

## **TATA TERTIB PELAKSANAAN SKILL LAB**

### **TATA TERTIB PELAKSANAAN PRAKTIKUM** **KETRAMPILAN BAGI MAHASISWA**

- 1.** Mahasiswa harus sudah lengkap dan siap 15 menit sebelum pelaksanaan praktikum.
- 2.** Apabila ada yang tidak hadir, harus memperoleh ijin dari trainer yang mengampu.
- 3.** Apabila ada yang tidak hadir, harus memperoleh ijin dari trainer yang mengampu. Apabila sakit harus menyertakan surat keterangan sakit dari dokter dan diserahkan kepada Koordinator Skilllab sebagai syarat pendaftaran INHAL Skill Lab. Prosentasi presensi yang boleh mengikuti ujian dengan kehadiran 100%.
- 4.** Mahasiswa dengan presensi kehadiran <100% (ketentuan minimal harus sudah mengikuti 3 topik secara lengkap) dengan alasan yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan, diperbolehkan mengikuti INHAL (sesuai ketentuan pelaksanaan INHAL) pada blok tersebut.
- 5.** Apabila melanggar ketentuan di point 4 maka diwajibkan mengikuti INHAL pada blok yang sama di tahun berikutnya.
- 6.** Mahasiswa yang tidak pernah mengikuti praktikum selama blok berlangsung dengan alasan yang tidak jelas dan tidak dapat dipertanggungjawabkan, dinyatakan gugur blok.
- 7.** Apabila terlambat lebih dari 15 menit tidak diperbolehkan mengikuti praktikum.
- 8.** Setiap mahasiswa wajib mengenakan jas praktikum dan *name tag* selama pelaksanaan praktikum.
- 9.** Mahasiswa harus sudah mempelajari topik ketrampilan yang akan diajarkan sebelum pelaksanaan praktikum.
- 10.** Perwakilan masing-masing kelompok mahasiswa berkoordinasi dengan laboran *skill lab* dan

bertanggungjawab terhadap alat-alat praktikum yang sudah disediakan.

- 11.** Masing-masing mahasiswa harus mempersiapkan buku panduan praktikum, petunjuk pelaksanaan praktikum dan peralatan individu sebaik-baiknya (sesuai petunjuk trainer) pada setiap pertemuan di *skill lab*.
- 12.** Sebelum pelaksanaan praktikum akan diadakan *pre-test* (secara kolektif akan dilaksanakan sebelum pelaksanaan *skill lab*), mahasiswa dilarang membaca buku panduan, bekerja sama atau mencontek mahasiswa lain. Bagi mahasiswa yang tidak lulus *pre-test* akan mengikuti remedi *pre-test*.
- 13.** Pada pertemuan kedua akan diadakan evaluasi ketrampilan masing-masing mahasiswa oleh trainer.
- 14.** Tidak diperkenankan menggunakan *Handphone* atau alat komunikasi lain selama pelaksanaan *skill lab*. *Handphone* atau alat komunikasi lain harap dimatikan
- 15.** Memakai busana yang islami (tidak ketat, tidak memakai celana berbahan jeans), serta tidak menggunakan *make-up* dan aksesoris secara berlebihan.
- 16.** Menjaga situasi kondusif selama kegiatan praktikum, tidak membuat gaduh atau mengobrol antar mahasiswa yang cenderung mengganggu jalannya praktikum.
- 17.** Memperhatikan serta melaksanakan instruksi dan pelatihan yang diberikan trainer.
- 18.** Peminjaman ruangan dan alat-alat *skill lab* sebelumnya sudah dikoordinasikan dengan laboran *skill lab* dengan ketentuan waktu peminjaman masing-masing kelompok (minimal 3 orang) dalam seminggu 1 x 2 jam selama jam kerja FK UNIMUS (07.00-16.00 WIB), di luar jadwal kegiatan *skill lab* rutin. Peminjaman ruangan dan alat di luar waktu yang ditentukan dapat

dilakukan dengan pengawasan trainer / asisten *Skill Lab*.

19. Bila terdapat kerusakan dan/atau kehilangan alat skill lab pada kegiatan no.13, maka kelompok yang bersangkutan wajib mengganti/ memperbaiki alat tersebut.
20. Bila kerusakan dan atau kehilangan alat skill lab terjadi pada saat kegiatan praktikum reguler, maka kelompok yang bersangkutan wajib mengganti/ memperbaiki alat tersebut sampai dapat digunakan dan tidak mengganggu kegiatan praktikum.

### **TATA TERTIB PELAKSANAAN SKILL LAB BAGI TRAINER**

1. Trainer harus sudah hadir  $\pm$  15 menit sebelum pelaksanaan *skill lab*.
2. Trainer harus memahami topik ketrampilan yang akan diajarkan.
3. Trainer menyiapkan presensi dan lembar *check list* penilaian *skill lab*.
4. Apabila ada mahasiswa yang tidak hadir, harus memperoleh ijin dari trainer yang mengampu. Ditulis di daftar presensi, apabila sakit harus menyertakan surat keterangan sakit dari dokter (untuk dilampirkan pada lembar presensi mahasiswa).
5. Apabila ada mahasiswa yang datang terlambat lebih dari 30 menit tidak boleh mengikuti *skill lab*.
6. Melakukan koordinasi dengan laboran *skill lab* dalam mengatur jadwal *skill lab*.
7. Melakukan koordinasi dengan laboran *skill lab* dalam pelaksanaan *skill lab*, serta penggunaan alat-alat *skill lab*.
8. Mengadakan pre-test sebelum pelaksanaan *skill lab* dan memberikan pemahaman, pelatihan, motivasi,

pembelajaran dan evaluasi kepada mahasiswa selama kegiatan *skill lab* berlangsung.

9. Mengisi lembar penilaian *skill lab* mahasiswa seobjektif mungkin sesuai *checklist* yang tersedia dan mengisi seluruh kolom penilaian mahasiswa.
10. Trainer wajib menyerahkan lembar *check list* penilaian *skill lab* kepada koordinator *skill lab* pada hari itu juga.
11. Apabila trainer berhalangan hadir harus menghubungi koordinator *skill lab* minimal 3 hari sebelum kegiatan *skill lab*. Atau diperbolehkan mencari ganti trainer dengan persetujuan koordinator *skill lab*.

### **TEKNIS PELAKSANAAN SKILL LAB**

Dalam pelaksanaan *skill lab*, mahasiswa dibagi dalam rombongan belajar (rombel), dimana setiap rombel terdiri dari 9-10 orang. *Skill lab* dibimbing oleh dokter sebagai instruktur pembimbing yang sebelumnya telah dilatih ketrampilannya melalui *Training of Trainer (ToT)*.

Alur kegiatan perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan jalannya *skill lab* diatur oleh koordinator *skill lab*. Koordinator *skill lab* membawahi laboran *skill lab* yang mempunyai anggota 1 atau lebih laboran yang bertugas dalam pelaksanaan *skill lab*, perawatan serta penggunaan sarana dan prasarana *skill lab*.

Pada setiap blok terdapat beberapa topik ketrampilan yang harus dipelajari. Sebelum pelaksanaan skill lab dilakukan *pre-test* pada 1 hari sebelumnya. *Pre-test* dilakukan secara kolektif oleh koordinator *skill lab* bekerja sama dengan penanggung jawab blok.

Satu topik ketrampilan dilaksanakan sebanyak 2 x pertemuan (1 pertemuan = 2 tatap muka (TM)/2x60 menit).

Dalam pelaksanaannya dibagi lagi menjadi :

#### 1. Pertemuan pertama

a) *Skill lab* diawali dengan melakukan *feedback and reflection* terhadap mahasiswa dengan cara memberi kesempatan kepada salah seorang mahasiswa untuk mencoba topik ketrampilan yang akan dipelajari. Setelah itu memberi motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari.

$1/4 \times 2 \text{ jam TM} = 30 \text{ menit}$

b) Memberi penjelasan dan contoh tentang topik ketrampilan yang diajarkan

$1/4 \times 2 \text{ jam TM} = 30 \text{ menit}$

c) Memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk mencoba ketrampilan yang diajarkan

$1/2 \times 2 \text{ jam TM} = 60 \text{ menit}$

d) Setiap selesai pertemuan pertama mahasiswa diberikan kesempatan untuk mengulangi latihannya dalam kegiatan belajar mandiri dan diberikan kewajiban untuk melakukan refleksi diri dengan cara menuliskan kekurangan dan kelemahan masing-masing individu dalam melakukan ketrampilan yang telah diajarkan, ditulis di buku refleksi diri.

#### 2. Pertemuan kedua

a) Kegiatan diawali dengan membacakan refleksi diri masing-masing :  $1/4 \times 2 \text{ jam TM} = 30 \text{ menit}$ .

b) Memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk memperbaiki hasil refleksi dirinya masing-masing.  $\frac{3}{4}$  x 2 jam TM = 90 menit.

## **TATA TERTIB OSCE BAGI MAHASISWA**

1. Terdaftar sebagai peserta OSCE, dengan persyaratan presensi kehadiran praktikum 100% untuk pelaksanaan OSCE Blok.
2. Wajib menjunjung tinggi kejujuran, profesionalisme dan kemandirian serta tidak melakukan kecurangan dalam bentuk apapun / bekerjasama dengan orang lain.
3. Dilarang membawa alat komunikasi elektronik dalam bentuk apapun.
4. Membawa alat tulis [ballpoint].
5. Wajib datang **1 Jam** (untuk OSCE blok) sebelum ujian di mulai, jika hadir terlambat maka tidak diperkenankan mengikuti ujian. Menggunakan patokan jam utama di ruang OSCE/Skill Lab.
6. Wajib membawa kartu peserta ujian/ kartu identitas
7. Mengisi daftar hadir peserta ujian.
8. Tidak membawa catatan ke lokasi OSCE
9. Semua barang peserta ujian dititipkan di tempat/loker yang telah disediakan.
10. Mengenakan pakaian sopan dan rapi, sepatu, serta jas putih untuk dokter.
11. Memakai busana yang islami (tidak ketat, tidak memakai celana berbahan jeans), serta tidak menggunakan *make-up* dan aksesoris secara berlebihan.
12. Menjaga ketertiban, ketenangan dan kelancaran penyelenggaraan OSCE.
13. Setiap peserta wajib mengenakan tanda pengenal/ Name Tag.
14. Mahasiswa yang memenuhi syarat untuk dapat mengikuti OSCE (memenuhi presensi praktikum 100%), namun pada pelaksanaannya melanggar ketentuan OSCE maka diwajibkan mengikuti ujian pada blok yang sama di tahun berikutnya (ujian ulang tahun depan).

**\* B e r l a k u u n t u k s e m u a  
a n g k a t a n \***

**MODUL KETRAMPILAN KLINIK ILMU PENYAKIT SARAF  
DAN JIWA**

**TOPIK 1 :**

- 1. PEMERIKSAAN KESADARAN KUALITATIF DAN KUANTITATIF**
- 2. PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK (GERAKAN, TONUS DAN KEKUATAN OTOT)**
- 3. PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK (NYERI, SUHU, RABA)**

**TOPIK 2 :**

- 1. PEMERIKSAAN REFLEKS FISIOLOGIS DAN PATOLOGIS**
- 2. PEMERIKSAAN NERVUS CRANIALIS**

**TOPIK 3 :**

- 1. PEMERIKSAAN KOORDINASI, VEGETATIF DAN FUNGSI LUHUR**
- 2. PEMERIKSAAN RANGSANG MENINGEAL DAN RADIKULER**

**TOPIK 4 :**

**ANAMNESIS GANGGUAN JIWA**

**TOPIK 5 :**

**PEMERIKSAAN STATUS MENTAL PSIKIATRI**



## **TOPIK 1**

### **PEMERIKSAAN KESADARAN KUALITATIF DAN KUANTITATIF**

#### **A. Tujuan Instruksional umum :**

Mahasiswa dapat melakukan dan menerapkan pemeriksaan kesadaran kualitatif dan kuantitatif untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

#### **B. Tujuan Instruksional Umum :**

- a) Mahasiswa dapat menjelaskan macam dan fungsi pemeriksaan kesadaran secara umum untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- b) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan kesadaran kualitatif dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- c) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan kesadaran kualitatif dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- d) Mahasiswa dapat menyimpulkan hasil pemeriksaan kesadaran secara kualitatif maupun kuantitatif untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.

#### **C. Pemeriksaan Kesadaran Kualitatif**

Tingkat kesadaran dibagi menjadi beberapa yaitu:

- Normal : kompos mentis
- Somnolen : Keadaan mengantuk. Kesadaran dapat pulih bila dirangsang dengan rangsang suara. Akan tetapi apabila tidak terdapat rangsang, pasien kembali mengantuk. Somnolen disebut juga sebagai letargi. Tingkat kesadaran ini ditandai oleh mudahnya pasien dibangunkan, mampu memberi jawaban verbal dan menangkis rangsang nyeri.

- Sopor (stupor) : Kantuk yang dalam. Pasien masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat (rangsang nyeri), namun kesadarannya segera menurun lagi apabila tidak terdapat rangsang. Ia masih dapat mengikuti suruhan yang singkat dan masih terlihat gerakan spontan. Reaksi terhadap perintah tidak konsisten dan samar. Tidak dapat diperoleh jawaban verbal dari pasien. Gerak motorik untuk menangkis rangsang nyeri masih baik.
- Koma - ringan (semi-koma) : Pada keadaan ini tidak ada respons terhadap rangsang verbal. Refleks ( kornea, pupil dsb) masih baik. Gerakan terutama timbul sebagai respons terhadap rangsang nyeri. Pasien tidak dapat dibangunkan.
- Koma (dalam atau komplit) : Tidak ada gerakan spontan. Tidak ada jawaban sama sekali terhadap rangsang nyeri yang bagaimanapun kuatnya.

#### **D. PEMERIKSAAN KUANTITATIF/GCS (Glasgow Koma Scale)**

Untuk mengikuti perkembangan tingkat kesadaran dapat digunakan skala koma Glasgow yang memperhatikan tanggapan (respon) penderita terhadap rangsang dan memberikan nilai pada respon tersebut. Tanggapan/respon penderita yang perlu diperhatikan adalah:

<b>GCS</b>	<b>Respon</b>	<b>Nilai</b>
Eye (mata)	Spontan	<b>4</b>
	Membuka mata dengan perintah	<b>3</b>
	Membuka mata dengan rangsang nyeri (dapat dengan menekan tulang sternum dengan tulang jari tangan atau ujung ujung ibu jari dengan kuku)	<b>2</b>
	Tidak ada reaksi	<b>1</b>

Motorik (gerakan)	· menuruti perintah	6
	· melokalisir nyeri: klien membunag tangan kita	5
	· reaksi menghindar: klien tidak tahu tempat, namun merasakan rangsang	4
	· reaksi fleksi (dekortikasi); abnormal	3
	· reaksi ekstensi (deserebrasi): abnormal	2
	· tidak ada gerakan	1
Verbal (bicara)	· Orientasi baik	5
	· Gelisah/ kacau (confused): masih dapat menjawab pertanyaan namun disorientasi waktu dan tempat	4
	· kata tidak jelas (innappropriate): dapat mengucapkan kata-kata namun tidak berupa kalimat	3
	· mengerang: suara yang tidak jelas artinya (unintelligible-sounds)	2
	· tidak ada suara	1

**Keterangan:**

Nilai MAKSIMUM      E4M6V5            15

Nilai MINIMUM      E1M1V1            3

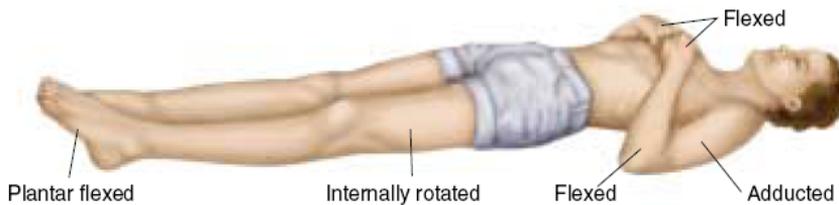
**Perhatian :** pemeriksaan GCS tidak dapat dinilai atau dikatakan INKOMPLETE jika dengan kondisi sebagai berikut

:

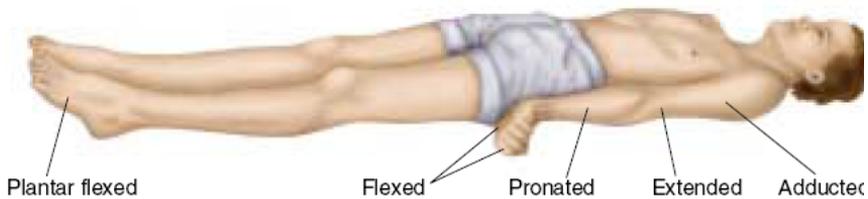
1. Kondisi mata:
  - a. Klien dengan kondisi mata bengkak
  - b. Ptoisis: kelopak mata selalu jatuh, biasanya karena stroke
  - c. Exoptalmus: kelopak mata terbuka terus
  - d. Enoptalmus: kelopak mata menyempit
2. Adanya kelumpuhan
3. Fraktur

4. Ada sesuatu yang mengganggu verbalnya misalnya sedang dipasang NGT, Goodell, ETT, fraktur mandibula, afasia (tidak bisa bicara), difagia dll.

