihatan dilaporkan 6/D dan berlanjut ke mata kiri				
<b>PEMERIKSAAN VISUS DENGAN HITUNG JARI</b>					
8	Jika pasien tidak dapat membaca huruf, atau bila pasien tidak dapat membaca huruf yang paling atas/terbesar maka dilanjutkan dengan pemeriksaan hitung jari.				
9	Pasien disuruh untuk menghitung jari si pemeriksa oleh yang mata normal dapat dilihat pada jarak 60 meter.				
10	Mulai hitung jari pada jarak 6 meter (tuliskan 6/60). Bila tidak terlihat, maka maju 1 meter kedepan dan seterusnya sampai berjarak 1 meter didepan pasien (tuliskan 1/60).				
<b>PEMERIKSAAN VISUS DENGAN GERAKAN TANGAN</b>					
11	Bila pasien tidak dapat menghitung jari, maka pasien diminta melihat gerakan tangan si pemeriksa yang oleh mata normal dapat dilihat pada jarak 300 meter.				
12	Gerakan tangan dilakukan maksimal pada jarak 1 meter, tajam penglihatan dilaporkan 1/300 meter.				

PEMERIKSAAN VISUS DENGAN SENTER					
13	Bila gerakan tangan tidak dapat terlihat, maka menggunakan cahaya senter				
14	Jika pasien dapat melihat cahaya menyala maka visus 1 / ~ Visus 0 bila dengan senter tidak dapat melihat lagi.				
<b>TOTAL SKOR</b>					

#### PEMERIKSAAN FISIK MATA

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>					
1	Pemeriksa duduk lurus didepan pasien, dengan jarak ± setengah meter				
2	Pemeriksaan dimulai mata kanan terlebih dahulu, diikuti mata kiri				
<b>POSISI BOLA MATA</b>					
3	Senter tepat bagian tengah dari glabella / kening diatas pertemuan alis mata. Lihat pantulan cahaya di kedua pupil (kanan dan kiri), normal pantulan cahaya tepat di tengah pupil				
<b>PERGERAKAN BOLA MATA</b>					
4	Meminta pasien untuk melihat ujung jari telunjuk pemeriksa yang berada di depan wajah pasien				
5	Meminta pasien untuk melihat dan mengikuti gerakan tangan ke delapan arah mata angin, tanpa menggerakkan kepala				
<b>PALPEBRA SUPERIOR DAN INFERIOR</b>					
6	Memperhatikan dengan seksama ada tidaknya pembengkakan pada kelopak mata atas dan bawah. Bila ada tentukan apakah pembengkakan tersebut difus, atau berbatas tegas				
7	Memperhatikan apakah ada perubahan warna kelopak mata atas dan bawah				
8	Memperhatikan tepi kelopak mata apakah normal, atau melipat kedalam (entropion), atau tampak melipat kearah luar (ektropion)				
9	Memperhatikan apakah terdapat lagophthalmus, atau ptosis saat pasien menutup atau membuka salah satu matanya				
10	Memperhatikan pertumbuhan bulu mata pada kelopak mata atas dan bawah yang normalnya tumbuh kearah luar dari bola mata dan memperhatikan apakah ada kerontokan dari bulu mata kelopak mata atas dan bawah				
<b>CONJ. TARSALIS SUPERIOR</b>					
11	Meminta pasien untuk melihat kearah bawah. Pegang bulu mata atas pasien dengan hati-hati, menggunakan satu tangan pemeriksa, sementara tangan lainnya meletakkan aplikator (cotton bud) pada permukaan kelopak mata atas				
12	Tangan yang memegang bulu mata membalikkan palpebra, sementara tangan yang lain menekan aplikator sedikit kebawah				
13	Setelah palpebra superior terbalik kearah luar, perhatikan secara seksama konjungtiva tarsal superior				
<b>CONJ. TARSALIS INFERIOR</b>					
14	Menarik kelopak mata bawah pasien kearah bawah dengan hati-hati kemudian memperhatikan dengan seksama konjungtiva tarsal inferior				
<b>CONJ. BULBI</b>					
15	Memperhatikan secara seksama konjungtiva bulbi yang meliputi permukaan sclera dan menilai apakah mata banyak mengeluarkan secret yang berupa air, purulen, lengket, dan serous				

<b>KORNEA</b>					
16	Memeriksa kornea dengan menggunakan sinar lampu senter dari depan dan samping				
<b>COA</b>					
17	Menyinari mata dari arah samping (temporal) bola mata kemudian memperhatikan cahaya yang tampak pada bagian limbus mata pada sisi yang berlawanan				
<b>PUPIL</b>					
18	Melakukan pemeriksaan reflex pupil langsung (direct) dilakukan dengan penyinaran senter kearah satu mata dan mengamati refleksi pupil mata yang disenter tersebut				
19	Melakukan pemeriksaan reflek pupil tidak langsung (indirect) dilakukan dengan penyinaran lampu senter kearah satu mata, sementara itu mengamati pupil pada mata yang tidak disenter dengan cepat dan bergantian pada kedua mata				
<b>IRIS</b>					
20	Mengamati bagian iris bola mata				
<b>LENSA</b>					
21	Melakukan pemeriksaan <i>shadow test</i> dengan penyinaran senter dari arah lateral bola mata dengan sudut 45 °, kemudian amati bagian lensa				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)

LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN

RESPIRASI

NAMA :  
 NPM :  
 HARI/TANGGAL :

INTRODUKSI

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Mengucapkan salam				
2	Memperkenalkan diri				
3	Mempersilahkan duduk				
TOTAL SKOR					

ANAMNESIS

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan				
		0	1	2	3	
<b>ANAMNESIS PRIBADI</b>						
1	Nama Usia Jenis kelamin Suku Agama Alamat Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Putri 17 tahun Perempuan Mandailing Islam Jl. Debu No.8 Medan Siswi Belum menikah SMA				
<b>ANAMNESIS PENYAKIT SEKARANG</b>						
2	<b>Keluhan Utama</b> Batuk berdahak					
3	<b>Onset</b> Batuk dirasakan sejak 3 minggu yang lalu.					
4	<b>Durasi</b> Setiap hari, memberat akhir-akhir ini					
5	<b>Karakteristik</b> Dahak berwarna kuning disertai darah. Keringat malam dan demam					
<b>ANAMNESIS KELUHAN TAMBAHAN</b>						
6	<b>Keluhan Tambahan</b> Nafsu makan berkurang					
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT TERDAHULU</b>						
7	Gastritis					
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PRIBADI</b>						
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Merokok ± 2 bungkus per hari</li> <li>▪ Bergadang</li> </ul>					

ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA				
9	Bapak pasien pernah mengalami hal yang sama 2 tahun yang lalu			
ANAMNESIS SOSIAL EKONOMI				
10	Pasien tinggal di perumahan padat penduduk, kumuh, kebersihan kurang			
ANAMNESIS GIZI				
11	Makan seadanya, terjadi penurunan berat badan			
<b>TOTAL SKOR</b>				

