

Buku Panduan Diagnosis Fisik di Klinik

Edhiwan Prasetya & J. Teguh Widjaja (Editor)

SAMBUTAN

Dekan Fakultas Kedokteran UKM

Dengan hormat,

Sebagai Dekan, saya sambut dengan bangga dan gembira penerbitan buku yang berjudul "Buku Panduan Diagnosis Fisik di Klinik". Buku ini akan mendapat tempat yang penting dalam pendidikan kedokteran, karena akan mempersiapkan para mahasiswa kedokteran dengan lebih baik untuk tahap studi kliniknya dan akan menjadi pengetahuan dasar bagi pendidikan keterampilan klinik.

Yang membesarkan hati saya bahwa para mahasiswa/mahasiswi ikut memegang peranan dalam penyusunan buku ini, baik dalam penulisan teks, pembuatan gambar maupun foto dan saya yakin dengan pengalaman menulis, pengetahuan mereka lebih mendalam (deep learning).

Saya percaya bahwa hasil penjualan buku ini dapat juga bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan alat yang diperlukan, bahkan harapan saya dapat juga meringankan biaya pendidikan mahasiswa kedokteran.

Kepada semua pihak, khususnya pada staf Ilmu Penyakit Dalam yang telah menyumbangkan tenaga dan pikiran pada penyusunan buku ini saya sampaikan penghargaan saya dan mengharapkan bahwa teladan Saudara dapat merangsang bagian lain untuk menulis buku yang sangat dibutuhkan oleh mahasiswa kedokteran.

Penerbitan buku ini juga diharapkan akan meningkatkan citra Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha karena saya yakin bahwa buku ini akan juga dibaca oleh mahasiswa kedokteran di seluruh Indonesia.

Bandung, Januari 2004
Dekan FK-UKM

Ttd

Prof. Sulaiman Sastrawinata, dr., SpOG.

SAMBUTAN

Kepala Laboratorium Ketrampilan Klinik
Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha

Koordinator Penulisan "Buku Panduan Diagnosis Fisik di Klinik"

Pada saat ini sebenarnya sudah ada beberapa buku pemeriksaan fisik yang telah diterbitkan dan digunakan oleh para mahasiswa kedokteran, umumnya dalam bentuk terjemahan dari karya asing. Meskipun demikian dari pengalaman kami dalam mendidik dan membimbing mahasiswa kedokteran khususnya di tingkat kepaniteraan kami mengamati adanya kesulitan bagi para mahasiswa untuk mengaplikasikan buku-buku tersebut secara praktis di klinik. Hal ini mendorong mereka lebih mengandalkan pada diktat-diktat kuliah yang seringkali terlalu ringkas sehingga kurang memahami dasar-dasar teorinya. Berangkat dari pemikiran tersebut timbullah ide untuk menyusun suatu buku panduan pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kebutuhan para mahasiswa sehingga akan membantu mereka belajar pemeriksaan fisik dengan lebih baik. Tujuan akhirnya adalah agar mereka akan lebih siap dan trampil dalam melakukan tugas-tugas mereka di tingkat kepaniteraan sehingga (sebagaimana sering disampaikan oleh Dekan kami Prof. Sulaiman) agar para pasien tidak menjadi kelinci percobaan.

Sebagian naskah dalam buku ini konsepnya disusun beberapa mahasiswa kedokteran, kemudian diperbaiki oleh para dosen yang memberi kuliah di bidang tersebut, sementara beberapa naskah langsung ditulis oleh para dosen tersebut. Naskah ini kemudian diedit lagi beberapa kali oleh tim editor yang dipimpin dr. Teguh Widjaja, SpP. Dalam buku ini ada beberapa bab yang sengaja ditulis yang mungkin jarang dijumpai pada buku-buku pemeriksaan fisik lainnya. Bab I berisi tentang Dasar-Dasar Pemeriksaan Fisik yang bila dipelajari dan dilaksanakan dengan baik akan memotivasi dan menggugah kepedulian mahasiswa untuk memperlakukan pasiennya dengan lebih manusiawi. Disamping itu pada bab terakhir ditulis suatu pedoman yang dapat menolong mahasiswa untuk membuat diagnosis dan menyusun status pasien.

