



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG
RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO**

Jl. Fatmawati No. 1 Telp. 6711500, Fax. 6717755 Semarang - 50272

**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG**

NOMOR 86 TAHUN 2024

**TENTANG
PANDUAN PRAKTEK KLINIK REHABILITASI MEDIK RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG,**

Menimbang : a. bahwa pelayanan rehabilitasi medik dilakukan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional;

b. bahwa agar pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang terlaksana dengan baik, perlu adanya Kebijakan Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang;

c. bahwa untuk melaksanakan maksud tersebut diatas perlu diterbitkan Keputusan Direktur tentang Panduan Praktek Klinik Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5678);
8. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
10. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1976 tentang Perluasan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1976 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3079);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 1992 tentang Pembentukan Kecamatan di Wilayah Kabupaten-Kabupaten Daerah Tingkat II Purbalingga, Cilacap, Wonogiri, Jepara dan Kendal serta Penataan Kecamatan di Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang dalam Wilayah Proponsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia 1992 Nomor 89);

13. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1363/Menkes/SK/ XII/2001 tentang Registrasi dan Izin Praktik Fisioterapis;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/ PER/X/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 464);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/ PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 915);
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2013 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat di Rumah Sakit;
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 977);
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Rumah Sakit;
26. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1363/Menkes/ SK/XII/2001 tentang Registrasi dan Izin Praktik Fisioterapi;
27. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 194/MENKES/ SK/II/2003 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang Milik Pemerintah Kota Semarang;

28. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
29. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 378/Menkes/SK/ IV/2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit;
30. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 517/Menkes/SK/ VI/2008 tentang Standar Pelayanan Fisioterapi di Sarana Kesehatan;
31. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 778/MENKES/ SK/VIII/2008 tentang Pedoman Pelayanan Fisioterapi di Sarana Kesehatan;
32. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 13 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Badan Pelayanan Perijinan Terpadu Kota Semarang (Lembaran Daerah Kota Semarang Tahun 2008 Nomor 16, Tambahan Lembaran Daerah Kota Semarang Nomor 23);
33. Peraturan Walikota Semarang Nomor 10 Tahun 2008 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Rumah Sakit Daerah Kota Semarang;
34. Peraturan Walikota Semarang Nomor 14A Tahun 2017 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang (Berita Daerah Kota Semarang Tahun 2017 Nomor 14A);
35. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/0174 Tahun 2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang sebagai Badan Layanan Umum (BLU);
36. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/1156/2016 tentang Penetapan “K.R.M.T. Wongsonegoro” sebagai Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU : Panduan Praktik Klinis Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang sebagaimana terlampir dalam keputusan ini.
- KEDUA: : Panduan Praktik Klinis Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU, digunakan sebagai acuan

bagi pelayanan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.

KETIGA : Panduan Praktik Klinis Dokter di Rumah Sakit meliputi pedoman penatalaksanaan terhadap penyakit, diambil berdasarkan kriteria :

1. Penyakit yang prevalensinya cukup tinggi;
2. Penyakit yang membutuhkan biaya tinggi; dan
3. Penyakit yang risiko tinggi

KEEMPAT : Semua biaya yang timbul sebagai akibat dikeluarkannya Keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.

KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang
Pada tanggal 23 April 2024

Direktur Rumah Sakit Daerah
K.R.M.T. Wongsonegoro
Kota Semarang

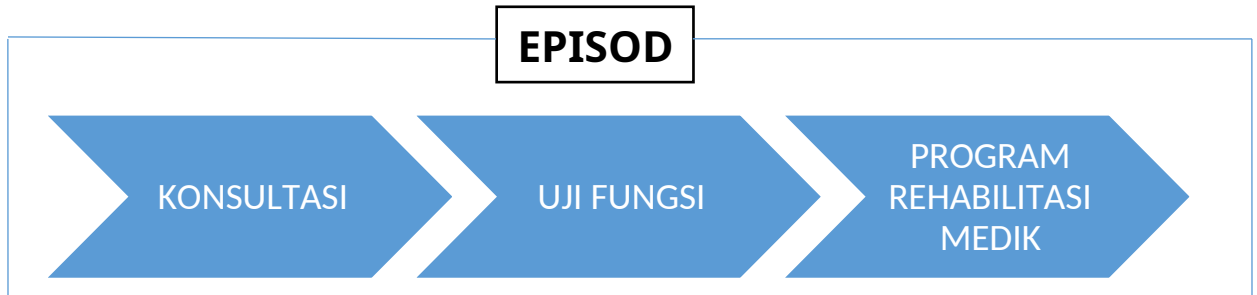
}{ttd}

EKO KRISNARTO

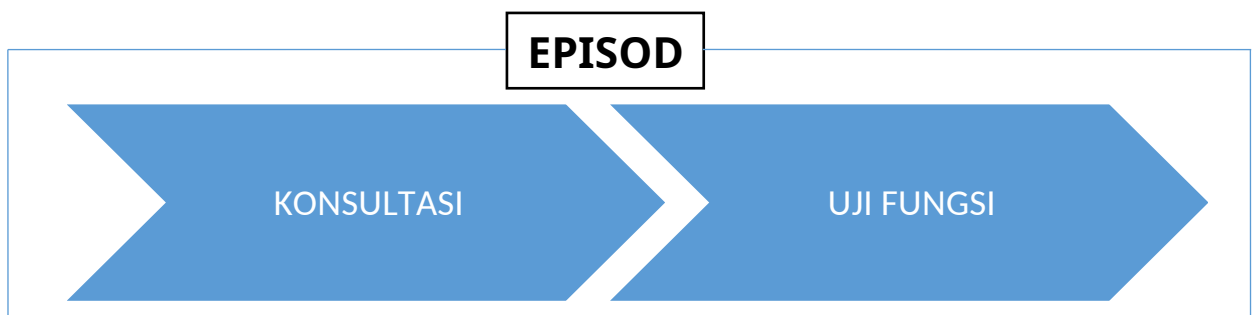
PANDUAN PRAKTEK KLINIK

Satu episode Pelayanan Rehabilitasi Medik dapat berupa:

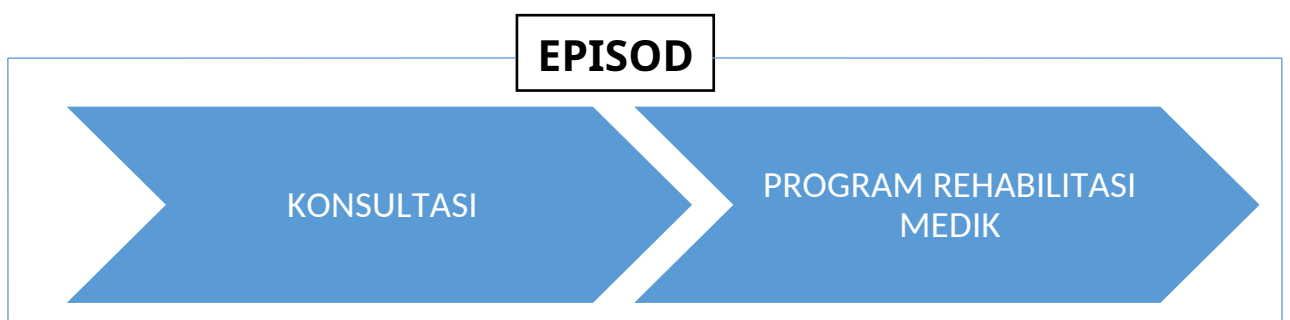
- a. Konsultasi, Uji Fungsi dan Program Rehabilitasi Medik oleh Dokter Sp.KFR; atau



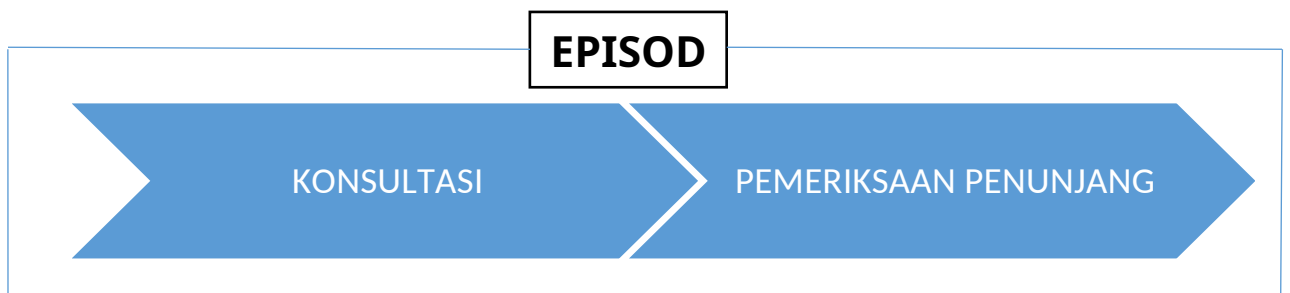
- b. Konsultasi dan Uji Fungsi oleh Dokter Sp.KFR; atau



- c. Konsultasi dengan Dokter Sp.KFR dan Program Rehabilitasi Medik; atau



- d. Konsultasi dan pemeriksaan Penunjang




e. Prosedur Tindakan Dokter Sp.KFR/Program Rehabilitasi Medik.

EPISOD

TINDAKAN DOKTER Sp KFR/PRGRAM REHABILITASI MEDIK

LAMPIRAN 1: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
NYERI PUNGGUNG BAWAH / LOW BACK PAIN (LBP) KODE ICD 10: M54.51	
DEFINISI	Nyeri yang dirasakan didaerah punggung bagian bawah yaitu di antaraiga terbawah sampai lipatan gluteal dapat disertai: <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan nyeri akut/kronik - Gangguan ambulasi/mobilitas - Gangguan fleksibilitasSpasme otot - Gangguan postur - Gangguan Aktivitas hidup harian/ Activity Daily Living (ADL)odll.
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> - Lokasi nyeri - Karakteristik nyeri - Tingkat keparahan - Onset, durasi, frekuensi - Faktor pemicu - Pekerjaan - Aktifitas harian <p>Faktor Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pekerjaan & aktivitas fisik berat - Etiologi mekanik: mengangkat, menarik, mendorong, berputar,menggeser, duduk lama - Melakukan pekerjaan manual (manual handling) termasuk kombinasi: gerakan mengangkat & memutar punggung berulangdalam kecepatan tertentu - Vibrasi dalam waktu lama (khususnya seluruh tubuh), trauma & psikologis <p>Perlu perhatian khusus (red flags) jika terdapat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usia < 18 atau > 55 tahunoRiwayat traumao Nyeri progresif pada malam hari - Riwayat keganasan - Riwayat pengobatan dengan steroid - Penyalahgunaan obat (drug abuse), infeksi HIV - Penurunan berat badan - Penyakit sistemik - Lingkup gerak sendi terbatas dan persisten - Nyeri yang intens dengan gerakan minimal - InkontinensiaoKelemahan motorik
PEMERIKSAAN FISIK	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi postur, deformitas tulang belakang, kelainan pada kulit, pola jalan - Palpasi tulang, otot (tonus, spasme,trigger point) - Gerakan (luas gerak sendi(LGS)/range of motion (ROM) spine dan ekstremitas)

	<ul style="list-style-type: none"> - Tes neurologis: miotom, dermatom, refleks, keseimbangan, koordinasi - Low back maneuver :Straight Leg Raise (SLR), Kernig, Patrick – contra Patrick, Gaenslen, Pelvic Rocking
PEMERIKSAAN PENUNJANG	<ul style="list-style-type: none"> - Radiologi: x-ray/Computed Tomography (CT) scan/ Magnetic Resonance Imaging (MRI) vertebra lumbal, mielografi Laboratorium: darah, urin, cerebrospinal fluid (CSF) o Neurofisiologi (nerve conduction study (NCS) – elektromiografi(EMG))
KRITERIA DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Pemeriksaan Fisik - Pemeriksaan Penunjang
DIAGNOSIS	Low Back Pain
DIAGNOSIS BANDING	<p>Mekanikal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strain, sprain lumbal - Proses degeneratif diskus dan faset - Herniasi diskus - Stenosis spinal - Fraktur kompresi osteoporotik - Spondilolistesis - Fraktur traumatik - Penyakit kongenitalo Non Mekanikal - Neoplasia - Infeksi - Osteomielitis - Abses epidural - Abses paraspinal - Penyakit Pott - Artritis inflamatorik - Ankylosing spondylitis - Psoriatic spondylitis - Sindroma Reiter - Penyakit Paget tulang
DIAGNOSIS FUNGSIONAL	Sesuai dengan International Classification of Function and Disability(ICF): gangguan nyeri akut-kronik, fungsi ambulasi/mobilitas, fleksibilitas, spasme otot, postur, ADL, dll
TATALAKSANA REHABILITASI	<ul style="list-style-type: none"> - Edukasi, konseling (fisik, okupasi, vokasional, psikososial) - Modalitas fisik: cold pack (48 jam pertama), infra red (IR), diatermi, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation/TENS), traksi lumbal, laser, shockwave therapy, terapi magnetik (bisa kombinasi atau salah satu) - Hidroterapi - Aktifitas fisik terkontrol, pencegahan komplikasi tirah baring lama - Terapi latihan:Peregangan + ROM lumbal dan panggul (+ modalitasheat/cold), Penguatan otot ekstensor trunkus + panggul, Latihan stabilisasi lumbal - Okupasi:body mechanics dan posture training - Manual medicine: manipulasi untuk mengurangi spasme - Ortosis dan assistive devices;lumbosacral orthosis (LSO), cane/walker bila perlu (Re-assessment Sp.KFR setiap 3 bulan). Evaluasi psikologi jika diperlukan (re-assessment 1 bulan sekali, sesuai indikasi dan peresepan Sp.KFR)


	<p>Ketentuan siklus program terapi rehabilitasi medik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secara umum: maksimal 3x/minggu, evaluasi/reassessment Sp.KFR tiap 6x terapi
EDUKASI	<ul style="list-style-type: none"> - Penjelasan kondisi dan terapi, proper posture & <i>back mechanics</i>, latihan rutin di rumah, kontrol
PROGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> - Tergantung etiologi, fase perjalanan penyakit, dan terapi yang diberikan
INDIKATOR MEDIS	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan rasa nyeri (skala nyeri = 2), atau - Peningkatan kekuatan otot, atau - Peningkatan ekstensibilitas jaringan lunak/luas gerak sendi, atau - Perbaikan aktivitas fungsional <p>Keterangan :</p> <p>Apabila selama durasi terapi pasien tidak ada perbaikan/ kemajuankurang/ goal treatment tercapai, maka evaluasi ulang oleh dokter Sp.KFR untuk penentuan intervensi selanjutnya/ terapi stop/ rujuk balik ke dokter/PPK pengirim</p>
KEPUSTAKAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. .Abd OE. Low Back Sprain or Strain. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD, ed. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation. 2nd ed. Saunders Publishing. Philadelphia. 2008. 247-52. 2. Barr KP, Harrast MA. Low Back Pain. In: Braddom RL, editor. Physical Medicine and Rehabilitation. 4th ed. Elsevier Saunders Publishing. Philadelphia. 2011. p. 871-912 3. Perdosri. Pedoman Pelayanan Klinis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi. Wahyuni LK, Tulaar ABM, editor. PB Perdosri. Jakarta. 2012 4. PB Perdosri. Standar Pelayanan Medik. 2019.

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO KRISNARTO

LAMPIRAN 2: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
GONARTHROSIS / OSTEOARTRITIS (OA) GENU Kode ICD 10: M17	
DEFINISI	Osteoarthritis (OA) adalah suatu kelainan sendi kronis (jangka lama) dimana terjadi proses pelemahan dan disintegrasi dari tulang rawan sendi yang disertai dengan pertumbuhan tulang dan tulang rawan baru pada sendi. Kelainan ini merupakan suatu proses degeneratif pada sendi yang dapat mengenai satu atau lebih sendi. Dapat disertai: <ul style="list-style-type: none"> - gangguan nyeri akut/kronik - gangguan ambulasi/mobilitas gangguan fleksibilitas - gangguan ADL - dll
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri sendi di sekitar lutut terutama selama weight-bearing dan berkurang dengan istirahat - Nyeri tekan pada lutut - Penurunan LGS karena kekakuan sendi (terutama setelah istirahat lama) atau pembengkakan - Sensasi "locking " atau "catching " (mengunci), krepitasi, terkadang efusi/bengkak - Peradangan dalam berbagai derajat
PEMERIKSAAN FISIK	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : hipertrofi tulang, deformitas varus - Palpasi: peningkatan temperatur, efusi dan nyeri sendi, LGS: nyeri saat fleksi lutut, penurunan ROM fleksi lutut, krepitasi - Stabilitas: ketidakstabilan mediolateral - Neurologis: umumnya normal
PEMERIKSAAN PENUNJANG	<p>Radiografi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - X-ray posisi weight-bearing anteroposterior, lateral, MRI - Ultrasonografi muskuloskeletal (USG MSK) <p>Hasil tes laboratorium umumnya normal</p>
KRITERIA DIAGNOSIS	<p>Klinis & Laboratorium</p> <p>Nyeri lutut disertai minimal 5 dari 9 kriteria berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - umur > 50 tahun - stiffness < 30 menit - krepitasi - nyeri pada tulang - pelebaran tulang-tidak hangat pada perabaan - Laju endap darah (LED) < 40mm/jam - Rheumatoid factor < 1:40 - Cairan sinovial: jernih, viscous, leukosit < 2000/mm³ <p>Klinis & Radiologis</p> <p>Nyeri lutut disertai minimal 1 dari 3 kriteria berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - umur > 50 tahun - stiffness < 30 menit - krepitasi <p>- Ro : OSTEOFIT</p>

	<p>Klinis</p> <p>Nyeri lutut disertai minimal 3 dari 6 kriteria berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - umur > 50 tahun - stiffness < 30 menit - krepitasi - nyeri pada tulang-pelebaran tulangotidak hangat pada perabaan
DIAGNOSIS	OA Genu
DIAGNOSIS BANDING	<p>Diagnosis banding nyeri lutut berdasarkan lokasi anatomi.</p> <p>Bagian depan:</p> <p>Cedera anterior cruciate ligament</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subluksasi/dislokasi patella - Tibial apophysitis (Osgood-Schlatter lesion) - Jumper's knee (patellar tendonitis) - Patellofemoral pain syndrome (kondromalasia patella) <p>Bagian medial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medial collateral ligament sprain - Medial meniscal tear - Pes anserinus bursitis <p>Bagian lateral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lateral collateral ligament sprain - Lateral meniscal tear - Iliotibial band tendonitis <p>Bagian belakang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poplitealcyst (Baker's cyst) - Cedera posterior cruciate ligament
DIAGNOSIS FUNGSIONAL	Sesuai dengan International Classification of Function and Disability(ICF): gangguan nyeri akut/kronik, ambulasi/mobilitas, fleksibilitas,ADL, dll
TATALAKSANA REHABILITASI	<p>Tujuan tatalaksana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memelihara mobilitas sendi dan meningkatkan kekuatan otot. - Memperkuat otot di sekitar sendi agar dapat memberikan efek proteksi terhadap sendi yang terkena OA dengan meningkatkan penyerapan tekanan dan mengurangi beban terhadap sendi. - Mengurangi nyeri - Mencegah dan mengkoreksi kelainan biomekanik - Memperbaiki kekuatan otot, fungsi dan kualitas hidup <p>Manajemen Konservatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase akut : Protection, rest, ice, compression dan elevation - Oral dan topikal NSAID - Ortotik dan sepatu <p>Rehabilitasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan penguatan statis dan dinamis otot periartikuler - Latihan aerobik - Modalitas : TENS, infra merah (IR), diatermi , laser, terapi magnetik, shockwave therapy (bisa kombinasi atau salah satu) - Hidroterapi - Pengurangan berat badan - Ortotis dan assistive devices: Tongkat atau walker, knee brace(Re-assessment Sp.KFR setiap 3 bulan) Evaluasi


	<p>psikologis jika diperlukan (re-assessment 1 bulansekali, sesuai indikasi dan peresepan Sp.KFR)</p> <p>Ketentuan siklus program terapi rehabilitasi medik: Secara umum: maksimal 3x/minggu, evaluasi/reassessment Sp.KFR tiap 6x terapi</p>
EDUKASI	Penjelasan kondisi dan terapi, proper posture & knee mechanics, latihan rutin di rumah, kontrol
PROGNOSIS	Tergantung fase perjalanan penyakit (derajat), kestabilan sendi dan terapi yang diberikan Prognosis fungsional: transfer & ambulasi : mandiri ± ortosis, alat bantu
INDIKATOR MEDIS	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan rasa nyeri (skala nyeri = 2), atau - Peningkatan kekuatan otot, atau - Peningkatan ekstensibilitas jaringan lunak/luas gerak sendi, atau - Perbaikan aktivitas fungsional <p>Keterangan :</p> <p>Apabila selama durasi terapi pasien tidak ada perbaikan/ kemajuankurang/ goal treatment tercapai, maka evaluasi ulang oleh dokter Sp.KFR untuk penentuan intervensi selanjutnya/ terapi stop/ rujuk balik ke dokter/ PPK pengirim</p>
KEPUSTAKAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wilkins AN, Philips EM. Knee Osteoarthritis. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation. 2nd ed. Saunders Publishing. Philadelphia. 2008.p.745-53 2. Stitik TP, Foye PM, Stiskal D, Nadler RR. Osteoarthritis. In: DelisaJA (ed). Physical Medicine and Rehabilitation Principle and Practice. 4th ed. Lippincott William & Wilkins, Philadelphia. 2005. p.781-810 3. Shiel WC, Stoppler MC. Osteoarthritis (OA or DegenerativeArthritis). MedicineNet.com. 2011.November 18. Available at http://www.medicinenet.com/osteoarthritis.htm 4. Perdosri. Pedoman Pelayanan Klinis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi. Wahyuni LK, Tulaar ABM, editor. PB Perdosri.Jakarta. 2012 5. PB Perdosri. Standar Pelayanan Medik. 2019.

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO ARSINARJO

LAMPIRAN 3: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
NYERI BAHU/ SHOULDER PAIN Kode ICD 10: M25.5	
DEFINISI	Nyeri pada dan di sekitar sendi bahu Dapat disertai: <ul style="list-style-type: none"> - gangguan nyeri akut/kronik - gangguan fleksibilitas - gangguan ADL - kelemahan ototospasme otot - dll
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> - Onset, karakteristik, lokasi nyeri, faktor yang memperberat/meringankan (waktu, gerakan, istirahat, posisi) - Nyeri pada bagian tubuh lain (leher, dada, lengan atas, sendi lain) - Usia - Gangguan fungsional akibat nyeri - Lengan dominan/non-dominan - Riwayat trauma/cidera akut (dislokasi sendi), instabilitas - Riwayat okupasi dan aktifitas olahraga - Gejala sistemik (demam, penurunan berat badan, ruam, gejala pernafasan) - Komorbid (diabetes, stroke, kanker, respirasi, gastrointestinal, atau penyakit ginjal, penyakit jantung iskemik, psoriasis) Riwayat pengobatan
PEMERIKSAAN FISIK	<p>Secara umum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda vital - Pemeriksaan leher, axilla, dan dinding dada - Pemeriksaan LGS aktif dan pasif: cervical, bahu (93.05) - Pemeriksaan kekuatan otot (93.04) - Pemeriksaan status lokalis bahu: <p>Inspeksi: bengkak, atrofi, dan deformitas. Palpasi: nyeri, bengkak, hangat, krepitasi pada sendi sternoclavicular ,acromioclavicular , dan glenohumeral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan neurologis - Pemeriksaan khusus: <p>Painful arc : 70-120° abduksi aktif Rotator cuff / supraspinatus: Empty can test, drop arm test Rotator cuff / subscapularis: Lift-off test Shoulder Impingement : Neer’s sign test , Hawkin’s test , Shoulder stability test : Apprehension test, Fowler’s sign, Load and</p>

	<p>shift test</p> <p>Tes sendi acromioclavicular : Apley scratch test Tes tendon biceps: tes Yergason</p> <p>Red Flags:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deformitas atau bengkak yang tidak dapat dijelaskan - Kelemahan jelas bukan karena nyeri - Curiga keganasan - Demam/menggigil/malaise - Defisit sensorik/motorik yang jelas - Gangguan paru/vaskuler
PEMERIKSAAN PENUNJANG	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorium : darah - Radiologi: X-Ray, USG MSK, MRI - Artrografi
KRITERIA DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Pemeriksaan Fisik - Pemeriksaan Penunjang
DIAGNOSIS KERJA	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri pada bahu (M25.51) - Stiffness of shoulder, not elsewhere classified M 25.61 - Osteophyte, shoulder M25.71 - Other Specified joint disorders, shoulder M25.81
DIAGNOSIS BANDING	<ul style="list-style-type: none"> - Adhesive capsulitis of shoulder (M75.0) - Rotator cuff syndrome (tendinosis, partial/full thickness tears, dan massive tears) (M75.1) - Bicipital tendinitis (M75.2) - Calcific tendinitis of shoulder (M75.3) - Impingement syndrome of shoulder (M75.4) - Bursitis of shoulder (M75.5) - Injury of muscle(s)and tendon(s)of the rotator cuff of shoulder (S46.0) - Subluxation and dislocation of shoulder joint (S43.0) - Sprain of acromioclavicular joint (S43.5) - Instability joint (post-traumatic) shoulder region (M25.31) - Other instability, shoulder (M25.31)
DIAGNOSIS FUNGSIONAL	<p>Sesuai dengan International Classification of Function and Disability(ICF): nyeri bahu, limitasi LGS bahu, gangguan fungsi ADL(berpakaian, menyisir rambut, dll), gangguan partisipasi di rumah dan tempat kerja,</p>
TATA LAKSANA REHABILITASI	<ul style="list-style-type: none"> • Latihan fisik: Latihan LGS aktif dan pasif, peregangan(93.11): Codmans' pendulum exercise, shoulder wheel , overhead pulley, Latihan penguatan, ketahanan, agilitas (93.13) • Injeksi intraartikular (kortikosteroid) (93.39) • Modalitas: <ul style="list-style-type: none"> - Thermal therapy: dingin -cryotherapy (99.81); infra red (93.35) diatermi: ultrasound diathermy (USD), short wave diathermy (SWD), microwave diathermy (MWD) (93.34) - Low level laser therapy/LLLT (93.39) - Elektroterapi: TENS,neuromuscular electrical stimulation/

	<p>NMES (93.39)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ortosis: shoulder sling • Taping, kinesiotaping (93.39) • Hidroterapi • Terapi manual (93.6): mobilisasi, manipulasi <p>Tatalaksana diatas bisa dilakukan salah satu atau kombinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapi edukasi (93.82): <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi aktifitas untuk meningkatkan fungsi, luas gerak sendi bebas nyeri, menyesuaikan intensitas peregangan dengan level iritabilitas pasien - Evaluasi psikologis jika diperlukan (re-assessment 1 bulan sekali,sesuai indikasi dan persepan Sp.KFR) <p>Ketentuan siklus program terapi rehabilitasi medik: Secara umum: maksimal 3x/minggu, evaluasi/reassessment Sp.KFR tiap 6x terapi</p>
EDUKASI	Penjelasan kondisi dan terapi, proper posture & shoulder mechanics,latihan rutin di rumah (towel exercise, finger ladder ,Codmans'pendulum exercise), modifikasi aktifitas harian, kontrol
PROGNOSIS	Tergantung etiologi, fase perjalanan penyakit, kestabilan sendi danterapi yang diberikan
INDIKATOR MEDIS	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan rasa nyeri (skala nyeri = 2), atau - Peningkatan kekuatan otot, atau - Peningkatan ekstensibilitas jaringan lunak/luas gerak sendi, atau - Perbaikan aktivitas fungsional, atau <p>Keterangan :</p> <p>Apabila selama durasi terapi pasien tidak ada perbaikan/ kemajuankurang/ goal treatment tercapai, maka evaluasi ulang oleh dokter Sp.KFR untuk penentuan intervensi selanjutnya/ terapi stop/ rujuk balik ke dokter/ PPK pengirim</p>
KEPUSTAKAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Green S, Buchbinder R, Hetrick S, 2003. Physiotherapyinterventions for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev.2003;CD004258, doi:10.1002/146518582. 2. Dolder PA, Herreira PH, Refshauge KM, 2011. Effectiveness of soft tissue massage and exercise for the treatment of non-specificshoulder pain: a systemic review with meta-analysis. Br J SportsMed. 2012:1-123. 3. Marinko LN, Chacko JM, Dalton D, Chacko CC, 2011. Theeffectiveness of therapeutic exercise for painful shoulder conditions: a meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg 20 (8): 1351-9. 4. Van der Windt DAWM, Van der Heijden GJMG, Van der BergSGM, Riet G, Winter AF, Bouter LM, 1999. Ultrasound therapy for musculoskeletal disorders: a systematic review. Pain 81: 257-71. 5. Gam A, Thorsen H, Lonnberg F, 1993. The Effect of low-levellaser


	<p>therapy on musculoskeletal pain: a meta-analysis, Pain 52: 63-66</p> <p>6. Thelen MD, Dauber JA, Stoneman PD, 2008. The Clinical Efficacy of Kinesio Tape for Shoulder Pain: A Randomized, Double-Blinded, Clinical Trial. J Orthop Sports Phys Ther 38(7): 389-95.</p> <p>7. Mitchell C, Adebajo A, Hay E, Carr A, 2005. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. BMJ 331: 1124-28.</p> <p>8. O'Dell MW, Lin CD, Panagos A, 2011. The Physiatric History and Physical Examination. In: Braddom RL, editor, Physical Medicine & Rehabilitation, 4th eds. Philadelphia: Elsevier Saunders, pp: 20-21.</p> <p>9. PB Perdosri. Standar Pelayanan Medik. 2019.</p>
--	---

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO KRISNARTO

LAMPIRAN 4: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
STROKE	
DEFINISI	<p>Stroke adalah kumpulan gejala kelainan neurologis fokal yang timbul mendadak akibat gangguan peredaran darah di otak yang disebabkan penyakit atau kelainan yang juga merupakan faktor resiko. Gejalanya tersebut dapat disertai atau tidak disertai gangguan kesadaran dan manifestasi klinis tergantung neuroanatomi lokasi lesi</p> <p>Dapat disertai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gangguan fleksibilitas - kelemahan otot - gangguan ambulasi/mobilitas - gangguan ADL - gangguan komunikasi - gangguan menelan - gangguan kognisi - gangguan sensibilitas - nyeri - spastisitas - risiko jatuh, - dll
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan anggota gerak merupakan kelainan yang sering ditemukan pada penderita stroke. - Kelainan lain yang juga sering ditemukan adalah gangguan bicara, menelan, afasia, gangguan kognitif, hilangnya fungsi sensorik, dan gangguan penglihatan. - Peningkatan tonus otot, kelemahan, depresi, nyeri merupakan gejala yang dapat timbul setelah stroke - Kemampuan fungsional dan perawatan diri
PEMERIKSAAN FISIK	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan umum: tekanan darah, denyut nadi, frekuensi pernafasan, suhu - Pemeriksaan kesadaran dengan Glasgow Coma Scale - Evaluasi status mental dengan MiniMental State Examination - Pemeriksaan saraf kranialis - Pemeriksaan refleks fisiologis/refleks tendon dalam - Pemeriksaan refleks patologis (Babinski, dll) - Pemeriksaan sensibilitas superfisial dan dalam, proprioseptif - Pemeriksaan lingkup gerak sendi - Pemeriksaan kekuatan dan tonus otot - Pemeriksaan koordinasi motorik - Uji keseimbangan statis dan dinamis - Uji fungsi lokomotor dan pola jalan - Uji fungsi komunikasi - Uji fungsi menelan

	<ul style="list-style-type: none"> - Uji fungsi berkemih dan defekasi - Uji kemampuan fungsional dan perawatan diri
PEMERIKSAAN PENUNJANG	<ul style="list-style-type: none"> - CT scan kepala - Laboratorium - Elektrokardiografi (EKG)
KRITERIA DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> - Kriteria Diagnosis - Anamnesis - Pemeriksaan Fisik Pemeriksaan Penunjang
DIAGNOSIS BANDING	<ul style="list-style-type: none"> - Tumor otak - Trauma kepala
DIAGNOSIS FUNGSIONAL	<p>Sesuai dengan International Classification of Function and Disability (ICF) : gangguan gerak, keseimbangan, sensibilitas, menelan, kognitif (memori, perhatian, persepsi ruangan), berkemih, dan defekasi, gangguan komunikasi, fungsi seksual, psikis dan perawatan diri, tidak dapat bekerja, terganggu dalam kegiatan spiritual keagamaan dan komunitas</p>
TATALAKSANA REHABILITASI	<p>Rehabilitasi stroke adalah pengelolaan medis dan rehabilitasi komprehensif terhadap disabilitas yang diakibatkan stroke melalui pendekatan neurorehabilitasi. Program rehabilitasi perlu disusun sesuai dengan tingkat keparahan akibat serangan stroke. Rehabilitasi fase akut dilaksanakan selama pasien dirawat inap. Pada kondisi medis dan neurologis stabil (fase subakut), pasien bisa dilakukan rehabilitasi rawat inap maupun rawat jalan/home care. Sedangkan fase kronik/lanjut rehabilitasi dilakukan dengan rawat jalan. Program rehabilitasi multidisiplin secara komprehensif dimulai dari fase akut secara inter maupun intra disiplin dengan spesialis lain</p> <p>Modalitas : cryoterapi, infra merah untuk mengurangi spasme atau spastik (bisa dipilih salah satu)</p> <p>Latihan (exercise)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Program latihan fisik bertujuan untuk meningkatkan kapasitas fungsi dengan penekanan pada peningkatan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (ADL). Instruksi mengenai teknik-teknik kompensasi dan edukasi yang dibutuhkan pasien diajarkan juga terhadap keluarga atau caregiver penting untuk mempersiapkan kembalinya pasien ke rumah. - hidroterapi - Disfagia Penanganan disfagia neurogenik tergantung pada fasenya, meliputi penggunaan selang nasogastric, modifikasi diet (mis: cairan kental, makanan dihaluskan), terapi menelan (mis: penggunaan teknik kompensasi seperti mengangkat dagu saat menelan), dan stimulasi listrik - Komunikasi Gangguan komunikasi bisa berupa afasia, disartria dan lain-lain. Tindakan rehabilitasi diberikan sesuai dengan penilaian kelainan yang terdapat pada pasien. - Kognisi Stroke seringkali mempengaruhi kemampuan kognisi pasien. Perubahan dalam memori, perhatian, insight, dan kemampuan penyelesaian masalah sering ditemukan pada pasien dengan stroke. Penentuan tingkatan dari gangguan kognisi dapat ditentukan dengan Ranchos Los Amigos Scale

	<p>dan minimal. Edukasi dan latihan keluarga merupakan komponen penting dalam rehabilitasi kognitif. Pengenalan dan penatalaksanaan depresi pasca stroke merupakan hal yang sangat penting, karena depresi dapat menyebabkan penurunan kognitif pasca stroke.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ortosis Ortotis dapat membantu kegiatan mobilisasi penderita stroke. Ortosis dapat membantu kompensasi pada gangguan dorsofleksi pergelangan kaki, mengontrol gerakan kaki, spastisitas dan stabilitas sendi lutut. - Bantuan Ambulasi dan Kursi Roda - Adanya hemiparesis pada penderita stroke menyebabkan banyak penderita stroke membutuhkan alat bantu untuk ambulasi, seperti tongkat, tongkat kaki empat, hemi-walker, atau pada beberapa kasus dapat menggunakan walker konvensional. Pada kondisi yang berat, kursi roda dibutuhkan untuk ambulasi pasien. Pada penderita stroke one-side arm wheelchair berguna karena dapat mengontrol kedua roda hanya dari satu sisi - Subluksasi Bahu Subluksasi bahu umumnya terjadi pada kasus hemiplegi pascastroke. Menopang lengan dengan menggunakan penopang lengan (arm board) dan penggunaan shoulder sling/cuff dapat mencegah dan memperbaiki subluksasi tersebut. Pada nyeri bahu, stimulasi listrik bermanfaat untuk mengurangi nyeri bahu - Evaluasi untuk dapat bekerja kembali Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan fungsional yang masih dimiliki dan ditingkatkan kemampuannya untuk dapat melakukan pekerjaan seperti sebelum terkena stroke dengan atau tanpa alat bantu. - Alat Bantu Adaptif Alat bantu adaptif merupakan alat bantu yang bentuk dan fungsinya disesuaikan untuk meningkatkan kemampuan fungsi seorang penderita stroke untuk mampu melakukan aktivitas yang diperlukan. - Evaluasi psikologi jika diperlukan (re-assessment 1 bulan sekali, sesuai indikasi dan resep Sp.KFR) <p>Ketentuan siklus program terapi rehabilitasi medik: Secara umum: maksimal 3x/minggu, evaluasi/reassessment Sp.KFR tiap 6x terapi</p>
EDUKASI	Penjelasan kondisi dan terapi, proper positioning, latihan rutin di rumah, kontrol
PROGNOSIS	Tergantung etiologi, fase perjalanan penyakit, dan terapi yang diberikan
INDIKATOR MEDIS	<ul style="list-style-type: none"> - Mencapai Brunnstrom stage 6 sebagai target awal, atau - Peningkatan kekuatan otot, atau - Peningkatan ekstensibilitas jaringan lunak/luas gerak sendi, atau - Perbaikan aktivitas fungsional (ADL, berjalan dengan/atau tanpa alat bantu) - Dapat berkomunikasi dengan fungsi bicara yang memadai


	Keterangan :Apabila selama durasi terapi 3 bulan tidak ada perbaikan/ kemajuankurang/ goal treatment tercapai, maka evaluasi ulang oleh dokter Sp.KFR untuk penentuan intervensi selanjutnya/ terapi stop/ rujuk balik ke dokter/PPK pengirim, atau rujuk ke faskes yang lebih tinggi
KEPUSTAKAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan Konsep Nasional Penanggulangan Stroke. Depkes.2001 2. Konsensus Nasional Rehabilitasi Stroke. PERDOSRI. 2004 3. Konsensus Nasional Pengelolaan Stroke di Indonesia. PERDOSSI.1999 4. Bradstater ME. Important Practical Issue in Rehabilitation of theStroke Patient. In: Stroke Rehabilitation. William and Wilkins.1987. P. 887-91 5. Perdosri. Pedoman Pelayanan Klinis Kedokteran Fisik danRehabilitasi. Wahyuin LK, Tulaar ABM, editor. PB Perdosri.Jakarta. 2012 6. Perdosri. Standar Pelayanan Tim Rehabilitasi Medik Terpadu. 2020

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO KRISNARTO

LAMPIRAN 5: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
CERVICAL ROOT SYNDROME CODE ICD : 10.M54	
DEFINISI	<p>Sekumpulan gejala berupa nyeri tengkuk, nyeri yang menjalar, rasa kesemutan yang menjalar, spasme otot yang disebabkan karena perubahan struktural kolumna vertebra servikalis akibat perubahan degenerative pada diskus intervertebralis, atau pada ligamentum flavum.</p> <p>Dapat disertai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri gangguan fleksibilitas - kelemahan otot - spasme otot - gangguan sensibilitas/sensorik - gangguan ADLdll
ANAMNESIS	<p>Nyeri servikal dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti: prosesinfeksi, perubahan degeneratif, trauma, tumor dan kelainan sistemik.Salah satu penyebab nyeri servikal adalah radikulopati. Berbagai keadaan yang menyebabkan perubahan struktur anatomi tulang leher dapat menimbulkan keluhan radikulopati. 34% dari populasi mengalami nyeri servikal, 14% diantaranya mengalami lebih dari 6 bulan. Lebih sering pada populasi usia diatas 50 tahun.</p> <p>Gejala klinis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri di tengkuk, otot tengkuk terasa kencang - Nyeri menjalar sampai ke lengan - Kesemutan pada sebelah distal sesuai dermatom - Keterbatasan gerak, bisa terjadi pada leher maupun bahu
PEMERIKSAAN FISIK	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi: postur/posisi kepala tertekuk menjauhi sisi yang sakit - Palpasi: nyeri tekan, kekakuan, spasme otot - Movement: nyeri gerak - Tes sensorik & motorik - Special test : Spurling, lhermitte, distraksi
PEMERIKSAAN PENUNJANG	<ul style="list-style-type: none"> - Foto polos servikal: penting untuk mendeteksi adanya subluksasi,fraktur, maupun proses degeneratif. - CT scan: dapat memberikan visualisasi yang baik komponen tulangservikal dan sangat membantu bila ada proses akut. - MRI: dapat mendeteksi kelainan pada ligamentum, diskus, medullaspinalis, radiks saraf dan tulang vertebra. - EMG: membantu membedakan gangguan neurogenik atau bukan,menentukan level dari iritasi radiks, membedakan lesi r

	adiks dengan lesi saraf perifer, membedakan adanya iritasi atau kompresi radiks
KRITERIA DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Pemeriksaan Fisik - Pemeriksaan Penunjang
DIAGNOSIS	- Kerja Cervical Root Syndrome (CRS)
DIAGNOSIS NEUROLOGI BANDING	<ul style="list-style-type: none"> - Mielopati servikal - Tumor (spinal, Pancoast) - Syringomelia - Motor neuron disease - Herpes zoster - Brachial plexopahty - Peripheral nerve entrapment Muskuloskeletal - Shoulder disease - Spondilosis servikal - Nyeri miofasialo Penyakit inflamasi - InfeksioTumor - Tendinitis Lain-lain - Iskemia jantung
DIAGNOSIS FUNGSIONAL	Sesuai dengan International Classification of Function and Disability(ICF): nyeri, gangguan gerak, sensibilitas, psikis, ADL, bekerja,kegiatan spiritual keagamaan dan komunitas
TATALAKSANA REHABILITASI	<p>Tujuan tatalaksana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi nyeri - Mengoptimalkan ROM - Meningkatkan fungsi - Memperbaiki postur - Menjaga stabilitas sendi <p>Program Rehabilitasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modalitas terapi panas seperti infra merah (IR), diathermy (Shortwave, Microwave, Ultrasound) atau dingin untuk mengurangi spasme; TENS untuk mengatasi nyeri, laser, manual medicine, traksi servikal apabila tidak ada kontraindikasi <p>Bisa diberikan salah satu atau kombinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapi latihan terdiri dari latihan peregangan (stretching), danlatihan penguatan otot (strengthening exercise) • Hidroterapi • Ortosis servikal berupa soft cervical collar untuk immobilisasi leher & mengurangi kompresi radiks saraf (24 jam/hari selama seminggu,selanjutnya pemakaian jika beraktivitas saja mulai pada minggukedua) • Evaluasi psikologi jika diperlukan (re-assessment 1 bulan sekali,sesuai indikasi dan peresepan Sp.KFR) • Ketentuan siklus program terapi rehabilitasi medik: Secara umum: maksimal 3x/minggu, evaluasi/reassessment Sp.KFR tiap 6x terapi
KEPUSTAKAAN	1. DePadma MJ, Slipman CW. Common Neck Problem. In: Braddom


	<p>RL (ed). Physical Medicine and Rehabilitation, 4th ed, Elsevier Saunders Publishing, Philadelphia; 2011:787-816</p> <p>2. Lipetz JS, Lipetz DI. Disorder of the cervical spine. In: Frontera WR, DeLisa JA (eds). Delisa's Physical Medicine and Rehabilitation, 5th ed, Lippincott William & Wilkins, Philadelphia: 2010.p 811-36</p> <p>3. Mc Kenzie R, The cervical and Thoracic Spine Mechanical Diagnosis and Therapy. Spinal Publication Ltd. New York.1990.p 608-71</p>
--	---

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO KRISNARTO

LAMPIRAN 6: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
BELL'S PALSY	
DEFINISI	Bells Palsy adalah facial paralisis karena disfungsi dari fasialis perifer yang menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah.
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> a. Rasa nyeri daerah belakang telinga b. Gangguan atau kehilangan pengecap c. Riwayat pekerjaan dan aktifitas yang dilakukan pada malam hari di ruangan terbuka atau diluar ruangan d. Riwayat penyakit yang pernah dialami misalnya infeksi saluran nafas, otitis dan herpes
PEMERIKSAAN FISIK	Pemeriksaan neurologis pada paresis N VII tipe perifer Gerakan volunter dari; <ul style="list-style-type: none"> • Mengerutkan dahi • Memejamkan mata • Tersenyum • Bersiul • Mengencangkan kedua bibir
PEMERIKSAAN PENUNJANG	Untuk mengeksklusi bells palsy dari differensial diagnosis dapat ditentukan dari riwayat perjalanan penyakit, dan elektrofisiologi (dirujuk ke RS rujukan) bila tidak ada perbaikan kontraksi otot dalam waktu 3 bulan
KRITERIA DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Pemeriksaan Fisik
DIAGNOSIS	Bell's Palsy
DIAGNOSIS BANDING	<ul style="list-style-type: none"> • Tumor pada serebelopontin angle yang menekan saraf fasialis • Kerusakan saraf fasialis karena infeksi virus (sidrom ramsay hunt) • Infeksi telinga tengah atau sinus mastoideus • Patah tulang dasar tengkorak
TATALAKSANA REHABILITASI	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk megurangi nyeri, diberikan modalitas panas pada sisi wajah yang mengalami kelumpuhan. Pemanasan superfisial dengan infra red atau menggunakan diathermy sesuai indikasi • Latihan re edukasi otot otot wajah, latihan gerak volunter otot wajah dan masase otot wajah diberikan setelah fase akut. Latihan berupa mengangkat alis, mengerutkan dahi, menutup mata dan mengangkat sudut mulut, tersenyum, bersiul, meniup dengan bantuan maupun tidak dengan bantuan di depan kaca sebagai feedback • Pemberian modalitas listrik untuk mencegah atrofi dan memperkuat otot. Tujuan pemberian stimulasi listrik yaitu menstimulasi otot untuk mencegah/memperlambat terjadinya atrofi sambil menunggu proses regenerasi dan memperkuat otot


	yang masih lemah. Faradisasi diberikan untuk menstimulasi otot, redukasi, melatih 9 fungsi otot, meningkatkan sirkulasi, meregangkan serta mencegah perlengketan. Diberikan 2 minggu setelah onset.
EDUKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Beri obat tetes mata / artifisial tears drop 3x sehari untuk melindungi kornea • Biasakan menutup kelopak mata secara pasif sebelum tidur supaya otot orbicularis oculi terlatih secara pasif, dan melindungi kornea saat tidur • Kompres hangat daerah sisi wajah yang sakit selama 20 menit bila telah melewati stadium akut, 3hari • Masase wajah yang lumpuh kearah atas dengan menggunakan tangan dari sisi wajah yang sehat dengan maksud peberian latihan otot dengan melawan gravitasi • Latihan tiup lilin, berkumur, makan dengan mengunyah disisi yang lumpuh, minum dengan sedotan, mengunyah permen karet
KEPUSTAKAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sidharta P. Bells palsy. Dalam Tata Pemeriksaan Klinis dalam Neurologi. Edisi ke-2. Sastroasmoro S, Trihono PP, Pujiadi A, Tridjaja B, Mulya GD. Dian Rakyat, Jakarta;2007 2. Dillingham TR. Electrodiagnostic Medicine II; Clinical Evaluation and Findings. In: Braddom RL et al. Physical Medicine and Rehabilitation 4th ed. Elsevier Sauders. Philadelphia; 2011.p.209. 3. Committee of Physical Therapy Protocols Office of Physical Therapy Affair Ministry of Health – Physical Therapy Management Facial Nerve Paralysis. Kuwait; 2007 4. Teixeria LJ. Physical therapy for Bells palsy (idiopathic facial paralysis). The Cochrane Collaboration Published by John Wiley, Ltd.2008

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO KRISNARTO

LAMPIRAN 7: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
GAGAL JANTUNG (CHF)	
DEFINISI	Gagal jantung (CHF) adalah suatu keadaan dimana jantung tidak dapat memompakan darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh walaupun aliran darah balik cukup
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh sesak nafas bila melakukan aktivitas • Mengeluh cepat lelah bila melakukan pekerjaan dan berjalan kaki • Edema perifer, edema didapatkan pada tungkai dan membaik bila beristirahat • Takikardi sering terjadi baik saat melakukan aktivitas maupun sedang beristirahat
PEMERIKSAAN FISIK	<p>Dilakukan pemeriksaan tanda vital, tekanan darah, nadi, RR dan suhu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi : penilaian keadaan umum saat istirahat dan selama aktifitas jalan, apakah pasien mengalami sesak nafas, posisi saat beristirahat • Palpasi : palpasi jantung (ictus cordis), v jugularis apakah terjadi peningkatan, pembesaran hepar dan lien (hepatosplenomegali) • Perkusi : didapatkan pembesaran pinggang jantung • Auskultasi : penilaian bunyi jantung (murmur, gallop)
PEMERIKSAAN PENUNJANG	<ul style="list-style-type: none"> • Foto Rontgen thoraks untuk melihat adanya pembesaran jantung atau kardiomegali • Hasil EKG, untuk menilai adanya kardiomegali dan hipertrofi ventrikel kiri
KRITERIA DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> • Sesuai dengan gambaran klinis dan hasil pemeriksaan penunjang • Diagnosis ditegakkan berdasarkan kriteria NYHA
DIAGNOSIS	CHF
DIAGNOSIS BANDING	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia • Asthma bronchial akut • PPOK dengan eksaserbasi akut
TATALAKSANA REHABILITASI	<p>Inpatient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisasi sesuai kelas aktifitas fungsional <ul style="list-style-type: none"> - Functional Capacity 1 > 6 Mets (Metabolik equivalent) - Functional Capacity 2 berkisar 5-6 mets - Functional Capacity 3 berkisar 3-4 mets - Functional Capacity 4 berkisar 1-2 mets • Latihan ROM keempat ekstremitas secara aktif tanpa tahanan, Out patient fase initial (selama 4-6 minggu) <ul style="list-style-type: none"> • Awal latihan dilakukan uji jalan 6 menit untuk menentukan 18 metabolik equivalent setelah rawat inap


	<ul style="list-style-type: none"> • Latihan aerobik jalan dengan intensitas rendah dengan target HR 50% HR maks • Latihan ergocycle 50-60% HR max • Latihan relaksasi Tujuan meningkatkan kelas fungsional menurut NYHA
EDUKASI	<p>Outpatient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase progresif <ul style="list-style-type: none"> - Latihan aerobik jalan ditingkatkan dengan target HR 50% dari HR maks - Latihan ergocycle 60-70% HR maks - Latihan relaksasi • Tujuan meningkatkan kelas fungsional NYHA Lama latihan 6-26 minggu • Outpatient fase pemeliharaan <ul style="list-style-type: none"> - Latihan aerobik sesuai fase progresif - Latihan ergocycle sesuai fase progresif - Latihan relaksasi Tujuan ketahanan aerobik dan toleransi latihan dengan target HR 70% HR maks Lama latihan 52 minggu
KEPUSTAKAAN	<p>Guidlines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Program 3rd ed. American association of Cardiovacular & Pulmonary Rehabilitation. 1999: 19.21.45.</p>

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO KRISNARTO

LAMPIRAN 8: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
CARPAL TUNNEL SYNDROME (CTS)	
DEFINISI	<p>Adalah neuropati akibat kompresi n medianus pada terowongan karpal di pergelangan tangan. Kelainan ini merupakan mononeuropati yang tersering akibat kompresi saraf pada anggota gerak.</p>
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Gejala klasik CTS adalah baal dan parestesi pada digit I, II, III dan setengah lateral digiti IV. Gejala awal berupa terbangun pada malam hari dengan rasa baal atau nyeri pada jari-jari. Gejala pada siang hari biasanya disebabkan oleh aktifitas yang memposisikan pergelangan tangan pada posisi fleksi atau ekstensi berlebihan atau gerakan repetitif yang berlebihan • Gejala nyeri pada sisi volar pergelangan tangan dan pegal pada forearm juga dapat ditemukan. Gejala berkurang dengan mengibas ngibaskan tangan (flick sign) • Gangguan otonom dapat dideskripsikan sebagai adanya edema pada tangan, kulit kering dan dingin. • Pada tahap yang lebih lanjut, rasa baal dirasakan konstan dan gangguan motorik tampak lebih jelas, dengan keluhan kelemahan yang berhubungan dengan prehensi/ kemampuan memegang tangan, sehingga pasien akan menyampaikan bahwa dia sering menjatuhkan benda yang digenggam. • Kesulitan melakukan gerak repetitif seperti mengetik, mengemudi kendaraan roda dua, kesulitan melakukan ADL mengikat tali sepatu, mengancingkan baju dan memasukkan kunci kedalam lubang kunci
PEMERIKSAAN FISIK	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi kedua telapak tangan, dibndingkan antara sisi yang sakit dan sisi yang sehat, perhatikan asimetris eminentia thenar dan hypothenar. Kelemahan pada otot thenar dapat ditest dengan dinamometer atau secara klinis dengan memberikan tahanan pada gerakan abduksi digiti I • Pemeriksaan sensorik dengan diskriminasi 2 titik, merupakan test yang spesifik tetapi tidak sensitif • Test khusus adalah <ul style="list-style-type: none"> - Test phalen (sensitifitas 68%, spesifisitas 73%), Tinel (50%, 77%) , Test phalen dilakukan dengan fleksi pada pergelangan tangan sekitar 90° selama 1 menit, hasil positif akan menimbulkan gejala CTS., Test reserve phalen dilakukan dengan cara serupa tetapi dalam posisi ekstensi - Test tinel dilakukan dengan mengetuk pergelangan tangan

	<p>bagian volar, distal dari wrist crease. Hasil positif bila gangguan sensoris yang menjalar ke daerah yang di inervasi oleh nervus medianus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test kompresi dilakukan dengan penekanan dengan kedua ibujari pada daerah carpal tunnel selama 1 menit 4. Atrofi dan test kekuatan otot abduktor pollicis brevis terbukti sebagai test yang spesifik tapi tidak sensitif
PEMERIKSAAN PENUNJANG	<p>EMG dan gambaran konduksi saraf diperlukan bila tidak terjadi perbaikan dalam waktu 3 bulan penatalaksanaan, terdapat gangguan motorik yang cukup/ kelemahan otot, atrofi otot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Pemeriksaan Fisik • Pemeriksaan Penunjang
DIAGNOSIS	Carpal Tunnel Syndrome (CTS)
DIAGNOSIS BANDING	<ul style="list-style-type: none"> • Radikulopati servikal • Pleksopati brakhial • Neuropati median proksimal • Neuropati ulnar atau radial • Artritis sendi carpal metacarpal • Tendinitis fleksor carpi radialis • Artritis pergelangan tangan
TATALAKSANA REHABILITASI	<p>Tujuan tatalaksana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengurangi nyeri dan kesemutan • Meningkatkan kekuatan otot • Mengoptimalkan kemampuan fungsi tangan <p>Terapi konservatif/ Rehabilitasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi pekerjaan sementara waktu termasuk modifikasi postur • Tendon and nerve gliding exercise • Modalitas Infra red dan diathermy dapat membantu memperbaiki vaskularisasi, mengurangi nyeri dan meningkatkan ROM aktif Pulsed Ultrasound bersama dengan NSAID gel digunakan untuk mengurangi inflamasi (bisa dilakukan salah satu atau kombinasi) • Ortotik • Selama periode istirahat, dilakukan stretching fleksi dan ekstensi pergelangan tangan dan forearm dengan dibantu oleh tangan yang sehat (tendon & nerve gliding exercise) latihan strengthening dapat dilakukan, namun hindari strengthening yang agresif
EDUKASI	Berperan aktif dalam pengobatan, mengurangi pergerakan pergelangan tangan.
KEPUSTAKAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Richardson JK, Craig A. Rehabilitation of patient with neuropathies. 2. In Braddom RL et al. Physical Medicine and Rehabilitation. 4th ed Elsevier Saunders. Philadelphia; 2011. P 1084-5 3. Dellagata EM, Nolan Jr TP. Electromagnetic waves laser, Diathermy and Pulsed Elctromagnetic Fields. In : Michlovitz SL


	<p>et al. Modalities for Theurapeutic Intervention. 5ed. F.A Davis Company. Philadelphia; 2012.p.147-8</p> <p>4. Nadler SF, Schuler S. Cumulative Trauma Disorder. In: DeLisa JL et al. Physical Medicine and Rehabilitation Principles and Practice. 4th ed. Lippincott William and Wilkins. Philadelphia; 2005.p.623-4</p> <p>5. Freeman TL, Johnson EW, Brown DP. Electrodiagnostic Medicine and Clinical Neuromuscular Physiology. In Cuccurullo SJ. Physical Medicine and Rehabilitation Board Review. 4th ed. Demos Medical Publishing. New York;2005.p.401-2</p>
--	---

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO KRISNARTO

LAMPIRAN 9: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
CEREBRAL PALSY	
DEFINISI	Gangguan gerak dan postur yang disebabkan oleh suatu penyakit atau cedera yang bersifat non progresif pada otak yang immature
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Disfungsi motorik kasar dan halus • Gangguan gerak, transfer, ambulasi • Gangguan AKS : makan, minum, berpakaian, toileting, berhias • Gangguan komunikasi • Gangguan psikososial dan vokasional
PEMERIKSAAN FISIK	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlambatan tahapan perkembangan • Gerak dan postur berupa spastik atau diskinetik • Pola jalan • Evaluasi pendengaran • Pemeriksaan tonus dan spastisitas • Refleks primitif yang menetap • Evaluasi komunikasi
PEMERIKSAAN PENUNJANG	Sesuai DPJP Laboratorium darah untuk mencari penyebab seperti infeksi TORCH
KRITERIA DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Pemeriksaan Fisik • Pemeriksaan Penunjang
DIAGNOSIS KERJA	Cerebral Palsy (CP)
DIAGNOSIS BANDING	<ul style="list-style-type: none"> • Proses degenerasi Susunan Saraf Pusat • Miopati • Neuropati • Tumor medula spinalis • Tumor otak • Hidrosefalus • Poliomielitik atipik • Trauma otak atau saraf perifer • Korea sydenham's • Bubdural hygroma • Tumor intracrania
TATALAKSANA	<ul style="list-style-type: none"> • Tujuan Tatalaksana


REHABILITASI	<ul style="list-style-type: none"> - Mampu berkomunikasi untuk dapat mengekspresikan keinginan, pikiran, dan perasaanny secara oral/ verbal dan non oral (melalui isyarat, tulisan atau simbol) - Mampu melaksanakan AKS, seperti merawat diri sendiri, aktifitas makan, defekasi/ miksi, mandi, berdandan dan berpakaian - Mobilitas : kemandirian dalam ambulasi, kemandirian sebagian dalam ambulasi, ketergantungan total dalam ambulasi - Berjalan di dalam rumah, menggunakan kursi roda di luar rumah, mampu berjalan ditempat latihan dengan bantuan orang lain, dan dengan kursi roda pada lokasi lain, mengguakan kursi roda untuk semua aktifitas • Tatalaksana <ul style="list-style-type: none"> - Terapi disfungsi motorik <p>Kombinasi berbagai bentuk tehnikfasilitasi dengan latihan aktifitas motorik fungsional sesuai tahap perkembangan mulai dari kontrol kepala hingga latihan berjalan untuk motorik kasar . Stimulasi gerakan dan ketrampilan tangan sesuai tahapan perkembangan yang sudah/ belum dicapai , Metode inhibisi, fasilitasi, stimulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidroterapi - Casting/ splinting, ortosis Resting atau night splint untuk memelihara ROM, misalnya pada ankle (mencegah plantar fleksi) dan pada pergelangan tangan atau jari tangan untuk stabilisasi AFO Ankle Foot Orthosis, untuk kontrol spastik equinus dan hiperekstensi lutut saat stance phase Hip abduction orthosis, untuk mencegah kontraktur adduktor panggul dan dipasang juga pada pasca operasi adduktor panggul - Tatalaksana gangguan bicara: Stimulasi bahasa, Stimulasi sesuai tingkat perkembangan, Stimulasi perbendaharaan kata kata - Manajemen feeding dan drooling serta gangguan menelan - Terapi psikososial dan edukasional
EDUKASI	Edukasi keluarga dan lingkungan mengenai penanganan dalam hal interaksi keluarga dengan penderita, serta lingkungan yang disesuaikan dengan kebutuhan anak tersebut
KEPUSTAKAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mattews D, Wilson P. Cerebral Palsy. In : Molnar GE (ed) Pediatric Rehabilitation 3rd ed. Philadelphia. Hanley and Belfus Inc. 1999: 193-213. 27 2. Bleck EE. Orthopaedic Management in Cerebral Palsy. Philadelphia. Stanford University School of Medicine. Mac Keith Press, 1987:6-10 3. Erhardt RP. Cerebral Palsy. In: Hopkins HL, Smith HD (ed)

	<p>Willard and Spackman's Occupational Therapy 8th ed. Philadelphia. JB Lippincott Company, 1993:430-443</p> <p>4. Werner, David. Disabled Village Children 2nd ed. Palo alto. The Hesperian Foundation, 1988.</p>
--	--

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



LAMPIRAN 10:KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
FASCIITIS PLANTARIS	
DEFINISI	Overuse injury akibat robekan mikro (microtears) yang berulang pada fascia plantaris. Secara klasik digambarkan sebagai reaksi peradangan lokal.
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri yang tajam pada daerah plantar tumit di dasar insersi fascia ke calcaneus • Nyeri memburuk dengan berdiri atau pada saat langkah awal (menapak saat bangun pagi hari tanpa alas kaki), saat bangkit ke posisi berdiri atau setelah lama duduk
PEMERIKSAAN FISIK	<ul style="list-style-type: none"> • Palpasi menunjukkan adanya nyeri (tenderness) pada daerah fascia di tuberkulum kalkanealis medial, tapi tenderness dapat juga disepanjang plantar fascia • Keterbatasan ROM saat dorsofleksi akibat plantar fascia yang mengalami kekakuan tendon achilles • Dorsofleksi dapat diuji dengan ekstensi lutut (knee straight) peregangan pada m gastroknemius dan pada posisi fleksi lutut untuk membedakan ketegangan pada otot otot gastroknemius atau soleus • Pemeriksaan neurologis harus dapat menggambarkan kekuatan otot normal, sensasi dan refleks tendon dalam, kecuali bila ada neuropati
PEMERIKSAAN PENUNJANG	Radiologi : tampak spur pada calcaneus
KRITERIA DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Pemeriksaan Fisik • Pemeriksaan Penunjang
TATALAKSANA REHABILITASI	<p>Tujuan tatalaksana: Mengurangi nyeri dan memperbaiki biomekanik kaki yang salah</p> <p>Terapi konservatif/ Rehabilitasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada fase akut diberikan cryoterapy • Modalitas Ultrasound Diathermy • Diathermy pada tendon achilles dan gastroknemius / soleus • Infra Red • Shockwave diatermi • Penguatan otot intrinsik kaki • Latihan peregangan • Pemakaian alas kaki yang sesuai dengan bentuk kaki • Silicone heel pad


EDUKASI	Edukasi untuk menghindari aktifitas yang memberatkan, tidak menggunakan high heel dan alas kaki yang keras
KEPUSTAKAAN	<ol style="list-style-type: none">1. Slovick DM, Sokolov. Plantar Fascitis. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD (eds). Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation 2nd ed. Saunders publishing, Philadelphia; 2008: 469-4742. Hansen PA, Willick SE. Musculoskeletal Disorder of the lower limb. In: Bradom RL (ed), Physical Medicine and Rehabilitation, fourth edition, Elsevier Saunders publishing, Philadelphia; 2011: 843-870

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO KRISNARTO

LAMPIRAN 11:KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD KOTA SEMARANG
Nomor : 86 TAHUN 2024
Tanggal : 23 April 2024

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) REHABILITASI MEDIK RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK)	
DEFINISI	Penyakit paru obstruktif adalah penyakit paru yang memiliki karakteristik pada penurunan volume paru yang disebabkan oleh adanya perubahan pada jaringan parenkim paru atau karena adanya proses penyakit pada pleura, dinding dada atau komponen neuromuskuler Beberapa kapasitas paru mengalami penurunan kapasitas yaitu kapasitas total paru, kapasitas vital atau kapasitas paru istirahat Penyakit paru obstruktif adalah gangguan saluran nafas struktural atau fungsional yang menimbulkan perlambatan arus respirasi. Gangguan dapat berupa intraluminal (tumor paru, sumbatan oleh skret, benda asing), ekstraluminal (tumor yang menekan bronkhus, emfisema) ataupun penebalan mukosa (hiperlasia, hipertrofi), bronkhitis kronis, emfisema, asma, bronkiektasis.
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Keluhan utama • Kronologis masalah • Riwayat fungsional (kemampuan berjalan, naik turun tangga) • Riwayat psikososial • Obat/ alergi • Riwayat medik/ operasi • Riwayat keluarga
PEMERIKSAAN FISIK	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan umum • Penilaian fungsi • Penilaian musculoskeletal meliputi penilaian neurologis, pola nafas serta penggunaan otot otot pernafasan tambahan • Kemampuan ekspektorasi, batuk efektif • Skala sesak dgn modifikasi borg scale • Kekuatan otot respirasi
PEMERIKSAAN PENUNJANG	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorium • Foto thoraks
KRITERIA DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Pemeriksaan Fisik • Pemeriksaan Penunjang
DIAGNOSIS KERJA	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
DIAGNOSIS BANDING	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • SOPT (Sindroma Obstruksi Pascatuberculosis) • Gagal jantung • Bronkiektasis

	<ul style="list-style-type: none"> • TB aktif
TATALAKSANA REHABILITASI	<p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan compliance paru dan dinding dada • Mencapai perkembangan paru dan dinding dada yang normal serta mencegah deformitas thoraks pada anak anak • Memperbaiki toleransi latihan • Memperbaiki pola pernafasan • Mengurangi sesak serta mengkoordinasikan pola pernafasan dengan aktifitas kehidupan sehari hari • Tujuan jangka panjangnyabadalah mencegah episode gagal nafas akut saat infeksi paru, menambah daya tahan hidup tanpa trakeostomi <p>Tata Laksana :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian infra red untuk merelaksasikan otot dada bila diperlukan • Latihan batuk efektif dengan metode huffing coughing • Postural drainage, bertujuan untuk mengeluarkan mukus dari seluruh segmen paru dengan menggunakan gaya gravitasi • Perkusi dan Vibrasi • Terapetik exercise, exercise untuk mengatasi sesak nafas bergabung pada active cycle of breathing yang erdiri dari : pursed lips breathing, diaphragmatic breathing dan huffing. Latihan ini diberikan sesuai dengan derajat beratnya. • Latihan atau exercise meliputi, relaksasi, latihan otot dan latihan aerobik <p>Pada penyakit obstruktif paru: Terapi inhalasi menggunakan alat nebuliser</p>
EDUKASI	<p>Nutrisi, asupan nutrisi penting diperhatikan pada pasien dengan gangguan paru. Gejala penyakit paru restriktif seperti kesulitan bernafas, kelelahan dapat berkontribusi terhadap berkurangnya asupan makanan. Penurunan yang berkepanjangan dalam asupan makanan dapat menyebabkan kekurangan gizi dan kehilangan berat badan yang signifikan Psikososial, depresi dan anxietas adalah dua komorbiditi utama yang berhubungan dengan penyakit paru restriksi, seiring dengan penurunan drastis keterbatasan aktifitas fungsional. Panik di hubungkan dengan serangan dyspneu yang berat. Anti depresan dan medikasi dengan anti anxiolitik biasa digunakan sebagai pengobatan penunjang saat konseling dengan psikiater</p>
KEPUSTAKAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sharma sat. Restrictive lung disease. Article. Available from: http://emedicine.medscape.com 2. Nusdwinuringtyas N. Panduan tindakan rehabilitasi respirasi. Jakarta: departemen Rehabilitasi Medik RS Dr Cipto Mangunkusumo.2006.p.49 3. Kohlam, Virginia C, Stulbrg, Michael S. Dyspnea: Assesment and management in Hodgkin, John E: Pulmonary Rahnilitation. Guiedlines to succes; Lippincott Williams &

Wilkins 2000 3rd ed.p57-89

4. Kendric KR, Baxi SC, Smith RM. Usefulness of the modified 0-10 Borg Scale in assesing the degree of dyspnea in patients with COPD and asthma. Journal of emergency nursing. Vo;ume 26, issue 3, pages 216-222, June 2000

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



EKO KRISNANTO