#### PEMERIKSAAN FISIK

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
PERSIAPAN					
1	Informed Consent/ meminta persetujuan pasien serta menjelaskan secara ringkas prosedur dan tujuan pemeriksaan				
2	Pemeriksaan dilakukan di dalam ruangan tertutup, nyaman dan cukup penerangan.				
3	Atur posisi pasien dalam posisi berbaring supinasi				
4	Mencuci tangan dengan Simple Hand Washing ( <i>WHO</i> ).				
INSPEKSI					
5	Amati dengan seksama penampilan pasien yang mungkin berkaitan dengan adanya penyakit paru				
6	Amati dinding dada dengan seksama. Perhatikan ada tidaknya kelainan pada dinding dada, seperti jaringan parut bekas operasi (misalnya torakostomi atau median sternotomi), kelainan bentuk toraks (misalnya pectus excavatum).				
7	Inspeksi yang dilihat bentuk dada(biasanya normal) dan simetris, tidak ada ketinggalan pernapasan				
PALPASI					
8	Dengan palpasi ini diharapkan kita dapat menilai semua kelainan pada dinding dada (tumor, benjolan, muskuloskeletal, rasa nyeri di tempat tertentu, limfonodi, posisi trakea serta pergeserannya, fraktur iga, ruang antar iga, fossa supraklavikuler, dsb) serta gerakan, <i>excursion</i> dinding dada				
9	Lakukan palpasi memeriksa fremitus taktil. Dinilai dengan hantaran suara yang dijalurkan ke permukaan dada dan kita raba dengan tangan kita. Pasien diminta mengucapkan dengan suara dalam, misalnya mengucapkan sembilan puluh sembilan (99) atau satu-dua-tiga dan rasakan getaran yang dijalurkan di kedua tangan saudara.				
10	Fremitus akan meninggi kalau ada konsolidasi paru (misal : pneumonia, fibrosis) Fremitus berkurang atau menghilang apabila ada gangguan hantaran ke dinding dada (efusi pleura, penebalan pleura, tumor, pneumothorax).				
PERKUSI					
11	Lakukan Perkusi dengan cara Direk : langsung mengetuk dada atau iga - cara klasik Indirek: ketukan pada jari kiri yang bertindak sebagai fleksimeter oleh jari kanan.				

12	Di bagian depan mulai di fossa supraclava terus ke bawah, demikian juga pada bagian belakang dada.				
13	Perkusi hendaknya dimulai di tempat yang diduga sehat (dari inspeksi dan palpasi) menuju ke bagian yang diduga sakit. Untuk lebih meyakinkan, bandingkan dengan bagian yang kontra lateral. Batas-batas kelainan harus ditentukan. Perkusi normalnya sonor				
<b>AUSKULTASI</b>					
14	Lakukan auskultasi menggunakan stetoskop, sebaiknya yang dapat masuk antara 2 iga (dalam ruang antar iga). Urutan pemeriksaan seperti pada perkusi, Minimal harus didengar satu siklus pernapasan (inspirasi-ekspirasi). Bandingkan kiri-kanan. Umumnya fase inspirasi lebih panjang dan lebih jelas dari ekspirasi				
15	Auskultasi yang mendengarkan pola napas(vesikuler,bronkial, ekspirasi memanjang) dan adanya suara tambahan (ronki basah/kering,wheezing). Suara nafas ekspirasi memanjang, suara tambahan ditemukan wheezing pada seluruh lapangan paru.				
<b>TOTAL SKOR</b>					

**INTERPRETASI DATA/KEMAMPUAN PROSEDURAL PEMERIKSAAN PENUNJANG**

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Mengusulkan pemeriksaan Foto Thorak PA dan Pemeriksaan Sputum sewaktu pagi sewaktu				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)



LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN

KARDIOVASKULAR

NAMA :  
 NPM :  
 HARI/TANGGAL :

INTRODUKSI

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Mengucapkan salam				
2	Memperkenalkan diri				
3	Mempersilahkan duduk				
TOTAL SKOR					

ANAMNESIS

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan				
		0	1	2	3	
<b>ANAMNESIS PRIBADI</b>						
1	Nama Usia Jenis kelamin Suku Agama Alamat Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Rudi 44 tahun Laki – laki Minang Islam Jl. Rendang No. 89 Medan PNS Menikah S1				
<b>ANAMNESIS PENYAKIT SEKARANG</b>						
2	<b>Keluhan Utama</b> Nyeri dada sebelah kiri					
3	<b>Onset</b> Dialami sejak 2 jam yang lalu					
4	<b>Location</b> Ulu hati dan Dada sebelah kiri					
5	<b>Durasi</b> Nyeri dirasakan terus-menerus selama ± 20 menit					
6	<b>Karakteristik</b> nyeri dirasakan menjalar ke leher dan lengan, dan memberat saat beraktifitas					
<b>ANAMNESIS KELUHAN TAMBAHAN</b>						
7	<b>Keluhan Tambahan</b> Keringat dingin (+), mual (+), muntah (+)					
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT TERDAHULU</b>						
8	Hipertensi					
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PRIBADI</b>						

9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Merokok ± 2 bungkus per hari</li> <li>Minum Alkohol</li> </ul>				
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA</b>					
10	Ibu pasien meninggal karena serangan jantung				
<b>ANAMNESIS SOSIAL EKONOMI</b>					
11	Pasien tinggal di perumahan elite, bersih, pasien adalah kepala keuangan di tempat bekerja				
<b>ANAMNESIS GIZI</b>					
12	Suka makan lemak dan jeroan, nafsu makan baik, berat badan berlebih				
<b>TOTAL SKOR</b>					

### PEMERIKSAAN FISIK JANTUNG

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>					
1	Informed Consent/ meminta persetujuan pasien serta menjelaskan secara ringkas prosedur dan tujuan dari pemeriksaan				
2	Atur posisi pada posisi berbaring supinasi, bagian yang akan diperiksa dilepaskan pakaiannya serta pemeriksaan dilakukan dalam ruangan tertutup, nyaman dan cukup penerangan				
3	Mencuci tangan dengan Simple Hand Washing ( <i>WHO</i> ).				
<b>INSPEKSI</b>					
4	Amati dengan seksama penampilan pasien yang mungkin berkaitan dengan adanya penyakit pada jantung dan pembuluh darah				
5	Amati dinding dada dengan seksama. Perhatikan ada tidaknya kelainan pada dinding dada, seperti jaringan parut bekas operasi (misalnya torakostomi atau median sternotomi), kelainan bentuk toraks (misalnya pectus excavatum), dan frekuensi nafas yang meningkat pada kasus edema paru karena kegagalan fungsi ventrikel kiri, dan lain sebagainya				
6	Amati pulsasi pada daerah katup-katup jantung yaitu apeks, pulmonal, aorta, dan trikuspid				
7	Amati dengan seksama ada tidaknya kelainan pada organ-organ tubuh yang memiliki hubungan dengan penyakit jantung dan pembuluh darah. Misalnya sianosis sentral, yang ditandai dengan bibir pasien yang membiru, ada tidaknya clubbing finger, serta ada tidaknya edema anggota tubuh terutama pada tungkai				
<b>PALPASI</b>					
8	Lakukan palpasi pada aorta, pulmonal, septal, dan trikuspid, dengan menggunakan ujung jari telunjuk tangan kanan pemeriksa, kemudian lakukan penilaian apakah pulsasi normal, mengeras, melemah, hilang, atau bergeser letaknya				
9	Lakukan palpasi pada area apeks jantung, dengan meletakkan telapak tangan kanan pemeriksa dalam posisi pronasi pada dinding toraks sebelah kiri, setinggi sela iga ke-5 kiri, kira-kira 2 cm sebelah medial garis midklavikula sebelah kiri. Lakukan penilaian terhadap pulsasi yang dirasakan. Dalam keadaan normal, ictus cordis akan teraba sebagai denyutan, atau tendangan halus pada jari-jari tangan kanan pemeriksa (ictus +). Lakukan penilaian juga terhadap letak (berapa cm dari garis midsternum) dan ukuran (normal 2 cm)				

