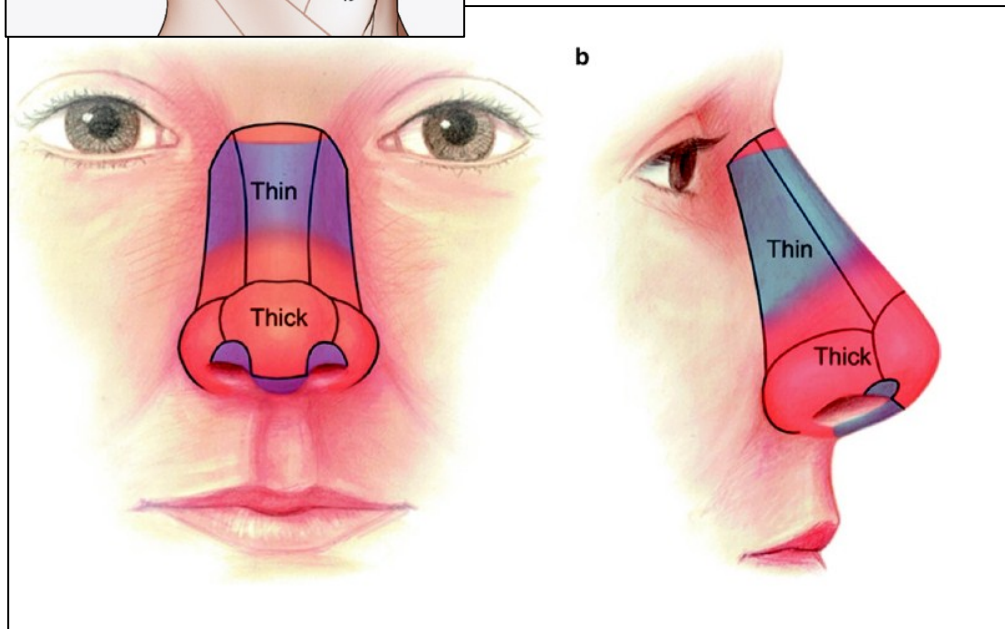
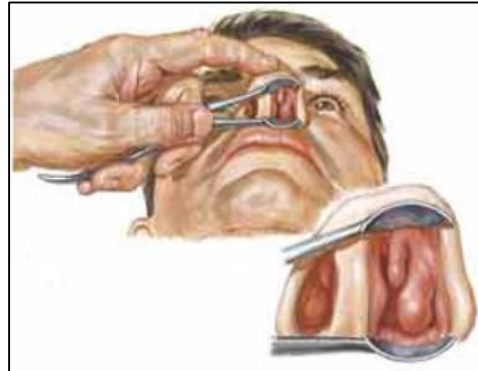
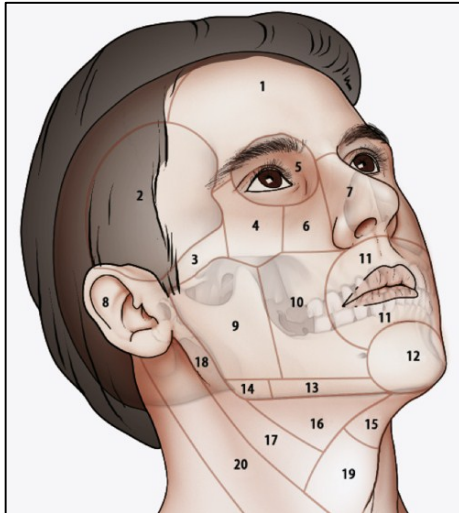


PENUNTUN KETERAMPILAN KLINIS
PEMERIKSAAN HIDUNG
Dan
PEMASANGAN TAMPON
BLOK 2.6 GANGUAN RESPIRASI



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI & PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS ANDALAS
FAKULTAS KEDOKTERAN
PADANG 2016

Kontributor :

Dr. Yan Edward, Sp.THT-KL(K)
Dr. Fachzi Fitri, Sp.THT-KL, MARS
Dr. Novialdi, Sp.THT-KL(K)
Dr. Bestari J. Budiman, Sp.THT-KL(K)
Dr. Effy Huriyati, Sp.THT-KL(K)
Dr. Jacky Munilson, Sp.THT-KL(K)
Dr. Sukri Rahman, Sp.THT-KL(K), FICS
Dr, Nirza Wardo, Sp.THT-KL
Dr. Ade Asyari, Sp.THT-KL
Dr. Al Hafiz, Sp.THT-KL
Dr. Dolly Irfandy, Sp.THT-KL
Dr. Rossy Rosalinda, Sp.THT-KL

PEMERIKSAAN HIDUNG

PEMASANGAN TAMPON

PENDAHULUAN

Pemeriksaan hidung (pemeriksaan fisik hidung luar, rinoskopi anterior, demonstrasi pemasangan tampon anterior dan rinoskopi posterior) merupakan salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh mahasiswa kedokteran dalam menyelesaikan pendidikannya, sebagaimana tercantum dalam Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) 2012 dimana kompetensi pemeriksaan fisik hidung merupakan kompetensi 4, artinya semua mahasiswa harus mampu melakukannya secara mandiri, seperti terlihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 1. Daftar penyakit pada sistem respirasi (hidung) SKDI 2012

HIDUNG		
Hidung dan Sinus Hidung		
86	Deviasi septum hidung	2
87	★ Furunkel pada hidung	★ 4A
88	★ Rhinitis akut	★ 4A
89	★ Rhinitis vasomotor	★ 4A
90	★ Rhinitis alergika	★ 4A
91	Rhinitis kronik	3A
92	Rhinitis medikamentosa	3A
93	Sinusitis	3A
94	Sinusitis frontal akut	2
95	Sinusitis maksilaris akut	2
96	Sinusitis kronik	3A
97	★ Benda asing	★ 4A
98	★ Epistaksis	★ 4A
99	Etmoiditis akut	1
100	Polip	2

Tabel 2. Daftar kompetensi keterampilan pada sistem respirasi (hidung) SKDI 2012

Indra Penciuman		
59	★ Inspeksi bentuk hidung dan lubang hidung	★ 4A
60	★ Penilaian obstruksi hidung	★ 4A
61	★ Uji penciuman	★ 4A
62	★ Rinoskopi anterior	★ 4A
63	★ Transluminasi sinus frontalis & maksila	★ 4A
64	Nasofaringoskopi	2
65	USG sinus	1
66	Radiologi sinus	2
67	Interpretasi radiologi sinus	3
98	★ Menghentikan perdarahan hidung	★ 4A
99	★ Pengambilan benda asing dari hidung	★ 4A

Keterampilan pemeriksaan fisik sistem respirasi (hidung) meliputi keterampilan melakukan anamnesis terkait penyakit sistem respirasi dan pemeriksaan fisik hidung yakni pemeriksaan hidung luar, rinoskopi anterior, demonstrasi pemasangan tampon anterior dan rinoskopi posterior.

