

JUDUL KETERAMPILAN: PEMERIKSAAN FARING DAN LARING
Penulis: dr. Nimim, SpTHT-KL, dr. Indra, Sp THT-KL

I. Tingkat Kompetensi Keterampilan

Berdasarkan standar kompetensi dokter yang ditetapkan oleh KKI tahun 2020, maka tingkat kompetensi pemeriksaan Faring dan Laring adalah seperti yang tercantum dalam tabel 1.

Tabel 1. Tingkat kompetensi ketrampilan pemeriksaan Faring dan Laring (KKI, 2020)

Jenis ketrampilan		Tingkat kompetensi
1.	Rhinoskopi posterior	3
2.	Laringoskopi, indirek	4
3.	Laringoskopi, direk	3
4.	Pemeriksaan orofaring	4
5.	Usap tenggorokan (throat swab)	4
6.	Rinofaringolaringoskopi	4
7.	Inspeksi leher	4
8.	Palpasi kelenjar getah bening leher	
9.	Palpasi kelenjar tiroid	4
10.	Palpasi kelenjar ludah (submandibular, parotid)	4

Keterangan:

Tingkat kemampuan 1 Mengetahui dan Menjelaskan

Tingkat kemampuan 2 Pernah Melihat atau pernah didemonstrasikan

Tingkat kemampuan 3 Pernah melakukan atau pernah menerapkan di bawah supervisi

Tingkat kemampuan 4 Mampu melakukan secara mandiri

II. Tujuan Belajar

1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep pengetahuan tentang pemeriksaan faring dan laring.
2. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan:
 1. Rhinoskopi posterior;
 2. Laringoskopi, indirek;
 3. Laringoskopi, direk;
 4. Pemeriksaan orofaring;
 5. Usap tenggorokan (throat swab)
 6. Rinofaringolaringoskopi;
 7. Inspeksi leher
 8. Palpasi kelenjar getah bening leher
 9. Palpasi kelenjar tiroid
 10. Palpasi kelenjar ludah (submandibular, parotid)

III. Prerequisite knowledge

Sebelum memahami konsep pemeriksaan faring dan laring, mahasiswa harus:

1. Memahami anatomi faring
2. Memahami anatomi laring
3. Mampu melakukan handling pada alat alat pemeriksaan.

IV. Kegiatan Pembelajaran

Pembelajaran dilakukan dalam tahapan sebagai berikut:

Tahapan pembelajaran	Lama	Metode	Pelaksana/ Penanggung Jawab
Pembekalan teori	2x50 menit	Dosen menjelaskan kepada mahasiswa mengenai pemeriksaan THT	
Manikin	2X50 menit	Mahasiswa melakukan beberapa pemeriksaan THT	

		dengan media manikin, terutama pemeriksaan yang tidak mungkin dilakukan terhadap mahasiswa lain.	
Ujian OSCE	2X50 menit	Mahasiswa melakukan pemeriksaan THT dengan diawasi oleh dosen dengan metode OSCE	

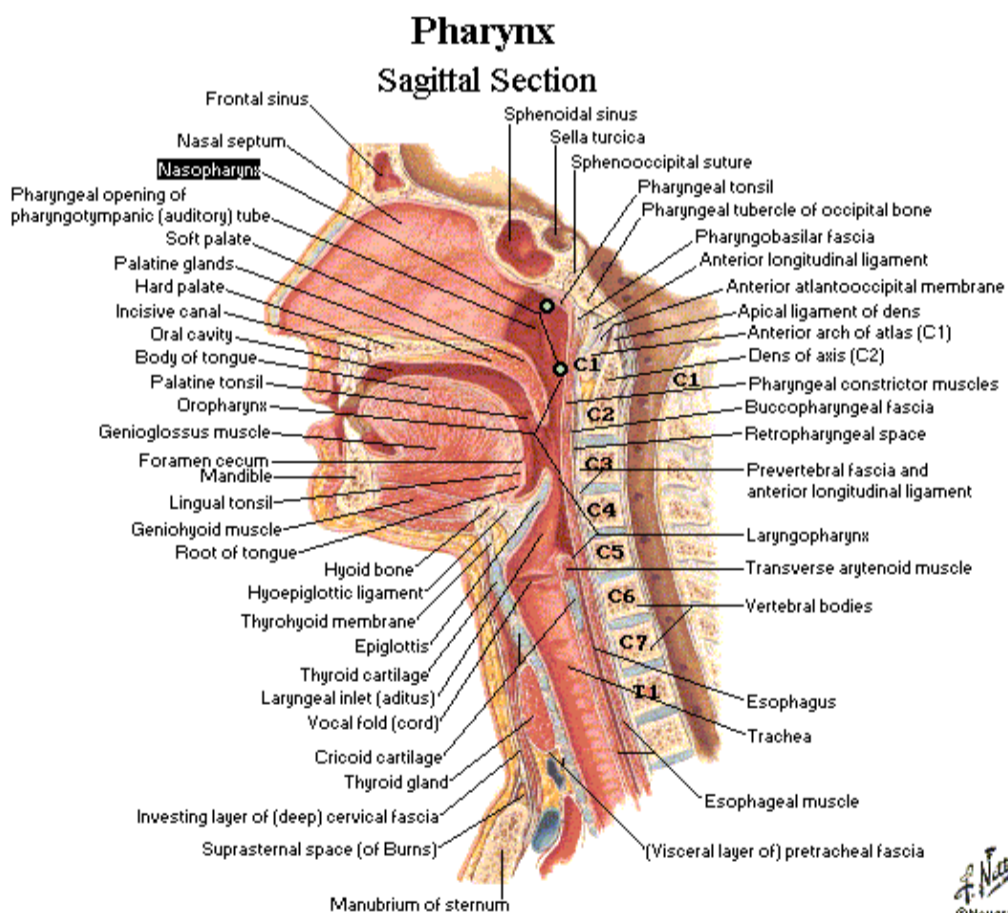
V. Sumber belajar

ANATOMI FARING

Faring adalah suatu kantong fibromuskuler yang bentuknya seperti corong, yang besar di bagian atas dan sempit di bagian bawah serta terletak pada bagian anterior kolom vertebra.

Kantong ini mulai dari dasar tengkorak terus menyambung ke esophagus setinggi vertebra servikal ke-6. Ke atas, faring berhubungan dengan rongga hidung melalui koana, ke depan berhubungan dengan rongga mulut melalui ismus orofaring, sedangkan dengan laring di bawah berhubungan melalui aditus laring dan ke bawah berhubungan dengan esophagus. Panjang dinding posterior faring pada orang dewasa kurang lebih 14 cm; bagian ini merupakan bagian dinding faring yang terpanjang. Dinding faring dibentuk oleh (dari dalam keluar) selaput lendir, fascia faringobasiler, pembungkus otot dan sebagian fascia bukokofaringeal.

Faring terbagi atas nasofaring, orofaring dan laringofaring (hipofaring) (Arjun S Joshi, 2011). Unsur-unsur faring meliputi mukosa, palut lendir (mukosa blanket) dan otot.



