

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Destia Windu Suseno

Tempat Tanggal Lahir : Serang, 08 Desember 1986

Agama : Islam

Alamat : Komp. Grya Gemilang Sakti II Blok A2 No.4
Ciracas Serang Banten 42116 Telp.(0254)208696

Pendidikan : 1992-1993 TK. PGRI Serang
1993-1999 SDN Serang IV
1999-2002 SLTPN VII Serang
2002-2005 SMUN I Cipocok Jaya Serang
2005-2010 Universitas Indonusa Esa Unggul,
D-IV Fisioterapi.

Demikian daftar riwayat hidup ini saya buat dengan sesungguhnya.

Jakarta, Februari 2010

Hormat saya,

(Destia Windu Suseno)

FORM PEMERIKSAAN FISIOTERAPI

History Taking

Nama : _____
Tanggal Pemeriksaan : [] [] [] [] [] []
Tanggal Lahir : [] [] [] [] [] []
Umur : _____ Tahun
Jenis Kelamin : [] L [] P
Berat Badan: _____ kg Tinggi Badan : _____ cm
Agama: _____
Hobi: _____
Alamat: _____
Pendidikan Terakhir: _____
Diagnosa Medis: _____

Jenis Pekerjaan:

[] Pegawai Swasta [] Pegawai Negri
[] Wira Usaha [] Ibu Rumah Tangga
[] Pensiunan [] Pelajar
[] Pengangguran [] Pekerjaan : _____

Keluhan Utama:

Apa yang anda rasakan saat ini, sehingga membuat anda datang ke klinik pelayanan Fisioterapi ?

Riwayat penyakit Sekarang:

Berilah tanda (√) yang sesuai dengan keadaan anda saat ini !
Apakah anda sering mengalami nyeri pada bahu ?
___ Ya ___ Tidak
Sudah berapa lama anda merasakan nyeri saat ini ?
___ Satu Seminggu
___ Satu Bulan
___ Kurang lebih Enam Bulan
___ Satu tahun
Yang lain.....
Pada saat gerakan apa rasa nyeri itu timbul?
___ Beraktivitas
___ Mengangkat lengan ke atas
___ Membawa barang
Gerakan lain
Seberapa sering anda merasakan nyeri bahu?
___ Kadang nyeri kadang tidak
___ Nyeri terus menerus
Bagaimana jenis nyeri yang anda rasakan ?
___ Pegal
___ kesemutan
___ Ngilu
___ Tajam
Jenis lainnya.....
Pada saat apa nyeri terasa hilang/ berkurang ?
___ Beraktifitas
___ Istirahat
lain-lain.....
Apakah selain nyeri bahu anda memiliki penyakit lain ?
___ Ya, sebutkan.....
___ Tidak
Pengobatan apa saja yang telah anda lakukan ?
___ Minum obat penghilang nyeri
___ Dibiarkan/ tidak diobati
___ Fisioterapi
Lain-lain.....
Apakah anda pernah mengalami nyeri bahu sebelumnya?
___ Ya
___ Tidak

Apa yang anda lakukan untuk mengurangi nyerinya?

.....
.....

Berapa lama anda melakukannya (No.11)?

.....

Apakah setelah anda lakukan (No.11) anda merasa lebih baik?

Ya

Tidak

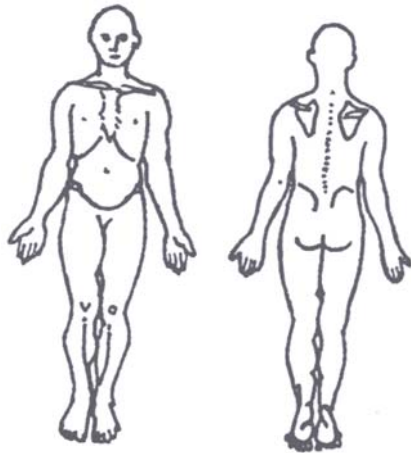
Aktivitas apa yang tidak dapat anda lakukan saat ini, yang sebelumnya anda dapat lakukan?.....