Tujuan penyusunan buku ini adalah untuk membantu para mahasiswa kedokteran, oleh karena itu bila dikemudian hari ada royalti dari penerbitan buku ini seluruhnya akan kami sumbangkan untuk pengembangan sarana Laboratorium Ketrampilan Klinik Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha, Bandung. Kami berharap buku ini benar-benar bermanfaat bagi mahasiswa kedokteran sesuai dengan tujuan awal ditulisnya buku ini. Kami juga terbuka untuk kritik dan saran-saran dari para pembaca buku ini.

Bandung, Januari 2004

dr. Edhiwan Prasetya, SpPD

KATA PENGANTAR

Ketua Tim Editor

Pertama-tama kami mengucapkan syukur kepada Tuhan atas berkat dan pimpinannya sehingga "Buku Panduan Diagnosis Fisik dalam Klinik" ini dapat terselesaikan.

Bermula dari ide dr. Edhiwan Prasetya, SpPD., selaku Ketua Laboratorium Ketrampilan Klinik yang menginginkan disusunnya suatu buku panduan pemeriksaan fisik bagi mahasiswa kedokteran yang akan masuk tingkat kepaniteraan klinik di rumah sakit. Buku tersebut haruslah disusun secara sistematis, lengkap tapi praktis untuk digunakan sebagai panduan bagi mahasiswa. Ketika ide ini disampaikan kepada kami, kami menerimanya sebagai tantangan sekaligus tugas yang harus diselesaikan. Sebagai langkah awal kami meminta beberapa mahasiswa kedokteran yang mempunyai potensi untuk menulis dan bersedia membantu kami untuk menyusun suatu naskah awal. Beberapa buku teks yang umum digunakan sebagai buku ajar pemeriksaan fisik, baik yang berupa buku terjemahan maupun diktat kuliah yang ada di pasar kami pilih sebagai acuan. Setelah naskah dasar tersebut selesai kami meminta beberapa dokter senior dan dosen mata kuliah pemeriksaan fisik untuk membaca ulang dan mengoreksi naskah tersebut. Naskah yang telah dikoreksi tersebut kemudian dibaca ulang oleh tim editor secara bergantian, sehingga setiap naskah diedit beberapa kali. Untuk ilustrasi gambarnya kami meminta seorang mahasiswi disain grafis untuk membantu melukisnya, sedangkan untuk foto-foto kami meminta bantuan seorang mahasiswi kedokteran yang kebetulan mempunyai hobi fotografi untuk melakukannya. Untuk model diperagakan para mahasiswa kedokteran. Dibutuhkan waktu sekitar 2 tahun untuk menyelesaikan buku ini. Para mahasiswa kedokteran yang membantu di awal penyusunan buku ini kini semuanya telah lulus sebagai dokter.

Oleh karena itu selesainya buku ini sebenarnya merupakan hasil karya gabungan dari berbagai pihak. Sudah selayaknya ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya patutlah kami sampaikan kepada semua pihak yang membantu penyusunan buku ini.

Dalam buku ini ada beberapa bab penting yang kami susun yang mungkin tidak atau jarang dijumpai pada buku-buku pemeriksaan fisik lainnya, yakni bab tentang Dasar-Dasar Pemeriksaan Fisik yang berisi tentang filosofi pemeriksaan fisik, dan bab tentang Cara Membuat Diagnosis dan Menyusun Status. Kami berharap dengan selesainya buku ini akan menjadi panduan yang sangat berharga bagi para dokter di klinik, mahasiswa kedokteran, dan para dosen yang membimbing mahasiswa di tingkat kepaniteraan.

Kami menyadari bahwa meskipun telah berusaha demikian keras tetap saja ada kemungkinan kesalahan-kesalahan yang tanpa sengaja terjadi pada buku ini. Kami berharap kritik, saran dan komentar dari para pengguna buku ini untuk perbaikan pada edisi-edisi berikutnya.

Bandung, Januari 2004

dr. J. Teguh Widjaja, SpP., FCCP
Ketua Tim Editor

TIM PENYUSUN

| | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ketua Proyek | dr. Edhiwan Prasetya, SpPD. |
| Ketua Tim Pelaksana | dr. J. Teguh Widjaja, SpP., FCCP. |
| Pendukung | dr. Lukas Mulyono Samuel dr. Vera Mahasiswa FK-UKM |
| Ilustrator | dr. Bing Haryono, SpS. Debora Siok Kwan |
| Fotografer | dr. Sri Dwiyantri |
| <i>Tim Editor</i> | |
| Ketua | dr. J. Teguh Widjaja, SpP., FCCP. |
| Anggota | dr. Edhiwan Prasetya, SpPD. dr. Meilinah Hidayat, M.Kes. dr. Bing Haryono, SpS. dr. Stanley Kirana |

