

JUDUL KETERAMPILAN: PEMERIKSAAN LEHER (KGB DAN THYROID) DAN ABDOMEN PATOLOGIS

Penulis: dr. Andi Abdillah SpB

I. Tingkat Kompetensi Keterampilan

Berdasarkan standar kompetensi dokter yang ditetapkan oleh KKI tahun 2020, maka tingkat kompetensi pemeriksaan Leher (KGB dan Thyroid) dan abdomen patologis adalah seperti yang tercantum dalam tabel 1.

Tabel 1. Tingkat kompetensi ketrampilan pemeriksaan Leher (KGB dan Thyroid) dan abdomen patologis (KKI, 2020)

Jenis ketrampilan	Tingkat kompetensi
Pemeriksaan Fisik	
1. Inspeksi Leher	4
2. Palpasi kelenjar ludah (submandibular, parotid)	4
3. Palpasi nodus limfatikus brakialis	4
4. Palpasi kelenjar tiroid	4
5. Palpasi kelenjar getah bening	4
6. Palpasi kelenjar getah bening leher	4
7. Inspeksi abdomen	4
8. Inspeksi lipat paha/ inguinal pd saat tekanan abdomen meningkat	4
9. Palpasi abdomen (dinding perut, kolon, hepar, lien, aorta, rigiditas dinding perut)	4
10. Palpasi hernia	4
11. Pemeriksaan nyeri tekan dan nyeri lepas (<i>Blumberg test</i>)	4
12. Pemeriksaan <i>Psoas sign</i>	4
13. Pemeriksaan <i>Obturator sign</i>	4
14. Perkusi (pekak hati dan area Traube)	4
15. Pemeriksaan pekak beralih (<i>shifting dullness</i>)	4
16. Pemeriksaan undulasi (<i>fluid thrill</i>)	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 leher (KGB dan Thyroid) dan abdomen patologis (jenis keterampilan pada tabel 1).
2. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan leher (KGB dan Thyroid) dan abdomen patologis (jenis keterampilan pada tabel 1).

III. Prerequisite knowledge

Sebelum memahami konsep pemeriksaan leher (KGB dan Thyroid) dan abdomen patologis, mahasiswa harus:

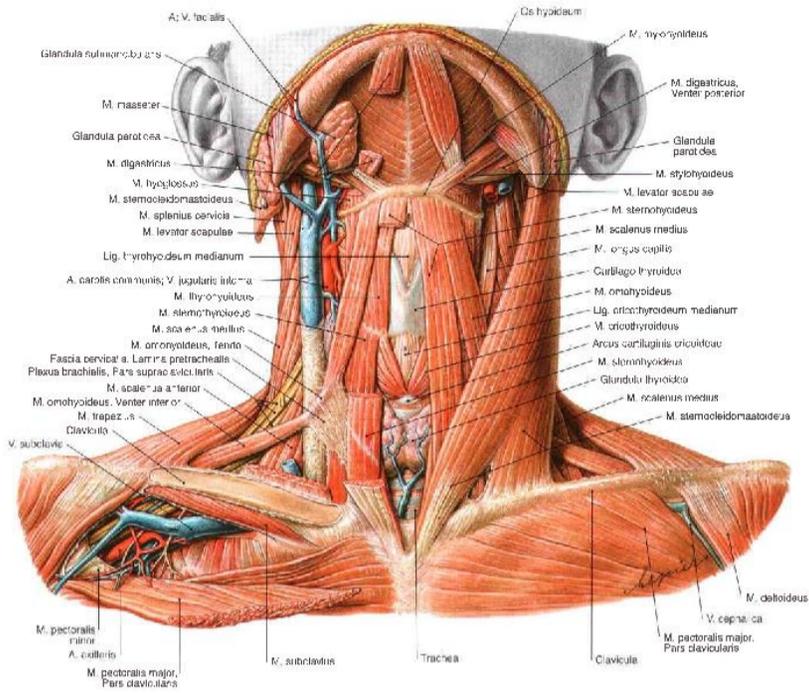
1. Memahami anatomi Leher (KGB dan Thyroid) dan abdomen
2. Memahami fisiologi kelenjar Thyroid

Kegiatan Pembelajaran

Pembelajaran dilakukan dalam tahapan sebagai berikut:

