

**BUKU AJAR CLINICAL SKILLS AND REASONING**  
**KETERAMPILAN PEMERIKSAAN ABDOMEN**



**Disusun oleh :**

Tim Penyusun Blok CSR

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN KEDOKTERAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

**2022/2023**

## **Tim Penyusun**

### **Koordinator Tim Blok**

dr. Tri Wahyuni, Sp.PK

### **Anggota Tim Blok**

dr. Cyntya Harlyana, M.Biomed

dr. Rahma Ayu Larasati, M.Biomed

dr. Dayu Swasti Kharisma, M.Biomed

dr. Gifarani Pratiwi, Sp.PK

Dede Renovaldi, M.Sc

## **VISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN FKK UMJ**

Menghasilkan Dokter yang Kompetitif dan Unggul dalam Geriatri Komunitas  
Berdasarkan Nilai-nilai Islam Tahun 2030

## **MISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN FKK UMJ**

1. Menyelenggarakan bidang Pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat yang kompetitif dan unggul dalam geriatric komunitas berdasarkan nilai – nilai Islam dan Kemuhammadiyah
2. Memanfaatkan kemajuan teknologi informasi secara maksimal
3. Membangun sumber daya manusia yang mengamalkan nilai – nilai Islam dan Kemuhammadiyah
4. Meningkatkan Kerjasama nasional dan internasional
5. Menyelenggarakan tata Kelola program studi yang professional berdasarkan penjaminan mutu

## Kata Pengantar

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

*Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya dalam kegiatan pengajaran kita. Shalawat dan salam tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW. Buku Ajar *Clinical Skill and Reasoning* (CSR) ini diperuntukkan kepada mahasiswa semester satu Program Studi Kedokteran Universitas Muhammadiyah Jakarta. Buku ajar ini bertujuan untuk membantu mahasiswa dalam mempelajari keterampilan klinis, berpikir ilmiah, kritis, dan sistematis.

Buku ajar ini berisikan materi-materi keterampilan klinis mengenai pemeriksaan fisik abdomen, diantaranya inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

Kami mengucapkan terimakasih kepada Dekan FKK UMJ, Ka Prodi Kedokteran FKK UMJ, Ka MEU, Ka GKM, dan para kontributor yang telah membantu sehingga buku ajar ini dapat tersusun dengan baik. Kami menyadari bahwa buku ajar ini masih terdapat kekurangan, oleh karena itu kami sangat mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak.

*Wassalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Jakarta, 26 Desember 2022

dr. Tri Wahyuni, Sp.PK

## DAFTAR ISI

Tim Penyusun.....	i
VISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN FKK UMJ .....	ii
MISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN FKK UMJ .....	ii
Kata Pengantar.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
Tata tertib CSL.....	iv
PEMERIKSAAN ABDOMEN .....	1
PENDAHULUAN .....	1
TUJUAN PEMBELAJARAN .....	1
PEMBAGIAN REGIO ABDOMEN.....	2
TEKNIK PEMERIKSAAN ABDOMEN .....	3
PENUNTUN BELAJAR PEMERIKSAAN ABDOMEN .....	12
DAFTAR PUSTAKA .....	17

**TATA-TERTIB LABORATORIUM DAN SKILL LAB**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH**  
**JAKARTA**

Mahasiswa program studi kedokteran diwajibkan mematuhi tata-tertib ruang CSL dan laboratorium selama proses belajar. Adapun tata-tertib yang berlaku diantaranya:

**A. Sebelum pelatihan/praktikum,** mahasiswa diharuskan,

1. Membaca buku ajar atau penuntun belajar keterampilan klinik pemeriksaan fisik.
2. Menyediakan alat atau bahan sesuai dengan petunjuk pada buku ajar yang bersangkutan.

