

KETRAMPILAN PEMERIKSAAN ABDOMEN

TUJUAN PEMBELAJARAN

Pada akhir praktikum keterampilan pemeriksaan fisik abdomen, mahasiswa diharapkan mampu :

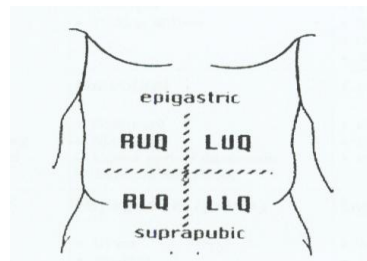
1. Menjelaskan prinsip-prinsip pemeriksaan fisik abdomen
2. Melakukan inspeksi abdomen
3. Melakukan auskultasi abdomen
4. Melakukan palpasi abdomen
5. Melakukan perkusi abdomen
6. Melakukan pemeriksaan-pemeriksaan khusus abdomen

TINJAUAN PUSTAKA

Topografi Abdomen

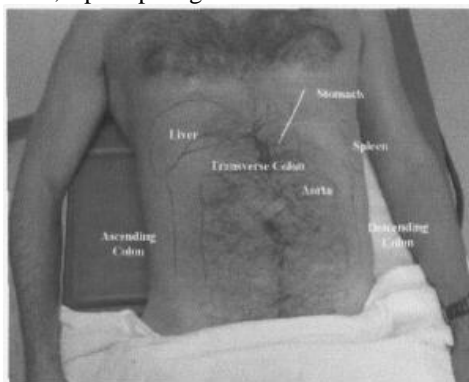
Abdomen dibagi secara topografi menjadi 5 kuadran, yaitu :

- ✚ Kuadran kanan *atas/Right Upper Quadrant* (RUQ).
- ✚ Kuadran kanan *bawah/Right Lower Quadrant* (RLQ)
- ✚ Kuadran kiri atas/*Left Upper Quadrant* (LUQ)
- ✚ Kuadran kiri bawah/*Left Lower Quadrant* (LLQ)
- ✚ Garis tengah/*Midline* yang terdiri dari :
 - Epigastrik
 - Periumbilikal
 - Suprapubik



Gambar. 1. Topografi abdomen

Dengan melihat topografi ini kita dapat mengidentifikasi status normal atau patologis dari abdomen, seperti pada gambar 2.



Gambar. 2.. Anatomi superficial Abdomen

Untuk menemukan hal tertentu seperti nyeri atau massa, abdomen dapat dibagi menjadi 9 daerah dengan cara membuat 4 garis khayal. Garis pertama sepanjang batas bawah dari dada, selanjutnya garis paralel dari kedua SIAS dan akhirnya 2 garis linea mediana klavikula. Pembagian dan topografi organ dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Topografi abdomen

Hipokhondriaka kanan	Epigastrium	Hipokhondriaka kiri
<ul style="list-style-type: none"> • Right lobe of liver • Gallbladder • Portion of duodenum • Hepatic flexure of colon • Portion of right kidney • Suprarenal gland 	<ul style="list-style-type: none"> • Pyloric end of stomach • Duodenum • Pancreas • Portion of liver 	<ul style="list-style-type: none"> • Stomach • Spleen • Tail of pancreas • Splenic flexure of colon • Upper pole of left kidney • Suprarenal gland
Lumbal kanan	Umbilikal	Lumbal kiri
<ul style="list-style-type: none"> • Ascending colon • Lower half of right kidney • Portion of duodenum and jejunum 	<ul style="list-style-type: none"> • Omentum • Mesentery • Lower part of duodenum • Jejunum and ileum 	<ul style="list-style-type: none"> • Descending colon • Lower half of left kidney • Portions of jejunum and ileum
Inguinal kanan	Hipogastrik (pubik)	Inguinal kiri
<ul style="list-style-type: none"> • Cecum 	<ul style="list-style-type: none"> • Ileum 	<ul style="list-style-type: none"> • Sigmoid colon

