

LAPORAN STATUS KLINIK

NAMA MAHASISWA : Dyah Ayu Kartika Sari
N.I.M. : 2010301100
TEMPAT PRAKTIK : Rs Bthesda YG
PEMBIMBING : Tyas Sari Ratna Ningrum, SSt.Ft.,M.Or

Tanggal Pembuatan Laporan : 16 Juni 2021

Kondisi/kasus : FT A/FT B/FT C/FT D/ FT E

I. KETERANGAN UMUM PENDERITA

N a m a : Ny Sumarni
Umur : 55
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Alamat : Jl Padepokan no 12 Sleman
No. RM :

II. DATA DATA MEDIS RUMAH SAKIT

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

Diagnosis medis : Low back paint T10 – 12, Paraplegia ringan L3 – 5

Catatan medis : pasien mengalami keluhan pada nyeri punggung bawah, dan terasa lemas pada tungkai belakang dan samping luar kaki kanan

Mendika mentosa : Melaxic
Glukosamin
Analgetik

Hasil MRI lumbosacral :

- Paraplegia ringan L3 – 5 (grade 1)
- Degenerasi discus low back paint T10-12 dengan stenosis berat foramen neuralis depan dan samping luar kaki kanan
- Osteoarthritis pada bagian distal

SEGI FISIOTERAPI

A. PEMERIKSAAN SUBYEKTIF

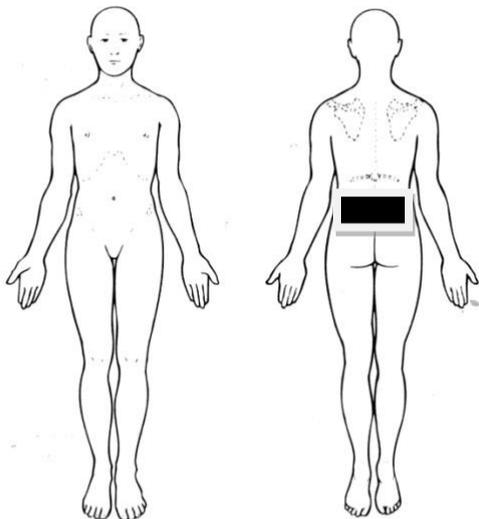


Figure 2.4 Body chart. (After Grievé 1991, with permission.)

1. KELUHAN UTAMA

Pasien mengalami nyeri pada pinggul, mati rasa pada tungkai bagian belakang serta ketika ingin buang air besar dan buang air kecil mengalami kesulitan

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 : Pada tanggal 20 juni 2021 pasien di bawa kerumah sakit dan dirujuk ke bangsal saraf, pasien dirawat di bangsal saraf selama 7 hari dan kemudian dirujuk ke fisioterapis selama perawatan pasien mengalami nyeri dan mati rasa pada punggung bawah dan tungkai bagian belakangnya, nyeri sudah dirasakan sekitar 2 bulan setelah kejadian jatuhnya pasien dari tangga nyeri yang dirasakan hilang timbul,nyeri memberat bila membungkuk, mengangkat beban, batuk,bersin dan mengejan. Nyeri berkurang bila istirahat dalam posisi tidur miring atau side lying. Mulai 3 juli 2021 pasien mendapatkan perawatan fisioterapi dengan progam 2 x dalam seminggu

3. RIWAYAT KELUARGA DAN STATUS SOSIAL

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

Pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang aktifitasnya mengurus rumah tangga kegiatan mengepel, menyapu dan bahkan mengangkat beban berat dalam likungannya pasien merupakan seorang yang aktif dalam bersosialisasi atau mengikuti kegiatan yang ada di kampungnya, lingkungan tempat tinggal pasien berada di pegunungan yang jalannya mendaki sehingga membutuhkan tenaga ekstra ketika jalan, wc dirumah pasien jenisnya wc jongkok, kondisi rumah pasien tidak trap – trappan, dan bak mandinya setinggi pinggul

4. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Riwayat trauma +
Riwayat penyakit jantung –
Riwayat hipertensi -

B. PEMERIKSAAN OBYEKTIF

1. PEMERIKSAAN TANDA VITAL

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

BP : 120/80 mmHg

HR : 100 x/menit

RR : 12 x/menit

SUHU : 36° C

HEIGHT : 160 cm

WEIGHT : 50 kg

2. INSPEKSI/OBSERVASI

- Inspeksi statik (posisi berdiri)

