

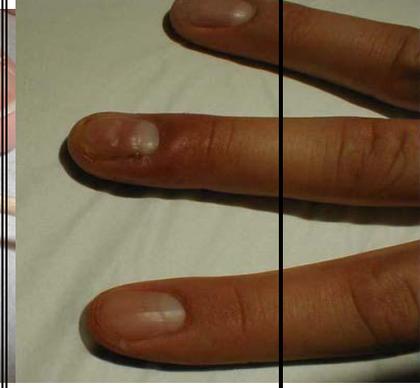
# Pemeriksaan Ektremitas Atas

Oleh dr. Agus Widiyatmoko, SpPD, MSc

Pemeriksaan tangan dan lengan biasanya cukup singkat pada pasien tanpa gejala. Berikan perhatian khusus pada hal-hal berikut:

Tangan:

- Penampilan tangan dan jari-jari: adanya deformitas yang jelas atau perubahan warna? Apakah tangan tampak relatif lebih merah dan juga perfusi jaringan perifer atau tampak putih / berbintik-bintik?
- Kuku : lihat bentuk dan warna (lihat untuk pembahasan sianosis): Beberapa contoh patologi kuku umum ditunjukkan di bawah ini.

			
<b>Akibat pewarnaan Nicotine</b>	<b>Onychomycosis:</b> Infeksi jamur pada kuku	<b>Onycholysis:</b> Lepasnya kuku dari nailbed biasanya disebabkan oleh onychomycosis	<b>Paronychia:</b> Infeksi kulit disekitar kuku

- Pengisian kapiler (Capillary refill): Ini adalah pemeriksaan untuk mengukur perfusi arteri di jaringan perifer. Tekan kuku atau ujung jari selama beberapa detik, hal ini menyebabkan kulit di nail bed menjadi lebih putih. Setelah itu tekanan dilepaskan, warna pink akan kembali normal dalam 2-3 detik. Keterlambatan perubahan menjadi pink menyiratkan adanya gangguan perfusi. Menariknya, penyakit vaskular aterosklerotik adalah penyebab umum terjadinya gangguan perfusi arteri di ekstremitas bawah, dan jarang terjadi di lengan atas atau tangan. Dengan demikian, melambatnya pengisian kapiler di tangan lebih mungkin mencerminkan adanya vasospasme atau hipovolemia bukan karena obstruksi arteri intraluminal. Vasospasme berat, yang disebut sebagai Fenomena Raynaud, paling sering terjadi pada orang setelah terpapar suhu dingin yang ekstrem, menyebabkan kedua tangan menjadi putih dan terasa sakit.

Kematian jaringan (misal oleh karena gangrene) pada jari akibat peripheral vascular disease yang berat.

#### Peripheral Vascular Disease, di tangan



- d. Suhu: tangan yang dingin terjadi paling sering sebagai akibat dari paparan lingkungan yang dingin. Namun, ini juga dapat mencerminkan adanya insufisiensi vaskular, vasospasme, atau hipovolemia.
- e. Kelainan sendi yang jelas, terutama jika ada pola atau distribusi tertentu. Sebagai contoh, deformitas sendi metakarpal-phalangeal (MCP) pada setiap jari dari kedua tangan menggambarkan proses inflamasi sistemik seperti pada penyakit Rheumatoid Arthritis. Kelainan sendi yang hanya terjadi pada satu tempat saja, lebih mungkin disebabkan adanya trauma lokal atau artritis degenerative seperti Osteoarthritis.



**Gambar Kerusakan sendi MCP akibat rheumatoid arthritis**

- f. Clubbing: Bentuk membulat dari falang distal semua jari diikuti dengan hilangnya sudut normal antara dasar kuku dan kulit yang berdekatan. Hal ini paling sering ditemukan pada kondisi yang menyebabkan hipoksemia kronis (misalnya emfisema berat), meskipun hal ini juga terkait dengan sejumlah kondisi yang lain. Namun, secara umum tidak sensitif untuk menunjukkan adanya hipoksia, karena kebanyakan pasien hipoksia tidak terjadi clubbing.



**Gambar Clubbing**

- g. Sianosis: Sebuah perubahan warna kebiruan yang terlihat di pangkalan kuku pasien dengan hipoksemia berat atau hipoperfusi. Seperti clubbing, hal ini tidak sensitif untuk kondisi hipoksemia.