	ictus cordis				
10	<b>Palpasi Heaves</b> Letakkan telapak tangan pemeriksa pada daerah parasternal sebelah kiri pada toraks pasien. Lakukan penilaian ada tidaknya heaves, yaitu rasa seperti gelombang pada telapak tangan pemeriksa				
11	<b>Palpasi Thrill</b> Letakkan telapak tangan pada dada pasien sehingga meliputi area katup aorta dan pulmonal. Lakukan penilaian ada tidaknya thrill, yaitu rasa seperti getaran pada telapak tangan pemeriksa karena desiran aliran darah, yang terjadi karena adanya turbulensi aliran darah, yang pada auskultasi terdengar sebagai murmur. Bedakan menjadi thrill sistolik dan diastolik, tergantung di fase mana thrill dirasakan.				
<b>PERKUSI</b>					
12	<b>Batas Jantung Kanan</b>				
	Tentukan garis midklavikula kanan. Lakukan perkusi pada sela-sela iga sepanjang garis midklavikula kanan, dari arah kranial ke kaudal, seperti melakukan pemeriksaan perkusi batas paru-hepar				
	Perkusi dilakukan hingga terjadi perubahan bunyi perkusi dari sonor memendek menjadi beda (batas paru-hepar absolut), biasanya ditemukan pada sela iga ke-6 kanan. Kemudian dengan berpedoman dengan titik batas paru-hepar absolut, ukurlah 2 jari ke arah kranial untuk menentukan titik awal perkusi batas jantung kanan.				
	Pada titik ini, letakkan jari fleksimeter pada sela iga dengan posisi tegak lurus terhadap iga. Dari titik batas jantung kanan relatif ini, lanjutkan perkusi ke arah medial, untuk mencari perubahan bunyi perkusi dari sonor memendek menjadi beda, yang merupakan batas jantung kanan absolut. Batas jantung kanan absolut didapatkan pada garis midsternal.				
13	<b>Batas Jantung Kiri</b>				
	Tentukan garis aksilaris anterior kiri. Letakkan jari fleksimeter pada sela iga teratas yang dilalui oleh garis aksilaris anterior kiri, dengan arah jari fleksimeter sejajar dengan iga (costae)				
	Lakukan perkusi dari arah kranial ke kaudal, untuk mencari perubahan bunyi perkusi dari sonor menjadi timpani, yang merupakan batas paru-lambung. Biasanya perubahan bunyi perkusi ini ditemukan pada sela iga ke-8 kiri. Kemudian dengan berpedoman dengan batas paru-lambung, ukurlah 2 jari ke arah kranial untuk menentukan titik awal perkusi batas jantung kiri.				
	Pada titik ini, letakkan jari fleksimeter pada sela iga dengan posisi tegak lurus terhadap iga. Selanjutnya lakukan perkusi ke arah medial, untuk mencari perubahan bunyi perkusi dari sonor menjadi sonor memendek, yang merupakan batas jantung kiri relatif. Pada orang normal, batas jantung kiri relatif biasanya terletak 2 jari sebelah medial garis midklavikula kiri.				
	Dari titik batas jantung kiri relatif ini, lanjutkan perkusi ke arah medial untuk mencari perubahan bunyi perkusi dari sonor memendek menjadi beda, yang merupakan batas jantung kiri absolut				
14	<b>Batas Jantung Atas</b>				
	Tentukan garis sternal kiri. Letakkan jari fleksimeter pada sela iga pertama (di bawah tulang klavikula), yang dilalui oleh garis sternal kiri, dengan arah jari fleksimeter sejajar dengan iga.				
	Lakukan perkusi dari arah kranial ke kaudal untuk mencari perubahan bunyi perkusi dari sonor menjadi sonor memendek, yang merupakan batas atas jantung. Biasanya perubahan bunyi perkusi ini ditemukan pada sela iga ke-2				

	kiri.				
<b>AUSKULTASI</b>					
15	<b>Teknik Auskultasi &amp; Bunyi Jantung Normal</b>				
	Letakkan permukaan diafragma stetoskop pada katup-katup jantung, dimulai dari katup-katup yang berada di daerah basis (aorta dan pulmonal), kemudian ke katup-katup yang berada pada apeks jantung (trikuspid dan mitral).				
	Letakkan permukaan bell stetoskop pada daerah mitral jantung, dilanjutkan ke daerah trikuspid. Bersamaan dengan itu, palpasi arteri karotis pada sisi sebelah dalam muskulus sternokleidomastoideus.				
	Dengarkan suara jantung yang terdengar. Suara jantung I adalah suara jantung yang terdengar pertama kali dan terdengar bersamaan dengan denyut arteri karotis (sistemik).				
	Suara jantung II adalah suara jantung yang terdengar setelah bunyi jantung I, dan terdengar tidak bersamaan dengan denyut arteri karotis (sistemik). Suara jantung III dan IV normalnya tidak terdengar				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)

LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN

PENCERNAAN

NAMA :  
 NPM :  
 HARI/TANGGAL :

INTRODUKSI

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Mengucapkan salam				
2	Memperkenalkan diri				
3	Mempersilahkan duduk				
TOTAL SKOR					

ANAMNESIS

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan				
		0	1	2	3	
<b>ANAMNESIS PRIBADI</b>						
1	Nama Usia Jenis kelamin Suku Agama Alamat Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Sugeng 47 tahun Laki-laki Jawa Islam Jl. Tengku Umar No.66 Medan Karyawan Swasta Menikah Sarjana				
<b>ANAMNESIS PENYAKIT SEKARANG</b>						
2	<b>Keluhan Utama :</b> Nyeri ulu hati.					
3	<b>Onset :</b> Sejak 1 minggu yang lalu					
4	<b>Karakteristik :</b> Nyeri dirasakan pada ulu hati dan menjalar ke perut kiri atas dan pinggang kiri.					
5	<b>Keluhan lain terkait keluhan utama / tambahan :</b> Mual muntah disertai darah dirasakan sejak 1 minggu yang lalu dengan frekuensi 2x/hari. Demam (-), BAK (+) Normal, BAB (+) berwarna hitam seperti aspal sejak 1 minggu yang lalu.					
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hal-hal yang memperburuk keluhan : Tidak ada.</li> <li>Hal-hal yang mengurangi keluhan : Tidak ada.</li> </ul>					
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PENGOBATAN</b>						
7	Sudah berobat ke bidan, namun tidak sembuh juga.					
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PEMAKAIAN OBAT</b>						
8	Makan obat rematik (+), Minum jamu-jamuan (+)					
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT TERDAHULU</b>						

9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensi (-).</li> <li>DM (-).</li> <li>Riwayat penyakit maag yang lama</li> </ul>				
<b>RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA</b>					
10	Tidak ada yang sakit seperti ini				
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PRIBADI</b>					
11	Sering telat makan.				
<b>ANAMNESIS SOSIAL EKONOMI</b>					
12	Eksekutif muda yang sedang meniti karir.				
<b>ANAMNESIS GIZI</b>					
13	Makan nasi 3 kali sehari lengkap dengan lauk pauhnya tapi sering telat.				
<b>TOTAL SKOR</b>					

