

## LAPORAN STATUS KLINIK

NAMA MAHASISWA : Yan Sella Silviani  
N.I.M. : 2010301033  
TEMPAT PRAKTIK : klinik  
PEMBIMBING : ibu Tyas Sari Ratna Ningrum

---

Tanggal Pembuatan Laporan : 16 Juli

Kondisi/kasus : FT E

### I. KETERANGAN UMUM PENDERITA

N a m a : Lintang  
Umur : 25  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Mahasiswi  
Alamat : Reban  
No. RM :

### II. DATA DATA MEDIS RUMAH SAKIT

(Diagnosis medis, catatan klinis, medika mentosa, hasil lab, foto ronsen, dll)

### III. SEGI FISIOTERAPI

#### A. PEMERIKSAAN SUBYEKTIF

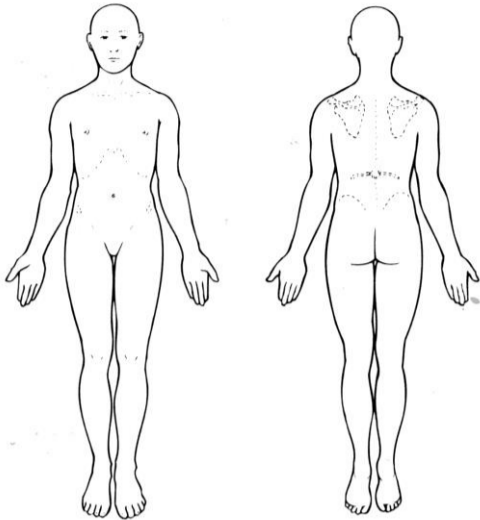


Figure 2.4 Body chart. (After Grievie 1991, with permission.)

#### 1. KELUHAN UTAMA

**Pasien mengeluh jika mengangkat bahunya terasa sangat sakit.**

**Pasien mengeluh sakit saat mengangkat tangan pada kegiatan sehari-hari**

#### 2. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

(Termasuk didalamnya lokasi keluhan, onset, penyebab, factor-2 yang memperberat atau memperingan, iritabilitas dan derajat berat keluhan, sifat keluhan dalam 24 jam, stadium dari kondisi)

Rps : Sebulan yang lalu pasien merasakan nyeri secara tiba-tiba di bahu kanan dan pasien sudah berobat di salahsatu dokter praktek di sekitar rumahnya. Tapi tidak ada perubahan sama sekali, dan kemudian pasien meminta dirujuk ke rumah sakit dan dokter praktek tidak memberikan rujukan. Akhirnya pasien dengan inisiatifsendiri datang ke RSUD Kota Batang tanpa rujukan.Setelah bertemu dengan dokter di RSUD Kota Batang , pasien di rujuk ke Fisioterapi

#### 3. RIWAYAT KELUARGA DAN STATUS SOSIAL

(Lingkungan kerja, lingkurang tempat tinggal, aktivitas rekreasi dan diwaktu senggang, aktivitas sosial)

Pasien adalah seorang mahasiswa yang sedang kuliah online di rumah kemudian dia sedang membantu orang tuanya mengurus pekerjaan rumah dan tidak sengaja saat dia mengambil barang di tempat tinggi dia merasa ada yang tidak nyaman pada bahunya

#### **4. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

Riwayat trauma +  
Hipertensi -  
Penyakit jantung -

### **B. PEMERIKSAAN OBYEKTIF**

#### **1. PEMERIKSAAN TANDA VITAL**

(Tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, temperatur, tinggi badan, berat badan)

Tekanan darah : 130/90 mmHg

Berat badan : 48 kg

Tinggi badan : 147 cm

IMT : 22,22 (BB ideal)

#### **2. INSPEKSI/OBSERVASI**

Statis :

-Anterior

Posisi kepala : normal

Bahu : simetris

Clavicula : simetris

-Posterior

Skapula : simetris

Celah axilla : simetrisDinamis :

Lengan pasien sebelah kanan kurang terayun saat berjalan

Pasien terlihat kesakitan saat mengangkat lengan kiri dan adaketerbatasan gerak

Gangguan ADL

#### **3. PALPASI**

- Palpasi

Tidak ada peningkatan suhu, tidak ada swelling.