**B. Pada saat pelatihan,** setiap mahasiswa:

1. Datang tepat waktu.
2. Wajib mengikuti seluruh kegiatan praktikum/CSR
3. Diharuskan membuktikan jati dirinya selama latihan berlangsung (tidak boleh memakai cadar/tutup muka).
4. Diharuskan berpakaian, berpenampilan dan bertingkah laku yang baik dan sopan layaknya seorang dokter. Selama kegiatan pembelajaran, semua mahasiswa tidak diperkenankan memakai celana jins, baju kaos (T shirt), dan sandal. Mahasiswa pria yang berambut panjang sampai menyentuh kerah baju, tidak diperkenankan mengikuti semua kegiatan pembelajaran di Fakultas Kedokteran UMJ.
5. Tidak diperkenankan memanjangkan kuku lebih dari 1 mm.
6. Diharuskan mengenakan **jas laboratorium yang bersih** pada setiap kegiatan CSR. Bagi mahasiswa yang berjilbab, jilbabnya harus dimasukkan ke bagian dalam jas laboratorium.
7. Diharuskan memakai papan nama dengan tulisan besar dan jelas disertai dengan nomer pokok mahasiswa. Nama bisa dengan nama pendek atau nama panggilan.
8. Tidak diperkenankan meletakkan di atas meja kerja, tas, buku dan lain-lain barang yang tidak dibutuhkan dalam kegiatan yang dilakukan.
9. Diharuskan berpartisipasi aktif pada semua kegiatan latihan termasuk mengikuti kuis jika ada.
10. Diharuskan memperlakukan model seperti memperlakukan manusia atau bagian tubuh manusia
11. Diharuskan bekerja dengan hati-hati, karena semua kerusakan yang terjadi karena ulah mahasiswa, resikonya ditanggung oleh mahasiswa yang bersangkutan. Misalnya model yang rusak harus

diganti melalui Fakultas Kedokteran UMJ, yang dibiayai oleh mahasiswa yang merusak. Dana pengganti sama dengan harga pembelian barang pengganti.

12. Tidak diperkenankan merokok di dalam ruangan belajar di Fakultas Kedokteran UMJ.

# **PEMERIKSAAN ABDOMEN**

## **A. PENDAHULUAN**

Dalam proses untuk menegakan diagnosis penyakit yang terkait sistem gastrointestinal, seorang dokter dituntut menguasai keterampilan menggali riwayat keluhan pasien melalui anamnesis dan melakukan pemeriksaan fisik. Mahasiswa kedokteran Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta diharapkan memiliki kompetensi yang setinggi-tingginya dalam melakukan pemeriksaan abdomen. Mahasiswa juga diharapkan mampu memvisualisasi anatomi organ-organ yang berada dalam abdomen melalui teknik pemeriksaan fisik dengan baik dan benar. Sehingga kedepannya mahasiswa akan mudah untuk menganalisa dan menyimpulkan data yang akan dipelajari pada blok selanjutnya.

## **B. TUJUAN PEMBELAJARAN**

Setelah melakukan kegiatan keterampilan pemeriksaan fisik abdomen, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Melakukan inspeksi regio abdomen
2. Melakukan auskultasi regio abdomen
3. Melakukan perkusi regio abdomen
4. Melakukan palpasi regio abdomen



## PEMBAGIAN REGIO ABDOMEN

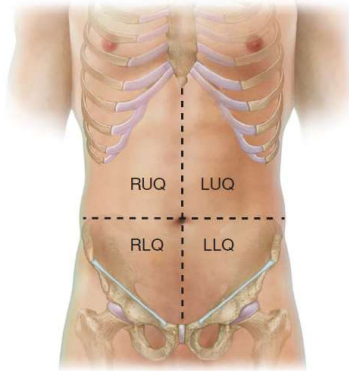
Rongga abdomen sering dibagi menjadi empat kuadran oleh garis imajiner melintasi umbilikus, membentuk kuadran kanan atas, kuadran kanan bawah, kuadran kiri atas, dan kuadran kiri bawah.

RUQ : Right upper quadrant

LUQ : Left upper quadrant

RLQ : Right lower quadrant

LLQ : Left lower quadrant

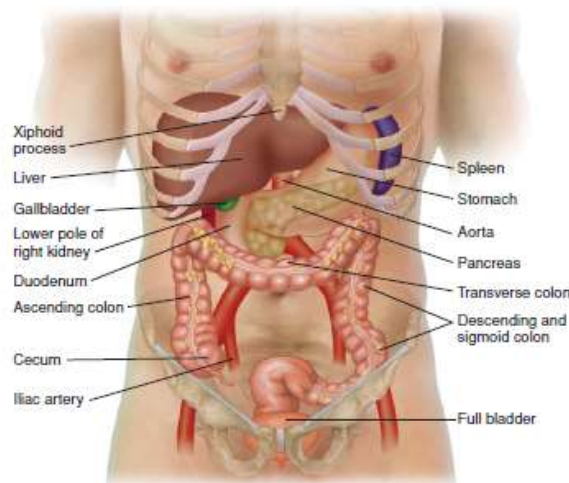


Gambar 1. Empat Kuadran Rongga Abdomen

### Abdominal Structures by Quadrant

Right upper quadrant	Liver, gallbladder, pylorus, duodenum, hepatic flexure of colon, and head of pancreas
Left upper quadrant	Spleen, splenic flexure of colon, stomach, body and tail of pancreas, and transverse colon
Left lower quadrant	Sigmoid colon, descending colon, left ovary
Right lower quadrant	Cecum, appendix, ascending colon, right ovary