<ul style="list-style-type: none"> • Appendix • Lower end of ileum • Right ureter • Right spermatic cord 	<ul style="list-style-type: none"> • Bladder • Uterus (in pregnancy) 	<ul style="list-style-type: none"> • Left ureter • Left spermatic cord • Left ovary
--	--	--

Kavum abdomen meluas mulai dari daerah di bawah diaphragma yang terlindung oleh kosta. Di daerah yang terlindung ini, terletak sebagian besar dari hepar, ventrikuli, dan seluruh bagian dari lien yang normal. Organ-organ pada daerah terlindung tersebut tidak dapat diraba (dipalpasi), tetapi dengan perkusi dapat diperkirakan adanya organ-organ tersebut. Sebagian besar dari kandung empedu normal terletak disebelah dalam dari hepar, sehingga hampir tidak dapat dibedakan. Duodenum dan pancreas terletak di bagian dalam kuadran atas abdomen, sehingga dalam keadaan normal tidak teraba. Ginjal adalah organ yang terletak di daerah posterior, terlindung oleh tulang rusuk, sudut costovertebral (sudut yang dibentuk oleh batas bawah kosta ke-12 dengan processus transverses vertebrae lumbalis) merupakan daerah untuk menentukan ada tidaknya nyeri ginjal.

ALAT DAN BAHAN

Alat yang dibutuhkan hanya stetoskop

PROSEDUR TINDAKAN

Syarat-syarat pemeriksaan abdomen yang baik adalah :

1. Penerangan ruang memadai.
2. Penderita dalam keadaan relaks.
3. Daerah abdomen mulai dari atas processus xiphoideus sampai symphysis pubis harus terbuka.

Untuk memudahkan relaksasi :

1. Kandung kencing dalam keadaan kosong.
2. Penderita berbaring terlentang dengan bantal dibawah kepalanya, dan dibawah lututnya.
3. Kedua lengan diletakkan di samping badan, atau diletakkan menyilang pada dada. Tangan yang diletakkan di atas kepala akan membuat dinding abdomen teregang dan mengeras, sehingga menyulitkan palpasi.

4. Gunakan tangan yang hangat, permukaan stetoskop yang hangat, dan kuku yang dipotong pendek. Menggosok kedua tangan akan membantu menghangatkan kedua tangan anda.
5. Mintalah penderita untuk menunjukkan daerah yang terasa sakit dan memeriksa daerah tersebut terakhir.
6. Lakukan pemeriksaan dengan perlahan, hindarkan gerakan yang cepat dan tiba-tiba.
7. Apabila perlu ajaklah penderita berbicara.
8. Apabila penderita amat ketakutan atau kegelian, mulailah pemeriksaan dengan menggenggam kedua tangannya di bawah tangan anda, kemudian secara pelan-pelan bergeser untuk melakukan palpasi.
9. Monitorlah pemeriksaan anda dengan memperhatikan muka/ekspresi penderita.

Biasakanlah untuk mengetahui keadaan di tiap bagian yang Anda periksa. Pemeriksaan dilakukan dari sebelah kanan penderita, dengan urutan : inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi.

INSPEKSI

Mulailah menginspeksi dinding abdomen dari posisi Anda berdiri di sebelah kanan penderita. Apabila anda akan memeriksa gerakan peristaltik sebaiknya dilakukan dengan duduk, atau agak membungkuk, sehingga Anda dapat melihat dinding abdomen secara tangensial.