### Gambar Dekortikasi :



### Gambar Deserebrasi :



### DAFTAR PUSTAKA

1. Mardjono M, Sidharta P. Neurologi klinis dasar. Dian Rakyat. Jakarta, 2009.
2. Lumbantobing SM. Neurologi klinik : pemeriksaan fisik dan mental. FK Universitas Indonesia. Jakarta, 2010.
3. Bickley, LS. Bate's guide to physical examination and history taking. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York, 2009.
4. Demeyer WE. *Technique of the neurologic examination : a programmed text*. 5<sup>th</sup> ed. Mcgraw Hill. USA, 2004.

### Check list Penilaian Pemeriksaan Kesadaran

No	Aspek yang dinilai	Nilai			
		0	1	2	3
1	Melakukan pemeriksaan kesadaran kualitatif				
2	Melakukan pemeriksaan GCS : a) Respon mata b) Respon Verbal c) Respon Motorik				
3	Interpretasi hasil				
<b>Jumlah</b>					

**Catatan :**

**0** = Tidak Dilakukan

**1** = Dilakukan ≤ 50% benar

**2** = Dilakukan > 50% benar

**3** = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :  $(\frac{\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai} }{\sum \text{ maksimal skor}}) \times 100$

$\Sigma$  maksimal skor

## **PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK**

### **A. Tujuan Instruksional umum :**

Mahasiswa dapat melakukan dan menerapkan pemeriksaan fungsi motorik untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaan selanjutnya.

### **B. Tujuan Instruksional Umum :**

- a) Mahasiswa dapat menjelaskan macam dan fungsi pemeriksaan motorik untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaanya.
- b) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan gerakan, tonus, kekuatan otot dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaan selanjutnya.
- c) Mahasiswa dapat menyimpulkan hasil pemeriksaan fungsi motorik dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaan selanjutnya.

### **C. Pemeriksaan Fungsi Motorik**

Pemeriksaan fisik di bidang penyakit syaraf dilakukan untuk menentukan diagnosis serta menunjang temuan pada anamnesis. Secara garis besar lokasi kelainan pada system motorik terbagi dalam 2 bagian besar yaitu susunan saraf pusat atau upper motor neuron (UMN) dan susunan saraf perifer atau lower motor neuron (LMN).

Kelemahan anggota gerak pada kelainan UMN (tipe spastic) terutama ditandai dengan adanya reflex fisiologis yang meningkat atau meluas, munculnya reflex patologis, tonus otot yang meningkat dan trofi otot normal. Kelainan LMN (tipe flaccid) ditandai dengan adanya hal-hal yang sebaliknya yaitu reflex fisiologis yang menurun atau menghilang, reflex patologis tidak muncul atau negative, tonus otot menurun dan trofi otot menurun atau atrofi.

Berat ringannya kelemahan anggota gerak diperiksa dengan menilai kekuatan anggota gerak. Anggota gerak atas dibagi dalam tiga bagian baik kanan maupun kiri, yaitu daerah tangan, lengan bawah dan lengan atas. Demikian anggota gerak bawah dibagi menjadi kaki, tungkai bawah dan tungkai atas. Kekuatan anggota gerak hanya dapat diperiksa dalam keadaan penderita tidak mengalami penurunan kesadaran. Penilaian tersebut valid dinilai jika tidak ada gangguan lain pada anggota gerak yang diperiksa, misalnya tidak sedang mengalami nyeri pada anggota gerak.

Fungsi motorik yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan :

1. Gerakan
2. Kekuatan
3. Tonus
4. Refleks fisiologis
5. Refleks patologis

### 1. Gerakan

Penderita berbaring di tempat tidur. Penderita disuruh mengangkat tangan setinggi-tingginya (mulai dari yang normal).

Gerakan dapat dinilai gerakan aktif dan gerakan pasif

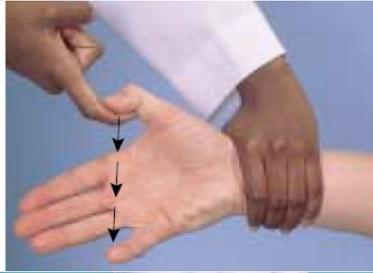
### 2. Kekuatan :



FLXION



EXTENSION



EXTENSION AT THE KNEE

FLEXION AT THE KNEE



DORSIFLEXION



PLANTAR FLEXION

Cara menilai kekuatan anggota gerak atas :

- a) Untuk menilai kekuatan tangan, penderita disuruh menarik suatu benda yang dipegang atau ditahan oleh pemeriksa. Hal itu dapat pula dilakukan dengan bersalaman erat antara penderita dengan pemeriksa.
- b) Lengan bawah diperiksa dengan cara penderita diminta untuk melawan tahanan yang diberikan pemeriksa pada lengan bawah penderita
- c) Lengan atas diperiksa dengan cara penderita diminta untuk melawan tahanan yang diberikan pemeriksa pada lengan atas penderita.

Pemeriksaan kekuatan anggota gerak bawah dilakukan dengan dua cara :

- a) Kaki penderita diminta untuk melawan tahanan baik dari plantar atau dorsal pedis
- b) Tungkai bawah diperiksa dengan meminta penderita melawan tahanan yang diberikan pemeriksa pada tungkai bawah penderita
- c) Tungkai atas diperiksa dengan meminta penderita melawan tahanan yang diberikan pemeriksa pada tungkai atas penderita

Penilaian kekuatan anggota gerak dilakukan dengan memberikan skor, yaitu :

- Skor 5 (kekuatan penuh)
- Skor 4 (bisa melawan gravitasi dan menahan tahanan ringan)
- Skor 3 (bisa melawan gravitasi namun tidak bisa melawan tahanan ringan)
- Skor 2 (tidak bisa melawan gravitasi hanya bisa digerakkan kanan kiri/bergeser)
- Skor 1 (tidak bisa digerakkan, hanya bisa berkontraksi otot saja)
- Skor 0 (tidak bisa berkontraksi sekalipun)

### 3. **Tonus :**

- a) Memeriksa dimulai dari tungkai/tangan yang sehat, dilanjutkan dengan yang sakit
  - b) Dilakukan gerakan fleksi - ekstensi maksimal secara pasif. Bila pada akhir fleksi-ekstensi tarasa ada tahanan berarti itu hipertoni.
- Intepretasi: hipertonia, eutonia, hipotonia

### Check list Pemeriksaan Gerakan, Tonus dan Kekuatan Otot

No	Aspek yang dinilai	Nilai			
		0	1	2	3
1	Mengucapkan salam, menjelaskan kepada penderita tentang apa yang akan dilakukan serta membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan				
2	Mempersilakan penderita untuk berbaring atau duduk				
3	Memeriksa gerakan dan kekuatan anggota gerak atas dengan menyuruh penderita mengangkat kedua anggota gerak atas secara perlahan dan menahan sebentar, serta membandingkan kanan dan kiri				
4	Memeriksa tonus dan kekuatan tangan serta membandingkan kanan dan kiri				
5	Memeriksa tonus dan kekuatan lengan bawah serta membandingkan kanan dan kiri				
6	Memeriksa tonus dan kekuatan lengan atas serta membandingkan kanan dan kiri				
7	Memeriksa gerakan dan kekuatan anggota gerak bawah dengan menyuruh penderita mengangkat kedua anggota gerak bawah secara perlahan dan menahan sebentar, serta membandingkan kanan dan kiri				
8	Memeriksa tonus dan kekuatan kaki serta membandingkan kanan dan kiri				
9	Memeriksa tonus dan kekuatan tungkai bawah serta membandingkan kanan dan kiri				
10	Memeriksa tonus dan kekuatan tungkai atas serta membandingkan kanan dan kiri				
11	Mengucapkan hamdalah setelah melakukan pemeriksaan dan menyimpulkan hasilnya				
12	Komunikasi edukasi				

13	Perilaku professional				
<b>Jumlah</b>					

**Catatan :**

**0** = Tidak Dilakukan

**1** = Dilakukan  $\leq$  50% benar

**2** = Dilakukan  $>$  50% benar

**3** = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :  $\left( \frac{\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai}}{\sum \text{ maksimal skor}} \right) \times 100$

## **PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK (NYERI, SUHU, RABA)**

### **A. Tujuan Instruksional umum :**

Mahasiswa dapat melakukan dan menerapkan pemeriksaan fungsi sensorik untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaan selanjutnya.

### **B. Tujuan Instruksional Umum :**

- a) Mahasiswa dapat menjelaskan macam dan fungsi pemeriksaan sensorik untuk menegakkan diagnosis pasien.
- b) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan sistem eksteroseptif (nyeri, suhu, raba) dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- c) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan sistem proprioseptif dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- d) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan diskriminasia dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- e) Mahasiswa dapat menyimpulkan hasil pemeriksaan sensorik untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

### **C. Pemeriksaan Fungsi Sensorik**

Sistem sensibilitas terbagi menjadi :

#### **1. Eksteroseptif**

Terdiri atas rasa nyeri, rasa suhu dan rasa raba.

1. Rasa nyeri bisa dibangkitkan dengan berbagai cara, misalnya dengan menusuk menggunakan jarum, memukul dengan benda tumpul, merangsang

dengan api atau hawa yang sangat dingin dan juga dengan berbagai larutan kimia.

2. Rasa suhu diperiksa dengan menggunakan tabung reaksi yang diisi dengan air es untuk rasa dingin, dan untuk rasa panas dengan air panas. Penderita disuruh mengatakan *dingin* atau *panas* bila dirangsang dengan tabung reaksi yang berisi air dingin atau air panas. Untuk memeriksa rasa dingin dapat digunakan air yang bersuhu sekitar 10-20 °C, dan untuk yang panas bersuhu 40-50 °C. Suhu yang kurang dari 5 °C dan yang lebih tinggi dari 50 °C dapat menimbulkan rasa-nyeri.
3. Rasa raba dapat dirangsang dengan menggunakan sepotong kapas, kertas atau kain dan ujungnya diusahakan sekecil mungkin. Hindarkan adanya tekanan atau pembangkitan rasa nyeri. Periksa seluruh tubuh dan bandingkan bagian-bagian yang simetris.

## 2. **Proprioseptif**

Rasa raba dalam (rasa gerak, rasa posisi/sikap, rasa getar dan rasa tekanan)

- a) Rasa gerak : pegang ujung jari jempol kaki pasien dengan jari telunjuk dan jempol jari tangan pemeriksa dan gerakkan keatas kebawah maupun kesamping kanan dan kiri, kemudian pasien diminta untuk menjawab posisi ibu jari jempol nya berada diatas atau dibawah atau disamping kanan/kiri.
- b) Rasa sikap : Tempatkan salah satu lengan/tungkai pasien pada suatu posisi tertentu, kemudian suruh pasien untuk menghalangi pada lengan dan tungkai. Perintahkan untuk menyentuh dengan ujung ujung telunjuk kanan, ujung jari kelingking kiri dsb.
- c) Rasa getar : Garpu tala digetarkan dulu/diketuk pada meja atau benda keras lalu letakkan diatas ujung ibu jari kaki pasien dan mintalah pasien

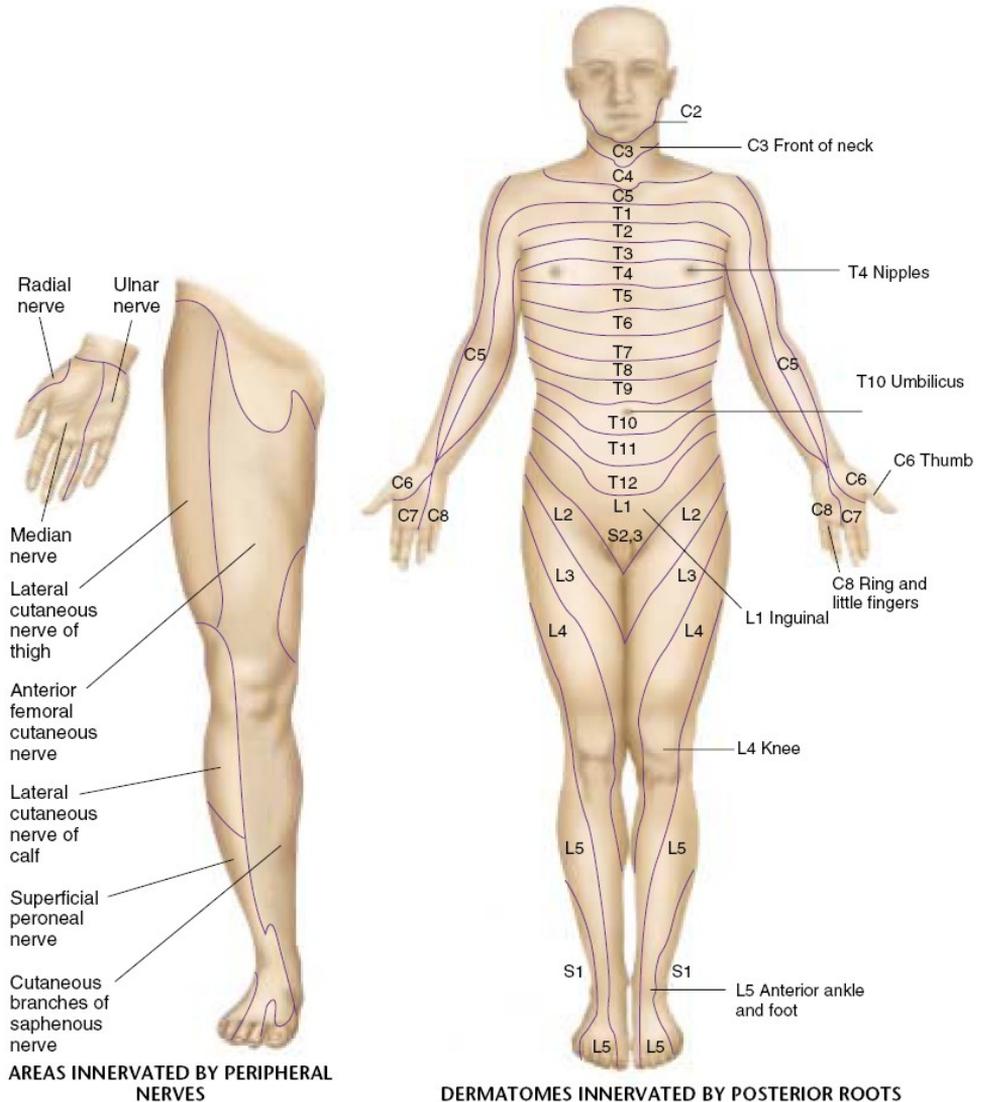
menjawab untuk merasakan ada getaran atau tidak dari garputala tersebut.