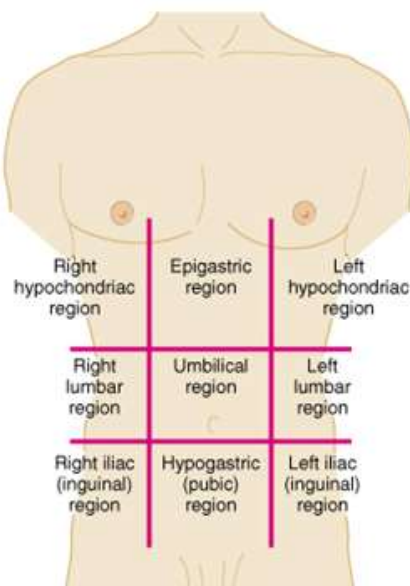
Gambar 2. Pembagian organ intra abdomen berdasarkan empat kuadran.



Gambar 3. Organ-organ intra abdomen

Sistem pembagian lain, membagi abdomen menjadi sembilan bagian, diantaranya :

1. Hypokhondrium dekstra
2. Epigastrium
3. Hypokhondrium sinistra
4. Lumbalis dekstra
5. Umbilikalis
6. Lumbalis sinistra
7. Iliaka dekstra
8. Hipogastrium
9. Iliaka sinistra



Gambar 4. Pembagian 9 regio abdomen

## TEKNIK PEMERIKSAAN ABDOMEN

Sebelum memulai pemeriksaan, tempatkan pasien pada kasur periksa dalam posisi terlentang dan atur pencahayaan dengan tepat. Posisi pemeriksa berdiri disebelah kanan pasien. Pada pemeriksaan abdomen urutan pemeriksaan yaitu inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi.

Saat pemeriksaa abdomen pasien harus rileks, diantaranya dengan cara :

- Pasien mengosongkan kandung kemihnya terlebih dahulu
- Pasien berbaring dalam posisi supinasi dengan bantal dikepala dan lutut dalam posisi fleksi

- Jaga telapak tangan pemeriksa dalam keadaan hangat, dan stetoskop cukup hangat, kuku pemeriksa harus pendek
- Pemeriksa jangan membuat gerakan yang tiba-tiba
- Arahkan pasien menunjuk tempat paling sakit, lakukan pemeriksaan area tersebut di akhir
- Bila pasien sangat sensitif, pemeriksa bisa mengarahkan pasien memulai palpasi dengan tangan pasien sendiri kemudian dilanjutkan tangan pemeriksa
- Perhatikan raut wajah pasien

## 1. INSPEKSI

Perhatikan keadaan umum pasien, apakah pasien berbaring dengan nyaman, meringkuk ke satu sisi, terlihat memegang perut, atau terlihat sangat kesakitan. Dari sisi sebelah kanan pasien, perhatikan permukaan abdomen, kontur dan pergerakan dinding abdomen. Untuk mendapatkan data yang lebih baik pemeriksa bisa berdiri menggunakan lutut sehingga mata sejajar dengan perut pasien. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain:

### 1. Kulit

- Warna: Perhatikan adanya memar, eritema, atau jaundice.
- Bekas luka: Jika ada jelaskan jenis dan ciri-ciri luka, beserta lokasi luka tersebut.
- Striae: Striae yang berwarna putih-silver atau adanya stretch mark merupakan hal yang normal.
- Vena melebar: Beberapa pembuluh darah kecil dapat terlihat secara normal.
- Ruam, peteki.

### 2. Umbilikus

Perhatikan bentuk, lokasi dan adanya tanda-tanda inflamasi atau hernia pada umbilikus.

### 3. Bentuk perut

Perhatikan bentuk abdomen apakah datar, cembung, ataupun cekung. Kesimetrisan abdomen, adakah pembesaran organ atau adanya massa. Misalnya pembesaran hepar & spleen.