Keterampilan klinis ini nantinya dapat diaplikasikan oleh mahasiswa pada tingkat klinik dalam menegakkan diagnosis penyakit-penyakit sistem respirasi berdasarkan profesionalitas yang luhur sesuai dengan tuntutan area kompetensi dalam SKDI 2012 yang disusun dengan urutan sebagai berikut :

1. Profesionalitas yang Luhur
2. Mawas Diri dan Pengembangan Diri
3. Komunikasi Efektif
4. Pengelolaan Informasi
5. Landasan Ilmiah Ilmu Kedokteran
6. Keterampilan Klinis
7. Pengelolaan Masalah Kesehatan

Agar mahasiswa dapat memahami prinsip - prinsip dalam melakukan pemeriksaan fisik hidung maka di dalam modul ini dibuatkan panduan yang akan menuntun mahasiswa memahami mulai dari anatomi fisiologi saluran nafas atas dan hidung sampai bagaimana teknik melakukan pemeriksaan fisik hidung dengan baik.

Pada akhir modul ini diharapkan mahasiswa dapat menguasai keterampilan dalam melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik hidung sesuai dengan tujuan pembelajaran berikut :

Tujuan Pembelajaran Umum

1. Melakukan anamnesis keluhan- keluhan respirasi
2. Mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan sistem respirasi (hidung)
3. Melakukan pemeriksaan fisik hidung meliputi : pemeriksaan hidung luar, rinoskopi anterior, demonstrasi pemasangan tampon anterior dan rinoskopi posterior.

Tujuan Pembelajaran Khusus

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri pada pasien.
2. Melakukan anamnesis keluhan respirasi sebagai data dasar dalam melakukan pemeriksaan fisik .
3. Menginformasikan tujuan dari pemeriksaan/test yang akan dilakukan serta mendapatkan izin melakukan pemeriksaan dari pasien atau keluarga.
4. Mempersiapkan pasien untuk dilakukan pemeriksaan
5. Menyuruh pasien agar melakukan apa-apa yang diminta oleh pemeriksaan
6. Melakukan pemeriksaan fisik hidung luar (menilai deformitas yang ada, kelainan bawaan, trauma, infeksi)
7. Melakukan pemeriksaan rinoskopi anterior (mampu menilai kavum nasi, sekret/cairan, konka media/inferior, septum nasi, deskripsi tentang massa)
8. Melihat dan memahami bagaimana membuat dan memasang tampon anterior hidung (tampon rol dan kapas)

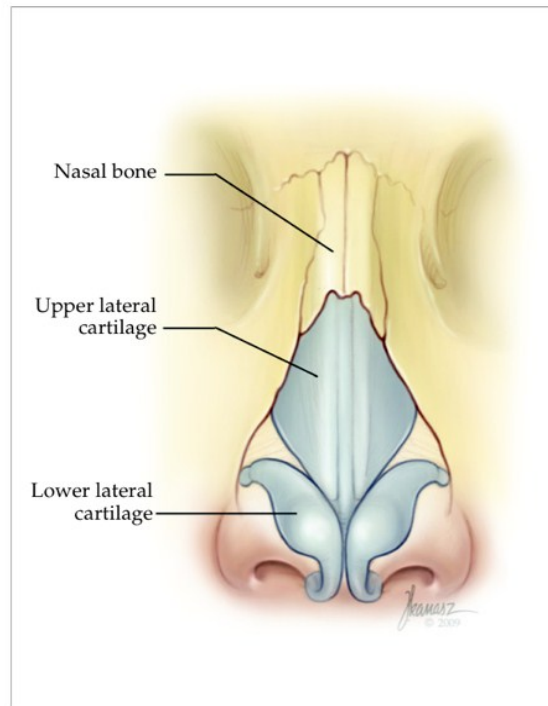
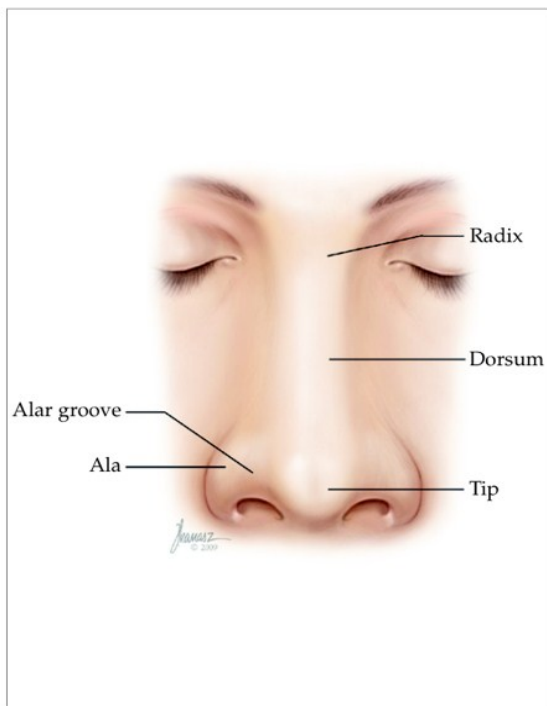
9. Melihat dan memahami pemeriksaan rinoskopi posterior : yang dinilai adalah septum nasi bagian posterior, koana, sekret dibelakang faring (post nasal drip), konka, massa di nasofaring, muara tuba, torus tubarius dan fossa Rosenmuller)

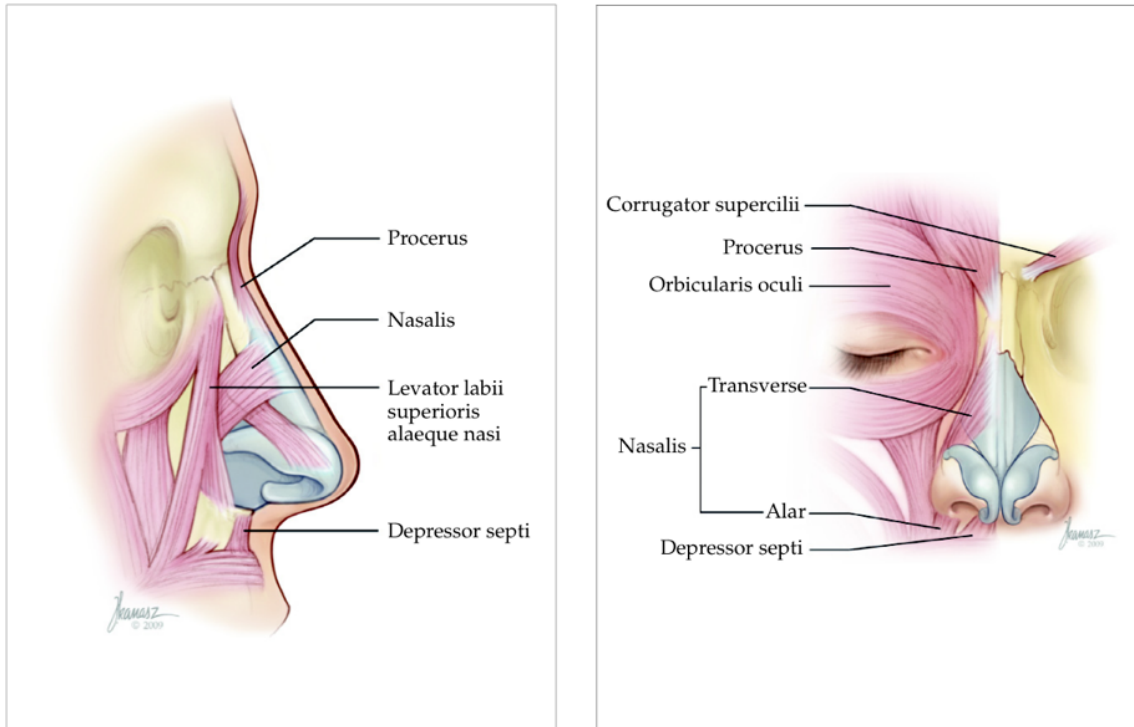
ANATOMI DAN FISILOGI HIDUNG

Untuk mengetahui penyakit atau kelainan hidung, perlu diingat kembali tentang anatomi hidung. Anatomi dan fisiologis normal harus diketahui dan diingat kembali sebelum terjadi perubahan anatomi dan fisiologi yang dapat berlanjut menjadi suatu penyakit atau kelainan.