Perhatikanlah :

1. Kulit : apakah ada sikatriks, striae atau vena yang melebar. Secara normal, mungkin terlihat vena-vena kecil. Striae yang berwarna ungu terdapat pada sindroma Cushing dan vena yang melebar dapat terlihat pada cirrhosis hepatic atau bendungan vena cava inferior. Perhatikan pula apakah ada *rash* atau lesi-lesi kulit lainnya.
2. Umbilikus: perhatikan bentuk dan lokasinya, apakah ada tanda-tanda inflamasi atau hernia.
3. Perhatikan bentuk permukaan (countour) abdomen termasuk daerah inguinal dan femoral : datar, bulat, protuberant, atau scaphoid. Bentuk yang melendung mungkin disebabkan oleh asites, penonjolan suprapubik karena kehamilan atau kandung kencing yang penuh. Tonjolan asimetri mungkin terjadi karena pembesaran organ setempat atau massa.
4. Simetri dinding abdomen.
5. Pembesaran organ : mintalah penderita untuk bernapas, perhatikan apakah nampak adanya *hepar* atau *lien* yang menonjol di bawah arcus costa.
6. Apakah ada massa abnormal, bagaimana letak, konsistensi, mobilitasnya.

7. Peristaltik. Apabila Anda merasa mencurigai adanya obstruksi usus, amatilah peristaltik selama beberapa menit. Pada orang yang kurus, kadang-kadang peristaltik normal dapat terlihat.
8. Pulsasi : Pulsasi aorta yang normal kadang-kadang dapat terlihat di daerah epigastrium.

AUSKULTASI

Perannya relatif kecil. Dengan mempergunakan diafragma stetoskop didengarkan 15 atau 20 detik pada seluruh abdomen seperti pada gambar.3.



Gambar.3. Auskultasi Abdomen

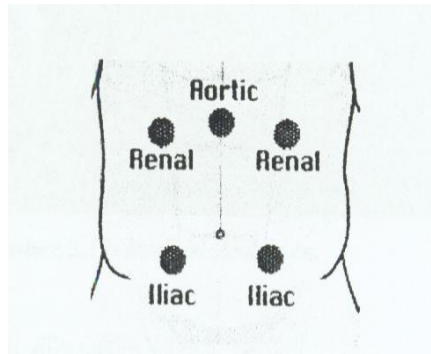
Ada 3 hal yang harus diperhatikan yaitu :

- Apakah suara usus ada ?
- Bila ada apakah meningkat atau melemah (kuantitas)?
- Perkiraan asal dari suara (kualitas)?

Gerakan peristaltik disebut bunyi usus, yang muncul setiap 2-5 detik. Pada proses radang serosa seperti pada peritonitis bunyi usus jarang bahkan hilang sama sekali. Bila terjadi obstruksi intestin maka intestin berusaha untuk mengeluarkan isinya melalui lubang yang mengalami obstruksi dan saat itu muncul bunyi usus yang sering disebut "*rushes*". Kemudian diikuti dengan penurunan bunyi usus gemerincing yang disebut "*tinkles*," dan kemudian menghilang. Pada pasca operasi didapatkan periode bunyi usus menghilang.

Kemudian dengarkan bising arteri renalis pada beberapa sentimeter diatas umbilikus sepanjang tepi lateral otot rektus dan bila ada penyempitan akan terdengar murmur misalnya insufisiensi renal atau pada hipertensi akibat stenosis arteri renalis.

Untuk mendengarkan bising arteri masing-masing sesuai dengan tempatnya seperti pada gambar.4.



Gambar.4. Lokasi masing-masing arteri

PERKUSI

Perkusi berguna untuk orientasi abdomen, untuk memperkirakan *ukuran hepar, lien*, menemukan asites, mengetahui apakah suatu masa padat atau kistik, dan untuk mengetahui adanya udara pada lambung dan usus.

Orientasi

Tehnik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan seperti pada gambar. 5.



Gambar.5. Perkusi Abdomen.

Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpanilah yang dominan

karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar.

Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites.

Hepar

Untuk menentukan ukuran hati, dikerjakan sebagai berikut:

- Mulai perkusi dibawah payudara kanan pada LMC kanan dan merupakan daerah paru kanan, hasilnya suara sonor dari paru.
- Kemudian perkusi beberapa sentimeter kebawah sampai suara perkusi lebih pekak dan perhitungan mulai dari titik ini.
- Teruskan kebawah sampai ada perubahan suara perkusi. Titik ini merupakan titik akhir dan kemudian diukur dari titik awal sampai titik akhir. Panjang ukuran disebut *liver span* yang mempunyai angka normal 6-12 cm.