Perhatikan juga daerah inguinal dan femoral. Kemungkinan yang ditemukan : benjolan pada inguinal dan suprapubik

### 4. Adanya gelombang peristaltic

Normal ditemukan pada orang yang kurus. Abnormal pada obstruksi gastrointestinal.

## 5. Adanya pulsasi abdomen

- Normal : pada orang kurus terlihat pulsasi aorta abdominalis
- Abnormal : akan dipelajari di blok selanjutnya.

## 2. AUSKULTASI

Auskultasi memberikan informasi penting mengenai motilitas usus. Auskultasi abdomen dilakukan sebelum melakukan perkusi ataupun palpasi, hal tersebut didasarkan karena manuver yang dilakukan pada abdomen akan dapat mengubah karakteristik bising usus. Identifikasi variasi suara usus normal, untuk perubahan suara usus saat peradangan atau obstruksi peritoneal, dan bruit akan dipelajari di blok selanjutnya.

Saat auskultasi, tempatkan diafragma stetoskop dengan lembut di perut. Dengarkan bising usus, kemudian catat frekuensi dan karakternya. Suara normal terdengar seperti klik dan *gurgles*, dengan frekuensi diperkirakan 5 sampai 34 per menit. Kadang-kadang mungkin mendengar suara gemericik hiperperistaltik yang berkepanjangan seperti "geraman perut", disebut dengan istilah suara borborigmi. Karena bising usus ditransmisikan secara luas melalui abdomen, auskultasi di satu tempat, seperti RLQ, biasanya sudah cukup.

## 3. PERKUSI

Perkusi membantu Anda menilai adanya distensi gas, cairan ataupun massa padat dalam abdomen, dan juga dapat mengetahui ukuran hepar dan spleen. Perkusi abdomen dengan ringan di keempat kuadran untuk menentukan distribusi timpani dan redup. Timpani biasanya mendominasi karena adanya gas di traktus gastrointestinal. Daerah suprapubis mungkin terdapat redup/pekak pada perkusi jika vesica urinaria penuh, ataupun uterus yang membesar pada wanita.

- **Perkusi Hepar**

Kepekakan hepar (batas atas dan bawah) tidak boleh lebih dari 10 cm. Pekak hepar positif pada orang normal, sedangkan pekak hati yang negatif bila ada udara dalam cavum peritoneum, akibat perforasi usus dan dinding perut.



Gambar 5. Perkusi hepar dan Normal liver span

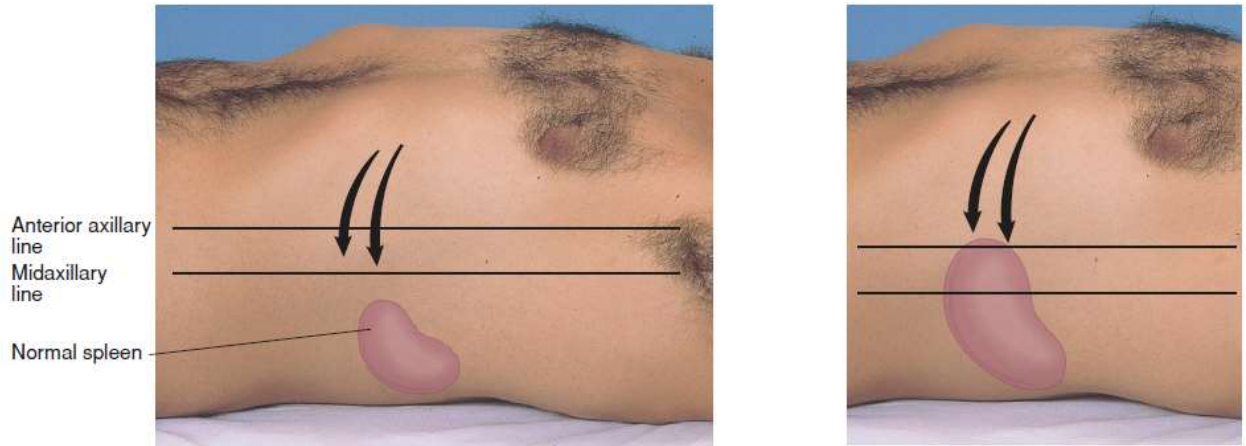


Gambar 6. Cara perkusi hepar

Cara perkusi hepar : Perkusi sejajar linea midclavicularis kanan. Dari atas sampai terdengar pekak. Dan dari bawah setinggi umbilicus sampai terdengar pekak. Carilah panjang daerah pekak (liver span). Normal 6-12 cm.