#### PEMASANGAN NGT

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>					
1	<i>Inform consent</i> / meminta persetujuan pasien dan menjelaskan secara ringkas prosedur dan tujuan pemasangan NGT				
2	Memposisikan pasien pada posisi berbaring supinasi dengan leher sedikit dielevasikan.				
3	Mencuci tangan dengan standar WHO dan memakai sarung tangan				
<b>PEMERIKSAAN HIDUNG YANG PATEN</b>					
4	Melakukan pemeriksaan "paten" hidung dengan meminta pasien untuk menutup salah satu hidung dan menghembuskan nafas melalui hidung lainnya				
5	Bila terdapat edema hidung maka semprotkan vasokonstriktor <i>spray</i> , tunggu 5-10 menit, kemudian evaluasi hidung mana yang lebih "paten"				
6	Bersihkan hidung yang "paten" dengan kapas lidi				
7	Semprotkan <i>anastetic spray</i> lidocain 2% pada hidung yang "paten", tunggu 5-10 menit				
8	Semprotkan juga <i>anastetic spray</i> lidocain 2% pada hipofaring.				
<b>PERSIAPAN PEMASANGAN NGT</b>					
9	Letakkan handuk kecil pada dada pasien				
10	Buka sarung tangan dan pasang kembali sarung tangan yang baru				
11	Pakai pelindung seperti penutup kepala, masker, kaca mata google dan apron				
12	Bukalah NGT dan spuit Toomey dari kemasannya				
13	Lakukan pengukuran: dengan cara mengukur dari processus xyphoideus ke lobus daun telinga, lalu ke puncak hidung pasien (tanda dengan plester).				
<b>PEMASANGAN NGT</b>					
14	Pasien memegang air minum dan sedotan				

15	Olesilah ujung distal selang nasogastrik dengan pelumas jelly pada mangkok instrumen				
16	Masukkanlah dan doronglah dengan hati-hati selang nasogastrik mengikuti dasar rongga hidung, bila ada tahanan minta pasien untuk meminum air yang telah disediakan, lalu dorong kembali sampai tanda plester pada NGT.				
<b>PEMERIKSAAN NGT</b>					
17	Sambungkanlah ujung spuit Toomey 60 cc, dengan ujung proksimal selang nasogastrik				
18	Masukkanlah udara sebanyak 20 cc melalui selang nasogastrik sambil meletakkan permukaan diafragma stetoskop pada regio epigastrium abdomen				
19	Dengarkanlah ada tidaknya suara tiupan udara pada stetoskop yang menandakan selang NGT telah benar pemasangannya				
20	Dengan menggunakan spuit Toomey, lakukan aspirasi cairan lambung, kemudian ujilah keasaman cairan tersebut dengan meneteskannya sedikit pada kertas laksmus				
21	Lakukan fiksasi NGT pada hidung dengan plester				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)

**LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN**

<b>UROGENITAL</b>
-------------------

NAMA :  
 NPM :  
 HARI / TANGGAL :

**INTRODUKSI**

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Dokter terlebih dahulu memberitahukan pada pasien, prosedur, maksud dan tujuan pemeriksaan fisik dasar ( vital sign ) dan Leopold, secara lisan, dengan bahasa yang dimengerti oleh pasien, kemudian mintalah persetujuan pasien (informed consent).				
2	Mempersiapkan alat dan bahan				
3	Mencuci tangan/ <i>simple hand washing</i> menurut WHO				
<b>TOTAL SKOR</b>					

**PEMERIKSAAN FISIK DASAR (VITAL SIGN)**

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PENGUKURAN TEKANAN DARAH</b>					
1	Tempatkan pasien dalam keadaan duduk / berbaring dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas dari tekanan oleh pakaian				
2	Menempatkan tensimeter dan membuka aliran raksa, mengecek saluran pipa, dan meletakkan manometer vertikal (pada sphygmomanometer merkuri)				
3	Gunakan stetoskop dengan corong bel terbuka				
4	Pasang manset melingkari lengan atas secara rapi dan tidak terlalu ketat (2,5 cm di atas siku) dan sejajar jantung diperiksa dari pakaian				
5	Raba pulsasi arteri brakialis di fossa cubiti sebelah medial				
6	Dengan satu jari meraba pulsasi A.brakialis dan pompa sphygmomanometer dengan cepat sampai 30mmHg di atas hilangnya pulsasi/laporkan hasilnya				
7	Turunkan tekanan manset perlahan-lahan sampai pulsasi arteri teraba kembali/laporkan hasilnya sebagai "tekanan sistolik palpitoir"				
8	Ambil stetoskop dan pasang corong bel pada tempat perabaan pulsasi				
9	Pompa kembali manset sampai 30mmHg di atas tekanan sistolik palpitoir				
10	Dengarkan melalui stetoskop, sambil menurunkan perlahan-lahan/3mmHg/detik dan laporkan saat mendengar bising pertama/sebagai "tekanan sistolik"				
11	Lanjutkan penurunan tekanan manset sampai suara bising yang terakhir sehingga setelah itu tidak terdengar lagi bising/sebagai "tekanan diastolik"				
12	Laporkan hasil pemeriksaan tekanan darah dalam mmHg				
<b>PEMERIKSAAN NADI</b>					
13	Letakkan lengan yang akan diperiksa dalam keadaan rileks				
14	Gunakan jari telunjuk dan jari tengah untuk meraba arteri radialis				
15	Hitung frekuensi denyut nadi selama 1 menit (minimal 15 detik)				

16	Melaporkan hasil frekuensi dan vitalnya/menit				
<b>PEMERIKSAAN SUHU BADAN</b>					
17	Kibaskan termometer sampai permukaan air raksa menunjuk di bawah 35,5°C				
18	Tempatkan ujung termometer yang berisi air raksa pada apex fossa axillaris kiri dengan sendi bahu adduksi maksimal				
19	Tunggu sampai 3-5 menit, kemudian dilakukan pembacaan				
<b>PEMERIKSAAN PERNAPASAN</b>					
20	Minta pasien melepas baju ( duduk atau berbaring)				
21	Lakukan inspeksi atau palpasi dengan kedua tangan pada punggung/ada untuk menghitung gerakan pernapasan selama 1 menit (minimal 15 detik)				
22	Laporkan hasil frekuensi nafas per menit				
23	Jelaskan kesimpulan hasil pemeriksaan kepada pasien				
24	Beritahukan tindak lanjut kepada pasien				
<b>TOTAL SKOR</b>					

#### PEMERIKSAAN FISIK

No	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
1	Meminta persetujuan pasien ( informed consent ) serta menjelaskan secara ringkas tujuan dan prosedur pemeriksaan				
2	Memposisikan penderita pada posisi tidur supinasi, sendi panggul dan sendi lutut difleksikan agar dinding perut supel				
3	Inspeksi regio supra pubik - Posisi pemeriksa di sebelah kanan penderita - Mengamati apakah terdapat pembesaran / bulging di regio supra pubik				
4	Palpasi regio supra pubik - Posisi pemeriksa di sebelah kanan penderita - Meraba pada regio supra pubik apakah terdapat massa kistis				
<b>TOTAL SKOR</b>					

#### PEMASANGAN KATETER

No	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
1	Pemeriksa terlebih dahulu memberitahukan kepada pasien maksud, tujuan, prosedur pemasangan kateter secara lisan dengan bahasa yang dimengerti oleh pasien, kemudian minta persetujuan pasien ( informed consent )				
2	Mempersiapkan bahan dan alat				
3	Mencuci tangan / simple hand washing				
4	Memakai sarung tangan				
5	Posisi operator disebelah kanan penderita				
6	Desinfeksi daerah pemasangan dengan menggunakan kain kassa yang telah diberi povidone iodine 10 % mulai dari orificium uretra eksternus, gland penis, penis, skrotum dan daerah mons pubis				
7	Menutup daerah pemasangan dengan menggunakan kain / duk berlubang				
8	Memasukkan lubrikan jelly sebanyak 5 – 10 cc melalui uretra ke dalam uretra dan berikan 2 – 3 kali tekanan agar lubricant merata pada uretra				