Hidung luar berbentuk piramid dengan bagian-bagiannya :

- 1) Pangkal hidung (bridge)
- 2) Batang hidung (dorsum nasi)
- 3) Puncak hidung (tip)
- 4) Ala nasi
- 5) Kolumela
- 6) Lobang hidung (nares anterior)





Gambar 1. Anatomi Hidung

Hidung luar dibentuk oleh kerangka tulang dan tulang rawan yang dilapisi oleh kulit, jaringan ikat dan beberapa otot kecil yang berfungsi untuk melebarkan atau menyempitkan lubang hidung.

Kerangka tulang terdiri dari :

- 1) Tulang hidung (os nasal)
- 2) Prosesus frontalis os maksila
- 3) Prosesus nasalis os frontalis

Sedangkan kerangka tulang rawan terdiri dari beberapa pasang tulang rawan yang terletak di bawah hidung, yaitu :

- 1) Sepasang kartilago nasalis lateralis superior
- 2) Sepasang kartilago nasalis lateralis inferior (cartilago alar mayor)
- 3) Tepi anterior cartilago septum nasi

Rongga hidung atau kavum nasi berbentuk terowongan dari depan ke belakang dipisahkan oleh septum nasi di bagian tengahnya menjadi kavum nasi kanan dan kavum nasi kiri. Pintu atau lobang masuk bagian depan disebut nares anterior dan lobang belakang disebut dengan nares posterior (koana) yang menghubungkan kavum nasi dengan nasofaring.

Bagian dari kavum nasi yang letaknya sesuai dengan ala nasi, tepat di belakang nares anterior, disebut vestibulum. Vestibulum ini dilapisi oleh kulit yang mempunyai banyak kelenjer sebacea dan rambut-rambut panjang yang disebut vibrise.

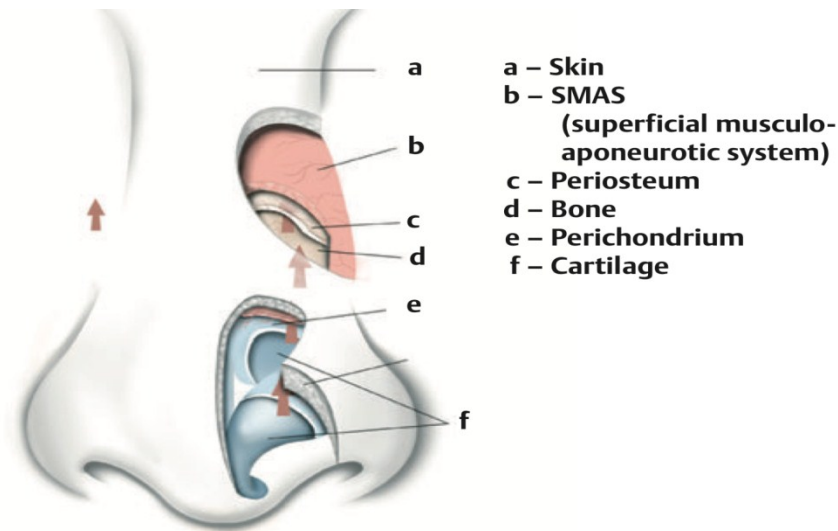
Tiap kavum nasi mempunyai 4 buah dinding yaitu dinding medial, lateral, inferior dan superior.

Dinding medial hidung adalah septum nasi. Septum dibentuk oleh tulang dan tulang rawan. Bagian tulang adalah :

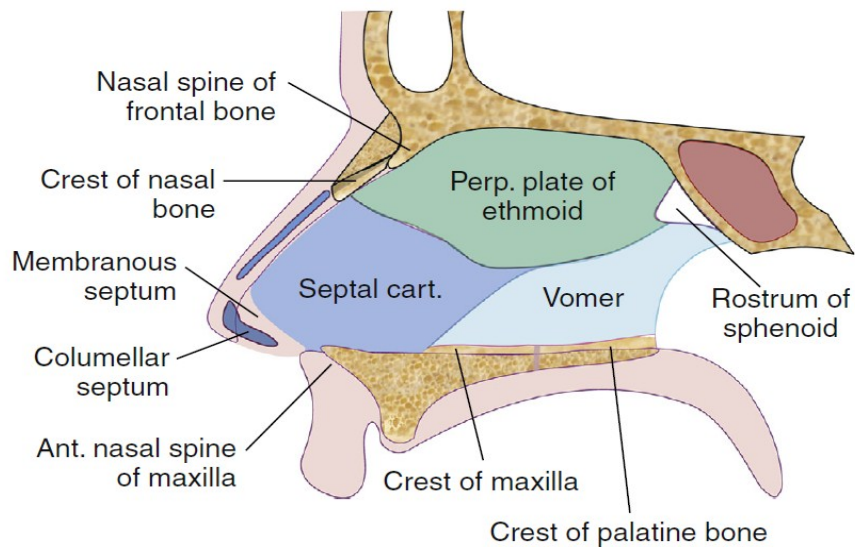
1. Lamina perpendikularis os ethmoid
2. Vomer
3. Krista nasalis os maksila
4. Krista nasalis os palatina.

Bagian tulang rawan adalah :

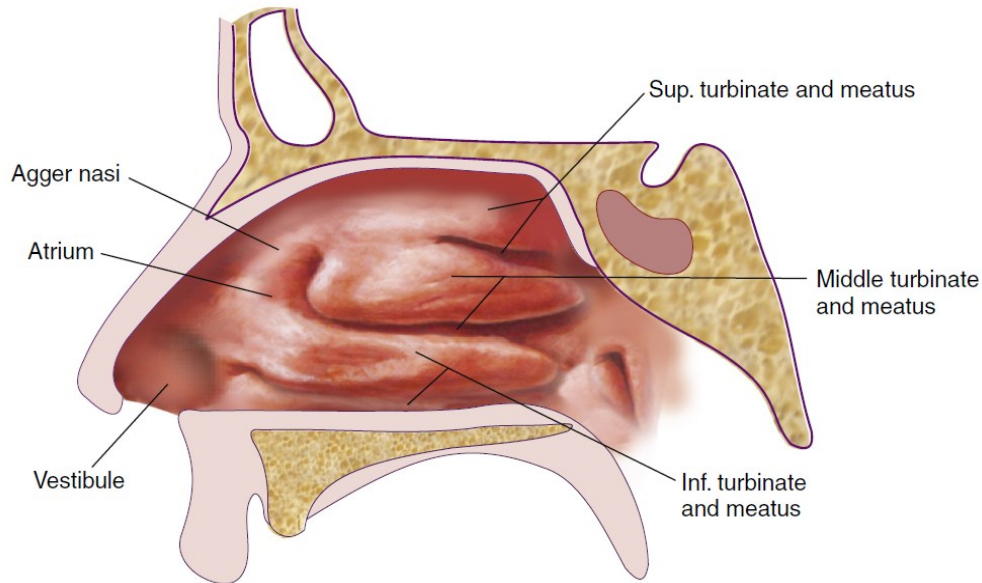
1. Kartilago septum (lamina kuadrangularis)
2. Kolumela