- **Perkusi Limpa**

Limpa terletak di cekungan diafragma superior, sejajar dengan garis mid-axilaris sinistra. Apabila limpa membesar maka akan menutupi organ gaster, kolon yang biasanya saat perkusi didapatkan bunyi pekak. Meskipun sulit untuk menentukan ukuran limpa, hal tersebut harus diusahakan. Ruang traube adalah ruang gelembung udara lambung pada kuadran kiri atas. Tepat disebelah lateral ruang traube ada daerah redup karena adanya limpa. Daerah ini kira-kira terletak pada iga ke 10, disebelah posterior garis mid axillaris sinistra.



Gambar 7. Perkusi limpa normal dan perkusi pada pembesaran limpa

Cara Perkusi limpa :

Lakukan perkusi pada sela iga terakhir linea axilaris anterior. Bunyi yang didapatkan biasanya tympani. Kemudian pasien diminta menarik nafas, normalnya akan tetap terdengar tympani. Untuk memastikan pembesaran lakukan perkusi dari pekak (limpa) kearah tympani ke segala arah.

#### 4. PALPASI

- *Light palpation*

Palpasi ringan diperlukan dalam mendeteksi nyeri abdomen, spasme otot abdomen, dan beberapa organ superfisial dan massa abdomen. Letakkan telapak tangan pada bidang horizontal, dengan jari-jari menyatu dan mendatar di dinding abdomen, palpasi abdomen dengan sedikit gerakan menekan yang ringan dan lembut. Lakukan palpasi ringan di keempat kuadran yang berbeda.



Gambar 8. Palpasi ringan abdomen

- *Deep palpation*

Palpasi dalam biasanya dilakukan untuk mengetahui tepi hepar, limpa, ginjal, dan massa intra abdomen. Pemeriksaan ini menggunakan bagian permukaan telapak jari-jari tangan yang ditekan pada keempat kuadran abdomen (Gambar.9).



Gambar 9. Palpasi dalam abdomen

Identifikasi massa apa pun yang teraba; perhatikan lokasi, ukuran, bentuk, konsistensi, kelembutan, mobilitas terhadap jaringan sekitar, dan nyeri tekan.

- **Palpasi Hepar**

Menentukan hepar teraba atau tidak, bila teraba berapa ukurannya, bagaimana tepinya, permukaannya, konsistensinya nyeri tekan atau tidak.

- Cara palpasi hepar:
- Pasien tidur terlentang dan dalam keadaan rileks, dengan melipat kedua tungkai kaki.
- Tangan kiri diletakkan dibagian belakang pasien setinggi costa XI-XII.
- Tekankan tangan kiri ke ventral sehingga hati akan mudah teraba dari depan.
- Letakkan tangan kanan anda pada perut sisi kanan lateral otot rektus dengan ujung jari tangan tepat di bawah daerah pekak hati.
- Melakukan palpasi lobus kanan dimulai dengan meletakkan tangan kanan pada regio illiaka kanan dengan sisi palmar radial jari sejajar dengan arcus costae kanan.

- Palpasi dilakukan dengan menekan dinding abdomen ke bawah dengan arah dorsal pada saat pasien ekspirasi maksimal, kemudian pada awal inspirasi jari bergerak ke kranial dalam arah parabolik.
- Palpasi dilakukan ke arah arcus costae kanan.
- Pemeriksaan lobus kiri dengan palpasi pada daerah garis tengah abdomen ke arah epigastrium dimulai dari umbilikus dengan cara seperti diatas.
- Untuk mengetahui pembesaran hati dilakukan pengukuran jarak dari tepi kanan arkus kosta pada garis midklavikula ke arah garis yang dibuat.



Gambar 10. Palpasi menentukan tepi hepar



Gambar 11. Palpasi secara bertahap menuju tepi kosta. Jika dimulai ditepi kosta akan tidak teraba tepi hepar  
Tepi hepar yang teraba tidak selalu mengindikasikan adanya hepatomegali. Pemeriksa perlu menelusuri tepi hepar baik secara lateral maupun medial.