3. **Diskriminatif**

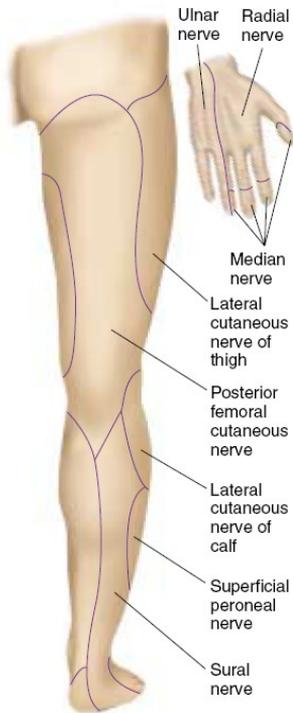
Daya untuk mengenal bentuk/ukuran; daya untuk mengenal /mengetahui berat sesuatu benda dsb.

- a) Rasa gromestesia : untuk mengenal angka, aksara, bentuk yang digoreskan diatas kulit pasien, misalnya ditelapak tangan pasien.
- b) Rasa barognosia : untuk mengenal berat suatu benda.
- c) Rasa topognosia : untuk mengenal tempat pada tubuhnya yang disentuh pasien.

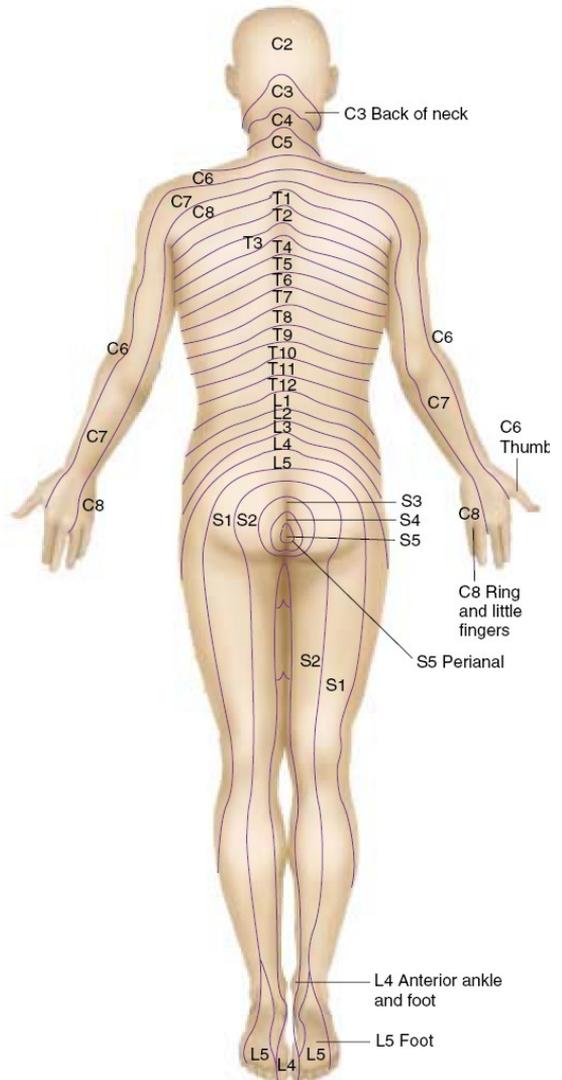
# AREA DERMATOMAL PEMERIKSAAN SENSIBILITAS NERVUS PERIFER



as those shaded in yellow on  
ght side of the diagrams.



**AREAS INNERVATED BY PERIPHERAL NERVES**



**DERMATOMES INNERVATED BY POSTERIOR ROOTS**

### Check list Pemeriksaan Fungsi Sensorik

No	Aspek yang dinilai	Nilai			
		0	1	2	3
1	<p><b>Pemeriksaan Eksteroseptif</b>                      Terdiri atas rasa nyeri, rasa suhu dan rasa raba.</p> <p>a) Rasa nyeri bisa dibangkitkan dengan berbagai cara, misalnya dengan menusuk menggunakan jarum, memukul dengan benda tumpul, merangsang dengan api atau hawa yang sangat dingin dan juga dengan berbagai larutan kimia.</p> <p>b) Rasa suhu diperiksa dengan menggunakan tabung reaksi yang diisi dengan air es untuk rasa dingin, dan untuk rasa panas dengan air panas. Penderita disuruh mengatakan <i>dingin</i> atau <i>panas</i> bila dirangsang dengan tabung reaksi yang berisi air dingin atau air panas. Untuk memeriksa rasa dingin dapat digunakan air yang bersuhu sekitar 10-20 °C, dan untuk yang panas bersuhu 40-50 °C. Suhu yang kurang dari 5 °C dan yang lebih tinggi dari 50 °C dapat menimbulkan rasa-nyeri.</p> <p>c) Rasa raba dapat dirangsang dengan menggunakan sepotong kapas, kertas atau kain dan ujungnya diusahakan sekecil mungkin. Hindarkan adanya tekanan atau pembangkitan rasa nyeri. Periksa seluruh tubuh dan bandingkan bagian-bagian yang simetris.</p>				
2	<p><b>Pemeriksaan Proprioseptif</b>                      Rasa raba dalam (rasa gerak, rasa posisi/sikap, rasa getar dan rasa tekanan)</p> <p>a) Rasa gerak : pegang ujung jari jempol kaki pasien dengan jari telunjuk dan jempol jari</p>				

	<p>tangan pemeriksa dan gerakkan keatas kebawah maupun kesamping kanan dan kiri, kemudian pasien diminta untuk menjawab posisi ibu jari jempol nya berada diatas atau dibawah atau disamping kanan/kiri.</p> <p>b) Rasa sikap : Tempatkan salah satu lengan/tungkai pasien pada suatu posisi tertentu, kemudian suruh pasien untuk menghalangi pada lengan dan tungkai. Perintahkan untuk menyentuh dengan ujung ujung telunjuk kanan, ujung jari kelingking kiri dsb.</p> <p>c) Rasa getar : Garpu tala digetarkan dulu/diketuk pada meja atau benda keras lalu letakkan diatas ujung ibu jari kaki pasien dan mintalah pasien menjawab untuk merasakan ada getaran atau tidak dari garputala tersebut.</p>				
3	<p><b>Pemeriksaan Diskriminatif</b>          Daya untuk mengenal bentuk/ukuran; daya untuk mengenal /mengetahui berat sesuatu benda dsb.</p> <p>a) Rasa gramestesia : untuk mengenal angka, aksara, bentuk yang digoreskan diatas kulit pasien, misalnya ditelapak tangan pasien.</p> <p>b) Rasa barognosia : untuk mengenal berat suatu benda.</p> <p>c) Rasa topognosia : untuk mengenal tempat pada tubuhnya yang disentuh pasien.</p>				
4	<p>Intepretasi hasil          Apabila ada kelainan intepretasikan macam kelainan dan dermatomnya</p>				
5	Komunikasi edukasi				
6	Perilaku professional				

**Jumlah**

--	--	--	--	--

**Catatan :**

**0** = Tidak Dilakukan

**1** = Dilakukan  $\leq$  50% benar

**2** = Dilakukan  $>$  50% benar

**3** = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :  $\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{100}$  x

$\Sigma$  maksimal skor

## **Lembar Kerja I**

### **Pemeriksaan Kesadaran, Fungsi Motorik dan Sensorik (Pertemuan 1)**

A. Tempat : Ruang *Skill lab*

B. Peralatan :

- Jarum pentul
- Tabung reaksi
- Kapas alkohol
- Garpu tala
- Senter

C. Pasien standart : laki-laki umur 20-60 tahun

D. Kegiatan :

1. Trainer menunjuk salah satu mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada salah seorang mahasiswa untuk mencoba topik ketrampilan pemeriksaan kesadaran, fungsi motorik dan sensorik. Setelah itu memberi motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
2. Trainer memberikan penjelasan, koreksi, dan contoh tentang pemeriksaan kesadaran, fungsi motorik dan sensorik. Waktu 30 menit.
3. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan pemeriksaan kesadaran, fungsi motorik dan sensorik secara bergantian, dengan 1 orang sebagai Dokter, 1 sebagai Pasien dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 60 menit.
4. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

## **Lembar Kerja 2**

### **Pemeriksaan Kesadaran, Fungsi Motorik dan Sensorik (Pertemuan 2)**

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan :
- Jarum pentul
  - Tabung reaksi
  - Kapas alkohol
  - Garpu tala
  - Senter
- C. Pasien standart : laki-laki umur 20-60 tahun
- D. Kegiatan :
1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing. Waktu 30 menit.
  2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk memperbaiki hasil refleksinya dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan pemeriksaan kesadaran, fungsi motorik dan sensorik secara bergantian, dengan 1 orang sebagai Dokter, 1 sebagai Pasien dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
  3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Mardjono M, Sidharta P. Neurologi klinis dasar. Dian Rakyat. Jakarta, 2009.
2. Lumbantobing SM. Neurologi klinik : pemeriksaan fisik dan mental. FK Universitas Indonesia. Jakarta, 2010.
3. Bickley, LS. Bate's guide to physical examination and history taking. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York, 2009.

4. Demeyer WE. *Technique of the neurologic examination : a programmed text*. 5<sup>th</sup> ed. Mcgraw Hill. USA, 2004.

## **TOPIK 3**

### **PEMERIKSAAN REFLEKS FISILOGIS DAN PATOLOGIS**

#### **A. Tujuan Instruksional umum :**

Mahasiswa dapat melakukan dan menerapkan pemeriksaan reflex fisiologis dan patologis untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaan selanjutnya.

#### **B. Tujuan Instruksional Umum :**

- a) Mahasiswa dapat menjelaskan macam dan fungsi reflex fisiologis dan patologis untuk menegakkan diagnosis pasien.
- b) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan reflex fisiologis dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaan selanjutnya.
- c) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan reflex patologis dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaan selanjutnya.
- d) Mahasiswa dapat menyimpulkan hasil pemeriksaan reflex fisiologis dan patologis dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaan selanjutnya.

#### **C. Pemeriksaan Refleks Fisiologis dan Patologis**

Pemeriksaan refleks sangat penting nilainya dalam pemeriksaan fisik neurologi. Berbeda dengan pemeriksaan neurologi lainnya seperti pemeriksaan kekuatan otot, nervi cranialis dan pemeriksaan sensibilitas serta beberapa pemeriksaan neurologi yang lain, pemeriksaan reflex dapat dilakukan pada orang yang mengalami penurunan kesadaran bahkan sampai koma. Pemeriksaan reflex dapat pula dilakukan pada bayi, anak-anak serta orang dengan intelegensi yang sangat rendah serta orang yang gelisah. Pemeriksaan

reflex menjadi sangat penting nilainya karena lebih objektif.

**a) Pemeriksaan Refleks Fisiologis :**

1. Biceps :

- Lengan dalam keadaan sedikit fleksi
- Tendo M. Biceps diketuk dengan palu reflex
- Bila refleksnya (gerakan fleksi) sedikit kuat dan daerah reflex lebih luas, berarti ada hiperrefleks.

2. Triceps :

- Lengan diletakkan diatas badan dan fleksi pada sendi siku
- Tendo triceps (diatas olecranon) diketok → gerakan ekstensi pada siku



PATIENT SITTING



PATIENT LYING DOWN



3. Radius :

- Lengan bawah sedikit fleksi pada sendi siku antara pronasi dan supinasi
- Diketok pada proc. Styloideus radii

- Refleks (+) → sedikit ekstensi tangan dan pronasi tangan



#### 4. Ulna :

- Posisi seperti radius yang diketok proc. Styoideus ulna
- Refleks (+) → sedikit ekstensi tangan dan pronasi tangan

#### 5. Reflek Abdominal

Menggoreskan dinding perut dari lateral ke umbilicus, hasil negative pada orang tua, wanita multi para, obesitas, hasil positif bila terdapat reaksi otot.

#### 6. Reflek Kremaster

Menggoreskan paha bagian dalam bawah, positif bila skrotum sisi yang sama naik / konstriksi ( L 1-2 )

#### 7. Reflek Anal

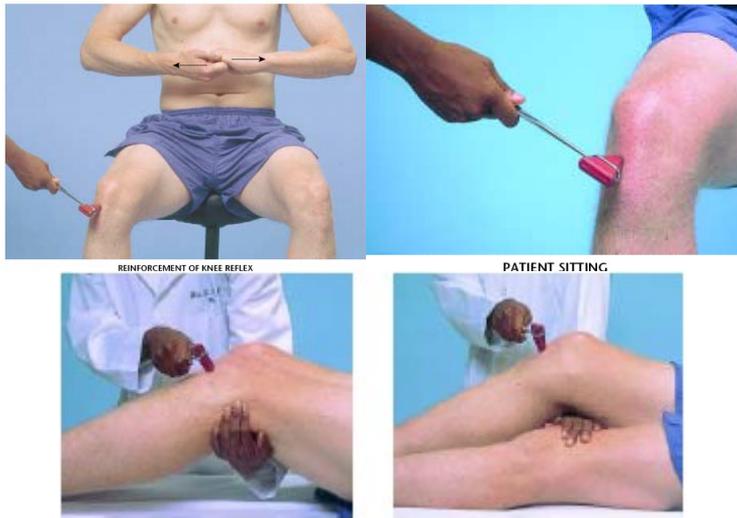
Menggores kulit anal, positif bila ada kontraksi spincter ani ( S 3-5)

#### 8. Reflek Bulbo Cavernosus

Tekan gland penis tiba-tiba jari yang lain masukkan kedalam anus, positif bila terdapat kontraksi spincter ani ( S3-4 / saraf spinal )

#### 9. Patella :

- Penderita duduk, tungkai bawahnya bebas. Ketuk tendo sedikit di bawah patella (Lig. Patella) → akan ada gerakan menendang
- Penderita tidur terlentang, lutut sedikit diangkat pemeriksa, ketok tendo m. quadriceps di bawah lutut → ada gerakan ekstensi



## 10. Achilles :



Tungkai bawah sikap fleksi dan kaki dorsofleksi, diketuk tendo Achilles akan terjadi gerakan plantar fleksi.

### **b) Pemeriksaan Refleks Patologis**

Selain reflex fisiologis, dikenal pula reflex patologis. Refleks patologis terjadi jika ada kelainan atau kerusakan hubungan dengan pusat-pusat yang lebih tinggi yaitu pada susunan syaraf pusat. Selain munculnya reflex patologis, jika terjadi gangguan pada SSP maka reflex fisiologis pun akan meningkat atau meluas.

Pemeriksaan reflex patologis dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya melalui rangsang yang diberikan pada tangan atau anggota gerak bawah. Refleks

patologis yang dibangkitkan melalui rangsangan pada anggota gerak bawah antara lain :



A Babinski response may also be seen in unconscious states due to drug or alcohol intoxication or in the postictal period following a seizure.

- a. Babinski :
  - Telapak kaki digores dari tumit melalui bagian lateral sampai di basis ibu jari
  - Refleks (+) → dorsofleksi ibu jari dan abduksi jari-jari lainnya
- b. Chaddock :
  - Penggoresan pada malleolus lateralis, dari bagian belakang atas ke bawah
  - Refleks (+) seperti babinski
- c. Oppenheim :
  - Penggoresan dengan tekanan sepanjang tibia dari atas ke bawah
  - Refleks (+) seperti babinski
- d. Gordon :
  - Pijat betis secara mendadak
  - Refleks (+) seperti babinski
- e. Schaeffer :
  - Pijat tendo Achilles secara keras
  - Refleks (+) seperti babinski
- f. Mendel Bechterew :
  - Dorsum pedis diketok di atas metatarsal 1 dan 5
  - Refleks (+) seperti plantar fleksi jari-jari kaki
- g. Rossolimo :
  - Tapak kaki diketok pada tulang metatarsal
  - Refleks (+) seperti mendel bechterew
- h. Gonda :

- Memencet (menekan) satu jari kaki dan melepaskannya sekonyong-konyong

i. Klonus

- a) Klonus patella : dibangkitkan dengan jalan meregangkan otot quadriceps femoris. Kita pegang patella penderita, kemudian didorong dengan kejutan (dengan cepat) ke arah distal sambil diberikan tahanan ringan. Bila terdapat klonus, akan terlihat kontraksi ritmik otot quadriceps yang mengakibatkan gerakan bolak-balik dari patella. Pada pemeriksaan ini tungkai harus diekstensikan dan dilemaskan.



