

LAPORAN TUGAS AKHIR

**PENATALAKSANAAN FISIOTERAPI PADA KASUS *BURSITIS SUB
ACROMIAL* DENGAN MODALITAS KOMPRES ES
DAN *STRETCHING***



DITA ANDANSARI
NIM. 10.02.04.0053

**PROGAM STUDI D3 FISIOTERAPI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN
TAHUN AKADEMIK 2021/2022**

**PENATALAKSANAAN FISIOTERAPI PADA KASUS *BURSITIS SUB
ACROMIAL* DENGAN MODALITAS KOMPRES ES,
DAN *STRETCHING***

LAPORAN TUGAS AKHIR

Ditujukan Kepada Program Studi D3 Fisioterapi Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Lamongan Sebagai Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Kesehatan



DITA ANDANSARI
NIM.18.02.04.0053

**PROGAM STUDI D3 FISIOTERAPI FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN
TAHUN AKADEMIK 2021/2022**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

NAMA : DITA ANDANSARI
NIM : 18.02.04.0053
TEMPAT,TANGGAL LAHIR : LAMONGAN,03 JULI 1999
INSTITUSI : FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

Menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir (LTA) yang berjudul “Penatalaksanaan Fisioterapi pada Kasus *Bursitis Sub acromial* dengan Modalitas kompres es dan *Stretching*” di Lamongan adalah bukan Laporan Tugas Akhir milik orang lain baik sebagian maupun keseluruhan,kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila di kemudian hari ditemukan penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dan sanksi lain sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Lamongan.

Lamongan, 1 Maret 2021

Yang membuat pernyataan,

DITA ANDANSARI
NIM.18.02.04.0053

LEMBAR PERSETUJUAN

NAMA : DITA ANDANSARI

NIM : 18.02.04.0053

JUDUL : PENATALAKSANAAN FISIOTERAPI PADA KASUS *BURSITIS
SUB ACROMIAL* DENGAN MODALITAS KOMPRES ES DAN
STRETCHING.

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Dewan Penguji Laporan Tugas Akhir
pada tanggal

Mengetahui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Okky Zubairi Abdillah, S.Fis., MKKK
NIK. 19871009 210512 078

Nurma Auliya, S.Tr.Kes
NIK. 19960816 201905

LEMBAR PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh oleh Tim Penguji pada Sidang Laporan Tugas Akhir

Program Studi D3 Fisioterapi Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Lamongan

Tanggal : 2021

PANITIA PENGUJI

Tanda Tangan

Penguji Utama : Aulia Kurnianing Putri,S.Tr.,M.Kes

Penguji : 1. Rizka Asna Rahmawati,S.Fis

2. Okky Zubairi Abdillah,S.Fis,M.KKK

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Lamongan

Arifal Aris, S.Kep., Ns., M.Kes
NIK.19780821 2006 10 015

CURRICULUM VITAE

Nama : DITA ANDANSARI

Tempat, Tanggal Lahir : LAMONGAN, 03 JULI 1999

Alamat Rumah : Ds. Madulegi, Kec. Sukodadi, Kab. Lamongan

Riwayat Pendidikan

1. SDN MADULEGI II
2. SMP N 2 SUKODADI
3. SMA N 1 SUKODADI

MOTO DAN PERSEMBAHAN

MOTO

“Barang siapa yang mengerjakan kebaikan sekecil apapun, niscaya dia akan melihat (balasan)nya”(QS. Al zalzalah :7)

“Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat”(QS. Al mujadalah:11)

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini bagian dari kerja keras dan ibadah kepada ALLAH SWT.

Sekaligus ucapan terimakasih kepada:

1. Bapak dan Ibu yang tidak berhenti memberikan motivasi dan semangat intuk tetap belajar kepada mahasiswa-mahasiswinya.
2. Ibu dan kakak saya yang selalu mendoakan dan mendukungku pada setiap saat yang tidak akan tergantikan dan terbalaskan oleh apapun itu.
3. Untuk sahabat sahabat-sahabatku yang turut menyemangati dan mendoakanku selama ini.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayah serta nikmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini tepat pada waktunya. Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, penulis telah banyak mendapatkan bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Drs. H. Budi Utomo, M.Kes, selaku rector Universitas Muhammadiyah Lamongan.
2. Arifal Aris, Ns., M.Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan.
3. Okky Zubairi Abdillah M.KKK, selaku ketua prodi D3 Fisioterapi dan pembimbing I ,yang telah menuntun dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir.
4. Nurma Auliya Hamidah,S.Tr.Kes,selaku pembimbig II, yang telah menuntun dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir.
5. Ibu dan kakak tercinta yang telah memberikan dukungan baik secara material maupun spiritual selama menempuh Pendidikan di Universitas Muhammadiyah Lamongan hingga menyelesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir.
6. Teruntuk pasien saya tuan Rio Pradana,saya ucapkan terimakasih atas kerjasamanya yang telah mempercayai saya selaku yang memberi terapi.
7. Teman-teman mahasiwa jurusan DIII Fisioterapi Universitas Muhammadiyah Lamongan Angkatan 2018.

Semoga Allah SWT memberi balasan pahala atas semua amal kebaikan yang diberikan. Penulis menyadari proposal laporan tugas akhir ini masih banyak kekurangan, untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan, akhirnya penulis berharap semoga proposal laporan tugas akhir ini bermanfaat bagi penulis pada khususnya dan bagi semua pembaca pada umumnya.

Lamongan, 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
CURRICULUM VITAE	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Bagi Akademis	5
1.4.2 Bagi Masyarakat	5
1.4.3 Bagi Penulis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Definisi kasus Bursitis/ Bursitis Subacromia	6
2.1.1 Definisi Kasus	6
2.1.2 Anatomi	7
2.1.3 Anatomi Tulang Bahu	7
2.1.4 Sendi Bahu	9
2.1.5 Struktur Jaringan Lunak	10

2.1.7 Etiologi	14
2.1.8 Tanda dan Gejala	15
2.1.9 Patofisiologi	16
2.2 Problematika Fisioterapi	17
2.2.1 Impairmen	17
2.2.2 Fungsional limitation	18
2.2.3 Disability	19
2.3 Manajemen Fisioterapi	19
2.3.1 Assesment	19
2.3.2 Diagnosa	26
2.3.3 Perencanaan	27
2.3.4 Intervensi	27
2.3.5 Evaluasi/Re evaluasi	27
2.3.6 Komunikasi dan Edukasi	28
2.3.7 Dokumentasi	28
2.4 Intervensi	29
2.4.1 Kompres Es	29
2.4.2 <i>Stretching</i>	30
BAB 3 TINJAUAN KASUS	32
3.1 Rencana Manajemen Fisioterapi Tanggal	32
3.1.1 Assesment	32
3.1.2 Diagnosa Fisioterapi	37
3.1.3 Planning	38
3.1.4 Intervensi	38
3.1.5 Evaluasi	39
3.2 Rencana Manajemen Fisioterapi	40
3.2.1 Assesment	40
3.2.2 Diagnosa Fisioterapi	44
3.2.3 Planning	44
3.2.4 Intervensi	44
3.2.5 Evaluasi	46

3.3	Rencana Manajemen Fisioterapi	47
3.3.1	Assesment	47
3.3.2	Diagnosa Fisioterapi	51
3.3.3	Planning	51
3.3.4	Intervensi	52
3.3.5	Evaluasi	52
3.4	Rencana Manajemen Fisioterapi	53
3.4.1	Assesment	53
3.4.2	Diagnosa Fisioterapi	57
3.4.3	Planning	57
3.4.4	Intervensi	57
3.4.5	Evaluasi	58
3.5	Rencana Manajemen Fisioterapi Tanggal	59
3.5.1	Assesment	59
3.5.2	Diagnosa Fisioterapi	63
3.5.3	Planning	63
3.5.4	Intervensi	63
3.5.5	Evaluasi	64
3.6	Rencana Manajemen Fisioterapi Tanggal	65
3.6.1	Assesment	65
3.6.2	Diagnosa Fisioterapi	69
3.6.3	Planning	69
3.6.4	Intervensi	69
3.6.5	Evaluasi	70
	BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	72
4.1	Hasil	

72

4.1.1 Nilai Pengukuran Nyeri Dengan Menggunakan VAS

72

4.1.2 Nilai Range Of Motion meningkat dibuktikan dengan pemeriksaan evaluasi menggunakan goniometer

72

4.1.3 Nilai Fungsional Menggunakan SPADI

73

4.2 Pembahasan

73

4.2.1 Manfaat *kompres es dan stretching (Pendulum stretch, Towel stretch dan Cross body arm stretch)* pada kasus *Bursitis Sub Acromial.*

74

BAB 5 PENUTUP 76

5.1 Kesimpulan

76

5.2 Saran

76

5.2.1 Bagi Akademis 76

5.2.2 Bagi Penulis 76

5.2.3 Bagi Profesi Fisioterapi 77

5.2.4 Bagi Masyarakat 77

DAFTAR PUSTAKA 78

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Tanda-Tanda Vital	34
Tabel 3.2 Gerak Aktif	34
Tabel 3.3 Gerak Pasif	35
Tabel 3.4 Gerak Isometrik	35
Tabel 3.5 Pemeriksaan VAS	36
Tabel 3.6 Pemeriksaan Fungsional dengan BI	36
Tabel 3.7 Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS	39
Tabel 3.8 Pengukuran ROM Dengan Goniometer	39
Tabel 3.9 Pengukuran dengan SPADI	39
Tabel 3.10 Pengukuran Dengan Bathel Index	39
Tabel 3.11 Tanda-Tanda Vital	40
Tabel 3.12 Gerak Aktif	41
Tabel 3.13 Gerak Pasif	41
Tabel 3.14 Gerak Isometrik	41
Tabel 3.15 Pemeriksaan VAS	43
Tabel 3.16 Pemeriksaan Fungsional Dengan BI	43
Tabel 3.17 Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS	46
Tabel 3.18 Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer	46
Tabel 3.19 Pengukuran Menggunakan SPADI	46
Tabel 3.20 Pengukuran Fungsional BI	47
Tabel 3.21 Tanda-Tanda Vital	47

Tabel 3.22	Gerak Aktif	48
Tabel 3.23	Gerak Pasif	48
Tabel 3.24	Gerak Isometrik	49
Tabel 3.25	Pemeriksaan VAS	50
Tabel 3.26	Pemeriksaan Fungsional Dengan BI	50
Tabel 3.27	Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS	52
Tabel 3.28	Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer	52
Tabel 3.29	Pengukuran Menggunakan SPADI	53
Tabel 3.30	Pengukuran Fungsional BI	53
Tabel 3.31	Tanda-Tanda Vital	53
Tabel 3.32	Gerak Aktif	54
Tabel 3.33	Gerak Pasif	54
Tabel 3.34	Gerak Isometrik	55
Tabel 3.35	Pemeriksaan VAS	56
Tabel 3.36	Pemeriksaan Fungsional Dengan BI	56
Tabel 3.37	Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS	58
Tabel 3.38	Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer	58
Tabel 3.39	Pengukuran Menggunakan SPADI	58
Tabel 3.40	Pengukuran Fungsional BI	59
Tabel 3.41	Tanda-Tanda Vital	59
Tabel 3.42	Gerak Aktif	60
Tabel 3.43	Gerak Pasif	60
Tabel 3.44	Gerak Isometrik	61

Tabel 3.45	Pemeriksaan VAS	62
Tabel 3.46	Pemeriksaan Fungsional dengan BI	62
Tabel 3.47	Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS	64
Tabel 3.48	Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer	64
Tabel 3.49	Pengukuran Menggunakan SPADI	64
Tabel 3.50	Pengukuran Fungsional BI	65
Tabel 3.51	Tanda-Tanda Vital	65
Tabel 3.52	Gerak Aktif	66
Tabel 3.53	Gerak Pasif	66
Tabel 3.54	Gerak Isometrik	66
Tabel 3.55	Pemeriksaan VAS	68
Tabel 3.56	Pemeriksaan Fungsional dengan BI	68
Tabel 3.57	Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS	70
Tabel 3.58	Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer	70
Tabel 3.59	Pengukuran Menggunakan SPADI	70
Tabel 3.60	Pengukuran Fungsional DHI	71
Tabel 4. 1	Hasil dan Evaluasi Pengukuran Nyeri	72
Tabel 4. 2	Hasil Akhir nilai Range of Motion	72
Tabel 4. 3	Hasil Akhir Aktifitas Fungsional Menggunakan SPADI	73

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 <i>Relevant Anatomy for Subacromial Bursitis</i>	7
Gambar 2.2 <i>Sendi Bahu</i>	9
Gambar 2.3 <i>Otot Rotator Cuff</i>	11
Gambar 2.4 Visual Analogue Scale	23

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Bursitis sub acromialis (bursa sub deltoidea) adalah peradangan pada *bursa sub acromialis*. Yang fungsi sebagai perlekatan otot dan tendon. Otot-otot yang berhubungan adalah *m. deltoidea* yang berinsersio pada *tuberositas deltoidea* yang berfungsi untuk gerakan *abduksi*. Peradangan bursa tersebut menyebabkan kerusakan jaringan kolagen, ketegangan otot bahu sehingga dinding bursa juga ikut tegang, penebalan dinding bursa pengentalan cairan bursa, perlekatan dinding atas dengan dasar bursa yang pengentalan cairan bursa, perlekatan dinding atas dengan dasar bursa yang kesemuanya itu mengakibatkan nyeri gerak atau *painful Arc* saat mengangkat lengan kesamping (Triono, 2016).

Bursitis subakromial adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh peradangan pada bursa yang memisahkan permukaan *superior tendon supraspinatus* (salah satu dari empat tendon manset rotator) dari *ligamentum korako-akromial* di atasnya, akromion, dan korakoid (lengkung akromial) dan dari permukaan dalam dari otot *deltoideus*. *Bursa subakromial* membantu gerakan tendon *supraspinatus* dari manset rotator dalam aktivitas seperti pekerjaan *overhead* (Areand, 2013).

Menurut WHO (*World Health Organization*) angka kejadian bursitis pada tahun 2016 mencapai 18% dari penduduk dunia yang telah terserang bursitis

dimana 5-10% berusia 5-20 tahun dan 20% berusia 55 tahun sedangkan tahun 2018 meningkat menjadi 25% penderita bursitis yang akan mengalami kecacatan akibat kerusakan pada tulang dan gangguan pada persendian.

Di Indonesia mengalami peningkatan kejadian bursitis, pada tahun 2015 prevalensinya mencapai 16%, tahun 2016 sebesar 17,35% dan tahun 2017 sebesar 18,56%. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2015 dan tahun 2017 prevalensi bursitis Nasional mengalami peningkatan dari 16% menjadi 18,56%. Jakarta juga mengalami peningkatan kejadian bursitis, pada tahun 2016 prevalensinya sebesar 13% dan tahun 2018 sebesar 15,56% (Riskesdas, 2013).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Lamongan menyatakan penyakit bursitis merupakan penyakit yang lumayan banyak, pasien yang berkunjung ke seluruh puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Lamongan dengan jumlah kejadian bursitis pada tahun 2015 sebesar 9.459 kasus atau 3,55% dan tahun 2016 meningkat menjadi 11.296 atau 4,25% .

Dalam upaya mendefinisikan kesehatan, pemerintah menerbitkan Undang-Undang kesehatan nomer 36 tahun 2009 yang menjelaskan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomis. Didalam undang-undang tersebut juga menjelaskan tentang kesehatan yang harus diperoleh pada setiap masyarakat (Sipayung, 2020).

Bursitis menjadi pusat perhatian peneliti dikarenakan termasuk dalam salah satu jenis yang paling cepat menimbulkan kelainan, yang disebabkan pemakaian yang berulang-ulang yang menimbulkan rasa nyeri, dapat juga

membuat fungsi-fungsi sendi dan tangan terbatas (disabilitas fungsional) sehingga berpengaruh terhadap pekerjaan sehari-hari. Ini menimbulkan kerugian dipihak perusahaan yang diakibatkan menurunnya angka produktivitas dan pembayaran ganti rugi karena keterbatasan dan kecacatan pada pekerja. Di Amerika Serikat, tercatat sekitar lebih dari 40% klaim ganti rugi yang diterima oleh pihak perusahaan industri berhubungan dengan kelainan sendi (Galvin, 2014).

Fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, electroterapeutis dan mekanis) pelatihan fungsi dan komunikasi (PERMENKES RI No. 65 Tahun 2015).

Penanganan fisioterapi yang diberikan pada kasus *Bursitis sub acromial* yaitu dengan kompres es dan *stretching*. Manfaat pemberian kompres es meredakan terjadinya pembengkakan (odema) atau saat terjadinya nyeri pada bursitis subacromialis akan mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien.(Halawa, 2019), sedangkan Stretching dapat meningkatkan rentang gerakan, fleksibilitas, aliran darah. Setiap anggota tubuh manusia, terutama otot, memerlukan adaptasi terhadap aktivitas tubuh maka dari pada itu dibutuhkan stretching (Notoadmojo, 2015).

Berdasarkan latarbelakang diatas maka peneliti tertarik untuk mengambil judul penatalaksanaan fisioterapi pada kasus bursitis sub acromial dengan modalitas kompres es dan stretching.