9	Menginsersikan folley kateter ukuran 18 CH menggunakan pinset anatomis sampai kandung kemih				
10	Mempertahankan posisi kateter yang telah masuk ke dalam kandung kemih sambil mengisi balon kateter dengan menggunakan aquabidest sebanyak 25 – 30 cc (sesuai yang tertera pada kateter)				
11	Menarik perlahan-lahan kateter keluar sampai terdapat tahanan				
12	Mengevaluasi kateter apakah sudah masuk kandung kemih atau belum dengan melihat adanya urine keluar dari lumen pada pangkal kateter				
13	Membuka kain berlubang steril dan menyambungkan kateter dengan urine bag pada daerah sambungan tempat urine keluar di pangkal kateter				
14	Menutup permukaan OUE dengan kain kasa yang telah diberi povidone iodine 10 %				
15	Memfiksasi kateter pada paha penderita dengan plester				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)

LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN

REPRODUKSI

NAMA :  
 NPM :  
 HARI/TANGGAL :

INTRODUKSI

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Dokter terlebih dahulu memberitahukan pada pasien, prosedur, maksud dan tujuan pemeriksaan fisik dasar ( vital sign ) dan Leopold, secara lisan, dengan bahasa yang dimengerti oleh pasien, kemudian mintalah persetujuan pasien (informed consent).				
2	Mempersiapkan alat dan bahan				
3	Mencuci tangan/ <i>simple hand washing</i> menurut WHO				
TOTAL SKOR					

PEMERIKSAAN FISIK DASAR (VITAL SIGN)

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PENGUKURAN TEKANAN DARAH</b>					
1	Tempatkan pasien dalam keadaan duduk / berbaring dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas dari tekanan oleh pakaian				
2	Menempatkan tensimeter dan membuka aliran raksa, mengecek saluran pipa, dan meletakkan manometer vertikal (pada sphygmomanometer merkuri)				
3	Gunakan stetoskop dengan corong bel terbuka				
4	Pasang manset melingkari lengan atas secara rapi dan tidak terlalu ketat (2,5 cm di atas siku) dan sejajar jantung diperiksa dari pakaian				
5	Raba pulsasi arteri brakialis di fossa cubiti sebelah medial				
6	Dengan satu jari meraba pulsasi A.brakialis dan pompa sphygmomanometer dengan cepat sampai 30mmHg di atas hilangnya pulsasi/laporkan hasilnya				
7	Turunkan tekanan manset perlahan-lahan sampai pulsasi arteri teraba kembali/laporkan hasilnya sebagai "tekanan sistolik palpitoir"				
8	Ambil stetoskop dan pasang corong bel pada tempat perabaan pulsasi				
9	Pompa kembali manset sampai 30mmHg di atas tekanan sistolik palpitoir				
10	Dengarkan melalui stetoskop, sambil menurunkan perlahan-lahan/3mmHg/detik dan laporkan saat mendengar bising pertama/sebagai "tekanan sistolik"				
11	Lanjutkan penurunan tekanan manset sampai suara bising yang terakhir sehingga setelah itu tidak terdengar lagi bising/sebagai "tekanan diastolik"				
12	Laporkan hasil pemeriksaan tekanan darah dalam mmHg				
<b>PEMERIKSAAN NADI</b>					
13	Letakkan lengan yang akan diperiksa dalam keadaan rileks				
14	Gunakan jari telunjuk dan jari tengah untuk meraba arteri radialis				
15	Hitung frekuensi denyut nadi selama 1 menit (minimal 15 detik)				
16	Melaporkan hasil frekuensi dan vitalnya/menit				

PEMERIKSAAN SUHU BADAN					
17	Kibaskan termometer sampai permukaan air raksa menunjuk di bawah 35,5°C				
18	Tempatkan ujung termometer yang berisi air raksa pada apex fossa axillaris kiri dengan sendi bahu adduksi maksimal				
19	Tunggu sampai 3-5 menit, kemudian dilakukan pembacaan				
PEMERIKSAAN PERNAPASAN					
20	Minta pasien melepas baju ( duduk atau berbaring)				
21	Lakukan inspeksi atau palpasi dengan kedua tangan pada punggung/ada untuk menghitung gerakan pernapasan selama 1 menit (minimal 15 detik)				
22	Laporkan hasil frekuensi nafas per menit				
23	Jelaskankesimpulan hasil pemeriksaan kepada pasien				
24	Beritahukan tindak lanjut kepada pasien				
<b>TOTAL SKOR</b>					

PEMERIKSAAN OBSTETRI					
NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
PERSIAPAN					
1	Mempersilahkan ibu berbaring dengan kaki sedikit flexi dan menyisihkan pakaian ibu hingga seluruh perut ibu tampak jelas				
2	Menutup bagian paha dan kaki ibu dengan kain				
3	Pemeriksa berada di sisi kanan ibu menghadap bagian lateral kanan				
4	Pemeriksa menggosokkan kedua telapak tangan untuk menyamakan suhu tangan dengan perut ibu, mencegah ibu terkejut				
PEMERIKSAAN LEOPOLD I					
5	Posisi pemeriksa berdiri di sisi kanan menghadap ke bagian <i>wajah ibu</i>				
6	Letakkan sisi lateral telunjuk kiri pada puncak fundus uteri, lakukan pengukuran tinggi fundus uteri ke pinggir atas simfisis dengan meteran kain.				
7	Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada fundus uteri dan rasakan bagian bayi yang ada pada bagian tersebut dengan menekan lembut dan menggeser telapak tangan kanan dan kiri bergantian.				
PEMERIKSAAN LEOPOLD II					
8	Posisi pemeriksa berdiri di sisi kanan menghadap ke bagian <i>wajah ibu</i>				
9	Letakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu secara sejajar di ketinggian yang sama				
10	Mulai dari bagian atas, tekan secara simultan dengan telapak tangan kemudian bergeser ke bawah dan rasakan bagian rata yang memanjang ( <i>punggung</i> ) atau bagian – bagian kecil ( <i>ekstremitas</i> )				
PEMERIKSAAN LEOPOLD III					
11	Posisi pemeriksa berdiri di sisi kanan menghadap ke bagian <i>wajah ibu</i>				
12	Letakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah dan kanan pada dinding lateral kanan bawah perut ibu. Rasakan bagian bayi yang ada pada bagian tersebut dengan menekan lembut ( bagian keras, bulat dan hamper homogen adalah <i>kepala</i> , sedangkan tonjolan lunak dan kurang simetris adalah <i>bokong</i> )				
13	Gunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri di fundus dan ibu jari/telunjuk kanan di bagian bawah rahim di atas simfisis untuk membandingkan lunak atau				