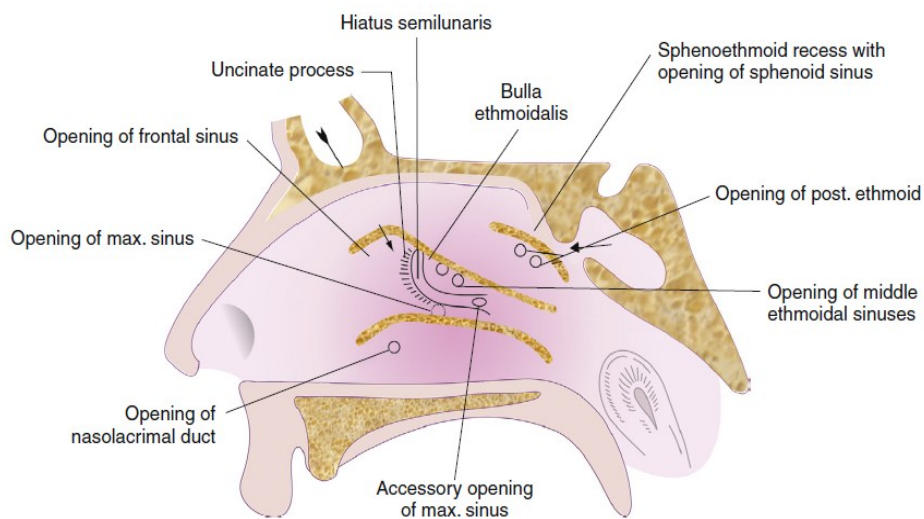
Gambar 2. Penampang anatomi laisan hidung



Gambar 3. Septum nasi



Gambar 4. Dinding lateral hidung



Gambar 5. Dinding lateral hidung (konka dibuang)

Septum dilapisi oleh perikondrium pada bagian tulang rawan dan periosteum pada bagian tulang, sedangkan luarnya dilapisi oleh mukos hidung.

Pada dinding lateral terdapat tiga buah konka, yaitu yang terbesar dan letaknya paling bawah ialah konka inferior, kemudian yang lebih kecil konka media, lebih kecil lagi konka superior, sedangkan yang terkecil (rudimenter) dinamakan konka suprema.

Konka inferior merupakan tulang tersendiri yang melekat pada os maksila dan labirin ethmoid, sedangkan konka media, superior dan suprema merupakan bagian dari labirin ethmoid.

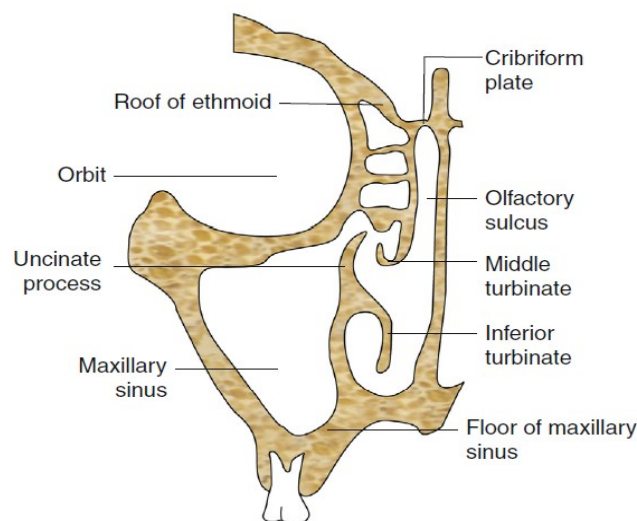
Di antara konka-konka dan dinding lateral hidung terdapat rongga sempit yang disebut meatus. Tergantung letak meatus, ada tiga meatus yaitu meatus inferior, medius dan superior. Pada meatus inferior terdapat muara (ostium) duktus nasolakrimalis. Meatus medius terletak di antara konka media dan dinding lateral hidung. Pada meatus medius terdapat muara sinus frontal, sinus maksila dan sinus ethmoid

anterior. Pada meatus superior yang merupakan ruang di antara konka superior dan konka media terdapat muara sinus ethmoid posterior dan sinus sfenoid.

Batas Rongga Hidung

Dinding inferior merupakan dasar rongga hidung dan dibentuk oleh os maksila dan os palatum. Dinding superior atau atap hidung sangat sempit dan dibentuk lamina kribriiformis, yang memisahkan rongga tengkorak dari rongga hidung. Lamina kribriiformis merupakan lempeng tulang berasal dari os ethmoid, tulang ini berlobang lobang (kribrosa=saringan) tempat masuknya serabut-serabut saraf olfaktorius. Di bagian posterior, atap rongga hidung dibentuk oleh os sfenoid.

Kompleks Osteomeatal (KOM)



Gambar 6. Kompleks Osteomeatal

Kompleks osteomeatal (KOM) merupakan celah pada dinding lateral hidung yang dibatasi oleh konka media dan lamina papirasea. Struktur anatomi penting yang membentuk KOM adalah prosesus uncinatus, infundibulum ethmoid, hiatus semilunaris, bula ethmoid, agger nasi dan resesus frontalis. Jika terjadi obstruksi atau sumbatan pada celah yang sempit ini maka akan terjadi perubahan patologis yang signifikan pada sinus sinus yang terkait.

Perdarahan Hidung

Bagian atas rongga hidung mendapat pendarahan dari a. ethmoid anterior dan posterior yang merupakan cabang dari a. optalmika dari a. karotis interna.

Bagian bawah rongga hidung mendapat pendarahan dari cabang a. maksilaris interna, diantaranya ialah ujung a. palatina mayor, dan a. sfenopalatina yang keluar dari foramen sfenopalatina bersama n. sfenopalatina dan memasuki rongga hidung di belakang ujung posterior konka media.

Bagian depan hidung mendapat pendarahan dari cabang-cabang a. fasialis. Pada bagian depan septum terdapat anastomosis dari cabang-cabang a. sfenopalatina, a. ethmoid anterior, a. labialis superior,

dan a. palatina mayor., yang disebut pleksus Kiesselbach (Little's area). Pleksus Kieselbach letaknya superfisial dan mudah cedera oleh trauma, sehingga sering menjadi sumber epistaksis (perdarahan hidung), terutama pada anak anak.