***Buku ini dipersembahkan kepada
para mahasiswa kedokteran
yang mengemban tugas melanjutkan
perjuangan melawan penyakit,
mengembangkan ilmu pengetahuan kedokteran,
dan melayani sesama manusia yang membutuhkan
pelayanan di bidang kesehatan.***

***Kiranya buku ini dapat membantu
memperlengkapi, menjadi sumber motivasi dan
inspirasi bagi anda sekalian
dalam mengemban tugas agung ini.***

DAFTAR ISI

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Bab I | |
| Bab II | |
| Sambutan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha Prof. dr. Sulaiman Sastrawinata, SpOG | i |
| Sambutan Kepala Laboratorium Ketrampilan Klinik Fak. Kedokteran U.K. Maranatha selaku Koordinator Penulisan Buku dr. Edhivan Prasetya, SpPD | ii |
| Kata Pengantar Ketua Tim Editor dr. J. Teguh Widjaja, SpP, FCCP | iii |
| Bab I | |
| Dasar-Dasar Pemeriksaan Fisik | 1 |
| Bab II | |
| Anamnesis | 9 |
| Bab III | |
| Pemeriksaan Keadaan Umum | 19 |
| Bab IV | |
| Pemeriksaan Fisik Kulit | 35 |
| Bab V | |
| Pemeriksaan Fisik Kepala dan Leher | 45 |
| Bab VI | |
| Pemeriksaan Fisik Toraks dan Paru | 63 |
| Bab VII | |
| Pemeriksaan Fisik Kardiovaskuler | 87 |
| Bab VIII | |
| Pemeriksaan Fisik Abdomen | 117 |
| Bab IX | |
| Pemeriksaan Fisik Genitalia | 153 |
| Bab X | |
| Pemeriksaan Fisik Ekstremitas | 161 |
| Bab XI | |
| Tata Kerja Kedokteran Klinik | 179 |

DAFTAR PENULIS DAN KONTRIBUTOR

- Bab I Dasar-Dasar Pemeriksaan Fisik
dr. J. Teguh Widjaja, SpP., FCCP.
- Bab II Anamnesis
dr. J. Teguh Widjaja, SpP., FCCP.
- Bab III Pemeriksaan Keadaan Umum
dr. J. Teguh Widjaja, SpP., FCCP.
dr. Stanley Kirana
- Bab IV Pemeriksaan Fisik Kulit
dr. Onkie Kusnadi, SpPD.
dr. Felicia Andriani
- Bab V Pemeriksaan Fisik Kepala dan Leher
dr. Budi Liem, M.Med.
dr. Stanley Kirana
dr. Cinthya Dewi
- Bab VI Pemeriksaan Fisik Toraks dan Paru
dr. J. Teguh Widjaja, SpP., FCCP.
dr. Sandra Utami
- Bab VII Pemeriksaan Fisik Kardiovaskuler
dr. Widhonyudana Linggajaya
dr. Stanley Kirana
dr. R. H. Setya Wibawa
- Bab VIII Pemeriksaan Fisik Abdomen
dr. Daniel W. Purwadisastra
dr. Paulus Pramudianto
- Bab IX Pemeriksaan Fisik Genitalia
dr. Onkie Kusnadi, SpPD.
dr. Felicia Andriani
- Bab X Pemeriksaan Fisik Ekstremitas
dr. Onkie Kusnadi, SpPD.
dr. Felicia Andriani
- Bab XI Tata Kerja Kedokteran Klinik
dr. H. Edwin Setiabudi, SpPD.
dr. Maria Goretti, SpPD.
dr. Santoso Chandra, SpPD.

TATA KERJA KEDOKTERAN KLINIK

dr. H. Edwin Setiabudi, SpPD.

dr. Maria Goretti, SpPD.

dr. Santoso Chandra, SpPD.

"The physician who should come out of the medical schools should know, not only the science and the art of medicine, but more importantly, he must be an educated and cultured man. Education, therefore, is the hallmark of the physician"

Antonio M. Samia, 1992

Secara prinsip, tidak ada tindakan atau pengobatan tanpa diagnosis. Sedangkan diagnosis penyakit merupakan simpulan yang dibuat berdasarkan data-data yang dikumpulkan dari identitas, anamnesis, pemeriksaan fisik, dan dipertegas oleh pemeriksaan penunjang.