1.2 Rumusan Masalah Studi Kasus

Berdasarkan permasalahan pada kondisi peradangan sendi maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut Bagaimana Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus *Bursitis Sub Acromial* Dengan Modalitas Kompres Es Dan *Stretching*.

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus *Bursitis Sub Acromial* Dengan Modalitas Kompres Es Dan *Stretching*.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengidentifikasi manfaat Kompres es yang bertujuan untuk penurunan nyeri.
- 2) Untuk mengidentifikasi manfaat *stretching* yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi gerak sendi.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Manfaat Bagi Akademis

Sebagai ilmu pengetahuan dan refrensidalam memperkaya tentang penatalaksanaan fisioterapi pada kasus bursitis sub acromial.

1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat

Dapat memberi pengetahuan dan pencegahan pada masyarakat tentang penyakit bursitis sub acromial.

1.4.3 Manfaat Bagi Penulis

Berguna dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan kemampuan dalam mengidentifikasi suatu masalah, menganalisa, mengambil kesimpulan, dan menambah kemampuan penulis itu sendiri tentang Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus *Bursitis Sub Acromial* Dengan Modalitas Kompres es Dan *Stretching*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Kasus

2.1.1 Definisi Kasus *Bursitis Sub Acromial*

Bursitis merupakan radang pada bursa, yaitu kantung tertutup yang dilapisi oleh jaringan ikat mirip dengan *sinovial* dan dilumasi oleh sedikit cairan *sinovial* (Saputra, 2011).

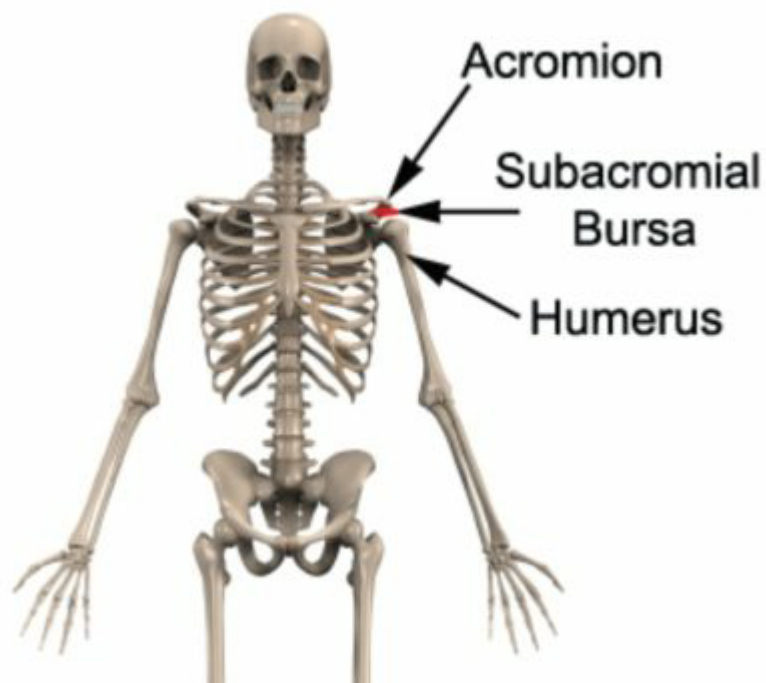
Bursitis adalah pembengkakan nyeri pada kantung kecil berisi cairan yang disebut bursa. Kantung-kantung ini melindungi area dimana tulang akan bergesekan dengan otot, tendon, atau kulit. Dengan melapisi area ini, bursae (jamak untuk bursa) mengurangi gesekan, gesekan, dan peradangan. Meskipun Anda memiliki bursae di seluruh tubuh Anda, bursitis paling sering terjadi di sekitar persendian. Bursitis terjadi ketika bursa mengalami iritasi karena penggunaan berlebihan atau tekanan berlebih. Rasa sakit dari bursa yang meradang mungkin tiba-tiba atau menumpuk seiring waktu (Triono, 2016).

Subacromialis Bursitis adalah salah satu bagian dari *frozen shoulder* yang ditandai dengan adanya inflamasi pada daerah subacromialis (Murtagh, 2013).

Bursitis subakromial adalah peradangan pada *bursa subakromial* yang terletak diantara tendon supraspinatus dan tulang dibahu. Bursa adalah sekantong kecil cairan. Fungsinya membantu melumasi pergerakan sendi bahu. Otot *Supraspinatus* membentang di sepanjang bagian atas tulang

belikat (skapula) dan masuk melalui tendon di bagian atas lengan atau tulang humerus (lengan atas). Otot mengangkat lengan ke samping dan penting dalam olahraga lempar. Sebagai salah satu otot rotator cuff yang menahan lengan di bahu saat Anda melepaskan apa yang Anda lempar. (acta ortop,2013)

2.2 Anatomi



Gambar 2.1 Relevant Anatomy for Subacromial Bursitis

1. Anatomi Tulang Bahu
 - a. *Scapula* adalah tulang yang menghubungkan tulang lengan atas dan tulang selangka. *Scapula* membentuk bagian *posterior* dari gelang bahu. Berbentuk pipih dan seperti segitiga. Secara anatomis, memiliki dua permukaan, 3 pinggir (tepi), dan 3 sudut. Pada bagian anterior, terdapat fossa subscapularis, dimana tempat melekatnya otot

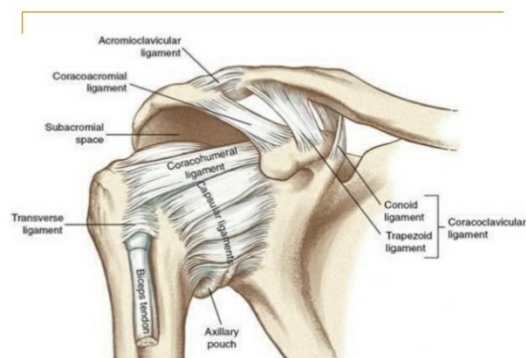
subscapularis. Bagian permukaan posterior dibagi oleh spina scapula menjadi *fossa suprapinosus* dan *fossa infraspinosus*. Pada ujung spina scapula terdapat bagian *acromion*. Bagian khas lainnya yaitu *processus coracoideus* yakni tonjolan yang berasal dari bagian utama scapula sendiri. Ujung dari *processus* ini dilekati oleh banyak otot seperti otot *coracobrachialis*. Di dekat bagian bawah *processus coracoideus* terdapat *angulus lateralis*, dan sebuah bagian seperti cekungan yang disebut *cavitas glenoidales*. Di *cavitas* inilah tempat melekatnya bonggol kepala dari humerus, Scapula bersendi dengan *clavicula* pada *acromion* (Halder, et al, 2014).

b. *Clavicula* adalah tulang yang membentuk bahu dan menghubungkan lengan atas pada batang tubuh. *Clavicula* berbentuk kurva-ganda dan memanjang. Pada ujung medial, *clavicula* bersendi pada manubrium dari sternum (tulang dada) pada sendi *sternoclavicularis*. Pada bagian ujung lateral bersendi dengan *acromion* dari scapula (tulang belikat) dengan sendi *acromioclavicularis*. Pada wanita, *clavicula* lebih pendek, tipis, kurang melengkung, dan permukaannya lebih halus (Halder, et al, 2014).

c. *Humerus* adalah tulang yang terpanjang pada ekstremitas superior/lengan yang terletak antara bahu dan siku. Pada sistem rangka, terletak di antara tulang belikat dan radius-ulna. Secara anatomis, tulang humerus dapat dibagi menjadi tiga bagian: Bagian

atas humerus, Corpus humerus (badan humerus) dan Bagian bawah humerus. Caput humeri bersendi dengan *cavitas glenoidales* dari scapula. Pada persendian ini terdapat dua bursa yaitu pada *bursa subacromialis* dan bursa subscapularis. *Bursa subacromialis* membatasi otot supraspinatus dan otot deltoideus. *Bursa subscapularis* memisahkan *fossa subscapularis* dari tendon otot *subscapularis*. Otot *rotator cuff* membantu menstabilkan persendian ini. Sepasang tuberkel disebelah lateral dan medial caput humeri tepat di atas sepertiga tengah humerus disebut *tuberositas major* dan *tuberositas minor*. Terdapat dua cekungan pada ujung bawah humerus, yaitu *fossa coronoidea* dan *fossa olecrani* (Halder, et al, 2014).

2. Sendi Bahu



Gambar 2.2-Sendi Bahu

a. *Glenohumeral Joint*

Sendi ini merupakan *ball and socket joint* yang dibentuk oleh *cavitas glenoid* yang berbentuk concave menghadap lateral serong

ventrocranial dengan caput humeri yang berbentuk konveks. Ketika gerak glenohumeral abduksi/fleksi tetapi gerak geser kaput berkurang maka dapat menimbulkan jepitan sehingga terjadi *impingement*. Gerak glenohumeral tersebut dikontrol oleh kapsul sendi yaitu apabila bagian kapsul *suprahumeral* memendek maka akan menimbulkan benturan kaput humeri dengan *clavicula*. Faktor lain dari otot *subscapularis* dan *supraspinatus* maka gerakan geser kaput humeri akan berkurang (Kisner and Colby, 2012).

b. *Suprahumeral Joint*

Sendi *Suprahumeral* bukan merupakan sendi yang sebenarnya tetapi merupakan celah antara acromion pada bagian atas dan *head of humeri* bagian bawah. Terdapat *bursa subdeltoidea* atau *subakromialis* dan *rotator cuff* yang terdiri atas otot *subscapularis*, otot *supraspinatus* dan otot *infraspinatus* serta tendon *long head biceps*. Karena posisi tendon *supraspinatus* berada pada cranial, berada di bawah *bursa subacromialis* maka kedua jaringan tersebut paling sering terjadi cedera *impingement*.

c. *Sternoclavicular Joint*

Sternoclavicular joint merupakan *saddle joint*, *clavicula* berbentuk konkav ke arah *anteroposterior* dan konveks ke arah *craniocaudal* (Lawrence, et al, 2014).

d. *Acromioclavicular Joint*

Sendi ini memiliki jenis sendi *plane joint* dengan *acromion* yang berbentuk *konkav* menghadap ke medial dan *clavicula* berbentuk *konveks*. Gerak yang ditemukan yaitu elevasi-depresi dan protaksi-retraksi. Kelainan dapat terjadi akibat gangguan pada struktur tulang dari persendian bahu, seperti pembentukan *bone spike* pada acromion akibat faktor degenerasi (osteofit ACJ), perbedaan bentuk atau tipe dari acromion, sehingga dapat mempengaruhi struktur lain pada bahu sehingga terjadi *impingement syndrome* (Lawrence, et al, 2014).

3. Struktur Jaringan Lunak

1) Kapsul Sendi

Merupakan sebuah kantong kedap yang mengelilingi sendi. Di bahu, kapsul sendi dibentuk oleh sekelompok *ligament* yang menghubungkan *humerus* ke *glenoid*. *Ligament* ini pada bagian superior, tengah dan *inferior ligament glenohumeral*. Merupakan sumber utama stabilitas untuk bahu, membantu menahan bahu pada tempatnya dan menjaga dari dislokasi (Kisner and Colby, 2012).

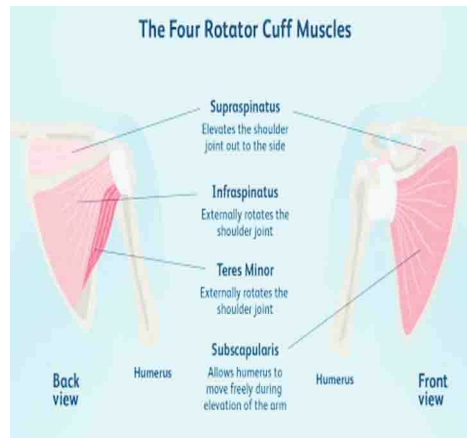
2) *Ligament Coracoacromialis*

Ligament ini menghubungkan *coracoid scapula* dengan *acromion*. Jika *ligament* ini menebal dapat menyebabkan *impingement syndrome* (Kisner and Colby, 2012).

3) *Bursa Subacromialis*

Berada diantara otot *rotator cuff* dengan sendi *acromioclavicular* dan *ligament coracoacromial*. Peradangan dan pembengkakan pada bursa subacromial yang dikenal sebagai bursitis dapat menyebabkan *subacromial impingemen* dari bahu (George, 2014).

4. Otot-Otot Rotator cuff



Gambar 2.3– Otot Rotator Cuff

Tendon *rotator cuff* melekat pada otot rotator cuff bagian dalam. Ada empat otot yang terlibat dalam mengangkat lengan dari samping dan memutar bahu ke berbagai arah. Mekanisme rotator cuff juga menjaga kestabilan sendi bahu dengan menyangga caput humeri di *socket glenoid*. Otot yang terlibat yaitu otot supraspinatus, otot infraspintus, otot teres minor dan otot subscapularis (George, 2014).

1) *Musculus Supraspinatus*

Dimulainya dari *fossa supraspinatus* dan otot ini melewati kapsula artikularis dan bersatu untuk mencapai *fasies superior tuberculum mayor*. Otot ini memperkuat humerus pada lekuk sendi, menegangkan kapsula artikularis dan abduksi lengan. terdapat bursa sinovial dekat *cavitas glenoidalis*. Persarafan: n.supraskapularis (C4-C6). Kepentingan klinik: tendonopati m.supraspinatus disebabkan regangan berlebihan atau trauma yang sering terjadi. Tendonopati ini berhubungan dengan klasifikasi pada tendon dekat tuberkulum mayor

dan menimbulkan rasa nyeri hebat pada abduksi setelah usia 40 tahun ruptur tendon juga sering terjadi (Kisner and Colby, 2012).

2) *Musculus Infraspinatus*

Dimulai dari *fossa infraspinatus*, *spina scapula* dan *fasia infraspinatus* dan berjalan menuju *tuberculum major*: permukaan tengah, m. infraspinatus memperkuat kapsula artikularis sendi bahu, fungsi utamanya adalah rotasi eksterna lengan. Dekat dengan lekuk sendi sering terdapat bursa subtendinea m. infraspinatus. Persarafan: *n. suprascapularis* (C4-C6) variasi: seringkali bergabung dengan m. teres minor (Halder, et al, 2000).

3) *Musculus Subskapularis*

Berasal dari *fossa subskapularis* dan berinsertio pada *tuberculum minor* dan pada bagian *proximal krista tubercoli minoris*. Dekat perlekatan antara m. subskapularis dan kapsula artikularis terdapat bursa subtendinea m. subskapularis dan diantara bursa *tendinea* dan *basis processus coracoideus* terletak *bursa sub coracoidea*. Kedua bursa berhubungan dengan *cavum articularis*. Otot ini bekerja untuk rotasi medialis lengan atas. Persarafan *n. subskapularis* (C5-C8).

4) *Biceps Caput Longum*

Caput longum berorigo pada tuberositas supraglenoidales di scapula dan berinsersio pada bagian *posterior tuberositas radii*. Otot ini merupakan otot supinator lengan bawah, otot fleksor kuat pada sendi

siku dan fleksor lemah pada sendi bahu. Persarafan: *Nervus musculocutaneus* dari *plexus brachialis* (Kisner and Colby, 2012).

5) *Musculus Teres Minor*

Dimulai dari pinggir *lateral scapula superior* terhadap origo m.teres major dan berinsertio pada permukaan bawah tuberkulum mayor. Otot ini bekerja sebagai rotasi lateral lengan. Persarafan: n. aksillaris (C5-C6) variasi: otot ini dapat bersatu dengan m intraspinalis (Bangand Deyle, 2000).

6) *Pectoralis minor (pectoralis mayor)*

Apabila memendek akan mengakibatkan tipping scapula gangguan ini akan menyebabkan *supraspinatus* (Kisner and Colby, 2012).

7) *Levator scapula (upper trapesius)*

Apabila memendek akan menyebabkan *scapula srugging*. Pada penyimpangan ini akan menyebabkan impingemen syndrome (Kisner and Colby, 2012).

8) *Serratus anterior*

Dimana apabila otot ini lemah akan menyebabkan menurunnya stabilitas scapula pada *thorakal* menyebabkan *scapula wringing*. Pada penyimpangan ini akan menyebabkan *impingemen syndrome* (Kisner and Colby, 2012).

2.3 Etiologi

Keluhan muskulokeletal yang mengakibatkan cedera di bahu dikarenakan penggunaan otot bahu yang berlebihan juga dapat menyebabkan

kerusakan. Orang yang melakukan banyak pengangkatan dan penarikan paksa pada pekerjaan berada dalam risiko. Menjadi sangat aktif juga dapat merusak bursa, terutama jika olahraga yang melibatkan mengayun atau melempar. Faktor lain yang dapat membantu menyebabkan jenis *bursitis* ini usia. Sebaiknya melakukan peregangan sebelum berolahraga. Bentuk tulang bahu juga bisa menjadi faktor penyebabnya dan memiliki lebih sedikit ruang antara tendon dan bursa. *Infeksi, arthritis, asam urat, diabetes, atau penyakit tiroid* juga dapat berperan (Tylor, 2019)

Dalam melakukan aktivitas penggunaan bahu berlebihan biasanya merupakan penyebab yang mendasari, terutama dalam olahraga di mana lengan sering diletakkan di atas kepala. Bursa ini bisa terperangkap sehingga menyebabkan nyeri dan peradangan. Cedera pada tendon *supraspinatus* dapat menyebabkan peradangan. Akibatnya, ruang di sendi berkurang, oleh karena itu meningkatkan kemungkinan bursa subakromial akan tertimpa. Kekuatan besar terlibat saat melempar, khususnya saat memperlambat lengan setelah melepaskan alat lempar. Beberapa atlet yang bersusah payah melatih otot *rotator cuff*, lebih memilih untuk lebih berkonsentrasi pada otot yang mempercepat lengan daripada memperlambatnya. Jatuh berat ke bahu juga dapat menyebabkan cedera otot *supraspinatus*, yang juga dapat menyebabkan *bursitis* (Acta Orthop, 2013).