- Postur tubuh berubah, dasar tumpuan melebar
- Tampak kurva lordosis dalam batas normal

- Inspeksi dinamis (jalan)

- Fleksi hip pada tungkai kurang
- Rotasi pada hip kurang
- pada fase stance posisi kaki eksorotasi (evers) pada kaki bagian belakang dan samping luar

3. PALPASI

- Terdapat nyeri tekan pada m. Paravertebra antara T10-12
- Terdapat spasme pada otot-otot paravertebral L3-5 dan tibiofibular joint
- Terdapat sedikit tumor atau pembengkakan dibagian belakang tungkai

4. PERKUSI

dalam batas normal

5. AUSKULTASI

Adanya krepitasi pada saat gerakan ekstensi pada knee bagian kanan dan kiri

6. PFGD

Pemeriksaan Gerak Dasar (Gerak aktif)

- Gerakan fleksi trunk terbatas
- Gerakan ekstensi trunk bisa tetapi tidak bias full ROM
- Gerakan fleksi knee bias
- Gerakan ekstensi knee bias tetapi tidak full ROM

Pemeriksaan Gerak Pasif

- Gerak fleksi trunk saat membungkuk menyebabkan nyeri
- Knee joint pasien digerakkan ke arah ekstensi tetapi tidak bias full ROM

Pemeriksaan Isometris

Pasien dapat melawan tahanan yang diberikan oleh fisioterapis pada gerakan fleksi knee kanan tetapi tidak full ROM dan menimbulkan nyeri

7. MUSCLE TEST

a. Kekuatan Otot

Trunk	Dextra	Sinistra
Fleksi	2	5
Ekstensi	2	5

Hip	Dextra	Sinistra
Endorotasi	2	5
Eksorotasi	2	5

Knee	Dextra	Sinistra
Fleksi	2	5
Ekstensi	2	5

b. Antropometri

LGS trunk Fleksi : $63 - 50 = 13$ cm

Ekstensi : $52 - 50 = 5$ cm

Side fleksi kiri : 10 cm

Side fleksi kanan : 16 cm

c. ROM

Lgs hip

Hip	Aktif	Pasif
Dextra	S 10 - 0 - 100 F 40 - 0 - 15 R(S 90) 30 - 0 - 40	S 15 - 0 - 120 F 40 - 0 - 20 R(S=90) = 30-0-45
Sinistra	S 30 - 0 - 120 F 45 - 0 - 25 R(S 90) 35-0-40	S 30-0-120 F 45-0-25 R(S 90) 45-0-45

Lgs knee

Knee	Aktif	Pasif
Dextra	S 0 - 0 - 100	S - 0 - 120
Sinistra	S - 0 - 135	S - 0 - 135

d. Nyeri (diam, tekan, gerak)

Diam = 2 (saat posisi berbaring)

Gerak = 5 (saat posisi jongkok berdiri)

Tekan = 4 (saat posisi baring)

8. KEMAMPUAN FUNGSIONAL

Makan

0 : tidak mampu

5 : dibantu (makanan dipotong-potong dulu)

10 : mandiri

Mandi

0 : dibantu

5 : mandiri (menggunakan shower)

Personal hygiene (cuci muka, menyisir rambut, bercukur jenggot, gogok gigi)

0 : dibantu

5 : mandiri

Berpakaian

0 : dibantu seluruhnya

5 : dibantu sebagian

10 : mandiri (termasuk mengancing baju, memakai tali sepatu, dan resleting).

Buang Air Besar (BAB)

0 : tidak dapat mengontrol (perlu diberikan enema)

5 : kadang mengalami kecelakaan

10: mampu mengontrol BAB

Buang Air Kecil (BAK)

0 : tidak dapat mengontrol BAK, dan menggunakan kateter

5 : kadang mengalami kecelakaan

10 : mampu mengontrol BAK

Toileting /ke kamar kecil

0 : dibantu seluruhnya

5: dibantu sebagian

10 : mandiri (melepas atau memakai pakaian, menyiram WC, membersihkan organ kelamin).

Berpindah (dari tempat tidur kekursi, dan sebaliknya)

0 : tidak ada keseimbangan untuk duduk

5 : dibantu satu atau dua orang, dan bisa duduk

10 : dibantu (lisan atau fisik)

15 : mandiri

Mobilisasi (berjalan di permukaan datar)

0 : tidak dapat berjalan

5 : menggunakan kursi roda

10 : berjalan dengan bantuan satu orang

15 : mandiri

Naik dan turun tangga

0 : tidak mampu

5 : dibantu menggunakan tongkat

10 : mandiri.