#### “Hooking technique”

*Hooking technique* atau teknik mengait mungkin bisa membantu, terutama bila pasien yang diperiksa adalah pasien obesitas. Pemeriksa berdiri di sebelah kanan dada pasien. Tempatkan kedua tangan, berdampingan, di perut kanan di bawah batas hati yang



redup. Tekan dengan jari Anda dan ke atas ke tepi kosta (Gambar 12). Minta pasien untuk menarik nafas dalam. Tepi hepar pada Gambar 12 dapat diraba dengan ujung jari kedua tangan.



Gambar 12. *Hooking technique.*

- **Palpasi Limpa (Metode Schuffner)**

Garis Shuffner adalah garis imajiner yang dibuat mulai dari pertengahan arcus costa kiri melalui umbilikus menuju ke SIAS (Spina iliaca anterior superior) kanan. Garis ini dibagi menjadi 8 skala shuffner dengan umbilikus sebagai titik tengah.

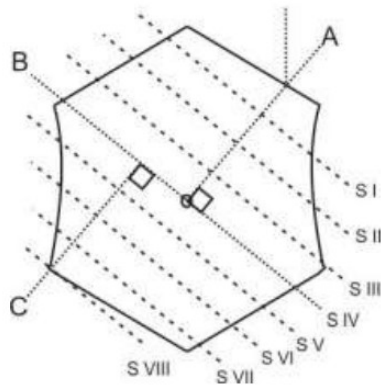
Cara pemeriksaan palpasi limpa :

- Pasien dalam keadaan rileks dengan kedua tungkai ditekuk.
- Melakukan penekanan pada perut dengan menggunakan sisi palmar radial jari tangan kanan.
- Palpasi dilakukan dengan menekan dinding abdomen ke bawah dengan arah dorsal pada saat pasien ekspirasi maksimal, kemudian pada awal inspirasi jari bergerak ke kranial dalam arah parabolik.
- Palpasi dimulai dari SIAS kanan, melewati umbilicus menuju arkus costae kiri.
- Mendeskripsikan ukuran pembesaran limpa dengan skala schuffner.



Gambar 13. Palpasi Limpa

## Metode Scuffner



Metode Schuffner diinterpretasikan sebagai berikut

- Tarik garis imajiner (A) yang melalui perpotongan antara linea mid-clavicularis kiri dengan arcus costa dengan umbilicus
  - Dengan membagi 4 garis A tersebut maka didapatkan area yang membatasi Scuffner I-IV
  - Kemudian tarik garis imajiner kedua (B) yang tegak lurus dengan A, yang melalui umbilicus, garis ini juga merupakan batas Scuffner VI
  - Dari B tarik garis imajiner ketiga (C) yang tegak lurus dengan B sampai berpotongan dengan SIAS
  - Dengan membagi 4 garis C tersebut maka didapatkan area yang membatasi Scuffner V-VIII
- 
- **Palpasi Ginjal (Pemeriksaan Ballotement)**

Kedua ginjal (kanan dan kiri) umumnya tidak teraba pada orang dewasa normal. Ginjal kiri terletak lebih superior dibanding ginjal kanan.

Cara pemeriksaan Ballotement:

- Meletakkan tangan kiri di posterior pasien, di kaudal dari iga ke 12 dengan ujung jari pada sudut kostovertebra.
- Meletakkan tangan kanan pada abdomen kanan atas, di lateral dari m rectus abdominis (RUQ).
- Angkat tangan kiri, mencoba mendorong ginjal ke anterior.
- Meminta pasien menarik napas dalam

- Pada puncak inspirasi, lakukan palpasi dalam dengan tangan kanan pada abdomen kanan atas, tepat dibawah iga untuk merasakan mobilitas ginjal diantara kedua tangan.
- Melakukan palpasi ginjal bimanual pada sisi kontralateral.



