



DOA BELAJAR

رَضِيتُ بِاللَّهِ رَبًّا وَبِالْإِسْلَامِ دِينًا وَبِمُحَمَّدٍ نَبِيًّا وَرَسُولًا
رَبِّي زِدْنِي عِلْمًا وَارْزُقْنِي فَهْمًا

“Kami ridho Allah SWT sebagai Tuhanku, Islam sebagai agamaku, dan Nabi Muhammad sebagai Nabi dan Rasul, Ya Allah, tambahkanlah kepadaku ilmu dan berikanlah aku kefahaman”



JUDUL MATERI

TIM DOSEN

Disampaikan pada Kuliah luas bidang overlapping ft, resiko jatuh, pasien sefty, pemeriksaan objektif dan objektif, sistemik , atropometri , nyeri dan sensoris

Bulan, Tahun



Capaian Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami, mengerti dan mengimplementasikan tentang luas bidang overlapping ft, resiko jatuh, pasien sefty, pemeriksaan objektif dan objektif, sistemik , atropometri , nyeri dan sensoris



Bahan Kajian

Luas bidang overlapping ft,

Resiko jatuh

Pasien sefty

Pemeriksaan objektif dan objektif

Sistemik , antropometri

Nyeri dan sensoris

PATIENT SAFETY

Patient Safety (Sasaran Keselamatan Pasien /SKP)

- Adalah suatu system yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman.
-
- Mencegah cedera yang disebabkan kesalahan akibat suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

- Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien
- Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif
- Sasaran III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
- Sasaran IV: Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
- Sasaran V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- Sasaran VI: Pengurangan risiko pasien jatuh

Sasaran I
IDENTIFIKASI PASIEN SECARA BENAR

Meningkatkan ketelitian identifikasi pasien

SISTIMATIKA

- Identifikasi Pasien
- Identifikasi Pasien yang tidak dapat berkomunikasi
- Identifikasi Pasien saat Pemeriksaan Penunjang (Lab, Radiologi)
- Identifikasi Pasien saat Pemberian Tranfusi Darah
- Identifikasi Pasien pada Bayi baru lahir
- Identifikasi Pasien yang tidak memungkinkan pemasangan Gelang Identitas
- Prosedur Pemasangan Gelang Identitas Pasien
- Gelang Risiko

IDENTIFIKASI PASIEN

Gelang Resiko



Gelang Identitas



IDENTIFIKASI PASIEN

- Identifikasi pasien dilakukan mulai saat pasien mendaftar (*admission*), memperoleh pelayanan sampai pasien pulang (*discharge*).
-
- Identifikasi pasien meliputi:
 - Nama lengkap pasien
 - Tanggal lahir pasien
 - Nomor rekam medik
 - Identifikasi pasien secara verbal menggunakan minimal 2 identitas pasien yaitu Nama lengkap Pasien dan Tanggal lahir.

IDENTIFIKASI PASIEN YANG TIDAK DAPAT BERKOMUNIKASI

- Pada kondisi pasien yang tidak dapat berkomunikasi
 - pasien tidak sadar ,
 - terpasang ventilator,
 - sedang dalam perawatan intensif)

 - tidak dapat berkomunikasi karena terhalang masalah bahasa dan tidak ada penterjemah,
 - karena usia (bayi),
 - gangguan kognitif (dementia atau kelainan mental),
 - kondisi medis (koma,dll),
- Identifikasi dilakukan dengan memeriksa Nama lengkap pasien dan tanggal lahir, pada gelang identitas pasien, dicocokkan dengan informasi yang telah dimiliki rumah sakit (rekam medik),
- Identifikasi pasien terlantar/ tidak ada keluarga :
mencocokkan gelang identitas pasien meliputi Nama lengkap pasien,tanggal dan jam masuk rumah sakit dan nomor rekam medik

Sasaran II
PENINGKATAN KOMUNIKASI YANG
EFEKTIF

Untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan

Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan

Terjadi pada saat:

- Perintah diberikan secara lisan
- Perintah diberikan melalui telpon
- Komunikasi efektif akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan Keselamatan Pasien**

SBAR

- Merupakan cara standar untuk berkomunikasi, untuk mempromosikan keselamatan pasien karena membantu tenaga kesehatan berkomunikasi satu sama lain dengan tujuan bersama.
- Dapat meningkatkan efisiensi dan akurasi

- SBAR:

- **S**ituation
- **B**ackground
- **A**ssessment
- **R**ecommendation

SBAR



Situasi

- Pasien Tn Gun, 45 thn, dirawat di, saat ini mengalami gangguan tranfers dan ambulasi ..

Background :

- Pasien masuk rumah sakit post op 1 har dengan riwayat trauma, fraktur Femur 1/3 distal (orif) plat screw)

Assessment :

TD 120/80, N 88, RR 28 x/mt , terpasang drynase, luka incisi terpasang perban, gangguan lingkup gerak sendi, bengkak, tranfer dan ambiulasi

Recommendation:

- Sudah dllakukan pengaturan positioning, tranfer ,
- Mohon advis / terapi

KOMUNIKASI TERTULIS

Hal-hal yang harus diperhatikan :

-
- Penulisan **instruksi harus dilakukan secara lengkap, dapat terbaca dengan jelas** agar sumber instruksi dapat dilacak bila diperlukan verifikasi.
 - Harus menuliskan **nama lengkap** , **tanda tangan** serta **tanggal dan waktu**
 - **Hindari penggunaan singkatan, akronim, dan simbol** yang berpotensi menimbulkan masalah dalam penulisan instruksi dan dokumentasi medis.
 - Lihat **Buku Standar Singkatan RSF** untuk panduan penggunaan Singkatan

Sasaran V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan

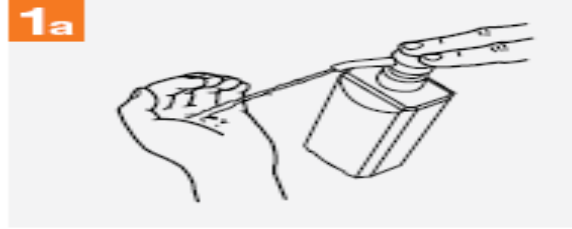
- PPI (Pencegahan dan pengendalian infeksi):
 - tantangan terbesar dalam yan kes
 - peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang terkait yan kes
 - keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan.
- Infeksi dijumpai dalam semua bentuk yan kes termasuk:
UTI, blood stream infections dan VAP
- Pokok pokok eliminasi : **cuci tangan (hand hygiene) yang tepat**
→ pakai Pedoman hand hygiene dari WHO

How to Handrub?