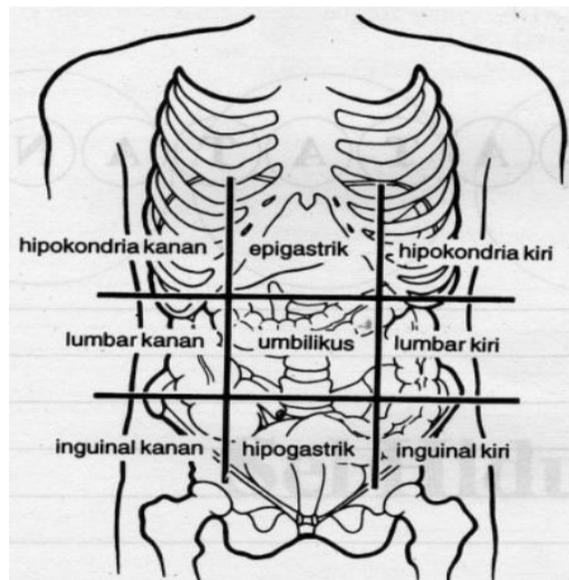
Tahapan pembelajaran	Lama	Metode	Pelaksana/ Penanggung Jawab
Kuliah Pengantar	50 menit	Kuliah interaktif	Dr. Andi Abdillah SpB
Sesi terbimbing dan responsi	2 x 100 menit	Simulasi, Demonstrasi	
Kegiatan tidak terstruktur	2 x 100 menit	<i>Self-directed learning</i>	
OSCE	100 menit	Demonstrasi	

IV. Sumber belajar
5.1. Anatomi Leher

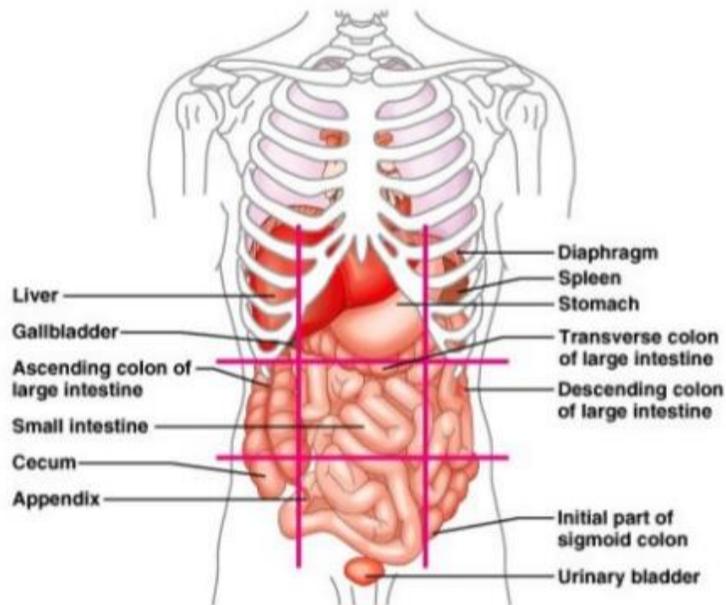


Gambar 5.1. Anatomi Leher

5.2. Anatomi Abdomen



Gambar 5.2.1. Anatomi sembilan regio abdomen



Gambar 5.2.2. Anatomi organ di regio abdomen

Panduan Tata Cara pemeriksaan leher dan abdomen patologis.

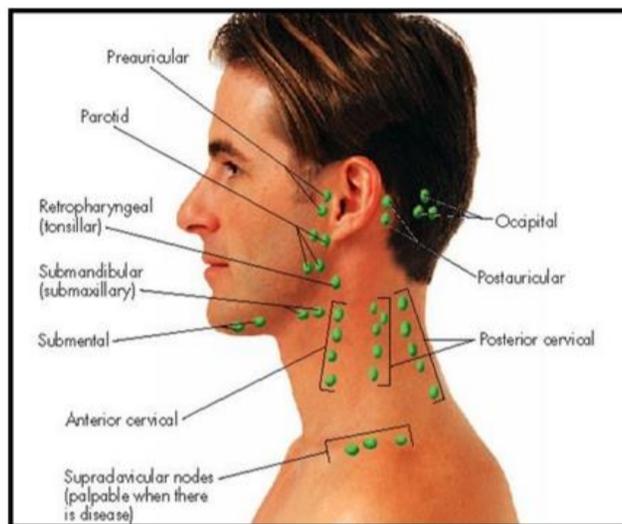
1. Pemeriksaan leher (Kelenjar Ludah, KGB dan Thyroid)

Pemeriksaan fisik KGB dilakukan secara inspeksi dan palpasi. Pembesaran KGB dapat ditemukan pada infeksi, Tuberculosis kelenjar, leukemia, limfoma malignum, metastasis keganasan atau penyakit lain.