	kerasnya bagian janin di posisi tersebut.				
<b>PEMERIKSAAN LEOPOLD IV</b>					
14	Posisi pemeriksa berdiri di sisi kanan menghadap ke bagian <i>kaki ibu</i>				
15	Letakkan telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari berada pada tepi simfisis				
16	Pertemukan ujung jari kiri dan kanan, rapatkan semua jari-jari tangan				
17	Perhatikan sudut yang dibentuk oleh jari-jari kiri dan kanan (konvergen atau <i>divergen</i> )				
18	Pindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi, fiksasikan bagian tersebut ke arah pintu atas panggul, kemudian letakkan jari – jari tangan kanan melintang sumbu tubuh ibu diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah masuk pintu atas panggul.				
<b>PEMERIKSAAN DENYUT JANTUNG JANIN</b>					
19	Ambil stetoskop monaural Laennec				
20	Letakkan ujung stetoskop pada dinding perut sesuai punggung bayi pada daerah lateral perut antara simfisis – umbilikus				
21	Cari dan dapatkan punctum maksimum denyut jantung bayi, koreksi denyutan dengan nadi ibu				
22	Yakinkan yang didapat denyut jantung bayi				
23	Lakukan pemeriksaan denyut jantung bayi selama 60 detik ( 1 menit ) penuh. Normal 120 – 160 x/menit.				
24	Letakkan semua peralatan pada tempat semula				
<b>PENUTUP</b>					
25	Beritahukan ibu pemeriksaan telah selesai				
26	Angkat kain penutup dan rapikan pakaian ibu				
27	Persilahkan ibu duduk kembali				
28	Catat hasil pemeriksaan pada status pasien/lembar kerja				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)

LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN

ENDOKRIN DAN  
METABOLISME

NAMA :  
NPM :  
HARI/TANGGAL :

INTRODUKSI

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Mengucapkan salam				
2	Memperkenalkan diri				
3	Mempersilahkan duduk				
TOTAL SKOR					

ANAMNESIS

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan				
		0	1	2	3	
<b>ANAMNESIS PRIBADI</b>						
1	Nama Usia Jenis kelamin Suku Agama Alamat Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Dewi 38 tahun Perempuan Jawa Islam Jl. Hormon No. 7 Medan Ibu rumah tangga Menikah SMP				
<b>ANAMNESIS PENYAKIT SEKARANG</b>						
2	<b>Keluhan Utama</b> Benjolan di leher					
3	<b>Onset</b> Dirasakan sejak 3 tahun yang lalu					
4	<b>Durasi</b> -					
5	<b>Karakteristik</b> Benjolan terasa membesar, tetapi tidak nyeri					
<b>ANAMNESIS KELUHAN TAMBAHAN</b>						
6	<b>Keluhan Tambahan</b> Merasa mudah lelah, mudah gelisah/ cemas, serta jantung berdebar-debar. Nafsu makan bertambah tetapi badan tetap kurus					
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT TERDAHULU</b>						
7	Migren					
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PRIBADI</b>						

8	Mudah stress				
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA</b>					
9	Ibu pasien pernah mengalami hal sama 1 th yang lalu				
<b>ANAMNESIS SOSIAL EKONOMI</b>					
10	Pasien tinggal di perumahan, bersih				
<b>ANAMNESIS GIZI</b>					
11	Nafsu makan bertambah, berat badan menurun				
<b>TOTAL SKOR</b>					

### PEMERIKSAAN FISIK

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>					
1	Informed Consent/meminta persetujuan pemeriksaan dan menjelaskan secara ringkas prosedur dan tujuan pemeriksaan				
2	Mencuci tangan dengan Simple Hand Washing ( <i>WHO</i> ).				
<b>INSPEKSI</b>					
3	Inspeksi umum <ul style="list-style-type: none"> <li>Memperhatikan dengan seksama perawakan pasien seperti gemuk, sedang dan kurus</li> <li>Memperhatikan apakah pasien tinggi atau pendek</li> <li>Memperhatikan apakah pasien gelisah, cemas atau letargi (lemas)</li> <li>Memperhatikan apakah pasien tampak berkeringat</li> </ul>				
4	Inspeksi lokal <ul style="list-style-type: none"> <li>Mata : apakah ada eksoftalmus, keadaan sclera dan konjungtiva</li> <li>Leher : apakah leher tampak pendek, apakah ada pembesaran pada leher, apakah pembesaran tersebut bergerak ke atas saat pasien di minta minum air atau menelan</li> </ul>				
<b>PALPASI</b>					
5	Pendekatan Anterior				
	Dengan menggunakan ujung jari kedua tangan, cari isthmus kelenjar tiroid dengan cara meraba antara kartilago krikoid, dan lekukan suprasternal				
	Gunakan salah satu tangan untuk merekraksi dengan lembut otot sternocleidomastoideus, sementara tangan lainnya memalpasi kelenjar tiroid				
	Atur posisi pasien yang akan diperiksa dalam posisi duduk, atau berdiri dengan posisi pemeriksa berada di depan pasien				
	Minta pasien untuk minum seteguk air, atau menelan ludah (Manuver Valsava), pada saat memalpasi untuk merasakan gerakan kelenjar tiroid				
	Catat ukuran, konsistensi, mobilitas, nyeri tekan, adanya nodul, jumlah nodul teraba, dan rabalah kelenjar limfe leher disekitarnya				
6	Pendekatan Posterior				
	Atur posisi pasien yang akan diperiksa dalam posisi duduk, atau berdiri dengan posisi pemeriksa berada di belakang pasien				
	Dengan menggunakan ujung jari kedua tangan, cari isthmus kelenjar tiroid				

	dengan cara meraba antara kartilago krikoid, dan lekukan suprasternal Gerakkan tangan anda ke lateral untuk merasakan otot sternocleidomastoideus, untuk merasakan keseluruhan kelenjar tiroid				
	Minta pasien untuk minum seteguk air, atau menelan ludah (Manuver Valsava), pada saat palpasi untuk merasakan gerakan kelenjar tiroid				
	Catat ukuran, konsistensi, mobilitas, nyeri tekan, adanya nodul, jumlah nodul teraba, dan rabalah kelenjar limfe leher disekitarnya				
<b>AUSKULTASI</b>					
7	Meletakkan permukaan bell stetoskop di daerah kelenjar tiroid yang membesar. Dengarkan ada tidaknya bruit.				
<b>TOTAL SKOR</b>					

**INTERPRETASI DATA/KEMAMPUAN PROSEDURAL PEMERIKSAAN PENUNJANG**

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Mengusulkan pemeriksaan kadar : T3,T4 dan TSH				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)

LEMBAR PENGAMATAN

HEMATOLOGI DAN  
ONKOLOGI

NAMA :  
NPM :  
HARI/ TANGGAL :

No	ASPEK YANG DINILAI	Hasil pengamatan			
		0	1	2	3
<b>INTRODUKSI</b>					
1	Memberi salam				
2	Memperkenalkan diri dan mempersilahkan duduk				
3	Mengajak berkomunikasi				
<b>TOTAL SKOR</b>					

No	ASPEK YANG DINILAI		Hasil pengamatan			
	ANAMNESIS PRIBADI	DATA	0	1	2	3
1	Nama	Tito				
2	Umur	28 tahun				
3	Jenis Kelamin	Laki-laki				
4	Alamat	Jalan Halat No. 18 A Medan				
5	Pekerjaan	Wiraswasta				
6	Status / Jumlah anak	Belum menikah				
7	Agama	Islam				
8	Suku	Jawa				
<b>TOTAL SKOR</b>						

No	ASPEK YANG DINILAI		Hasil pengamatan			
	ANAMNESIS PENYAKIT	DATA	0	1	2	3
1	Keluhan utama	Demam				
2	Onset	Demam timbul mendadak dan menetap sejak 6 hari yang lalu				
3	Durasi	Terus – menerus				
4	Karakteristik	Demam timbul pada hari 1 dan 2, pada hari ke 3 dan 4 demam turun, kemudian hari ke 5 demam kembali.				
5	Faktor yang memperberat keluhan	Tidak ada				
6	Faktor yang memperingan keluhan	Minum obat penurun panas				