- b) Klonus kaki : dibangkitkan dengan jalan meregangkan otot triceps surae betis. Pemeriksa menempatkan tangannya di telapak kaki penderita, kemudian telapak kaki ini didorong dengan cepat (dikejutkan) sehingga terjadi dorsofleksi sambil seterusnya diberi tahanan ringan. Hal ini mengakibatkan teregangnya otot betis. Bila ada klonus maka terlihat gerakan ritmik (bolak-balik) dari kaki, yaitu berupa plantar fleksi dan dorsofleksi secara bergantian.

**c) Refleks patologis yang didapatkan pada tangan : Hoffman Trommer :**

- Lengan penderita fleksi pada sendi siku dan pergelangan mengarah ke kaki, lalu kuku jari tengah digores

- Refleks (+) → fleksi jari-jari



## DAFTAR PUSTAKA

1. Mardjono M, Sidharta P. Neurologi klinis dasar. Dian Rakyat. Jakarta, 2009.
2. Lumbantobing SM. Neurologi klinik : pemeriksaan fisik dan mental. FK Universitas Indonesia. Jakarta, 2010.
3. Bickley, LS. Bate's guide to physical examination and history taking. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York, 2009.
4. Demeyer WE. *Technique of the neurologic examination : a programmed text*. 5<sup>th</sup> ed. Mcgraw Hill. USA, 2004.

**Check List pemeriksaan Refleks Fisiologis dan Patologis :**

No	Aspek yang dinilai	Nilai			
		0	1	2	3
1	Mengucapkan salam, menjelaskan kepada penderita tentang apa yang akan dilakukan serta membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan				
2	Mempersilakan penderita untuk berbaring atau duduk				
3	Memeriksa Refleks Fisiologis (kanan kiri) : 1. Biceps 2. Triceps 3. Radius 4. Ulna 5. Patella 6. Achilles				
4	Memeriksa Refleks Patologis (kanan kiri) : 1. Babinski 2. Chaddock 3. Gordon 4. Oppenheim 5. Schaeffer 6. Mendel bechterew 7. Gonda 8. Rossolimo 9. Hoffman trommer				
5	Memeriksa klonus patella dan kaki (kanan kiri)				
6	Mengucapkan hamdalah setelah melakukan pemeriksaan dan menyimpulkan hasilnya				
7	Komunikasi edukasi				
8	Perilaku professional				
<b>Jumlah</b>					

**Catatan :**

**0** = Tidak Dilakukan

**1** = Dilakukan  $\leq$  50% benar

**2** = Dilakukan  $>$  50% benar

**3** = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :  $\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{\sum \text{ maksimal skor}} \times 100$

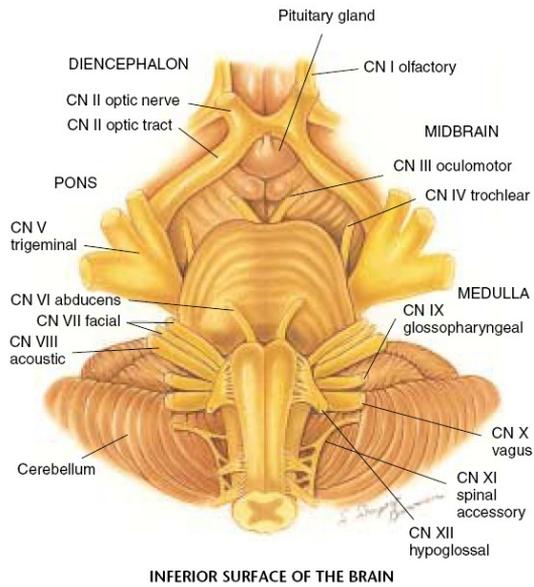
## **PEMERIKSAAN NEUROLOGI NERVI CRANIALIS**

### **A. Tujuan Instruksional umum :**

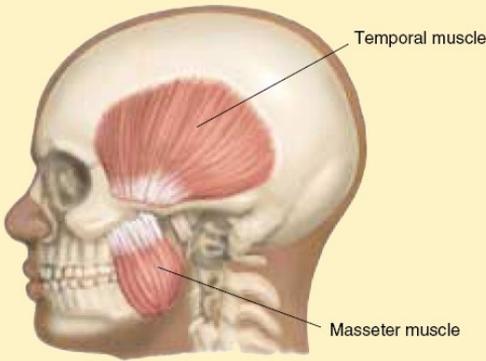
Mahasiswa dapat melakukan dan menerapkan pemeriksaan neurologi nervi cranialis untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaan selanjutnya.

### **B. Tujuan Instruksional Umum :**

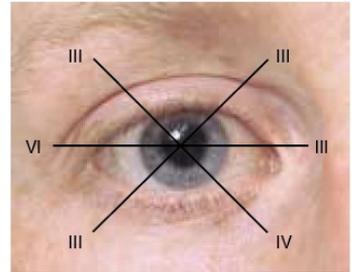
- a) Mahasiswa dapat menjelaskan macam dan fungsi pemeriksaan nervi cranialis I-XII untuk menegakkan diagnosis pasien.
- b) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan nervi cranialis I-XII dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- c) Mahasiswa dapat menyimpulkan hasil pemeriksaan nervi cranialis I-XII untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.



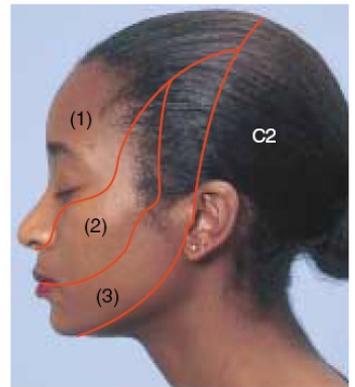
No.	Cranial Nerve	Function
I	Olfactory	Sense of smell
II	Optic	Vision
III	Oculomotor	Pupillary constriction, opening the eye, and most extraocular movements
IV	Trochlear	Downward, inward movement of the eye
VI	Abducens	Lateral deviation of the eye
V	Trigeminal	<i>Motor</i> —temporal and masseter muscles (jaw clenching), also lateral movement of the jaw <i>Sensory</i> —facial. The nerve has three divisions: (1) ophthalmic, (2) maxillary, and (3) mandibular.
VII	Facial	<i>Motor</i> —facial movements, including those of facial expression, closing the eye, and closing the mouth <i>Sensory</i> —taste for salty, sweet, sour, and bitter substances on the anterior two thirds of the tongue
VIII	Acoustic	Hearing (cochlear division) and balance (vestibular division)
IX	Glossopharyngeal	<i>Motor</i> —pharynx <i>Sensory</i> —posterior portions of the eardrum and ear canal, the pharynx, and the posterior tongue, including taste (salty, sweet, sour, bitter)
X	Vagus	<i>Motor</i> —palate, pharynx, and larynx <i>Sensory</i> —pharynx and larynx
XI	Spinal accessory	<i>Motor</i> —the sternomastoid and upper portion of the trapezius
XII	Hypoglossal	<i>Motor</i> —tongue



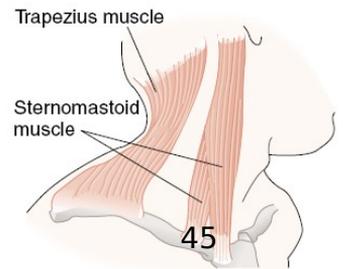
CN V—MOTOR



RIGHT EYE (CN III, IV, VI)



CN V—SENSORY



CN XI—MOTOR

Saraf otak	Pemeriksaan	Keterangan
N. I (olfactorius)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa lubang hidung, bebas atau tersumbat</li> <li>2. Satu lubang hidung ditutup dengan menutup mata, pasien diminta untuk mengenali suatu benda dengan aroma lunak, misalnya cengkeh, kopi, sabun atau vanili</li> <li>3. Ulangi pada lubang lainnya</li> </ol>	<p>Berkurangnya atau hilang bau disebabkan banyak factor penyebab : penyakit hidung, merokok berlebihan, minum coccain. Dapat oleh factor congenital. Hilangnya kemampuan pada satu posisi, curiga kerusakan lobus frontalis otak</p>
N. II (opticus)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diminta untuk membaca keras-keras tulisan terkecil pada kartu mata. Bila pasien biasa memakai kaca mata atau lensa kontak diminta tetap memakainya</li> <li>2. Periksa lapang pandang dengan konfrontasi. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. pasien diminta untuk menutup satu mata, kemudian menatap mata anda sisi lain</li> <li>b. tutup mata anda sisi lain, yang sesuai dengan lapang pandang pasien</li> </ol> </li> </ol>	<p>Persepsi gerakan hanya pada satu sisi, curiga akan tanda kerusakan lobus parietal atau occipital cortex serebri</p>

	<p>c. letakkan jari tangan anda atau benda kecil pada lapang pandang pasien dari 8 arah</p> <p>d. pasien diminta untuk menyatakan bila melihat benda tersebut</p> <p>e. bandingkan lapang pandang pasien dengan lapang pandang anda</p> <p>f. letakkan benda di tengah jarak antara pasien dan anda, kecuali pada lapang pandang temporal dimana anda ingin mulai dari belakang pasien</p> <p>3. Periksa lapang pandang untuk memadam, dengan rasa ganda</p> <p>a. pasien membuka mata, gerakkan jari anda pada kedua lapang temporal secara serentak</p> <p>b. tanyakan yang bergerak satu atau dua jari</p> <p>4. Periksa discus opticus dengan oftalmoscop. Periksa kelainan, utamanya : edema papil, atrofi optik</p>	
<p>N. III occulomotorius, N. IV (trochlearis) dan</p>	<p>1. Periksa kelopak mata atas dalam keadaan pasien memandangi anda. Kelopak mata tidak akan</p>	

<p>N. VI (abducens)</p>	<p>menutup pupil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Periksa pupil, bentuknya lingkaran, ukurannya sama sesuai dengan penerangan ruangan</li> <li>3. Periksa reaksi pupil terhadap cahaya yang menyilaukan, pada setiap pupil secara bergantian. Perhatikan reaksi langsung dan reaksi konsensual. Bila mungkin, redupkan penerang ruangan</li> <li>4. Pasien diminta untuk mengikuti gerak jari anda ke 6 arah utama. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. perhatikan rentang gerakan ekstra okuler</li> <li>b. perhatikan gerak parallel mata</li> <li>c. bola mata dan kelopak mata harus dapat digerakkan serentak dan lancer</li> <li>d. perhatikan adanya kelopak mata yang lunglai</li> <li>e. pada waktu melakukan lirikan ke atas dank e samping hendaknya berhenti sejenak untuk mendeteksi adanya nistagmus</li> </ol> </li> <li>5. Periksa reaksi pupil terhadap akomodasi dengan cara pasien</li> </ol>	
-----------------------------	---	--

	<p>diminta untuk mengikuti gerak jari tangan anda ke arah pangkal hidung. Perhatikan konstiksi pupil dan konvergensi mata. Bila tidak dapat melihat konstiksi pupil, redupkan penerangan ruang dan ulangi periksa.</p>	
N. V (trigeminus)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa fungsi motorik dengan cara menyuruh pasien untuk merapatkan gigi dan kemudian rileks dan pada saat itu anda meraba temporal dan masseter</li> <li>2. Periksa bagian sensorik saraf trigeminal, dari ketiga bagian : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. periksa rasa nyeri dengan menggunakan benda tajam atau jarum kadang gunakan ujung tumpul dan tajam. Bila dijumpai hasil abnormal, lanjutkan dengan pemeriksaan rasa suhu</li> <li>b. periksa rasa raba halus dengan menggunakan gumpalan kapas</li> <li>c. periksa reflex kornea dengan menggunakan gumpalan kapas disentuhkan pada kornea. Perhatikan air mata yang keluar atau mata yang</li> </ol> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Berkurang atau hilangnya kontraksi otot masseter dan temporal pada satu sisi, curiga kerusakan N.V.</li> <li>-Kelemahan pada kedua sisi dapat sebagai akibat kerusakan otot UMN atau LMN.</li> <li>-Bila pasien tidak bergigi pemeriksaan akan mempersulit interpretasi</li> <li>-Berkurang atau hilangnya sensasi wajah curiga suatu kerusakan N.V atau jarak sensorik sentral.</li> </ul>

	berkedip.	Misalnya gangguan sensasi dapat disertai dengan reaksi konversi. - Hilangnya kedipan curiga kerusakan N.V.
N. VII (facialis)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa wajah pasien dalam keadaan istirahat dan waktu melakukan konversi. Perhatikan hal-hal berikut : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. asimetri</li> <li>b. mulut sisi moncong</li> <li>c. mendatarnya lipatan nasolabial satu sisi</li> <li>d. turunnya salah satu sisi kelopak mata</li> <li>e. Tic's atau gerakan abnormal</li> </ol> </li> <li>2. Pasien diminta untuk melakukan gerakan sebagai berikut. Harus dikerjakan dengan mudah dan simetrik. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. mengangkat alis</li> <li>b. tutup mata rapat-rapat</li> <li>c. tunjukkan gigi, senyum mencururkan bibir dan menggembungkan pipi</li> </ol> </li> </ol>	- Kerusakan N.VII (yang mempersarafi otot yang berdekatan dengan mata) juga dapat mengganggu reflex ini. - Penggunaan lensa kontak seringkali mengurangi atau meniadakan reflex ini. - mendatarnya lipatan nasolabial dan mengendornya kelopak mata bawah diduga karena kelemahan wajah. - Suatu kelumpuhan LMN, misalnya

		<p>Bell's palsy berpengaruh terhadap wajah bagian atas dan bagian bawah</p> <p>-Suatu kelumpuhan UMN, mempengaruhi terutama wajah bagian bawah</p> <p>-Pada paralisis facial sesisi, mulut ditarik dari sisi lumpuh bila pasien senyum atau unjuk gigi</p>
N. VIII (vestibulocochlearis)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa ketajaman pendengaran dengan cara menutup salah satu telinga pasien, kemudian dari jarak 1-2 feet membisikkan suara ke arah telinga yang terbuka. Keraskan suara sampai pasien mendengar angka-angka yang diucapkan. Ulangi pemeriksaan ini untuk telinga sisi lain.</li> <li>2. Periksa lateralisasi, apabila terjadi pengurangan pendengaran (tes weber) : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. letakkan pangkal garpu</li> </ol> </li> </ol>	

	<p>tala pada bagian tengah kepala</p> <p>b. tanyakan adakah terdengar pada satu atau kedua telinga</p> <p>c. suara seyogyanya terdengar di garis tengah</p> <p>3. Lakukan tes Rinne :</p> <p>a. bandingkan hantaran tulang dengan hantaran udara, dengan menggunakan garpu tala yang menggetar, ringan pada proc. Mastoideus</p> <p>b. bila pasien tidak mendengar suara letakkan garpu tala dekat telinga</p> <p>c. pasien seyogyanya mendengar suara lewat udara berlangsung lebih lama bila dibandingkan dengan yang lewat tulang</p> <p>d. lakukan pemeriksaan pada kedua telinga</p>	
<p>N. IX (glossopharingeus) dan N. X (vagus)</p>	<p>1. Periksa palatum ketika pasien menguap. Palatum akan segera terangkat dan simetrik sedangkan uvula berada di tengah.</p> <p>2. Untuk membangkitkan reflex muntah dengan cara merangsang dinding belakang pharynk. Periksa : a. palatum terangkat segera b. konstiksi otot-otot</p>	<p>-Suara parau pada kelumpuhan pita suara, suara sengau pada kelumpuhan palatum</p> <p>-Palatum tidak dapat diangkat pada satu kerusakan</p>