RUB HANDS FOR HAND HYGIENE! WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED

 Duration of the entire procedure: 20-30 seconds

1a



Apply a palmful of the product in a cupped hand, covering all surfaces;

1b

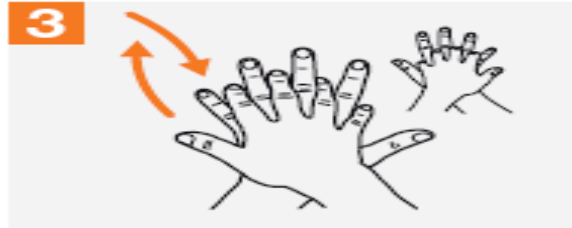


2



Rub hands palm to palm;

3



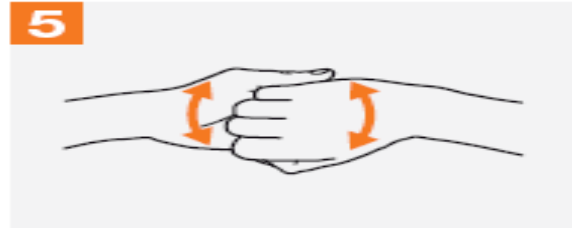
Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;

4



Palm to palm with fingers interlaced;

5



Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;

6



Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;

7



Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;

8



Once dry, your hands are safe.



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

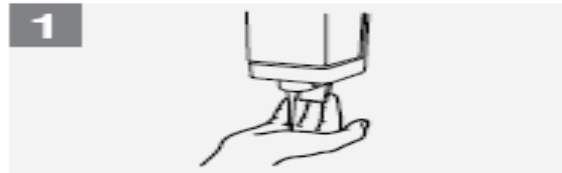
How to Handwash?

WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED! OTHERWISE, USE HANDRUB

 Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



0 Wet hands with water;



1 Apply enough soap to cover all hand surfaces;



2 Rub hands palm to palm;



3 Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;



4 Palm to palm with fingers interlaced;



5 Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;



6 Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;



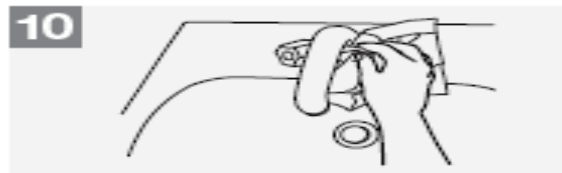
7 Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;



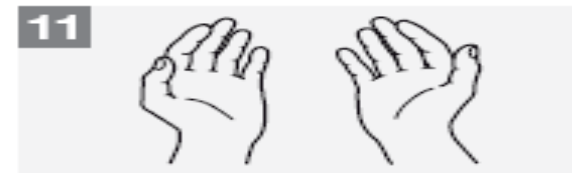
8 Rinse hands with water;



9 Dry hands thoroughly with a single use towel;



10 Use towel to turn off faucet;



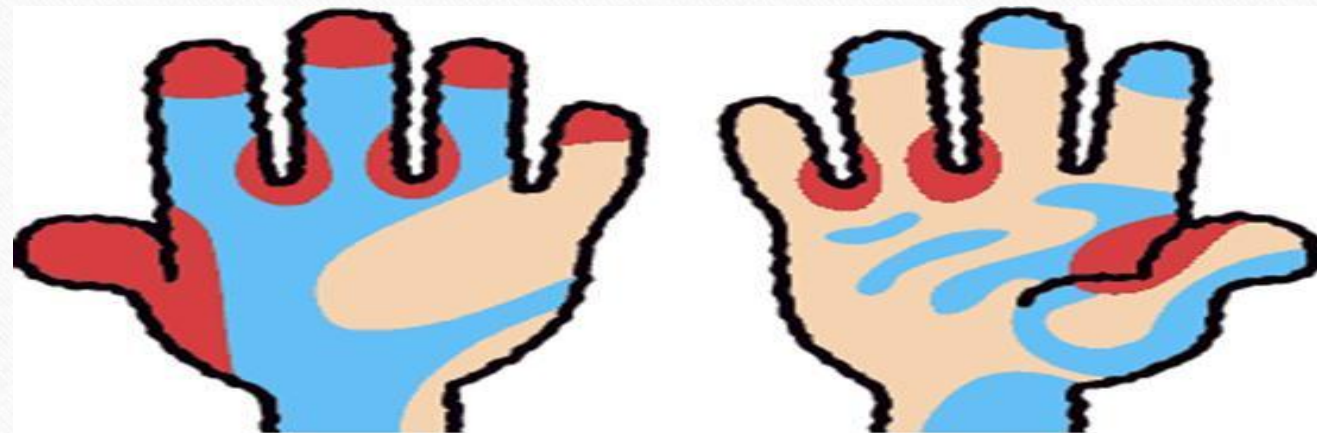
11 Your hands are now safe.



Contoh: PENGGUNAAN JEMBATAN KELEDAI, ENAM AREA DALAM HAND-
WASH/RTIR

- TELAPAK TANGAN
- PUNGGUNG TANGAN
- SELA- SELA JARI
- PUNGGUNG JARI-JARI (GERAKAN KUNCI)
- SEKELILING IBU JARI (PUTAR- PUTAR)
- KUKU DAN UJUNG JARI (PUTAR-PUTAR)

LAMA CUCI TANGAN:
HAND RUB : 20-30 DETIK
HAND WASH 40-60 DETIK



- Areas most frequently missed during hand washing
- Less frequently missed
- Not missed

(Adapted from Taylor L (1978). An evaluation of hand washing techniques - I, Nursing Times, 12 January, pp 54-55)

SASARAN VI : PENGURANGAN RISIKO PASIEN JATUH



- untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan SKP VI.

- Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab **cedera pasien rawat inap.**
- Perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh.
- Evaluasi :
 - riwayat jatuh,
 - obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol
 - gaya jalan dan keseimbangan
 - serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.
- Program tersebut harus diterapkan di rumah sakit.

PENGAMATAN LINGKUNGAN PASIEN RISIKO JATUH



PT communication (Profesional)