7	Time (waktu)	Sepanjang hari				
<b>TOTAL SKOR</b>						

No	ASPEK YANG DINILAI		Hasil pengamatan			
			0	1	2	3
	ANAMNESIS TAMBAHAN	DATA				
1	Keluhan tambahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak enak badan</li> <li>▪ Ngilu pada sendi</li> <li>▪ Nyeri dibelakang bola mata</li> <li>▪ Sakit kepala</li> <li>▪ Mual</li> <li>▪ Gusi berdarah</li> </ul>				
2	Riwayat penyakit terdahulu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak ada</li> </ul>				
3	Riwayat pengobatan / pemakaian obat	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minum obat penurun panas (pasien lupa nama obatnya)</li> </ul>				
4	Riwayat keluarga	Adik pasien mengalami keluhan yang sama dan dirawat di Rumah sakit 3 hari sebelum pasien mendadak demam				
5	Riwayat kebiasaan pribadi	Selalu membiarkan pakaian yang tergantung di kamar dalam waktu yang lama				
6	Sosial ekonomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien terkesan berasal dari keluarga ekonomi menengah kebawah</li> <li>• Kondisi tempat tinggal pasien merupakan pemukiman yang padat penduduk</li> <li>• Dilingkungan tempat tinggal tidak ada yang menderita keluhan yang sama</li> </ul>				
7	Status gizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Makan sehari 3 kali dengan lauk, sayur dan berat badan tetap</li> </ul>				
<b>TOTAL SKOR</b>						

No	ASPEK YANG DINILAI		Hasil pengamatan			
			0	1	2	3
<b>PROSEDUR UJI TORNIQUET</b>						
1	Inform consent/ meminta persetujuan pasien serta menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan secara ringkas dan jelas					
2	Mempersiapkan peralatan dan bahan yang diperlukan untuk pemeriksaan serta ruangan yang terang dan nyaman					
3	Memposisikan pasien dipersilahkan duduk / berbaring					
4	Pasang <i>bladder-cuff</i> di pertengahan lengan atas (medial) pasien, diatas arteri brakialis. Bagian bawah cuff 2,5 cm di atas fossa antecubiti dan pastikan lilitan cuff tidak terlalu ketat atau longgar					
5	Posisikan lengan pasien sedikit fleksi pada sikunya					
6	Sebelum cuff dipompa, bukalah kunci tekanan manometer, kemudian katup pompa dikunci					
7	Tentukan tinggi tekanan yang akan dipompa dengan cara : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perkirakan tekanan darah sistolik dengan cara palpasi arteri brakialis. Rabalah arteri brakialis, dengan jari kedua dan ketiga kiri</li> <li>▪ Pompa cuff dengan perlahan-lahan sehingga rabaan pulsasi arteri brakialis menghilang</li> </ul>					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saat yang bersamaan, bacalah skala yang ditunjukkan manometer, kemudian ditambahkan 30 mmHg</li> <li>▪ Nilai yang didapatkan, dipergunakan untuk menentukan target tekanan <i>cuff</i> saat pemeriksaan, sehingga dapat mencegah ketidaknyamanan pasien yang disebabkan tekanan <i>cuff</i> yang terlalu tinggi</li> </ul>				
8	Buka kunci katup pompa, kempiskanlah <i>cuff</i> secara cepat dan sempurna, tunggulah selama 15-30 detik				
9	Pakailah stetoskop dengan ujung-ujung mengarah sesuai posisi anatomi liang telinga				
10	Letakkanlah diafragma stetoskop di atas arteri brakialis. Pastikan seluruh diafragma stetoskop menempel pada permukaan lengan				
11	Pompa <i>cuff</i> sampai mencapai nilai jumlah tekanan yang telah ditetapkan tadi				
12	Turunkan tekanan secara perlahan-lahan sekitar 2-3 mmHg per detik				
13	Dengarkanlah secara seksama. Catatlah angka skala pada manometer dimana suara Korotkoff terdengar pertama kali, yang dinyatakan sebagai tekanan sistolik				
14	Turunkan terus tekanan <i>cuff</i> perlahan sampai suara Korotkoff semakin melemah hingga hilang sama sekali. Catatlah angka skala pada manometer dimana suara Korotkoff tidak terdengar lagi, yang dinyatakan sebagai tekanan diastolik				
15	Turunkan terus tekanan <i>cuff</i> secara perlahan hingga angka skala pada manometer menunjukkan angka 0				
16	Catatlah kedua angka tekanan tadi. Tekanan darah dinyatakan dengan nilai tekanan sistolik per diastolik.				
17	Jumlahkan angka tekanan sistolik dan diastolik kemudian bagi dua. Catat angka tersebut				
18	Istirahatkan pasien selama $\pm$ 2 menit sebelum melakukan uji tourniquet Lakukan uji tourniquet dengan membendung aliran darah penderita dengan menggunakan tensimeter sampai dengan nilai yang dicatat tadi				
19	Beri lingkaran dengan menggunakan pena pada kulit lengan bawah bagian volar, dengan garis tengah $\pm$ 5 cm, kira-kira 4 cm sebelah distal dari fossa cubiti				
20	Tahan bendungan pada angka tersebut selama $\pm$ 10 menit				
21	Lepaskan lilitan <i>bladder cuff</i> dan tunggu sampai tanda-tanda stasis darah hilang, yang ditandai dengan kembalinya warna kulit daerah lengan yang dibendung seperti keadaan semula				
22	Cari dan hitung juga jumlah petekie yang timbul pada kulit lengan bawah bagian volar di sebelah distal lingkaran tersebut Interpretasi : Bila ditemukan lebih dari 10 buah petekie di dalam lingkaran, maka uji tourniquet (rumple leed test) dinyatakan positif				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)

NAMA MAHASISWA :

NPM :

HARI / TANGGAL :

## PEMERIKSAAN FISIK

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>					
1	Inform consent/ meminta persetujuan tindakan serta menjelaskan tujuan pembedaian dan prosedur pembedaian secara ringkas dan jelas				
2	Memposisikan pasien dalam posisi duduk atau berbaring dan atur agar mendapatkan posisi yang nyaman.				
3	Tanggalkan pakaian yang menutupi lengan kanan bawah pasien, lepaskan jam tangan, cincin, dan semua benda yang dikenakan pada ekstremitas yang cedera, lalu periksa adanya tanda-tanda fraktur.				
<b>PEMERIKSAAN FISIK TANDA – TANDA FRAKTUR</b>					
4	<b>LOOK</b> Amati dan bandingkan sisi yang sehat dengan sisi yang sakit Amati perubahan warna kulit : hematoma, perlekaan, luas kerusakan jaringan Amati apakah terdapat deformitas : angulasi, rotasi, pemendekan				
5	<b>FEEL</b> Meraba apakah terdapat nyeri tekan, tanda krepitasi Melakukan pemeriksaan NVD (neuro vaskular distal)  Pemeriksaan neurologi distal : Pemeriksaan sensorik : melakukan cubitan pada bagian distal cedera Pemeriksaan motorik : mengevaluasi pergerakan sendi – sendi bagian distal cedera Pemeriksaan vaskular distal Meraba arteri distal (arteri radialis) Pemeriksaan CRT (capillary refill test) dengan cara menekan ujung kuku sampai berwarna pucat kemudian melepaskannya. CRT normal < 2 detik				
6	<b>MOVE</b> Menilai kemampuan gerak dari ekstremitas yang cedera dengan memerintahkan mengangkat bagian yang cedera				
<b>TOTAL SKOR</b>					