Gambar Anatomi Faring

Faring terdiri atas :

Nasofaring

Batas nasofaring di bagian atas adalah dasar tengkorak, di bagian bawah adalah palatum mole, ke depan adalah rongga hidung sedangkan ke belakang adalah vertebra servikal. Nasofaring yang relatif kecil, mengandung serta berhubungan erat dengan beberapa struktur penting, seperti adenoid, jaringan limfoid pada dinding lateral faring dengan resesus faring

yang disebut fosa Rosenmuller, kantong Rathke, yang merupakan invaginasi struktur embrional hipofisis serebri, torus tubarius, suatu refleksi mukosa faring di atas penonjolan kartilago tuba Eustachius, koana, foramen jugulare, yang dilalui oleh n. glossofaring, n. vagus dan n. aksesorius spinal saraf kranial dan v. jugularis interna bagian petrosus os temporalis dan foramen laseurum dan muara tuba Eustachius.

Orofaring

Orofaring disebut juga mesofaring dengan batas atasnya adalah palatum mole, batas bawah adalah tepi atas epiglottis, ke depan adalah rongga mulut, sedangkan ke belakang adalah vertebra servikal. Struktur yang terdapat di rongga orofaring adalah dinding posterior faring, tonsil palatine, fosa tonsil serta arkus faring anterior dan posterior, uvula, tonsil lingual dan foramen sekum.

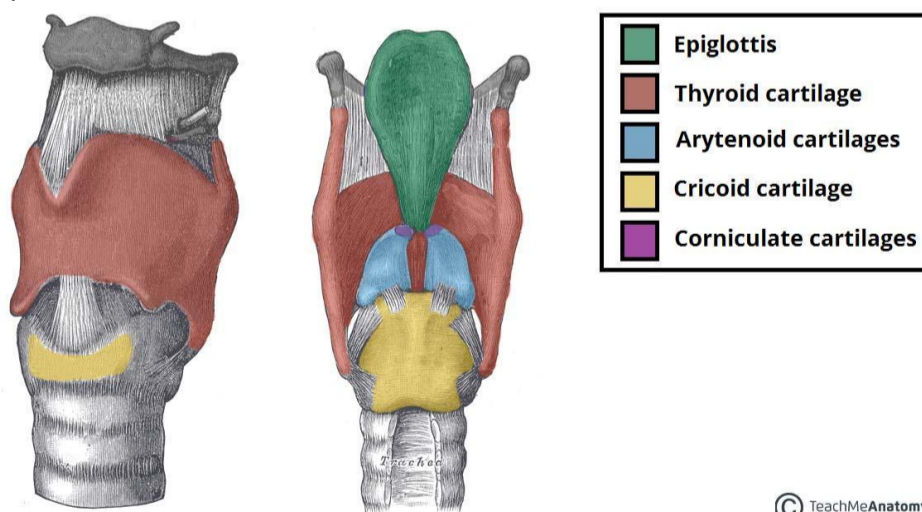
Laringofaring (Hipofaring)

Batas laringofaring di sebelah superior adalah tepi atas epiglottis, batas anterior ialah laring, batas inferior ialah esofagus, serta batas posterior ialah vertebra servikal. Struktur pertama yang tampak di bawah lidah ialah valekula. Bagian ini merupakan dua cengkungan yang dibentuk oleh ligamentum glosioepiglotika medial dan ligamentum glosioepiglotika lateral pada tiap sisi. Valekula disebut juga "kantong pil" (*pill pockets*) sebab pada beberapa orang, kadang – kadang bila menelan pil akan tersangkut di situ. Di bawah valekula terdapat epiglottis. Pada bayi epiglottis ini berbentuk omega dan pada perkembangannya akan lebih melebar, meskipun kadang – kadang bentuk infantile (bentuk omega) ini tetap sampai dewasa. Dalam perkembangannya, epiglottis ini dapat menjadi demikian lebar dan tipisnya. Epiglottis berfungsi juga untuk melindungi glotis ketika menelan minuman atau bolus makanan, pada saat bolus tersebut menuju ke sinus piriformis dan ke esophagus.

ANATOMI LARING

Laring adalah bagian dari saluran pernafasan bagian atas yang merupakan suatu rangkaian tulang rawan yang berbentuk corong dan terletak setinggi vertebra cervicalis IV-VI, dimana pada anak-anak dan wanita letaknya relatif lebih tinggi. Laring pada umumnya selalu terbuka, hanya kadang-kadang saja tertutup bila sedang menelan makanan untuk melindungi jalan nafas.

Os hyoid terdiri dari korpus, dua kornu mayor dan dua kornu minor. Permukaan posterior superior hyoid merupakan tempat perlekatan membran hyoepiglotik dan tirohyoid, karena itu hyoid membentuk batas anterosuperior ruang praepiglotik dengan valekula yang berada di atasnya. Perlekatan os hyoid ke mandibula dan tengkorak oleh ligamentum stiloxyoid dan otot-otot digastrikus, stiloxyoid, milohyoid, hyoglossus, dan geniohyoid akan mempertahankan posisi laring pada leher dan mengangkat laring selama proses menelan dan fonasi. Perlekatan m. Sternohyoid dan m. Omohyoid pada os hyoid penting untuk gerakan laring bagian inferior. Kartilago tiroid merupakan tulang rawan hialin dan yang terbesar di laring. Terdiri dari dua ala atau sayap yang bertemu di anterior dan membentuk sudut lancip. Sudut bervariasi menurut jenis kelamin, 90 derajat pada pria dewasa dan 120 derajat pada wanita. Pada pria, bagian superior sudut tersebut membentuk penonjolan subkutan disebut *Adam's apple* atau jakun. Bagian atas ala dipisahkan dengan lekukan yang dalam, insisura tiroid superior. Setiap ala berbentuk segi empat dan pada setiap sudut posterior terdapat penonjolan atau kornu. Kornu superior adalah perlekatan ligamentum superior tirohyoid lateral. Kornu inferior berhubungan dengan permukaan postero-lateral krikoid membentuk sendi krikotiroid.



Gambar Kartilago Laring

Kartilago krikoid adalah tulang rawan hialin, tidak berpasangan dan berbentuk cincin. Dibentuk oleh arkus anterior yang sempit dan lamina kuadratus yang luas dibagian posterior. Tulang rawan ini berbentuk kubus dengan dimensi sama pada arkus posterior, diameter antero-posterior dan diameter lateral. Aspek postero-lateral setiap sisi kecil, agak tinggi dan berartikulasi dengan kornu inferior tiroid. Permukaan antero-superior lamina kuadratus mempunyai dua sisi, dengan sumbu

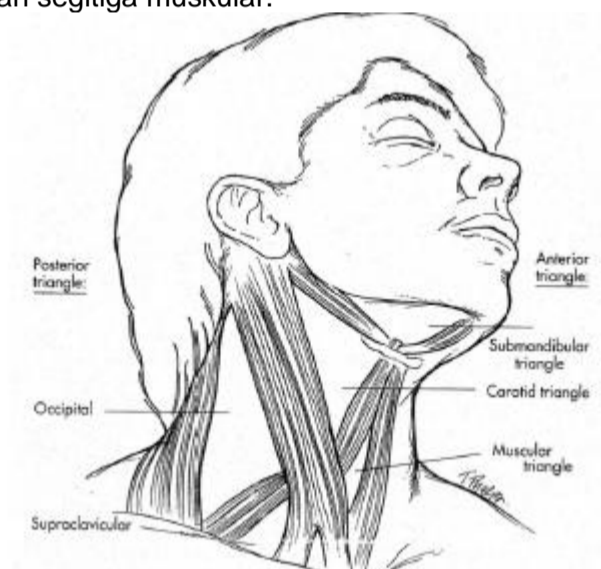
panjang sejajar terhadap garis lamina. Ini merupakan bidang sendi dengan tulang rawan aritenoid.