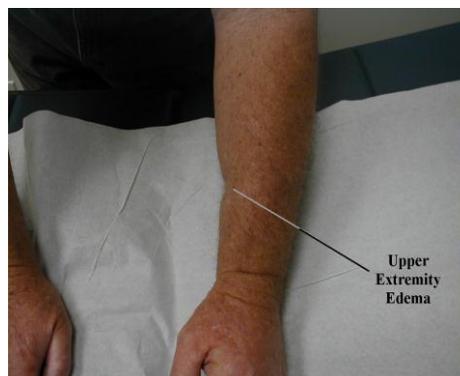
**Gambar Sianosis**

- h. Splinter Hemorrhages: Pendek, tipis, kecoklatan, berupa garis-garis linear dalam kuku pada sebagian pasien (sebagian kecil) dengan endokarditis.



**Gambar Splinter Hemorrhages**

- i. Edema: Sementara edema adalah temuan yang relatif mudah ditemukan di tungkai bawah, namun jarang terjadi di lengan dan tangan. Hal ini disebabkan karena ekstremitas bawah memiliki tekanan hidrostatis lebih besar akibat posisi yang paling jauh dari jantung. Edema ekstremitas bagian atas, jika ditemukan, biasanya terjadi akibat inflamasi lokal (misalnya selulitis). Edema di lengan dapat juga terjadi jika drainase terganggu, misalnya ketika aliran limfatik terganggu pasca operasi mastektomi radikal yang mengangkat kelenjar getah bening aksila pada kanker payudara. Obstruksi vena ekstremitas atas juga bisa menyebabkan edema, walaupun obstruksi karena adanya bekuan darah di daerah ini jarang terjadi dibandingkan dengan ekstremitas bawah.



**Gambar Pitting edema setelah dipasang tourniquet  
Edema pada kasus ini disebabkan obstruksi lymphatic**



**Gambar DVT pada ekstremitas atas kanan. Adanya pembengkakan yang diffus.**

Dalam kondisi cedera atau infeksi, daerah yang terkena harus diperiksa secara lebih rinci. Sebagai contoh, peradangan akut sekunder untuk selulitis ekstremitas atas ditunjukkan pada gambar di bawah ini.



**Gambar Selulitis pada lengan atas kanan**

#### **Kelenjar Getah Bening pada Ekstremitas atas:**

Limfonodi Epitrochlear: Ditemukan di lengan atas bagian sisi dalam, tepat di atas siku. Secara patologi kelainan disini jarang dan dengan demikian tidak diperiksa secara rutin. Jika ditemukan adanya bukti klinis infeksi di distal siku, maka dapat dilakukan pemeriksaan limfonodi ini karena merupakan bagian dari jalur drainase kelenjar getah bening. Untuk

memeriksa, taruh siku pasien di tangan Anda (siku kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya) dan palpasi tepat di atas siku, di sepanjang bagian dalam lengan atas. Ketika infeksi dan meradang, limfonodi menjadi besar dan teraba lembut.



**Gambar palpasi Limfonodi Epitrochlear**

Nodus limfatikus aksila:

Pembesaran nodus patologis terjadi paling sering pada kondisi sebagai berikut:

- a. infeksi:
  - i. sistemik (misalnya TB, HIV)
  - ii. lokal (misalnya selulitis tangan / lengan)
- b. keganasan:
  - i. limfoma, keganasan pada kelenjar getah bening
  - ii. metastasis, penyebaran jauh dari karsinoma (paling sering dari karsinoma mammae)
- c. Yang Lainnya:
  - i. berbagai penyakit inflamasi sistemik (misalnya sarkoidosis)

Ketika memeriksa orang yang sehat, bagian aksila dapat diperiksa secara bersamaan antara sisi kanan dan kiri. Untuk melakukan hal ini, pasien diminta untuk mengangkat kedua lengan mereka. Kemudian pemeriksa menggunakan kedua tangan menjangkau daerah aksila dan dengan lembut meraba bagian apeks dari aksila. Pemeriksa dapat melakukan ini tanpa pasien melepas pakaian sehingga tidak melakukan kontak langsung dengan ketiak. Kemudian setelah meraba bagian apeks dilanjutkan meraba sampai di dinding dada lateral. Hal ini memungkinkan pemeriksa untuk menjelajahi daerah aksila secara keseluruhan.



**Gambar Palpasi Ketiak**

Jika pemeriksa merasa ada kelainan, ulangi pemeriksaan pada masing-masing aksila secara terpisah. Ketika memeriksa aksila kiri, pegang pergelangan tangan kiri pasien atau siku dengan tangan kiri dan angkat lengan mereka ke arah lateral. Kemudian gunakan tangan kanan untuk memeriksa daerah aksila seperti dijelaskan di atas. Teknik ini memungkinkan lengan pasien untuk tetap benar-benar santai, meminimalkan ketegangan pada jaringan sekitarnya yang dapat menutupi kelenjar getah bening yang membesar. Aksila kanan diperiksa dengan cara yang sama, meskipun posisi tangan pemeriksa dibalik. Pemeriksaan ini juga dapat dilakukan saat pasien terlentang.