Lien

Lien yang normal terletak pada lengkung diafragma, disebelah posterior garis midaxiler. Suatu daerah kecil suara redup dapat ditemukan di antara suara sonor paru dan suara timpani, tetapi mencari suara redup lien ini tidak banyak gunanya. Perkusi lien hanya berguna kalau dicurigai atau didapatkan splenomegali. Apabila membesar, lien akan membesar ke arah depan, ke bawah dan ke medial, mengganti suara timpani dari lambung dan kolon, menjadi suara redup. Apabila Anda mencurigai splenomegali, cobalah pemeriksaan-pemeriksaan berikut :

1. Perkusilah daerah spatium intercosta terbawah di garis axilaris anterior kiri(gambar 7). Daerah ini biasanya timpanik. Kemudian mintalah penderita untuk menarik napas panjang, dan lakukan perkusi lagi. Apabila lien tidak membesar, suara perkusi tetap timpani. Apabila suara menjadi redup pada inspirasi, berarti ada pembesaran lien. Walaupun demikian kadang-kadang terdapat juga suara redup pada lien normal (falsely positive splenic percussion sign)
2. Perkusilah daerah redup lien dari berbagai arah. Apabila ditemukan daerah redup yang luas, berarti terdapat pembesaran lien



Gambar.7. Perkusi limpa

Pemeriksaan perkusi untuk mengetahui adanya pembesaran lien, dapat terganggu oleh berbagai isi lambung dan kolon, tetapi pemeriksaan ini dapat menunjukkan adanya pembesaran lien sebelum teraba pada palpasi.

PALPASI

Palpasi ringan (superficial) berguna untuk mengetahui adanya ketegangan otot, nyeri tekan abdomen, dan beberapa organ dan masa superficial. Dengan posisi tangan dan lengan bawah horizontal, dengan menggunakan telapak ujung jari-jari secara bersama-sama, lakukanlah gerakan menekan yang lembut, dan ringan. Hindarkan suatu gerakan yang mengentak. Dengan perlahan, rasakan semua kuadran. Carilah adanya masa atau organ, daerah nyeri tekan atau daerah yang tegangan ototnya lebih tinggi (spasme). Apabila terdapat tegangan, carilah apakah ini disadari atau tidak, dengan cara mencoba merelaksasikan penderita, dan melakukan palpasi pada waktu ekspirasi.

Palpasi dalam biasanya diperlukan untuk memeriksa masa abdomen. Dengan menggunakan permukaan palmar dari ujung jari, lakukan palpasi dalam untuk mengetahui adanya masa. Tentukanlah lokasinya, ukurannya, bentuknya, konsistensinya, mobilitasnya, apakah terasa nyeri pada tekanan. Apabila palpasi dalam sulit dilakukan (misalnya pada obesitas atau otot yang tegang), gunakan dua tangan, satu di atas yang lain.

Masa di abdomen dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis : fisiologi (uterus dalam kehamilan); inflamasi (diverticulitis colon atau pseudocyst pancreas); vaskuler (aneurisma aorta); neoplastik (uterus miomatosa, karsinoma kolon, atau ovarium); atau obstruktif (kandung kencing yang teregang).

Mengetahui adanya iritasi peritoneal

Nyeri abdomen dan nyeri tekan abdomen, lebih-lebih bila disertai spasme otot, menunjukkan adanya inflamasi dari peritoneum parietale. Temukanlah daerah ini setepatnya.

Sebelum melakukan palpasi, mintalah penderita untuk batuk, dan temukanlah rasa sakitnya. Kemudian lakukanlah palpasi secara lembut dengan satu jari untuk menentukan daerah nyeri, atau lakukanlah pemeriksaan untuk mengetahui adanya nyeri lepas. Tekan jari Anda pelan-pelan dengan kuat, kemudian tiba-tiba lepaskan tekanan Anda. Apabila pada pelepasan tekanan juga timbul rasa sakit (tidak hanya pada penekanan), dikatakan bahwa nyeri lepas tekan positif.