Epiglotis merupakan tulang rawan yang tipis, fleksibel, berbentuk daun dan fibroelastik. Tulang rawan ditembus oleh beberapa foramen dibawah perlekatan ligamen hyoepiglotik. Bagian epiglotis ini membentuk dinding posterior ruang praepiglotik yang merupakan daerah penting pada penyebaran karsinoma laring. Tidak seperti perikondrium tulang rawan hialin, perikondrium epiglotis sangat melekat. Oleh karena itu, infeksi cenderung terlokalisasi jika mengenai epiglotis, sedangkan infeksi akan menyebabkan destruksi luas tulang rawan hialin manapun, karena terlepasnya perikondrium.

Kartilago aritenoid merupakan tulang rawan hialin yang berpasangan, berbentuk piramid, bersendian dengan tulang rawan krikoid. Permukaan sendi mendatar pada sumbu longitudinal atau sumbu panjang dan cekung. Pada sumbu horisontal atau sumbu pendek. Permukaan aritenoid mempunyai ukuran panjang dan lebar yang sama (5,8 mm pada pria dan 4,5 mm pada wanita). Ligamentum vokalis meluas dari prosesus vokalis menuju tendon komisura anterior. Di posterior, ligamentum krikoaritenoid posterior meluas dari batas superior lamina krikoid menuju permukaan medial kartilago aritenoid. Kedua ligamentum terletak pada garis yang menghubungkan kedua aritenoid pada keadaan adduksi, oleh karena itu ligamen tersebut berfungsi sebagai kawat pemandu, pada pergerakan posterolateral ke anteromedial selama adduksi. Dasar piramid mempunyai dua penonjolan. Prosesus muskularis untuk perlekatan *m. Krikoaritenoid* mengarah ke posterolateral. Prosesus vokalis mengarah ke anterior dan berbeda dengan korpus, dibentuk oleh tulang rawan elastik. Batas posterior superior konus elastikus melekat pada prosesus vokalis.

SISTEM LIMFATIK DAERAH KEPALA LEHER

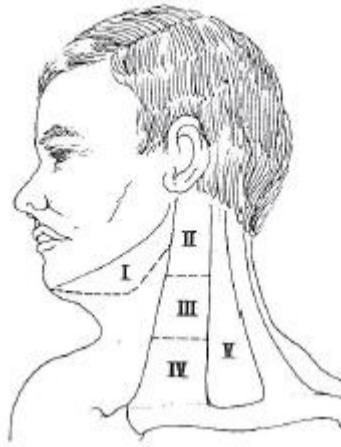
Agar lebih membicarakan lokasi dari temuan klinik daerah leher, maka leher dibagi dalam bentuk segitiga-segitiga yang dipisahkan oleh otot Sternocleidomastoideus menjadi segitiga anterior dan posterior. Segitiga posterior dibatasi oleh otot trapezius, klavikula serta sternokleidomastoid. Segitiga anterior dibatasi oleh *m. Sternohioid*, *digastrikus* dan *sternokleidomastoid*. Segitiga-segitiga tersebut kemudian terbagi lagi menjadi segitiga-segitiga yang lebih kecil dalam segitiga posterior terdapat segitiga supraklavikular dan segitiga oksipiital. Segitiga anterir terbagi atas submandibula, karotid dan segitiga muskular.



Gambar Segitiga-segitiga di area leher

Pembagian kelompok kelenjar limfe leher bervariasi dan salah satu sistem klasifikasi yang sering dipergunakan adalah menurut Sloan Kettering Memorial Center Cancer Classification sebagai berikut:

- I. Kelenjar di segitiga submental dan submandibula
- II. Kelenjar-kelenjar yang terletak di 1/3 atas, termasuk kelenjar limfe jugular superior, kelenjar digastrik dan kelenjar limfe servikal postero superior.
- III. Kelenjar limfe jugularis antara bifurkasio karotis dan persilangan *m. Omohioid* dengan *m. Sternokleidomastoid* dan batas posterior *m. Sternokleidomastoid*.
- IV. Kelompok kelenjar daerah jugularis inferior dan supraklavikula.
- V. Kelenjar yang berada di segitiga posterior servikal.



Gambar Kelenjar limfe leher.

ANATOMI KELENJAR TIROID

Kelenjar tiroid adalah kelenjar endokrin yang pertama kali tampak pada fetus, kelenjar ini berkembang sejak minggu ke 3 sampai minggu ke-4 dan berasal dari penebalan entoderm dasar faring, yang kemudian akan berkembang memanjang ke kaudal dan disebut divertikulum tiroid. Akibat bertambah panjangnya embrio dan pertumbuhan lidah maka divertikulum ini akan mengalami desensus sehingga berada di bagian depan leher dan bakal faring. Divertikulum ini dihubungkan dengan lidah oleh suatu saluran yang sempit yaitu duktus tiroglosus yang muaranya pada lidah yaitu foramen caecum.

Divertikulum ini berkembang cepat membentuk 2 lobus yang tumbuh ke lateral sehingga terbentuk kelenjar tiroid terdiri dari 2 lobus lateralis dengan bagian tengahnya disebut dengan isthmus tiroid. Pada minggu ke-7 perkembangan embrional kelenjar tiroid ini mencapai posisinya yang terakhir pada vantral dari trakea yaitu setinggi vertebra servikalis V,VI,VII dan vertebra torakalis I dan secara bersamaan duktus tiroglosus akan hilang. Perkembangan selanjutnya tiroid bergabung dengan jaringan ultimobranchial body yang berasal dari branchial pouch V, dan membentuk C-cell atau sel parafolikuler dari kelenjar tiroid.

