

LAPORAN STATUS KLINIK

NAMA MAHASISWA : Maradika Damayasri
N.I.M. : 2010301106
TEMPAT PRAKTIK :
PEMBIMBING : Tyas Sari Ratna Ningrum, SSt.FT., M.Or

Tanggal Pembuatan Laporan :

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

I. KETERANGAN UMUM PENDERITA

N a m a : Muhammad Hasan Dinar
Umur : 17 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pekerjaan : Pelajar
Alamat : Jln. Peltu Syaidan, Bangkinang
No. RM :

II. DATA DATA MEDIS RUMAH SAKIT

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

SEGI FISIOTERAPI

A. PEMERIKSAAN SUBYEKTIF

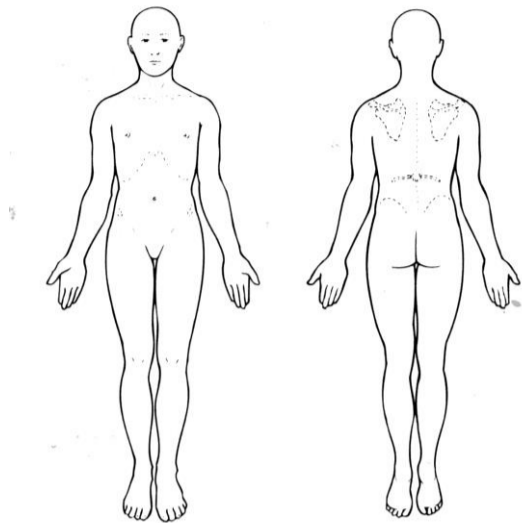


Figure 2.4 Body chart. (After Grievé 1991, with permission.)

1. KELUHAN UTAMA

Pasien mengeluh nyeri seperti kesetrum pada bagian lutut kiri yang menjalar hampir keseluruhan bagian kaki kiri yang menyebabkan tungkai lemas ketika berjalan

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)

Pasien mengalami kecelakaan kurang lebih 1 bulan yang lalu, mengalami luka-luka di kaki dan lengan namun yang paling parah dibagian lutut. Pada awalnya pasien dibawa ke klinik dokter, lukanya dibersihkan, ditutup, serta diberikan obat pereda nyeri dan pembersih luka. Di hari yang sama, pasien dibawa ke tukang pijat untuk merileksasikan tubuhnya dan menjalani pemulihan dirumah. Pasien mengeluh nyeri seperti kesetrum pada bagian lutut kiri yang menjalar hampir keseluruhan bagian kaki kiri yang menyebabkan tungkai lemas ketika berjalan sekitar 3-5 hari setelah kecelakaan. Nyeri yang dirasakan hilang timbul. Nyeri memberat ketika disentuh, berjinjit dan menekuk lutut. Selain itu, nyeri tidak terlalu berat sampai tidak terasa nyeri.

3. RIWAYAT KELUARGA DAN STATUS SOSIAL

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

Pasien merupakan siswa kelas 3 SMA Negeri 1 Bangkinang Kota. Kondisi rumah tingkat 2 dan kamarnya di lantai 2, bak kamar mandinya rendah dan wc nya merupakan wc duduk. Pasien mempunyai kegiatan olahraga (bermain sepakbola atau bola voli) bersama warga sekitar rumahnya setiap selasa, rabu dan Kamis sore, serta latihan karate setiap hari Sabtu.

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 : 90x per menit

RR : 15x per menit

SUHU : 36

HEIGHT : 170 cm

WEIGHT : 55 kg

2. INSPEKSI/OBSERVASI

Inspeksi dinamis (berjalan) : dapat berjalan dalam keadaan normal dan dengan posisi yang normal, namun terdapat kehati-hatian pada posisi stance phase (terminologi : foto flat dan mid stance) dikarenakan adanya nyeri, namun masih tergolong nyeri ringan.

