



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) Pemeriksaan Fisik

<b>Pengertian</b>	Melakukan pemeriksaan/pengkajian fisik secara lengkap
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menegakkan diagnosa</li><li>2. Mengenali kelainan pada klien</li><li>3. Sebagai data dasar</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Handscoon</i> non steril</li><li>2. <i>Penlight</i></li><li>3. Metlin</li><li>4. Stetoskop</li><li>5. <i>Hammer</i> reflek</li><li>6. Spekulum hidung</li><li>7. Otokop</li><li>8. <i>Slip lamp</i></li><li>9. <i>Tongue spatel</i></li><li>10. Kasa</li><li>11. Bengkok</li><li>12. Buku catatan</li><li>13. Pena</li><li>14. Pengukur TB dan BB</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <p><b>Pemeriksaan Kepala</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Posisikan klien duduk, kepala tegak lurus (lepas jika ada rambut palsu)</li><li>2. Tanyakan kepada klien, apakah rambut mudah rontok, ada perubahan warna, penggunaan <i>shampoo</i>, sedang kemoterapi</li><li>3. Amati penyebaran, ketebalan, tekstur dan lubrikasi</li></ol>

4. Perhatikan ukuran, bentuk dan posisi kepala terhadap tubuh
5. Perhatikan adanya lesi, luka, erupsi dan pustula pada kulit kepala dan folikel rambut, kutu rambut
6. Lakukan palpasi dengan menggunakan sarung tangan, sisihkan rambut untuk melihat karakteristik kulit kepala
7. Lakukan palpasi apakah ada nodul dan tumor
8. Lakukan penarikan ringan pada rambut untuk melihat kerontokan. (Pada neonatus, palpasi ringan fontanel anterior dan posterior, ukuran, bentuk dan tekstur).
9. Lakukan pemeriksaan wajah dengan inspeksi; sembab, kesimetrisan, lesi, oedem, tumor, perubahan warna wajah dan ekspresinya.

### **Pemeriksaan Mata**

#### **Inspeksi**

1. Anjurkan klien melihat ke depan dan bandingkan mata kanan dan kiri terhadap ukuran
2. Amati bola mata terhadap ukuran bola mata, strabismus dan nistagmus, medan penglihatan dan visus
3. Anjurkan klien menutup kedua mata
4. Amati bentuk dan keadaan kulit kelopak mata, posisi bulu mata
5. Perhatikan adanya ptosis saat membuka mata
6. Anjurkan klien melihat lurus ke depan
7. Amati konjungtiva (kemerahan, vaskularisasi dan lokasinya)
8. Tarik kelopak mata bagian bawah ke bawah, dengan menggunakan ibu jari
9. Amati keadaan konjungtiva dan kantong konjungtiva bagian bawah, bila perlu amati konjungtiva atas dengan membalik kelopak mata
10. Amati warna sklera bersamaan waktu memeriksa konjungtiva
11. Amati warna iris, reflek dan bentuk pupil terhadap cahaya

#### **Palpasi**

1. Anjurkan klien memejamkan mata
2. Lakukan palpasi pada kedua mata dan rasakan konsistensinya dan tanyakan adanya nyeri tekan

### **Pemeriksaan Mulut**

#### **Inspeksi**

1. Posisikan klien berhadapan dengan perawat dengan tinggi yang sejajar
2. Amati bibir untuk mengetahui adanya kelainan kongenital bibir (sumbing), warna bibir, ulkus, lesi dan massa

3. Anjurkan klien membuka mulut
4. Amati keadaan setiap gigi mengenai posisi, jarak, dan warna. Lanjutkan dengan mengetuk gigi secara sistematis dan anjurkan klien untuk memberitahu bila timbul rasa nyeri
5. Perhatikan kebersihan mulut dan adanya bau mulut
6. Periksa lidah, minta klien untuk menjulurkan lidah dan perhatikan kesimetrisan, warna, ulkus dan kelainan lainnya
7. Amati selaput lender mulut mengenai warna, massa, peradangan/perdarahan, ulkus
8. Berikan klien kesempatan untuk menutup mulut sejenak
9. Minta klien membuka mulut kembali dan tekan lidah ke bawah sewaktu klien berkata "AH". Amati pharing terhadap kesimetrisan ovula.
10. Amati ukuran tonsil (untuk mengetahui adanya kelainan)