Gambar 14. Palpasi ginjal kanan

**PENUNTUN BELAJAR**  
**PEMERIKSAAN ABDOMEN**

No.	Langkah-langkah Pemeriksaan Abdomen	Keterangan
<b>INSPEKSI</b>		
1.	Pasien dibaringkan pada posisi supine dengan sumber cahaya yang cukup.	
2.	Pemeriksa berada di sisi kanan pasien	
3.	Melihat apakah dinding perut terlihat simetris dalam posisi terlentang untuk menilai adanya massa/tumor	
4.	Menilai umbilikus : kontur, lokasi, inflamasi, penonjolan	
5.	Menilai apakah gerakan peristaltik ada atau tidak (normalnya tidak terlihat)	
6.	Menilai bentuk abdomen: rata, cekung/scaphoid atau membuncit, adakah penonjolan pada area tertentu	
7.	Melihat kondisi kulit, dan catat jika ada kelainan (contoh bekas operasi)	
8.	Catat hasil inspeksi	
	*Kelainan-kelainan akan dipelajari pada CSL selanjutnya	
<b>AUSKULTASI</b>		
1.	Penderita diminta rileks	
2.	Letakkan diafragma stetoskop pada abdomen, dengarkan bising usus (peristaltik), catat frekuensi dan karakternya. Bising normal terdiri dari “klik dan gemuruh” dengan frekuensi sekitar 5 – 34 X / menit. Karena bising usus disebarkan secara merata, bising usus dapat didengarkan di kuadran kanan bawah, biasanya sudah cukup. Bising usus abnormal misalnya <i>borborygmi</i> (suara gemuruh yang lebih panjang)	
3.	Catat hasil auskultasi	
<b>PERKUSI</b>		
1.	Meminta pasien menekukkan lutut.	

	Lakukan perkusi ringan pada keempat kuadran abdomen untuk menilai distribusi timpani (gas) dan dullness / pekak/ redup (massa atau cairan / feses).	
2.	Melaporkan bunyi timpani atau pekak.	
3.	<p><b>Perkusi Hepar</b></p> <p>Pengukuran panjang vertikal pekak (<i>dullness</i>) hepar di linea mid klavikularis kanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentukan batas atas hepar. Lakukan perkusi ringan dari area resonan paru ke caudal ke arah hepar, dan tentukan batas atas pekak hepar di linea mid klavikularis kanan.</li> <li>• Tentukan batas bawah hepar. Lakukan perkusi ringan dari area timpani ke proksimal ke arah hepar, dan tentukan batas bawah pekak hepar di linea mid klavikularis kanan.</li> <li>• Ukur dalam sentimeter jarak antara 2 titik panjang vertikal pekak hepar.</li> </ul>	
4.	Perkusi secara khusus pada bagian batas inferior costa kiri, untuk menilai timpani area gaster.	
5.	<p><b>Perkusi Limpa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perkusi dinding dada anterior kiri bawah pada area Traube (area di batas antara area sonor paru di sebelah superior dengan batas costae). Perkusi dengan arah ke linea axilaris anterior. Jika terdengar suara timpani, artinya tidak ada splenomegali.</li> <li>• Perkusi secara khusus di daerah linea aksilaris anterior kiri pada sela iga VI untuk menilai ada tidaknya pembesaran limpa (menilai perubahan suara timpani menjadi redup).</li> <li>• Minta pasien tarik nafas panjang lalu perkusi lagi. Bila terdengar suara timpani, maka artinya tidak ada splenomegali.</li> <li>• Perkusi tidak dapat mengkonfirmasi pembesaran spleen tetapi dapat meningkatkan kecurigaan pembesaran limpa.</li> <li>• Ketika spleen membesar, meluas ke depan bawah dan ke medial, sering menutupi timpani dari gaster dan kolon menjadi organ solid yang pekak</li> </ul>	