Kebanyakan pasien tidak akan teraba kelenjar aksilanya. Jika pemeriksa mampu merasakan dan meraba kelenjar getah bening, maka harus diperhatikan karakteristik berikut:

- b. Ukuran: nodus patologis umumnya lebih besar dari 1 cm

- c. Keras tidaknya nodus: Keganasan membuat nodus teraba keras
- d. Jumlah: Semakin besar jumlah nodus yang teraba, maka kecurigaan kearah kelainan patologis lebih besar.
- e. Nyeri: Sering berhubungan dengan peradangan (infeksi misalnya)
- f. Hubungan dengan nodus lain dan jaringan di sekitarnya: Nodus yang berasal dari saluran atau drainase kelenjar getah bening yang sama dan memiliki struktur pembesaran yang sama maka kecurigaan untuk keganasan lebih besar
- g. Perubahan dari waktu ke waktu: Nodus yang mengalami pengecilan secara spontan lebih tidak berbahaya jika dibandingkan ukuran nodus bertambah besar, atau adanya penambahan pembesaran nodus di lokasi yang baru. Hal ini membutuhkan evaluasi dari waktu ke waktu.



**Gambar Pembesaran Limfonodi aksiler sinistra**

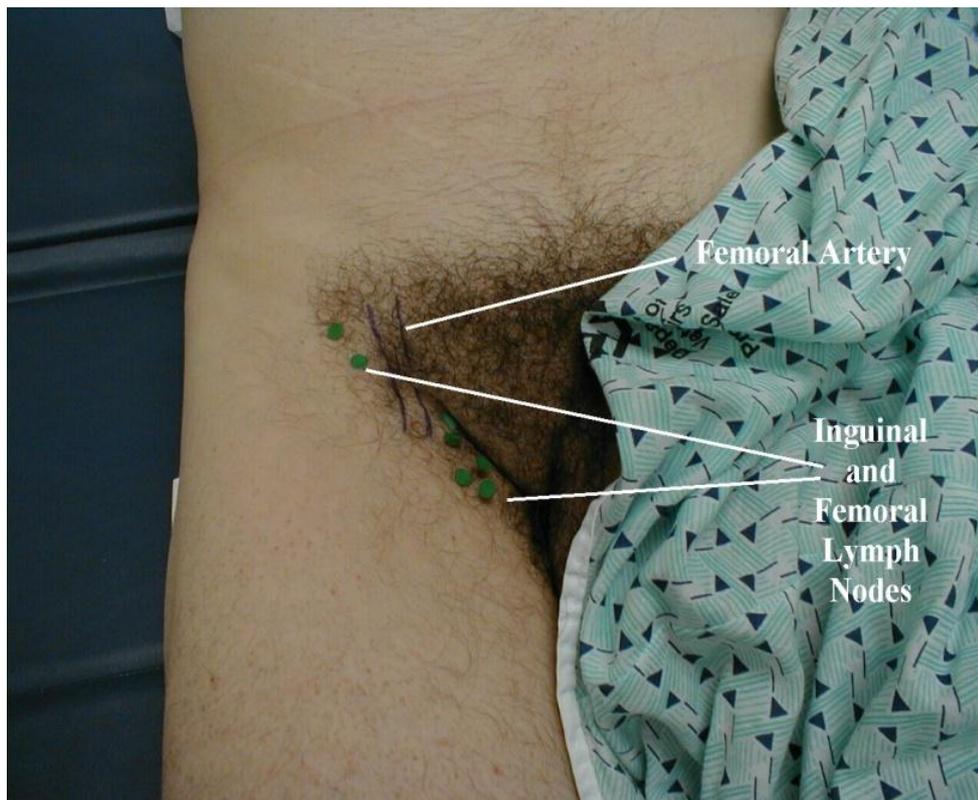
# Pemeriksaan Ekstremitas Bawah

Oleh dr. Agus Widiyatmoko, SpPD, MSc

Pemeriksaan ekstremitas bawah berfokus pada pencarian bukti adanya insufisiensi arteri dan vena serta edema. Ini adalah kondisi yang paling sering ditemukan pada pemeriksaan ekstremitas bawah. Pemeriksaan neurologis akan dijelaskan tersendiri.