	<p>pharynx c. rasa muntah</p> <p>3. Peristiwa ini akan berlangsung tanpa kesulitan atau regurgitasi</p>	<p>bilateral palatum sesisi tidak dapat diangkat, dan pada saat yang sama uvula didorong ke arah sisi sehat</p> <p>- Hilangnya reflex muntah sesisi diduga kerusakan N.IX atau N.X</p>
<p>N. XI (accessorius)</p>	<p>1. Pasien diminta untuk mengangkat bahunya ke atas melawan tahanan yang anda berikan. Nilai kekuatan dan kontraksi otot-otot trapezius</p> <p>2. Pasien diminta untuk memutar kepalanya kesatu sisi melawan tangan anda.</p> <p>a. amati kontraksi m. sternocleidomastoideus b. perhatikan kekuatan tahanan terhadap tangan anda</p>	<p>-Kelemahan disertai atrofi dan fasikulasi petunjuk penyakit LMN</p> <p>-Bila terjadi kelumpuhan m. trapezius, maka bahu anjlog, dan spacula menyimpang ke bawah dan ke samping</p> <p>-Pasien yang terlentang dengan kelemahan bilateral sternomastoideus, sukar untuk mengangkat kepalanya</p>

N. (hipoglossus)	XII 1. Periksa lidah pasien, cari adanya fasikulasi. Seyogyanya tidak ada. 2. Pasien diminta untuk menjulurkan lidah. Perhatikan adanya asimetri, deviasi atau atrofi.	-Atrofi dan fasikulasi diduga akibat penyakit LMN -Bila lidah dijulurkan akan menyimpang ke arah sisi lumpuh
---------------------	--	---

**Skenario :**

Seorang laki-laki, 58 tahun, masuk RS dengan keluhan utama kelemahan anggota gerak kiri dan bicara pelo. Riwayatnya 3 hari sebelum masuk rumah sakit, pagi saat bangun tidur mendadak tubuh bagian kiri penderita kesemutan, lemah dan sulit digerakkan. Selama sakit penderita tidak pernah merasakan sakit kepala, kesadaran baik. Sebelum serangan penderita tidak panas, tidak ada riwayat benturan kepala, tidak kejang, serta tidak ada gangguan BAB dan BAK. Penderita adalah penderita hipertensi sejak usia 30 tahun dan merokok sejak usia muda. Setelah ditunggu tidak ada perbaikan tanpa pengobatan, akhirnya penderita datang ke UGD dan didiagnosis stroke iskemik.

Tugas :

- Lakukan pemeriksaan reflex
- Lakukan pemeriksaan nervi cranialis
- Intepretasikan hasilnya

### **Check List Pemeriksaan Nervi Cranialis**

<b>No</b>	<b>Aspek yang dinilai</b>	<b>Nilai</b>			
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	Mengucapkan salam, menjelaskan kepada penderita tentang apa yang akan dilakukan serta membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan				
2	Mempersilakan penderita untuk berbaring atau duduk				
3	Memeriksa Nervus I kanan kiri				
4	Memeriksa Nervus II kanan kiri				
5	Memeriksa Nervus III, IV, V kanan kiri				
6	Memeriksa Nervus V kanan kiri				
7	Memeriksa Nervus VII kanan kiri				
8	Memeriksa Nervus VIII kanan kiri				
9	Memeriksa Nervus IX kanan kiri				
10	Memeriksa Nervus X				
11	Memeriksa Nervus XI kanan kiri				
12	Memeriksa Nervus XII				
13	Mengucapkan hamdalah setelah melakukan pemeriksaan dan menyimpulkan hasilnya				
14	Komunikasi edukasi				
15	Perilaku professional				
<b>Jumlah</b>					

**Catatan :**

- 0** = Tidak Dilakukan
- 1** = Dilakukan  $\leq$  50% benar
- 2** = Dilakukan  $>$  50% benar
- 3** = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :  $\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{\sum \text{ maksimal skor}} \times 100$

## **Lembar Kerja I**

### **Pemeriksaan Refleks dan Nervus Cranialis**

#### **(Pertemuan 1)**

A. Tempat : Ruang *Skill lab*

B. Peralatan :

- Senter
- Ophtalmoskop
- Palu refleks
- Kopi, vanili, cengkeh, teh, sabun (1 sdt)
- Gula, garam (1 sdt)
- Garpu tala
- Tongue spatel
- Manikin multifungsi :  
Patient care manikin

C. Pasien standart : laki-laki umur 20-60 tahun

D. Kegiatan :

1. Trainer menunjuk salah satu mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada salah seorang mahasiswa untuk mencoba topik ketrampilan pemeriksaan reflex dan nervus cranialis. Setelah itu memberi motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
2. Trainer memberikan penjelasan, koreksi, dan contoh tentang pemeriksaan reflex dan nervus cranialis. Waktu 30 menit.
3. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan pemeriksaan reflex dan nervus cranialis secara bergantian, dengan 1 orang sebagai Dokter, 1 sebagai Pasien dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 60 menit.

4. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

**Lembar Kerja 2**  
**Pemeriksaan Refleks dan Nervus Cranialis**  
**(Pertemuan 2)**

A. Tempat : Ruang *Skill lab*

B. Peralatan :

- Senter
- Ophtalmoskop
- Palu refleks
- Kopi, vanili, cengkeh,  
teh, sabun (1 sdt)
- Gula, garam (1 sdt)
- Garpu tala
- Tongue spatel
- Manikin multifungsi :  
Patient care manikin

C. Pasien standart :laki-laki umur 20-60 tahun

D. Kegiatan :

1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing. Waktu 30 menit.
2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk memperbaiki hasil refleksinya dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan pemeriksaan reflex dan nervus cranialis secara bergantian, dengan 1 orang sebagai Dokter, 1 sebagai Pasien dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Mardjono M, Sidharta P. Neurologi klinis dasar. Dian Rakyat. Jakarta, 2009.

2. Lumbantobing SM. Neurologi klinik : pemeriksaan fisik dan mental. FK Universitas Indonesia. Jakarta, 2010.
3. Bickley, LS. Bate's guide to physical examination and history taking. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York, 2009.
4. Demeyer WE. *Technique of the neurologic examination : a programmed text*. 5<sup>th</sup> ed. Mcgraw Hill. USA, 2004.

## **TOPIK 4**

### **PEMERIKSAAN KOORDINASI, VEGETATIF DAN FUNGSI LUHUR**

#### **A. Tujuan Instruksional umum :**

Mahasiswa dapat melakukan dan menerapkan pemeriksaan koordinasi, vegetatif, serta fungsi luhur untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

#### **B. Tujuan Instruksional Umum :**

- a) Mahasiswa dapat menjelaskan macam dan fungsi pemeriksaan koordinasi, vegetatif, serta fungsi luhur untuk menegakkan diagnosis pasien.
- b) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan koordinasi, vegetatif, serta fungsi luhur dan menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- c) Mahasiswa dapat menyimpulkan hasil pemeriksaan koordinasi, vegetatif, serta fungsi luhur untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

#### **C. Pemeriksaan Koordinasi**

Termasuk dalam pemeriksaan koordinasi :

##### **1. Penilaian Gerakan Cepat**

Minta pasien untuk menempatkan kedua tangannya di paha dan secara cepat lakukan gerakan membalik dan mengangkat tangan mereka di atas paha. Setelah pasien memahami gerakan ini, suruh mereka untuk mengulang gerakan tersebut dengan cepat dalam 10 detik. Normalnya gerakan tersebut dapat dilakukan tanpa kesulitan.

Pasien dengan gangguan disdiadokokinesia tidak dapat melakukan gerakan cepat. Disdiadokokinesia biasanya disebabkan oleh multiple sclerosis pada dewasa, dan tumor cerebellar pada anak-anak. Catatan bagi pasien dengan gangguan gerakan lainnya (misal

parkinson) dapat juga mengalami gerakan cepat yang abnormal seperti akinesia atau rigiditas, sehingga menyebabkan kesan disdiadokokineses semu.



## 2. Gerakan Telunjuk-Hidung



Minta pasien untuk mengangkat jari telunjuknya kemudian sentuhkan pada hidung mereka, dan kemudian menyentuh jari telunjuk pemeriksa. Minta pasien untuk mengulangi secara bergantian gerakan menyentuh hidung dan jari telunjuk pemeriksa. Setelah pemeriksaan ini berjalan baik, mintalah pasien untuk tetap melakukan gerakan tersebut dengan menutup mata.

Normalnya gerakan ini akan tetap akurat walaupun dengan mata tertutup. Ulangi secara bergantian dengan jari telunjuk lainnya. Apabila pasien tidak dapat melakukan tes telunjuk-hidung dengan benar, pasien tersebut mengalami dismetria.

## 3. Gerakan Tumit-Lutut

Mintalah pasien untuk berbaring telentang, instruksikan untuk menempatkan tumit kanan mereka

di betis kiri tepat di bawah lutut dan kemudian menggesernya ke bawah tulang kering di atas kaki mereka. Mintalah mereka mengulangi gerakan ini secepat mungkin tanpa membuat kesalahan. Kemudian ulangi gerakan ini dengan kaki yang lain.

Ketidakmampuan untuk melakukan gerakan ini dalam irama yang relatif cepat dianggap tidak normal. Tes tumit lutut untuk menilai koordinasi, dan apabila tidak normal jika gangguan motorik, gangguan sensorik atau adanya lesi cerebellum.

#### **4. Cara Berjalan**

Cara berjalan dievaluasi dengan mengamati pola pasien berjalan. Selanjutnya meminta pasien untuk berjalan dengan menapakkan ujung kaki saja, kemudian menapakkan seluruh kaki mereka, dan akhirnya menapakkan tumit mereka saja. Biasanya, manuver ini dapat dilalui tanpa terlalu banyak kesulitan. Pastikan pula untuk mencatat apabila terdapat penurunan jumlah ayunan lengan karena hal tersebut merupakan indikator terjadinya kelemahan ekstremitas atas.



Gerakan melompat-lompat di tempat pada setiap kaki harus dilakukan pula. Berjalan di tumit adalah cara yang paling sensitif untuk menguji kelemahan dorsofleksi kaki, sedangkan berjalan pada jari kaki adalah cara terbaik untuk menguji kelemahan fleksi plantar kaki fase awal.

Kelainan berjalan pada tumit sampai ujung kaki dapat terjadi karena keracunan etanol, kelemahan sensorik, vertigo dan tremor kaki. Kebanyakan pasien lansia mengalami kesulitan dengan pemeriksaan berjalan

karena hilangnya neuron umum mempengaruhi kombinasi posisi akal, kekuatan dan koordinasi. Pemeriksaan berjalan dengan tumit sampai ujung kaki sangat berguna dalam pengujian untuk pasien dengan kecanduan alkohol.

## **5. Tes Rhomberg**

Mintalah berdiri diam dengan tumit kanan dan kiri menyatu. Minta pasien untuk tetap diam dan menutup mata mereka. Jika pasien kehilangan keseimbangan, maka tes rhomberg positif.

Untuk mencapai keseimbangan, seseorang membutuhkan 2 dari 3 hal berikut : 1. konfirmasi visual dari posisi, 2. konfirmasi non-visual posisi (termasuk masukan proprioseptif dan vestibular), dan 3. Otak yang berfungsi normal. Oleh karena itu, jika pasien kehilangan keseimbangan setelah berdiri diam dengan mata tertutup, dan mampu menjaga keseimbangan dengan mata terbuka, maka ada kemungkinan akan lesi di otak kecil. Ini adalah Rhomberg positif.



## **6. Tes Rhomberg dipertajam**

Pada tes ini penderita berdiri dengan kaki yang satu di depan kaki yang lainnya, tumit kaki yang satu

berada di depan jari-jari kaki yang lainnya (tandem). Lengan dilipat pada dada dan mata kemudian ditutup. Orang normal mampu berdiri dalam sikap Romberg yang dipertajam selama 30 detik atau lebih.

### **7. Tes melangkah di tempat (stepping test)**

Penderita disuruh berjalan di tempat, dengan mata ditutup, sebanyak 50 langkah dengan kecepatan seperti berjalan biasa. Harus berusaha agar tetap ditempat dan tidak beranjak selama tes ini. Tes ini dapat mendeteksi gangguan sistem vestibular. Kedudukan akhir dianggap abnormal bila penderita beranjak lebih dari 1 meter atau badan terputar lebih dari 30 derajat.

### **8. Shallow Knee Bend**



Lakukan secara bergantian lutut kanan dan kiri. Peganglah bahu pasien, apabila khawatir pasien akan jatuh saat melakukan pemeriksaan ini.

### **D. Vegetatif**

Pemeriksaan vegetatif :

1. Vasomotorik : pembuluh darah à digores merah
2. Sudomotorik : berkeringat
3. Pilo-erektor : merinding à tangan pemeriksa setelah memegang es, lalu memegang pasien
4. Miksi
5. Defekasi
6. Potensi libido

## **E. Fungsi Luhur**

Pemeriksaan fungsi luhur :

1. Kesadaran kualitatif (GCS)
2. Ingatan baru
3. Ingatan lama
4. Orientasi : diri, tempat, waktu, situasi
5. Inteligensia : normal, terganggu
6. Daya pertimbangan : baik, kurang
7. Reaksi emosi : normal, terganggu
8. Afasia : gangguan berbahasa (gangguan dalam memproduksi atau memahami bahasa)
9. Bicara : berbicara spontan, pemahaman, mengulang, menamai.
10. Ekspresif : motorik, area Brocca
11. Reseptif : area Wernicke
12. Agnosia : ketidakmampuan mengenali benda-benda yang telah dikenali sebelumnya.
13. Agnosia visual : tidak mampu mengenali objek secara visual
14. Agnosia jari : ketidakmampuan mengidentifikasi jarinya atau jari orang lain → pasien menutup mata, pemeriksa memegang salah satu jari pasien, dan pasien membuka mata dan menunjukkan jari yang diraba tadi.
15. Akalkulia : ketidakmampuan berhitung
16. Disorientasi sisi kanan-kiri
17. Percobaan apraksia : ketidakmampuan dalam melakukan tindakan yang terampil : mengancing baju, menyisir rambut, dan mengikat tali sepatu

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Mardjono M, Sidharta P. Neurologi klinis dasar. Dian Rakyat. Jakarta, 2009.

2. Lumbantobing SM. Neurologi klinik : pemeriksaan fisik dan mental. FK Universitas Indonesia. Jakarta, 2010.
3. Bickley, LS. Bate's guide to physical examination and history taking. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York, 2009.
4. Demeyer WE. *Technique of the neurologic examination : a programmed text*. 5<sup>th</sup> ed. Mcgraw Hill. USA, 2004.