Kesimpulan :

75 : kesimpulan : ketergantungan sebagian

Keterangan : 130 : Mandiri

65 – 125 : Ketergantungan sebagian

60 Ketergantungan total

9. PEMERIKSAAN SPESIFIK

- a. Tes spesifik
- b. Pemeriksaan refleks
- c. Pemeriksaan dermatome
 - SLR + pada tungkai kanan
 - Nerry + pada tungkai kanan
 - Bragard + pada tungkai kanan
 - Kontra patrick + pada tungkai kanan
 - Sensoris dalam batas sedang

C. DIAGNOSIS FISIOTERAPI

Impairment

- a. Adanya nyeri pada knee kaki kanan
- b. Penurunan LGS pada knee kaki kanan
- c. Adanya penurunan otot ekstensor pada knee bagian kanan
- d. Terdapat nyeri diam dan gerak pada punggung bawah dan tungkai sebelah kanan
- e. Terdapat keterbatasan LGS fleksi trunk
- f. Terdapat nyeri tekan pada m. Paravertebra antara T10-12
- g. Terdapat spasme pada otot-otot paravertebral L3-5 dan tibiofibular joint
- h. Terdapat sedikit tumor atau pembengkakan dibagian belakang tungkai kaki kanan

Functional limitation

- a. Penurunan kemampuan fungsional jongkok ke berdiri
- b. Penurunan kemampuan berjalan lama
- c. Penurunan kemampuan naik turun tangga
- d. Kesulitan melakukan aktivitas fungsional terutama saat sholat, berdiri lama, berjalan jauh, membungkuk, mengangkat barang, BAB, serta duduk lama dan duduk bersila.

Participation restriction

Bersosialisasi dengan masyarakat menjadi terganggu karena keterbatasan dalam berjalan lama dan ditinjau dari keadaan lingkungan pasien yang jalannya menanjak

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

1. Jangka pendek
 - a. Mengurangi nyeri
 - b. Meningkatkan kekuatan otot
 - c. Memelihara dan meningkatkan LGS
2. Jangka panjang

Untuk meningkatkan kemampuan fungsional pasien dan meningkatkan mobilitas pasien dalam beraktivitas sehari – hari

E. TEKNOLOGI INTERVENSI FISIOTERAPI

(berikan apa saja yang sesuai dengan diagnosa ft)

- a. IR

Dengan adanya vasodilatasi pembuluh darah maka sirkulasi darah menjadi lancar, sehingga pemberian nutrisi dan oksigen kepada jaringan akan meningkat, dengan demikian kadar sel darah putih dan antibodi didalam jaringan tersebut juga meningkat. Sehingga pemeliharaan jaringan menjadi lebih baik dan

perlawanan terhadap agen penyebab proses radang juga semakin baik dan nyeri menjadi berkurang.

Cara pelaksanaan :

- Posisikan pasien tengkurap atau senyaman mungkin
- Jangan deaktkan alat terlalu dekat dengan pasien beri jarak sekitar 30 cm dari badan pasien
- Usahakan pasien melepas pakaiannya dan

Kontrainsikasi :

- Gangguan sensasi panas
- Gangguan sirkulasi
- Pasien kehilangan kesadaran
- Penyakit kulit akut
- Kerusakan kulit
- Gangguan tekanan darah
- Tumor kulit yang dapat terstimulasi

b. US

Tujuan US adalah menimbulkan efek micromassage karena gerakan dari transduser, mengurangi nyeri dan merileksasikan otot.

Cara pelaksanaan :

- Posisikan posisi pasien senyaman mungkin
- Siapkan alat sebelumnya alat harus dipanaskan terlebih dahulu
- Siapkan gel, air, atau cream untuk perantaranya
- Tempelkan kepala us atau transduser dibagian kulit pasien yang sudah diolesi gel atau semacamnya dan jangan ditekan hanya ditempelkan saja
- Bidik US selama 1 menit per area kepala perawatan

Kontraindikasi :

- Tumor
- Kanker
- Kehamilan
- Menggunakan alat pacu jantung

Atau

- ✓ Persiapan alat

Meliputi cek kabel apakah ada kabel yang dalam keadaan terbuka. Apabila kabel dalam keadaan terbuka dikhawatirkan akan terjadi burn pada kulit. Kemudian sambungkan kabel dengan aliran listrik. Hidupkan alat, lakukan cek alat, caranya pada transduser diberi tetesan air kemudian atur waktu \pm 1 menit pilih arus continuos, kemudian naikkan intensitas. Apabila air pada transduser mendidih ini menandakan US dalam keadaan baik dan siap untuk dipakai dan siapkan media penghantar berupa gel.