Penyebab utama bursitis adalah cedera ringan yang berulang. Secara anatomi letak bursa dekat dengan persendian, hal itulah yang memicu terjadinya gerakan dan gesekan berulang pada bursa. Pergerakan dan

pergeseran yang berulang-ulang dapat menyebabkan bursitis akibat gesekan dimana dinding bursa menebal dan dapat terjadi efusi pada bursa (William, 2019).

Selain itu ada beberapa factor lain yang menjadi penyebab *bursitis*, diantaranya:

- 1) Trauma
- 2) Terkilir
- 3) Pergeseran sendi yang berlebihan
- 4) Penggunaan Sebagian anggota tubuh
- 5) Cidera
- 6) Penyakit *gout*
- 7) *Rheumatoid Arthritis*

2.4 Tanda dan Gejala

Penderita akan merasakan ngilu dan kaku pada sendi yang terkena, biasanya akan lebih sakit saat digerakan atau saat ditekan lalu area akan terlihat bengkak dan merah (Levina, 2020).

Gejala yang dikeluhkan terjadi secara tiba-tiba. pada beberapa orang, penyakit bursitis akan dimulai dengan adanya rasa nyeri pada daerah persendian di siku dan lutut. Daerah yang nyeri semakin lama menjadi merah. Pergelangan tangan atau kaki juga ikut terasa nyeri apabila dilakukan pergerakan. Kondisi ini dapat berlangsung hingga 1 minggu lamanya dan apabila dibiarkan maka daerah pergelangan akan menimbulkan rasa kaku di seputar persendian dan adanya kelainan kulit berupa pecah-pecah atau

selulitis pada kulit dalam. Bila bursitis timbul di daerah pinggul maka penderita akan mengalami rasa nyeri terutama saat duduk atau jongkok (Saputra, 2015).

Gejala utamanya adalah rasa sakit dan warna kulit yang memerah di sekitar area yang mengalami peradangan. Rasa sakit ini biasanya akan makin meningkat saat tubuh bergerak atau mengalami tekanan. Tidak hanya rasa sakit yang akan dirasakan, area yang terkena bursitis juga bisa terasa kaku dan mengalami pembengkakan. Semua area tubuh bisa terkena *bursitis*, tetapi penyakit ini lebih sering menyerang pinggul, lutut, siku, dan bahu (Potter & Perry, 2011)

2.5 Patofisiologi

Dalam keadaan normal bursa berfungsi untuk mengurangi gesekan. Namun, saat terjadinya perubahan patologi yang merupakan respon terhadap rusaknya jaringan lokal berupa *inflamasi* dan terjadinya peningkatan cairan sinovial pada *bursa subacromialis*. Trauma lokal, degenerasi tendon ataupun *deposit* klasifikasi mengakibatkan radang *local* dengan pembengkakan dan akumulasi cairan. *Subacromialis bursitis* kadang-kadang dapat disebabkan oleh deposit Kristal (Murtagh, 2013).

Bursitis inflamasi biasanya merupakan akibat dari cedera berulang pada bursa. Pada *bursa subakromial*, hal ini umumnya terjadi karena *mikrotrauma* pada struktur yang berdekatan, khususnya *tendon supraspinatus*. Proses *inflamasi* menyebabkan sel *sinovial* berkembang biak, meningkatkan pembentukan kolagen dan produksi cairan di dalam bursa dan mengurangi

lapisan luar pelumasan. Penyebab bursitis subakromial yang jarang diamati meliputi kondisi hemoragik, pengendapan kristal, dan infeksi. Banyak penyebab telah diajukan dalam literatur medis untuk sindrom pelampiasan *subakromial*. Bursa memfasilitasi gerakan manset rotator di bawah lengkungan, setiap gangguan hubungan struktur subakromial dapat menyebabkan pelampiasan. Faktor-faktor ini secara luas dapat diklasifikasikan sebagai intrinsik seperti degenerasi tendon, kelemahan otot *rotator cuff* dan penggunaan berlebihan. Faktor ekstrinsik termasuk taji tulang dari akromion atau sendi AC, ketidakstabilan bahu dan masalah *neurologis* yang timbul di luar bahu (Arend, 2013).

2.6 Problematika Fisioterapi

2.6.1 *Impairment*

Menurut Sarman dkk (2017), *impairment* dalam fisioterapi merupakan penggunaan berulang gerakan dari waktu ke waktu sehingga dapat menyebabkan gangguan yang dapat merubah patoanatomi dalam jaringan dan struktur sendi.

1) Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang *actual* atau *potensial*. Nyeri timbul sebagai bentuk respon sensori setelah menerima rangsangan nyeri. Nyeri dapat disebabkan karena adanya cedera, kecelakaan, maupun tindakan medis seperti operasi (Kurniawan, 2016).

2) Edema

Edema adalah pembengkakan yang diakibatkan oleh akumulasi cairan dalam jaringan tubuh. Cairan tersebut berada pada ruang interstitial (celah di antara sel) atau jaringan tubuh yang dan menimbulkan pembengkakan. Edema paling umum terjadi pada kaki, pergelangan kaki, dan tangan di mana ia disebut sebagai edema perifer.

3) Range Of Motion (ROM) / Lingkup Gerak Seni (LGS)

ROM adalah besarnya satuan gerakan yang terjadi pada suatu sendi. Linkkup gerak sendi adalah kemampuan gerak persendian tubuh yang dapat melakukan kegiatan sehari-hari . Gerak sendi merupakan suatu *mekanisme* hubungan tulang yang digerakan oleh otot ataupun gaya eksternal lalin dalam lingkup gerak sendinya. Dalam menentukan ROM ada tiga sistem pencatatan yang bisa digunakan yaitu yang pertama dengan sistem 0 – 180 derajat, yangg kedua dengan sistem 180 – 0 derajat dan yang ketiga dengan sistem 360derajat.(Wirly,2018)

2.6.2 *Functional Limitation*

Functional Limitation merupakan laporan tentang kesulitan dalam melakukan kegiatan dasar atau *instrumental* dari kehidupan sehari-hari. *Functional Limitation* merupakan keterbatasan fungsional dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang diakibatkan imbas dari adanya *impairment* yang dialami penderita akibat dari penyakit yang sedang dialami (Sahrman dkk, 2017).

Funcional limitation dalam kasus *Bursitis Sub Acromial* pasien kesulitan melakukan aktivitas seperti menyapu, mengangkat benda berat, bermain bulutangkis dikarenakan pasien merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya.

2.6.3 Disability

Disability atau ketidak mampuan imbas yang didapatkan dari impairment sehingga penderita mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas sosialnya sesuai dengan sakit yang dialami (Sahrman dkk, 2017).

Disability pada pasien bursitis mengalami kesulitan untuk bekerja atau mengangkat benda berat dengan waktu yang lama, saat melakukan aktivitas tersebut dengan waktu yang lama pasien mengalami kesakitan.

2.7 Manajemen Fisioterapi

Berdasarkan PERMENKES 65 tahun 2015 (pasal 1), fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditunjukkan kepada individu dan atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentan kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, elektroterapeutis dan mekanis) pelatihan fungsi, dan komunikasi. Proses pelayanan fisioterapi meliputi :

2.7.1 Assesment

Merupakan tahap awal dalam penatalaksanaan fisioterapi bertujuan untuk mendapatkan data yang akan dijadikan dasar untuk tindakan fisioterapi yang akan diberikan. Terdiri dari :

1) Identitas

Identitas merupakan data yang mengenai diri pasien yang berisikan no. RM, nama, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, alamat, agama, pekerjaan, hobi, tanggal masuk, tanggal pemeriksaan, diagnose medis, tanggal serangan penyakit, dan medika metosa.

2) Anamnesis

(1) Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling sering dirasakan dan sering mengganggu pasien pada saat itu.

(2) Keluhan Penyerta

Keluhan yang menyertai keluhan utama yang dirasakan pasien di area tubuh lain.

(3) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan rincian dari keluhan utama yang berisi tentang riwayat perjalanan pasien selama mengalami keluhan secara lengkap.

(4) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu adalah rincian dari keluhan utama yang berisi tentang riwayat perjalanan pasien selama mengalami keluhan secara lengkap.

(5) Riwayat Sosial

Memberikan gambaran tentang keadaan social atau keluarga dari pasien, serta prilaku dan beberapa aktivitas pasien yang berhubungan dengan dengan kegiatan lingkungan pasien.

(6) Kemampuan Sebelumnya

Gambaran kemampuan yang dapat dilakukan pasien sebelum terjadinya penyakit.

(7) Harapan Pasien

Merupakan target yang ingin dicapai oleh pasien setelah menjalani fisioterapi.

3) Pemeriksaan Umum

(1) Kesadaran

Proses dimana seseorang memahami dan mengerti akan suatu keadaan yang menjadikan individu itu sendiri sadar dan faham betul apa yang akan terjadi.

(2) Tekanan Darah

Tekanan yang dialami pada pembuluh darah arteri ketika darah di pompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia

(3) Denyut Nadi

Denyut arteri dari gelombang darah yang mengalir melalui pembuluh darah sebagai akibat dari denyutan jantung.

(4) Pernafasan

Peristiwa menghirup udara dari luar yang mengandung O₂ ke dalam tubuh serta menghembuskan udara yang banyak

mengandung CO₂ sebagai sisa dari oksidasi yang keluar dari tubuh.

(5) Kognisi dan Persepsi

Kognisi merupakan proses memperoleh pengetahuan (termasuk kesadaran, perasaan, dan sebagainya). Sedangkan persepsi merupakan proses memahami dan menginterpretasikan informasi sensorik (berhubungan dengan pancaindra). Pemeriksaan dapat dilakukan dengan menilai respon dan tanggapan dari proses interaksi dengan terapis atau lingkungan sekitar.

4) Pemeriksaan Fisioterapi

(1) Observasi

Observasi merupakan proses pengamatan untuk menilai kondisi tubuh pasien secara keseluruhan.

(2) Kemampuan Sensorik

Kemampuan sensorik dilakukan dengan pemeriksaan taktil dengan *two point discrimination*, *soft palpation*, dan tajam tumpul, apabila kemampuan sensoris pasien baik maka pasien dapat merasakan input yang diberikan oleh fisioterapis.

(3) Koordinasi

Kemampuan ini dapat dilakukan dengan mengarahkan jari ke hidung (*finger to nose*), jari-jari pasien (*finger to finger*), atau jari pasien dengan jari terapis (*finger to finger therapist*)

(4) Deformitas

Deformitas yaitu kelainan bentuk dari structural anatomi tubuh, seperti *skoliosis*, *lordosis*, *subluksasi* dan lain-lain.

(5) Pemeriksaan Spesifik

Tes spesifik adalah kunci untuk membuat diagnosis yang akurat dari keluhan pasien. Tes spesifik berupa :

a) Pengukuran Nyeri dengan *Visual Analogue Scale (VAS)*

VAS (*Visual Analogue Scale*) yaitu cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seseorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 100 mm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana (Yudiyanta Dkk, 2015).

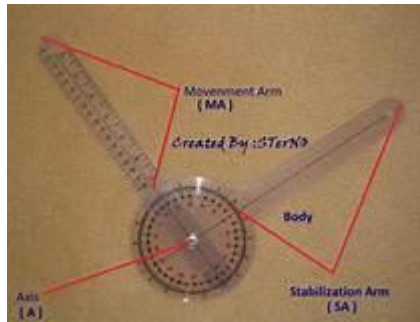
<i>Pain scale</i>	<i>Disability scale</i>
Apakah sangat sakit?	Mencuci rambut?
Bagaimana ketika posisi tiduran disisi yang terkena?	Membasuh punggungmu?
Saat meraih sesuatu di rak yang tinggi?	Mengenakan kaos dalam atau jumper?
Menyentuh dibagian belakang leher anda?	Mengenakan kemeja yang kancing dibagian depan?
Mendorong dengan tangan yang sakit?	Mengenakan celana?
	Menempatkan benda ditempat yang tinggi?
	Membawah benda berat sebesar 10lbs/4.5kg?
	Membersihkan belakang punggung?

Tabel.2.1 *Shoulder Pain and Disability Index*

c) *Range Of Motion (ROM)* dengan *goneometer*

Goneometer adalah alat untuk mengukur lingkup gerak sendi sehingga dapat diketahui nilai dari pergerakan sendi itu sendiri. Pengukuran lingkup gerak sendi akan menentukan proses terapi dan hasil, *Goneometer* merupakan bagian yang penting dari

keseluruhan evaluasi sendi juga meliputi jaringan lunak.(wriily,2018)



Gambar 2.5 Goniometer *Range Of Motion* (wriily,2018)

d) Inspeksi

Proses pemeriksaan dengan metode pengamatan atau *observasi* menggunakan pancaindra untuk mendeteksi masalah kesehatan pasien yang sedang sakit. Masalah kesehatan yang dideteksi berupa bentuk, warna, posisi, ukuran, tumor dan lainnya dari tubuh pasien.(Denidya,2013)

e) *Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder*

Apprehension test adalah test untuk menguji integritas kapsul sendi glenohumeral atau untuk menilai ketidak stabilan *glenohumeral* pada arah anterior. (Flynn,T.W. 2011)

Pemeriksa memfleksikan kedepan *shoulder* pasien disertai medial rotasi, lalu pemeriksa menekan kearah *posterior elbow* pasien. Hasil positif akan terlihat atau tampak kecemasan pada wajah pasien dan pasien akan mempertahankan gerakan selanjutnya.

f) *Drop-arm test / Test Moseley*

Tes ini dilakukan untuk mengungkapkkan ada tidaknya kerusakan pada otot-otot serta tendon yang menyusun *rotator cuff* dari bahu. Pemeriksaan mengabduksikan shoulder pasien sampai 90 dan meminta pasien menurunkan lengannya secara perlahan-lahan atau timbul nyeri pada saat mencoba melakukan gerakan tersebut. Hasil positif jika pasien tidak mampu melakukan gerakan ini secara terkendali dan pasien mengalami rasa nyeri atau sakit saat melakukan tes ini.

g) *Kemampuan Fungsional*

Kemampuan pasien dalam melakukan aktifitas fungsionalnya sehari-hari. Pengukuran kemampuan fungsional dapat diukur dengan *Index Barthel*.

Dengan kriteria penilaian sebagai berikut :

Kategori	Sekor
Berpakaian	0
Kebersihan	0
Didapur	0
Ditempat kerja	0
Lain- lain	0

Tabel 2.2 pemeriksaan *Barthel Index*

Interpretasi skor :

0 : Tanpa kesulitan

1 : Dengan sedikit kesulitan

2 : Dengan kesulitan sedang

3 : Dengan banyak kesulitan

4 : Hampir tidak bisa melakukan

5 : Tidak bisa melakukan

5) Pemeriksaan Penunjang

Merupakan data – data yang dapat dijadikan referensi dalam mengetahui kondisi pasien.

2.7.2 Diagnosa fisioterapi

1) *Body function and structure impairment*

Bagian diagnosa untuk mengembangkan struktur dan fungsi anatomi yang terganggu. Pada kasus ini adanya nyeri dan kekakuan pada lengan saat gerakan abduksi.

2) *Activity limitation*

Keterbatasan aktivitas fungsional yang dialami oleh individu yang diakibatkan dari kerusakan atau gangguan yang terjadi pada struktur anatomi terkait. Pada kasus ini adanya keterbatasan aktivitas sehari-hari.

3) *Articipation retriction*

Keterbatasan yang dialami individu disertai dengan hubungan lingkungan, baik lingkungan fisik maupun non fisik.

2.7.3 Perencanaan Fisioterapi

Fisioterapi melakukan perencanaan intervensi fisioterapi berdasarkan hasil assasmen dan diagnosa fisioterapi, prognosis dan indikasi, kontra indikasi, mengandung tujuan jangka panjang dan jangka pendek.

2.7.4 Intervensi fisioterapi

Program intervensi dibuat berdasarkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan sesuai dengan problematika yang di temukan saat pemeriksaan pada kasus bursitis sub acromial (Kisner, 2012).

2.7.5 Evaluasi/ Re-evaluasi

Dilakukan oleh fisioterapis sesuai tujuan perencanaan intervensi, dapat berupa kesimpulan, termasuk dan tidak terbatas pada rencana penghentian program atau merujuk pada dokter/ profesional lain terkait. Kewenangan melakukan evaluasi/ re-evaluasi diberikan berdasarkan hasil kredensial fisioterapi yang ditetapkan oleh pimpinan fisioterapis.