## Check List Pemeriksaan Koordinasi, Vegetatif dan Fungsi Luhur

No	Aspek yang dinilai	Nilai			
		0	1	2	3
1	Mengucapkan salam, menjelaskan kepada penderita tentang apa yang akan dilakukan serta membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan				
2	Mempersilakan penderita untuk berbaring atau duduk				
3	Melakukan pemeriksaan koordinasi : 1. Penilaian gerakan cepat 2. Gerakan telunjuk hidung 3. Gerakan tumit lutut 4. Cara berjalan 5. Tes rhomberg 6. Tes rhomberg dipertajam 7. Stepping test 8. Shallow knee bend				
4	Menyimpulkan hasil pemeriksaan koordinasi				
5	Melakukan pemeriksaan fungsi vegetatif				
6	Menyimpulkan hasil pemeriksaan fungsi vegetative				
7	Melakukan pemeriksaan fungsi luhur				
8	Menyimpulkan hasil pemeriksaan fungsi luhur				
9	Perilaku professional				
<b>Jumlah</b>					

**Catatan :**

**0** = Tidak Dilakukan

**1** = Dilakukan  $\leq$  50% benar

**2** = Dilakukan > 50% benar

**3** = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :  $\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{100} \times$

$\Sigma$  maksimal skor

## **PEMERIKSAAN RANGSANG MENINGEAL DAN RADIKULER**

### **A. Tujuan Instruksional umum :**

Mahasiswa dapat melakukan dan menerapkan pemeriksaan rangsang meningeal dan radikuler untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

### **B. Tujuan Instruksional Umum :**

- a) Mahasiswa dapat menjelaskan macam dan fungsi rangsang meningeal dan radikuler untuk menegakkan diagnosis pasien.
- b) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan rangsang meningeal dan radikuler serta menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- c) Mahasiswa dapat menyimpulkan hasil pemeriksaan rangsang meningeal dan radikuler untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

### **C. Pemeriksaan Rangsang meningeal**

- a) Kaku kuduk : Untuk memeriksa kaku kuduk dapat dilakukan sbb: Tangan pemeriksa ditempatkan dibawah kepala pasien yang sedang berbaring, kemudian kepala ditekukan (fleksi) dan diusahakan agar dagu mencapai dada. Selama penekukan diperhatikan adanya tahanan. Bila terdapat kaku kuduk kita dapatkan tahanan dan dagu tidak dapat mencapai dada. Kaku kuduk dapat bersifat ringan atau berat
- b) Kernig sign : Pada pemeriksaan ini , pasien yang sedang berbaring difleksikan pahanya pada persendian panggul sampai membuat sudut 90°. Setelah itu tungkai bawah diekstensikan pada persendian lutut sampai membentuk sudut lebih dari 135° terhadap paha. Bila teradapat tahanan

dan rasa nyeri sebelum atau kurang dari sudut  $135^{\circ}$ , maka dikatakan Kernig sign positif.

- c) Brudzinski I (Brudzinski's neck sign)  
Pasien berbaring dalam sikap terlentang, dengan tangan yang ditempatkan dibawah kepala pasien yang sedang berbaring , tangan pemeriksa yang satu lagi sebaiknya ditempatkan didada pasien untuk mencegah diangkatnya badan kemudian kepala pasien difleksikan sehingga dagu menyentuh dada. Test ini adalah positif bila gerakan fleksi kepala disusul dengan gerakan fleksi di sendi lutut dan panggul kedua tungkai secara reflektorik.
- d) Brudzinski II (Brudzinski's contralateral leg sign).  
Pasien berbaring terlentang. Tungkai yang akan dirangsang difleksikan pada sendi lutut, kemudian tungkai atas diekstensikan pada sendi panggul. Bila timbul gerakan secara reflektorik berupa fleksi tungkai kontralateral pada sendi lutut dan panggul ini menandakan test ini positif.
- e) Lasegue sign : Untuk pemeriksaan ini dilakukan pada pasien yang berbaring lalu kedua tungkai diluruskan (diekstensikan), kemudian satu tungkai diangkat lurus, dibengkokkan (fleksi) persendian panggulnya. Tungkai yang satu lagi harus selalu berada dalam keadaan ekstensi (lurus). Pada keadaan normal dapat dicapai sudut  $70^{\circ}$  sebelum timbul rasa sakit dan tahanan. Bila sudah timbul rasa sakit dan tahanan sebelum mencapai  $70^{\circ}$  maka disebut tanda Lasegue positif. Namun pada pasien yang sudah lanjut usianya diambil patokan  $60^{\circ}$ .



#### **D. Pemeriksaan Rangsang Radikuler**

- a) **Laseque** : kaki difleksikan pada sendi panggul dengan sendi lutut tetap ekstensi à tahanan dengan sudut  $> 60^\circ$
- b) **Cross Laseque/kontralateral lasaque** : dilakukan dengan cara yang sama, namun bila tungkai yang tidak nyeri diangkat akan menimbulkan suatu respons yang positif pada tungkai kontralateral yang sakit dan menunjukkan adanya suatu HNP.
- c) **Tanda Laseque terbalik (femoral nerve stretch test / reverse Laseque sign)** : Tes ini dapat menimbulkan nyeri akibat ketegangan saraf yang mengalami iritasi ataupun kompresi, terutama pada lumbal bagian tengah dan atas.<sup>3</sup> Bila tes ini positif, maka dicurigai adanya ketegangan pada radiks L2, L3 atau L4 dan tes ini dilakukan pada pasien yang terlungkup dengan jalan meng-ekstensikan paha dimana lutut dalam keadaan fleksi dan bisa juga dilakukan dengan pasien tidur pada sisi yang sehat dan meluruskan paha yang terkena dengan lutut dalam keadaan fleksi dan suatu tes yang positif akan menghasilkan nyeri pada paha medial atau anterior.
- d) **Tanda Neri (Neri's sign)** : bisa ditimbulkan bila pasien membungkuk ke depan dan dikatakan

positif bila akan terjadi fleksi lutut pada sisi yang terkena.

- e) **Tes Naffziger** : dengan menekan kedua vena jugularis, maka tekanan LCS akan meningkat, hal ini menyebabkan tekanan pada radiks bertambah, sehingga timbul nyeri radikuler. Tes ini (+) pada Spondilosis.
- f) **Tes valsava** : penderita disuruh menutup mulut dan hidung kemudian meniup sekuatnya. Hasil (+) pada Spondilosis.
- g) **Tes Patrick** : Tungkai dalam posisi fleksi pada sendi lutut sementara tumit diletakkan pada lutut yang satunya lagi, kemudian lutut tungkai yang difleksikan tadi ditekan ke bawah. Apabila ada kelainan di sendi panggul maka penderita akan merasakan nyeri di sendi panggul tadi.
- h) **Tes Kontra Patrick** : Tungkai dalam posisi fleksi I sendi lutut dan sendi panggul, kemudian lutut didorong ke medial, bila di sendi sakro-iliaka adan kelainan maka disitu akan terasa sakit.
- i) **Tes perspirasi** : dengan cara Minor, yaitu bagian tubuh yang akan diperiksa dibersihkan dan dikeringkan terlebih dahulu, kemudian diolesi campuran yodium, minyak kastoli dan alcohol absolute. Sesudah itu bagian yang telah diolesi tadi ditaburi tepung beras. Pada bagian yang berkeringat akan berwarna biru sedang yang tidak berkeringat tetap berwarna putih. Tes ini untuk menunjukkan ada atau tidaknya gangguan saraf otonom.

## Check List Pemeriksaan Rangsang Meningeal dan Radikuler

No	Aspek yang dinilai	Nilai			
		0	1	2	3
1	Mengucapkan salam, menjelaskan kepada penderita tentang apa yang akan dilakukan serta membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan				
2	Mempersilakan penderita untuk berbaring atau duduk				
3	Melakukan pemeriksaan rangsang meningeal : a) Kaku kuduk b) Kernig sign c) Brudzinski I d) Brudzinski II e) Lasaque				
4	Melakukan hasil pemeriksaan rangsang radikuler : a) Kontralasaque b) Lasaque terbalik c) Neri's sign d) Nafziger e) Valsava f) Patrick g) Kontra Patrick h) Perspirasi				
5	Mengucapkan hamdallah dan menyimpulkan hasil pemeriksaan				
6	Komunikasi edukasi				
7	Perilaku professional				
<b>Jumlah</b>					

**Catatan :**

- 0** = Tidak Dilakukan
- 1** = Dilakukan ≤ 50% benar
- 2** = Dilakukan > 50% benar

**3** = Dilakukan dengan sempurna  
Penilaian ketrampilan :  $\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{\sum \text{ maksimal skor}} \times 100$

**Lembar Kerja 1**  
**Pemeriksaan Koordinasi, Vegetatif, dan Fungsi**  
**Luhur**  
**Pemeriksaan Rangsang Meningeal dan Radikuler**  
**(Pertemuan 1)**

A. Tempat : Ruang *Skill lab*

B. Peralatan : -

C. Pasien standart :pasien umur 50-60 tahun

D. Kegiatan :

1. Trainer menunjuk salah satu mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada salah seorang mahasiswa untuk mencoba topik ketrampilan pemeriksaan koordinasi, vegetative, fungsi luhur, rangsang meningeal, dan radikular. Setelah itu memberi motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
2. Trainer memberikan penjelasan, koreksi, dan contoh tentang pemeriksaan koordinasi, vegetative, fungsi luhur, rangsang meningeal, dan radikular. Waktu 30 menit.
3. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan pemeriksaan koordinasi, vegetative, fungsi luhur, rangsang meningeal, dan radikular secara bergantian, dengan 1 orang sebagai Dokter, 1 sebagai Pasien dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 60 menit.
4. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

**Lembar Kerja 2**  
**Pemeriksaan Koordinasi, Vegetatif, dan Fungsi**  
**Luhur**

## **Pemeriksaan Rangsang Meningeal dan Radikuler (Pertemuan 2)**

A. Tempat : Ruang *Skill lab*

B. Peralatan : -

C. Kegiatan :

1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing. Waktu 30 menit.
2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk memperbaiki hasil refleksinya dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan pemeriksaan koordinasi, vegetative, fungsi luhur, rangsang meningeal, dan radikular secara bergantian, dengan 1 orang sebagai Dokter, 1 sebagai Pasien dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Mardjono M, Sidharta P. Neurologi klinis dasar. Dian Rakyat. Jakarta, 2009.
2. Lumbantobing SM. Neurologi klinik : pemeriksaan fisik dan mental. FK Universitas Indonesia. Jakarta, 2010.
3. Bickley, LS. Bate's guide to physical examination and history taking. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York, 2009.
4. Demeyer WE. *Technique of the neurologic examination : a programmed text*. 5<sup>th</sup> ed. Mcgraw Hill. USA,

## **TOPIK 4**

### **ANAMNESIS GANGGUAN JIWA**

#### **A. Tujuan Instruksional umum :**

Mahasiswa dapat melakukan dan menerapkan anamnesis pada kasus gangguan jiwa untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

#### **B. Tujuan Instruksional Umum :**

- a) Mahasiswa dapat menjelaskan macam dan fungsi anamnesis pada kasus gangguan jiwa untuk menegakkan diagnosis pasien.
- b) Mahasiswa dapat melakukan autoanamnesis psikiatri serta menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- c) Mahasiswa dapat melakukan alloanamnesis psikiatri serta menerapkannya untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- d) Mahasiswa dapat menyimpulkan hasil anamnesis untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

#### **C. Prinsip Diagnosis dalam Psikiatri**

Secara garis besar, untuk mempermudah kita belajar, gangguan jiwa sering digolongkan menjadi :

##### **1. Gangguan jiwa berat ( Psikotik )**

Gangguan jiwa yang ditandai adanya hendaya (ketidakmampuan) berat dalam menilai realitas / kenyataan atau dalam membedakan anatar fantasi dan realitas / kenyataan atau dalam membedakan antara fanatasi / realitas ( mempunyai bentuk pola pikir yang non realistik ). Gejala yang muncul adalah adanya gangguan isi pikir berupa waham, gangguan persepsi berupa halusinasi atau ilusi, ketiada kemampuan berat dalam rawat dirinya, deteroriasil penurunan dalam fungsi sosial atau

fungsi peran sehari – hari. Pada penderita gangguan jiwa psikotik juga didapatkan insigh utilikan diri yang jelek, penderita tidak merasa bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa. Misalnya : skizofrenia, gangguan waham menetap, gangguan psikotik akut, gangguan Skixoafektif, gangguan Afektif verat ( depresi atau Manik ) dengan gejala Psikotik.

## **2. Gangguan Jiwa Non Psikotik**

Gangguan jiwa yang tidak terdapat Hendaya ( ketidakmampuan ) dalam menilai kenyataan / relaitas atau dalam membedakan natara fantasi dan realitas ( bentuk pikirnya realistik, tidak ada waham ataupun halusinasi ).pada gangguan jiwa non psikotik,penderita masih memiliki insight/tilikan diri yang baik. Misalnya : depresi dan Anxietas.

## **3. Gangguan jiwa lain**

- a) Gangguan jiwa Mental Organik : berbagai gangguan yang disebabkan adanya penyakit, cedera atau ruda paksa otak yang mengakibatkan disfungsi otak.
- b) Penyalahgunaan zat : gangguan jiwa karena penyalahgunaan zat psikoaktif.
- c) Gangguan Kepribadian dan perilaku masa dewasa : keadaan dan pola perilaku yang cenderung menetap dan merupakan ekspresi gaya hidup yang dari individu serta car berhubungan dengan diri sendiri dan orang lain.

Sedangkan penggolongan secara rinci untuk gangguan jiwa, terdapat dalam PPDGJ ( pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa ) III.

## **A. ANAMNESIS DALAM PSIKIATRI**

Salah satu alat yang paling penting yang dimiliki oleh dokter dalah kemampuan untuk melakukan wawancara secara efektif. Wawancara yang dilakukan dengan terampil mampu untuk menggali data yang

diperlukan untuk menegakkan diagnosis dan dalam proses terapi pada penderita khususnya penderita dengan gangguan jiwa.

Pada gangguan jiwa ringan, anamnesis dapat dilakukan langsung pada penderita walaupun kadang – kadang informasi dari pihak lain juga berguna untuk mendapatkan kelengkapan riwayat penyakit penderita. Pada gangguan jiwa berat untuk mendapatkan data – data tentang penderita dan riwayat penyakitnya mungkin harus kita gali dari orang lain misalnya dari keluarga, teman atau tetangga penderita. Data yang harus kita gali dari anamnesis ataupun aloanamnesis adalah :

### **1. Identitas Penderita :**

Identitas penderita yang perlu kita dapatkan adalah : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan. Jika didapatkan dari aloanamnesis maka perlu juga untuk diketahui apakah sumber aloanamnesis dapat dipercaya artinya benar – benar memahami tentang penderita, apakah penderita datang sendiri, rujukan dari dokter lain atau datang dibawa orang lain ( keluarga, polisi, petugas panti, dll ).

### **2. Keluhan utama :**

Pada gangguan jiwa ringan, penderita menyadari bahwa dirinya baik sehingga biasanya ia akan datang sendiri ke dokter dan menceritakan keluhan utamanya. Berbeda dengan penderita gangguan jiwa berat yang memiliki insight / tilikan dirinya jelek tidak merasa dirinya sakit , sehingga biasanya tidak dikatakan sebagai keluhan utama tetapi dikatakan sebagai sebab dibawa ke rumah sakit.

Pada gangguan berat, biasanya penderita akan dibawa ke rumah sakit jika sudah melakukan tindakan – tindakan yang tidak bisa ditoleransi lagi oleh

lingkungannya. Misalnya mengamuk tanpa sebab, menyerang orang lain, merusak barang - barang atau melakukan hal - hal yang membahayakan / meyakiti dirinya termasuk upaya bunuh diri. Ketika penderita gangguan jiwa berat mulai menunjukkan perilaku perubahan awal ( gejala prodomal ) seperti mengurung diri, banyak melamun, tidak mau bersosialisasi, malas untuk beraktivitas, dll., keluarga kadang belum perlu membawa ke rumah sakit. Tapi jika penderita sudah mengalami agitasi, agresif , melakukan upaya bunuh diri, dll, barulah keluarganya membawa ke rumah sakit. Hal ini yang sering kali jadi penyebab terlambatnya tindakan medis pada penderita jiwa gangguan jiwa berat.

Contoh keluhan utama : “saya sering merasa cemas, berdebar - debar, keluar keringat dingin, sulit tidur, sehingga mengganggu aktivitas saya sehari - hari“ , “ia mengamuk tanpa sebab, memecah barang - barang yang ada dirumah dan mengancam akan membunuh saudaranya.”