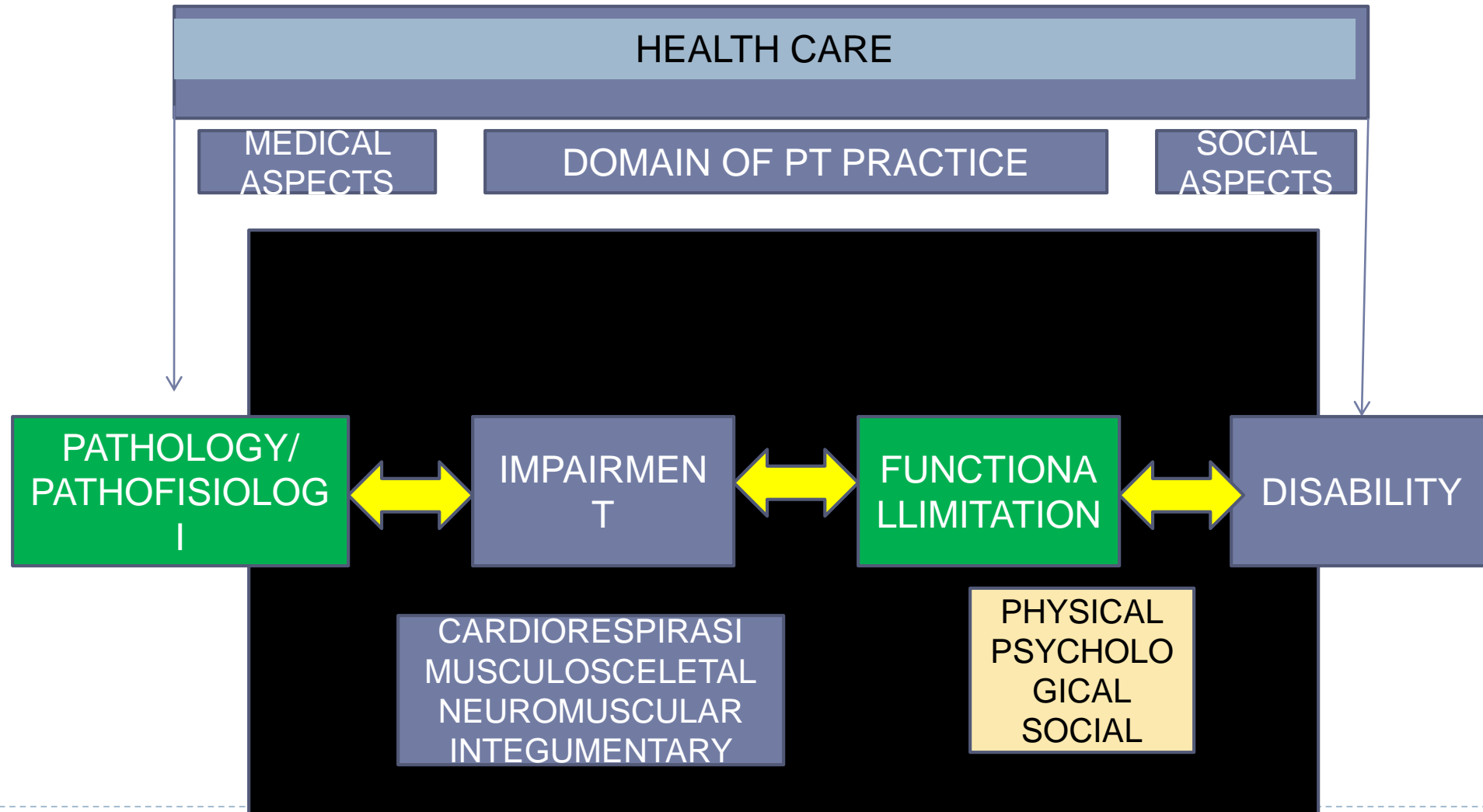
Assesment (history taking)

Diagnosis (prognosis)

Plan of care (discharge)



BAGAN LUAS BIDANG OVERLAP FT



Persiapan Pemeriksaan Pasien

- Anamnesis
 - Indetifikasi pasien
- Riwayat (KU, RPS, RPD, R pengobatan, dll)
- Pemeriksaan fisik (data obyektif dan subyektif)
 - Vital pasien Inspeksi
 - Palpasi
 - Perkusi
 - Auskultas
 - Gerak Dasar
- Pengukuran
 - Nyeri
 - IGS
 - Antropometri , Fungsional dasar

1. **Lingkar lengan atas**
Titik patokan : acromion
2. **Lingkar lengan bawah**
titik patokan : epicondylus
lateralis
3. **Lingkar tangan**
4. **Lingkar tungkai atas**
titik patokan : SIAS
5. **Lingkar tungkai bawah**
titik patokan : tuberositas tibia
6. **Lingkar kaki**
titik patokan : maleolus
7. **Lingkar panggul**
Ukur dengan melewati kedua
SIAS



Tempat yang diukur

Pengukuran panjang anggota gerak tubuh (panjang segmental)

- Dalam pengkajian fisioterapi penting dilakukan pengukuran panjang anggota tubuh, terutama ekstremitas bawah, karena perbedaan panjang anggota gerak bawah selalu menimbulkan cacat statik scoliosis.
- True length tungkai : diukur dari SIAS s/d maleolus medialis melalui patella
- Bone length tungkai : diukur dari trochanter mayor s/d tuberositas tibia
- Apperence length : diukur dari umbilicus ke maleolus lateralis melalui patella



True length tungkai :
diukur dari S1AS s/d maleolus
medialis melalui patella



Bone length tungkai :
diukur dari trochanter mayor s/d
tuberositas tibia



Apperence length :
diukur dari umbilicus ke maleolus
lateralis melalui patella

Fulkrum Sendi Hip

-
- Titik fulcrum untuk bidang S : Trochanter mayor
- Titik fulcrum untuk bidang F : SIAS.
- Titik fulcrum untuk bidang R : ankle (calcaneus), patella (position flexi knee 90°)

Fukrum sendi knee

1. Titik fulcrum : Epicondilus lateral os femur.
2. Letak goneometer, Pasif : sejajar throcantor mayor, Aktif : sejajar malleolus lateral.

Fulkrum

1. Titik fulcrum untuk bidang S : Malleolus lateral.
2. Titik fulcrum untuk bidang R : Anterior ankle diantara malleolus / os calcaneus

Pengukuran Antropometrii

- Letak ujung midline bidang S dengan scober test technique : Ujung midline pada C7 dan searah sepanjang S1, lalu pasien di suruh membungkuk dan dihitung selisihnya (normal 4 – 8 cm).

Pengukuran sensoris

- Sensibilitas ttd :

1. Sensibilitas permukaan (exteroceptif) : rasa raba, halus, nyeri, suhu

2. Sensibilitas dlm (proprioceptif) : rasa sikap, getar nyeri dalam (dari struktur otot, lig, fasia & tulang)

3. Fungsi kortikal u/ sensibilitas : stereognosis, pengenalan 2 titik, pengenalan bentuk rabaan.

Sensasi Protektif

- Nyeri superfisial
- Temperatur
- Sentuhan ringan

Sensasi diskriminatif

- Taktil/tekanan
- Stereognosis
- Barognosis
- Grapestesia
- Mengenal tekstur
- Diskriminasi 2 titik
- Kinestesia
- Propiosepsi
- Vibrasi

Taktil

- Tes : reseptor tekanan di periksa dengan cara mengaplikasikan tekanan yang kuat dengan menggunakan ibu jari atau jari2 pada daerah kulit yang tidak berambut seperti telapak tangan, jari2 atau tumit.
- Respon : penderita diminta menerangkan atau mengatakan bila dia merasakan rangsangan dan diminta pula menjelaskan derajat stimulasi (ringan , moderat , atau tekanan dalam) dan letak stimulus.