Pada inspeksi, apakah terlihat pembesaran kelenjar getah bening? Apakah pembesaran tersebut tunggal atau multipel, berapa jumlahnya? Apakah pembesarnya unilateral atau bilateral? Dimanakah lokasi kelenjar getah bening yang membesar itu?

Pada palpasi, lakukan pemeriksaan dengan menggunakan bantalan ujung jari. Tentukan jumlah dan ukuran pembesaran kelenjar getah bening, nilai konsistensi, mobilitas, permukaan, dan nyeri tekan.

Pemeriksaan pada leher dilakukan pada daerah preaurikula, aurikula posterior, oksipital, tonsilar, submandibular, submental, servikal anterior, servikal posterior, *deep cervical chain*, dan supraclavikula.



Gambar 1. Lokasi KGB di leher

Persiapan

Hal-hal yang penting diperhatikan sewaktu pemeriksaan

1. Pencahayaan ruangan yang baik.
2. Penjelasan terhadap pasien berupa indikasi dan tujuan pemeriksaan KGB. Pasien rileks dan bersedia membuka pakaian pada daerah-daerah predileksi pembesaran KGB.
3. Cuci tangan sesuai prosedur *hand hygiene*.

Pelaksanaan

Area kepala dan leher

1. Pasien untuk duduk berhadapan dengan pemeriksa, posisi duduk.
2. Inspeksi daerah leher
 - a. Perhatikan kesimetrisan, massa atau *scars*
 - b. Lihat apakah terdapat benjolan pada daerah predisposisi KGB
3. Palpasi menggunakan bantalan dari jari telunjuk dan jari tengah. Palpasi secara berurutan:
 - a. *Preauricular (dan parotis)* → di depan telinga
 - b. *Posterior auricular* → superfisial di mastoid
 - c. *Occipital* → dasar tulang kepala posterior
 - d. *Tonsillar* → di bawah angulus mandibula
 - e. *Submandibular* → di tengah di antara sudut dan ujung mandibula
 - f. *Submental* → di garis tengah beberapa sentimeter di belakang ujung mandibula
 - g. *Superficial (anterior) cervical* → superfisial di m. Sternomastoid
 - h. *Posterior cervical* → sepanjang tepi anterior dari m. Trapezius
 - i. *Deep cervical chain* → bagian dalam di m. Sternomastoid dan terkadang sulit untuk diperiksa. Kaitkan kedua ibu jari dengan jari-jari di sekitar otot sternomastoid
 - j. *Supraclavicular* → di dalam sudut yang dibentuk oleh klavikula dan m. Sternomastoid

Tentukan jumlah, ukuran, konsistensi, mobilitas, dan nyeri tekan.

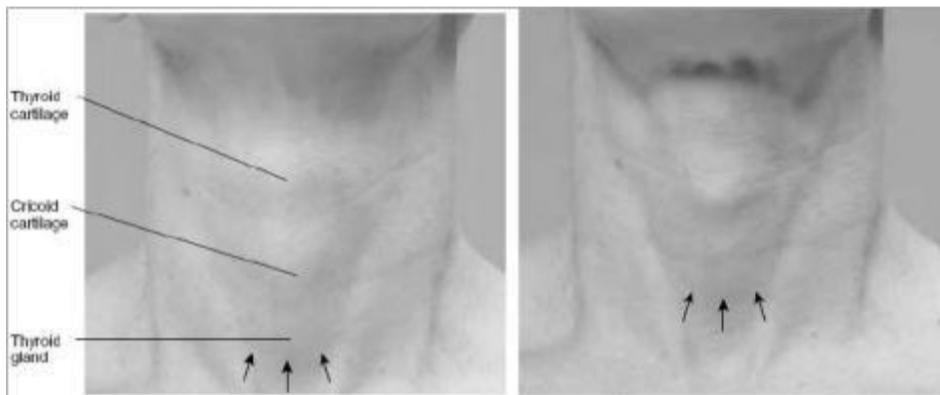


Gambar 2. Palpasi limfonodi, kiri : Inn. preaurikuler, tengah : Inn. cervicalis anterior Dan posterior, kanan : Inn. supraklavikularis

Pemeriksaan kelenjar tiroid

a. Inspeksi

Inspeksi kelenjar tiroid dilakukan dari posisi depan untuk menilai apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid, derajat pembesaran tiroid, dan tanda inflamasi.