Oedem (-)

Kontur kulit : normal

Ada nyeri tekan di bagian glenohumeral join

#### **4. PFGD**

##### ***Pemeriksaan Gerak Dasar (Gerak aktif)***

Fleksi shoulder : sangat nyeri, ROM terbatas

Ekstensi shoulder : sedikit nyeri, ROM terbatas

Abduksi : nyeri, ROM terbatas

Adduksi : sedikit nyeri, ROM terbatas

Endorotasi : sangat nyeri, ROM terbatas  
Eksorotasi : nyeri, ROM terbatas

### ***Pemeriksaan Gerak Pasif***

fleksi shoulder : sangat nyeri, ROM terbatas  
Ekstensi shoulder : sedikit nyeri, ROM terbatas

Abduksi : nyeri, ROM terbatas  
Adduksi : sedikit nyeri, ROM terbatas  
Endorotasi : sangat nyeri, ROM terbatas  
Eksorotasi : nyeri, ROM terbatas

### ***Pemeriksaan Isometris***

Fleksi shoulder : tidak nyeri  
Ekstensi shoulder : tidak nyeri  
Abduksi : tidak nyeri  
Adduksi : tidak nyeri  
Endorotasi : tidak nyeri  
Eksorotasi : tidak nyeri

## **5. MUSCLE TEST**

### **a. Kekuatan Otot**

shoulder rotasi lateral full, Fleksi elbow 90 derajat. Posisi terapis: Berdiri disamping pasien kemudian terapis membantu memposisikan shoulder dalam rotasi lateral full serta menginstruksikan pasien untuk bertahan pada posisi tersebut dalam beberapa detik, kemudian lepaskan lengan pasien. Positif apabila tidak mampu mempertahankan posisi dan menjatuhkan lengan ke belakang atau kembali netral

### **b. Antropometri**

pengukuran pada lengan untuk mengetahui apakah ada oedema atau tidak, jika ada maka seberapa besar.

## **C. DIAGNOSIS FISIOTERAPI**

### ***Impairment***

Gangguan fungsional shoulder joint akibat frozen shoulder

**Functional Limitation**

Gangguan ADL (berpakaian dan menyisir rambut)

**Participation restriction**

Kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari

**D. TUJUAN FISIOTERAPI (*jangka panjang dan Pendek*)**

a)

Tujuan jangka pendek

- Menghilangkan nyeri
- Meningkatkan ROM shoulder joint
- Menghilangkan

*Stiffnes*

- shoulder joint

Untuk meningkatkan kemampuan ADL (berpakaian dan menyisir rambut)

b) Tujuan jangka panjang

Mengembalikan kapasitas fisik dan kemampuan fungsional pasien

**E. TEKNOLOGI INTERVENSI FISIOTERAPI**

(berikan apa saja yang sesuai dengan diagnosa ft)

Tujuan : mengurangi rasa nyeri  
Teknik : posisi pasien terlentang dengan 3 pad diletakkan di otot rotator cuff dan 1 pad berada di m. biceps brahii . Durasi 10 menit, Intensitas sesuai dengan aktualitas patologi. Intensitas dipertahankan sesuai dgn toleransi pasien.

**F. EVALUASI**

Lakukan pemeriksaan ulang sesuai yang telah dilakukan sebelumnya. Tuliskan Kembali. Lihat perubahannya untuk tindak lanjut.

a) Saat Pasien merasakan capek setelah latihan

b) Berkala

- Setelah beberapa kali melakukan latihan. pasien merasakan nyeri berkurang.
- ROM shoulder joint bertambah.
- Peningkatan fungsional shoulder joint.

## G. EDUKASI

- a) Mengarahkan kepada pasien untuk tetap menggunakan lengan yang sakit dalam melakukan aktivitas seperti (bersisir dan berpakaian)
- b) Saat ingin bangun dari tempat tidur, pasien diharuskan memosisikan tubuh miring terlebih dahulu.

....., .....

Pembimbing,

\_\_\_\_\_ NIP.