- ✓ Persiapan pasien

Posisi pasien diatur senyaman mungkin, yaitu pasien diposisikan tidur terlentang di atas bed, area yang akan diterapi atau lutut kanan bebas dari pakaian dan dilakukan tes sensibilitas. Terapis harus menjelaskan tentang tujuan terapi dan rasa yang akan dirasakan selama terapi

c. Stretching m. Tensor Fascia Latae Posisikan pasien tidur miring ke sisi kontralateral. Therapist berdiri di belakang pasien. Gerakan sendi hip sedikit fleksi dan doronglah tungkai kearah adduksi dengan memberikan fiksasi di daerah coxae

d. TERAPI LATIHAN

- Free active exercise : Tujuan yang dicapai dari latihan ini adalah relaksasi otot yang mengalami spasme, mempertahankan dan menambah kekuatan otot, melatih koordinasi gerakan dan menimbulkan kepercayaan penderita terhadap kemampuan penderita dalam melaksanakan dan mengontrol suatu gerakan

Cara pelaksanaan : posisikan pasien senyaman mungkin kemudian mintalah pasien untuk mengikuti instruksi pergerakan dari fisioterapis

- ✓ Posisi pasien : duduk di tepi bet
- ✓ Posisi terapis : Di samping pasien

✓ Pelaksanaan : Pasien disuruh meluruskan lututnya kemudian menekuknya kembali dengan hitungan 1 sampai 8, dengan frekuensi 5 sampai 10 kali pengulangan.

• Resisted exercise : Tujuan dari latihan ini adalah untuk meningkatkan LGS.

Cara pelaksanaan :

Posisikan pasien senyaman mungkin kemudian arahkan pasien ke arah fleksi atau ekstensi atau pada bagian yang mengalami keluhan kemudian beri tahanan pada gerakan pasien tersebut

✓ Posisi pasien : Duduk bersandar serileks mungkin

✓ Posisi terapis : Menyesuaikan

✓ Pelaksanaan : Posisikan pasien duduk dengan tepat dan nyaman dalam quadriceps banch kemudian atur beban dan letakkan beban pada ankle. Kemudian lakukan tes sub maksimal 1 RM dan pasiendiminta menggerakkan sendi

lututnya (fleksi-ekstensi) apabila pasien sudah merasa lelah dan nyeri pada sendi lutut latihan dapat dihentikan. Dalam tes 1 RM digunakan beban 2 kg dan pasien dapat mengulangi gerakan fleksi-ekstensi sendi lutut sebanyak 10 kali, setelah itu berhenti karena pasien kelelahan. Kemudian RM dihitung dengan menggunakan diagram Holten dengan rumus = $a \text{ kg} \times 100\% / B\%$, dimana A adalah berat beban awal perkiraan terapis kepada pasien dan B adalah banyaknya pengulangan yang dapat dilakukan pasien.

Perkiraan beban adalah 2 kg dan pasien dapat mengulangi 10 kali pengulangan maka 1 RM adalah :

$$1 \text{ RM} = 2 \text{ kg} \times 100\% / 80\%$$

$$= 2,5 \text{ kg}$$

$$\text{Intensitas} = 30\text{-}60\% \text{ dari } 1\text{RM}$$

$$= 50\% \times 2,5 \text{ kg}$$

$$= 1,25\text{kg}$$

$$\text{Repetisi} = >20 \text{ kali}$$

$$\text{Istirahat} = 0\text{-}30 \text{ detik}$$

$$\text{Seri} = 1\text{-}3 \text{ kali}$$

• Hold Relax : Tujuan dari latihan ini adalah mencapai rileksasi dari grup antagonis dan mendorong gerakan aktif dari grup agonis.