2.7.6 Komunikasi dan Edukasi

Fisioterapi menjadikan komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarganya, tenaga kesehatan lain terkait. Serta masyarakat sebagai bagian dari proses pelayanan fisioterapi berkualitas yang berfokus pada pasien. Fisioterapi memiliki dan menggunakan identitas resmi yang mudah dilihat dan dipahami oleh pasien atau keluarganya serta para pemangku kepentingan sebagai bagian dari identitas profesi. Fisioterapis memperkenalkan diri dan memberikan informasi mengenai kondisi pasien serta rencana tindakan/ intervensi termasuk komunikasi terapeutik pada pasien dan keluarganya.

Bila ditemukan hal – hal diluar kompetensi, pengetahuan, pengalaman atau keahlian fisioterapi merujuk pasien kepada tenaga kesehatan lain yang tepat dengan disertai resume fisioterapi. Penyelenggaraan pelayanan fisioterapi difasilitasi pelayanan kesehatan didukung meia komunikasi dan

edukasi agar proses pelayanan berlangsung sesuai dengan tujuan, termasuk media edukasi berupa leaflet yang diperlukan.

2.7.7 Dokumentasi

Penyelenggara pelayanan fisioterapi memperhatikan pentingnya dokumentasi sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam pelayanan fisioterapi yang bermutu dan dapat dipertanggungjawabkan. Dilakukan fisioterapi sesuai tujuan perencanaan intervensi, dapat berupa kesimpulan, termasuk dan tidak terbatas pada rencana penghentian program atau merujuk dokter terkait.

2.8 Intervensi

2.8.1 Kompres Es

Kompres Dingin adalah suatu metode dalam penggunaan suhu rendah setempat yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologis. Aplikasi kompres dingin adalah mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta edema. Dengan menggunakan Kompres Es, saat terjadinya pembengkakan (edema) atau saat terjadinya nyeri pada bursitis subacromialis akan mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien, yang bertujuan untuk mengurangi peradangan, perdarahan ke dalam jaringan. Suhu rendah pada es merangsang ukuran pembuluh darah menyempit dan memperlambat aliran darah pada lokasi cedera (Halawa, 2019).

Selain kompres es bisa menurunkan nyeri kompres es juga memberikan efek fisiologis yaitu : a. Menurunkan respon inflamasi jaringan b. Menurunkan aliran darah mengurangi edema. (Tirtah, 2019)

1) Indikasi :

- a. Trauma akut: menyetop pendarahan, mencegah pembengkakan, mengurangi rasa sakit.
- b. Rheumatoid Arthritis dan semua artritis akut (ada panas local dan pembengkakan)
- c. Spasme otot dan spatistas
- d. Myofascial pain syndromes (myofascial trigger point syndrome).
- e. Luka bakar, sebagai pertolongan pertama pada luka bakar derajat II, untuk mencegah kerusakan jaringan dan menghilangkan nyeri.

2) Kontraindikasi :

Kontraindikasi dari pemberian kompres es ialah Gangguan vaskuler (*reynaud phrnomena, iskemik local, dan statis.*) dan yang memiliki penyakit yang Alergi terhadap dingin.

3) Prosedur pelaksanaan :

a. Persiapan alat :

Terapis mempersiapkan alat untuk terapi dingin yang akan dilakukan seperti berikut: mempersiapkan bakom untuk tempat wadahnya, handuk untuk membalut es dan untuk mengompres, lalu yang terakhir es batu.

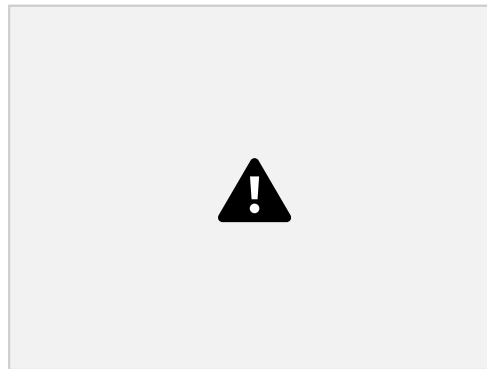
b. Persiapan pasien :

Sebelum dilakukan terapi hendaknya pasien menjelaskan tujuan dilakukannya terapi es dan kontraindikasinya. Dijelaskan juga kalau saat diterapi terasa sedikit kaku akibat esnya, sebelum dilaksanakan terapinya juga

pasien harus di test kusus yaitu tes sensibilitas, dengan posisi pasien duduk atau berbaring.

c. Pelaksanaan terapi :

Setelah persiapan alat dan pasien sudah siap untuk diterapi,lalu darah yang akan diterapi harus bebas dari kain,dan terapis menaruh es di dalam handuk tersebut dan mulai mengompres ke daerah yang akan diterapi selama 10-15 menit.



Gambar 2.7 kompres es (Halwa,2019)

2.8.2 Stretching

Stretching atau peregangan otot biasanya merupakan bagian dari pemanasan dan pendinginan bagi orang-orang yang berolahraga. Bagi penderita bursitis *Stretching* dapat meningkatkan rentang gerakan, *fleksibilitas*, aliran darah. Berbagai jenis latihan membutuhkan berbagai jenis *Stretching*. Setiap anggota tubuh manusia, terutama otot, memerlukan adaptasi terhadap aktivitas tubuh maka dari pada itu di butuhkan *stretching* (Notoadmojo, 2015). *Stretching* yang diberikan pada pasien *bursitis sub acromial* sebagai berikut:

a) *Pendulum stretch*

Suatu latihan sebagai awal dari rangkaian latihan. Usahakan bahu santai dan lakukan gerakan dengan memposisikan lengan seperti menggantung, ayunkna tangan membentuk putaran. Lakukan putaran ke arah jarum jam selama 5 menit 3 set. (Suharti dkk. 2018)



Gambar 2.8 *Pendulum stretch*

b) Towel stretch

Suatu latihan dengan menggunakan handuk/kain. latihan yang bagus untuk membantu meningkatkan *fleksibilitas* dan rentang gerak bahu. Dengan menggunakan handuk dibelakang punggung dengan posisi handuk horizontal, gunakan tangan yang sehat untuk menarik handuk dan lakukan selama 5 menit 3 set. (Suharti ddk. 2018)



Gambar 2.9 *Towel Stretch*

c) Cross body arm strech

Peregangan untuk otot-otot bahu. Bagi mereka yang membutuhkan kekuatan otot bahu cross body arm stretch ini sangat bermanfaat. Peregangan cross body ini sangat berguna untuk dilakukan sebelum aktivitas maupun sesudah aktivitas. Cross body stretch akan membantu otot bersiap bergerak, dan juga mengurangi resiko cedera. Cross body stretch juga merupakan peregangan yang bagus bagi mereka yang mungkin mengalami ketegangan di bahu. Gerakan yang dapat dilakukan dengan posisi berdiri atau duduk, lakukan gerakan dengan cara tangan yang sehat untuk menarik siku tangan yang sakit. Tarik perlahan dan tahan peregangan tersebut selama 15-20 menit. (Suharti ddk,2018)



Gambar 2.10 *Cross Body arm Stretch*

1) Indikasi :

Indikasi pada pemberian *straching* yaitu untuk memperbaiki *Range Of Motion* (ROM), untuk merehabilitasi *neuromuscular disease*, untuk mengurangi dan mencegah resiko cedera jaringan lunak, untuk meningkatkan

ekstensibilitas pada jaringan lunak, mengurangi kompresi pada permukaan persendian (Notoadmojo, 2015).

2) Kontraindikasi :

Kontraindikasi pada pemberian *straching* pada bursitis yaitu *joint instability, vascular acute injury*, infeksi dan inflamasi pada persendian dan jaringan lunak, akan timbul nyeri berlebihan pada persendian saat peregangan, *hypermobility* (Notoadmojo, 2015).

3) Prosedur pelaksanaan

a. Persiapan pasien :

Sebelum dilakukan *straching* hendaknya pasien diberi penjelasan tujuan diberikan *straching*, kontraindikasinya, dan meminta izin kepada pasien. Dijelaskan juga *straching* ini sedikit atau banyak akan menimbulkan rasa seperti ditarik, posisi pasien bisa duduk ataupun berdiri.

b. Pelaksanaan terapi :

Setelah persiapan alat dan pasien sudah selesai, terapis akan memulai *straching* yang akan dilakukan. Dan saat *straching* pasien harus ditanyai kenyamanan pasiennya.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Rencana Manajemen Fisioterapi Tanggal 10 Februari 2012

3.1.1 Assesment

1. Anamnesis

Nama : Tn. R
Umur : 22 tahun
Jenis Kelamin : L
Agama : Islam
Pekerjaan : Barista
Alamat : Made, lamongan
Tempat perawatan : Rumah pasien
Diagnosa Medis : Bursitis sub acromial
Medika mentosa : -

2. Keluhan Utama:

- 1) Nyeri pada bahu sebelah kanan
- 2) Digerakan kearah abduksi kesakitan.
- 3) Membutuhkan bantuan saat mengambil barang diatas kepala.

3. Keluhan Penyerta

Tidak ada keluhan penyerta.

4. Riwayat Penyakit Sekarang

Sekitar 2 minggu yang lalu, pada pagi hari tanggal 08 febuari 2021 pasien merasakan nyeri dibagian bahunya pada saat bermain bulutangkis, awalnya nyeri tidak terlalu tapi lama kelamaan pasien merasakan nyerinya bertambah.

5. Riwayat Penyakit Penyerta

Tidak memiliki riwayat penyakit penyerta.

6. Riwayat Keluarga

Keluarga tidak pernah ada yang mengalami keluhan penyakit yang serupa.

7. Riwayat Pribadi Dan Status Sosial

Pasien adalah seorang mahasiswa, tinggal bersama keluarganya, bekerja menjadi barista disalah satu caffe, dan memiliki hobi bermain bulutangkis.

8. Anamnesis Sistem

- 1) Kepala dan leher : Pusing (-)
- 2) Kardiovaskulerm : Jantung berdebar-debar (-)
- 3) Respirasi : sesak nafas (-)
- 4) Gastrointestinalis : BAB lancar
- 5) Urogenitalis : BAK lancar
- 6) Muskuloskeletal : Nyeri gerak pada daerah bahu kanan saat abduksi.
- 7) Nervorum : mengalami kesemutan (-)

9. PEMERIKSAAN FISIK

- 1) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tabel 3.1 Tanda-Tanda Vital

Kesadaran	TD	DN	RR	Temperatur	TB	BB
Baik	120/80 Mm/hg	80x /menit	24x /menit	36,5 C	188 cm	72kg

- 2) Inspeksi

- (1) Statis

Bahu terlihat merah/seperti memar

(2) Dinamis

Saat bahu digerakan kearah abduksi pasien terlihat menahan sakit

(3) Palpasi

Suhu sedikit panas

(4) Perkusi

Tidak dilakukan

(5) Auskultasi

Tidak dilakukan

(6) Gerakan dasar

a) Gerak aktif

Tabel 3.2 Gerak Aktif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri
<u>Shoulder</u> <u>Dextra</u>	<u>Fleksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Ekstensi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Abduksi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Abduksi</u> <u>horizontal</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi hoz</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>

b) Gerak Pasif

Tabel 3.3 Gerak Pasif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri	Enndfeel
Shoulder Dextra	Felksi	Full	Tidak nyeri	soft
	Ekstensi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Abduksi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi	Full	Tidak nyeri	Hard
	Abduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard

	Adduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard

c) Gerak Isometric

Tabel 3.4 Gerak Isometrik

Sendi	Gerakan	Nyeri	Bisa dilakukan	kontraksi
Shoulder dextra	Fleksi	-	Bisa	Max
	Ekstensi	+	Terbatas	Min
	Abduksi	+	Terbatas	Min
	Adduksi	-	Bisa	Max
	Abduksi horizontal	+	Terbatas	Min
	Adduksi horizontal	-	Bisa	Min

(7) Kognitif, Intra Personal & Inter Personal

a) Kognitif :

Pasien mampu mengetahui orientasi waktu tempat dan ruang, memori pasien dalam keadaan baik.

b) Intra personal:

Pasien memiliki keinginan dengan motivasi yang besar untuk sembuh dari penyakitnya.

c) Inter personal:

Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif atau dapat diajak kerjasama terapis dengan baik.

(8) Kemampuan Fungsional & Lingkungan Aktifitas

a) Kemampuan fungsional dasar

Pasien mengalami kelemahan untuk menggerakkan lengan atas seperti abduksi.

b) Aktivitas fungsional

Pasien tidak mampu untuk mengambil barang atau benda berat yang lebih tinggi dari bahunya.

c) Lingkungan aktivitas

Pasien melakukan kegiatan belajar, bekerja seperti biasanya sendiri tanpa adanya bantuan dari orang lain maupun alat.

3) Pemeriksaan spesifik

(1) Pemeriksaan Nyeri (VAS)

Tabel 3.5 Pemeriksaan VAS

NYERI	VAS
DIAM	4
TEKAN	5
GERAK	6

(2) **Pemeriksaan aktifitas fungsional dengan SPADI**

Tabel 3.6 pemeriksaan SPADI

	T1
Pain score	80%
Disability score	76,3%
Total	77,65

(3) Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Barthel index

Tabel 3.7 Pemeriksaan Fungsional dengan BI

Kategori	Skor
----------	------

Berpakaian	2
Kebersihan	2
Didapur	1
Ditempat kerja	2

Interpretasi skor :

0 : Tanpa kesulitan

1 : Dengan sedikit kesulitan

2 : Dengan kesulitan sedang

3 : Dengan banyak kesulitan

4 : Hampir tidak bisa melakukan

5 : Tidak bisa melakukan

(4) Pemeriksaan ROM dengan goniometer

Tabel 3.8 Pemeriksaan ROM

ROM		
S 50 – 0 – 80	F 75 – 0 – 15	T 25 – 0 – 45

(5) Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder (+)

(6) Drop-arm test / Test Moseley (+)

3.1.2 Diagnosa Fisioterapi

1. Problematika Fisioterapi

1) *Activity Function And Structure Impairment*

1. Andanya nyeri
2. Adanya keterbatasan LGS
3. Adanya nyeri gerak abduksi
4. Adanya edema

2) *Activity Limitation*

Pasien kesulitan melakukan aktivitas seperti mengambil benda yang lebih tinggi dari pada lengan, menyapu, mengangkat benda berat, bermain bulutangkis. Karena, pasien merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya.

3) *Participation Restriction*

Mengalami hambatan dalam bekerja seperti mengambil benda di atas.

2. Diagnosa Fisioterapi Berdasarkan ICF

Adanya keterbatasan gerak dan nyeri pada hand dextra sehingga mengalami keterbatasan aktifitas fungsional seperti, menangkat tangan arah abduksi sehingga keterbatasan melakuakn aktivitas di lingkungannya.

3.1.3 Planning

1. Tujuan

1) Jangka Pendek

- a. Mengurangi nyeri
- b. Meningkatkan lingkup gerak sendi

2) Jangka Panjang

- a. Pasien mengambil benda yang tinggi dari pada bahunya tanpa merasakan nyeri.
- b. Untuk mengoptimalkan kemampuan aktifitas fungsional pasien.

2. Rencana Tindakan Fisioterapi

b. Teknologi Fisioterapi

- Kompres es
- Stretching

c. Home Program

- Jika **erasakan** nyeri hendaknya kompres dengan air dingin
- Hindari posisi tangan berada pada belakang tubuh
- Hindari mengangkat tangan lebih tinggi dari padda bahu.
- Hindari mengangkat benda berat
- Hindari melakukan gerakan dengan pengulangan berkali-kali.

3. Rencana evaluasi

- Meredakan odema
- Menurunkan nyeri
- Meningkatkan fungsional

3.1.4 Prognosis

Quo ad vitam : bonam

Quo ad sanam : bonam

Quo ad functionam : bonam

Quo ad cosmeticam : bonam

3.1.5 Intervensi

Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut, intervensi fisioterapi yang terapis gunakan adalah kompres es.

Penatalaksanaan fisioterapi dengan komperes es:

- (1) Persiapan alat : siapkan 1 buah baksom atau wadah, handuk kering, dan es batu, alcohol dan kapas.

- (2) Persiapan pasien : posisikan pasien dengan nyaman mungkin, menjelaskan tujuan terapi serta rasa yang akan dirasakan, dan memberi tahu keluhan pasien selama terapi berlangsung.
- (3) Pelaksanaan terapi :
- Menyiapkan baskom atau wadah yang sudah berisi dengan es batu dan handuk kering.
 - Membersihkan area yang akan diterapi dengan kapas yang sudah dikasi alcohol.
 - Menempelkan kompers es/dingin ke area yang diterapi.
 - Mengompers dengan handuk selama 10-15 menit.