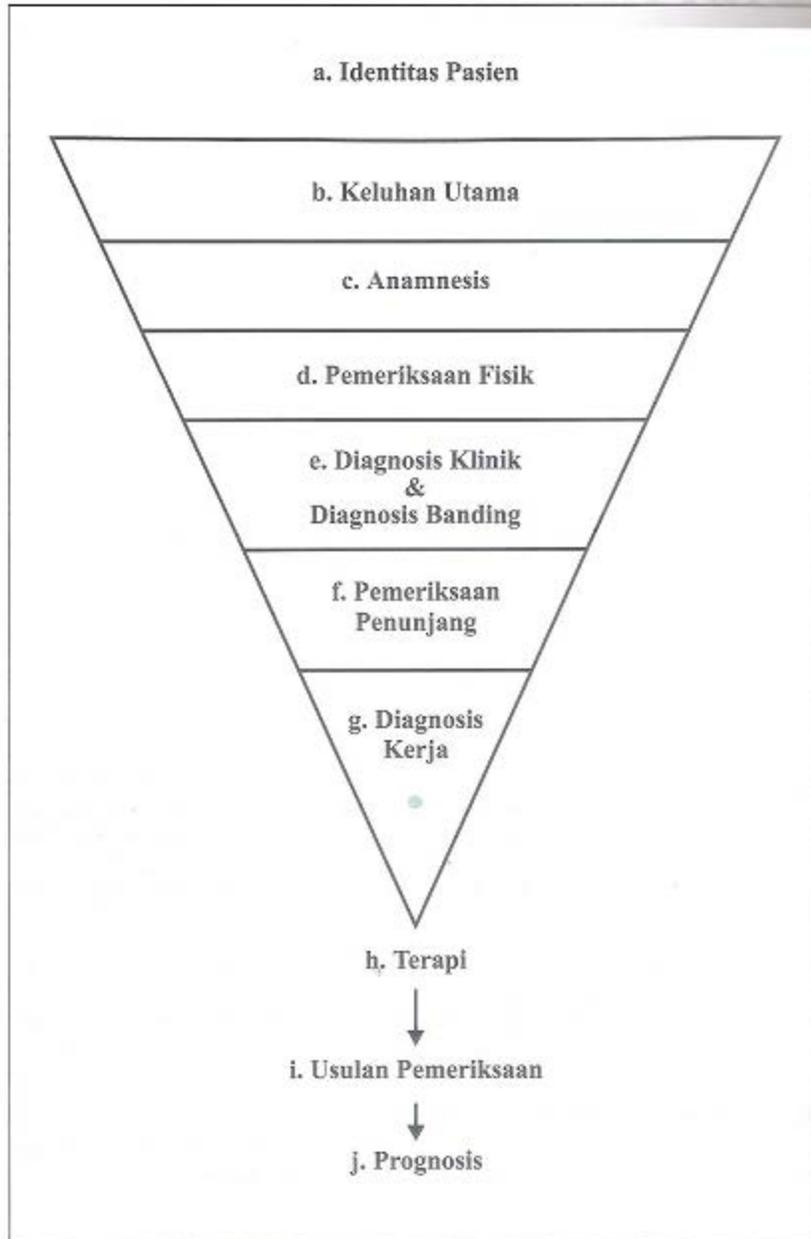
Dalam menegakkan diagnosis suatu penyakit, diperlukan tiga faktor yang menjadi landasan utama, yaitu:

1. **Kognitif:** pengetahuan tentang ilmu penyakit, patofisiologi, dan patogenesis
2. **Psikomotor:** merupakan keterampilan klinik dalam mengidentifikasi faktor-faktor kognitif, terutama berhubungan dengan pemeriksaan fisik.
3. **Afektif:** faktor emosi dokter dan pasien yang akan menunjang kognitif dan psikomotor.

SISTEMATIKA PENEGAKKAN DIAGNOSIS

Langkah-langkah yang dilakukan untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya (sesuai dengan gambar 1) adalah sebagai berikut:

Gambar 1. Piramida terbalik dalam menegakkan diagnosis



- A. **Identitas** : meliputi nama lengkap, nomor rekam medis, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, agama, dan status perkawinan. Hal ini diperlukan agar tidak terjadi kesalahan dalam melayani pasien.