### **Palpasi**

1. Pertahankan posisi klien berhadapan dengan perawat
2. Letakkan handuk dibawah dagu dan menganjurkan klien membuka mulut
3. Pegang pipi di antara ibu jari dan jari telunjuk (jari telunjuk berada di dalam)
4. Pegang pipi secara sistematis dan perhatikan adanya tumor/pembengkakan (bila ada pembengkakan determinasikan menurut ukuran, konsistensi dan adanya nyeri)
5. Lakukan palpasi palatum degan jari telunjuk dan rasakan terhadap pembengkakan
6. Lakukan palpasi dasar mulut (klien mengatakan "EL") secara sistematis dengan jari telunjuk dan rasakan terhadap pembengkakan
7. Minta klien menjulurkan lidah, pegang lidah dengan kasa steril (dengan tangan kiri), jari telunjuk tangan kanan melakukan palpasi lidah

### **Pemeriksaan Hidung**

1. Perawat duduk menghadap klien
2. Atur penerangan sebaik mungkin (bila perlu memakai lampu kepala)
3. Elevasikan ujung hidung klien dengan menekan hidung secara ringan dengan ibu jari, kemudian amati bagian anterior lubang hidung
4. Amati septum hidung dan adanya perforasi
5. Pasang ujug spekulum hidung pada lubang hidung
6. Posisikan kepala klien sedikit menengadah sehingga sebagian atas rongga hidung dapat diamati
7. Amati bentuk hidung dan posisi septum, kartilago dan dinding-dinding

rongga hidung serta selaput rongga hidung (warna, sekresi, bengkak, perdarahan)

8. Lepaskan spekulum perlahan-lahan
9. Palpasi hidung untuk mengetahui adanya nyeri tekan

### **Pemeriksaan Telinga**

1. Posisikan klien duduk (anak/bayi dipangku) dan pemeriksa menghadap pada sisi telinga yang akan diperiksa
2. Atur pencahayaan dan *bila perlu* gunakan lampu kepala
3. Amati telinga luar, amati pinna terhadap ukuran, bentuk, warna, lesi dan massa
4. Pegang telinga dengan ibu jari dan telunjuk
5. Palpasi kartilago telinga luar secara sistematis (dari jaringan lunak, keras) dan catat adanya nyeri
6. Tekan bagian tragus ke dalam dan tulang telinga (di bawah daun telinga), tanyakan adanya nyeri
7. Bandingkan dengan telinga satunya
8. Pegang bagian pinggir daun telinga dan secara perlahan-lahan, tarik daun telinga ke atas belakang sehingga lubang telinga lurus (pada anak-anak daun telinga ditarik ke bawah)
9. Amati pintu masuk lubang telinga dan perhatikan adanya peradangan, perdarahan/kotoran
10. Masukkan otoskop yang telah menyala ke dalam lubang telinga
11. Letakkan mata di atas *EYE-PIECE*
12. Amati dinding lubang telinga terhadap kotoran/serumen, peradangan dan benda asing
13. Amati membran timpani (perforasi/cairan)
14. Lepas otoskop perlahan-lahan
15. Lakukan juga pada telinga satunya
16. Pegang arloji dan dekatkan ke telinga klien
17. Pindahkan posisi arloji perlahan-lahan menjauhi telinga dan minta klien mengatakan bila tidak mendengar lagi