3. PALPASI

Terdapat nyeri tekan pada tibialis anterior pasien

Terdapat spasme pada otot-otot yang ada pada tungkai bawah

4. PERKUSI

dalam batas normal

5. AUSKULTASI

6. PFGD

Pemeriksaan Gerak Dasar (Gerak aktif)

- Gerak fleksi knee dapat dilakukan full ROM, namun terdapat nyeri

- Selain itu, gerakan pada ekstremitas bawah dapat dilakukan dengan normal, namun disertai nyeri ringan

7. MUSCLE TEST

a. Kekuatan Otot

Fleksi hip : 4

Ekstensi hip : 4

Abduksi hip : 4

Adduksi hip : 4

Fleksi knee : 3

Ekstensi knee : 4

Dorsofleksi ankle : 4

Plantarfleksi ankle : 4

b. Antropometri

c. ROM

LGS knee : S=0-0-140

d. Nyeri (diam, tekan, gerak)

Diam : 2
Gerak : 3
Tekan : 6

8. The Lower Extremity Functional Scale

We are interested in knowing whether you are having any difficulty at all with the activities listed below because of your lower limb problem for which you are currently seeking attention. Please provide an answer for each activity.

Today, do you or would you have any difficulty at all with:

Activities	Extreme Difficulty or Unable to Perform Activity	Quite a Bit of Difficulty	Moderate Difficulty	A Little Bit of Difficulty	No Difficulty
1 Any of your usual work, housework, or school activities.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 Your usual hobbies, re creational or sporting activities.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 Getting into or out of the bath.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4 Walking between rooms.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>
5 Putting on your shoes or socks.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>
6 Squatting.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7 Lifting an object, like a bag of groceries from the floor.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8 Performing light activities around your home.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9 Performing heavy activities around your home.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10 Getting into or out of a car.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11 Walking 2 blocks.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>
12 Walking a mile.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13 Going up or down 10 stairs (about 1 flight of stairs).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14 Standing for 1 hour.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>
15 Sitting for 1 hour.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>
16 Running on even ground.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17 Running on uneven ground.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18 Making sharp turns while running fast.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19 Hopping.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20 Rolling over in bed.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Column Totals:		0	0	0	0

Minimum Level of Detectable Change (90% Confidence): 9 points SCORE: 0 / 80 (fill in the blank with the sum of your responses)

Source: Binkley et al (1999): The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): Scale development, measurement properties, and clinical application. Physical Therapy, 79:371-383.

Marika/PhotoGrid

2
/80

9. PEMERIKSAAN SPESIFIK

- a. Tes spesifik
- b. Pemeriksaan refleks
- c. Pemeriksaan dermatome

C. DIAGNOSIS FISIOTERAPI

Impairment

- Terdapat nyeri diam, gerak, dan tekan pada lutut sebelah kiri
- Terdapat spasme pada otot-otot penggerak tungkai sebelah kiri
- Terdapat penurunan kekuatan otot pada gerakan fleksi knee

Functional Limitation

Terdapat kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari terutama saat

Participation restriction

Secara umum, pasien dapat bersosialisasi dengan lingkungan sekitar dengan baik, namun disertai dengan rasa nyeri

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

Tujuan : meningkatkan kekuatan otot, mengurangi nyeri dan mengurangi spasme otot pada tungkai sebelah kiri pasien

E. TEKNOLOGI INTERVENSI FISIOTERAPI

(berikan apa saja yang sesuai dengan diagnosa ft)

Terapi Ultrasound

Terapi latihan untuk memperbaiki kekuatan sendi dan otot ekstremitas bawah pasien

F. RENCANA EVALUASI

Tulis pemeriksaan apa saja yang nanti akan dievaluasi

- Nyeri (diam, gerak, tekan) dengan VDS
- LGS knee dengan goniometer
- Kekuatan otot dengan MMT
- Kemampuan fungsional dengan LEFS

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

I. EVALUASI

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

1. Evaluasi nyeri pada lutut kiri dengan VDS
 - Diam : 1
 - Gerak : 1
 - Tekan : 3
2. Evaluasi LGS dengan goneometer
S=0-0-140
3. Evaluasi kekuatan otot
 - Fleksi knee : 4

J. EDUKASI

- Pasien diminta untuk mengulang metode terapi latihan dirumah
- Pasien diminta untuk beristirahat dan tidak melakukan kegiatan berat seperti bermain sepakbola atau bola voli

K. HASIL TERAPI AKHIR

Pasien dengan nama Hasan usia 17 tahun mengeluhkan nyeri pada lutut sebelah kiri yang menjalar ke hampir seluruh otot ekstrimitas bawah kirinya setelah mendapatkan penanganan fisioterapi dengan modalitas diberikan berupa ultrasound dan terapi latihan pada lutut nya, nyeri yang dirasakan berkurang.

.....,

Pembimbing,

NIP.