Contoh :

| | | | |
|---------------|-------------|------------|-----------------------|
| Nama Pasien | : Tn A | Alamat | : Jl. Kopo 12 Bandung |
| No. Med. Rec. | : 00012345 | Pekerjaan | : Satpam pabrik kain |
| Usia | : 20 tahun | Agama | : Islam |
| Jenis Kelamin | : Laki-laki | Perkawinan | : Belum menikah |

Pembahasan :

Usia, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, agama, dan status perkawinan, merupakan data-data yang bermanfaat dan seringkali berhubungan dengan diagnosis penyakit yang akan ditegakkan.

- b. **Keluhan Utama** : merupakan keluhan yang menjadi alasan pasien datang berobat. Termasuk bagian dari anamnesis, karena diperoleh dengan cara tanya-jawab terhadap pasien atau keluarganya.

Contoh :

Keluhan Utama : panas badan lebih dari seminggu

Pembahasan :

Pada Gambar 1., keluhan utama menempati bagian yang paling luas, artinya kita harus berpikir tentang penyakit lebih bersifat umum. Dari pernyataan panas badan lebih dari seminggu sebagai keluhan utama, dengan mempertimbangkan data-data identitas pasien, dapat dipikirkan diagnosis banding secara umum adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi dan non infeksi. Bila diuraikan beberapa contoh penyakit yang dapat dijadikan diagnosis banding adalah :

1. Infeksi
 - a. Bakteri
 - i. Demam tifoid
 - ii. Demam reumatik
 - iii. Tuberkulosis (paru dan ekstra-paru)
 - iv. Infeksi saluran napas (pneumonia, bronkitis akut, faringitis, tonsilitis, dan lain-lain)
 - v. Infeksi saluran kemih
 - vi. Apendisitis akut
 - b. Parasit
 - i. Malaria
 - ii. Leptospirosis
2. Non-infeksi
 - a. Keganasan
 - i. Leukemia
 - ii. Limfoma maligna
 - b. Penyakit otoimun
 - i. Lupus eritematosus sistemik
 - ii. Arthritis reumatoid

Terdapat 12 penyakit sebagai diagnosis banding dari keluhan utama panas badan lebih dari seminggu.

- c. **Anamnesis:** hasil tanya-jawab dengan pasien atau pengantar pasien yang lebih mengarahkan pada diagnosis yang lebih jelas. Lebih dari 70% diagnosis penyakit dapat terungkap dari anamnesis yang baik. Bagian dari anamnesis adalah : keluhan utama (sudah dibahas diatas), riwayat penyakit sekarang, riwayat upaya pengobatan penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit dalam keluarga atau lingkungan, serta riwayat kebiasaan.

Contoh :

Riwayat Penyakit Sekarang

Sejak lebih dari seminggu yang lalu (delapan hari), penderita mengeluh panas badan terus-menerus yang mula-mula tidak begitu panas, makin lama makin bertambah panas, terutama dirasakan pada malam hari.

Penderita juga mengeluh lemah badan, nyeri kepala di bagian depan, kadang-kadang batuk tanpa dahak, nafsu makan menurun akibat makanan terasa pahit di mulut, nyeri ulu hati, mual-mual tanpa muntah, dan buang air besar menjadi jarang. Pada hari kedua sejak mulai sakit, penderita berobat ke dokter umum, dikatakan sakit infeksi virus, diberi tablet penurun panas yang diminum 3 kali sehari dan vitamin 1 tablet/hari. Dokter yang memeriksanya menyarankan untuk istirahat dan banyak minum. Setelah minum obat dari dokter, panas turun beberapa saat, tapi kemudian naik kembali. Keluarga memutuskan penderita dibawa ke rumah sakit setelah obat habis diminum, tapi masih belum ada perbaikan.

Tidak ada riwayat panas tinggi yang naik-turun hingga menggigil, penurunan kesadaran, sesak napas, nyeri menelan, nyeri dada saat bernapas, nyeri perut kanan bawah, buang air kecil menjadi sedikit atau nyeri, dan nyeri otot serta persendian. Juga tidak didapatkan riwayat perdarahan dari gusi, hidung, atau kulit.

Riwayat Penyakit Dahulu

Penderita baru pertama kali sakit seperti ini.

Riwayat Penyakit Keluarga

Kakek penderita meninggal pada usia 70 tahun akibat sakit jantung. Ibu penderita saat ini menderita tekanan darah tinggi dalam pengobatan dokter. Adik penderita pernah dirawat di rumah sakit satu tahun yang lalu karena sakit kuning, dikatakan menderita hepatitis A, namun telah dinyatakan sembuh oleh dokter.