### **Pemeriksaan Leher**

#### **Inspeksi**

1. Posisikan klien duduk menghadap pemeriksa
2. Inspeksi kesimetrisan otot-otot leher, trakea, benjolan pada dasar leher serta vena jugular dan arteri karotid
3. Minta klien menundukkan kepala sampai dagu menempel dada dan menengadahkan kepala ke belakang (lihat area leher dimana nodus

tersebar). Bandingkan kedua sisi tersebut

4. Minta klien menoleh ke kanan dan ke kiri sehingga telinga menyentuh bahu. Perhatikan fungsi otot-otot sternomastoideus dan trapesius
5. Minta klien menengadahkan kepala, perhatikan adanya pembesaran kelenjar tiroid
6. Minta klien menelan ludah, perhatikan gerakan pada leher dengan daerah kelenjar tiroid pada fossa suprasternal, lihat ada tidaknya massa dan kesimetrisan
7. Periksa pindah ke belakang klien
8. Minta klien menundukkan kepala sedikit
9. Palpasi dengan 3 jari masing-masing nodus limfa dengan urutan:
  - a. Nodus oksipital pada dasar trakea
  - b. Nodus aurikel posterior di atas mastoideus
  - c. Nodus preaurikuler tepat di depan telinga
  - d. Nodus tonsiliar pada sudut mandibula
  - e. Nodus submaksilaris dan submental pada garis tengah di belakang ujung mandibula
10. Bandingkan kedua sisi leher. Periksa ukuran, bentuk, gerakan dan rasa nyeri yang timbul
11. Palpasi kelenjar tiroid dengan 2 jari dari tangan kanan kiri di bawah kartilago krikoid
12. Minta klien menundukkan dagu dan suruh menelan. Rasakan gerakan stimulus tiroid
13. Periksa pindah ke depan agak ke samping klien
14. Letakkan jari tengah pada bagian bawah trakea
15. Palpasi trakea ke atas, ke bawah dan ke samping. Deskripsikan kedusukan trakea

## **Pemeriksaan Dada**

### **1. Paru-paru**

#### **Inspeksi**

- a. Posisikan klien senyaman mungkin
- b. Secara keseluruhan perhatikan RR, bentuk dan ukuran dada, deviasi, retraksi intercostae dan bentuk tulang belakang
- c. Amati dari depan dengan memperhatikan klavikula dan fossa supra/infraklavikula

#### **Palpasi**

- a. Posisikan klien berbaring telentang
- b. Palpasi gerakan diafragma/kesimetrisan ekspansi dengan meminta

- klien menarik nafas dalam
- c. Perhatikan terhadap adanya nyeri tekan dan tumor
  - d. Letakkan sisi ulnar tangan pemeriksa di dada klien
  - e. Minta klien untuk mengucapkan kata TUJUH... TUJUH...
  - f. Pemeriksaan dimulai dari dada atas sampai dada bawah
  - g. Perhatikan intensitas getaran suara dan bandingkan kanan dan kiri

### **Perkusi**

- a. Posisikan klien duduk
- b. Lakukan perkusi mulai dari fosa klavikula kanan, kemudian dilanjutkan ke dada kiri, selanjutnya perkusi pada supra skapula dada belakang dan dilanjutkan ke bagian dada kiri
- c. Lanjutkan lokasi perkusi bergeser ke bawah 2-3 cm, ke bawah sampai batas bawah abdomen
- d. Bandingkan suara yang dihasilkan oleh perkusi dada kanan dan kiri

### **Auskultasi**

- a. Posisikan klien tetap duduk
- b. Tempelkan stetoskop pada dinding dada mulai dari depan diatas klavikula kiri dan teruskan ke sisi dinding dada mulai dari depan diatas klavikula kiri dan teruskan ke sisi dinding dada kanan. Lanjutkan pada scapula dada belakang kiri kemudian ke kanan
- c. Minta klien untuk menarik nafas pelan-pelan dengan mulut terbuka
- d. Dengarkan satu periode inspirasi dan ekspirasi
- e. Geser ke bawah 2-3 cm dan seterusnya sampai ke dada bagian bawah

## **2. Jantung**

### **Inspeksi**

- a. Posisikan klien senyaman mungkin (berbaring, telentang)
- b. Amati bentuk prekordial (kesimetrisan)
- c. Amati denyut apeks jantung dan bayangkan vena di dada