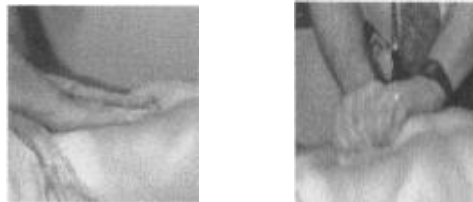
Hepar

Letakkan tangan kiri anda di belakang penderita, menyangga costa ke-11 dan ke-12 dengan posisi sejajar pada costa. Mintalah penderita untuk relaks. Dengan mendorong hepar ke depan, hepar akan lebih mudah teraba dari depan dengan tangan kanan.

Tempatkan tangan kanan Anda pada abdomen penderita sebelah kanan, di sebelah lateral otot rektus, dengan ujung jari ditempatkan di bawah batas bawah daerah redup hepar. Dengan posisi jari tangan menunjuk ke atas atau obliq, tekanlah dengan lembut ke arah dalam dan ke atas.

Mintalah penderita untuk bernapas dalam-dalam. Cobalah merasakan sentuhan hepar pada jari anda pada waktu hepar bergerak ke bawah, dan menyentuh jari Anda. Apabila Anda merasakannya, kendorkanlah tekanan jari Anda, dan Anda dapat meraba permukaan anterior hepar penderita. Apabila anda dapat merasakannya, batas hepar normal adalah lunak, tegas, dan tidak berbenjol-benjol.

Besarnya tekanan pada dinding abdomen pada pemeriksaan hepar tergantung pada tebal-tipisnya otot rektus. Apabila anda susah merabanya, pindahkan palpasi pada daerah yang lebih dekat ke arcus costa. Pemeriksaan dapat juga dilakukan dengan teknik mengait. Berdirilah di sebelah kanan penderita. Letakkanlah kedua tangan Anda bersebelahan di bawah batas bawah redup hepar. Mintalah penderita untuk bernapas dalam-dalam dengan nafas perut, sehingga pada inspirasi hepar dan juga lien dan ginjal akan berada pada posisi teraba



Gambar.8. Cara palpasi

Lien

Letakkan tangan kiri Anda untuk menyangga dan mengangkat costa bagian bawah sebelah kiri penderita. Dengan tangan kanan diletakkan di bawah arcus costa, lakukanlah tekanan ke arah lien. Mulailah palpasi di daerah yang cukup rendah untuk dapat meraba lien yang membesar. Mintalah penderita untuk bernapas dalam-dalam, dan cobalah untuk merasakan sentuhan lien pada ujung jari Anda. Lien yang membesar dapat terlewatkan dari pemeriksaan (tidak dapat teraba) apabila pemeriksa mulai palpasi pada daerah yang terlalu ke atas. Perhatikanlah adakah nyeri tekan, bagaimana permukaannya, dan perkirakanlah jarak antara lien dengan batas terendah dari kosta kiri yang terbawah.

Ulangi pemeriksaan dengan penderita pada posisi miring ke kanan, dengan tungkai fleksi pada paha dan lutut. Pada posisi ini, gaya gravitasi akan menyebabkan lien terdorong ke depan dan ke kanan, sehingga lebih mudah teraba.

Ginjal

Ginjal kanan :

Letakkan tangan kiri Anda di belakang penderita, paralel pada costa ke-12, dengan ujung jari anda menyentuh sudut kostovertebral. Angkat, dan cobalah mendorong ginjal kanan ke depan. Letakkan tangan kanan Anda dengan lembut pada kuadran kanan atas, di sebelah lateral dan sejajar terhadap otot rektus. Mintalah penderita untuk bernapas dalam. Pada waktu puncak inspirasi, tekanlah tangan kanan anda dalam-dalam ke kuadran kanan atas, di bawah arcus costa, dan cobalah untuk “menangkap” ginjal diantara kedua tangan Anda. Mintalah penderita untuk membuang napas dan menahan napas. Pelan-pelan, lepaskan tekanan tangan kanan Anda, dan rasakan bagaimana ginjal akan kembali ke posisi pada waktu ekspirasi. Apabila ginjal teraba, tentukan ukurannya, dan ada/tidaknya nyeri tekan.