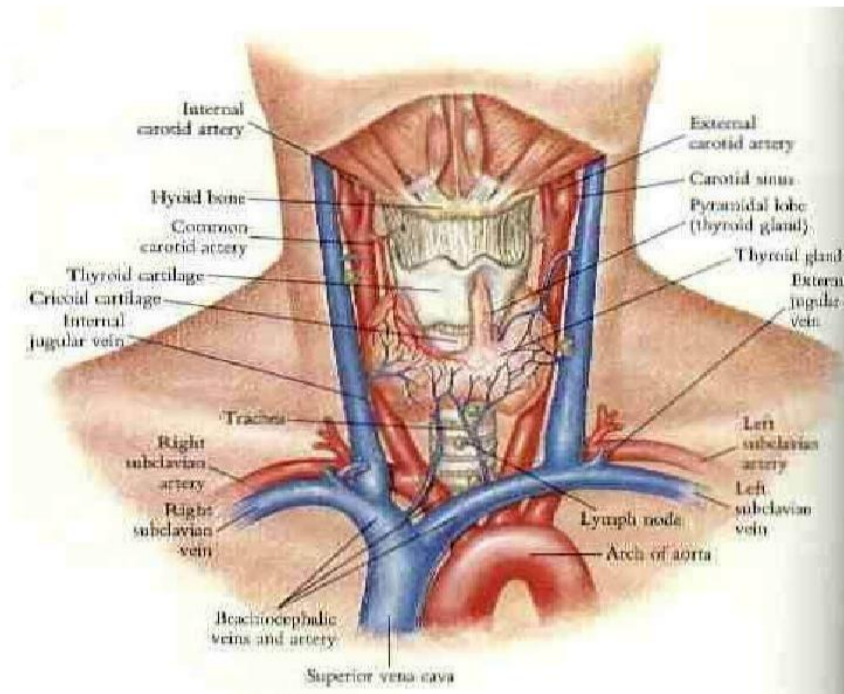
Sekitar 75% pada kelenjar tiroid ditemukan lobus piramidalis yang menonjol dari isthmus ke kranial, ini merupakan sisa dari duktus tiroglosus bagian kaudal. Pada akhir minggu ke 7-10 kelenjar tiroid sudah mulai berfungsi, folikel pertama akan terisi koloid. Sejak saat itu fetus mulai mensekresikan thyrotropin stimulating hormone (TSH), dan sel parafolikuler pada fetus sementara belum aktif.

Tiroid berarti organ berbentuk perisai segi empat. Kelenjar tiroid merupakan organ yang bentuknya seperti kupu-kupu dan terletak pada leher bagian bawah disebelah anterior trakea. Kelenjar ini merupakan kelenjar endokrin yang paling banyak vaskularisasinya, dibungkus oleh kapsula yang berasal dari lamina pretracheal fascia profunda. Kapsula ini melekatkan tiroid ke laring dan trakea.

Kelenjar ini terdiri atas dua buah lobus lateral yang dihubungkan oleh suatu jembatan jaringan isthmus tiroid yang tipis dibawah kartilago krikoida di leher, dan kadang-kadang terdapat lobus piramidalis yang muncul dari isthmus di depan laring.

Kelenjar tiroid terletak di leher depan setentang vertebra servikalis 5 sampai torakalis 1, terdiri dari lobus kiri dan kanan yang dihubungkan oleh isthmus. Setiap lobus berbentuk seperti buah pear, dengan basis di bawah cincin trakea ke 5 atau ke 6. Kelenjar tiroid mempunyai panjang lebih kurang 5 cm, lebar 3 cm dan dalam keadaan normal kelenjar tiroid pergram jaringan kelenjar sangat tinggi (lebih kurang 5 ml/ menit/ gram tiroid, kira kira 50 kali lebih banyak dibanding aliran darah dibagian tubuh lainnya).

Pada sebelah anterior kelenjar tiroid menempel otot pretrakealis (muskulus sternotiroid dan muskulus sternohioid) kanan dan kiri yang bertemu pada midline. Otot-otot ini disarafi oleh cabang akhir nervus kranialis hipoglossus descendens dan yang caudal oleh ansa hipoglossus. Pada bagian superfisial dan sedikit lateral ditutupi oleh fascia kolli profunda dan superfisial yang membungkus muskulus sternokleidomastoid dan vena jugularis interna, trunkus simpatis, dan arteri tiroidea inferior. Bagian posterior dari sisi medialnya terdapat kelenjaar paratiroid, nervus rekuen laringeus dan esofagus. Esofagus terletak dibelakang trakea dan laring sedangkan nervus rekuren laringeus terletak pada sulkus trakeoesofagus.



Gambar Anatomi tiroid

PANDUAN PEMERIKSAAN FARING DAN LARING

1. PANDUAN TATA CARA PEMERIKSAAN RINOSKOPI POSTERIOR

PROSEDUR:

1. Lakukan penyemprotan pada rongga mulut dengan lidokain spray 2%
2. Tunggu beberapa menit
3. Ambil kaca laringukuran kecil
4. Masukkan atau pasang kaca laring pada daerah ismus fausium arah kaca ke kranial.
5. Evaluasi bayangan-bayangan di rongga hidung posterior/ nasofaring.
6. Lihat bayangan di nasofaring: fossa Rossenmuller apakah normal (cekung) atau tidak (datar atau menonjol), torus tubarius apakah menonjol, muara tuba eustasius jika dapat dievaluasi, adenoid apaka ada atau tidak, konka superior, septum nasi posterior, dan koana.

2. PANDUAN PEMERIKSAAN LARINGOSKOPI INDIREK

Laringoskopi indirek dilakukan menggunakan kaca laring (laryngeal mirror) atau flexible fiberoptic endoscope. Laringoskopi dapat mengidentifikasi kelainan-kelainan laring dan faring baik akut maupun kronis, benigna datau maligna.

Indikasi laringoskopi indirek adalah:

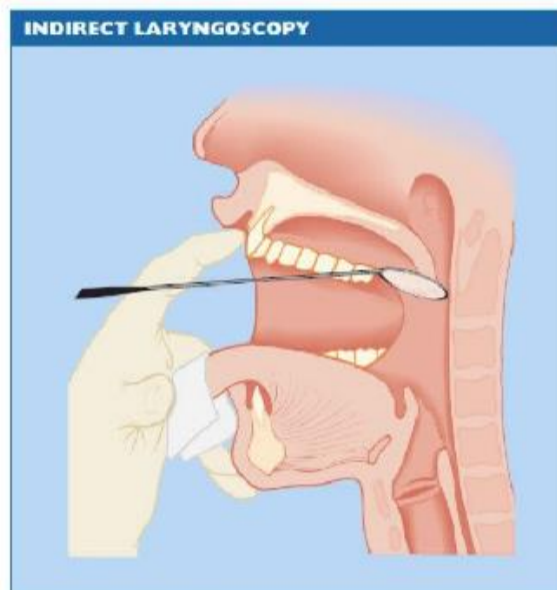
- Batuk kronik
- Dispnea
- Disfonia
- Stridor
- Perubahan suara
- Sakit tenggorok kronik
- Otagia persisten
- Disfagia
- Epistaksis
- Aspirasi
- Merokok dan alkoholisme lama
- Skrining karsinoma nasofaring, karsinoma laring
- Kegawat daruratan: angioedema, trauma kepala leher.