### **Palpasi**

- a. Posisikan klien pada posisi supinasi
- b. Tentukan sudut Louis (di antara manubrium dan badan sternum)
- c. Pindah jari ke bawah sampai ICS 2
- d. Tentukan area aorta dan pulmonal (amati adanya pulsasi)
- e. Dari area aorta pindah jari secara lateral 5-7 cm ke garis mid klavikula kiri dan tentukan PMI
- f. Palpasi pulsasi pada area apikal dan kemungkinan pembesaran

jantung

g. Amati pulsasi aorta pada area epigastrik (dasar sternum)

### **Perkusi**

- a. Tentukan batas kiri jantung pada ICS III/IV garis parasternal kiri
- b. Kembangkan daerah redup jantung (tidak lebih dari 4, 7 dan 10 cm ke arah kiri dari garis midsternum pada ICS ke 4, 5 dan 8

### **Auskultasi**

- a. Anjurkan klien bernafas normal dan tahan saat ekspirasi
- b. Dengarkan S1 (BJ I) sambil melakukan palpasi nadi karotis (bunyi S1 seirama dengan nadi karotis)
- c. Dengarkan bunyi tambahan/murmur
- d. Anjurkan klien menghembuskan nafas dan menghirup kembali dengan tetap ditahan
- e. Dengarkan bunyi S2 (BJ II) apakah tunggal atau tidak

## **Pemeriksaan Abdomen**

### **Inspeksi**

1. Posisikan klien berbaring telentang
2. Perhatikan kulit dan warna abdomen, bentuk perut, jaringan parut, luka striae dan bayangan vena, kesimetrisan
3. Perhatikan posisi, bentuk, warna dan inflamasi dari umbilicus
4. Amati gerakan permukaan, massa, pembesaran atau penengangan abdomen
5. Inspeksi abdomen untuk gerakan pernafasan normal

### **Auskultasi**

1. Letakkan sisi diafragma stetoskop yang telah dihangatkan pada sisi kuadran kiri bawah
2. Minta klien untuk tidak bicara dan beri tekanan ringan
3. Dengarkan bising usus selama 5 menit (bila mungkin)
4. Bila bising usus tidak terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen
5. Gunakan sisi bel stetoskop dan dengarkan bunyi desiran di bagian epigastrik dan pada tiap kuadran abdomen

### **Perkusi**

#### **Perkusi Batas Hati**

1. Lakukan perkusi pada garis midklavikula kanan setinggi umbilikus, geser perlahan ke atas samapi terjadi perubahan suara dari timpani

- menjadi pekak dan tandai batas hati tersebut
2. Untuk mengetahui batas atas, mulai perkuasi ke arah bawah di garis mid klavikula kanan pada area resonansi paru. Kemudian perhatikan perubahan bunyi dari resonan ke pekak
  3. Ukur jarak antara batas atas dan bawah

#### **Perkusi Lambung**

1. Lakukan perkusi pada tulang iga bagian bawah dan bagian epigastrium kiri
2. Deskripsikan bunyi yang didapatkan

#### **Perkusi Ginjal**

1. Posisikan klien duduk dan pemeriksa dibelakang klien
2. Perkusi sudut costovertebral digaris skapular sisi ulnar tangan kanan
3. Tanyakan pada klien n rasa nyeri yang timbul (normal tidak nyeri)

#### **Palpasi**

1. Posisi klien berbaring kembali
2. Tempatkan tangan di atas abdomen secara datar, jari-jari ekstensi dan berhimpitan
3. Palpasi dengan hati-hati sedalam 1 cm untuk mendeteksi area nyeri, penegangan abdomen dan massa, lanjutkan palpasi dalam (2,5-7,5cm)
4. Palpasi dilakukan di tiap kuadran abdomen
5. Perhatikan perubahan wajah klien selama palpasi