Gambar.9. Lokasi ginjal dengan pandangan posterior

Ginjal kiri

Untuk meraba ginjal kiri, pindahlah ke sebelah kiri penderita. Gunakan tangan kanan Anda untuk menyangga dan mengangkat dari belakang, dan

tangan kiri untuk meraba pada kuadran kiri atas. Lakukan pemeriksaan seperti ginjal kanan. Ginjal kiri yang normal jarang dapat teraba.

Nyeri ketok ginjal

Nyeri tekan ginjal mungkin dapat timbul pada pemeriksaan palpasi, tapi periksalah juga pada daerah sudut costovertebralis. Kadang-kadang tekanan ujung jari dapat menimbulkan nyeri, tetapi seringkali harus digunakan kepalan tangan untuk menumbuhkan nyeri ketok ginjal, letakkan satu tangan pada sudut kostovertebra, dan pukullah dengan sisi ulnar kepalan tangan Anda.

Pemeriksaan Aorta

Tekanlah kuat-kuat abdomen bagian atas, sedikit di sebelah kiri garis tengah, dan rasakan adanya pulsasi aorta. Pada penderita di atas 50 tahun, cobalah memperkirakan lebar aorta dengan menekan kedua tangan pada kedua sisi.

PEMERIKSAAN KHUSUS

Pemeriksaan asites

Karena cairan asites akan mengalir sesuai gravitasi, sedangkan gas dan udara akan mengapung di atas, perkusi akan menghasilkan pola suara perkusi yang khas. Tandailah batas antara daerah timpani dan redup.

1. Test suara redup berpindah

Setelah menandai batas suara timpani dan redup, mintalah penderita untuk miring ke salah satu sisi tubuhnya, lakukanlah perkusi lagi, dan amatilah batas timpani dan redup. Pada penderita tanpa asites, batas ini tidak berubah dengan perubahan posisi.

2. Test undulasi

Mintalah penderita atau asisten untuk Gambar. 10. Tes Undulasi



menekan kedua tangan pada midline dari abdomennya. Kemudian ketuklah satu sisi abdomennya dengan ujung jari anda, dan rasakan pada sisi yang lain dengan ujung jari anda, dan rasakan pada sisi yang lain

dengan tangan anda yang lain, adanya getaran yang diteruskan oleh cairan asites.

Tes untuk apendisitis

1. Mintalah penderita untuk menunjuk tempat mula-mula rasa sakit dan tempat yang sekarang terasa sakit. Mintalah penderita untuk batuk. Amatilah apakah timbul rasa sakit. Rasa sakit pada apendisitis khas mulai dari daerah sekitar umbilicus dan kemudian bergeser ke kanan bawah dan terasa sakit pada waktu batuk.
2. Cari dengan teliti daerah nyeri tekan. Rasa sakit daerah kuadran kanan bawah mungkin menunjukkan apendisitis.
3. Rasakan dengan spasme otot
4. Lakukan pemeriksaan rektal. Pemeriksaan ini dapat membedakan apendiks normal dengan yang meradang. Rasa sakit pada kuadran kanan bawah mungkin berarti peradangan pada adnexa vesicular seminalis atau apendiks.