Daerah Femoralis:

1. Mulailah dengan melihat daerah tersebut, pada kedua sisi lipatan paha mulai dari daerah pangkal paha. Melihat setiap pembengkakan yang mungkin ditemukan, hal ini sering ditemukan pada kondisi limfadenopati femoralis atau hernia femoralis.
2. Palpasi daerah femoralis, dengan hati-hati meraba pulsasi arteri femoralis serta meraba nodus limfatikus inguinal / femoralis (nodus yang mengelilingi arteri dan vena femoral → sampai diameter 1 cm dianggap non-patologis). Jika pemeriksa meraba kelenjar getah bening, perhatikan apakah teraba keras atau lembut, terfiksasi atau mobile bebas (nodus yang terfiksasi dan keras lebih memberikan kemungkinan kelainan patologis yang berbahaya).

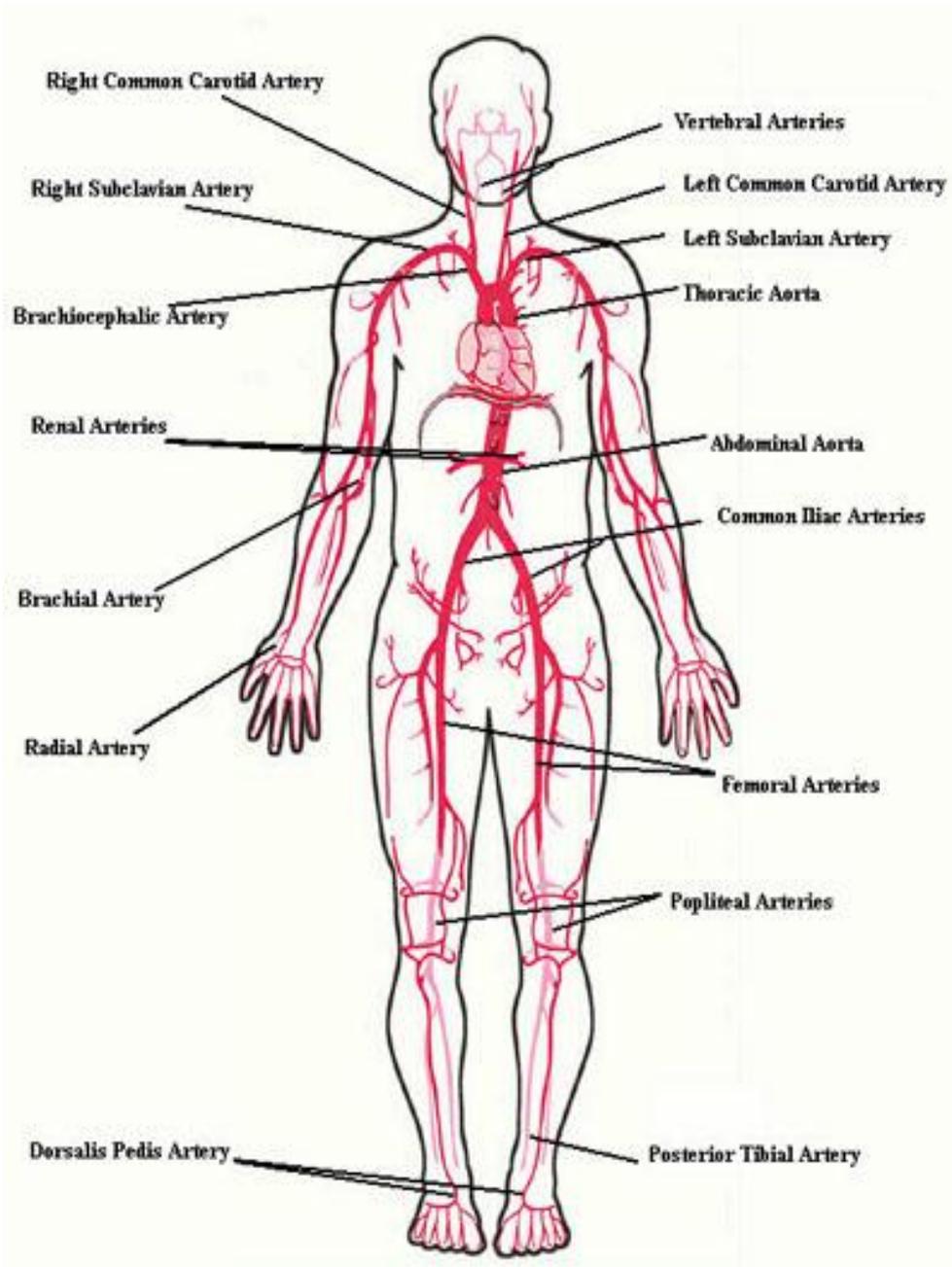


**Gambar Lokasi Tempat Palpasi di daerah Femoralis**



**Gambar Cara Palpasi daerah Femoralis**

3. Pulsasi arteri femoralis harus mudah diidentifikasi, terletak di sepanjang pertengahan lipatan antara tulang kemaluan dan krista iliaka anterior. Gunakan ujung jari 2, 3 dan 4 untuk melakukan palpasi pulsai arteri femoralis. Jika ada banyak lemak subkutan, pemeriksa perlu untuk mendorong lebih dalam.
4. Jika ditemukan Hernia femoralis, maka akan terletak di femur anterior, medial arteri femoral. Karena dapat hernia ini bersifat sementara (pasien melaporkan adanya benjolan namun pemeriksa tidak menemukan pada saat pemeriksaan), investigasi harus mencakup saat pasien melakukan manuver Valsalva, yang dapat membuat hernia lebih menonjol.



**Gambar Anatomi Pembuluh Darah**

Regio Poplitea:

1. Pindahkan pemeriksaan ke arah lutut dengan lutut sedikit ditekuk.
2. Letakkan tangan pemeriksa di sekitar lutut dan mendorong ujung jari pemeriksa ke dalam fossa poplitea untuk merasakan denyut arteri poplitea. Catatan pemeriksaan apakah teraba hanya berdenyut (normal) atau teraba membesar yang sering disebabkan oleh aneurisma (jarang dijumpai). Arteri ini ditutupi oleh banyak jaringan dan bisa sulit untuk mengidentifikasi, sehingga pemeriksa mungkin perlu untuk menekan cukup dalam. Namun mungkin tidak teraba, sehingga pemeriksa dapat mengidentifikasi pulsasi arteri lain yang lebih distal (lihat di bawah).



**Gambar Palpasi Regio Poplitea**

Pemeriksaan Daerah Dibawah Lutut:

Sekarang, alihkan pemeriksaan ke kaki bagian bawah (yaitu dari lutut ke kaki).

Pertama, inspeksi, memperhatikan:

1. Warna: insufisiensi vena di ekstremitas bawah ditandai dengan warna gelap kebiruan/ ungu. Seiring waktu, stasis darah dalam pembuluh vena menyebabkan pengendapan hemosiderin, memberikan efek kulit berwarna lebih gelap dan berbintik-bintik. Jika kaki ditempatkan dalam posisi tergantung, maka akan terjadi peningkatan warna kebiruan / ungu secara dramatis, hal ini menunjukkan kemungkinan besar terjadinya insufisiensi vena. Hal ini terjadi sebagai akibat dari gravitasi yang melawan arah pengembalian darah vena ke jantung sehingga aliran menjadi tidak efektif. Pasien dengan insufisiensi arteri yang parah, akan memiliki kulit yang relatif pucat akibat perfusi di bagian distal terganggu. Ketika kaki mereka ditempatkan dalam posisi tergantung, gravitasi meningkatkan aliran arteri dan kulit bisa menjadi lebih merah akibat arteriol yang berdilatasi maksimal untuk membawa darah ke jaringan yang mengalami hipoksia. Dalam kasus iskemia berat, daerah yang terkena (biasanya yang paling sering pada daerah distal dari kaki), dapat muncul warna keputihan atau belang-belang, hal ini memberikan gambaran seperti ubin keramik. Jaringan mati akan berubah berwarna hitam (misal gangren). Selulitis (infeksi pada kulit) akan menyebabkan kulit tampak merah cerah. Perubahan ini bisa sulit dideteksi pada orang kulit berwarna gelap.

**Acute Arterial Insufficiency:  
Gambaran belang pada kaki**



**Chronic Arterial Insufficiency dengan ulkus**



**Gangrene pada jari kaki**



**Venous Insufficiency**



**Gambar Sellulitis**

2. Pembengkakan pada kaki: Jika ada, apakah simetris? Lokasi pembengkakan (yaitu pergelangan kaki, betis, lutut dll)?



**Gambar Pembengkakan Yang Tidak Simetris menunjukkan Deep Venous Thrombosis pada kaki kanan.**

3. Pertumbuhan kuku: penebalan dan deformitas kuku sering terjadi dengan insufisiensi arteri; juga dengan infeksi jamur.



**Gambar Onychomycosis**

4. Kulit: adakah gambaran penampakan kelainan kulit yang jelas? Mengkilap, berbulu sedikit (dilihat kemungkinan adanya insufisiensi arteri)? Melebar atau gambaran varises? Ulserasi kulit dapat terjadi baik pada penyakit vena atau arteri.