#### **Palpasi Hati dan Kandung Empedu**

1. Letakkan tangan kiri dibawah torak/dada kanan posterior klien pada iga ke-11 dan ke-12 kemudian tekan ke arah atas
2. Letakkan telapak tangan kanan diatas abdomen, jari-jari mengarah ke kepala dan ekstensika sehingga ujung-ujung jari terletak digaris klavikula dibawah hati
3. Tekan dengan lembut ke dalam dan ke atas
4. Minta klien menarik nafa dalam dan raba tepi abdomen saat abdomen mengempis
5. Palpasi tepi bawah hati pada sisi lateral dari otot rektus
6. Bila diduga ada penyakit kandung kemih, minta klien untuk menarik nafas dalam selama palpasi

#### **Palpasi Limpa**

1. Letakkan secara menyilang telapak tangan kiri pemeriksa di bawah pinggang kiri klien dan tekan ke atas
2. Letakkan telapak tangan kanan dengan jari-jari ekstensi di atas abdomen di bawah tepi kiri kosta



3. Palpasi tepi limpa saat limpa bergerak ke bawah ke arah tangan pemeriksa

### **Pemeriksaan Genetalia**

#### **Laki-laki**

1. Klien dalam posisi tidur telentang
2. Amati rambut pubis (pertumbuhan dan penyebaran)
3. Perhatikan ukuran, kulit dan adanya kelainan pada penis
4. Bila pria tidak di khitan, pegang penis dan buka katup penis, amati lubang uretra dan gland penis mengenai adanya ulkus, nodula, peradangan
5. Palpasi penis terhadap nyeri tekan dan keluaran
6. Dengan menggunakan ibu jari dan tiga jari pertama lakukan palpasi testis dan skrotum terhadap ukuran, konsistensi, bentuk dan kelicinan
7. Inspeksi area inguinal dan femoral (pembengkakan)
8. Lakukan palpasi untuk mengetahui adanya hernia dengan cara:
  - a. Minta klien berdiri dengan sebelah kaki (sisi yang diperiksa agak ditekuk)
  - b. Masukkan jari telunjuk ke dalam kulit skrotum dan dorong ke atas cincin inguinal eksterna
  - c. Bila cincin membesar, masukkan jari melalui cincin dan suruh klien mengejan/batuk (jika teraba berarti hernia inguinal)
9. Lakukan palpasi paha anterior dan minta klien batuk untuk mengetahui hernia femoral
10. Ubah posisi klien ke posisi sim dengan tungkai fleksi maksimal
11. Inspeksi area anus terhadap perdarahan, hemorroid, benjolan/pembengkakan pada perinium
12. Palpasi terhadap adanya nyeri tekan
13. Palpasi reflek anal eksterna dengan menggores kulit sekitar anus dengan benda agak runcing (kulit mengkerut saat digores, maka reflek positif)

#### **Perempuan**

1. Posisi klien litotomi dan selimuti bagian yang tidak diperiksa
2. Amati rambut pubis (distribusi dan pertumbuhannya)
3. Perhatikan kulit dan area pubis terhadap adanya lesi, eritema dll
4. Buka labia mayor dengan menggunakan sarung tangan
5. Amati bagian dalam labia mayora, labia minora, klitoris dan meatus uretra terhadap pembengkakan, ulkus, keluaran, pembengkakan, dll.
6. Ubah posisi klien dengan posisi sim dengan tungkai fleksi maksimal

	<p>7. Inspeksi area anus terhadap perdarahan, haemorroid, benjolan/pembengkakan pada perineum</p> <p>8. Palpasi terhadap adanya nyeri tekan</p> <p>9. Palpasi reflek anal eksterna dengan menggores kulit sekitar anus dengan benda agak runcing (kulit mengerut saat digores, maka reflek positif)</p> <p><b>Pemeriksaan Ekstremitas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji postur klien</li> <li>2. Mengkaji cara berjalan pergerakan klien</li> <li>3. Menginspeksi ukuran otot, bentuk dan kontur sendi</li> <li>4. Mempalpasi otot, sendi, rentang gerak dan kekuatan otot</li> </ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan cuci tangan</li> <li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li> </ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li> <li>2. Catat respon klien</li> <li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li> <li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li> </ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.