6.	Catat hasil pemeriksaan	
<b>PALPASI</b>		
1.	Meminta pasien untuk menekuk lutut dan dalam keadaan rileks.	
2.	<p><b>Melakukan palpasi superfisial.</b></p> <p>Tangan dan lengan dalam posisi horisontal, dengan jari-jari merapat dan rata, letakkan di atas abdomen. Penekanan dilakukan menggunakan ruas terakhir dan ruas tengah jari-jari (bukan dengan ujung jari). Palpasi dengan ringan, lembut dengan gerakan menekan. Berikan rasa nyaman dan rileks pada pasien, lakukan palpasi ringan pada keempat kuadran abdomen</p>	
3.	<p><b>Palpasi dalam.</b></p> <p>Gunakan permukaan palmar jari-jari, lakukan palpasi dalam pada keempat kuadran.</p>	
4.	Kaitkan penemuan pada palpasi dengan perkusinya	
5.	<p><b>Palpasi Hepar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempatkan tangan kiri pemeriksa di belakang pasien, sejajar dengan kosta 11 dan 12 kanan. Tangan kiri menekan ke arah depan, dengan tujuan hepar akan lebih mudah teraba oleh tangan kanan</li> <li>• Palpasi menggunakan sisi palmar radial jari tangan kanan dengan posisi ibu jari terlipat di bawah palmar manus.</li> <li>• Arah jari membentuk sudut 45<sup>0</sup> dengan garis median.</li> <li>• Mulai dari regio iliaka kanan menuju ke tepi lengkung iga kanan.</li> <li>• Minta pasien menarik nafas panjang, lalu pada saat ekspirasi maksimal jari ditekan ke bawah. Kemudian pada awal inspirasi jari bergerak ke kranial dalam arah parabolik.</li> <li>• Pada saat inspirasi tersebut, rasakan tepi hepar saat jari-jari tangan menyentuh tepi hepar, ringankan tekanan sehingga hepar mengenai permukaan jari jari dan rasakan permukaan anteriornya.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (pada langkah ini, mahasiswa memberi aba-aba pada pasien untuk inspirasi dan ekspirasi)</li> <li>• Kaitkan hasil perkusi dan palpasi hepar, Catat kesimpulan pemeriksaan hepar.</li> <li>• Deskripsi pemeriksaan hati: berapa lebar jari tangan di bawah lengkung iga kanan, bagaimana tepi hati(tajam atau tumpul), konsistensi(kenyal atau keras), permukaan (rata atau berbenjol)</li> <li>• Jika teraba semua, tepi hepar normal adalah lembut, tajam dan regular, permukaannya halus. Hepar normal mungkin akan terdapat sedikit nyeri tekan.</li> <li>• Pada saat inspirasi, hepar dapat teraba 3 cm dibawah tepi kosta kanan di linea mid klavikularis.</li> </ul>	
6.	<p><b>Palpasi Limpa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan penekanan pada perut dengan menggunakan sisi palmar radial jari tangan kanan.</li> <li>• Palpasi dilakukan dengan menekan dinding abdomen ke bawah dengan arah dorsal pada saat pasien ekspirasi maksimal, kemudian pada awal inspirasi jari bergerak ke kranial dalam arah parabolik.</li> <li>• Palpasi dimulai dari SIAS kanan, melewati umbilicus menuju arkus costae kiri.</li> <li>• Mendeskripsikan ukuran pembesaran limpa dengan skala schuffner.</li> <li>• Garis tersebut dibagi menjadi 8 bagian yang sama.</li> <li>• Catat hasil pemeriksaan limpa.</li> <li>• Deskripsi : ukuran limpa, Schuffner berapa? (S1- SVIII), konsistensi limpa kenyal atau keras</li> </ul>	
7.	<p><b>Pemeriksaan Ginjal Bimanual (<i>Ballotement</i>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meletakkan tangan kiri di posterior pasien, di kaudal dari iga ke 12 dengan ujung jari pada sudut kostovertebra.</li> <li>• Meletakkan tangan kanan pada abdomen kanan atas, di lateral dari m rectus abdominis (RUQ).</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angkat tangan kiri, mencoba mendorong ginjal ke anterior.</li> <li>• Meminta pasien menarik napas dalam</li> <li>• Pada puncak inspirasi, lakukan palpasi dalam dengan tangan kanan pada abdomen kanan atas, tepat dibawah iga untuk merasakan mobilitas ginjal diantara kedua tangan.</li> <li>• Melakukan palpasi ginjal bimanual pada sisi kontralateral.</li> </ul> <p><i>Ballotement</i> positif bila ginjal teraba oleh tangan yang berada di atas perut ketika ginjal digoyangkan</p>	
9.	Ketika melakukan palpasi, perhatikan raut muka pasien. Apakah pasien terlihat kesakitan atau tidak.	
10.	Catat hasil pemeriksaan palpasi	



## DAFTAR PUSTAKA

1. Bickley LS. Bates' Guide to physical examination and history taking 11th ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2013 : Philadelphia
2. Djojoningrat D, Rani HAZ, Daldiyono H, Syam AF. Pemeriksaan fisik abdomen. Dalam Setiati S, Nafrialdi, Alwi I, Syam AF, Simadibrata M. Editor. Anamnesis dan pemeriksaan fisik komprehensif. Interna Publishing. 2015: Jakarta
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia. Prosedur di Bidang Ilmu Penyakit Dalam, Panduan Praktik Klinis. Interna Publishing. 2017