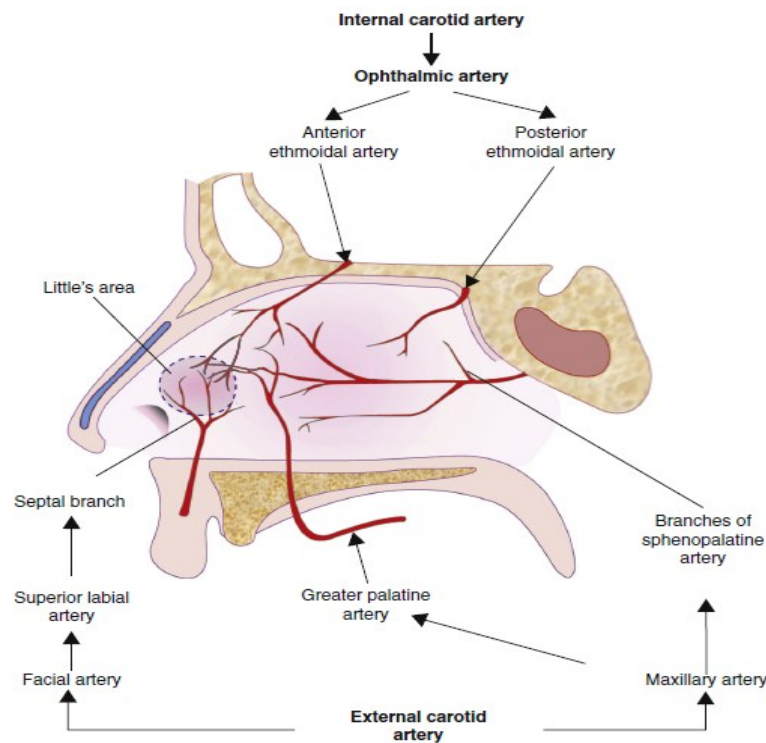
Vena vena hidung mempunyai nama yang sama dan berjalan berdampingan dengan arterinya. Vena di vestibulum dan struktur luar hidung bermuara ke v. optalmika yang berhubungan dengan sinus kovernosus, vena vena di hidung tidak mempunyai katup, sehingga merupakan faktor predisposisi untuk mudahnya penyebaran infeksi sampai ke intrakranial.

Persarafan Hidung

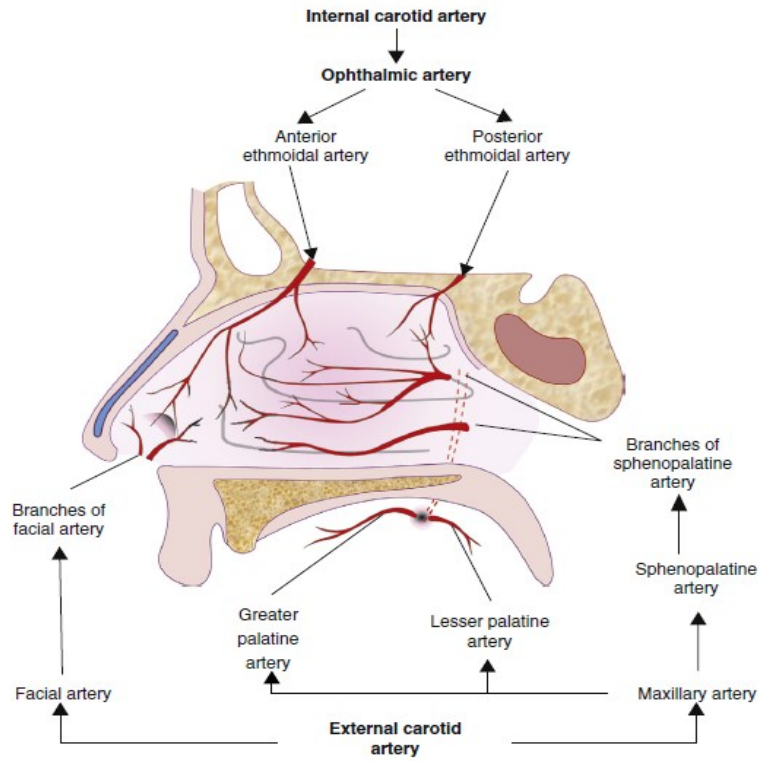
Bagian depan dan atas rongga hidung mendapat persarafan sensoris dari n. ethmoidalis anterior, yang merupakan cabang dari n. nasosiliaris, yang berasal dari n. optalmikus (N V-1).

Rongga hidung lainnya, selain memberikan persarafan sensoris, juga memberikan persarafan vasomotor atau otonom untuk mukosa hidung. Ganglion sfenopalatina terletak di belakang dan sedikit di atas ujung posterior konka media.

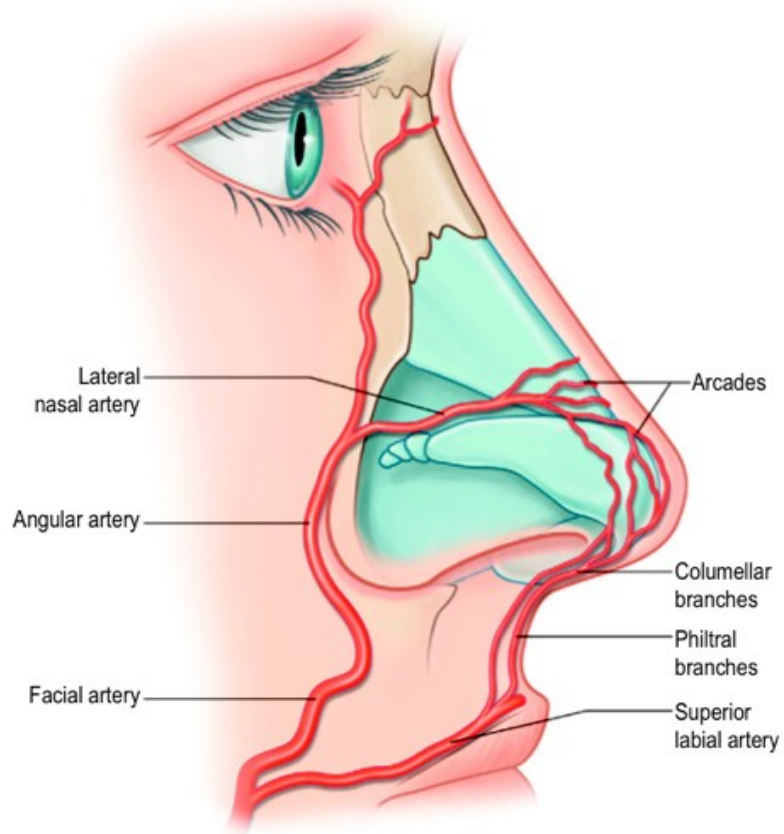
Fungsi penghidu berasal dari n. olfaktorius. Saraf ini turun melalui lamina kribrosa dari permukaan bawah bulbus olfaktorius dan kemudian berakhir pada sel sel reseptor penghidu pada mukosa olfaktorius di daerah sepertiga atas hidung.