## PENATALAKSANAAN FRAKTUR LENGAN BAWAH

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>					
1	Inform consent/ meminta persetujuan tindakan serta menjelaskan tujuan pembedaian dan prosedur pembedaian secara ringkas dan jelas				
2	Mempersiapkan alat dan bahan berupa: Bidai kayu, <i>Elastic Bandage</i> atau kasa gulung dan gunting				
3	Usahakan mengenakan alat pelindung diri minimal sarung tangan.				
4	Pasien pada posisi duduk dan atur agar mendapatkan posisi yang paling nyaman.				
<b>CARA PEMBIDAAN DAN IMMOBILISASI</b>					
5	Tanggalkan pakaian yang menutupi lengan kanan bawah pasien, lepaskan jam tangan, cincin, dan semua benda yang dikenakan pada ekstremitas yang				

	cedera.				
6	Pilih tipe dan ukuran bidai yang sesuai dengan panjang lengan kiri bawah yang panjangnya melampaui persendiannya.				
7	Pembidaian meliputi 2 sendi (sendi di atas dan sendi di bawah ekstremitas yang cedera) dan minimal 2 sisi (medial, lateral, anterior, maupun posterior).				
8	Posisikan lengan bawah kiri dalam keadaan fleksi pada sendi siku yang membentuk sudut 90° terhadap lengan atas				
9	Bidai diletakkan pada sisi volar dan dorsal lengan bawah kanan dan difiksasi dengan kasa yang dijadikan pengikat minimal 3 ikatan pada bagian distal, proksimal, dan pertengahan bidai tetapi tidak boleh tepat diatas fraktur. Simpul ikatan terletak pada permukaan bidai, pada sisi bidai yang mudah dijangkau (lateral atau anterior), dan tidak boleh tepat diatas fraktur				
10	Atau dibalut dengan <i>elastic bandage</i> yang dilakukan secara sirkuler bertumpang tindih dari distal ke proksimal dan bagian ujung pembalut direkatkan dengan perekatnya				
11	Pengikatan/ pembalutan jangan terlalu ketat atau longgar. Periksa kembali neurovaskular ekstremitas yang mengalami cedera tiap 15 menit.				
12	Dilakukan pemasangan kain gendongan/ mitela untuk menyangga lengan bawah kanan yang fraktur				
					
13	Berikan penghilang rasa sakit (analgesik)				
14	Pasien dirujuk dan dikonsultasikan ke ahli traumatologi/ ortopedi				
<b>TOTAL SKOR</b>					

**INTERPRETASI DATA/KEMAMPUAN PROSEDURAL PEMERIKSAAN PENUNJANG**

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Mengusulkan Foto Rontgen: Foto cruris sinistra proyeksi Anteroposterior (AP) dan Lateral				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018  
Penguji

(.....)

LEMBARAN PENGAMATAN DAN PENILAIAN

INTEGUMEN
-----------

NAMA :  
 NPM :  
 HARI/TANGGAL :

INTRODUKSI

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
1	Mengucapkan salam				
2	Memperkenalkan diri				
3	Mempersilahkan duduk				
<b>TOTAL SKOR</b>					

ANAMNESIS

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan				
		0	1	2	3	
<b>ANAMNESIS PRIBADI</b>						
1	Nama Usia Jenis kelamin : Suku Agama Alamat Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Sigaro 24 tahun Laki-laki Nias Kristen Jl. Tangkuk Bongkar No.89 Medan Sales Panci Belum menikah SMP				
<b>ANAMNESIS PENYAKIT SEKARANG</b>						
2	<b>Keluhan Utama</b> Gatal – Gatal					
3	<b>Onset</b> Dialami sejak 2 minggu lalu					
4	<b>Location</b> Bahu belakang kiri					
5	<b>Karakteristik</b> Yang memperberat dan memperingan: gatal memberat saat berkeringat dan udara panas dan berkurang saat mandi					
<b>ANAMNESIS KELUHAN TAMBAHAN</b>						
6	<b>Keluhan Tambahan</b> Kulit kemerahan					
7	<b>Onset:</b> Dialami sejak 2 minggu lalu					
8	<b>Location</b> Bahu belakang kiri					
9	<b>Karakteristik</b>					

	Mula – mula ukuran kecil lama kelamaan makin besar				
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT TERDAHULU</b>					
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak pernah menderita penyakit yang seperti ini sebelumnya.</li> <li>Tidak menderita kencing manis (DM).</li> </ul>				
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PRIBADI</b>					
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jarang mandi saat sedang sibuk, pulang kerja langsung tidur.</li> <li>Malas mencuci handuk dan suka tukar menukar handuk.</li> <li>Malas membersihkan kamar</li> </ul>				
<b>ANAMNESIS RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA</b>					
12	Adik Os menderita hal yang sama				
<b>ANAMNESIS SOSIAL EKONOMI</b>					
13	OS bekerja sebagai sales panci, tinggal di daerah Medan Denai merupakan pekerja yang sedang meniti karir				
<b>ANAMNESIS GIZI</b>					
14	Makan nasi dengan lauk pauk 3 x sehari.				
<b>TOTAL SKOR</b>					

#### PEMERIKSAAN FISIK KULIT

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>					
1	Informed Consent/ meminta persetujuan pasien untuk melakukan pemeriksaan serta menjelaskan secara ringkas prosedur dan tujuan pemeriksaan				
2	Pemeriksaan dilakukan dalam ruang tertutup, nyaman dan cukup penerangan				
3	Atur posisi dan membuka pakaian pada daerah lesi yang dikeluhkan pasien				
4	Mencuci tangan dengan Simple Hand Washing ( <i>WHO</i> ). Dan memakai sarung tangan				
<b>INSPEKSI RUAM (LIHAT GAMBAR)</b>					
5	Jenis Ruam	Eritema			
	Lokasi	Supra Spinatus			
	Bentuk	Numularis			
	Batas	Tegas			
	Pinggir	Bintil Merah Aktif			
	Bagian tengah	Seperti Sembuh			
<b>TOTAL SKOR</b>					

#### PEMERIKSAAN PENUNJANG KOH 10%

NO	ASPEK YANG DINILAI	Hasil Pengamatan			
		0	1	2	3

1	Mempersiapkan alat dan bahan pemeriksaan.				
2	Melakukan tindakan aseptik dengan kapas alkohol pada bagian kulit yang akan dikerok				
3	Melakukan kerokan kulit pada bagian yang aktif (pinggir lesi) menggunakan skalpel dengan arah dari atas ke bawah dan meletakkan hasil kerokan pada gelas objek.				
4	Meneteskan KOH 10% sebanyak 1-2 tetes pada sediaan dan sediaan ditutup dengan deck glass dan ditunggu dalam beberapa menit atau dengan melakukan pemanasan di atas lampu bunzen beberapa saat (jangan sampai mendidih).				
5	Sediaan diperiksa dibawah mikroskop dengan pembesaran objektif 40x				
<b>TOTAL SKOR</b>					

Keterangan Skor :

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tetapi salah
- 2 : Dilakukan dengan benar tetapi tidak sempurna
- 3 : Dilakukan dengan benar dan sempurna

Medan, ..... 2018

Penguji

(.....)