.....

Aktivitas apa yang paling sering anda lakukan sehari-hari?.....

.....

Tandai gambar dibawah ini sesuai dengan lokasi Nyeri yang anda rasakan saat ini !



Aktivitas apa yang memunculkan rasa nyeri / sakit tersebut?

.....

Riwayat penyakit dahulu:

Berilah tanda (\checkmark) bila anda pernah mengalami salah satu dari penyakit di bawah ini !

Arteritis

Stroke

Kanker

Penyakit Jantung

Tumor

Hipertensi

Diabetes

Osteoporosis

Penyakit lain.....

Riwayat Penyakit Keluarga :

Berilah tanda (\checkmark) jika salah satu dari keluarga anda (Kakek / Nenek, Ayah / Ibu, Adik / Kakak) mengalami penyakit dibawah ini !

Penyakit Jantung

Hipertensi

Kanker

Tumor

Stroke

Penyakit lain.....

Keterangan (Siapa? dan pada usia berapa?.....

.....

.....

Pemeriksaan (Di isi/ di lakukan oleh Fisioterapis)

Pemeriksaan Umum

HR :

RR :

BP :

Suhu :

Pemeriksaan Kusur

Inspeksi :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pemeriksaan Fungsi Gerak Dasar (PFGD)

Aktif

Fleksi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Ekstensi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Abduksi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Adduksi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Internal rotasi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Eksternal rotasi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Pasif

Fleksi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Ekstensi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Abduksi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Adduksi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Internal rotasi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Eksternal rotasi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Isometric

- Fleksi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)
- Ekstensi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)
- Adduksi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)
- Internal rotasi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)
- Eksternal rotasi : Nyeri (+/-), Gerak terbatas (+/-)

Quick Test

Abduksi-elevasi: Nyeri (+/-)

Tes khusus

Joint play movement (JPM):

.....

.....

.....

Pembimbing klinik

(.....)

Pemeriksaan Penunjang

X-Ray :.....

.....

.....

.....

Intervensi yang diberikan :

- MWD dan Overhead Pulley Exercise*
- MWD dan Codmann Pendular Exercise*

Jakarta,.....2010
 Yang membuat pernyataan
 sample penelitian

(.....)

EVALUASI NILAI VAS

Mohon di isi seberapa besar rasa nyeri yang anda rasakan saat ini, dimana pada sisi yang paling kiri untuk rasa nyeri yang tidak terasa sama sekali dan tengah-tengah untuk rasa nyeri yang sedang dan sisi yang paling kanan untuk nyeri yang tidak tertahankan (nyeri hebat).

1. Intervensi I Tanggal:

Gerak Abduksi

Sebelum terapi



Skor :

Sesudah terapi



Skor :

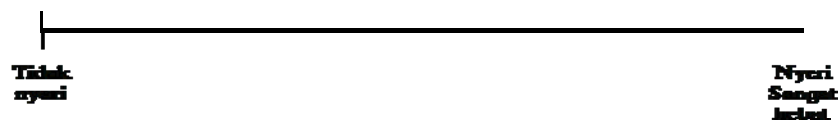
Gerak Internal rotasi

Sebelum terapi



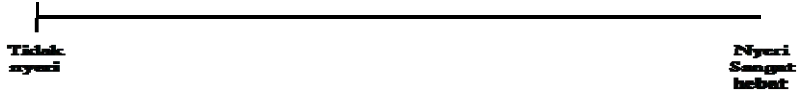
Skor :

Sesudah terapi



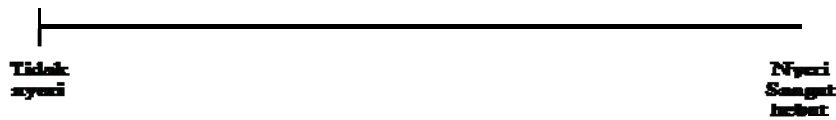
Skor :

Gerak Eksternal rotasi
Sebelum terapi



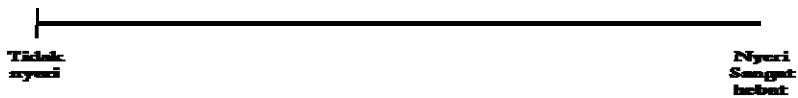
Skor :

Sesudah terapi



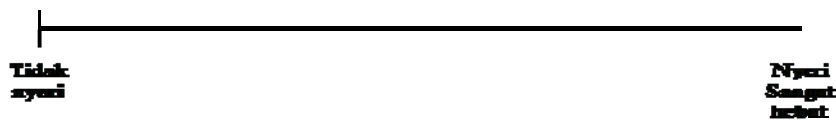
Skor :

2. **Intervensi II Tanggal:**
Gerak Abduksi
Sebelum terapi



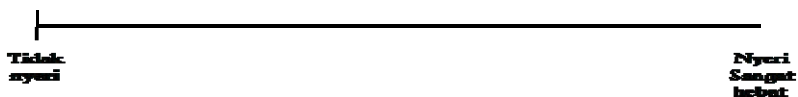
Skor :

Sesudah terapi



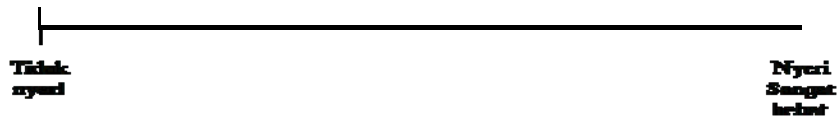
Skor :

Gerak Internal rotasi
Sebelum terapi



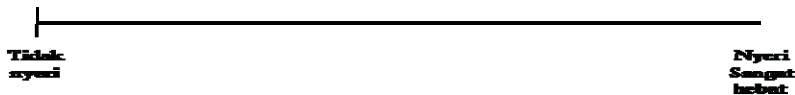
Skor :

Sesudah terapi



Skor :

Gerak Eksternal rotasi
Sebelum terapi



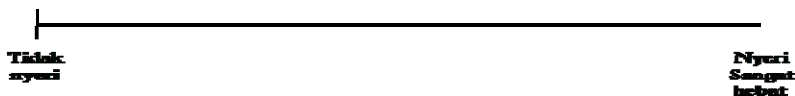
Skor :

Sesudah terapi



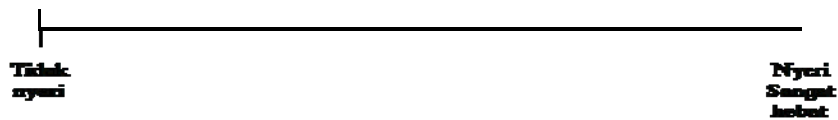
Skor :

3. Intervensi III Tanggal:
Gerak Abduksi
Sebelum terapi



Skor :

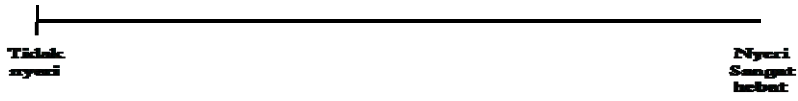
Sesudah terapi



Skor :

Gerak Internal rotasi

Sebelum terapi



Skor :

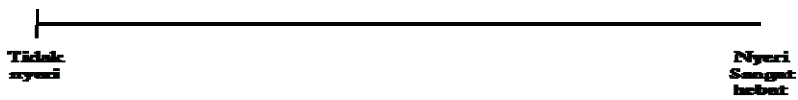
Sesudah terapi



Skor :

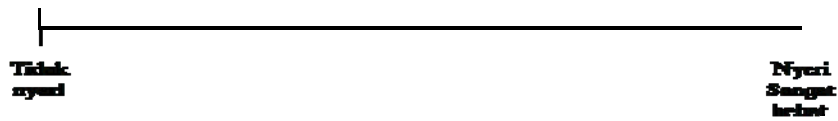
Gerak Eksternal rotasi

Sebelum terapi



Skor :

Sesudah terapi

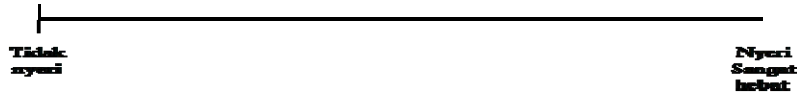


Skor :

4. Intervensi IV Tanggal:

Gerak Abduksi

Sebelum terapi



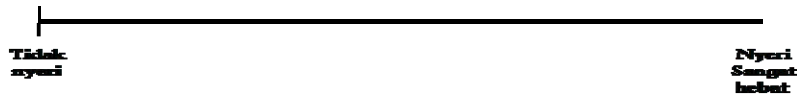
Skor :

Sesudah terapi



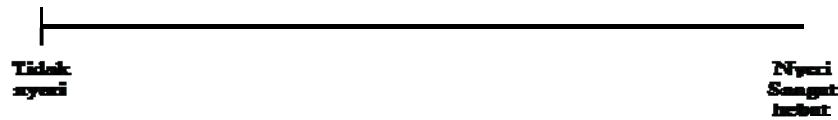
Skor :

Gerak Internal rotasi
Sebelum terapi



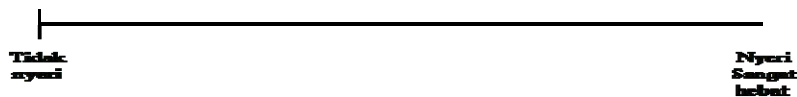
Skor :

Sesudah terapi



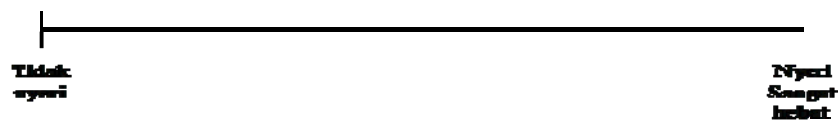
Skor :

Gerak Eksternal rotasi
Sebelum terapi



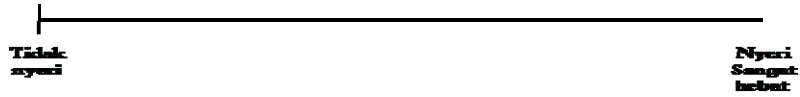
Skor :

Sesudah terapi



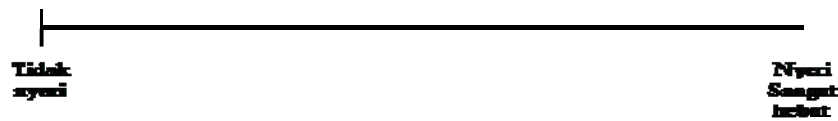
Skor :

5. **Intervensi V Tanggal:**
Gerak Abduksi
Sebelum terapi



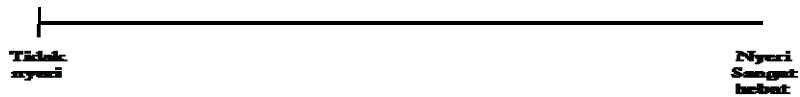
Skor :

Sesudah terapi



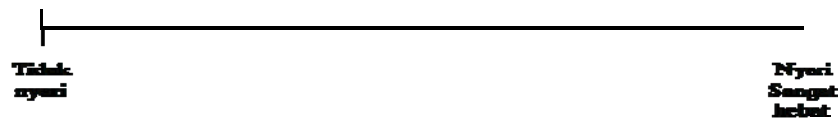
Skor :

Gerak Internal rotasi
Sebelum terapi



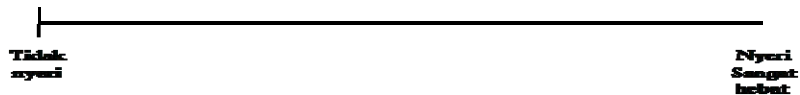
Skor :

Sesudah terapi



Skor :

Gerak Eksternal rotasi
Sebelum terapi



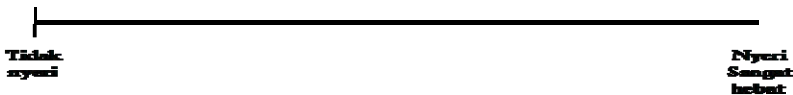
Skor :

Sesudah terapi



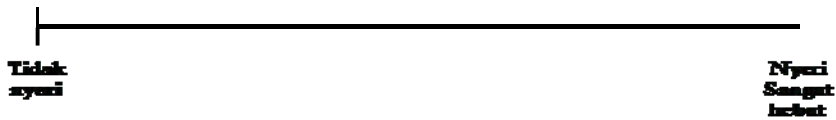
Skor :

6. Intervensi VI Tanggal:
Gerak Abduksi
Sebelum terapi



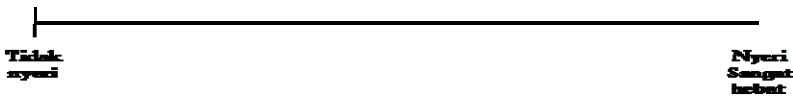
Skor :

Sesudah terapi



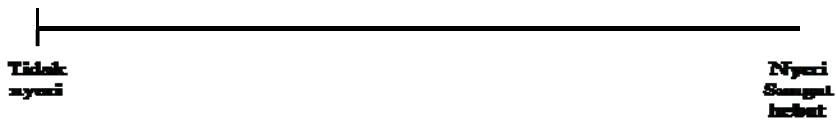
Skor :

Gerak Internal rotasi
Sebelum terapi



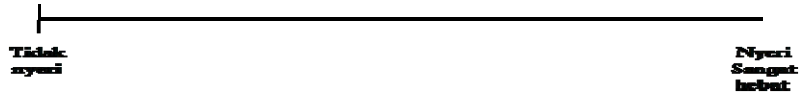
Skor :

Sesudah terapi



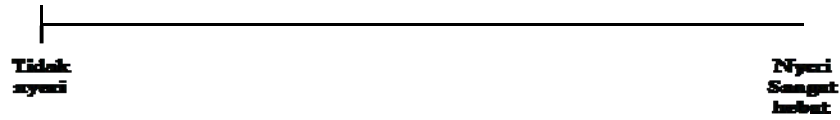
Skor :

Gerak Eksternal rotasi
Sebelum terapi



Skor :

Sesudah terapi



Skor :

SURAT PERSETUJUAN MENJADI SAMPLE PENELITIAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Telepon :

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah diberikan penjelasan oleh peneliti tentang tujuan dan tindakan yang saya dapatkan selama proses penelitian ini. Oleh karena itu saya menyatakan bersedia dan setuju untuk menjadi sample penelitian dan mengikuti proses penelitian sebanyak 6 kali pertemuan, sesuai dengan penjelasan yang telah diberikan oleh peneliti dalam penelitian yang berjudul :

**“PERBEDAAN EFEK OVERHEAD PULLEY EXERCISE DENGAN CODMANN PENDULAR EXERCISE
PADA INTERVENSI MWD (MICROWAVE DIATHERMY) TERHADAP PENGURANGAN NYERI
PADA FROZEN SHOULDER”**

Demikian surat persetujuan ini saya setuju untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pembimbing FT

(.....)

Jakarta, 2010

sample penelitian

(.....)