Gambar 3. Inspeksi kelenjar tiroid, kiri : saat istirahat, kanan : pada gerakan menelan

b. Palpasi

Pemeriksaan palpasi kelenjar tiroid dimulai dari depan, kemudian juga dari belakang pasien. Pemeriksaan dari depan, tiroid dipalpasi adakah pembesaran atau tidak. Kemudian pasien diminta menelan ludah untuk menilai apakah kelenjar tiroid teraba atau tidak, bergerak atau tidak. Bila terjadi pembesaran tiroid, dinilai ukurannya, konsistensi, permukaan (noduler/difus), nyeri tekan, mobilitasnya.

Pemeriksaan kelenjar tiroid dari belakang, pasien diminta duduk, pemeriksa berada di belakang kemudian diraba dengan jari-jari kedua tangan. Penilaian kelenjar tiroid sama seperti pemeriksaan dari depan. Dalam kondisi normal: tidak terlihat atau teraba.



Gambar 4. Palpasi kelenjar tiroid

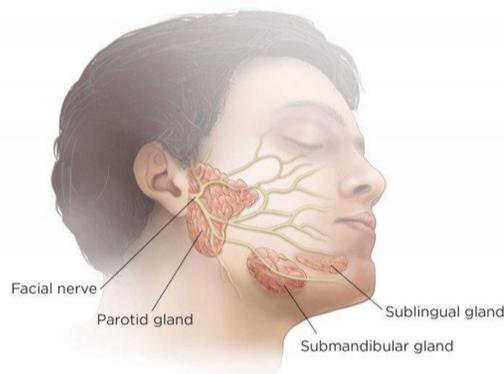


Gambar 5. Struma/ goiter

c. Auskultasi

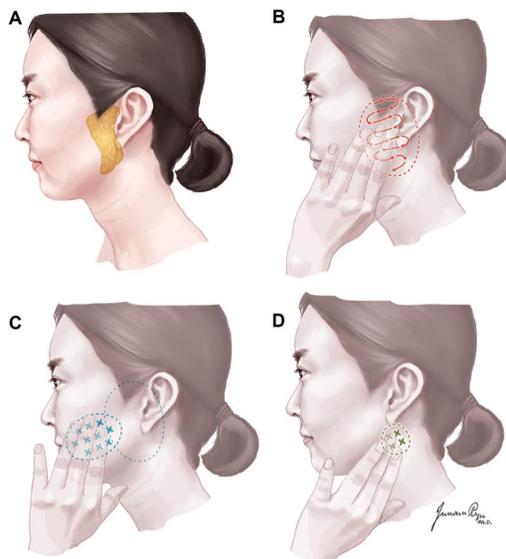
Auskultasi pada kelenjar tiroid dapat mendeteksi bising sistolik yang mengarahkan adanya penyakit *Graves*.

Pemeriksaan kelenjar saliva (Parotis dan submandibula)



Diagnosis penyakit kelenjar ludah tergantung pada riwayat yang cermat dan pemeriksaan kelenjar dan sekresinya. Jika keluhan utama pasien adalah nyeri, maka pemeriksa harus mencoba untuk menentukan onset dan durasi gejala, dan terutama untuk mencari hubungan dengan makan, karena aliran saliva meningkat selama waktu ini. Apakah ada demam atau menggigil? Apakah ada tanda kelemahan atau kelumpuhan wajah? Saraf wajah melewati kelenjar parotis, jadi hubungan anatomi ini juga harus dipertimbangkan. Kadang-kadang ini adalah tanda awal yang muncul, dan kelenjar parotis harus diperiksa secara hati-hati untuk mencari tanda-tanda neoplasma.

Kelenjar saliva mayor paling baik diperiksa dengan palpasi dan dengan mengamati aliran saliva selama palpasi. Hanya kelenjar parotis dan kelenjar submandibula yang dapat diperiksa dengan cara ini. Kelenjar parotis terletak pada permukaan lateral ramus mandibula dan melipat dirinya sendiri di sekitar batas posterior mandibula. Hal ini umumnya lunak dan biasanya tidak teraba sebagai kelenjar diskrit. Batas anterior kelenjar mungkin lebih baik ditentukan dengan meminta pasien mengatupkan giginya, yang membuat otot masseter tegang. Kelenjar parotis terletak tepat di belakang masseter, dan konsistensinya dapat diketahui dengan menekan kelenjar pada permukaan lateralnya terhadap ramus mandibula vertikal. Sekresi parotis dibawa ke rongga mulut oleh duktus Stensen, yang memasuki rongga mulut di pipi tepat di seberang gigi molar kedua atas. Hal ini terlihat sebagai papila kecil di mukosa bukal. Pengamatan yang cermat terhadap papila ini selama palpasi kelenjar biasanya akan mengungkapkan air liur yang berasal dari lubang duktus kecil. Kadang-kadang akan membantu untuk mengeringkan mukosa di sekitar saluran dengan spons kasa kering untuk memvisualisasikan aliran dengan lebih mudah. Air liur dari kelenjar parotis biasanya jernih, tipis, dan tidak berwarna. Klinisi harus hati-hati mencari nanah, lendir, atau partikel dalam sekresi.