3.1.6 Evaluasi

- 1) Pengukuran nyeri menggunakan (VAS) bagian shoulder

Tabel 3.7 Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS

Nyeri	T1
Diam	4
Tekan	5
Gerak	6

- 2) Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.8 Pengukuran ROM Dengan Goniometer

ROM			
T1	S 50 – 0 -80	F 75 – 0 – 15	T25 – 0 – 45

- 3) Evaluasi aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.9 Pengukuran dengan SPADI

	T1
Pain score	80%

Disability score	76,3%
Total score	77,6%

- 4) Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.10 Pengukuran Dengan BI

Kategori	T1
Berpakaian	2
Kebersihan	2
Didapur	1
Ditempat kerja	2

- 5) Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder (+)
 6) Drop-arm test / Test Moseley (+)

3.1.7 Penjelasan

Setelah dilakukan terapi pertama pasien didapatkan :

1. Nilai Vas belum ada perubahan
2. Nilai ROM belum ada perubahan
3. Nilai spadi juga belum ada perubahan
4. Nilai bathel index belum ada perubahan

3.2 Rencana Manajemen Fisioterapi Tanggal 12 Februari 2021

3.2.1 Assesment

1. Keluhan Utama
 - a. Nyeri pada bahu sebelah kanan
 - b. Digerakan kearah abduksi meraskan kesakitan.
 - c. Membutuhkan bantuan saat mengambil barang diatas kepala.
2. PEMERIKSAAN FISIK
 - a. Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tabel 3.11 Tanda-Tanda Vital

Kesadaran	TD	DN	RR	Temperatur	TB	BB
Baik	120/80 Mm/hg	74x /menit	24x /menit	36,5 C	188 cm	72kg

3. Inspeksi

a. Statis

Bahu terlihat merah/seperti memar

b. Dinamis

Saat bahu digerakan kearah abduksi pasien terlihat menahan sakit

c. Palpasi

Suhu sedikit panas

d. Perkusi

Tidak dilakukan

e. Auskultasi

Tidak dilakukan

f. Gerakan dasar

a) Gerak Aktif

Tabel 3.12 Gerak Aktif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri
<u>Shoulder</u> <u>Dextra</u>	<u>Fleksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Ekstensi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Abduksi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Abduksi hoz</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi hoz</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>

b) Gerak Pasif

Tabel 3.13 Gerak Pasif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri	Enndfeel
Shoulder	Felksi	Full	Tidak nyeri	Soft
	Ekstensi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Abduksi	Terbatas	Nyeri	Hard

Dextra	Adduksi	Full	Tidak nyeri	Hard
	Abduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard

c) Gerak Isometric

Tabel 3.14 Gerak Isometrik

Sendi	Gerakan	Nyeri	Bisa dilakukan	Kontraksi
Shoulder dextra	Fleksi	-	Bisa	Max
	Ekstensi	+	Terbatas	Min
	Abduksi	+	Terbatas	Min
	Adduksi	-	Bisa	Max
	Abduksi horizontal	+	Terbatas	Min
	Adduksi horizontal	-	Bisa	Min

4. Kognitif, Intra Personal & Inter Personal

a) Kognitif :

Pasien mampu mengetahui orientasi waktu tempat dan ruang, memori pasien dalam keadaan baik.

b) Intra personal :

Pasien memiliki keinginan dengan motivasi yang besar untuk sembuh dari penyakitnya.

c) Interpersonal :

Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif atau dapat diajak kerjasama terapis dengan baik.

5. Kemampuan Fungsional & Lingkungan Aktifitas

a) Kemampuan fungsional dasar

Pasien mengalami kelemahan untuk menggerakkan lengan atas seperti abduksi.

b) Aktivitas fungsional

Pasien tidak mampu untuk mengambil barang atau benda berat yang lebih tinggi dari bahunya.

c) Lingkungan aktivitas

Pasien melakukan kegiatan belajar, bekerja seperti biasanya sendiri tanpa adanya bantuan dari orang lain maupun alat. Pemeriksaan Spesifik

(1) Pemeriksaan Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

Tabel 3.15 Pemeriksaan VAS

NYERI	VAS
DIAM	4
TEKAN	4
GERAK	6

(2) Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.18 Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer

T2	S 50 – 0 -100	F 85 – 0 – 20	T 25- 0 – 45
----	---------------	---------------	--------------

(3) Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.19 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T2
Pain score	74%
Disability score	72,5%
Total score	73%

(4) Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.17 Pemeriksaan Fungsional Dengan BI

Kategori	Skor
Berpakaian	2
Kebersihan	2
Didapur	1
Ditempat kerja	2

Interpretasi skor :

- 0 : Tanpa kesulitan
- 1 : Dengan sedikit kesulitan
- 2 : Dengan kesulitan sedang
- 3 : Dengan banyak kesulitan
- 4 : Hampir tidak bisa melakukan
- 5 : Tidak bisa melakukan

(5) *Apprehension test* untuk dislokasi posterior shoulder

(6) *Drop-arm test / Test Moseley*

d) Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan.

3.2.2 Diagnosa Fisioterapi

1) *Activity Function And Structure Impairment*

- (1) Andanya nyeri
- (2) Adanya keterbatasan LGS
- (3) Adanya nyeri gerak abduksi
- (4) Adanya edema

2) *Activity Limitation*

Pasien kesulitan melakukan aktivitas seperti mengambil benda yang lebih tinggi dari pada lengan, menyapu, mengangkat benda berat, bermain

bulutangkis Karena, pasien merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya

3) *Participation Restriction*

Mengalami hambatan dalam bekerja seperti mengambil benda di atas.

3.2.3 Planning

1. Tujuan

- 1) Jangka Pendek
 - a. Mengurangi nyeri
 - b. Meningkatkan lingkup gerak sendi
- 2) Jangka Panjang
 - a. Pasien mengambil benda yang tinggi dari pada bahunya tanpa merasakan nyeri.
 - b. Untuk mengoptimalkan kemampuan aktifitas fungsional pasien.

2. Rencana Tindakan Fisioterapi

a. Teknologi Fisioterapi

- Kompres es
- Stretching

b. Home Program

- Jika erasakan nyeri hendaknya kompres dengan air dingin
- Hindari posisi tangan berada pada belakang tubuh
- Hindari mengangkat tangan lebih tinggi dari padda bahu.
- Hindari mengangkat benda berat
- Hindari melakukan gerakan dengan pengulangan berkali-kali.

c. Rencana evaluasi

- Meredakan odema
- Menurunkan nyeri
- Meningkatkan fungsional

3.2.4 Prognosis

Quo ad vitam : bonam

Quo ad sanam : bonam

Quo ad functionam : bonam

Quo ad cosmeticam : bonam

3.2.5 Intervensi

Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut, intervensi fisioterapi yang terapis gunakan adalah kompres es, pendulum stretch.

1. Penatalaksanaan fisioterapi dengan kompres es

a. Persiapan alat :

Siapkan 1 buah baskom atau wadah, handuk kering, dan es batu, alkohol dan kapas.

b. Persiapan pasien :

Posisikan pasien dengan nyaman mungkin, jelaskan tujuan terapi serta rasa yang akan dirasakan, dan memberi tahu keluhan pasien selama terapi berlangsung.

2. Pelaksanaan terapi :

- a. Menyiapkan baskom atau wadah yang sudah berisi dengan es batu dan handuk kering.

- b. Membersihkan area yang akan diterapi dengan kapas yang sudah dikasi alcohol.
 - c. Menempelkan kompers es/dingin ke area yang diterapi.
 - d. Mengompers dengan handuk selama 10-15 menit.
3. Penatakasanaan fisioterapi dengan straching (pendulum stretch)
- (1) Persiapan alat : kusi/ bad
 - (2) Persiapan pasien :
 - Posisikan pasien dengan nyaman mungkin,menjelaskan tujuan terapi serta rasa yang akan dirasakan dan memberi tahukan keluhan pasien selama terapi berlangsung
 - (3) Pelaksanaan terapi :
 - a) Posisi berdiri
 - b) Meginstruksikan ke pasien cara yang dilakukan dengan berdiri dismping kursi/bad.
 - c) Tangan kiri pasien berpegangan pada kursi/bad.
 - d) Pasien instruksikan untuk rukuk
 - e) Lalu mengayunkan tangannya
 - f) Selama 5 menit 3 set.

3.2.6 Evaluasi

- 1. Pengukuran nyeri menggunakan (vas)

Tabel 3.17 Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS

Nyeri	T2
Diam	4
Tekan	4
Gerak	6

- Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.18 Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer

T2	S 50 – 0 -100	F 85 – 0 – 20	T 25- 0 – 45
----	---------------	---------------	--------------

- Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.19 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T2
Pain score	74%
Disability score	72,5%
Total score	73%

- Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.20 Pengukuran Fungsional BI

Kategori	T2
Berpakaian	2
Kebersihan	2
Didapur	1
Ditempat kerja	2

- Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder (+)
- Drop-arm test / Test Moseley(+)

3.2.7 Penjelasan

Setelah dilakukan terapi ke dua mendapat hasil :

- Mengalami peningkatan pada ROM dari S 50 – 0 – 80 menjadi S 50 – 0 – 100
- SPADI mengalami peningkatan dari 77% menjadi 73%
- Nilai VAS mengalami penurunan

3.3 Rencana Manajemen Fisioterapi Tanggal 14 Februari 2021

3.3.1 Assesment

1) Keluhan Utama

- a. Nyeri pada bahu sebelah kanan
- b. Digerakan kearah abduksi meraskan kesakitan.
- c. Masih membutuhkan bantuan saat mengambil barang diatas kepala.

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tabel 3.21 Tanda-Tanda Vital

Kesadaran	TD	DN	RR	Temperatur	TB	BB
Baik	120/60 Mm/hg	76x /menit	25x /menit	36 C	188 cm	72kg

6. Inspeksi

(1) Statis

Bahu terlihat merah/seperti memar

(2) Dinamis

Saat bahu digerakan kearah abduksi pasien terlihat menahan sakit

(3) Palpasi

Suhu sedikit panas

(4) Perkusi

Tidak dilakukan

(5) Auskultasi

Tidak dilakukan

(6) Gerakan dasar

- a) Gerak aktif

Tabel 3.22 Gerak Aktif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri
Shoulder Dextra	<u>Fleksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Ekstensi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Abduksi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Abduksi horizontal</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi horizontal</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>

b) Gerak pasif

Tabel 3.23 Gerak Pasif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri	Enndfeel
Shoulder Dextra	Felksi	Full	Tidak nyeri	Soft
	Ekstensi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Abduksi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi	Full	Tidak nyeri	Hard
	Abduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard

c) Gerak isometric

Tabel 3.24 Gerak Isometrik

Sendi	Gerakan	Nyeri	Bisa dilakukan	Kontraksi
Shoulder dextra	Fleksi	-	Bisa	Max
	Ekstensi	+	Terbatas	Min
	Abduksi	+	Terbatas	Min
	Adduksi	-	Bisa	Max
	Abduksi horizontal	+	Terbatas	Min
	Adduksi horizontal	-	Bisa	Min

(7) Kognitif, Intra Personal & Inter Personal

a. Kognitif :

Pasien mampu mengetahui orientasi waktu tempat dan ruang, memori pasien dalam keadaan baik.

b. Intra personal :

Pasien memiliki keinginan dengan motivasi yang besar untuk sembuh dari penyakitnya.

c. Inter personal :

Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif atau dapat diajak kerjasama terapis dengan baik.

(8) Kemampuan Fungsional & Lingkungan Aktifitas

a. Kemampuan fungsional dasar

Pasien mengalami kelemahan untuk menggerakkan lengan atas seperti abduksi.

b. Aktivitas fungsional

Pasien tidak mampu untuk mengambil barang atau benda berat yang lebih tinggi dari bahunya.

c. Lingkungan aktivitas

Pasien melakukan kegiatan belajar, bekerja seperti biasanya sendiri tanpa adanya bantuan dari orang lain maupun alat.

3) Pemeriksaan Spesifik

(1) Pemeriksaan Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

Tabel 3.25 Pemeriksaan VAS

NYERI	VAS
DIAM	4
TEKAN	4
GERAK	5

(2) Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.28 pengukuran dengan ROM dengan Goniometer

ROM				
T3	S 50 – 0 -120	F 105 – 0 – 20	T 25 – 0 – 45	

(3) Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.29 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T3
Pain score	66%
Disability score	66,3%
Total score	66,2%

(4) Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.26 Pemeriksaan Fungsional Dengan BI

Kategori	Skor
Berpakaian	2
Kebersihan	2
Didapur	1
Ditempat kerja	2

Interpretasi skor :

- 0 : Tanpa kesulitan
- 1 : Dengan sedikit kesulitan
- 2 : Dengan kesulitan sedang
- 3 : Dengan banyak kesulitan
- 4 : Hampir tidak bisa melakukan
- 5 : Tidak bisa melakukan

(5) Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder

(6) Drop-arm test / Test Moseley

4) Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan.

3.3.2 Diagnosa Fisioterapi

1) *Activity Function And Structure Impairment*

- a. Adanya nyeri
- b. Adanya keterbatasan LGS
- c. Adanya nyeri gerak abduksi
- d. Adanya edema

2) *Activity Limitation*

Pasien kesulitan melakukan aktivitas seperti mengambil benda yang lebih tinggi dari pada lengan, menyapu, mengangkat benda berat, bermain bulutangkis. Karena, pasien merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya.

3) *Participation Restriction*

Mengalami hambatan dalam bekerja seperti mengambil benda di atas.

3.3.3 Planning

1. Tujuan

- 1) Jangka Pendek
 - a. Mengurangi nyeri
 - b. Meningkatkan lingkup gerak sendi
- 2) Jangka Panjang
 - a. Pasien mengambil benda yang tinggi dari pada bahunya tanpa merasakan nyeri.

- b. Untuk mengoptimalkan kemampuan aktifitas fungsional pasien.

2. Rencana Tindakan Fisioterapi

a. Teknologi Fisioterapi

- Kompres es
- Stretching

b. Home Program

- Jika erasakan nyeri hendaknya kompres dengan air dingin
- Hindari posisi tangan berada pada belakang tubuh
- Hindari mengangkat tangan lebih tinggi dari pada bahu.
- Hindari mengangkat benda berat
- Hindari melakukan gerakan dengan pengulangan berkali-kali.

c. Rencana evaluasi

- Meredakan odema
- Menurunkan nyeri
- Meningkatkan fungsional

3.3.4 Prognosis

Quo ad vitam : bonam

Quo ad sanam : bonam

Quo ad functionam : bonam

Quo ad cosmeticam : bonam

3.3.5 Intervensi

Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut, intervensi fisioterapi yang terapis gunakan adalah

1) Penatakasanaan fisioterapi dengan straching Towel stretch

(1) Persiapan alat : kusi/ bad

(2) Persiapan pasien :

Posisikan pasien dengan senyamn mungkin,menjelaskan tujuan terapi serta rasa yang akan dirasakn,dan memeberi tahukan keluhan pasien selama terapi berlangsung

(3) Pelaksanaan terapi :

Menyediakan handuk kering,Lalu handuk di pegang sisi ujung ujungnya,dan Ditaruh di belakang punggung sembari peregangn,Selama 5 menit 3 set.

3.3.6 Evaluasi

1) Pengukuran nyeri menggunakan (vas)

Tabel 3.27 Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS

Nyeri	T3
Diam	4
Tekan	4
Gerak	5

2) Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.28 pengukuran dengan ROM dengan Goneometer

ROM				
T3	S 50 – 0 -120	F 105 – 0 – 20	T 25 – 0 – 45	

3) Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.29 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T3
Pain score	66%

Disability score	66,3%
Total score	66,2%

- 4) Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.30 Pengukuran Fungsional BI

Kategori	T3
Berpakaian	2
Kebersihan	1
Didapur	0
Ditempat kerja	2

- 5) Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder (+)
- 6) Drop-arm test / Test Moseley (+)

3.3.7 Penjelasan

Setelah dilakukan terapi untuk yang ke tiga kalinya mendapat hasil :

1. Pada nilai VAS mengalami penurunan pada nyeri gerak
2. Pada ROM mengalami peningkatan dari T2 : S50 – 0 – 100 menjadi S50 – 0 – 120, F85 – 0 – 20 menjadi F105 – 0 – 25

3.4 Rencana Manajemen Fisioterapi Tanggal 18 Februari 2021

3.4.1 Assesment

- 1) Keluhan Utama

- (1) Nyeri pada bahu sebelah kanan
- (2) Digerakan kearah abduksi merasakan kesakitan.
- (3) Masih membutuhkan bantuan saat mengambil barang diatas kepala.

- 2) Pemeriksaan Fisik

- (1) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tabel 3.31 Tanda-Tanda Vital

Kesadaran	TD	DN	RR	Temperatur	TB	BB
Baik	120/60 Mm/hg	76x /menit	25x /menit	36 C	188 cm	72kg

3) Inspeksi

(1) Statis

Bahu terlihat merah/seperti memar

(2) Dinamis

Saat bahu digerakan kearah aduksi pasien terlihat menahan sakit

(3) Palpasi

Suhu sedikit panas

(4) Perkusi

Tidak dilakukan

(5) Auskultasi

Tidak dilakukan

(6) Gerakan dasar

(1) Gerak aktif

Tabel 3.32 Gerak Aktif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri
<u>Shoulder</u> <u>Dextra</u>	<u>Fleksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Ekstensi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Abduksi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Abduksi</u> <u>horizontal</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi</u> <u>horizontal</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>

(2) Gerak pasif

Tabel 3.33 Gerak Pasif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri	Enndfeel
Shoulder Dextra	Felksi	Full	Tidak nyeri	Soft
	Ekstensi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Abduksi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi	Full	Tidak nyeri	Hard
	Abduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard

(3) Gerak isometric

Tabel 3.34 Gerak Isometrik

Sendi	Gerakan	Nyeri	Bisa dilakukan	Kontraksi
Shoulder dextra	Fleksi	-	Bisa	Max
	Ekstensi	+	Terbatas	Min
	Abduksi	+	Terbatas	Min
	Adduksi	-	Bisa	Max
	Abduksi horizontal	+	Terbatas	Min
	Adduksi horizontal	-	Bisa	Min

(7) Kognitif, Intra Personal & Inter Personal

a. Kognitif :

Pasien mampu mengetahui orientasi waktu tempat dan ruang, memori pasien dalam keadaan baik.

b. Intra personal :

Pasien memiliki keinginan dengan motivasi yang besar untuk sembuh dari penyakitnya.

c. Inter personal :

Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif atau dapat diajak kerjasama terapis dengan baik.