Cara pelaksanaan :

Persiapan pasien Posisi pasien sewaktu latihan berbaring tengkurap di bed dengan posisi lutut kiri fleksi hingga 105° batas nyeri dan lutut kanan dalam posisi ekstensi.

b Pelaksanaan latihan 1 Prosedur latihan Gerakan lutut kiri ke arah fleksi hingga 105° atau sampai batas nyeri. Pada posisi tersebut beri tahanan pada daerah pergelangan kaki bagian belakang dan fiksasi pada femur bagian distal, lalu pasien di minta untuk meluruskan lututnya ekstensi, dengan melawan tahanan dari terapis tanpa menimbulkan gerakan. Tahanan di berikan selama 5 detik. Besarnya tahanan disesuaikan dengan toleransi atau kekuatan kontraksi pasien. kemudian pasien diminta untuk rileks pada lutut kirinya, dan terapis menggerakkan lutut kiri pasien ke arah fleksi secara perlahan-lahan untuk menambah LGS fleksi lutut. Dilakukan selama 3 kali pengulangan. 2 Waktu latihan Pada kondisi ini, pasien mampu berlatih selama 5 menit. 3 Frekuensi latihan Dilakukan oleh pasien selama 6 kali terapi. Gambar 4.10 Terapi latihan dengan metode Hold Relax Rodiah 1997. Keterangan: I Gerakan sampai batas nyeri II Isometrik III Relaksasi IV Gerakan pasif untuk penambahan LGS

✓ Posisi Pasien : Tidur tengkurap di bed

✓ Posisi terapis : Di samping pasien

✓ Pelaksanaan : Satu tangan terapis memfiksasi

pergelangan kaki dan satu tangan yang lain memfiksasi di ujung distal femur atau tungkai atas dekat dengan persendian, terapis menginstruksikan kepada pasien untuk menekuk

lututnya ke arah pantat dan terapis memberi tahanan yang berlawanan dengan gerakan pasien, dan pasien menggerakkan atau menekuk lututnya sampai batas nyeri, kemudian pasien disuruh rileks dan terapis memberi pengulangan ke arah fleksi, dengan pengulangan 10 kali.

F. RENCANA EVALUASI

Tulis pemeriksaan apa saja yang nanti akan dievaluasi

- Nyeri dengan menggunakan VDS
- LGS dengan menggunakan goniometer
- Kekuatan otot dengan menggunakan MMT
- Kemampuan fungsional dengan skala jette

G. PROGNOSIS

QUO AD VITAM : Baik
 QUO AD SANAM : dubia ad bonam
 QUO AD COSMETICAM : dubia ad bonam
 QUO AD FUNCTIONAM : dubia ad bonam

Jawaban : (dubia ad bonam : ragu2 ke arah baik, dubia : ragu2, dubia ad malam : ragu2 ke arah buruk)

H. DOKUMENTASI INTERVENSI FISIOTERAPI

- Persiapan alat
- SPO pengelolaan pasien
- Ceklis alat pengaman
- Asesment pada pasien
- Dokumen self assessment pasien

SPO STANDAR DOKUMENTASI FISIOTERAPI	
Pengertian	Pedoman bagi Fisioterapis dalam menjalankan asuhan profesional dengan melakukan pencatatan dan pelaporan fisioterapi pada pasien/klien yang ditanganinya.
Tujuan	Melaksanakan asuhan fisioterapi secara tepat, efektif dan efisien dengan hasil yang optimal.
Kebijakan	Standar Dokumentasi Fisioterapi sesuai dengan pedoman pelayanan unit fisioterapi.
Prosedur	Kriteria : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nama pasien dan data identifikasi lain. : N a m a : Ny Sumarni Umur : 55 Jenis Kelamin : Perempuan

	<p>Agama : Islam</p> <p>Pekerjaan : Ibu rumah tangga</p> <p>Alamat : Jl Padepokan no 12 Sleman</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asal rujukan. : bangsal saraf • Tanggal pertama asesmen, hasil asesmen dan data dasar: 1 Juli 2021 • Program dengan estimasi lamanya pelayanan atau tujuan jangka pendek, menengah dan jangka panjang sesuai standar IV. Metode dan hasilnya serta modifikasinya meliputi: <ul style="list-style-type: none"> - Perkembangan neuromotorik dan integrasi sensoris - Range of motion - Penampilan otot (termasuk kekuatan, tenaga dan daya tahan) - Ventilasi, respirasi (pertukaran gas) dan sirkulasi - Sikap statis dan dinamis - Langkah, gerak (lokomasi) dan keseimbangan - Pemeliharaan diri dan pengelolaan tempat tinggal
--	---