**Gambar Ulkus akibat Venous Stasis**

5. Bagian bawah kaki dan di antara jari kaki: Ini adalah daerah yang sering bermasalah, terutama pada pasien dengan diabetes sebagai akibat dari gangguan sensorik, insufisiensi arteri, atau keduanya.



**Ulkus Neuropathi pada pasien DM dengan Diabetic Neuropathy**

6. Telusuri kedalaman ulkus: Ulkus dapat berkembang ke jaringan yang lebih dalam. Hal ini dapat dieksplorasi dengan penggunaan pinset khusus. Jika tulang terlihat atau dapat ditempuh dengan pinset khusus, infeksi diasumsikan terjadi pada struktur yang mendasari. Hal ini secara klinis disebut sebagai osteomiелitis.



**Clinical Osteomyelitis:**  
Ulkus yang dalam

Pemeriksaan kulit ekstremitas bawah, perhatikan beberapa hal dibawah ini:

1. Suhu: insufisiensi arteri akan sering menyebabkan kulit terasa dingin. Infeksi, di sisi lain, menyebabkan hiperemia dan relative lebih hangat pada sisi yang terinfeksi. Punggung tangan pemeriksa mungkin sensitif untuk mendeteksi perbedaan suhu ini. Bandingkan satu kaki dengan yang lainnya. Perhatikan bahwa dalam kasus di mana insufisiensi arteri dan infeksi terjadi secara bersamaan (yang cukup umum terjadi), aliran darah terganggu dapat menghasilkan suhu kulit menurun (dan juga kurang kemerahan).
2. Edema: Cairan yang mengumpul pada satu lokasi pada kaki dan pergelangan kaki karena efek gravitasi. Hal ini terkait dengan beberapa gangguan dari:
  - a. Tekanan onkotik rendah: Adanya kegagalan untuk mensintesis albumin (seperti malnutrisi atau penyakit hati) atau adanya peningkatan kehilangan albumin (melalui ginjal atau kebocoran lokal pada kulit atau organ karena permeabilitas kapiler yang meningkat).
  - b. Peningkatan tekanan hidrostatis: akibat gangguan jantung (gagal jantung kanan), hati (hipertensi portal), insufisiensi vena lokal (misalnya katup vena incompetence sehingga mengganggu aliran darah kembali ke jantung dari kaki), obstruksi limfatik (misalnya retroperitoneal limfadenopati sekunder akibat keganasan), atau obesitas (yang dapat merusak baik vena dan drainase limfatik).
3. Edema yang umumnya terkait dengan insufisiensi vena, disebabkan adanya gangguan aliran balik darah ke jantung. Gangguan ini akan cenderung lebih buruk ketika kaki yang terkena digantung menjuntai ke bawah untuk waktu yang lama (misalnya pada saat pasien berdiri atau duduk untuk jangka waktu yang lama). Cairan

menumpuk pada daerah paling distal dari kaki dan bertambah besar ke arah lutut sebagai petunjuk adanya proses yang memburuk. Insufisiensi arteri, di sisi lain, jarang menyebabkan edema, karena fungsi arteri adalah pengiriman darah ke ekstremitas, tidak kembalinya darah dari ekstremitas. Namun demikian kondisi insufisiensi arteri dan vena bisa terjadi bersamaan.

4. Mungkin sulit untuk mendeteksi edema yang minimal. Periksalah di sekitar malleolus, karena cairan akan menyebabkan hilangnya tepi tulang. Demikian pula, cairan akan cenderung "mengisi" ruang antara tendon ekstensor di bagian atas kaki. Jika pemeriksa tidak yakin apakah ada edema, menekan pada daerah edema selama beberapa detik, kemudian dilepas, akan tampak sebuah cekungan, hal ini disebut sebagai pitting edema. Pitting edema sering dikaitkan dengan beberapa kondisi penyakit dan demikian juga dengan non-pitting edema. Namun, sebenarnya perbedaan ini mungkin tidak perlu diperdebatkan karena bisa merupakan satu kesatuan perjalanan penyakit dimana sebelumnya pitting edema kemudian menjadi non pitting edema. Catatan yang lainnya adalah apakah edema yang terjadi pada di kedua kakinya. Edema dapat terjadi simetris, seperti yang sering terjadi pada gangguan onkotik atau peningkatan tekanan hidrostatis secara sistemik. Namun, jika ada proses inflamasi lokal, seperti selulitis, daerah edema bisa hanya focus pada daerah yang mengalami inflamasi saja.