(8) Kemampuan Fungsional & Lingkungan Aktifitas

a. Kemampuan fungsional dasar

Pasien mengalami kelemahan untuk menggerakkan lengan atas seperti abduksi.

b. Aktivitas fungsional

Pasien tidak mampu untuk mengambil barang atau benda berat yang lebih tinggi dari bahunya.

c. Lingkungan aktivitas

Pasien melakukan kegiatan belajar, bekerja seperti biasanya sendiri tanpa adanya bantuan dari orang lain maupun alat.

4) Pemeriksaan Spesifik

(1) Pemeriksaan Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

Tabel 3.35 Pemeriksaan VAS

NYERI	VAS
DIAM	3
TEKAN	3
GERAK	5

(2) Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.38 Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer

ROM				
T4	S 50 – 0 -125	F 140 – 0 – 25	T 30 – 0 – 75	

(3) Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.39 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T4
Pain score	62%
Disability score	63,9%
Total score	62,3%

- (4) Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.36 Pemeriksaan Fungsional Dengan BI

Kategori	Skor
Berpakaian	2
Kebersihan	2
Didapur	1
Ditempat kerja	2
Lain- lain	2

Interpretasi skor :

- 0 : Tanpa kesulitan
1 : Dengan sedikit kesulitan
2 : Dengan kesulitan sedang
3 : Dengan banyak kesulitan
4 : Hampir tidak bisa melakukan
5 : Tidak bisa melakukan

- (5) **Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder**

- (6) **Drop-arm test / Test Moseley**

- 5) Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan.

3.4.2 Diagnosa Fisioterapi

- 1) *Activity Function And Structure Impairment*

- (1) Adanya nyeri
(2) Adanya keterbatasan LGS
(3) Adanya nyeri gerak abduksi

(4) Adanya edema

2) *Activity Limitation*

Pasien **kesulitan** melakukan aktivitas seperti **mengambil** benda yang lebih tinggi dari pada lengan, menyapu, mengangkat benda berat, bermain bulutangkis. Karena, pasien merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya

3) *Participation Restriction*

Mengalami hambatan dalam bekerja seperti mengambil benda di atas.

3.4.3 **Planning**

1. **Tujuan**

1) Jangka Pendek

- a. Mengurangi nyeri
- b. Meningkatkan lingkup gerak sendi

2) Jangka Panjang

- a. Pasien mengambil benda yang tinggi dari pada bahunya tanpa merasakan nyeri.
- b. Untuk mengoptimalkan kemampuan aktifitas fungsional pasien.

3. **Rencana Tindakan Fisioterapi**

a. **Teknologi Fisioterapi**

- Kompres es
- Stretching

b. **Home Program**

- Jika **erasakan** nyeri hendaknya kompres dengan air dingin

- Hindari posisi tangan berada pada belakang tubuh
- Hindari mengangkat tangan lebih tinggi dari **padua** bahu.
- Hindari mengangkat benda berat
- Hindari melakukan gerakan dengan pengulangan berkali-kali.

c. Rencana evaluasi

- **Meredahkan** odema
- Menurunkan nyeri
- Meningkatkan fungsional

3.4.4 Prognosis

Quo ad vitam : bonam

Quo ad sanam : bonam

Quo ad functionam : bonam

Quo ad cosmeticam : bonam

3.4.5 Intervensi

Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut, intervensi fisioterapi yang terapis gunakan adalah

1) Penatakasanaan fisioterapi dengan **straching** Towel stretch

a. Persiapan alat : kusi/ bad

b. Persiapan pasien :

Posisikan pasien dengan senyamn mungkin,menjelaskan tujuan terapi serta rasa yang akan dirasakn,dan **memeberi** tahukan keluhan pasien selama terapi berlangsung

c. Pelaksanaan terapi :

Menyediakan handuk kering, Lalu handuk di pegang sisi ujung ujungnya,dan Ditaruh di belakang punggung sembari peregang, Selama 5 menit 3 set

3.4.6 Evaluasi

1. Pengukuran nyeri menggunakan (VAS)

Tabel 3.37 Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS

Nyeri	T4
Diam	3
Tekan	3
Gerak	5

2. Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.38 Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer

ROM				
T4	S 50 – 0 -125	F 140 – 0 – 25	T 30 – 0 – 75	

3. Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.39 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T4
Pain score	62%
Disability score	63,9%
Total score	62,3%

4. Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.40 Pengukuran Fungsional BI

Kategori	T4
Berpakaian	1
Kebersihan	1
Didapur	0
Ditempat kerja	1
Lain lain	1

5. Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder(+)

6. Drop-arm test / Test Moseley (+)

3.5 Rencana Manajemen Fisioterapi Tanggal 20 Februari 2021

3.5.1 Assesment

1) Keluhan Utama

- (1) Nyeri pada bahu sebelah kanan.
- (2) Digerakan kearah abduksi merasakan kesakitan.
- (3) Masih membutuhkan bantuan saat mengambil barang diatas kepala.

2) Pemeriksaan Fisik

- (1) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tabel 3.41 Tanda-Tanda Vital

Kesadaran	TD	DN	RR	Temperatur	TB	BB
Baik	120/80 Mm/hg	76x /menit	25x /menit	36 C	188 cm	72kg

1) Inspeksi

- (1) Statis

Bahu terlihat merah/seperti memar

- (2) Dinamis

Saat bahu digerakan kearah abduksi pasien terlihat menahan sakit

- (3) Palpasi

Suhu normal.

- (4) Perkusi

Tidak dilakukan

- (5) Auskultasi

Tidak dilakukan

- (6) Gerakan dasar

a. Gerak aktif

Tabel 3.42 Gerak Aktif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri
Shoulder dextra	Fleksi	Full	Tidak nyeri
	Ekstensi	Terbatas	Nyeri
	Abduksi	Terbatas	Nyeri
	Adduksi	Full	Tidak nyeri
	Abduksi horizontal	Terbatas	Tidak nyeri
	Adduksi horizontal	Terbatas	Tidak nyeri

b. Gerak pasif

Tabel 3.43 Gerak Pasif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri	Enndfeel
Shoulder Dextra	Felksi	Full	Tidak nyeri	Soft
	Ekstensi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Abduksi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi	Full	Tidak nyeri	Hard
	Abduksi horizontal	Terbatas	Tidak Nyeri	Hard
	Adduksi horizontal	Terbatas	Tidak Nyeri	Hard

c. Gerak isometric

Tabel 3.44 Gerak Isometrik

Sendi	Gerakan	Nyeri	Bisa dilakukan	Kontraksi
Shoulder dextra	Fleksi	-	Bisa	Max
	Ekstensi	+	Terbatas	Min
	Abduksi	+	Terbatas	Min
	Adduksi	-	Bisa	Max
	Abduksi horizontal	+	Terbatas	Min
	Adduksi horizontal	-	Bisa	Min

(7) Kognitif, Intra Personal & Inter Personal

a. Kognitif :

Pasien mampu mengetahui orientasi waktu tempat dan ruang, memori pasien dalam keadaan baik.

b. Intra personal :

Pasien memiliki keinginan dengan motivasi yang besar untuk sembuh dari penyakitnya.

c. Inter personal :

Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif atau dapat diajak kerjasama terapis dengan baik.

(8) Kemampuan Fungsional & Lingkungan Aktifitas

a. Kemampuan fungsional dasar

Pasien mengalami kelemahan untuk menggerakkan lengan atas seperti abduksi.

b. Aktivitas fungsional

Pasien tidak mampu untuk mengambil barang atau benda berat yang lebih tinggi dari bahunya.

c. Lingkungan aktivitas

Pasien melakukan kegiatan belajar, bekerja seperti biasanya sendiri tanpa adanya bantuan dari orang lain maupun alat.

2) Pemeriksaan Spesifik

(1) Pemeriksaan Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

Tabel 3.45 Pemeriksaan VAS

NYERI	VAS
DIAM	3
TEKAN	3
GERAK	5

(2) Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.48 Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer

ROM				
T5	S 50 – 0 -145	F 150 – 0 – 35	T 30 – 0 - 100	

(3) Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.49 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T5
Pain score	56%
Disability score	56,3%
Total score	29,2%

(4) Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.46 Pemeriksaan Fungsional dengan BI

Kategori	Skor
Berpakaian	1
Kebersihan	1
Didapur	0
Ditempat kerja	2

Interpretasi skor :

- 0 : Tanpa kesulitan
- 1 : Dengan sedikit kesulitan
- 2 : Dengan kesulitan sedang
- 3 : Dengan banyak kesulitan
- 4 : Hampir tidak bisa melakukan
- 5 : Tidak bisa melakukan

(5) Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder

(6) Drop-arm test / Test Moseley

3) Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan.

3.5.2 Diagnosa Fisioterapi

1) *Activity Function And Structure Impairment*

- (1) Andanya nyeri
- (2) Adanya keterbatasan LGS
- (3) Adanya nyeri gerak abduksi
- (4) Adanya edema

2) *Limitation*

Pasien kesulitan melakukan aktivitas seperti mengambil benda yang lebih tinggi dari pada lengan, menyapu, mengangkat benda berat, bermain bulutangkis Karena, pasien merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya

3) *Participation Restriction*

Mengalami hambatan dalam bekerja seperti mengambil benda di atas.

3.5.3 Planning

1. Tujuan

- 1) Jangka Pendek
 - Mengurangi nyeri
 - Meningkatkan lingkup gerak sendi
- 2) Jangka Panjang

- Pasien mengambil benda yang tinggi dari pada bahunya tanpa merasakan nyeri.
- Untuk mengoptimalkan kemampuan aktifitas fungsional pasien.

2.Rencana Tindakan Fisioterapi

(1) Teknologi Fisioterapi

- Kompres es
- Stretching

(2) Home Program

- Jika erasakan nyeri hendaknya kompres dengan air dingin
- Hindari posisi tangan berada pada belakang tubuh
- Hindari mengangkat tangan lebih tinggi dari padda bahu.
- Hindari mengangkat benda berat
- Hindari melakukan gerakan dengan pengulangan berkali-kali.

(3) Rencana evaluasi

- Meredakan odema
- Menurunkan nyeri
- Meningkatkan fungsional

3.5.4 Prognosis

Quo ad vitam : bonam

Quo ad sanam : bonam

Quo ad functionam : bonam

Quo ad cosmeticam : bonam

3.5.5 Intervensi

Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut, intervensi fisioterapi yang terapis gunakan adalah

1) Penatakasanaan fisioterapi dengan straching :Cross body arm stretch

(1) Persiapan alat : kusi/ bad

(2) Persiapan pasien :

Posisikan pasien dengan senyamn mungkin,menjelaskan tujuan terapi serta rasa yang akan dirasakn,dan memeberi tahukan keluhan pasien selama terapi berlangsung

(3) Pelaksanaan terapi :

Menyediakan kursi lalu duduk dengan posisi ergonomis,tangan kearah adduksi dengan di pegang tangan satunya,lakukan selama 5 menit 3 set.

3.5.6 Evaluasi

1. Pengukuran nyeri menggunakan (vas) dibagian dextra

Tabel 3.47 Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS

Nyeri	T5
Diam	3
Tekan	3
Gerak	4

2. Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.48 Pengukuran dengan ROM dengan Goneometer

ROM			
T5	S 50 – 0 -145	F 150 – 0 – 35	T 30 – 0 – 100

3. Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.49 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T5
--	----

Pain score	56%
Disability score	56,3%
Total score	29,2%

4. Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.50 Pengukuran Fungsional BI

Kategori	T5
Berpakaian	1
Kebersihan	1
Didapur	0
Ditempat kerja	1
Lain lain	1

5. Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder (-)

6. Drop-arm test / Test Moseley(-)

3.5.7 Penjelasan

7. Nilai ROM mengalami peningkatan dari T4 ke T5, S50 – 0 – 125

ke S50 – 0 – 145, F 140-0- 25 ke F 150 – 0 – 35

8. Nilai SPADI mengalami penurunan dari 62,3% menjadi 29,2%

3.6 Rencana Manajemen Fisioterapi Tanggal 24 Februari 2021

3.6.1 Assesment

3) Keluhan Utama

(1) Digerakan kearah abduksi meraskan kesakitan.

(2) Masih **membutuhka** bantuan saat mengambil barang diatas kepala.

4) Pemeriksaan Fisik

(1) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tabel 3.51 Tanda-Tanda Vital

Kesadaran	TD	DN	RR	Temperatur	TB	BB
Baik	120/80	80x	27x	36 C	188 cm	72kg

	Mm/hg	/menit	/menit			
--	-------	--------	--------	--	--	--

5) Inspeksi

(1) Statis

Bahu terlihat merah/seperti memar

(2) Dinamis

Saat bahu digerakan kearah abduksi pasien terlihat menahan sakit

(2) Palpasi

Suhu normal

(3) Perkusi

Tidak dilakukan

(4) Auskultasi

Tidak dilakukan

(5) Gerakan dasar

a. Gerak aktif

Tabel 3.52 Gerak Aktif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri
Shoulder dextr	<u>Fleksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Ekstensi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Abduksi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Abduksi hoz</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Tidak Nyeri</u>
	<u>Adduksi hoz</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Tidak Nyeri</u>

b. Gerak Pasif

Tabel 3.53 Gerak Pasif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri	Enndfeel
	Felksi	Full	Tidak nyeri	Soft
	Ekstensi	Terbatas	Nyeri	Hard

Shoulder Dextra	Abduksi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi	Full	Tidak nyeri	Hard
	Abduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi horizontal	Terbatas	Nyeri	Hard

c. Gerak isometric

Tabel 3.54 Gerak Isometrik

Sendi	Gerakan	Nyeri	Bisa dilakukan	kontraksi
Shoulder dextra	Fleksi	-	Bisa	Max
	Ekstensi	+	Terbatas	Min
	Abduksi	+	Terbatas	Min
	Adduksi	-	Bisa	Max
	Abduksi horizontal	-	Bisa	Min
	Adduksi horizontal	-	Bisa	Min

(6) Kognitif, Intra Personal & Inter Personal

a. Kognitif :

Pasien mampu mengetahui orientasi waktu tempat dan ruang, memori pasien dalam keadaan baik.

b. Intra personal :

Pasien memiliki keinginan dengan motivasi yang besar untuk sembuh dari penyakitnya.

c. Inter personal :

Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif atau dapat diajak kerjasama terapis dengan baik.

(7) Kemampuan Fungsional & Lingkungan Aktifitas

a. Kemampuan fungsional dasar

Pasien mengalami kelemahan untuk menggerakkan lengan atas seperti abduksi.

b. Aktivitas fungsional

Pasien tidak mampu untuk mengambil barang atau benda berat yang lebih tinggi dari bahunya.

c. Lingkungan aktivitas

Pasien melakukan kegiatan belajar, bekerja seperti biasanya sendiri tanpa adanya bantuan dari orang lain maupun alat.

6) Pemeriksaan Spesifik

(1) Pemeriksaan Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

Tabel 3.55 Pemeriksaan VAS

NYERI	Vas
DIAM	2
TEKAN	2
GERAK	4

(2) Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.56 Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer

ROM				
T6	S 50 – 0 -145	F 150 – 0 – 35	T 30 – 0 – 100	

(3) Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.57 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T6
Pain score	56%
Disability score	56,3%
Total score	29,2%

(4) Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.58 Pemeriksaan Fungsional dengan BI

Kategori	Skor
Berpakaian	1
Kebersihan	1
Didapur	0
Ditempat kerja	1

Interpretasi skor :

- 0 : Tanpa kesulitan
- 1 : Dengan sedikit kesulitan
- 2 : Dengan kesulitan sedang
- 3 : Dengan banyak kesulitan
- 4 : Hampir tidak bisa melakukan
- 5 : Tidak bisa melakukan

(5) Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder

(6) Drop-arm test / Test Moseley

7) Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan

3.6.2 Diagnosa Fisioterapi

1) *Activity Function And Structure Impairment*

- (1) Adanya nyeri
- (2) Adanya keterbatasan LGS
- (3) Adanya nyeri gerak abduksi
- (4) Adanya edema

2) *Activity Limitation*

Pasien kesuliatan melakukan aktivitas seperti mengambil benda yang lebih tinggi dari pada lengan, menyapu, mengangkat benda berat, bermain bulutangkis. Karena, pasien merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya.

3) *Participation Restriction*

Mengalami hambatan dalam bekerja seperti mengambil benda di atas.

3.6.3 Planning

1. Tujuan

- a) Jangka Pendek
 - Mengurangi nyeri
 - Meningkatkan lingkup gerak sendi
- b) Jangka Panjang
 - Pasien mengambil benda yang tinggi dari pada bahunya tanpa merasakan nyeri.
 - Untuk mengoptimalkan kemampuan aktifitas fungsional pasien.