STANDAR DOKUMENTASI FISIOTERAPI	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pencatatan selama pasien rawat inap maupun rawat jalan : Dilakukan oleh fisioterapis saat akan melakukan intervensi kepada pasien dan saat melakukan asesment 2. Menggunakan Tulisan tangan dan tanda tangan harus dengan tinta. : Agar pasien dapat memahami tulisan dengan jelas dan saat melakukan pemilihan intervensi tidak keliru dalam melihat catatan 3. Pencatatan dilakukan segera setelah tindakan dilaksanakan.: Supaya data yang diperoleh tidak lupa 4. Penulisan catatan jelas, ringkas dan menggunakan istilah dan sistematika yang baku. : Agar terkesan sopan pada pasien dan catatan harus jelas dan ringkas untuk mempermudah menjelaskan kepada pasien nantinya 5. Mengoreksi kesalahan dokumen dengan cara mencoret satu garis lurus sepanjang tulisan yang dikoreksi diparaf dan ditanggali 6. Setiap pencatatan harus mencantumkan inisial / nama fisioterapis yang melaksanakan intervensi fisioterapi.

	<p>7. Persetujuan (informed consent) : kepada pasien/klien harus ditanyakan pemahaman dan kesadarannya sebelum intervensi dimulai</p> <p>8. Disimpan sesuai peraturan yang berlaku.</p> <p>9. Digunakan sebagai bahan informasi, komunikasi dan laporan.</p>
--	--

I. EVALUASI

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

- Nyeri dengan VAS

Nyeri	Terapi awal	Terapi akhir
Diam	2	1
Gerak	5	3
Tekan	4	2

- LGS Hip dextra dengan goniometer

LGS	Terapi awal	Terapi akhir
Pasif	S 15- 0- 120 F 40 -0-20 R(S=90) = 45-0-45	S 15-0-115 F 45-0-20 R (S 90) 35-0-45
Aktif	S 10 - 0- 100 F 40 - 0 -15 R(S 90) 35- 0 - 40	S 10-0-110 F 40-0-15 R (S 90) 30-0-35

- LGS Knee dextra dengan goniometer

LGS	Terapi awal	Terapi akhir
Pasif	S – 0 - 120	S – 0 - 123
Aktif	S 0 – 0 - 100	S – 0 - 125

- Kekuatan otot Hip dextra dengan MMT

Kelompok otot	Terapi awal	Terapi akhir
Endorotasi	2	4
Eksorotasi	2	4

- Kekuatan otot Knee dextra dengan MMT

Kelompok otot	Terapi awal	Terapi akhir
Fleksor	2	4
Ekstensor	2	4

- Kekuatan otot trunk dengan MMT

Kelompok otot	Terapi awal	Terapi akhir
Fleksor	2	4
Ekstensor	2	4

J. EDUKASI

Saat melakukan assessment perhatikan betul keadaan pasien jika pasien tersebut tidak memungkinkan untuk melakukan pemeriksaan subyektif sendiri maka boleh diwakilkan oleh keluarganya yang mengerti tentang keluhan pasien dan cermati tentang informasi yang diberikan kepada pasien catat informasi yang diberikan kemudian sampaikan lagi atau bacakan lagi catatan yang kamu catat tadi kepada pasien agar tidak ada kesalahan dalam pencatatan kemudian pilihlah atau sarankanlah intervensi yang paling tepat kepada pasien sesuai dengan keluhan yang diderita dan perhatikan juga kontraindikasi dari setiap intervensi yang akan diberikan apakah pasien boleh menggunakan intervensi tersebut atau tidak dan jika perlu jangan hanya melihat dan 1 sumber intervensi saja tetapi dari beberapa sumber yang meyakinkan agar keluhan pasien cepat terangi

K. HASIL TERAPI AKHIR

Seorang pasien dengan jenis kelamin perempuan berumur 55 tahun dengan paraplegia ringan L3-5. Setelah mengonsumsi obat Meloxicam, Glukosamin, Analgetik dan sudah melakukan intervensi fisioterapi dengan menggunakan IR, US, Stretching m. Tensor Fascia Latae, dan terapi latihan dasar yang dilakukan 2x dalam seminggu kini pasien tersebut sudah mengalami perkembangan dengan adanya pengurangan nyeri, peningkatan kekuatan otot, dan peningkatan LGS atau lingkup gerak sendi

Tyas Sari Ratna Ningrum, SSt.Ft.,M.Or

Pembimbing,

NIP.