Stereognosis

- Tes : tes pengenalan objek yang meliputi aspek bentuk dan ukuran. Obyek yang dipakai harus dikenal oleh penderita. Secara bergantian obyek-obyek tersebut diletakkan pada tangan penderita kemudian penderita diminta untuk mengidentifikasi.
- Respon : penderita diminta mengenal obyek tersebut kemudian menyebutkan obyek yang berada di dalam genggamannya.

Barognosis

- Tes : untuk memeriksa kemampuan penderita mengenal berat suatu objek yang sama bentuk dan ukurannya tetapi dibuat dari bahan yang berbeda. Terapis meletakkan dua objek yang berbeda beratnya dimana satu objek yang lain diletakkan di tangan kanan penderita.
- Respon : penderita diminta menjelaskan mana yang lebih berat dari kedua objek yang dipegangnya.

Grapestesia

- Tes : pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kemampuan penderita mengenal huruf, angka, atau bentuk bangun yang di tuliskan di kulit dengan menggunakan penghapus pensil. Kombinasi huruf , angka, dan gambar di tuliskan pada telapak tangan penderit. Setiap hendak menuliskan huruf, angka, atau bangun berikutnya telapak tangan hendaknya di usap secara lembut dengan kain yang halus.
- Respon : penderita diminta mengenai tulisan yang di buat dan menyebutkannya secara verbal.

Mengenal tekstur

- Tes : tes ini digunakan untuk memeriksa kemampuan penderita untuk membedakan berbagai tekstur.
- Respon : penderita diminta untuk mengidentifikasi tekstur yang berbeda di tangannya dan kemudian menyebutkan sesuai dengan nama atau jenisnya seperti sutera dll.

Diskriminasi 2 titik

- Tes : pemeriksaan ini untuk mengetahui kemampuan membedakan 2 buah stimulus yang diberikan secara spontan. Dua rangsangan diaplikasikan dengan menggunakan jangka, kemudian dua titik rangsang tersebut secara perlahan-lahan. Tes ini biasanya dilakukan pada anggota gerak atas, dan untuk meningkatkan akurasinya di acak dengan satu titik rangsang.

Syarat Pemeriksaan

- Pasien harus sadar, cukup kooperatif, cukup intelegen
- Terangkan kepada pasien maksud, cara & respons yang diharapkan
- Dilakukan secara rileks, tidak melelahkan pasien

Pemeriksaan Sensoris

- Sensibilitas permukaan
- a. rasa raba : dg.kapas yg digulung memanjang, rasa nyeri : dg.jarum pentul
- c. rasa suhu : 2 buah botol berisi air dingin (10C) dan air panas (t = 43 derajat)

PEMERIKSAAN NYERI



Team fisioterapi

PENDAHULUAN

Rasa nyeri → merangsang mencari pengobatan

- 80 % pekerja kantor mencari dokter ahli → akibat nyeri
- Faktor yang mempengaruhi nyeri :
- Kebudayaan, ekonomi, sosial, demografi, dan lingkungan
- Faktor yang lain : kejiwaan, sejarah pribadi, data diri dan situasi

gangguan sensasi yang menyebabkan
Seseorang menderita atau dalam bahaya

NYERI

semua sensasi yang tidak
menyenangkan/tidak menyenangkan.

reflex proteksi diri akibat
adanya rangsang yang berbahaya



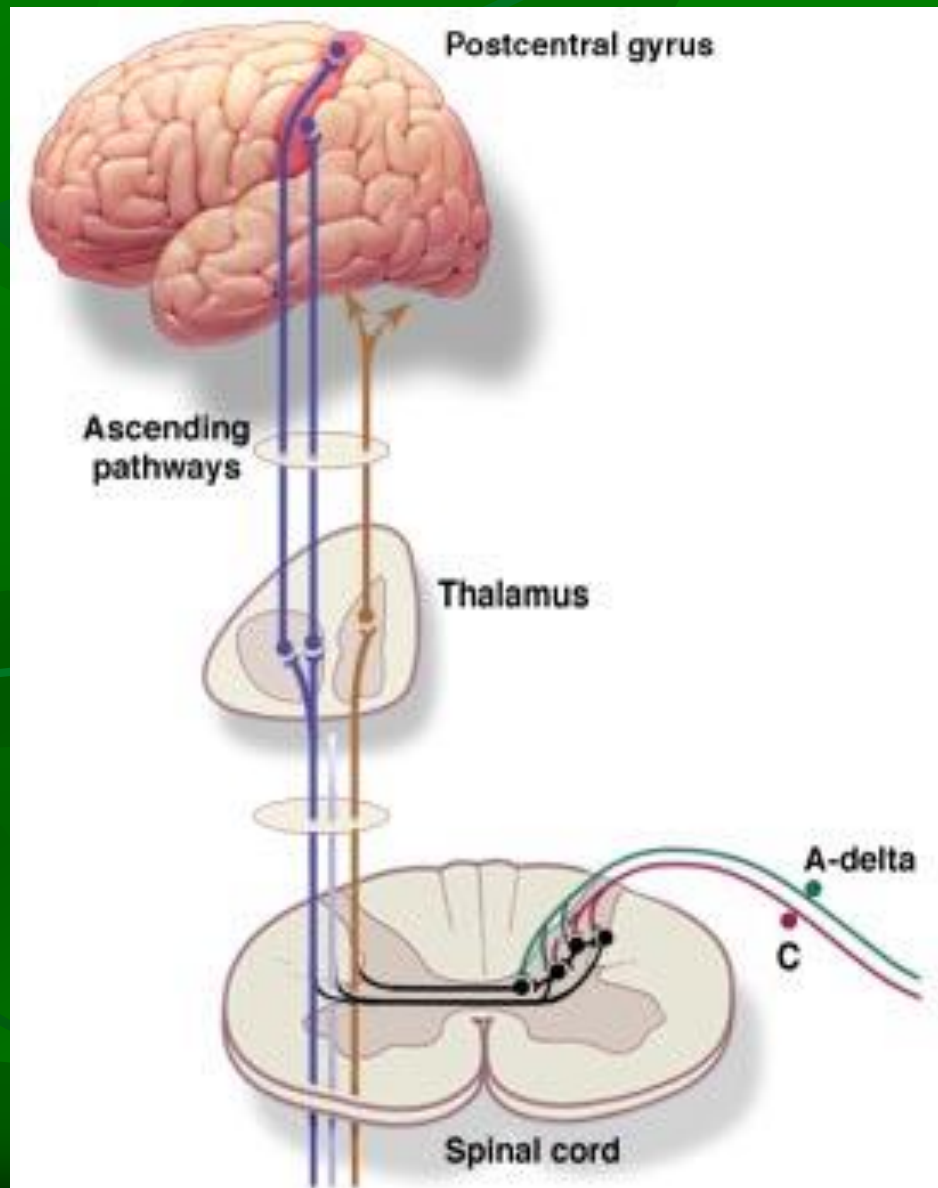
KLASIFIKASI NYERI

- **1. NYERI PERIFER →**
 - A. superfisial : rasa nyeri pada rangsangan kulit, mukosa
 - B. dalam : rasa nyeri pada alat dalam (viscera), sendi, pleura, peritoneum
 - C. reffered : nyeri pada daerah rangsangan dan daerah lain