2. Rencana Tindakan Fisioterapi

a) Teknologi Fisioterapi

- Kompres es
- Stretching

b) Home Program

- Jika merasakan nyeri hendaknya kompres dengan air dingin
- Hindari posisi tangan berada pada belakang tubuh

- Hindari mengangkat tangan lebih tinggi dari pada bahu.
- Hindari mengangkat benda berat
- Hindari melakukan gerakan dengan pengulangan berkali-kali.

c) Rencana evaluasi

- Meredakan odema
- Menurunkan nyeri
- Meningkatkan fungsional

3.6.4 Prognosis

Quo ad vitam : bonam

Quo ad sanam : bonam

Quo ad functionam : bonam

Quo ad cosmeticam : bonam

3.6.5 Intervensi

Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut, intervensi fisioterapi yang terapis gunakan :

1. Penatakasanaan fisioterapi dengan straching Towel stretch

- a. Persiapan alat : kusi/ bad
- b. Persiapan pasien :

Posisikan pasien dengan senyamn mungkin,menjelaskan tujuan terapi serta rasa yang akan dirasakn,dan memeberi tahukan keluhan pasien selama terapi berlangsung

- c. Pelaksanaan terapi :

Menyediakan handuk kering, Lalu handuk di pegang sisi ujung ujungnya, dan Ditaruh di belakang punggung sembari peregang, Selama 5 menit 3 set

3.6.6 Evaluasi

1. Pengukuran nyeri menggunakan (vas)

Tabel 3.57 Pengukuran Nyeri Menggunakan VAS

Nyeri	T6
Diam	2
Tekan	2
Gerak	4

2. Pengukuran Range of Motion menggunakan goniometer

Tabel 3.58 Pengukuran dengan ROM dengan Goniometer

ROM				
T6	S 50 – 0 -145	F 150 – 0 – 35	T 30 – 0 – 100	

3. Pengukuran aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

Tabel 3.59 Pengukuran Menggunakan SPADI

	T6
Pain score	56%
Disability score	56,3%
Total score	29,2%

4. Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Bathel Index

Tabel 3.60 Pengukuran Fungsional BI

Kategori	T6
Berpakaian	1
Kebersihan	1
Didapur	0
Ditempat kerja	1

5. Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder (-)
6. Drop-arm test / Test Moseley (-)

3.6.7 Penjelasan

Setelah dilakukan terapi ke enam mendapatkan hasil :

7. Nilai VAS berubah lebih baik
8. Nilai spadi menurun menjadi lebih baik

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Setelah dilakukan terapi sebanyak enam kali pada pasien atas nama Tn. R 22 tahun dengan diagnose *Bursitis Sub Acromial* dengan menggunakan modalitas Kompres es dan Stretching (Pendulum stretch, Towel stretch, dan Cross body arm stretch) didapatkan hasil :

4.1.1 Nilai Pengukuran Nyeri Dengan Menggunakan VAS

Tabel 4. 1 Hasil dan Evaluasi Pengukuran Nyeri

Nyeri	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Diam	4	4	4	3	3	2
Tekan	5	4	4	3	3	2
Gerak	6	6	5	5	5	4

Penilaian perkembangan pengukuran nyeri pada pasien dengan *Visual Analog Scale* dari evaluasi awal (T1) sampai evaluasi akhir (T6) diperoleh hasil evaluasi pengukuran nyeri , Nyeri Diam (T1 : 4), (T2 : 4),(T3 : 4),(T4 : 3),(T5 : 3),(T6 : 2). Nyeri Tekan (T1 : 5),(T2 : 4),(T3 : 4),(T4 : 3),(T5 : 3),(T6: 2). Nyeri Gerak (T1 : 6),(T2 : 6),(T3 : 5),(T4 : 5),(T5 : 5),(T6 : 4). Sehingga hasil yang di dapatkan pada nyeri diam dari T1 : 4 sampai T6 :2 selisihnya adalah 2cm, hasil yang di dapatkan pada nyeri tekan dari T1 : 5 sampai T6 : 2 selisihnya adalah 3cm, dan hasil yang didapatkan pada nyeri gerak dari T1 : 6 sampai T6: 4 maka selisihnya adalah 2cm.

4.1.2 Nilai Range Of Motion meningkat dibuktikan dengan pemeriksaan evaluasi menggunakan goniometer

Tabel 4. 2 Hasil Akhir nilai Range of Motion

ROM			
T1	S 50° – 0° -80°	F 75 – 0 – 15	T 25 – 0 – 45
T2	S 50 – 0° -100°	F 85 – 0 – 20	T 25 – 0 – 45
T3	S 50 – 0 -120	F 105 – 0 – 20	T 25 – 0 – 45
T4	S 50 – 0 -125	F 140 – 0 – 25	T 30 – 0 – 75
T5	S 50 – 0 -145	F 150 – 0 – 35	T 30 – 0 – 100
T6	S 50 – 0 -145	F 150 – 0 – 35	T 30 – 0 – 100

Dari hasil yang tertera pada tabel diatas, dapat diketahui Range of Motion pada terapi yang telah dilakukan selama 6 kali :

- 1) Dari T1 : S (50° – 0° -80°) mengalami peningkatan menjadi T6: S (50° – 0° -145°)
- 2) Dari T1: F (75°-0°-15°) mengalami peningkatan menjadi T6: F (150°-0°-35°)
- 3) Dari T1: T (25°-0°-45°) mengalami peningkatan menjadi T6: T (30°-0°-100°)
- 4) Dari T1: R (35°-0°-70°) mengalami peningkatan menjadi T6: R (75°-0°-80°)

4.1.3 Nilai fungsional menggunakan SPADI

Tabel 4. 3 Hasil Akhir **Aftifitas** Fungsional Menggunakan SPADI

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
<i>Pain score</i>	80%	74%	66%	62%	56%	56%
<i>Disability score</i>	76,3%	72,5%	66,3%	63,9%	56,3%	56,3%
Total score	77,6%	73%	66,2%	62,3%	29,2%	29,2%

Dari hasil yang tertera pada tabel diatas, dapat diketahui pada terapi yang telah dilakukan selama 6 kali : Terjadi penurunan skor dari T1: 77,6 % menjadi T2

: 73 % menjadi T3 : 66,2% menjadi T4 : 62,3 % menjadi T5 : 29,3 % menjadi T6 : 29,2 %. Dengan perincian *pain score* yang awalnya 80% menjadi 56% terjadi penurunan 24%, untuk *disability score* yang awalnya 76,3% menjadi 56,3% terjadi penurunan 20% dan untuk total score yang awalnya 77,6% mendapatkan hasil 29,2%.

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan mengenai kasus *Bursitis Sub Acromial* terhadap pasien dengan keluhan nyeri pada anggota gerak sebelah kanan sehingga menimbulkan gangguan saat beraktivitas. Tujuan fisioterapi dalam kasus ini untuk, meningkatkan lingkup gerak sendi anggota gerak sebelah kanan sehingga pasien dapat melakukan aktivitas tanpa keterbatasan.

4.2.1 Manfaat Kompres es pada kasus *Bursitis Sub Acromil*

1) Penurunan Nyeri

Hasil terapi dengan menggunakan *Visual Analog Scale* Setelah 6 kali terapi terjadi pengurangan nyeri. Penilaian perkembangan dari evaluasi awal (T1) sampai evaluasi akhir (T6) diperoleh hasil evaluasi pengukuran nyeri . . *Nyeri Diam* (T1 : 4), (T2 : 4),(T3 : 4),(T4 : 3),(T5 : 3),(T6 : 2). *Nyeri Tekan* (T1 : 5), (T2: 4),(T3 : 4),(T4 : 3),(T5 : 3),(T6: 2). *Nyeri Gerak* (T1 : 6),(T2 : 6),(T3 : 5), (T4 : 5),(T5 : 5),(T6 : 4). Selisih nyeri diam yaitu 2 dan untuk nyeri tekan 4.

Hasil evaluasi kompres es terhadap *Bursitis Sub Acromial* menyimpulkan bahwa kompres es dapat mengurangi nyeri, menurut (North Shore,2014) karena ketika pembuluh darah yang terletak dekat permukaan kulit pecah, dan sejumlah darah bocor ke jaringan bawah kulit kompres es akan memblok area jaringan

tersebut agar tidak terjadi peradangan yang menyebabkan nyeri dan odema. Setelah dilakukan terapi 6 kali, ada pengaruh terhadap penurunan nyeri . Kompres es sangat efektif,aman dan mudah untuk menurunkan nyeri. Menurut Ibrahim dkk,(2012), jika terapi diteruskan secara terus menerus dan rutin akan menurunkan inflamasi dan peradangan.

2) Peningkatan Lingkup Gerak Sendi

Peningkatan lingkup gerak sendi dapat dilihat melalui pengukuran dengan goniometer. Perubahan lingkup gerak sendi dari evaluasi awal (T1) sampai evaluasi akhir (T6) dapat dilihat dari 6 kali terapi ada peningkatan lingkup gerak sendi pada bidang sagital di regio shoulder dari Dari T1 : S (50° – 0° -80°) mengalami peningkatan menjadi T6: S (50° – 0° -145°). Dibidang frontal dari T1: F (75°-0°-15°) mengalami peningkatan menjadi T6: F (150°-0°-35°). Dibidang transversal dari T1: T (25°-0°-45°) mengalami peningkatan menjadi T6: T (30°-0°-100°). Dan dibagian rotasi dari T1: R (35°-0°-70°) mengalami peningkatan menjadi T6: R (75°-0°-80°).

4.2.2 Manfaat Stretching pada kasus Bursitis Sub Acromial

Pemberian stretching dapat berpengaruh pada penambahan lingkup gerak sendi pada pasien Bursitis. Sehingga akan menambah kemampuan pasien pada gerak sendinya (Widodo 2013). Stretching juga dapat mengembalikan aktifitas sendi shoulder itu sendiri, karena membuat otot,sendi lebih fleksibel. Pemberian terapi baik secara aktif maupun pasif baik menggunakan alat maupun tidak menggunakan alat dapat memberikan efek pemulihan kekutan tendon, serta dapat

menambah kekuatan otot sehingga dapat mempertahankan stabilitas sendi dan menambah luas gerak sendi (Harsanti & Graha,2014).

Dan hasil yang di dapatkan untuk nilai fungsional bisa di lihat melalui pengukuran SPADI, dapat diketahui pada terapi yang telah dilakukan selama 6 kali : Terjadi penurunan skor dari T1: 77,6 % menjadi T2 : 73 % menjadi T3 : 66,2% menjadi T4 : 62,3 % menjadi T5 : 29,3 % menjadi T6 : 29,2 %. Dengan perincian *pain score* yang awalnya 80% menjadi 56% terjadi penurunan 24%, untuk *disability score* yang awalnya 76,3% menjadi 56,3% terjadi penurunan 20% dan untuk total score yang awalnya 77,6% mendapatkan hasil 29,2%.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang didapatkan setelah dilakukan terapi. Setelah melakukan terapi pada Tn. R,22 tahun dengan diagnosa *Bursitis Sub Acromialis* dengan intervensi kompres es dan stretching selama 6 kali terapi adalah hasil sebagai berikut:

5.1.1 Pemberian Kompres es dapat menurunkan nyeri, edema dan meningkatkan LGS yang diderita oleh pasien.

5.1.2 Pemberian *Stretching (Pendulum stretch, Towel stretch, dan Cross body arm stretch)*, meningkatkan Lingkup Gerak Sendi dan meningkatkan *aktiifitas fungsional* pada kasus *Bursitis Sub acromial*.

5.2 Saran

Berdasarkan Hasil yang ditentukan dari keterbatasan studi kasus, maka dapat menjadi saran adalah sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Akademis

Memberikan wawasan pengetahuan kepada peserta didik (mahasiswa) dalam hal penatalaksanaan fisioterapi pada kasus *Bursitis Sub Acromial* dengan menggunakan modalitas Kompres es dan Stretching.

5.2.2 Bagi Penulis

Berguna dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan mempelajari, mengidentifikasi masalah, mengaplikasikan intervensi dan mengambil satu

kesimpulan, menambah pemahaman penulis tentang penatalaksanaan fisioterapi pada kondisi *Bursitis Sub Acromialis* dengan serta mengetahui manfaat yang dihasilkan terapi latihan dalam menurunkan nyeri dan menambah LGS.

5.2.3 Bagi Profesi Fisioterapi

Sebagai bahan tambahan wawasan pengetahuan tentang penatalaksanaan fisioterapi pada kasus *Bursitis Sub Acromialis* dengan Menggunakan modalitas Kompres es dan Stretching.

5.2.4 Bagi Masyarakat

Hasil studi kasus ini diharapkan memberikan informasi kepada masyarakat tentang kasus *Bursitis Sub Acromial* sebagai sarana untuk kewaspadaan terjadi dalam diri dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Bickley, (2012). *Fundamental of the Physical Therapy Examination: Patient Interview and Test*. Indiana: Jones and BartletPublisher.
- Cael Christy,(2012).*Functional anatomy :musculoskeletal anatomy, kinesiology,and palpation for manual therapists*. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
- Damayanti, Denidya.(2013).Buku Pintar Perawat Profesional Teori dan Praktik Asuhan Keperawatan.Yogyakarta:Mantra Books
- Flynn, T.W., Clealand, J., & Whitman.(2011). *User's Guide to the Musculoskeletal examination fundamental for the evidance-based clinical. Blucker,Kentucky: Evidance in motion*.
- Harsanti, S., & Graha, A. S. (2014). *Pembebanan Dalam Meningkatkan Range Of Movement Pasca Cedera Ringan. XIII* Diakses pada tanggal 2 Februari 2021.
- Helmi Noor, Zairin.(2012). Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal; Jakarta: Salemba medika.
- <https://theprovince.com/other/white-matter-of-the-brain>. Adam Health. Di publikasikan pada February 10, 2020. Diakses pada tanggal 4 februari 2021.
- Irfan, M., Wismanto, & Meidian, A. C. (2013). Modul Praktikum. Diambil kembali dari Pemeriksaan Lingkup Gerak Sendi: HYPERLINK "http://UEU-Course-940-7.com" <http://UEU-Course-940-7.com>
- Irnaningtyas, Istiadi Y. (2016).Biologi untuk SMA/MA Kelas XI Kurikulum (2013) yang Disempurnakan Edisi Revisi. Erlangga: Jakarta.
- K,Stephen, (2015). *Shoulder Joint Anatomy*. 2015. <http://emedicine.medscape.com/article/1899211-overview#showall> Diunduh tanggal 17 Mei 2016.
- Kisner and Colby, (2012) *Anatomi Sub acromial (sub deltoid)*, Inggris.
- Kuntono, H. P. (2016) ; Aspek Fisioterapi Syndroma nyeri Bahu; disampaikan dalam Kupas Tuntas Bursitis, Surabaya.

- Mardiman, S, (2015) ; Nyeri Bahu, disampaikan pada TITAFI VII, Surabaya
- Murtagh,(2013). *General Practice* 5th ed. Australia: McGraw-Hill Education.
- Ningsih, Lukman Nurna,(2012), Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan System Muskulokeleta, Salemba Medika, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidji, (2015),Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi, Rineka Cipta, Jakarta.
- Permenkes. (2015). Undang – Undang Nomor 65 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Fisioterapi. Lembaran RI Tahun 2015 No.65. Jakarta: Sekretariat Negara
- Potter & Perry,(2011). *Fundemental of Nursing*. Ausatralia : Mobsy Elsevier.
- Remoendz,(2018). Macam-macam Terapi Latihan Fisioterapi, Mobilisasi ,DII di akses pada tanggal 20 maret 2018 di UNY Yogyakarta.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas),(2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas),(2018). Badan Penelitan dan pengembangan kesehatan Kementrian RI tahun 2018. <https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/lpb/article/view/3752>. diakses pada tanggal 3 Februari 2021
- Roach, (2015) ; *Shoulder Pain and Disability (SPADI)*; di akses tanggal 23/4/2019
- Rochman, Fatchur, (2013); Sindroma Nyeri Bahu Intrinsik dalam Makalah TITAFI VII tentang Nyeri Bahu, Surabaya.
- Sadeek, S,M., Al Dawoudy, A.M., Ibrahim, M.Y. (2013). *Subacromial impigement syndrome* . 2(40) : 39.
- Sahrman, Azevedo, & Dillen.(2017). Dalam Hayes, & W. Karen, Agens Modalitas untuk Praktik Fisioterapi (hal. Edisi ke enam). Jakarta: EGC
- Saputra,(2015). Kedokteran Klinik Tangerang : Binapura Aksara Publisher.
- Sherwood, L. (2012). Fisiologi Manusia dari sel ke sistem. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Soebandi, A. T., & Jember, H. (2017). *NurseLine Journal*. 2(2).

Triono. (2016). *Bursitis Sub Acromialis* |Volume 4 nomor | Januari 2016,12-16.

Waldman, S. D. (2019). *Subdeltoid Bursitis. Atlas of Common Pain Syndrome*. Elsevier, 2019, 105-108.

Wibowo, DS. (2015) ; *Anatomi Tubuh Manusia*; Wisland house I, Singapore.