Riwayat Kebiasaan / Sosial

Penderita memiliki kebiasaan jajan makanan seperti mie baso atau gado-gado di sekitar tempat bekerja, karena tidak biasa sarapan pagi sebelum pergi bekerja.

Pembahasan :

Pada anamnesis, kita harus dapat meramu kalimat-kalimat secara sistematis dalam bahasa awam (bahasa pasien) sehingga dapat membuat beberapa diagnosis banding saja pada kesimpulan anamnesis.

Panas badan lebih dari seminggu, terus-menerus yang mula-mula tidak begitu

panas makin lama makin bertambah panas, terutama dirasakan pada malam hari (febris remiten dengan gambaran seperti anak tangga / *step ladder*), lemah badan, nyeri kepala dibagian depan, kadang-kadang batuk tanpa dahak, nyeri ulu hati, dan buang air besar menjadi jarang adalah gambaran khas dari demam tifoid.

Adanya panas badan disertai batuk-batuk perlu dipikirkan pula tuberkulosis paru, terutama tuberkulosis paru milier. Sementara panas dengan nyeri kepala, dapat pula dipikirkan meningitis walaupun belum terjadi penurunan kesadaran.

Tidak adanya riwayat nyeri otot serta persendian, telah cukup untuk menyingkirkan kemungkinan demam reumatik, lupus eritematosus sistemik, artritis reumatoid, atau leptospirosis.

Diagnosis malaria juga dapat disingkirkan dengan tidak adanya keluhan menggigil. Akan lebih baik lagi apabila pada anamnesis juga dicantumkan apakah penderita pernah tinggal atau berkunjung ke daerah pantai atau endemis malaria.

Penderita tidak mengeluh sesak napas, sehingga diagnosis pneumonia atau bronkitis akut tidak perlu kita pikirkan.

Tidak adanya keluhan nyeri menelan telah menyingkirkan diagnosis faringitis maupun tonsilitis.

Infeksi saluran kemih juga tidak terjadi pada pasien ini karena tidak ada gangguan pada buang air kecil dan juga panas tidak disertai menggigil.

Kemungkinan leukemia pada pasien ini tidak ditunjang dengan adanya riwayat perdarahan. Sementara untuk diagnosis keganasan seperti limfoma maligna masih mungkin karena secara anamnesis dapat memberikan gambaran yang menyerupai penyakit infeksi.

Simpulan anamnesis diatas menghasilkan diagnosis banding penyakit yang masih mungkin :

1. Demam tifoid
2. Tuberkulosis paru milier
3. Tuberkulosis meningen (Meningitis TB)
4. Limfoma maligna

Hasil ini jauh lebih sedikit dari diagnosis banding pada keluhan utama, sehingga fokus perhatian kita lebih terarah lagi (sesuai Gambar 1.)

- d. **Pemeriksaan Fisik:** upaya pencarian tanda-tanda objektif pada fisik pasien yang dapat menuntun kita dalam menemukan diagnosis penyakit. Harus ada korelasi dengan simpulan diagnosis banding penyakit yang kita peroleh dari anamnesis.

Contoh :

Kedadaan umum : sakit sedang, kompos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, frekwensi denyut nadi sama dengan denyut jantung : 88 x/menit, irama teratur, ekual, isi cukup. Pernafasan: frekwensi 20x/menit, tipe torakoabdominal, nafas tidak berbunyi dan tidak berbau. Suhu badan 39,0°C, kesan gizi cukup.

Kepala : rambut tidak kusam, tidak mudah dicabut, wajah tifosa (-), kedua kelopak mata tidak membengkak, konjungtiva tidak anemis, sklera tak ikterik, pupil bulat sikor, reaksi cahaya +/+, reaksi konvergensi normal. Bibir tidak sianosis, stomatitis (-). Lidah kotor (-), sianosis (-), besar normal, pergerakan normal, permukaan basah, bercak (-), *Frenulum linguae* tidak ikterik.

| | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rongga mulut: | gigi karies (-), gusi tidak hipertrofi, selaput lendir normal, tidak hiperemis, langit-langit normal. |
| Rongga leher: | selaput lendir normal, dinding belakang faring tidak hiperemis, mukosa licin, tonsil tidak membesar. |
| Leher: | kelenjar tiroid tidak nampak membesar, pelebaran vena (-), tekanan vena jugular 5 + 2 cmH ₂ O, kelenjar getah bening tidak teraba, tumor (-), kaku kuduk (-). |
| Ketiak: | rambut ketiak sedikit, tumor atau kelenjar getah bening (KGB) (-). |
| Lipat paha: | tumor (-), pembesaran KGB (-), hernia (-). Pulsasi A. femoralis (+/+). |
| Tulang belakang: | deformitas (-), nyeri tekan (-), nyeri gerak (-), nyeri ketok CVA (-). |
| Genitalia eksterna: | rambut pubis biasa, genitalia dalam batas normal. |
| Ekstremitas: | clubbing dan sianosis tidak ada. |
| Sendi-sendi: | kelainan bentuk (-), tanda radang (-), nyeri tekan (-). |
| Neurologi: | refleks fisiologis normal kanan dan kiri, refleks patologis tidak ada, refleks meningen (-). |

Pembahasan:

Pemeriksaan fisik diharapkan memberikan hasil diagnosis klinik yang lebih tepat dibandingkan simpulan anamnesis. Fokus perhatian kita curahkan pada penyakit-penyakit sesuai simpulan anamnesis saja (demam tifoid, tuberkulosis paru miliar, meningitis tuberkulosa, dan limfoma maligna). Seluruh tanda-tanda klinik penyakit yang dapat ditemukan pada pemeriksaan fisik wajib dicantumkan, walaupun hasilnya tidak ditemukan (negatif).

Tidak adanya kaku kuduk, cukup untuk menyingkirkan kemungkinan meningitis tuberkulosa. Sementara limfoma maligna tidak menjadi kemungkinan diagnosis lagi setelah tidak ditemukannya pembesaran kelenjar getah bening dan lien yang tidak membesar.

- e. **Diagnosis Klinik & Diagnosis Banding** : diagnosis yang diperoleh dari analisa identitas, anamnesis (termasuk keluhan utama), dan pemeriksaan fisik. Untuk memudahkan penegakkan diagnosis klinik dan diagnosis banding, sebaiknya dibuat ringkasan (resume) yang berisi hal-hal positif (yang mendukung diagnosis) dari data-data yang telah dikumpulkan.

Contoh:

Ringkasan

Seorang laki-laki, 20 tahun, satpam pabrik, panas badan lebih dari seminggu, terus-menerus yang mula-mula tidak begitu panas, makin lama makin bertambah panas, terutama dirasakan pada malam hari. Penderita juga mengeluh lemah badan, nyeri kepala dibagian depan, kadang-kadang batuk tanpa dahak, mual-mual makan menurun akibat makanan terasa pahit di mulut, nyeri ulu hati, mual-mual tanpa muntah, dan buang air besar menjadi jarang. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sakit sedang, kompos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu badan 39,0°C, nyeri tekan epigastrium (+) dan pemeriksaan fisik lain dalam batas normal.

Diagnosis Klinik : demam tifoid

Diagnosis Banding : tuberkulosis paru miliar

Pembahasan :

Hasil akhir setelah dilakukan identifikasi, anamnesis, serta pemeriksaan fisik adalah diagnosis klinik demam tifoid dengan tuberkulosis paru milier sebagai diagnosis banding. Hanya untuk kedua penyakit inilah yang diusulkan untuk dilakukan beberapa pemeriksaan penunjang yang mendukung.

- f. **Pemeriksaan Penunjang** : pemeriksaan laboratorium rutin yang sederhana dan dapat diketahui hasilnya dalam waktu singkat apabila sarannya tersedia.

Contoh :

Dari pemeriksaan laboratorium rutin didapatkan: Hb 11,5 gr%, Lekosit 3800/mm³, Trombosit: 180.000 /mm³, Laju endap darah jam (LED) pertama 15, Urine rutin: Protein (-), Reduksi (-), Bilirubin (-), Urobilinogen (+). Sedimen urine: Eritrosit 0, Lekosit 0-1, Kristal (-).

Pembahasan :

Pada hasil laboratorium rutin dijumpai leukopenia yang mendukung diagnosis klinik demam tifoid. Tidak ditemukan anemia yang disebabkan komplikasi perdarahan usus. Protein urine (-) mendukung tidak adanya komplikasi nefrotifoid. Bilirubin urine negatif mendukung tidak adanya komplikasi hepatitis tifosa. LED yang tidak terlalu tinggi tidak mendukung adanya diagnosis banding TB paru milier.