Kontraindikasi: epiglottitis

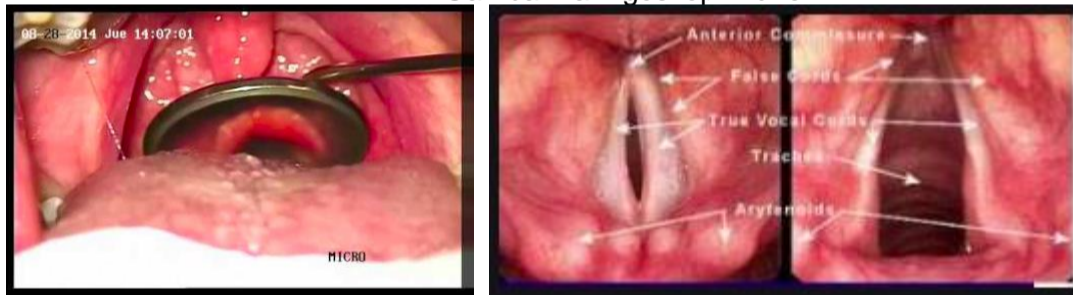
Prosedur:

- Pasien duduk berhadapan dengan dokter, posisi pasien sedikit lebih tinggi dibanding pemeriksa
- Tubuh pasien sedikit condong ke depan, dengan mulut terbuka lebar dan lidah dijulurkan keluar. Agar kaca laring tidak berembun karena udara nafas pasien, hangatkan kaca terlebih dahulu hingga suhu sedikit diatas suhu tubuh.
- Pegang ukung lidah pasien dengan kassa steril supaya tetap berada di luar mulut. Minta pasien untuk tenang.dan mengambil nafas secara lambat dan dalam melalui mulut.
- Fokuskan sinar dari lampu kepala ke orofaring pasien.

- Untuk mencegah timbulnya refleks muntah, arahkan kaca laring ke dalam orofaring tanpa menyentuh mukosa kavum oris, palatum mole atau dinding posterior orofaring.
- Putar kaca laring ke arah bawah sampai dapat melihat permukaan mukosa laring dan hipofaring. Ingat bahwa pada laringoskopi indirek, bayangan laring dan faring terbalik sehingga plika vokalis kanan terlihat disisi kiri kaca laring dan plika vokalis kanan terlihat disisi kiri kaca laring.
- Minta pasien untuk berkata “aaaahhh”, amati pergerakan plika vokalis (true vocal cords) dan kartilago aritenoid.
- Plika vokalis akan memanjang dan beraduksi sepanjang linea mediana. Amati gerakan pita suara (apakah ada paresis, asimetri gerakan, vibrasi dan atenuasi pita suara, granulasi atau nodul atau tumor pada pita suara)
- Untuk memperluas visualisasi, mintalah pasien untuk berdiri sementara pemeriksa duduk, kemudian sebaliknya, pasien duduk sementara pemeriksa berdiri.
- Amati pula daerah glotis, supraglotis dan subglotis



Gambar Laringoskopi indirek



Gambar Laring

3. PANDUAN PEMERIKSAAN LARINGOSKOPI DIREK

Indikasi:

Diagnostik :

- Jika laringoskopi indirek tidak dapat dilakukan seperti pada bayi dan anak kecil.
- Jika laringoskopi indirek tidak berhasil, misalnya akibat refleks muntah berlebih atau overhanging epiglottis
- Untuk memeriksa area tersembunyi dari hipofaring, yaitu dasar lidah, vlekula, dan foss piriformis bagian bawah.
- Untuk melihat perluasan massa atau untuk mengambil biopsi

Prosedur:

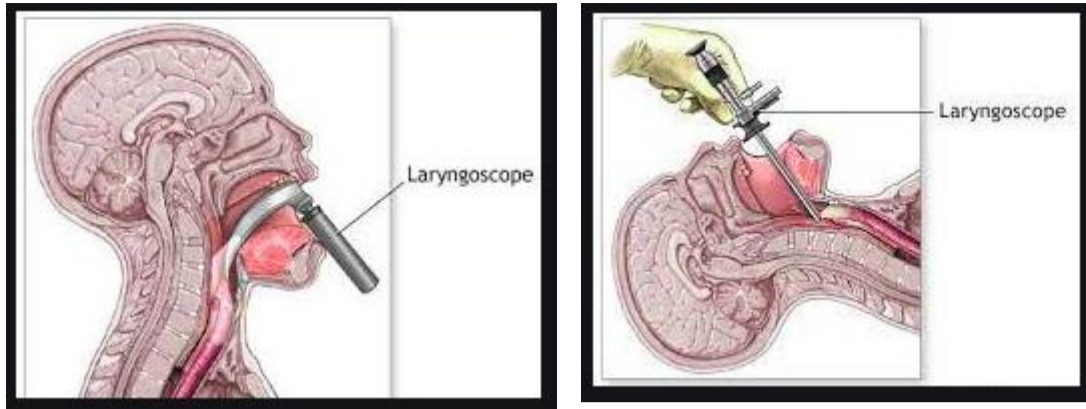
- Pasien tidur dalam keadaan kepala sedikit ekstensi.
- Pegang gagang laringoskopi dengan posisi bilah ada disebelah bawah. Masukkan bilah laringoskopi dengan menyusuri lidah hingga ke pangkal lidah dan epiglottis disisihkan ke bagian atas bilah sehingga rongga laring dapat teridentifikasi.

Terapeutik:

- Mengangkat lesi jinak pada laring (papiloma, fibroma, nodul, polip, kista).
- Mengambil benda asing pada laring dan hipofaring.
- Dilatasi striktur laring

Kontraindikasi:

- Gangguan pada vertebra servikalis
- Dispnea sedang sampai berat, kecuali jika jalan nafas dilindungi dengan trakeostomi.



Gambar Prinsip Laringoskopi Direk

4. PANDUAN PEMERIKSAAN OROFARING

Prosedur:

- Minta pasien duduk dengan nyaman di kursi periksa
- Jelaskan kepada pasien prosedur dan tujuan pemeriksaan
- Lakukan cuci tangan dan gunakan sarung tangan
- Jika pasien menggunakan gigi palsu, minta pasien untuk melepaskannya terlebih dahulu.

Pemeriksaan bibir dan rongga mulut

- Lakukan inspeksi pada bibir, apakah ada kelainan di bibir dan rongga mulut: seperti bibir pecah-pecah, perhatikan warna, kelembaban, apakah simetris, apakah terdapat deformitas, luka atau penebalan.
 - ulkus di bibir
 - drooling atau mengiler
 - tumor
 - sukar membuka mulut atau trismus.
- Lakukan inspeksi mukosa oral dan gusi dengan pencahayaan yang cukup dan spatula lidah. Perhatikan warna, ulserasi, bercak dan nodul. Jika pada inspeksi ditemukan adanya benjolan, perhatikan apakah benjolan tunggal atau multiple kemudian lakukan palpasi, perhatikan ukuran, konsistensi, permukaan, mobilitas, batas, dan nyeri tekan.
- Lakukan inspeksi pada gigi, perhatikan apa ada gigi yang tanggal, warna gigi, disposisi, atau ada gigi yang patah. Gunakan kaca mulut untuk melihat gigi belakang atau atas

Pemeriksaan Lidah

- Minta pasien untuk menjulurkan lidah. Lakukan inspeksi pada lidah, perhatikan warna dan tekstur lidah, apakah terdapat nodul, ulserasi, atau lesi lainnya. Kemudian pegang lidah pasien menggunakan tangkapan, lakukan palpasi perhatikan apakah terdapat indurasi atau penebalan
 - Apakah terdapat gangguan perasa atau tidak
 - Apakah ada kelainan-kelainan pada lidah:
 1. paresis atau paralisis lidah yang mengakibatkan deviasi ke salah satu sisi
 2. apakah ada atrofi papil lidah
 3. adakah abnormalitas warna mukosa lidah
 4. adakah ulserasi
 5. apakah terdapat tumor jika ya deskripsikan ukuran tumor, permukaan tumor, kenyal atau padat, rapuh atau mudah berdarah.