- **2. NYERI SENTRAL →** nyeri akibat rangsangan pada med. Spinalis, batang otak, thalamus

- **3. NYERI PSIKOLOGIK →** rasa nyeri tanpa sebab (Rangsangan)

PATOFISIOLOGI NYERI



TEORI NYERI



- Teori Gate control (Melzack & Wall, 1965)
- Modulasi nyeri : hasil pengiriman informasi nonnociceptive neuron A- β yang berdiameter besar, termasuk sentuhan, proprioception, tekanan, serta pengiriman informasi nociceptive sensor neuron A- delta dan C yang kecil
- Neuron A beta, A-delta dan C naik ke Substansia gelatinosa pada tulang punggung. Dan bersinaps dengan T-cells (neuron berdinamika).
- Substansia gelatinosa sebagai pintu gerbang atau modulator penghambat atau memudahkan pengiriman dari noxious impulse ke T cells

Teori nyeri (lanjutan)

- Modulasi rasa nyeri terjadi ketika aktivitas serabut A-beta berdiameter besar terlalu menstimulir substansia gelatinosa.
- Eksitasi dan substansia gelatinosa => penutupan pintu gerbang pada pengiriman informasi nociceptive dengan neurons A-delta dan C kepada T-cell dan ke pusat lebih tinggi.
- Aktifitas dari serabut A delta dan C yang berlebihan, dapat menghambat substansia gelatinosa. Hal ini maka pintu gerbang terbuka. Dan meningkatkan informasi nociceptive yang dikirim kepada T cell dan pusat lebih tinggi
- Hasilnya akan muncul nyeri yang menyakitkan.

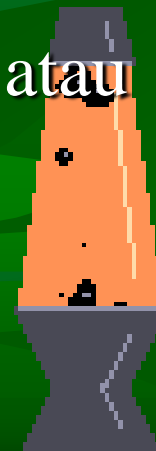
DIMENSI NYERI

- RASA NYERI MELIBATKAN : KOMPONEN SENSOR DAN KOMPONEN AFEKTIF
- KOMPONEN SENSOR => rasa tidak nyaman yang sering dapat diidentifikasi dan ditentukan bagian partikel dari tubuh dan derajat intensitas.
- KOMPONEN AFEKTIF => melibatkan berbagai perilaku yang kompleks yang menyebabkan individu mencari jalan keluar untuk meminimalkan rasa sakit, pergi atau menghentikan stimulus yang berbahaya.



TUJUAN PEMERIKSAAN DAN PENGUKURAN NYERI

- Menentukan kausa atau mekanisme nyeri.
- Menaksir (asses) seberapa kualitas, intensitas, temporal dan karakteristiknya bila ada.
- Hasilnya diintegrasikan dg pemeriksaan lain dan disintesakan dlm proses evaluasi utk menetapkan diagnosis, prognosis, rencana intervensi.
- Hasil tsb mungkin juga dpt dipakai sbg rujukan atau konsultasi kpd profesi lain.



PENGUKURAN NYERI

PENILAIAN KOMPONEN SENSORIS/INTENSITAS NYERI

- Verbal Rating Scale (VRS)
- Visual Analogue Scale (VAS)
- Numerical Rating Scale (NRS)

PENILAIAN KOMPONEN AFEKTIF DARI NYERI

- VRS
- VAS
- Pain Discomfort Scale (PDS)
- Descriptor Differential Scale (DDS)
- McGill Pain Questionnaire (MPQ)



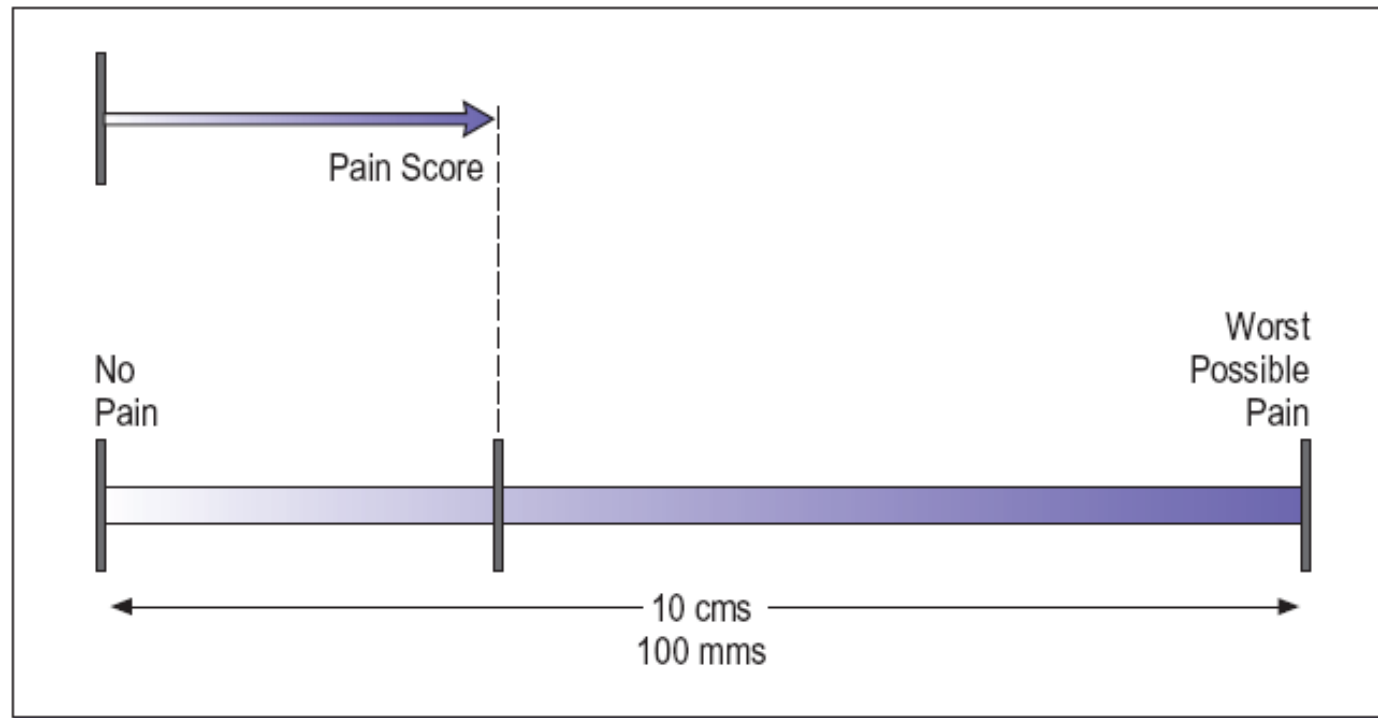


Fig 3.2 The visual analogue scale (VAS) and a recoded pain score.