“ia hanya diam saja, jarang bicara, tidak mau makan dan tampak sangat sedih, kadang menangis dan sering merasa sangat berdosa.”

### **3. Riwayat Perjalanan Sakit**

Dalam riwayat perjalanan penyakit, harus digali onset penyakitnya. Apakah termasuk akut (kurang dari 1bulan ) subakut ( antara 1 - 6 bulan ) atau kronis ( lebih dari 6 bulan ). Mulai munculnya penyakit pada gangguan jiwa berat kadang - kadang tidak langsung ditunjukkan dengan adanya gejala yang menonjol ( Full blown psikotik ) tapi sering didahului oleh gejala - gejala prodomal pada penderita dan sejak kapan gejala itu mulai da. Perjalanan penyakit dimulai sejak adanya gejala prodomal.

Gejala - gejala yang ada harus kita gali selengkap mungkin. Misalnya keluarga menceritakan bahwa

penderita tampak aneh, kita harus menanyakan apa yang dimaksud dengan yang aneh tersebut. Misalnya : “penderita merasa sangat ketakutan tanpa sebab, merasa dikejar - kejar orang lain yang akan membunuhnya,penderita sangat curiga pada orang - orang sekitarnya sehingga dia tidak mau berkomunikasi dan tidak mau makan.penderita curiga apabila makanan / minuman yang diberikan padanya mengandung racun untuk membunuh dirinya. Pada penderita yang cemas, maka harus kita tanyakan : bagaimana frekuensinya apakah ada gejala fisik yang menyertai kecemasannya ( keringat dingin, berdebar - debar , sulit tidur, apakah berhubungan dengan situasi tertentu, dll ).

Adanya faktor - faktor presipitasi juga harus kita gali dari penderita dan keluarganya , sehingga kita bisa memahami tentang permasalahan yang dihadapi oleh penderita. Dengan demikian akan berguna bagi kita dalam penatalaksanaan penderita.

Riwayat pengobatan yang telah dilakukan juga harus digali. Jenis pengobatannya keteraturan / kepatuhan dan respon penderita terhadap terapi tersebut. Alasan mengapa baru sekarang dibawa ke rumah sakit.

Jika sakitnya bukan sakit yang pertama, maka harus dipastikan apakah sakitnya yang sekarang ini merupakan kelanjutan sakit yang sebelumnya ataukah sudah dipisahkan oleh adanya kesembuhan, sehingga sakit yang sekarang merupakan episode penyakit dan kesembuhan secara klinis ditunjukkan jika penderita dapat kembali ke fungsi normalnya sebelum dia sakit. Jika ia adalah seorang mahasiswa dengan prestasi yang baik pula. Jika ia karyawan, maka ia kembali berfungsi seperti sedia kala.

#### **4. Riwayat Penyakit Dahulu**

Riwayat penyakit dahulu terdiri dari riwayat gangguan jiwa sebelumnya atau riwayat penyakit medis umum yang pernah diderita sebelumnya. Kita gali informasinya selengkap mungkin.

Jika ada gangguan jiwa sebelumnya, apa gejalanya, riwayat pengobatannya, jika dirawat di RS, tanyakan di RS mana, berapa lama, efek dari pengobatan, akibat dari sakitnya, apakah bisa kembali ke fungsi normalnya atau tidak setelah sakit.

Pada penyakit medis umum perlu digali apakah ada riwayat beberapa penyakit berat atau riwayat pembedahan atau trauma berat yang sampai membutuhkan perawatan di rumah sakit. Perlu juga ditanyakan tentang adanya kejang, penurunan kesadaran, perubahan pola nyeri kepala, perubahan pada pengelihatannya, adanya kebingungan dan disorientasi, adanya demam. Beberapa gangguan psikiatrik berkaitan erat dengan beberapa kondisi medis diatas.

Kita juga harus menanyakan tentang riwayat tentang penggunaan alkohol dan obat - obatan serta zat lainnya termasuk kuantitas dan frekuensi penggunaannya.

## **5. Riwayat keluarga**

Dari riwayat keluarga harus kita gali tentang riwayat penyakit yang ada dalam keluarga terutama tentang adanya riwayat gangguan jiwa pada keluarganya.

Keluarga sangat penting didalam penatalaksanaan penderita gangguan jiwa, perlu kita cari data tentang :

- Apakah anggota keluarga memberikan dukungan sosial bagi penderita atau tidak.
- Bagaimana hubungan antara penderita dengan orang tua, saudara dan anggota keluarga yang lainnya. Beberapa penderita mempunyai problem dengan keluarganya, maka harus kita pertimbangkan dalam penatalaksanaan penderita.

- Dengan siapa penderita punya hubungan jiwa yang paling dekat dalam keluarganya.
- Bagaimana pola asuh yang didapatkan penderita sejak kecil.
- Bagaimana pola hubungan antar masing - masing anggota keluarganya yang ada.
- Bagaimana tingkat sosial ekonomi keluarga.

## **6. Riwayat Pribadi**

Riwayat kehidupan penderita bisa kita pakai untuk memahami perjalanan hidup penderita sejak dalam kandungan hingga sekarang. Banyak informasi penting yang harus kita dapatkan dalam riwayat kehidupan pribadi penderita. Data - data ini akan dapat menggambarkan beberapa faktor penting yang berhubungan dengan kondisi emosi penderita serta faktor predisposisi yang ada.

Terjadinya gangguan jiwa tidak semata - mata disebabkan oleh adanya faktor presipitasi saja, tetapi sangat kompleks ( multifaktorial ). Faktor - faktor predisposisi yang ada akan menguatkan kita pada penegakan diagnosis atau penatalaksanaanya.

### **6.1 Riwayat Prenatal dan Perinatal**

Riwayat tentang kehamilan akan memberikan data apakah penderita akan merupakan anak yang diharapkan oleh orang tuanya atau tidak. Hal ini akan berpengaruh terhadap bagaimana sikap orang tua selanjutnya dalam pengasuhan anak. Perlu kita gali tentang adanya masalah pada saat proses persalinan, bagaimana kondisi kesehatan fisik dan mental ibu saat mengandung, apakah ibunya menggunakan alkohol atau substansi yang lain selama kehamilan.

### **6.2 Usia 0 - 3 Tahun ( masa kanak awal )**

Dalam usaha ini hal penting yang harus kita perhatikan adalah bagaimana kualitas hubungan antara ibu dan anak yang berkaitan dengan masa penyusuan

dan toilet training. Apakah anak hanya diasuh oleh orang tua atau diasuh oleh orang lain, apakah orang tuanya mempunyai masalah sehingga mempengaruhi pola hubungan antara orang tua dengan anaknya, dll.

Hal penting dalam masa ini adalah :

- Kebiasaan makan ; apakah anak mendapat ASI atau susu botol, apakah ada problem kesulitan makan pada anak.
- Toilet training : berapa umur anak mulai dilakukan toilet training ( terlalu dini atau terlambat akan menimbulkan masalah bagi anak ), bagaimana orang tua bersikap dalam toilet training ( terlalu keras akan menimbulkan masalah bagi anak ), bagaimana sikap anak dalam toilet trainingnya ( ada anak yang berhasil namun juga ada yang bermasalah dalam toilet trainingnya sehingga sering terjadi konstipasi, BAB dicelana, dll ).
- Adanya gejala - gejala yang berhubungan dengan masalah berperilaku : menghisap jempol, mudah marah, mimpi - mimpi buruk, mengigit kuku, ketakutan.
- Kepribadian anak : rewel, mudah bergaul, bersahabat, aktivitas berlebihan dan pola pola permainan yang disukai.

### 6.3 Usia 3 - 11 tahun ( Masa Kanak pertengahan )

Pada masa ini informasi yang kita butuhkan diantaranya adalah tentang identifikasi gender, bagaimana perilaku orang tua dalam mengajarkan aturan2 dalam keluarga dan hukuman wajib dilanggarnya.

Masa awal anak mulai masuk sekolah juga kita perlukan, bagaimana anak beradaptasi dan bagaimana ketika anak harus berpisah dengan orang tua dan pengasuhnya. Apakah ia dapat bergaul dengan orang - orang baru disekitarnya, apakah anak yang bersahabat atau pemalu. Apakah anak bisa mengikuti

aturan - aturan yang ada, riwayat tentang kemampuan membaca, perkembangan intelektual dan psikomotor yang lain.

#### 6.4 Masa Kanak akhir ( Pubertas - Remaja ).

Pada masa ini merupakan masa pembentukan identitas diri seseorang. Seseorang sudah mulai meninggalkan ketergantungan kepada orang tuanya dan mulai membangun hubungan dengan teman yang sebaya dalam aktivitasnya.

- Kita perlu menggali riwayat sekolahnya, hubungannya dengan guru dan teman - teman, kegiatan lain selain aktivitas sekolah , hobinya dan masalah - masalah yang dihadapinya pada masa ini.
- Masalah identitas diri
- Masalah penggunaan alkohol dan zat lainnya
- Perkembangan dan aktivitas seksualnya
- Interaksi dengan teman - temannya, apakah ia diterima atau dikucilkan lingkungannya
- Hubungan dengan orang tua
- Masalah yang dihadapinya
- Permasalahan berhubungan dengan kenakalan remaja
- Persaannya berkaitan dengan perkembangan seksualnya

#### 6.5 Dewasa

##### a. Riwayat Pekerjaan

Digambarkan tentang pekerjaan yang dimiliki penderita, kualitas pekerjaan dan keseriusan penderita dengan pekerjaannya. Sejak kapan dan berapa lama penderita bekerja, apakah dengan pekerjaan yang tetap atau berganti-ganti atau berpindah-pindah pekerjaan dan apa alasannya. Apakah ada masalah yang berkaitan dengan pekerjaan itu sendiri, faktor kepribadiannya atau interaksi dengan pimpinan dan teman-teman kerjanya atau justru sudah merupakan manifestasi dari gangguannya.

b. Riwayat Pernikahan

Dari riwayat pernikahan penderita, kita cari informasi tentang berapa lama penderita menikah dan masalah-masalah yang berkaitan dengan pernikahan. Jika terjadi perceraian, maka kita harus gali apakah sebab dari perceraian itu. Perceraian bisa sebagai factor presipitasi jika penderita mengalami gangguan jiwa setelah proses itu. Namun kita juga harus berpikir jangan-jangan adanya gangguan jiwa pada diri penderitalah yang menjadi sebab pasangannya meminta cerai. Ataukah disebabkan adanya masalah seksual dalam pernikahan.

c. Riwayat Militer

Riwayat tentang keterlibatan penderita dalam kegiatan militer jika ada. Atau pengalaman penderita terlibat atau menyaksikan langsung kejadian peperangan.

d. Riwayat Pendidikan

Riwayat tentang proses pendidikan penderita, motivasi, kualitas, dan masalah-masalah yang timbul berkaitan dengan sekolahnya. Umur berapa penderita berhenti dari sekolahnya, apa sebabnya, apakah karena ketidakmampuan intelektualnya atau masalah social ekonomi. Bagaimana prestasi sekolahnya selama ini, apakah relative konstan atau mengalami penurunan dan apa sebabnya. Apakah pemilihan disiplin ilmu adalah sesuai keinginannya atau paksaan dari pihak lain. Apakah penderita pernah mengalami kegagalan dalam proses pendidikannya (tidak naik kelas, DO, nilai menurun drastis, dll).

e. Aktivitas Keagamaan

Perlu kita cari informasi tentang aktivitas keagamaan dalam keluarga, latar belakang keagamaan kedua orang tuanya, apakah orang tuanya termasuk keras atau permisif terhadap aktifitas keagamaan anaknya,

apakah ada konflik antara keagamaan anak dan orang tuanya. Bagaimana ketaatan penderita dalam agamanya. Kepahaman kita terhadap data-data ini sangat bermanfaat terutama dalam penatalaksanaan penderita.

f. Aktivitas Sosial

Bagaimana penderita selama ini berhubungan dengan lingkungan sosialnya, bagaimana sikap penderita dengan teman sesama jenis dan lawan jenisnya, apakah penderita termasuk orang yang lebih suka mengisolasi diri atau antisocial, kalau penderita lebih memilih mengisolasi diri harus kita cari informasi mengapa ia berlaku demikian, apakah karena rendah dirinya, kecemasannya atau ketakutannya terhadap orang lain.

g. Situasi Kehidupan Sekarang

Kehidupan penderita saat sekarang, apakah tinggal bersama orang tuanya atau bersama orang lain, apakah hidup dip anti rehabilitasi atau asrama atau rumah keluarga sendiri. Apakah di tempat tinggalnya, ia dapat mempunyai privasi, bagaimana hubungan penderita dengan orang-orang yang ada di tempat tinggalnya dan bagaimana kondisi tempat tinggalnya termasuk social ekonomi keluarga penderita. Hal ini dapat berkaitan dengan family support terhadap penderita.

h. Riwayat Hukum

Apakah penderita pernah berurusan dengan masalah hukum, apa sebabnya?

## **7. Riwayat Perkembangan Seksual**

Perlu kita tanyakan darimana penderita mendapat informasi tentang masalah seksual (menarche/spermache) dan bagaimana sikap penderita terhadap perkembangan seksualnya. Masalah-masalah yang muncul berhubungan dengan perkembangan seksualnya. Termasuk kekerasan seksual yang mungkin

pernah terjadi pada penderita mulai dari masa kecilnya dan mungkin sampai saat sekarang serta adanya hubungan seks pra nikah.

#### **8. Fantasi, impian dan nilai-nilai**

Kita tanyakan tentang fantasi, impian dan nilai-nilai yang dianut penderita, data-data ini bermanfaat membantu kita untuk memahami penderita dan memudahkan dalam penegakan diagnosis serta penatalaksanaannya.

### Checkist penilaian Anamnesis Psikiatri

Aspek yang dinilai		Skor			
		0	1	2	3
	Anamnesis/Alloanamnesis				
1.	Mengucapkan salam sebelum memulai anamnesis				
2.	Memperkenalkan diri dan sambung rasa				
3.	Menanyakan identitas pasien dengan lengkap				
4.	Mengetahui keluhan utama/sebab dibawa ke rumah sakit				
5.	Mengumpulkan informasi tentang riwayat perjalanan penyakit sekarang : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onset penyakit</li> <li>• Gejala-gejala</li> <li>• Upaya pengobatan yang telah dilakukan</li> <li>• Adanya gejala-gejala prodormal</li> <li>• Factor presipitasi</li> </ul>				
6.	Mengumpulkan informasi riwayat penyakit dahulu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan psikiatrik</li> <li>• Penyakit medis umum</li> <li>• Penggunaan alcohol dan zat lain</li> </ul>				
7.	Mengumpulkan informasi tentang riwayat keluarga (pola keluarga, riwayat penyakit keluarga dan silsilah keluarga)				
8.	Mengumpulkan informasi tentang riwayat pribadi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenatal dan perinatal</li> <li>• Masa kanak-kanak awal</li> <li>• Kanak pertengahan</li> <li>• Pubertas-remaja</li> </ul>				

9.	Informasi tentang masa dewasa : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riwayat pekerjaan</li> <li>• Riwayat perkawinan</li> <li>• Riwayat pendidikan</li> <li>• Riwayat keagamaan</li> <li>• Aktivitas sosial</li> <li>• Situasi hidup sekarang</li> </ul>				
10.	Riwayat perkembangan seksual				
11.	Fantasi, impian dan nilai-nilai				
	Jumlah				

**Catatan :**

**0** = Tidak Dilakukan

**1** = Dilakukan  $\leq$  50% benar

**2** = Dilakukan  $>$  50% benar

**3** = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :  $(\frac{\Sigma \text{ skor seluruh aspek yg dinilai}}{\Sigma \text{ maksimal skor}}) \times 100$

$\Sigma$  maksimal skor

## **Lembar Kerja I** **Anamnesis Gangguan Jiwa** **(Pertemuan 1)**

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan : -
- C. Pasien standart : laki-laki atau perempuan 20-50 tahun 2 orang sebagai pengantar dan pasien
- D. Kegiatan :
  1. Trainer menunjuk salah satu mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada salah seorang mahasiswa untuk mencoba topik ketrampilan anamnesis gangguan jiwa. Setelah itu memberi motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
  2. Trainer memberikan penjelasan, koreksi, dan contoh tentang anamnesis gangguan jiwa. Waktu 30 menit.
  3. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan anamnesis gangguan jiwa terhadap 1 pasien simulasi dan 1 keluarga pasien secara bergantian, dengan 1 berperan sebagai dokter, dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 60 menit.
  4. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

## **Lembar Kerja 2**

### **Anamnesis Gangguan Jiwa**

#### **(Pertemuan 2)**

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan : -
- C. Pasien standart : laki-laki/ perempuan usia 20-50 tahun  
2 orang (sebagai pengantar dan pasien)
- D. Kegiatan :
  - 1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing.  
Waktu 30 menit.
  - 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan anamnesis gangguan jiwa terhadap 1 pasien simulasi dan 1 keluarga pasien secara bergantian, dengan 1 berperan sebagai dokter, dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
  - 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- 1. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa : rujukan ringkas dari PPDGJ-III. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya. Jakarta, 2001.
- 2. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams and Wilkins. New York, 2007.
- 3. Stead LG, Kaufman M. *First aid for the psychiatry clerkship*. 2<sup>nd</sup> ed. Mcgraw Hill. USA, 2005.
- 4. Elvira SD, Hadisukanto G. Buku ajar psikiatri. Badan Penerbit FK UI. Jakarta. 2010.