- g. **Diagnosis Kerja** : diagnosis terpilih sebagai landasan terapi (pengobatan) penyakit setelah menganalisis identitas, anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosis klinik, diagnosis banding, dan pemeriksaan penunjang. Dalam keadaan tertentu, apabila diagnosis klinik yang dibuat sudah diyakini ketepatannya, atau sarana untuk pemeriksaan penunjang tidak ada, maka diagnosis klinik dianggap langsung sebagai diagnosis kerja.

Contoh :

Diagnosis Kerja : demam tifoid

Pembahasan :

Posisi diagnosis kerja adalah bagian yang paling sempit pada piramida terbalik dalam menegakkan diagnosis (Gambar 1), artinya fokus perhatian kita hanya tertuju pada satu diagnosis sebagai landasan terapi. Pada posisi ini, tidak pada tempatnya apabila kita juga memberikan terapi untuk diagnosis banding secara bersamaan.

- h. **Terapi** : penatalaksanaan yang diberikan berdasarkan diagnosis kerja.

Contoh :

Diagnosis Kerja : demam tifoid

Terapi : - non farmakologis : tirah baring, diet rendah serat
- farmakologis : kloramfenikol 4 x 500 mg.

- i. **Usulan Pemeriksaan** : usulan yang ada hubungannya dengan diagnosis kerja dan diagnosis banding. Prinsip usulan pemeriksaan harus mengutamakan prioritas, berdasarkan nilai ketepatan diagnostik, lebih mengutamakan yang tidak invasif

(memperhatikan rasa nyaman pasien), lebih sederhana, lebih murah, dan ketersediaan sarana pemeriksaannya.

Contoh :

Diagnosis Kerja : demam tifoid

Diagnosis Banding : TB paru milier

Usulan Pemeriksaan : kultur Gall, foto torak PA

Pembahasan :

Kultur Gall diusulkan karena merupakan standar baku emas (Gold standard) untuk diagnosis demam tifoid. Sedangkan foto torak diusulkan agar diagnosis banding dapat disingkirkan.

- j. **Prognosis** : ramalan dokter untuk penyakit yang sedang diderita. Istilah *ad bonam* apabila diduga akan sembuh sempurna, *ad malam* apabila akan menjadi buruk, *dubia* untuk yang ragu-ragu.

Contoh :

Prognosis untuk demam tifoid tanpa komplikasi : *ad bonam*

Daftar buku yang digunakan sebagai rujukan dalam penyusunan buku ini dan direkomendasikan untuk dipelajari lebih lanjut.

- American College of Surgeons Committee on Trauma. Trauma Toraks. Student Course Manual: Advanced Trauma Life Support for Doctors. 6th ed. IKABI; 1997.
- Bickley LS, Szilagyi PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2003.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003 May 21; 289(19):2560-72
- DeGowin RL. DeGowin & DeGowin's Diagnostic Examination. 6th ed. NewYork: McGraw-Hill;1994.
- Delp MH, Manning RT. Diagnosis Fisik. Edisi IX. Jakarta: EGC; 1996.
- Fleming JS, Braimbridge MV. Lecture Notes on Cardiology. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications;1975.
- Formijne P. Leerboek Der Anamnese en der Fysische Diagnostiek. Vierde druk. Amsterdam: Scheltema & Holkema N.V; 1958.
- Glynn B. Adam's Diagnosis Fisik. Edisi 17. Jakarta: EGC; 1990.
- Henry PH, Longo DL. Enlargement of Lymph Nodes and Spleen. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, et al (editors). Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. Vol 1. New York: McGraw-Hill; 2002.
- Herold G,et al. Innere Medizin. Köln: 2001.
- Kottke TE, Stroebe RJ, Hoffman RS. JNC 7 - It's More Than High Blood Pressure. JAMA 2003 May 21;289(19):2573-4
- Munro J, Edwards C. Macleod's Clinical Examination. 9th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
- Seidel, Ball, Dains, Benedict. Mosby's Guide to Physical Examination. St. Louis; 1987.
- Sjamsuhidajat R, de Jong W. Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi revisi. Jakarta: EGC; 1997.
- Swartz MH. Buku Ajar Diagnostik Fisik. Edisi 1, Jakarta: EGC; 1995.
- Talley NJ, O'Connor S. Clinical Examination. 3rd Ed. Sydney: APAC; 1998.
- Wahidayat HI., Matondang, Corry S, Sastroasmoro HS. Diagnosis Fisik pada Anak, Jakarta: FKUI;1991.