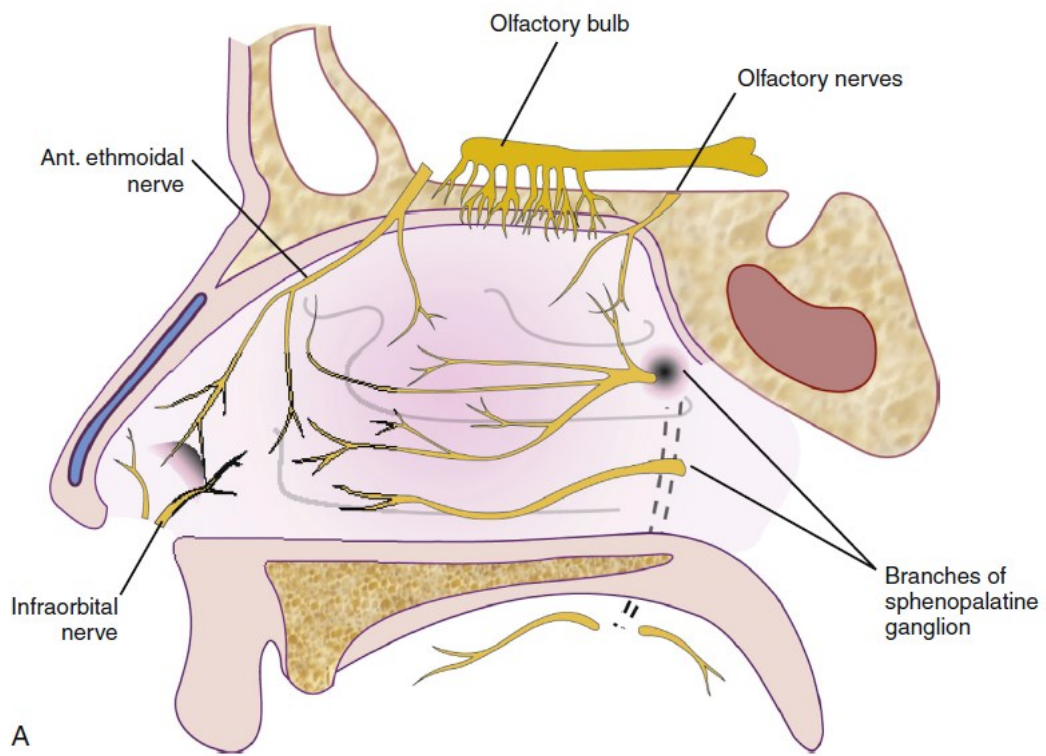
Gambar 7. Pendarahan Septum



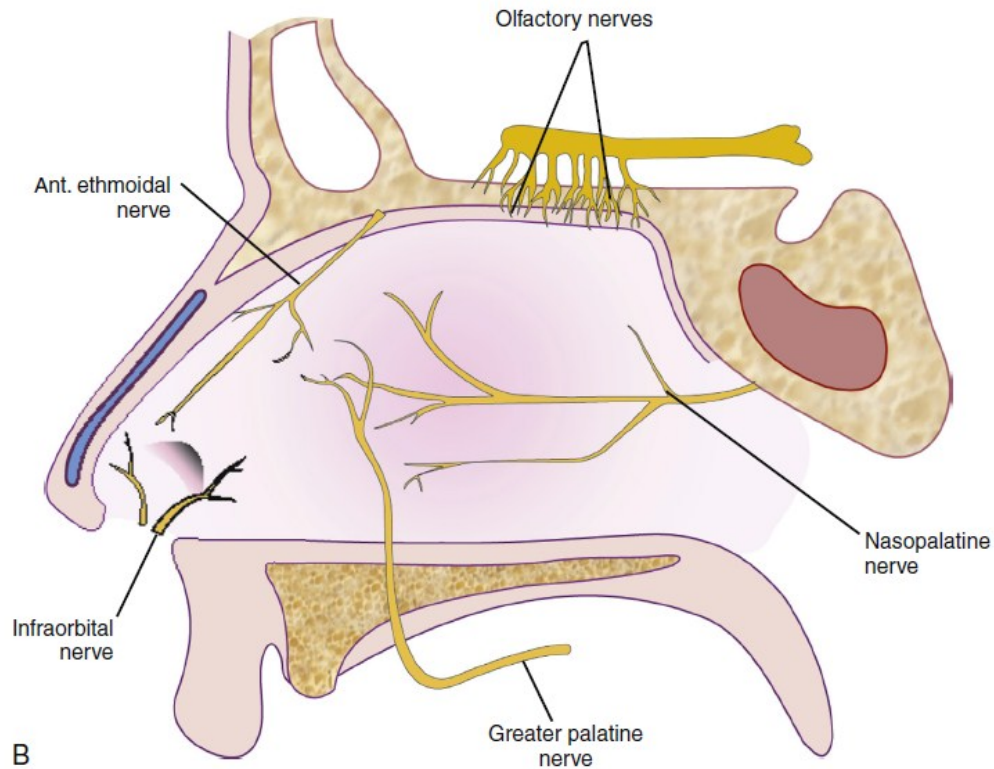
Gambar 8. Pendarahan dinding lateral hidung



Gambar 9. Pendarahan hidung luar



Gambar 10. Persarafan dinding lateral hidung



Gambar 11. Persarafan septum

MENEGAKKAN DIAGNOSIS ATAU KELAINAN PADA HIDUNG

Untuk dapat menegakkan diagnosis suatu penyakit atau kelainan di telinga, hidung, dan tenggorok diperlukan kemampuan melakukan anamnesis dan pemeriksaan organ-organ tersebut. Kemampuan ini merupakan bagian dari pemeriksaan fisik bila terdapat keluhan atau gejala yang berhubungan dengan kepala dan leher. Banyak penyakit sistematis yang bermanifestasi di daerah telinga, hidung atau tenggorok demikian juga sebaliknya. Untuk mendapatkan kemampuan dan keterampilan ini, perlu latihan yang berulang-ulang.

Kamar Periksa THT

Kamar periksa THT memerlukan sebuah meja alat yang berisi alat-alat THT (THT set) dengan lampu kepala yang arah sinarnya dapat disesuaikan dengan posisi organ yang akan diperiksa. serta (suction) serta obat-obatan dalam botol yang diperlukan untuk pemeriksaan.

Di samping meja alat harus disiapkan kursi yang dapat diputar, ditinggikan serta dapat direbahkan sebagai tempat berbaring untuk pasien sesuai dengan posisi yang diinginkan pada pemeriksaan dan kursi dokter yang juga dapat berputar yang diletakkan saling berhadapan.

Jika kursi pasien seperti itu tidak ada sebaiknya selain dari kursi pasien, disediakan juga sebuah tempat tidur.



Gambar 12. Posisi dokter dan pasien pada pemeriksaan THT



Gambar 13. Alat-alat pemeriksaan hidung

ANAMNESIS

Anamnesis merupakan teknik wawancara dengan pasien dalam rangka mengali informasi terkait penyakit yang sedang dideritanya. Anamnsis didahului dengan membuat hubungan emosional yang baik antara dokter dengan pasien. Hal yang ditanyakan pada anamnesis meliputi; identitas pasien secara lengkap, keluhan utama yang menyebabkan pasien datang berobat, keluhan penyakit sekarang, riwayat pengobatan & alergi obat, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat sosial ekonomi (pekerjaan, kebiasaan dll).

Keluhan yang sering berhubungan dengan penyakit respirasi diantaranya, sumbatan hidung, cairan keluar dari hidung dan tenggorok, bersin bersin berulang, rasa nyeri di daerah muka dan kepala, prdarahan dari hidung dan gangguan penghidu.

Pasien tidak jarang datang dengan keluhan yang beragam misalnya ; adanya sumbatan hidung disertai keluarnya cairan hidung dan sebagainya. Perlu ditanyakan keluhan mana yang paling menonjol yang menjadi alasan pasien datang berobat yang menjadi keluhan utamanya.

Keluhan utama yang sudah di sampaikan oleh pasien harus dipertegas dengan beberapa pertanyaan yang dapat mempertajam analisis dan dilengkapi dengan pertanyaan tentang riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat pengobatan, riwayat penyakit keluarga, riwayat pekerjaan sosial ekonomi.

PEMERIKSAAN FISIK HIDUNG, NASOFARING DAN SINUS PARANASAL

Pasien duduk dengan posisi badan condong ke depan dan kepala lebih tinggi sedikit dari kepala pemeriksa untuk memudahkan melihat hidung.

Atur lampu kepala supaya fokus dan tidak mengganggu pergerakan, kira kira 20-30 cm di depan dada pemeriksa dengan sudut kira kira 60 derajat, lingkaran focus dari lampu, diameter 2-3 cm.



Gambar 14. Pemakaian lampu kepala yang benar

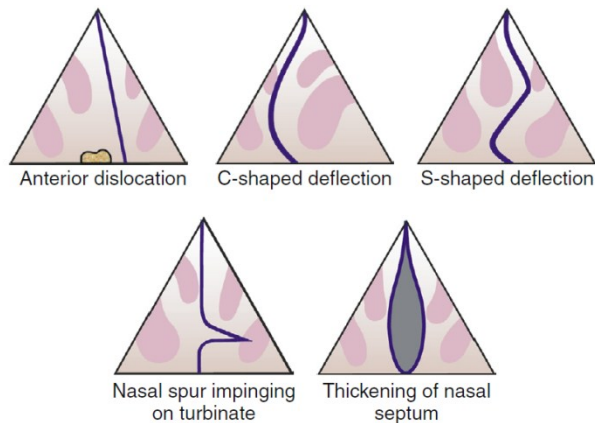
Hidung Luar

Bentuk hidung luar diperhatikan apakah ada deviasi atau depresi tulang hidung. Apakah ada pembengkakan di daerah hidung dan sinus paranasal. Dengan jari dapat dipalpasi adanya krepitasi tulang hidung atau rasa nyeri tekan pada peradangan hidung dan sinus paranasal.

RINOSKOPI ANTERIOR

- Pasien duduk menghadap pemeriksa. Spekulum hidung dipegang dengan tangan kiri, arah horizontal, dengan jari telunjuk ditempelkan pada dorsum nasi.
- Tangan kanan untuk mengatur posisi kepala. Spekulum dimasukkan ke dalam rongga hidung dalam posisi tertutup, dan dikeluarkan dalam posisi sedikit terbuka.
- Saat pemeriksaan diperhatikan keadaan :
 - Rongga hidung, luasnya lapang/sempit (dikatakan lapang kalau dapat dilihat pergerakan palatum mole bila pasien disuruh menelan),
 - Adanya sekret, lokasi serta asal sekret tersebut. Jika terdapat sekret kental yang keluar daridaerah antara konka media dan konka inferior kemungkinan sinusitis maksila, sinusitis frontal dan sinusitis etmoid anterior, sedangkan sekret yang terdapat di meatus superior berarti sekret berasal dari sinus etmoid posterior atau sinus sphenoid

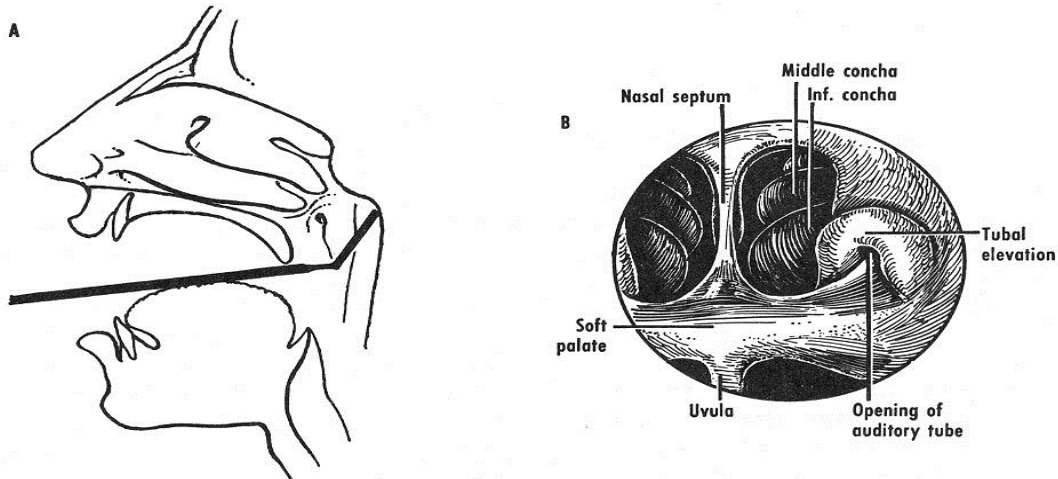
- Konka inferior, konka media dan konka superior warnanya merah muda (normal), pucat atau hiperemis. Besarnya, eutrofi, atrofi, edema atau hipertrofi.
- Septum nasi cukup lurus, deviasi, krista dan spina.
- Massa dalam rongga hidung, seperti polip atau tumor perlu diperhatikan keberadaannya.
- Asal perdarahan di rongga hidung, krusta yang bau dan lain-lain perlu diperhatikan.



Gambar 15. Rinoskopi Anterior dan tipe-tipe septum deviasi

RINOSKOPI POSTERIOR

- Untuk pemeriksaan ini dipakai kaca tenggorok no. 2-4. Kaca ini dipanaskan dulu dengan lampu spritus atau dengan merendamkannya di air panas supaya kaca tidak menjadi kabur oleh nafas pasien.
- Sebelum dipakai harus diuji dulu pada punggung tangan pemeriksa apakah tidak terlalu panas.
- Lidah pasien ditekan dengan spatula lidah, pasien bernafas melalui mulut kemudian kaca tenggorok dimasukkan ke belakang uvula dengan arah kaca ke atas. Setelah itu pasien diminta bernafas melalui hidung. Perlu diperhatikan kaca tidak boleh menyentuh dinding posterior faring supaya pasien tidak terangsang untuk muntah.
- Sinar lampu kepala diarahkan ke kaca tenggorok dan diperhatikan :
 - septum nasi bagian belakang
 - nares posterior (koana)
 - sekret di dinding belakang faring (*post nasal drip*) dengan memutar kaca tenggorok lebih ke lateral maka tampak konka superior, konka media dan konka inferior.
 - Dapat dilihat nasopharing, perhatikan muara tuba, torus tubarius dan massa di fossa Rossenmuller.



Gambar 16. Rinoskopi posterior



Gambar 17. Pemeriksaan rinoskopi posterior dan pasase udara hidung

PEMASANGAN TAMPON ANTERIOR

Dalam kasus epistaksis anterior aktif, hidung dibersihkan dari gumpalan darah oleh penghisap atau *suction* dan upaya dilakukan untuk melihat sumber pendarahan. Pada perdarahan minor, dilakukan pertolongan pertama dengan melakukan menekan ala nasi atau cuping hidung selama lebih kurang 5-10

menit. Jika perdarahan tidak berhenti, jika sumber perdarahan dapat terlihat, kauterisasi daerah perdarahan dapat dilakukan dengan menggunakan AgNO_3 .

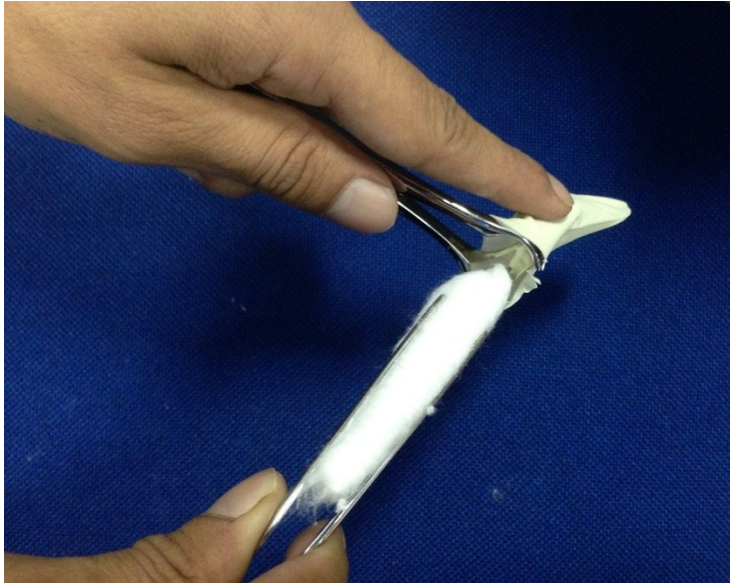
Jika perdarahan berlangsung lebih berat dan sumber perdarahan sulit untuk dilokalisasi, tampon anterior harus dilakukan. Tampon yang digunakan adalah tampon yang terbuat dari kapas dan potongan jari-jari handscoen, lalu diikat dengan benang.

Caranya pertama, diambil kapas dengan ukuran $0 \times 0 \times 0$ cm, dilipat dan dimasukkan ke dalam potongan jari-jari handscoen. Diameter jari-jari handscoen disesuaikan dengan diameter dan panjang rongga hidung (panjang rongga hidung 5-7 cm). Tampon handscoen ini lalu dimasukkan dengan menggunakan pinset dan speculum hidung dengan cara sejajar dengan lantai hidung (Gambar)

Tampon dapat dilepas setelah 48 jam, jika perdarahan telah berhenti. Kadang-kadang, itu harus terus selama 2-3 hari; dalam kasus itu, antibiotik sistemik harus diberikan untuk mencegah infeksi sinus dan toxic shock syndrome.









Gambar 18. Metode pemasangan tampon anterior

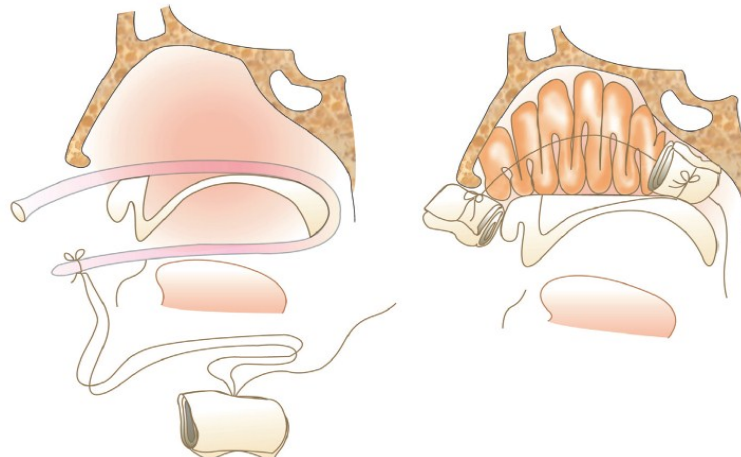
TAMPON POSTERIOR

Hal ini diperlukan untuk pasien epistaksis posterior. Satu tampon posterior disiapkan dengan mengikat tiga buah benang dengan sepotong kain kasa digulung menjadi bentuk kerucut.

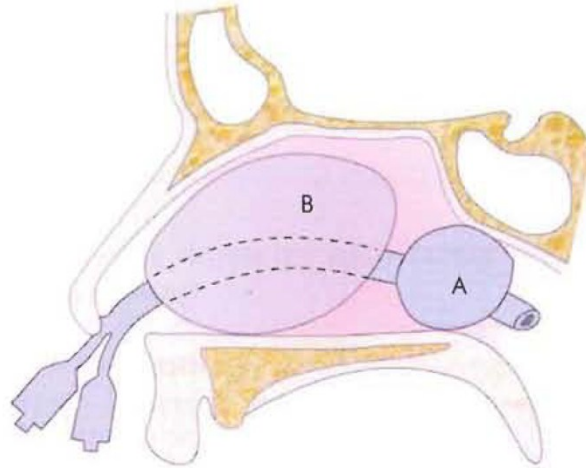
Sebuah kateter karet dilewatkan melalui hidung dan akhirnya dibawa keluar dari mulut (Gambar). Ujung benang terikat untuk itu dan kateter ditarik dari hidung. Pack, yang mengikuti benang, sekarang dipandu ke nasofaring dengan jari telunjuk.

Anterior rongga hidung sekarang dikemas dan benang diikat di atas bibir. Ini membantu dalam melepaskan mudah tampon nanti. Pasien yang membutuhkan tampon posterior harus selalu di rawat di rumah sakit.

Pilihan lain untuk tampon posterior, adalah menggunakan sebuah Foley kateter ukuran 12-14 F. Setelah penyisipan balon ke dalam rongga hidung melewati uvula lalu digelembungkan dengan 5-10 ml saline, balon mengembang dan ditarik ke depan sehingga choana menjadi tertekan.



Gambar 19. Pemasangan tampon posterior



Gambar 20. Tampon posterior dengan menggunakan Folly Catheter

REFERENSI

1. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala dan Leher. Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Edisi 6. 2007
2. Disease of Ear Nose and Throat & Head and Neck Surgery. PL Dhingra. Elsevier, 5th Edition, 2014.
3. Basic Otorhinolaryngology, a Step by Step Learning Guide. Probst R, Grevers G, Iro H. Thieme, 2nd Edition, 2006.

**DAFTAR TILIK PENILAIAN KETRAMPILAN KLINIK
PEMERIKSAAN HIDUNG**

Nama :

No. BP :

Kelompok :

NO.	ASPEK PENILAIAN	SKOR		
		0	1	2
I.	TAHAP PERSIAPAN:			
1.	Memberikan salam pembuka dan perkenalkan diri			
2.	Menginformasikan ke pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan (<i>informed consent</i>)			
3.	Persiapan alat-alat pemeriksaan			
II	TAHAP PELAKSANAAN			
4.	Melakukan pemeriksaan hidung luar			
5.	Melakukan rinoskopi anterior			
	➤ Kavum nasi			
	➤ Sekret /massa			
	➤ Konka media dan inferior			
	➤ Septum nasi			
6.	Menjelaskan pemeriksaan rinoskopi posterior			
7.	Menjelaskan pemasangan tampon hidung			
III	TAHAP INTERPRETASI			
8.	Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada instruktur			
9.	Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada pasien			
	TOTAL			

Keterangan :

Skor 0 : tidak dilakukan

Skor 1 : dilakukan dengan perlu perbaikan

Skor 2 : dilakukan dengan sempurna

Nilai Ketrampilan : $\frac{\text{total skor}}{24} \times 100 = \dots\dots\dots$

Padang

Instruktur

NIP.