Pemeriksaan otot hipoglossus

- Bagaimanakah pada saat menelan?

Pemeriksaan dasar lidah

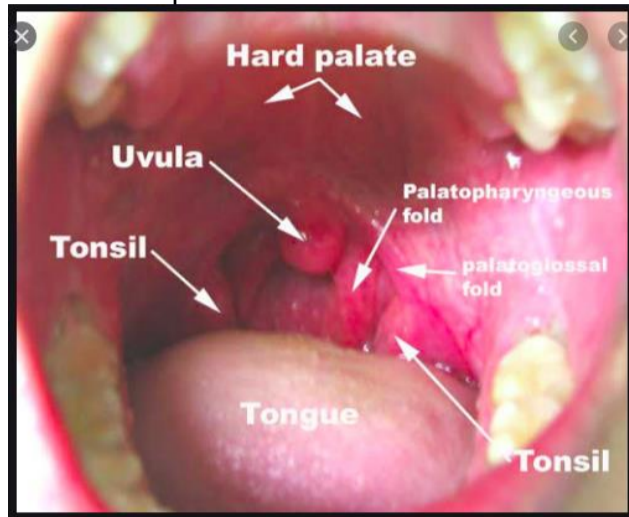
- Apakah terdapat ulkus?
- Apakah terdapat benjolan atau tidak?
- Apakah terdapat ranula?

Pemeriksaan Tonsil

- Minta pasien membuka mulut dengan lidah tidak terjulur. Kemudian minta pasien untuk mengatakan 'ahh', perhatikan simetrisitas arkus faring, kedudukan uvula, tonsil dan dinding faring posterior. Perhatikan perubahan warna dan apakah terdapat eksudat, ulserasi, bengkak, atau pembesaran tonsil
 - Amati arkus faring apakah simetris atau tidak? Apakah tidak terdorong lateral?
 - Amati uvula, apakah berkedudukan ditengah?
 - Amati tonsil, besar tonsil, permukaan tonsil, apakah ada ulserasi, detritus, pelebaran kripte, micro abses, apakah tonsil berlobus-lobus, apakah besar tonsil tidak sama kanan dan kiri.



Gambar Palpasi fossa tonsilaris dan basis lidah



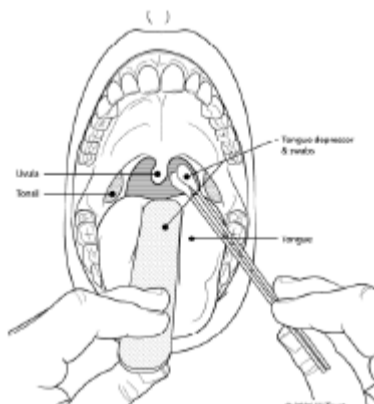
Gambar Pemeriksaan Tonsil

5. PANDUAN PEMERIKSAAN USAP TENGGOROK (THROAT SWAB)

Digunakan untuk mendapatkan biakan usapan tenggorok terutama ditujukan untuk mendiagnosis faringitis karena infeksi Streptococcus beta hemolitikus grup A, Neisseria gonorrhoea, Haemophilus influenzae dan Corynebacterium diphtheriae.

Cara pengambilan spesimen:

1. Berikan penjelasan terlebih dahulu tentang prosedur pemeriksaan yang akan dilakukan terhadap pasien, buat surat izin tindakan bila perlu.
2. Persiapkan alat yang akan dipergunakan.
3. Mencuci tangan sebelum melakukan pengambilan spesimen.
4. Gunakan sinar atau lampu yang terang dan diarahkan pada rongga mulut penderita. Persiapkan mangkuk bungkuk di dekat pasien (bila sewaktu-waktu pasien muntah).
5. Penderita diminta menarik nafas dalam sambil membuka mulut.
6. Lidah penderita ditekan perlahan ke arah bawah menggunakan penekan lidah (spatel lidah atau tongue depressor).
7. Masukkan lidi kapas steril secara perlahan sampai menyentuh dinding posterior faring.
8. Penderita diminta untuk mengucapkan "aaah" dengan tujuan agar uvula tertarik ke atas serta mengurangi refleks muntah.
9. Lidi kapas diusapkan pada tonsil, bagian belakang uvula dan digerakkan ke depan dan kebelakang pada dinding posterior faring untuk mendapatkan jumlah sampel yang cukup.
10. Lidi kapas dikeluarkan dari rongga mulut secara hati-hati, jangan sampai menyentuh uvula mukosa pipi, lidah dan bibir.



Gambar Usapan Tenggorok

Cara Penampungan:

Masukkan lidi kapas ke media dalam media transport Stuart atau tabung steril yang diisi dengan sedikit larutan garam fisiologis, atau akuadest steril supaya spesimen tidak kering.

Beri label identitas penderita secara lengkap.

Cara Pengiriman:

Kirim segera ke laboratorium mikrobiologi, disertai surat permintaan pemeriksaan yang telah diisi secara lengkap.

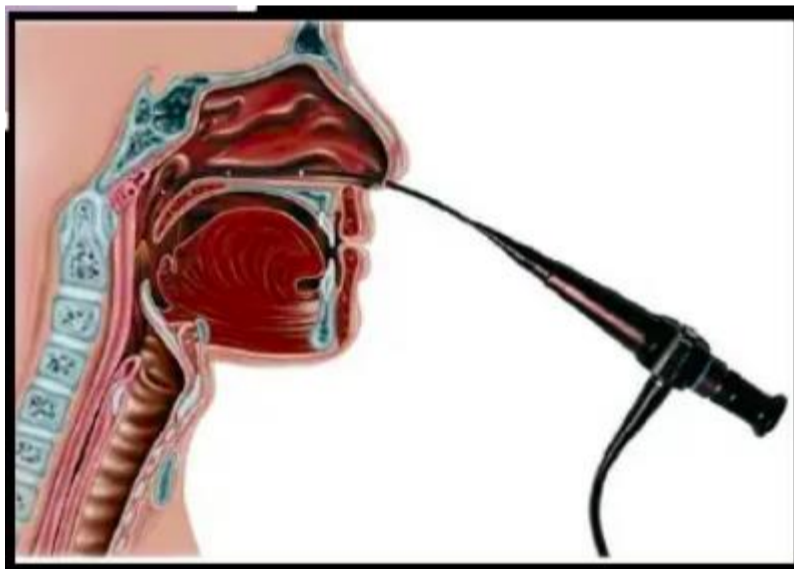
Jangan melakukan usapan tenggorok pada penderita yang mengalami inflamasi pada daerah epiglotis karena akan menyebabkan terjadinya edema pada epiglotis secara akut sehingga dapat menyebabkan obstruksi jalan nafas atas bagi penderita.