## **TOPIK 5**

### **PEMERIKSAAN STATUS MENTAL PSIKIATRI**

#### **A. Tujuan Instruksional umum :**

Mahasiswa dapat melakukan dan menerapkan pemeriksaan status mental psikiatri untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

#### **B. Tujuan Instruksional Umum :**

- a) Mahasiswa dapat menjelaskan macam dan fungsi pemeriksaan status mental psikiatri untuk menegakkan diagnosis pasien.
- b) Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan status mental psikiatri untuk kepentingan diagnosis dan penatalaksanaannya.
- c) Mahasiswa dapat menyimpulkan hasil pemeriksaan status mental psikiatri untuk menegakkan diagnosis dan penatalaksanaannya.

#### **C. Pemeriksaan Status Mental Psikiatri**

Pemeriksaan status mental pada penderita gangguan jiwa kita lakukan dengan mengamati/memperhatikan penderita dan melakukan wawancara. Biasanya mulai kita lihat sejak penderita berhadapan dengan kita. Berbeda dengan riwayat perjalanan penyakit yang relative tetap, status mental penderita gangguan jiwa bisa berubah, dari waktu ke waktu. Pemeriksaan status mental meliputi penampilan, pembicaraan, perilaku dan pemikiran penderita selama wawancara berlangsung. Hal-hal yang termasuk dalam pemeriksaan status mental adalah :

##### **a) Kesan Umum Penderita, meliputi sikap dan penampilan**

Kita harus memperhatikan penderita secara menyeluruh dan cermat, termasuk di dalamnya

adalah postur tubuh, pakaian, rambut, kuku, sikap dan penampilan penderita. Kita juga harus mendeskripsikan apakah penderita tampak sakit, tampak lebih muda atau tua dari usianya, apakah penderita kooperatif, apakah bersahabat, dll. Dalam kesan umum juga termasuk tingkah laku bizare (aneh) yang dilakukan penderita. Dengan kesan umum yang kita dapatkan, secara sekilas kadang sudah dapat petunjuk ke arah differential diagnosis yang nanti akan diteruskan dengan hasil pemeriksaan lain.

Contoh :

1. Penderita Skizofrenia  
Kesan umum : Seorang laki-laki sesuai umur, tampak sakit jiwa, rawat diri jelek, tidak kooperatif, bicara dan senyum-senyum sendiri, bertingkah laku aneh.
2. Penderita gangguan afektif tipe manic  
Kesan umum : Seorang perempuan, sesuai umur, make up berlebihan, memakai perhiasan berlebihan, tidak kooperatif, tampak senang sambil bernyanyi-nyanyi.
3. Penderita gangguan afektif depresi  
Kesan umum : Seorang perempuan sesuai umur, tampak menyendiri di sudut kamar, tidak kooperatif, banyak diam, saat wawancara pandangan selalu ke bawah dan menghindari tatapan mata pemeriksa.

## **b) Pembicaraan**

Kuantitas : logorhoe, remming, blocking, mutisme (tidak mau bicara sama sekali)

Kecepatan produksinya : spontan atau tidak

Kuantitas : inkoherensi (pembicaraan kacau, apa yang dikatakan penderita tidak bisa kita pahami), irrelevansi (pembicaraan tidak nyambung, jawaban

penderita tidak sesuai dengan pertanyaan), flight of ideas, dll.

**c) Perilaku dan aktivitas psikomotor**

Termasuk kualitas dan kuantitas psikomotor penderita. Termasuk di dalamnya stereotipi sikap, hiperaktif, ekopraksi, agitasi, stupor, hipoaktif, katalepsi, rigiditas dan manifestasi yang lainnya.

Contoh :

- Penderita dapat mempertahankan sikap seperti patung berjam-jam tanpa lelah dan tanpa berubah posisi (stupor katatonik).
- Penderita melompat-lompat, berlari-lari (gerak berlebihan).

**d) Mood dan Afek**

**Mood** : suatu emosi yang meresap dan dipertahankan yang dialami secara subyektif dan dilaporkan oleh penderita dan terlihat oleh orang lain. Contoh : disforik, eutimik, iritabel, euphori, dll.

**Afek** : ekspresi emosi yang terlihat, ada kemungkinan, kadang tidak konsisten dengan emosi yang dikatakan penderita. Contoh : appropriate, inappropriate, menyempit, tumpul, datar.

- Penderita menceritakan kesedihan tetapi malah tertawa atau sebaliknya (afek inappropriate)
- Pasien tidak berekspresi walau orang sekitarnya menceritakan hal-hal yang menggembirakan maupun menyedihkan, ia tetap diam saja tanpa ekspresi sama sekali (afek datar)

**e) Berpikir**

Proses pikir dibagi menjadi proses/bentuk pikir dan isi pikir. Contoh bentuk pikir adalah non realistic, realistik/normal, autistic. Sedangkan yang termasuk isi pikir adalah adanya waham atau ide. Yang dimaksud

waham adalah kepercayaan palsu yang tidak sesuai kenyataan (tidak realistik), yang sangat diyakini, tidak konsisten dengan kecerdasan dan latar belakang budaya, tidak dapat dikoreksi dan dipertahankan. Waham antara lain : waham curiga, bizarre/aneh(siar pikir, sedot pikir, kendali pikir, sisip pikir), somatic, kebesaran, cemburu, bersalah, dll.

Contoh :

- Penderita sangat ketakutan, selalu di dalam kamarnya, dikunci rapat-rapat, tidak berani keluar rumah karena merasa orang-orang di sekitarnya mengejar-ngejar dan akan membunuhnya (waham kejar).
- Penderita merasa mendapat wahyu dari Tuhan, bahwa ialah yang dapat menyelamatkan seluruh manusia di bumi ini dari kehancuran (waham kebesaran).
- Penderita sering marah ketika menonton televisi atau mendengarkan radio karena merasa bahwa penyiarinya selalu menyindir dan memberitakan tentang dirinya dalam berita-beritanya. Bahkan ketika menonton sinetron, ia merasa menjadi salah satu pemainnya. (waham bizarre (siar pikir)).

Contoh Kasus :

Keluarga dalam alloanamnesis menceritakan bahwa penderita memanjat pohon kelapa dan tidak mau turun selama 2 hari. Kita harus memeriksa penderita untuk mendapatkan gejalanya, misalnya dengan menanyakan kepada penderita mengapa waktu itu ia naik pohon kelapa dan tidak turun. Penderita mungkin akan menjawab :

- Karena ia merasa ketakutan, polisi mengejar-ngejar dia dengan membawa pistol dan ingin menembaknya padahal ia tidak bersalah, ia merasa dikejar0kejar akan dibunuh (waham kejar)

- Penderita mendengar suara-suara tanpa wujud yang menyuruhnya untuk naik pohon kelapa dan tidak boleh turun, kalau tidak mungkin ibunya akan celaka, sehingga penderita menuruti suara-suara tersebut (halusinasi auditorik)
- Penderita merasa seolah ada yang mengendalikan dirinya dan ia tak bisa melawannya, sehingga ia naik pohon dan semua itu terjadi di luar kendali dirinya (waham bizarre (kendali pikiran)).

#### **f) Persepsi**

Persepsi adalah proses pengubahan stimuli fisik menjadi informasi psikologik. Yang termasuk gangguan persepsi diantaranya adalah halusinasi dan ilusi. Halusinasi adalah suatu gangguan persepsi dimana tidak adanya objek/stimulus eksternal yang dipersepsikan/dianggap ada oleh seseorang. Terdiri dari halusinasi auditorik, halusinasi visual, halusinasi taktil, halusinasi penciuman, dll. Sedangkan ilusi adalah kesalahan persepsi dimana objek lain dipersepsikan secara salah (ilusi ada objeknya, sedangkan halusinasi tidak ada objeknya). Contoh :

- Penderita sering mendengar suara-suara banyak orang namun tidak ada wujudnya yang berisi komentar terhadap setiap tingkah lakunya sehingga penderita merasa sangat jengkel dan marah-marah (halusinasi auditorik).
- Penderita sering mencium bau kemenyan dan bunga-bunga kuburan terutama pada malam hari, sementara di sekitarnya orang-orang tidak menciumnya, sehingga sering merasa ketakutan akan kematian (halusinasi penciuman).
- Penderita sering seperti didatangi arwah orang-orang yang sudah meninggal, yang Nampak wujudnya di hadapannya (halusinasi visual).

- Penderita merasa seseorang yang dicintainya sering datang dan membelai-belai tubuhnya. Ia tidak melihat wujudnya, tapi dapat merasakan jelas sentuhan-sentuhan tangan di tubuhnya (halusinasi taktil).
- Penderita minta semua pohon di depan rumahnya ditebang karena jika malam hari ia melihat pohon-pohon itu berubah menjadi setan yang menakutkan (ilusi).

### **g) Sensori dan Fungsi Intelektual**

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai fungsi otak, termasuk di dalamnya adalah intelegensia, kemampuan berfikir abstrak, orientasi, memori, kemampuan membaca dan menulis, penjumlahan, visuospatial dan bahasa.

- 1) Kesadaran
- 2) Gangguan kesadaran biasanya mengindikasikan adanya gangguan otak organik. Termasuk di dalamnya adalah somnolen, koma, letargi, dll.
- 3) Orientasi dan memori
- 4) Orientasi terdiri dari orientasi orang, tempat, waktu dan situasi. Sedangkan memori meliputi memori jangka pendek, segera dan memori jangka panjang.
- 5) Contoh : Orientasi waktu baik jika penderita bisa menunjukkan waktu secara tepat (siang, malam, pagi). Orientasi tempat baik jika penderita tahu dimana sekarang ia berada.
- 6) Konsentrasi dan perhatian
- 7) Konsentrasi penderita bisa terganggu karena beberapa alasan. Adanya gangguan fungsi kognitif, kecemasan, depresi, adanya stimulus internal seperti halusinasi juga berperan dalam gangguan konsentrasi.
- 8) Pemikiran abstrak

9) Contoh : kita tanyakan pada penderita apakah bisa menyebutkan persamaan dan perbedaan 2 benda yang mirip misalnya apakah beda jeruk dengan apel.

10) Informasi dan intelegensi

11) Dalam hal ini kita tanyakan pada penderita tentang pengetahuan umum yang kita sesuaikan dengan tingkat pendidikan dan social ekonomi keluarga.

#### **h) Daya Nilai**

Selama wawancara berlangsung, sebagai dokter kita dapat sekaligus menilai bagaimana daya nilai penderita terhadap lingkungan sosialnya.

#### **i) Insight**

Insight adalah tilikan diri atau pemahaman penderita tentang sakitnya. Secara sederhana adalah apakah seseorang merasa bahwa dirinya sakit atau tidak. Penderita gangguan jiwa berat mempunyai insight jelek, ia tidak merasa dirinya sakit dan mungkin ia akan menyangkalnya, sedangkan penderita gangguan jiwa ringan mempunyai insight baik.

Contoh :

- Penderita mungkin akan cerita bahwa ia heran mengapa dibawa ke rumah sakit, padahal ia tidak sakit.
- Penderita mungkin akan mengatakan bahwa ia hanya sakit pusing saja dan tidak perlu dirawat di rumah sakit.

### Check List Penilaian Pemeriksaan Status Mental Psikiatri

Aspek yang dinilai		Skor			
		0	1	2	3
	<b>Pemeriksaan Status Mental</b>				
1.	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri				
2.	Deskripsi/kesan umum				
3.	Pembicaraan				
4.	Perilaku dan aktivitas psikomotor				
5.	Emosi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mood</li> <li>• Afek</li> </ul>				
6.	Proses Pikir : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bentuk pikir</li> <li>• Isi pikir</li> </ul>				
7.	Persepsi Halusinasi Ilusi				
8.	Sensori dan fungsi intelektual : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasi</li> <li>• Daya ingat</li> <li>• Pemikiran abstrak</li> </ul>				
9.	Insight				
10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merangkum hasil anamnesis dan pemeriksaan</li> <li>• Mendoakan pasien serta memotivasi penderita dan keluarganya untuk tidak lupa atau bosan berdoa, agar mendapat yang terbaik</li> <li>• Memberikan penjelasan kepada keluarganya tentang kondisi pasien dan agar terus memberikan support kepada pasien dalam proses pengobatan</li> </ul>				
11	• Perilaku professional				

Jumlah				
--------	--	--	--	--

**Catatan :**

**0** = Tidak Dilakukan

**1** = Dilakukan  $\leq$  50% benar

**2** = Dilakukan  $>$  50% benar

**3** = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :  $\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{\sum \text{ maksimal skor}} \times 100$

## **Lembar Kerja I Pemeriksaan Status Mental (Pertemuan 1)**

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan : -
- C. Pasien standart : laki-laki atau perempuan 20-50 tahun 2 orang sebagai pengantar dan pasien
- D. Kegiatan :
  1. Trainer menunjuk salah satu mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada salah seorang mahasiswa untuk mencoba topik ketrampilan pemeriksaan status mental. Setelah itu memberi motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
  2. Trainer memberikan penjelasan, koreksi, dan contoh tentang pemeriksaan status mental. Waktu 30 menit.
  3. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan pemeriksaan status mental terhadap 1 pasien simulasi dan 1 keluarga pasien secara bergantian, dengan 1 berperan sebagai dokter, dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 60 menit.
  4. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

## **Lembar Kerja 2** **Pemeriksaan Status Mental** **(Pertemuan 2)**

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan : -
- C. Pasien standart : laki-laki/ perempuan usia 20-50 tahun  
2 orang (sebagai pengantar dan pasien)
- D. Kegiatan :
  - 1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing.  
Waktu 30 menit.
  - 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan pemeriksaan status mental terhadap 1 pasien simulasi dan 1 keluarga pasien secara bergantian, dengan 1 berperan sebagai dokter, dan 1 sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
  - 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- 1. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa : rujukan ringkas dari PPDGJ-III. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya. Jakarta, 2001.
- 2. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams and Wilkins. New York, 2007.
- 3. Stead LG, Kaufman M. *First aid for the psychiatry clerkship*. 2<sup>nd</sup> ed. Mcgraw Hill. USA, 2005.
- 4. Elvira SD, Hadisukanto G. Buku ajar psikiatri. Badan Penerbit FK UI. Jakarta. 2010.