Numeric Rating Scale

Please indicate on the line below the number between 0 and 100 that best describes your pain.
A zero (0) would mean 'no pain' and a one hundred (100) would mean 'pain as bad as it could be'.

Please write only one number. _____

Box Scale

If a zero means 'no pain', and a ten (10) means 'pain as bad as it could be', on this scale of 0-10, what is your level of pain?
Put an 'X' through that number.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

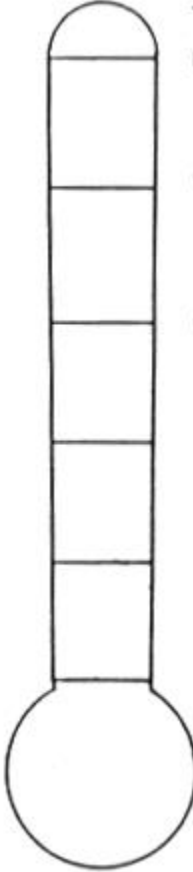
Verbal Rating Scale

- () No pain
 - () Some pain
 - () Considerable pain
 - () Pain which could not be more severe
-

Behavioural Rating Scale

- () No pain
- () Pain present, but can easily be ignored
- () Pain present, cannot be ignored, but does not interfere with everyday activities
- () Pain present, cannot be ignored, interferes with concentration
- () Pain present, cannot be ignored, interferes with all tasks except taking care of basic needs such as toileting and eating
- () Pain present, cannot be ignored, rest or bedrest required

PAIN RATING SCALE FROM BRODIE



The pain is almost unbearable _____

Very bad pain _____

Quite bad pain _____

Moderate pain _____

Little pain _____

No pain at all _____

The diagram shows a vertical thermometer-like scale with a bulb at the bottom and a rounded top. The scale is divided into seven horizontal segments. The top segment is the smallest, and the segments become progressively larger towards the bottom. The bottom segment is a large circle, representing the bulb. To the right of the scale, there are seven corresponding text labels, each followed by a horizontal line for a score or mark.

Does not
hurt at all



Hurts as much as
you can imagine

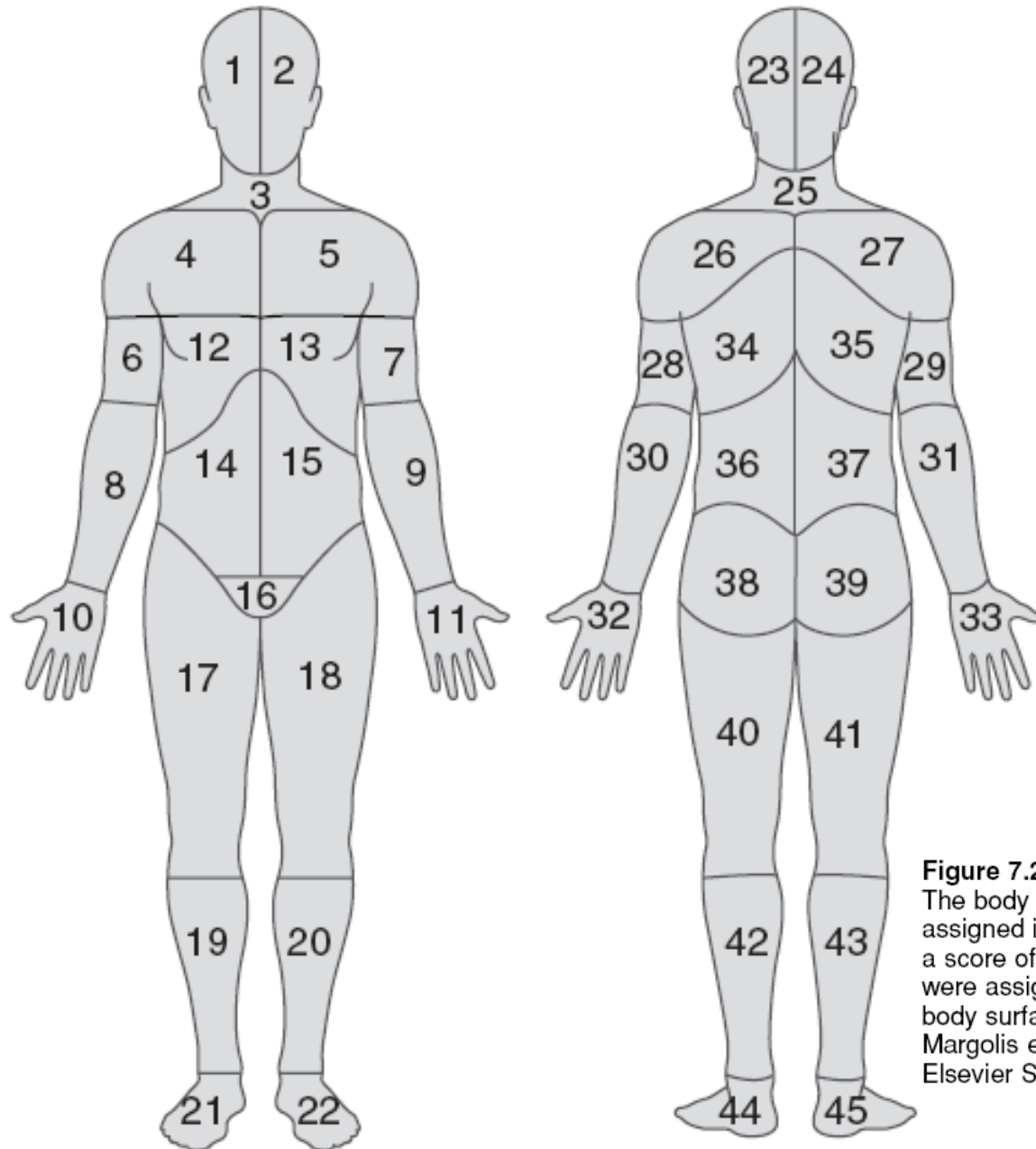


Figure 7.2 Margolis pain drawing and scoring system. The body was divided into 45 areas. A score of 1 was assigned if the patient indicated that pain was present and a score of 0 if pain was absent, for each area. Weights were assigned to each area equal to the percentage of body surface they covered. Reprinted from Pain 24, Margolis et al, pp. 57–65. © 1986, with permission from Elsevier Science.

Name: _____ Date: _____

What does your pain feel like?

Some of the words I will read to you describe your **present** pain. Tell me which words best describe it. Leave out any word group that is not suitable.