**Edema kaki kanan.  
Tampak hilangnya  
batas Malleolous dan  
terkumpulnya cairan  
di Extensor Tendons di  
atas kaki**



**Massive edema.  
Tampak Pitting edema**



**Lymphedema,  
non pitting  
edema**

5. Capillary Refill: tekan ujung ibu jari atau kuku sampai terjadi perubahan warna menjadi putih. Kemudian lepaskan dan perhatikan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk kembali menjadi warna merah. Hal ini merefleksikan aliran darah ke distal dari ekstremitas bawah. Jika lebih dari 2-3 detik dianggap abnormal dan dicurigai adanya insufisiensi arteri. Capillary Refill juga memanjang pada kondisi hipovolemia, seperti penurunan volume darah yang menyebabkan perfusi ke ekstremitas berkurang karena tubuh lebih mengutamakan organ vital yang lebih penting.
6. Perubahan warna kulit akibat insufisiensi vena jika ditekan akan membutuhkan lebih dari beberapa detik untuk kembali berwarna kebiruan. Daerah kulit yang mengalami

infeksi seperti selulitis, jika ditekan akan dengan cepat kembali ke warna merah cerah.

7. Nyeri: kulit yang mengalami selulitis, bila disentuh tampak lembut. Pada kondisi penyakit tertentu (diabetes khususnya) menyebabkan neuropati perifer yang merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya kerusakan kulit dan infeksi. Hal ini disebabkan karena mereka memiliki sensasi abnormal pada ekstremitas distal mereka. Dalam kasus ini, maka, infeksi dapat terjadi tanpa adanya rasa sakit.



**Gambar Paronychia:** Infeksi pada kulit di ujung kuku.

8. Perhatikan karakter setiap daerah yang bengkak (edema): Apakah terasa penuh cairan edemanya? Apakah ada massa yang solid (jarang)? Apakah ada fluktuasi yang terfokus, seperti yang terjadi pada abses?

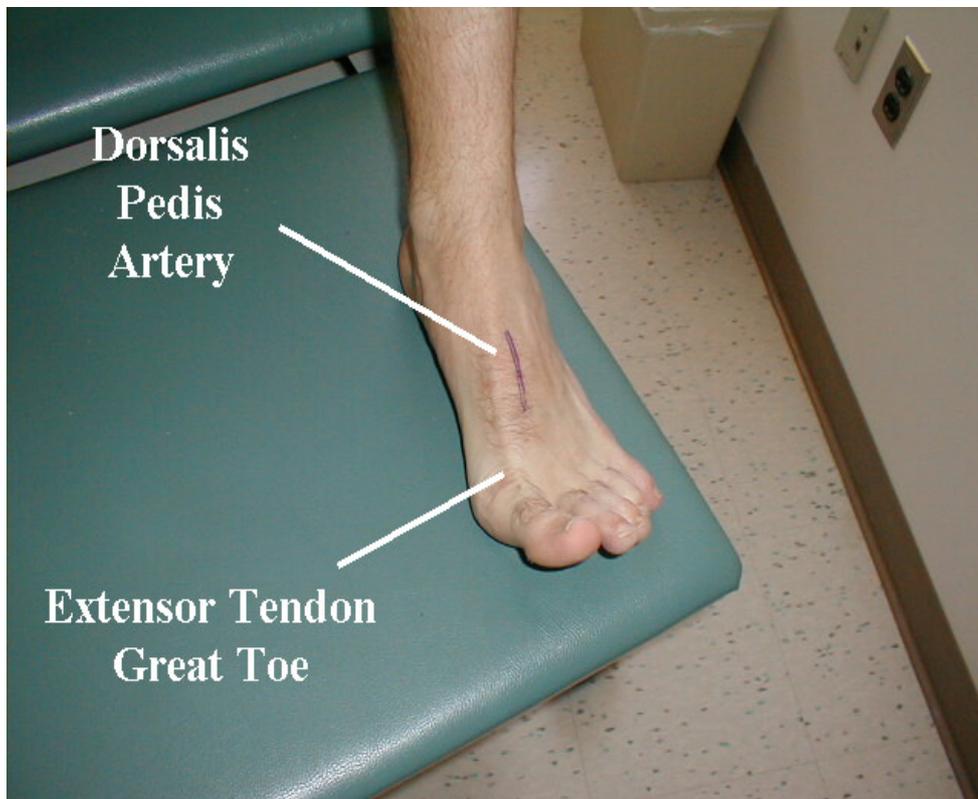
### Pulasi Distal Pedis:

Pulsasi dinilai untuk mengidentifikasi adanya penyakit vaskular arteri. Secara umum, jika pulsasi disini kurang teraba, maka semakin besar kemungkinan adanya penyakit arteri oklusif. Walaupun hal ini bukan merupakan kesimpulan yang sempurna, karena pulsasi di daerah dorsalis pedis masih dapat teraba bahkan pada penyakit yang signifikan mempengaruhi pembuluh darah yang lebih distal. Adanya riwayat nyeri / kram dengan aktivitas lebih menguatkan adanya insufisiensi arteri. Lokasi penyumbatan akan menentukan gejala dan temuan. Penyakit Aorto-iliaka, misalnya, akan menyebabkan gejala pada pinggul / pantat dan hilangnya pulsasi femoralis sementara penyakit yang mempengaruhi pembuluh yang lebih distal akan menyebabkan gejala pada betis dan kaki.

1. Arteri dorsalis Pedis: Terletak hanya lateral tendon ekstensor jempol kaki, yang dapat diidentifikasi dengan meminta pasien untuk melenturkan kaki mereka sementara pemeriksa memberikan perlawanan terhadap gerakan ini. Penekanan yang lembut dengan ujung jari 2, 3 dan 4 ke daerah yang berdekatan dengan tendon dan mencoba untuk merasakan denyut nadi. Jika pemeriksa tidak dapat merasakannya, coba pindah tangan pemeriksa ke proksimal / distal atau lebih lateral dan ulangi.

### Lokasi dorsalis Pedis Arteri

Gambar-gambar di bawah ini menunjukkan lokasi arteri dorsalis pedis dalam kaitannya dengan struktur sekitarnya (anatomi permukaan di sebelah kiri, anatomi di sebelah kanan).





**Gambar Anatomis Arteri Dorsalis Pedis**



**Gambar Palpasi Arteri Dorsalis Pedis**

2. Arteri tibialis Posterior: Terletak tepat di belakang malleolous medial. Hal ini dapat diraba dengan memegang tumit pasien di tangan pemeriksa dan dengan jari-jari pemeriksa meraba daerah sekitar malleolus medial sehingga dapat meraba pulsasi arteri tibialis posterior di daerah yang tepat. Atau, pemeriksa dapat meraba pulsasi dari atas malleolous medial.

#### Lokasi Posterior tibialis Arteri

Gambar-gambar di bawah ini menunjukkan lokasi arteri tibialis posterior dalam kaitannya dengan struktur sekitarnya (anatomi permukaan di sebelah kiri, anatomi di sebelah kanan).



**Gambar palpasi arteri tibialis posterior**

3. Jika ada edema, pemeriksa harus menekan lebih dalam untuk dapat meraba pulsasi arteri.
4. Jika pemeriksa tidak dapat meraba denyut nadi, dapat menggunakan alat Doppler untuk mendeteksi pulsasi arteri.



**Gambar ALat Doppler untuk mendeteksi pulsasi arteri tibial posterior**

5. Pada pemeriksaan pulsasi dinilai pada skala mulai dari 0 (tidak teraba) sampai 2+ (normal). Seperti pada edema, skala ini sangat subjektif.

## GENERAL CHECK LIST

<b>GENERAL OBSERVATION:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
1. Washes hands			
2. Say salaam and describe what is going to be done to the patient			
3. Asks patient to change into gown (if not already done) & sit on exam table			
4. Observes patient's general appearance, clothing, eagerness to interact, mood, etc.			
5. Perform general survey of skin – looking for cancer, other abnormal growths			
<b>UPPER EXTREMITIES:</b>			
1. Inspects: nails, hands, arms			
2. Palpate for axillary adenopathy (if a breast exam were performed, axilla could be examined at that time)			
<b>FEMORAL AND INGUINAL AREAS:</b>			
1. Inspect femoral & inguinal area; then palpate femoral & inguinal nodes			
2. Palpates femoral artery pulses bilaterally			
3. Auscultates femoral arteries bilaterally for bruits			
<b>LOWER EXTREMITIES:</b>			
1. Knees – observes color, evidence swelling; assess range of motion (active & passive); palpates popliteal (behind knee) pulse			
2. Inspects legs for muscle bulk, symmetry, superficial abnormalities, joint abnormalities			
3. Inspects feet bilaterally – color, skin abnormalities			
4. Palpates dorsalis pedis & posterior tibialis pulses in feet			
5. Palpates distal extremities for presence of edema; checks for capillary refill.			

### Note

- 0 = not done
- 1 = done but incorrectly
- 2 = done correctly