6. RINOFARINGOLARINGOSKOPI

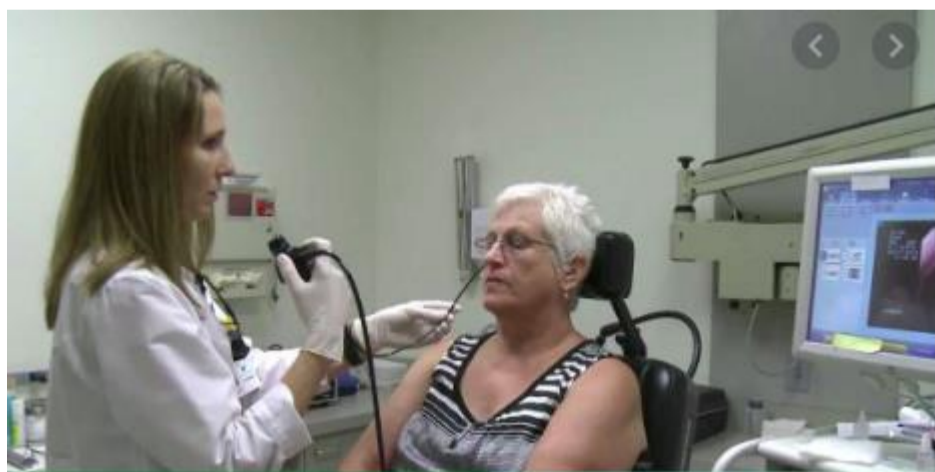
Pemeriksaan rinofaringolaringoskopi digunakan untuk mengevaluasi saluran napas atas mulai dari hidung, nasofaring, orofaring dan laringofaring. Pemeriksaan rinofaringolaringoskopi menggunakan fleksibel endoskopi sehingga didapatkan visualisasi yang baik sehingga diagnosis dapat ditegakkan dengan tepat.

Prosedur:

- Pasien duduk berhadapan dengan dokter, posisi pasien sedikit lebih tinggi dibanding pemeriksa
- Tubuh pasien sedikit condong ke depan, dengan mulut terbuka lebar dan minta pasien agar bernafas melalui mulut lensa tidak berembun karena udara nafas pasien.
- Masukkan ujung flexible endoskop dengan tangan kanan menyusuri dasar hidung, sementara tangan kiri memegang pangkal endoskop dengan ibu jari pada posisi pemutar rotasi endoskop. Amati keadaan rongga hidung dan deskripsikan sambil berjalan ke posterior sampai terlihat nasofaring.
- Setelah mencapai nasofaring, arahkan rotasi ibu jari tangan kiri ke arah depan sehingga ujung fleksibel akan mengarah ke bawah dan menyusuri nasoorofaring, sambil ujung fleksibel endoskop di dorong masuk.
- Posisi ujung fleksibel endoskopi di hentikan pada saat setelah mencapai laringofaring.
- Minta pasien untuk berkata "aaaahhh", amati pergerakan plika vokalis (true vocal cords) dan kartilago aritenoid.
- Plika vokalis akan memanjang dan beraduksi sepanjang linea mediana. Amati gerakan pita suara (apakah ada paresis, asimetri gerakan, vibrasi dan atenuasi pita suara, granulasi atau nodul atau tumor pada pita suara)
- Amati pula daerah glotis, supraglotis dan subglotis



Gambar Pemeriksaan rinofaringoskopi fleksibel endoskopi



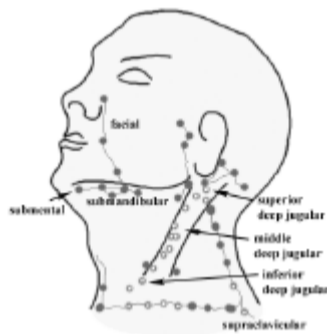
Gambar Cara pemeriksaan Rinofaringolaringoskopi.

7. PEMERIKSAAN INSPEKSI LEHER

- Jelaskan kepada pasien jenis dan prosedur pemeriksaan yang dilakukan.
- Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan prosedur pemeriksaan
- Inspeksi leher:
 - Pemeriksa berdiri di hadapan pasien
 - simetris atau tidak simetris, apakah terdapat tortikolis, tumor, limfadenopati, deviasi trakeo, benjolan pada leher
- Interpretasi: Pada keadaan normal, leher terlihat simetris dan tidak terdapat benjolan. Retraksi trakea, misalnya terdapat pada tension pneumothorax. Benjolan yang terdapat pada leher dapat berupa pembesaran kelenjar limfe, pembesaran kelenjar tiroid, maupun tumor jaringan ikat.

8. PEMERIKSAAN PALPASI KELENJAR GETAH BENING LEHER

- Palpasi leher:
 - Posisikan pasien dalam posisi duduk, pemeriksa berdiri tepat dibelakang pasien.
 - Palpasi daerah submandibular kanan dan kiri (dibawah mandibula)
 - Anterior m. Sternocleidomastoideus kanan dan kiri
 - Posterior m. Sternocleidomastoideus kanan dan kiri
 - Palpasi daerah supraclavicula kanan dan kiri
 - Nilai apakah terdapat tumor atau limfadenopati: apakah tunggal atau multiple, ukuran, konsistensi (lunak, kistik, padat, keras), permukaan (licin, berbenjol-benjol), fiksasi (mudah digerakka atau tidak), nyeri tekan atau tidak, apakah ada tanda tanda radang, apakah nyeri pada saat digerakkan.



Gambar Kelenjar limfe leher

INTERPRETASI

Palpasi leher :

Saat pemeriksaan ini nilai adakah pemebesaran kelenjar getah bening pada area yang diperiksa. Bila didapatkan pembesaran KGB nilai berapa banyak, ukurannya, mobilisasi, konsistensi dan adanya nyeri tekan. Misalnya, pembesaran KGB pada fossa supraclavicula dapat merupakan metastasis karsinoma bronchial pada sistem limfe, limfoma maligna maupun sarkoidosis.