Beberapa pemeriksaan lain :

1. Lakukan pemeriksaan nyeri lepas tekan pada daerah yang nyeri tekan. Nyeri tekan lepas menunjukkan adanya peradangan peritoneum, misalnya pada apendisitis.
2. Lakukanlah pemeriksaan tanda Rovsing dan penjalaran nyeri lepas-tekan. Tekan dalam-dalam pada kuadran kanan bawah, kemudian lepaskan secara mendadak. Rasa sakit pada kuadran kanan bawah pada waktu kiri bawah ditekan menunjukkan Rovsing positif. Rasa sakit pada kanan bawah pada waktutekanan dilepas menunjukkan penjalaran nyeri tekan lepas positif.
3. Lakukan pemeriksaan tanda Psoas. Letakkan tangan Anda di atas lutut kanan penderita, dan mintalah penderita untuk mengangkat lututnya melawan tangan Anda. Cara lain, penderita berbaring miring ke kiri, tekuk tungkai kanan pada sendi paha. Timbulnya/bertambahnya rasa sakit menunjukkan tanda psoas positif, berarti ada iritasi otot psoas oleh apendiks yang meradang.
4. Periksa tanda obturator. Tekuk tungkai penderita pada sendi paha dengan lutut menekuk, kemudian putarlah ke dalam. Nyeri pada daerah hipogastrik kanan menunjukkan tanda obturator positif, berarti terdapat iritasi otot obturator.
5. Carilah adanya daerah kulit yang hyperetesi, dengan mencubit perlahan beberapa tempat. Dalam keadaan normal, tindakan ini tidak menimbulkan rasa sakit.

Pemeriksaan untuk kecurigaan terhadap kolesistitis akuta:

Apabila ada rasa sakit dan nyeri tekan di daerah kanan atas, lakukanlah pemeriksaan *Murphy's sign*. Kaitkan ibu jari atau jari-jari tangan kiri Anda di bawah tepi costa dimana batas lateral muskulus rektus menyilang kosta. Mintalah penderita untuk napas dalam-dalam. Amatilah pernapasan dan derajat nyerinya. Penambahan rasa sakit yang tajam yang ditandai dengan *Murphy's sign* yang positif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Goldberg C.2001.Examination of Abdomen A Practical Guide to Clinical Medicine. University of Colorado.
2. Rathe R.2000.Examination of the Abdomen. University of Florida.
3. DeGowin RL, Donald D Brown.2000.Diagnostic Examination. McGraw-Hill.USA.

CHECK LIST PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN

NAMA :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	SKOR		
		0	1	2
1.	Mempersilakan penderita untuk berbaring telentang			
2.	Meminta penderita untuk membuka bajunya seperlunya agar daerah pemeriksaan terbuka			
3.	Berusaha membuat penderita rileks dengan menekuk lutut dan mengajak berbicara			
4.	Meminta penderita untuk memberikan respons terhadap pemeriksaan (rasa sakit)			
5.	Berdiri atau duduk di sebelah kanan penderita			
	INSPEKSI			
1.	Melakukan inspeksi abdomen dengan posisi berdiri			
2.	Melakukan inspeksi terhadap peristaltic dengan membungkuk atau duduk			
	AUSKULTASI			
3.	Melakukan auskultasi sebelum perkusi dan palpasi			
4.	Melakukan auskultasi pada tempat-tempat yang benar			
	PERKUSI			
1.	Melakukan perkusi sebagai orientasi pada keempat kuadran abdomen			
2.	Melakukan perkusi untuk menentukan batas atas dan batas bawah hepar pada garis midklavikula			
3.	Melakukan perkusi lien di spatium interkosta di bawah garis axilaris anterior kiri			
4.	Meminta penderita menarik napas, kemudian mengulangi perkusi yang sama			
5.	Melakukan pemeriksaan untuk mengetahui adanya ascites			
	PALPASI			
1.	Melakukan palpasi superficial secara menyeluruh			
2.	Melakukan pemeriksaan untuk nyeri tekan dan nyeri lepas tekan			
3.	Melakukan palpasi hepar			
4.	Melakukan palpasi lien			
5.	Melakukan palpasi ginjal			
6.	Melakukan palpasi kantung kemih dan aorta			

Keterangan :

0 : tidak dilakukan

1 : dilakukan, tetapi tidak sempurna

2 : dilakukan dengan sempurna

Purwokerto, 2005

Penguji

Nilai = _____ x 100 % =.....

.....