Palpasi Kelenjar Parotis

2. Pemeriksaan abdomen patologis

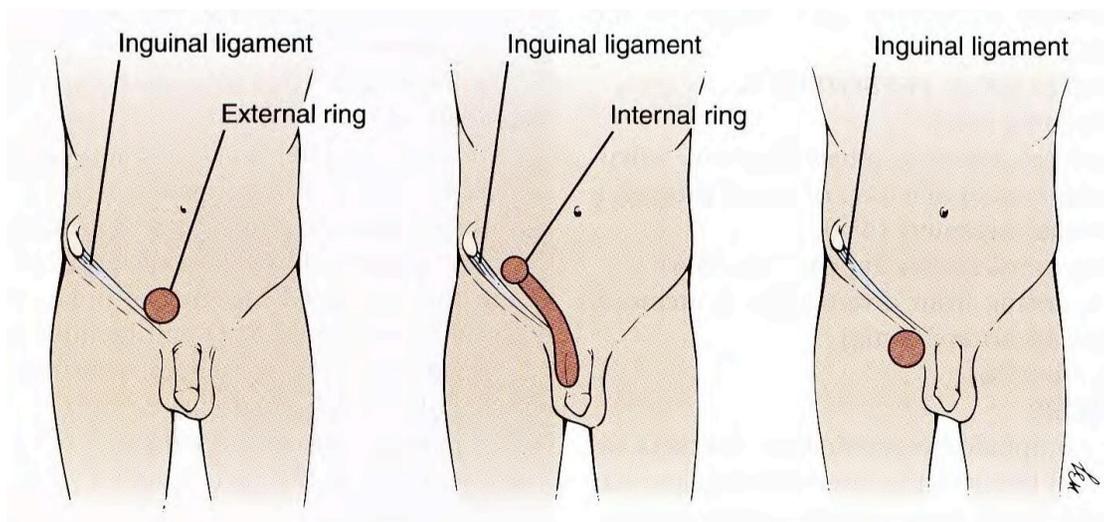
Pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi. Di akhir pembelajaran ketrampilan pemeriksaan abdomen, mahasiswa diharapkan tidak hanya mampu melakukan teknik inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi dengan baik dan benar tapi mampu menganalisis dan menyimpulkan data yang didapat untuk membuat langkah diagnostik selanjutnya serta mampu melakukan pemeriksaan spesifik untuk penyakit-penyakit yang melibatkan abdomen.

Pemeriksaan Inguinal

Daerah inguinal ditempati oleh spermatic cord, kelenjar getah bening inguinal dan arteri femoralis. Pembengkakan pada daerah inguinal dapat disebabkan oleh hernia inguinalis atau hernia femoralis atau limfadenopati. Pada fase embrional seorang laki laki, testis dan spermatic cord turun dari rongga abdomen ke dalam skrotum melalui kanalis inguinalis. Proses penurunan ini meninggalkan saluran yang bila tidak tertutup akan dapat menyebabkan hernia dikemudian hari.

Kanalis inguinalis berjalan ke bawah dari lateral ke medial melalui anulus inguinalis interna ke anulus inguinalis eksterna di atas dan sejajar dengan ligamentum inguinalis sehingga ligamentum tersebut menjadi dasar kanalis inguinalis. Anulus inguinalis interna terletak pada titik percabangan antara ligamentum inguinalis dan arteri femoralis. Arteri femoralis berjalan dari kranial ke kaudal pada titik tengah antara spina iliaka anterior superior dan simfisis osis pubis masuk ke dalam *femoral sheath*, selain arteri femoralis didalam *femoral sheath* juga terdapat vena femoralis dan kanalis femoralis. Kanalis femoralis ditutup oleh jaringan lemak dan kelenjar getah bening dan merupakan jalan terbentuknya hernia femoralis.