9. PEMERIKSAAN PALPASI KELENJAR TIROID

- Minta pasien untuk duduk, pemeriksa berdiri tepat di belakang pasien. Minta pasien sedikit menunduk untuk merelaksasikan otot-otot sternocleidomastoideus.
- Lakukan palpasi menggunakan dua tangan pada leher pasien dari arah belakang, dengan posisi jari telunjuk berada tepat dibawah tulang krikoid.
- Minta pasien untuk menelan, dengan demikian pemeriksa dapat merasakan pergerakan isthmus tiroid.
- Menggunakan tangan kiri, dorong trakea ke arah kanan, kemudian dengan tangan kanan, lakukan palpasi lateral tiroid lobus kanan, tentukan batasnya.
- Nilai ukuran tiroid: membesar atau tidak, bila ada pembesaran tiroid apakah single atau multiple, berapa ukurannya, konsistensi lunak atau padat atau kistik atau keras, permukaannya apakah licin atau berbenjol-benjol, terfiksasi atau mobile, nyeri tekan atau tidak, apakah terdapat tanda radang, apakah sakit pada saat digerakkan, apakah disertai pembesaran limfonodi, apakah ikut bergerak pada saat menelan atau tidak, apakah disertai suara serak atau tidak, apakah terdapat tanda gangguan hormon tiroid (hipertiroid/hipotiroid)
- Penilaian suara/ bicara:
 - apakah terdapat suara serak atau tidak
 - Apakah terdapat sengau atau tidak
 - Apakah terdapat cedal atau tidak



Gambar Palpasi kelenjar tiroid dari arah depan. Tangan kanan mendorong kelenjar tiroid ke arah kiri pasien, sementara telunjuk dan ibu jari tangan kiri memalpasi kelenjar tiroid dari bawah m. Sternocleidomastoideus.

INTERPRETASI Pemeriksaan tiroid

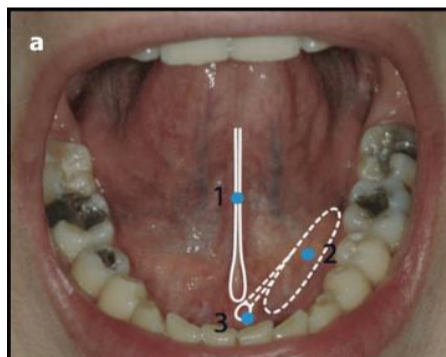
- Pembesaran difuse kelenjar tiroid tanpa adanya nodul kemungkinan disebabkan oleh Grave's disease, tiroiditis hashimoto, dan goiter endemik.
- Pembesaran difuse kelenjar tiroid dimana ditemukan dua atau lebih nodul lebih sering diakibatkan proses metabolik dibandingkan keganasan. Namun paparan radiasi sejak kecil, adanya riwayat keganasan pada keluarga, adanya pembesaran kelenjar getah bening dan nodul yang membesar dengan cepat dapat dicurigai ke arah keganasan.
- Terabanya satu nodul biasanya kemungkinan kista atau tumor jinak. Namun jika terdapat riwayat radiasi, nodul teraba keras, terfiksir dengan jaringan disekitarnya, cepat membesar, disertai pembesaran kelenjar getah bening dan terjadi pada laki-laki, maka kecurigaan keganasan lebih tinggi.

10. PALPASI KELENJAR LUDAH (SUBMANDIBULAR, PAROTID)

Pemeriksaan Kelenjar Ludah Submandibula

Prosedur:

- Minta pasien untuk membuka mulut dan mengangkat lidahnya, inspeksi dasar lidah.
- Perhatikan frenulum dan papila kelenjar submandibula.
- Deskripsikan apakah tampak adanya kelainan misalnya edem, ranula, hiperemis, batu, dan lain-lain.
- Palpasi secara bimanual dengan menggunakan handschoen, deskripsikan apa yang teraba, apakah ada nyeri tekan, sumbatan dan lain lain.



Gambar Muara duktus submandibular (1) frenulum; (2) kelenjar sublingual; (3) Papila submandibula terdapat muara duktus submandibularis.



Gambar Pemeriksaan Bimanual kelenjar ludah submandibula

Pemeriksaan Kelenjar Ludah Parotid

Prosedur:

- Minta pasien untuk membuka mulut dan arahkan mukosa bukal ke lateral sehingga terlihat papila kelenjar parotid, inspeksi dan deskripsikan yang tampak.

- Perhatikan apakah ada edem, ranula, sumbatan, batu, massa dan lain-lain.
- Palpasi secara bimanual dengan menggunakan handschoen, deskripsikan apa yang teraba, apakah ada nyeri tekan, sumbatan dan lain lain.



Gambar Muara Duktus parotid yang bersebarangan dengan gigi molar 2 rahang atas.



Gambar Pemeriksaan bimanual kelanjur ludah parotid.

Hal-hal yang harus diperhatikan pada pemeriksaan Faring dan Laring adalah:

1. Berikan penjelasan kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Berikan juga penjelasan akan efek yang mungkin terjadi kepada pasien misalnya rasa tidak nyaman, mual hingga muntah.
3. Persiapkan alat dan bahan selengkap mungkin.
4. Biasakan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.
5. Jelaskan pada pasien hasil pemeriksaan.

Alat-alat yang dibutuhkan

1. Kaca laring
2. Lampu kepala
3. Spatula lidah
4. Nierbeken
5. Lidokain
6. Kapas
7. Lampu spiritus
8. Korek api

CHECKLIST PENILAIAN KETRAMPILAN KLINIK

Pemeriksaan Kavum Oris, faring dan laring

No.	Aspek Keterampilan Yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
1	Melakukan dan menginterpretasikan rhinoskopi posterior dengan benar			
2.	Melakukan dan menginterpretasikan dengan benar laringoskopi, indirek			
3.	Melakukan dan menginterpretasikan dengan benar Laringoskopi, direk			
4.	Melakukan dan menginterpretasikan dengan benar Pemeriksaan orofaring			
5.	Melakukan dan menginterpretasikan dengan benar Usap tenggorokan (throat swab)			

6.	Melakukan dan menginterpretasikan dengan benar Rinofaringolaringoskopi			
7.	Melakukan dan menginterpretasikan dengan benar Inspeksi leher.			
8	Melakukan dan menginterpretasikan dengan benar palpasi kelenjar getah bening leher			
9.	Melakukan dan menginterpretasikan dengan benar palpasi kelenjar tiroid			
10.	Melakukan dan menginterpretasikan dengan benar Palpasi kelenjar ludah (submandibular, parotid)			

DAFTAR PUSTAKA

1. Buku Ajar Ilmu Penyakit THT. Ed.3. 1998. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.
2. Bull TR. 2003. Color Atlas of ENT Diagnosis, 4th edition. Thieme
3. DeGowin RL, Donald D Brown. 2000. Diagnostic Examination. McGraw-Hill.USA.
4. Ludman H. 2007. Ear, Nose, and Throat. 5th edition. Blackwell Publishing
5. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. 2017. Panduan Keterampilan Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat pertama.
6. Thomas J, Monaghan T. 2007. Oxford handbook of clinical examination and practical skills, 1st edition. Oxford university press. Willms LJ, Schneiderman H, Algranati PS. Physical diagnosis : bedside evaluation of diagnosis and function
7. Munir M. Tumor leher dan kepala: keganasan di bidang Telinga Hidung Tenggorok. Dalam: Soepardi EA, Iskandar N. Eds Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok. 4th ed. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2000. P.135-41