Zhu, C., Chen, L., Ou, L., Geng, Q., Jiang,. *Ayan*, 8(2), (2019).
<https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2004.3.66178>

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) DENGAN
MENGUNAKAN KOMPRES ES**

No	Aspek Persiapan
1	Persiapan alat dan bahan <ol style="list-style-type: none">1. Baskom2. Handuk3. Es batu
2	Persiapan pasien <ol style="list-style-type: none">1. Menginformasikan ke pasien tindakan yang akan dilakukan terapis sebelum dilakukan terapi2. Memberikan tujuan tindakan yang akan dilakukan terapis3. Menyiapkan pasien dalam keadaan nyaman saat berbaring atau tidur terlentang4. Area yang diterapi bebas dari pakaian
3	Persiapan terapis <ol style="list-style-type: none">1. Posisi terapis ergonomis2. Posisi duduk di sebelah pasien, terapis tidak boleh berada di atas kepala pasien
4	Penatalaksanaan <ol style="list-style-type: none">1. Es batu yang sudah dipotong kecil ditaruh dalam handuk2. lalu kompreskan pada bagian wrist tunggu 10-15 detik3. lakukan sampai 3-5 kali

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) DENGAN STRETCHING
PENDULUM STRETCH**

No	Aspek Persiapan
1	Persiapan alat dan bahan <ol style="list-style-type: none">1. kursi atau meja
2	Persiapan pasien <ol style="list-style-type: none">1. Menginformasikan ke pasien tindakan yang akan dilakukan terapis sebelum dilakukan terapi2. Memberikan tujuan tindakan yang akan dilakukan terapis3. Menyiapkan pasien dalam keadaan nyaman saat duduk/berdiri4. Area yang diterapi bebas dari pakaian
3	Persiapan terapis <ol style="list-style-type: none">1. Posisi terapis ergonomis2. Posisi duduk/berdiri di sebelah pasien,
4	Penatalaksanaan <ol style="list-style-type: none">1. Berdiri disamping kursi/meja2. Satu tangan pasien berpegangan pada meja/kursi.3. Posisi seperti ruku, 90 derajat.4. Mengayun ayunan tangan yang satunya5. Selama menit selama 2 set

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) DENGAN STRETCHING
TOWEL STRETH**

No	Aspek Persiapan
1	Persiapan alat dan bahan <ol style="list-style-type: none">1. Handuk kering
2	Persiapan pasien <ol style="list-style-type: none">1) Menginformasikan ke pasien tindakan yang akan dilakukan terapis sebelum dilakukan terapi2) Memberikan tujuan tindakan yang akan dilakukan terapis3) Menyiapkan pasien dalam keadaan nyaman saat duduk/berdiri
3	Persiapan terapis <ol style="list-style-type: none">1. Posisi terapis ergonomis2. Posisi duduk/berdiri di sebelah pasien,
4	Penatalaksanaan <ol style="list-style-type: none">1. Posisi berdiri2. Handuk kering di pegang sisi- sisi ujungnya3. Taruk dibelakang punggung sembari peregangan4. Lakukan selama 5 menit 3 set

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) DENGAN STRETCHING
CROSS BODY ARM STRETCH**

No	Aspek Persiapan
1	Persiapan alat dan bahan 1. Kursi
2	Persiapan pasien 1) Menginformasikan ke pasien tindakan yang akan dilakukan terapis sebelum dilakukan terapi 2) Memberikan tujuan tindakan yang akan dilakukan terapis 3) Menyiapkan pasien dalam keadaan nyaman saat duduk/berdiri
3	Persiapan terapis 1) Posisi terapis ergonomis 2) Posisi duduk/berdiri di sebelah pasien,
4	Penatalaksanaan 1. Posisi duduk 2. Tangan ke arah abduksi dengan tangan satunya berpegangan pada belakang siku. 3. Lakukan selama 5 menit 3 set

FORMULIR INFORMED CONSENT

Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus Bursitis Sub Acromial Dengan Metode Kompres Es dan Stretching

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. R

Usia : 22 Tahun

Alamat : Lamongan

Dengan ini menyatakan bahwa,

1. Saya telah menerima informasi yang jelas dan dapat dimengerti mengenai praktik klinik fisioterapi komprehensif yang diadakan oleh Program Studi D3 Fisioterapi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan
2. Saya menyatakan bersedia untuk ikut serta dalam kegiatan tersebut sebagai responden untuk peserta praktik dengan :
nama : Dita Andansari
NIM : 1802040053

dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun dengan ketentuan:

- a. Data yang diperoleh akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya dipergunakan untuk kepentingan ilmiah.
- b. Saya boleh memutuskan untuk keluar atau tidak berpartisipasi lagi dalam penelitian tanpa harus menyampaikan alasan apapun.

Lamongan, 18 febuari 2021

Saksi

Pembuat Pernyataan

() ()

**LAPORAN STATUS KLINIK
PROGRAM STUDI D3 FISIOTERAPI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN**

NAMA MAHASISWA : Dita Andansari

NIM : 18.02.04.0053

:

Tanggal pembuatan laporan : 08 februari 2021

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

I. KETERANGAN UMUM PENDERITA

Nama : Tn. R
Umur : 22 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pekerjaan : Barista
Alamat : Made, lamongan
No. RM : -
Tempat perawatan : Rumah pasien
Diagnosa Medis : Bursitis sub acromial
Medika mentosa :

II. SEGI FISIOTERAPI

Tanggal : 08 februari 2021

A. ANAMNESIS (AUTO/HETERO*)

1. KELUHAN UTAMA

Nyeri pada bahu sebelah kanan,dan digerakan kearah abduksi (samping) meraskan kesakitan.

2. KELUHAN PENYERTA

Tidak ada keluhan penyerta.

3. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Dua minggu yang lalu pasien merasakan nyeri dibagian bahunya pada saat bermain bulutangkis,awalnya nyeri tidak terlalu tapi lama kelamaan pasien merasakan nyerinya bertambah.

4. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Tidak memiliki riwayat panyakit dahulu.

5. RIWAYAT PENYAKIT PENYERTA

Tidak memiliki riwayat panyakit penyerta.

6. RIWAYAT KELUARGA

Keluarga tidak pernah ada yang mengalami keluhan penyakit yang serupa.

7. RIWAYAT PRIBADI DAN STATUS SOSIAL

Pasien adalah seorang mahasiswa,tinggal bersama keluarganya,bekerja menjadi barista disalah satu caffe,dan memiliki hobi bermain bulutangkis.

8. ANAMNESIS SISTEM

a. Kepala dan leher

Apakah ada keluhan pada kepala dan leher?

Tidak ada keluhan pada kepala dan leher.

b. Kardiovaskuler

Apakah ada pada jantung?

Tidak ada keluhan pada jantung

c. Respirasi

Apakah tuan mengalami atau merasakan sesak nafas?

d. Gastrointestinalis

Apakah makannya teratur?

Makan sangat teratur

e. Urogenitalis

Apakah ada gangguan BAB/BAK?

Tidak ada gangguan

f. Muskuloskeletal

Apakah bahu terasa nyeri saat diangkat keatas?

Iya nyeri saat diangkat

g. Nervorum

Apakah terjadi kesemutan?

Tidak ada

B. PEMERIKSAAN

1. PEMERIKSAAN FISIK

a. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran : kompos metis

2) Tekanan darah :120/80 mm/hg

3) Denyut nadi : 80x/menit

4) Pernapasan :24x/menit

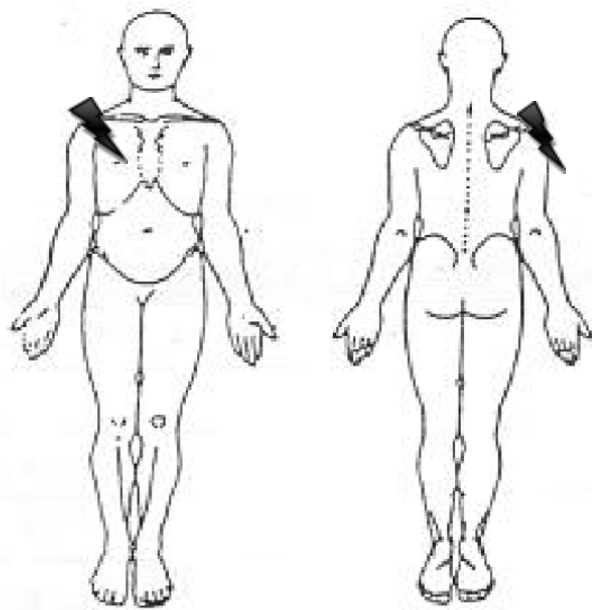
5) Temperatur :36,5 C

6) Tinggi badan :188 cm

7) Berat badan :72 kg






8) Kooperatif : baik

b. Observasi



(Tandai bagian tubuh yang bermasalah)

KETERANGAN

-  = Nyeri
-  = Hypertone
-  = Hypotone
-  = Kelemahan
-  = Spastik

c. Inspeksi

1) Statis

Bahu terlihat merah/seperti memar

2) Dinamis

Saat bahu digerakan kearah abduksi pasien terlihat menahan sakit

d. Palpasi

Suhu sedikit panas

e. Perkusi

Tidak dilakukan

f. Auskultasi

Tidak dilakukan

g. Gerakan dasar

1) Gerak aktif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri
	<u>Fleksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>

<u>Shoulder</u>	<u>Ekstensi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Abduksi</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi</u>	<u>Full</u>	<u>Tidak nyeri</u>
	<u>Abduksi hoz</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>
	<u>Adduksi hoz</u>	<u>Terbatas</u>	<u>Nyeri</u>

2) Gerak pasif

Sendi	Gerakan	Rom	Nyeri	Enndfeel
Shoulder	Felksi	Full	Tidak nyeri	soft
	Ekstensi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Abduksi	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi	Full	Tidak nyeri	Hard
	Abduksi hoz	Terbatas	Nyeri	Hard
	Adduksi hoz	Terbatas	Nyeri	Hard

3) Gerak melawan tahanan

2. KOGNITIF, INTRA PERSONAL & INTER PERSONAL

a. Kognitif :

Pasien mampu mengetahui orientasi waktu tempat dan ruang, memori pasien dalam keadaan baik.

b. Intra personal :

Pasien memiliki keinginan dengan motivasi yang besar untuk sembuh dari penyakitnya.

c. Inter personal :

Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif atau dapat diajak kerjasama terapis dengan baik.

3. KEMAMPUAN FUNGSIONAL & LINGKUNGAN AKTIFITAS

a. Kemampuan fungsional dasar

Pasien mengalami kelemahan untuk menggerakkan lengan atas seperti abduksi.

b. Aktivitas fungsional

Pasien tidak mampu untuk mengambil barang atau benda berat yang lebih tinggi dari bahunya.

c. Lingkungan aktivitas

Pasien melakukan kegiatan pergi ke tempat latihan bulutangkis.

4. PEMERIKSAAN SPESIFIK

Pemeriksaan Nyeri Visual Analog Scale (VAS) cm

NYERI	vas
DIAM	4
TEKAN	5
GERAK	6

Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Durous Hand

Index

<u>Kategori</u>	<u>Skor</u>
Berpakaian	2
Kebersihan	2
Didapur	1
Ditempat kerja	2

Lain- lain	2
------------	---

Interpretasi skor :

0 : Tanpa kesulitan

1 : Dengan sedikit kesulitan

2 : Dengan kesulitan sedang

3 : Dengan banyak kesulitan

4 : Hampir tidak bisa melakukan

5 : Tidak bisa melakukan

Apprehension test untuk dislokasi posterior shoulder (+)

Drop-arm test / Test Moseley(+)

5. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tidak dilakukan.

C. DIAGNOSA FISIOTERAPI

1. Problematika Fisioterapi

a. *Activity Function And Structure Impairment*

- Andanya nyeri
- Adanya keterbatasan LGS
- Adanya nyeri gerak abduksi

b. *Activity Limitation*

Pasien kesulitan melakukan aktivitas seperti mengambil benda yang lebih tinggi dari pada lengan, menyapu, mengangkat benda berat, bermain bulutangkis Karena, pasien merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya

c. *Participation Restriction*

- Mengalami hambatan dalam bekerja seperti mengambil benda di atas.

2. Diagnosa Fisioterapi Berdasarkan ICF (narasi)

Pasien mengalami adanya keterbatasan gerak dan nyeri pada hand dextra sehingga mengalami keterbatasan aktifitas fungsional seperti,

menangkat tangan arah abduksi yang disebabkan oleh penyakit bursitis sub acromial.

D. PROGRAM/RENCANA FISIOTERAPI

1. TUJUAN

a. Jangka Pendek

- Mengurangi nyeri
- Meningkatkan lingkup gerak sendi
- Menurunkan odema

b. Jangka Panjang

- Pasien mengambil benda yang tinggi dari pada bahunya tanpa merasakan nyeri.
- Untuk mengoptimalkan kemampuan aktifitas fungsional pasien.

2. RENCANA TINDAKAN FISIOTERAPI

a. Teknologi Fisioterapi

- Kompres es
- Manual terapi : (straching,)

b. Edukasi/ Home Program

- Jika merasakan nyeri hendaknya kompres dengan air dingin.
- Hindri posisi tangan berada dibelakang tubuh.
- Hindari mengangkat tangan lebih tinggi dari pada bahu.
- Hindari mengangkat benda berat.
- Hindari melakukan gerakan dengan pengulangan berkali-kali.

3. RENCANA EVALUASI

- Meredakan nyeri
- Meningkatkan fungsionalnya
- Menurnunkan odema

E. PROGNOSIS

Quo ad vitam : Baik

Quo ad sanam :Baik

Quo ad functionam :Baik

Quo ad cosmeticam :Baik

F. PELAKSANAAN FISIOTERAPI

1. Penatalaksanaan fisioterapi dengan komperes es

1. Persiapan alat : siapkan 1 buah baskom atau wadah,handuk kering, dan es batu,alcohol dan kapas.
2. Persiapan pasien : posisikan pasien dengan nyaman mungkin,menjelaskan tujuan terapi serta rasa yang akan dirasakn,dan memeberi tahukan keluhan pasien selama terapi berlangsung.
3. Pelaksanaan terapi :
 - Menyiapkan baskom atau wadah yang sudah berisi dengan esbatu dan handuk kering.
 - Membersihkan area yang akan diterapi dengan kapas yang sudah dikasi alcohol.
 - Menempelkan kompers es/dingin ke area yang diterapi.
 - Mengompers dengan handuk selama 10-15 menit.

2. Penatalkasanaan fisioterapi dengan straching (pendulum stretch)

1. Persiapan alat : kusi/ bad
2. Persiapan pasien : posisikan pasien dengan nyaman mungkin,menjelaskan tujuan terapi serta rasa yang akan dirasakn,dan memeberi tahukan keluhan pasien selama terapi berlangsung
3. Pelaksanaan terapi :
 - Menyediakan kursi / bad untuk pegangan
 - Meginstruksikan ke pasien cara yang dilakukan dengan berdiri disamping kursi/bad.
 - Lalu pasien tangan satu berpegangan pada kursi/bad
 - Posisi pasien seperti rukuk.
 - Lalu mengayun ayunkan lengannya

- Selama 5 menit selama 3 set.
4. Towel stretch
 - Menyediakan handuk kering
 - Lalu handuk di pegang sisi ujung ujungnya
 - Ditaruh di belakang punggung sembari peregang
 - Selama 5 menit 3 set
 5. Cross body arm stretch
 - Menyediakan kursi
 - Duduk dengan posisi ergonomis
 - Tangan kearah adduksi dengan di pegang tangan satunya
 - Selama 5 menit 3 set.

G. EVALUASI

Evaluasi nyeri menggunakan (vas) dalam satuan cm

Nyeri	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Diam	4	4	4	3	3	2
Tekan	5	4	4	3	3	2
Gerak	6	6	5	5	5	4

Evaluasi Range of Motion menggunakan goniometer

ROM				
T1	S 50 – 0 -80	F 75 – 0 – 15	-	
T2	S 50 – 0 -100	F 85 – 0 – 20	-	
T3	S 50 – 0 -120	F 105 – 0 – 20	T 25 – 0 – 45	
T4	S 50 – 0 -125	F 140 – 0 – 25	T 30 – 0 – 75	

T5	S 50 – 0 -145	F 150 – 0 - 35	T 30 – 0 - 100	
T6	S50 – 0 - 145	F 150 – 0 - 35	T 30 – 0 -100	

Evaluasi aktifitas fungsional dengan menggunakan SPADI

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Pain score	80%	74%	66%	62%	56%	56%
Disability score	76,3%	72,5%	66,3%	63,9%	56,3%	56,3%
Total score	77,6%	73%	66,2%	62,3%	29,2%	29,2%

Pemeriksaan kemampuan aktifitas fungsional dengan Durous Hand Index

Kategori	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Berpakaian	2	2	2	1	1	1
Kebersihan	2	2	1	1	1	1
Didapur	1	1	0	0	0	0
Ditempat kerja	2	2	2	1	1	1
Lain lain	2	2	2	1	1	1

H. HASIL EVALUASI TERAKHIR

Pasien yang bernama Tn. R yang berusia 22 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama islam, sebagai mahasiswa dan barista, yang beralamat di made lamongan didiagnosa Bursitis Sub acromial. Pasien diterapi dengan kompres dingin, manual terapi straching. Yang diterapi mulai dari tanggal 25 febuari 2021 sampai tanggal 04 maret 2021 serta diedukasi

didapatkan hasil.

1. Adanya penurunan nyeri yang dialami.

2. Adanya adanya peningkatan fungsional.

I. CATATAN PEMBIMBING KLINIK

Mengetahui,

Pembimbing

Handwritten signature of the supervisor, appearing to be 'H. K. W.'.