Hernia inguinalis akan tampak sebagai benjolan di daerah inguinal atau didalam skrotum bila tekanan intraabdominal meninggi. Massa itu akan hilang spontan bila pasien berbaring, oleh sebab itu pemeriksaan untuk mencari hernia sebaiknya dilakukan dalam posisi pasien berdiri. Untuk melakukan palpasi kanalis inguinalis, terutama bila ada keluhan hernia inguinalis, letakkan ujung jari pemeriksa di bawah skrotum lalu mengikuti spermatic cord naik keatas dan menembus anulus inguinalis eksterna. Lima sentimeter diatas anulus ini terletak anulus inguinalis interna. Bila ujung jari telah mencapai anulus inguinalis interna, pasien di suruh mengejan atau batuk. Bila ada masa yang mendorong maka berarti terdapat hernia.

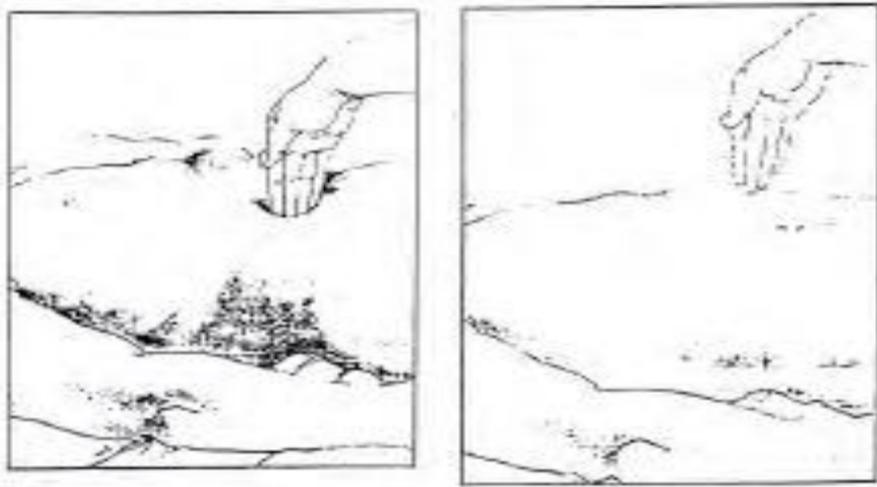


Gambar Hernia Inguinalis Direk, Hernia Inguinalis Indirek dan Hernia Femoralis

Untuk membedakan hernia inguinalis dengan hernia femoralis dilihat dari letak hernia tersebut dengan pubic tubercle, bila hernia terletak di atas dan medial dari pubic tubercle merupakan hernia inguinalis sedang jika terletak di bawah dan lateral terhadap pubic tubercle merupakan hernia femoralis.

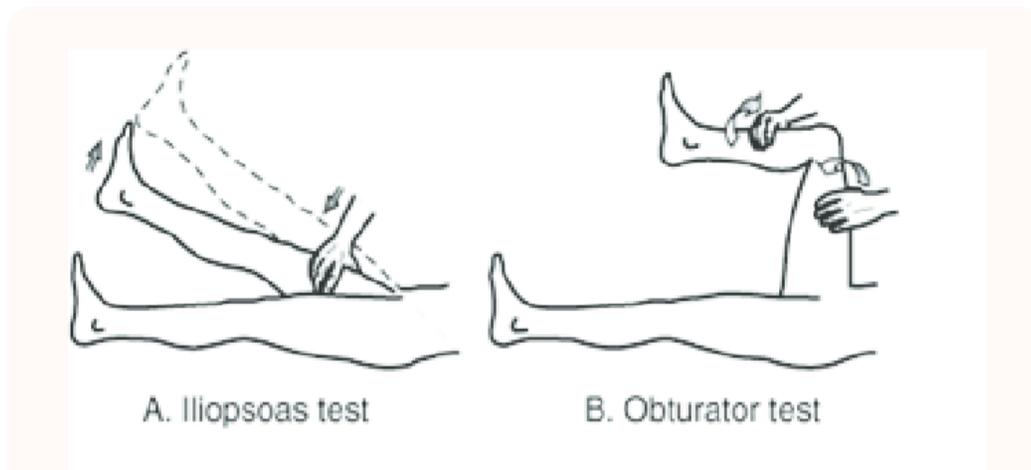
Pemeriksaan untuk kemungkinan Appendicitis

1. Pertama, tanyailah pasien dan minta menunjukkan dimana rasa sakit awalnya muncul dan sekarang ini nyeri dirasakan dimana. Setelah itu mintalah pasien untuk batuk, untuk menilai apakah nyeri tersebut dicetuskan oleh batuk dan dimanakah nyeri tersebut muncul. Nyeri appendicitis secara klasik dimulai dari sekitar umbilicus dan kemudian menetap di kuadran kanan bawah, dan nyeri tersebut bertambah bila batuk.
2. Carilah secara cermat daerah nyeri tekan. Nyeri tekan di lobus kanan bawah dapat mengindikasikan appendicitis, meskipun dapat pula disebabkan yang lain.
3. Rasakan apakah ada rigiditas otot/defans muscular.
4. Lakukanlah pemeriksaan atau **test "rebound tenderness"** pada daerah nyeri tekan tadi. Rebound tenderness menunjukkan adanya inflamasi peritoneum yang salah satunya disebabkan oleh appendicitis.



Gambar Rebound tenderness (misal pada appendicitis)

5. Lakukan pemeriksaan **test Rovsing sign** dan radiasi / penjalaran nyeri dari test "rebound tenderness". Tekanlah secara "gentle" pada kuadran kiri bawah kemudian lepas dengan cepat dan mendadak. Nyeri yang dirasakan pada kuadran kanan bawah ketika daerah kiri bawah ditekan disebut dengan *Rovsing sign positive*. Nyeri yang dirasakan pada kuadran kanan bawah ketika tekanan dilepaskan disebut dengan *rebound tenderness radiation positive*.
6. Lakukan pemeriksaan **Psoas sign**. Tempatkan tangan pada lutut kanan pasien dan mintalah pasien mengangkat kakinya melawan tangan anda. Atau mintalah pasien untuk miring ke sisi kiri, suruhlah pasien untuk mengangkat kaki kanannya lurus ke atas dengan bertumpu pada pangkal paha. Fleksi kaki pada pangkal paha akan menyebabkan kontraksi dari musculus psoas. Adanya nyeri abdomen akibat manuver ini disebut dengan *psoas sign positive*, menunjukkan adanya iritasi musculus psoas yang diakibatkan oleh radang appendix.
7. Lakukan juga **maneuver obturator sign**. Fleksikan kaki kanan pasien 90o pada pangkal paha dengan lutut ditekuk. Pegang kaki pasien di atas lutut dan di atas pergelangan kaki. Rotasikan kaki ke dalam dan medial. Nyeri pada daerah hipogastrik kanan disebut dengan *obturator sign positive*, menunjukkan adanya iritasi musculus obturator.



Gambar illiopsoas sign dan *Obturator sign*

8. Carilah daerah hiperestesi kulit dengan mencubit kulit secara *gentle* menggunakan ibu jari dan jari telunjuk. Secara normal perasat ini tidak menyebabkan nyeri.

9. Lakukan pemeriksaan rectal. Perasat ini tidak hanya dapat membantu membedakan antara appendix yang normal dan appendiks yang meradang, tetapi juga membantu apakah yang meradang betul-betul appendix di dalam rongga.

Adanya nyeri pada daerah kanan pada pemeriksaan rectal mungkin dapat pula disebabkan inflamasi dari jaringan adnexa atau vesicular seminalis.

Pemeriksaan Ascites

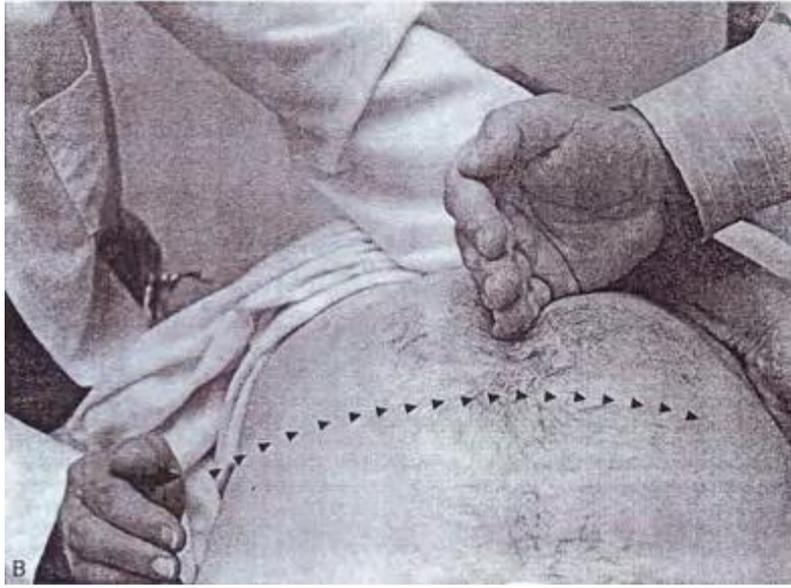
Dalam keadaan adanya cairan bebas didalam rongga abdomen, perkusi di atas dinding perut mungkin timpani dan disampingnya redup. Lakukanlah perkusi mulai dari umbilikus ke ateral hingga ditemukan batas timpani dan redup pada posisi pasien berbaring telentang. Batas timpani ada di atas batas redup, ini disebabkan gas dalam usus yang terapung di atas puncak asites. Dengan memiringkan pasien ke satu sisi suara redup ini akan berpindah (*shifting dullness*), pada posisi yang lebih rendah, daerah disekitar umbilikus yang mula-mula timpani sekadang akan menjadi redup. Pemeriksaan ini sangat patognomonis dan lebih dapat dipercaya dari pada memeriksa adanya gelombang cairan, memiliki sensitivitas 83% dan spesifisitas 56%. Adanya redup bilateral pada perkusi pinggang merupakan tanda yang paling sensitif untuk adanya asites dengan sensitivitasnya 94% sedang spesifisitasnya hanya 29%.

Selain ini ada beberapa **teknik lain** untuk memeriksa adanya cairan bebas didalam rongga abdomen (asites), yaitu:

Cara pemeriksaan gelombang cairan (*fluid wave*).

Cara ini dilakukan pada pasien dengan asites yang cukup banyak dan perut yang agak tegang. Pasien dalam keadaan berbaring telentang dengan tangan asisten atau tangan pasien sendiri diletakkan di bagian tengah abdomen dengan sedikit penekanan. Penekanan dinding abdomen ini akan menghentikan transmisi impuls oleh jaringan adiposa subkutan dan mencegah gerakan yang diteruskan melalui dinding abdomen. Tangan pemeriksa diletakkan pada satu sisi sedang tangan lainnya mengetuk-ngetuk dinding perut atau pinggang pada sisi

yang lain. Adanya gelombang cairan mempunyai sensitivitas hanya 50% dan spesifitasnya 82%. Hasil positif palsu dapat terjadi pada pasien yang terlalu gemuk dan hasil negatif palsu dapat terjadi jika asitesnya sedikit sampai sedang.



Gambar 27. Pemeriksaan Asites dengan *Fluid Wave Technique*

Untuk cairan yang lebih sedikit dan meragukan dapat dilakukan pemeriksaan dengan **posisi pasien terkurap dan menungging (knee-chest position)**. Setelah beberapa saat, perkusi daerah perut yang terendah, jika terdapat cairan akan didengar bunyi redup. Pada posisi tegak maka perkusi redup akan didengarkan pada bagian bawah.

Pemeriksaan yang lain adalah **puddle sign** yaitu posisi pasien tetap pada *knee chest position* dan dengan menggunakan stetoskop yang diletakkan pada bagian perut terbawah didengarkan perbedaan suara yang ditimbulkan karena ketukan jari-jari pada sisi perut sedangkan stetoskop digeserkan melalui perut tersebut ke sisi yang lainnya.

Ketukan diteruskan pada posisi yang terfiksir. Pengurangan intensitas bunyi secara mendadak yang dihasilkan dari ketukan jari tangan ketika stetoskop bergerak di atas cairan yang tergenang dianggap tanda positif. Jika dirasakan perubahan ini, proses ini diulang pada tempat seberangnya untuk menentukan margo/batasnya.

LEMBAR EVALUASI

CHEKLIST PEMERIKSAAN LEHER (Kelenjar Getah Bening, Kelenjar Saliva dan Thyroid)

No	Aspek keterampilan yang dinilai	Cek
1.	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan kepala leher	
2	Cuci tangan sebelum pemeriksaan dengan 6 langkah	
3	Inspeksi Regio Colli	
4	Pemeriksaan Trachea	
5	Pemeriksaan Tiroid	
6	Pemeriksaan Kelenjar Limfonodi	
7	Pemeriksaan Kelenjar Saliva (Parotis dan submandibula)	
8	Cuci tangan secara aseptik sesudah pemeriksaan dengan 6 langkah	

LEMBAR EVALUASI

CHEKLIST PEMERIKSAAN ABDOMEN

No	Aspek keterampilan yang dinilai	Cek
1.	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan abdomen	
2	Cuci tangan secara aseptik sebelum pemeriksaan dengan 6 langkah	
3	Inspeksi 9 Regio Abdomen	
4	Pemeriksaan hernia pada daerah inguinal	
5	Pemeriksaan tanda-tanda kecurigaan appendicitis akut	
6	Pemeriksaan tanda-tanda ascites/undulasi	
7	Pemeriksaan shifting dullnes hepar	
8	Cuci tangan secara aseptik sesudah pemeriksaan dengan 6 langkah	