Use only a single word in each appropriate group ⓓ the one that applies **best**.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <p>1</p> <ol style="list-style-type: none">1 Flickering2 Quivering3 Pulsing4 Throbbing5 Beating6 Pounding | <p>2</p> <ol style="list-style-type: none">1 Jumping2 Flashing3 Shooting | <p>3</p> <ol style="list-style-type: none">1 Pricking2 Boring3 Drilling4 Stabbing5 Lancing | <p>4</p> <ol style="list-style-type: none">1 Sharp2 Cutting3 Lacerating |
| <p>5</p> <ol style="list-style-type: none">1 Pinching2 Pressing3 Gnawing4 Cramping5 Crushing | <p>6</p> <ol style="list-style-type: none">1 Tugging2 Pulling3 Wrenching | <p>7</p> <ol style="list-style-type: none">1 Hot2 Burning3 Scalding4 Searing | <p>8</p> <ol style="list-style-type: none">1 Tingling2 Itchy3 Smarting4 Stinging |
| <p>9</p> <ol style="list-style-type: none">1 Dull2 Sore3 Hurting4 Aching5 Heavy | <p>10</p> <ol style="list-style-type: none">1 Tender2 Taut3 Rasping4 Splitting | <p>11</p> <ol style="list-style-type: none">1 Tiring2 Exhausting | <p>12</p> <ol style="list-style-type: none">1 Sickening2 Suffocating |
| <p>13</p> <ol style="list-style-type: none">1 Fearful2 Frightful3 Terrifying | <p>14</p> <ol style="list-style-type: none">1 Punishing2 Gruelling3 Cruel4 Vicious5 Killing | <p>15</p> <ol style="list-style-type: none">1 Wretched2 Blinding | <p>16</p> <ol style="list-style-type: none">1 Annoying2 Troublesome3 Miserable4 Intense5 Unbearable |
| <p>17</p> <ol style="list-style-type: none">1 Spreading2 Radiating3 Penetrating4 Piercing | <p>18</p> <ol style="list-style-type: none">1 Tight2 Numb3 Drawing4 Squeezing5 Tearing | <p>19</p> <ol style="list-style-type: none">1 Cool2 Cold3 Freezing | <p>20</p> <ol style="list-style-type: none">1 Nagging2 Nauseating3 Agonizing4 Dreadful5 Torturing |

Figure 7.3 The McGill pain questionnaire adjectives

[assessingpain.pdf](#)

SHORT-FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE

PLEASE SELECT FROM THE LIST BELOW WORDS THAT YOU WOULD USE TO DESCRIBE YOUR PAIN
(tick the appropriate box in each column for each word).

		NONE	MILD	MODERATE	SEVERE
Sensory					
Throbbing	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shooting	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabbing	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sharp	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cramping	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gnawing	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hot-burning	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aching	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heavy	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tender	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splitting	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affective					
Tiring/exhausting	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sickening	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fearful	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punishing/cruel	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MARK A CROSS ON THE LINE BELOW TO INDICATE THE INTENSITY OF YOUR PAIN

(a) RIGHT NOW:

No Pain |-----| Worst Possible pain

(b) AT ITS WORST IN THE LAST MONTH

No Pain |-----| Worst Possible pain

(c) AT ITS BEST IN THE LAST MONTH

No Pain |-----| Worst Possible pain

PRESENT PAIN INDEX (PPI)

WHICH OF THE FOLLOWING WORDS EXPLAINS YOUR PRESENT PAIN (tick one only)

Score

- 0 No Pain
- 1 Mild Pain
- 2 Discomforting
- 3 Distressing
- 4 Horrible
- 5 Excruciating

DESCRIPTOR DIFFERENTIAL SCALE

- Ada 12 gambar dipresentasikan
- (-) _____ Faint _____ (+)
- (-) _____ moderate _____ (+)
- (-) _____ Barely strong _____ (+)
- (-) _____ Intense _____ (+)
- (-) _____ Weak _____ (+)
- (-) _____ Strong _____ (+)
- (-) _____ Very mild _____ (+)
- (-) _____ extremely intense _____ (+)
- (-) _____ Very weak _____ (+)
- (-) _____ slighty intense _____ (+)
- (-) _____ very intense _____ (+)
- (-) _____ mild _____ (+)

VRS pada afektif nyeri

- 15 point scale =
- Bearable (lumayan, dapat ditahan)
- Distracting (membingungkan)
- Unpleasant (tidak menyenangkan/tidak enak)
- Uncomfortable (tak enak/nyaman)
- Distressing (menyedihkan, menyusahkan)
- Oppressive (menyesakan nafas, menindas)
- Miserable (tidak keruan, sangat buruk)
- Awful (dasyat/hebat)
- Frigthful (mengejutkan, buruk sekali)
- Dreadful (sangat menakutkan)
- Horribe(mengerikan)
- Agonizing (menderita sekali)
- Unbaerable (tidak dapat ditahan)
- Intolerable (tak tertahankan, amat berat)
- excruciating (bukan main, luar biasa)

Mark the areas of your body where you feel the following sensations:

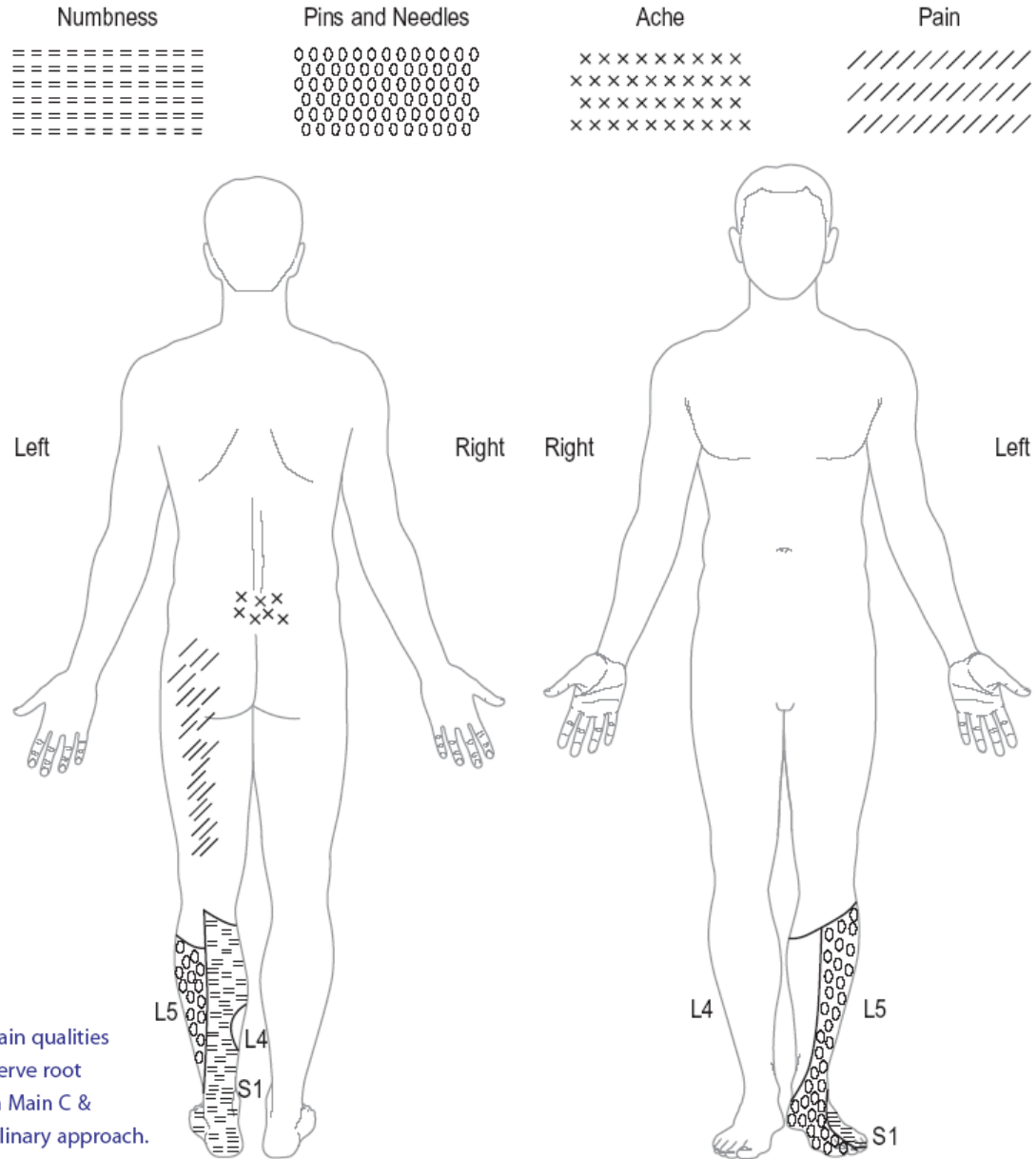
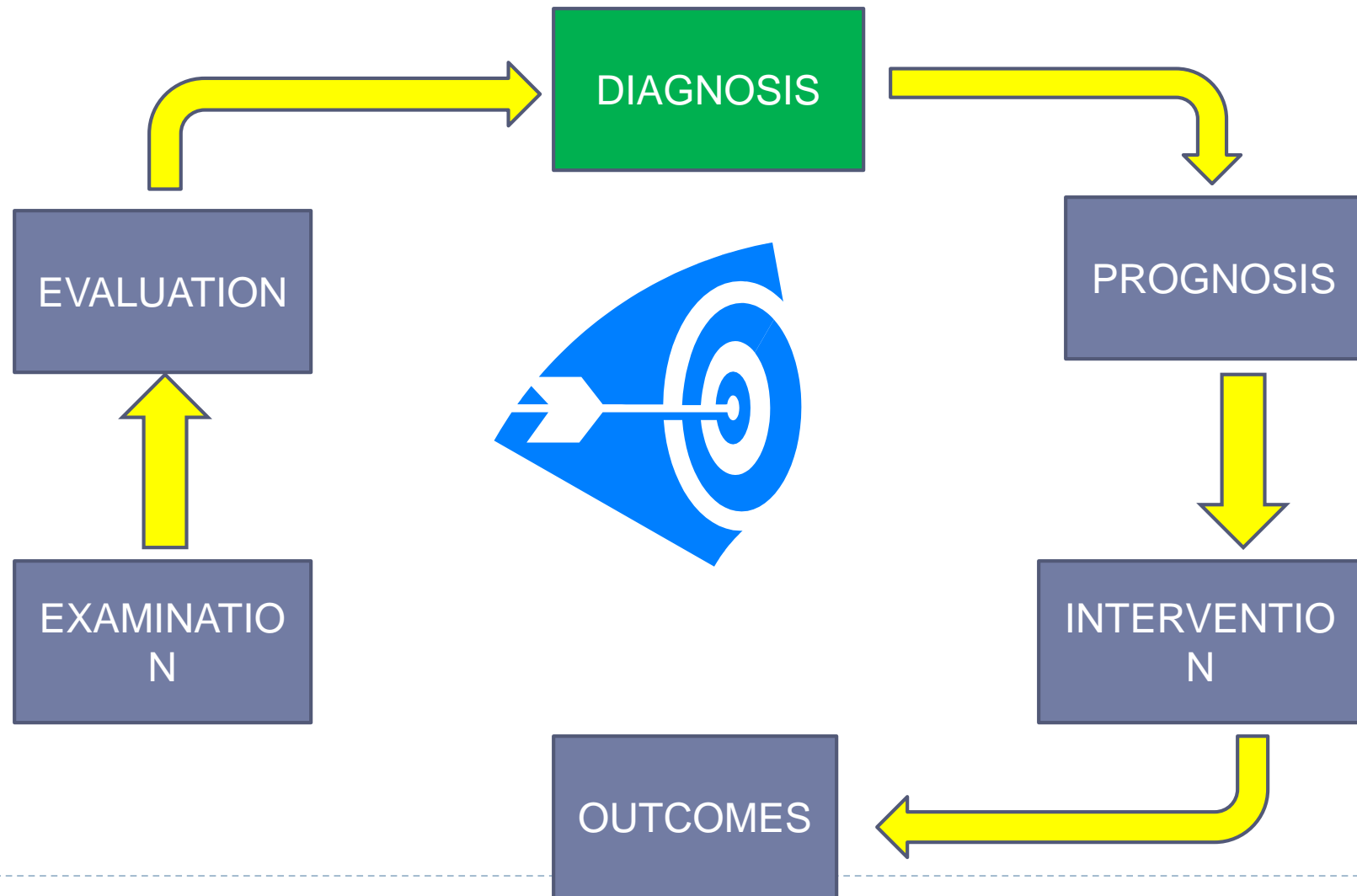


Fig 3.6 A body outline for recording pain qualities. Pain qualities associated with a prolapsed intervertebral disc and nerve root compression at L5–S1. Adapted with permission from Main C & Spanswick CC 2000, Pain management: an interdisciplinary approach. Churchill Livingstone, 2000 p. 133, Fig. 7A1.

Patient/ client management Standar Proses Fisioterapi





Soal Evaluasi

TULISKAN:

1. Apakah luas bidang pelayanan sebagai seorang fisioterapis?
2. Apasaja yang perlu di perhatikan safety pada pasien ,
menghindari resiko jatuh
3. Sebutka macam jenis pengukuran nyeri?
4. Apakah yang dimaksud dengan pemeriksaan obyektif dan
subyektif
5. Bagaimanakah cara melakuka pengukuran panjang tungkai?
6. Sebutkan jenis pemeriksaan sensoris ?



PENUTUP BELAJAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اللَّهُمَّ أَرِنَا الْحَقَّ حَقًّا وَأَرِزْنَا اتِّبَاعَهُ وَأَرِنَا الْبَاطِلَ بَاطِلًا وَأَرِزْنَا اجْتِنَابَهُ

Ya Allah Tunjukkanlah kepada kami kebenaran sehingga kami dapat mengikutinya,
Dan tunjukkanlah kepada kami keburukan sehingga kami dapat menjauhinya.



wnisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta