FORMULIR PEMERIKSAAN

Jenis Formulir	**Diisi oleh**
Formulir 2, Inventerisasi Rasa Nyeri Singkat	Pasien
Form 3, Pemeriksaan Awal Nyeri Pasien	Dokter Pemeriksa
Formulir 4, Pemeriksaan Indikator Rasa Nyeri Non – Verbal	Dokter Pemeriksa
Formulir 5, Pemeriksaan Rentang Gerak	Dokter Pemeriksa
Formulir 6, Pemeriksaan Kekuatan Otot	Dokter Pemeriksa
Formulir 7, Pemberian aplikasi obat topikal	Fisioterapi
Formulir 8, Sensasi Termal	Pasien
Formulir 9, Program Fisioterapi & Latihan	Fisioterapi

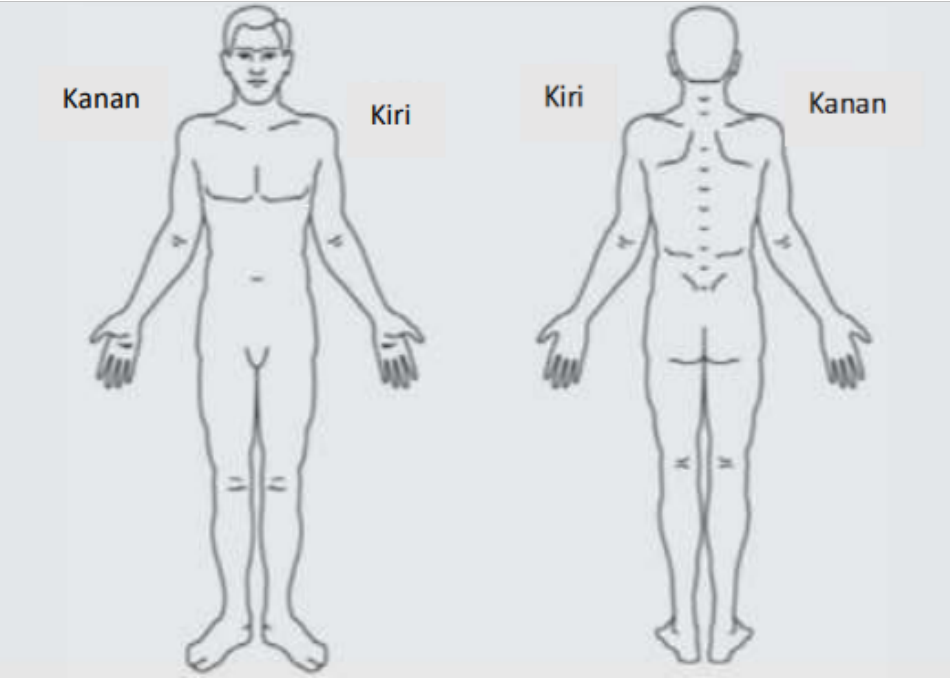
FORMULIR PASIEN

FORMULIR PEMERIKSAAN 2		
INVENTERISASI RASA NYERI SINGKAT		
Nama	:	
Tanggal	:	
Waktu	:	
Kunjungan ke	:	

Isilah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan kondisi yang Anda rasakan hari ini.

Lingkari yang paling mendekati kondisi Anda.

1	**Sepanjang hidup kita, kebanyakan dari kita mengalami rasa sakit dari waktu ke waktu (seperti sakit kepala ringan, terkilir, dan sakit gigi).** **Pernahkah Anda merasakan sakit selain rasa sakit biasa hari ini?**	**:**	**Ya** **Tidak**
2	Pada diagram, area arsir di mana Anda merasakan sakit. Beri tanda X pada area yang sangat sakit		



3 Nilai rasa sakit Anda dengan melingkari salah satu angka yang sangat menggambarkan rasa sakit Anda yang TERBURUK dalam 24 jam terakhir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tidak ada rasa sakit — Rasa sakitnya luar biasa seperti yang bisa Anda bayangkan

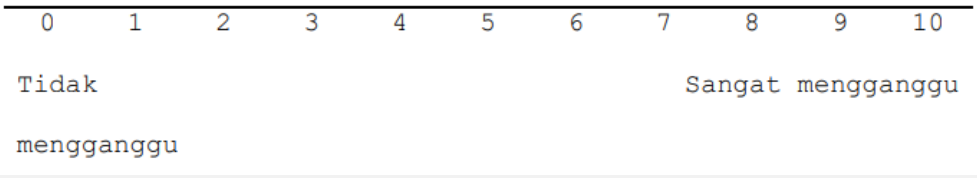
4 Nilai rasa sakit Anda dengan melingkari salah satu angka yang sangat menggambarkan rasa sakit Anda yang PALING RINGAN dalam 24 jam terakhir

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

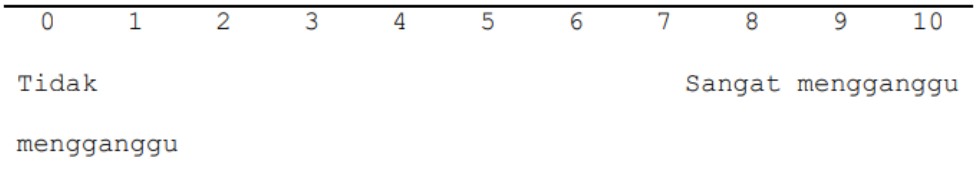
Tidak ada rasa sakit — Rasa sakitnya luar biasa seperti yang bisa Anda bayangkan

5	Nilai rasa sakit Anda dengan melingkari salah satu angka yang sangat menggambarkan rasa sakit Anda RATA-RATA. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tidak ada rasa sakit — Rasa sakitnya luar biasa seperti yang bisa Anda bayangkan		
6	Nilai rasa sakit Anda dengan melingkari salah satu angka yang menggambarkan rasa sakit yang sedang Anda rasakan SEKARANG. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tidak ada rasa sakit — Rasa sakitnya luar biasa seperti yang bisa Anda bayangkan		
7	Pengobatan atau perawatan apa yang Anda terima untuk rasa sakit Anda?	:	
8	Dalam 24 jam terakhir, seberapa banyak rasa sakit tersebut berkurang setelah menerima pengobatan atau perawatan? Lingkari salah satu persentase yang sangat menggambarkan RASA LEGA yang Anda rasakan. 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Tidak berkurang sama sekali — Sepenuhnya Hilang		
9	Lingkari salah satu angka yang menggambarkan bagaimana, selama 24 jam terakhir, rasa sakit mengganggu Anda dalam :		

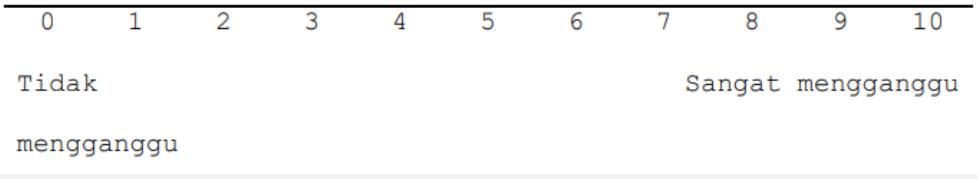
A. Kegiatan sehari-hari:



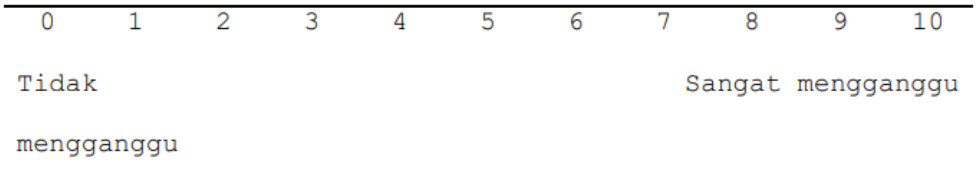
B. Suasana hati:



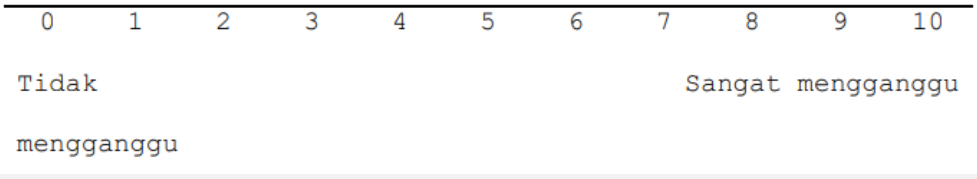
C. Kemampuan berjalan:



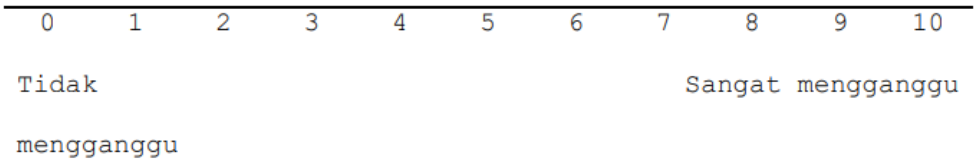
D. Pekerjaan biasa (termasuk bekerja di luar rumah dan pekerjaan rumah):



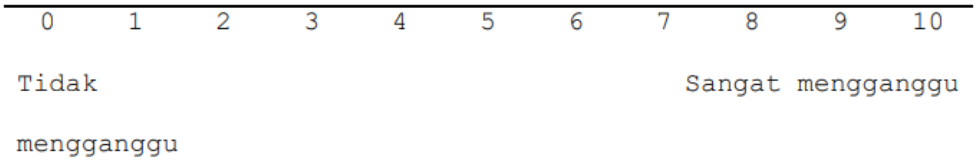
E. Hubungan dengan orang lain:



F. Tidur:



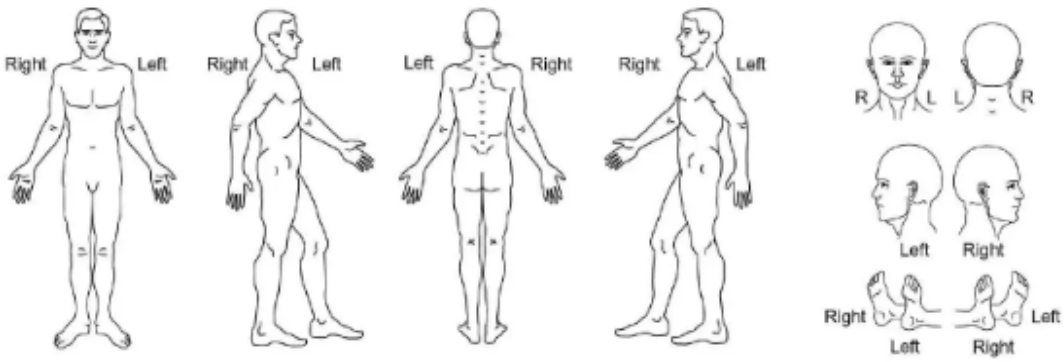
G. Kesenangan hidup:



Paraf Pasien: _____ Tanggal : ____

FORMULIR DOKTER PEMERIKSA

FORMULIR PEMERIKSAAN 3		
PEMERIKSAAN AWAL RASA NYERI		
Nama	:	
Tanggal	:	
Waktu	:	
Kunjungan ke	:	

1	Lokasi rasa nyeri 
2	Pemeriksaan intensitas dan karakter rasa nyeri 1. Serangan dan pola sementara : • Kapan Anda mulai merasakan sakit?

- Seberapa sering rasa sakit itu muncul?
- Apakah ada perubahan dalam intensitasnya?

2. Lokasi
    - Dimana Anda merasakan sakitnya?
    - Apakah dirasakan lebih dari satu titik?

3. Keterangan
    - Bagaimana rasa sakit yang Anda rasakan?
    - Bagaimana cara Anda menjelaskan rasa sakit tersebut?

4. Intensitas

Dalam skala 0 hingga 10, dengan 0 berarti tidak sakit sama sekali dan 10 berarti rasa sakit terburuk yang dapat Anda bayangkan,

- Berapa skalanya saat ini?
- Berapa skalanya ketika Anda merasa sangat sakit?
- Berapa skalanya ketika Anda merasa sakitnya di saat terbaik?

5. Faktor yang melemahkan dan meringankan –
    - Apa yang meringankan rasa nyeri Anda?
    - Apa yang memuaskan rasa sakit Anda?

6. Perawatan sebelumnya –
    - Jenis pengobatan apa yang pernah Anda lakukan untuk meringankan rasa nyeri Anda?
    - Apakah pengobatan itu efektif?

7. Efek –
    - Bagaimana rasa nyeri tersebut mempengaruhi fungsi fisik dan sosial Anda?

3	Pemeriksaan psikososial	
4	Pemeriksaan fisik dan neurologi	

Paraf Dokter Pemeriksa : _____ **Tanggal :** _____

FORMULIR DOKTER PEMERIKSA

FORMULIR PEMERIKSAAN 4		
PEMERIKSAAN INDIKATOR RASA NYERI NON-VERBAL		
Nama	:	
Tanggal	:	
Waktu	:	
Kunjungan ke	:	

Penilaian:

- Beri nilai 0 jika perilakunya tidak teramati.
- Beri nilai 1 jika perilaku muncul secara singkat selama beraktivitas atau sedang beristirahat.

Jumlah angka indikasi dihitung untuk perilaku yang diamati :

- saat sedang beristirahat,
- dalam pergerakan, dan
- keseluruhan.

Tidak ada batas nilai yang jelas dalam menunjukkan tingkat keparahan suatu rasa nyeri; sebaliknya, keberadaan perilaku apa pun dapat menjadi indikasi suatu rasa sakit, menjamin penyelidikan pengobatan, dan pengawasan lebih lanjut dari para praktisi

TIDAK	Perilaku	Saat beraktivitas	Saat beristirahat
1	Keluhan vokal: nonverbal (Menghela napas, terkesiap, erangan, menggeram, menangis)		
2	Ekspresi Wajah/Meringis (Alis berkerut, mata membuka, gigi terkatup rapat, bibir mengatup, mulut menganga, ekspresi terdistorsi)		
3	Bersiap (Mencengkeram atau berpegangan pada mebel, perkakas, atau area yang terdampak selama bergerak)		
4	Gelisah (Terus atau sesekali berganti posisi, memutar, tangan bergerak sesekali atau terus menerus, tidak bisa diam)		
5	Menggosok (Memijat bagian yang terdampak)		
6	Keluhan vokal: verbal (Ucapan mengekspresikan ketidaknyamanan atau rasa sakit (misalnya; “aduh”, “sakit”); mengumpat saat bergerak; berseru atau protes [misalnya, “berhenti”, “cukup”]		
	Nilai total		

Paraf Dokter Pemeriksa : _____ **Tanggal :** _____

FORMULIR DOKTER PEMERIKSA

FORMULIR PEMERIKSAAN 5		
PEMERIKSAAN RENTANG GERAK		
Nama	:	
Tanggal	:	
Waktu	:	
Kunjungan ke	:	

S
HAI
A
P

Paraf Dokter Pemeriksa : _____ **Tanggal :** _____

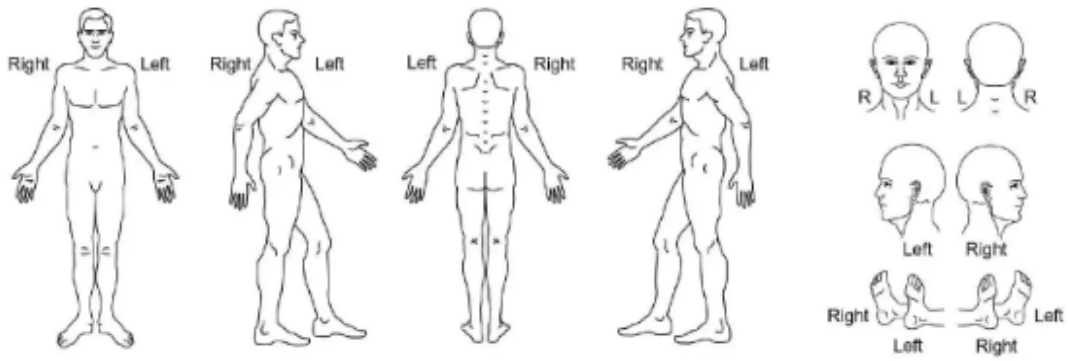
FORMULIR DOKTER PEMERIKSA

FORMULIR PEMERIKSAAN 6		
PEMERIKSAAN KEKUATAN OTOT		
Nama	:	
Tanggal	:	
Waktu	:	
Kunjungan ke	:	

S
HAI
A
P

Paraf Dokter Pemeriksa : _____ **Tanggal :** _____

FORMULIR FISIOTERAPIS

PEMBERIAN OBAT TOPIKAL		
NOMOR OBAT TOPIKAL YANG DIBERIKAN :		
Nama	:	
Tanggal	:	
Waktu	:	
Kunjungan ke	:	
Lokasi area pengaplikasian obat topikal 		
Sebelah Kiri / Kanan	:	

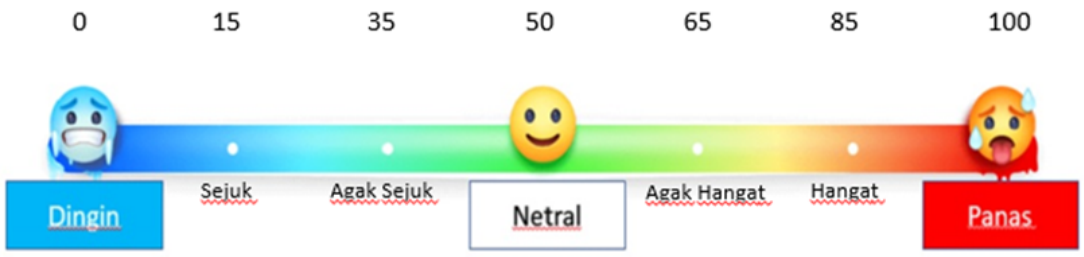
Paraf Fisioterapis : _____ Tanggal : _____

FORMULIR PASIEN

FORMULIR PEMERIKSAAN 7		
PEMERIKSAAN SENSASI TERMAL (ASHRAE)		
Nama	**:**	
Tanggal	**:**	
Waktu	**:**	
Kunjungan ke	**:**	

Sensasi Termal

Mohon lingkari skala berikut yang sesuai dengan yang Anda rasakan setelah diaplikasikan obat topikal



Reference:M. Schweiker, M. André and F. Al-Atrash et al. / Energy & Buildings 211 (2020) 109761

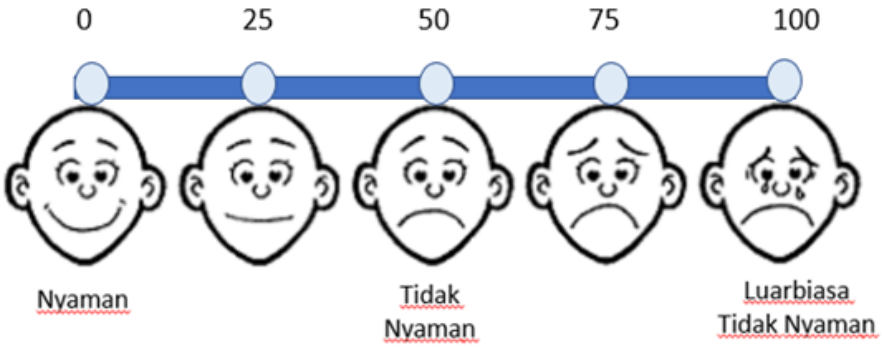
Sensasi termal tersebut dirasakan dalam waktu :

_____ Menit

_____ Detik

Kenyamanan setelah aplikasi obat topikal

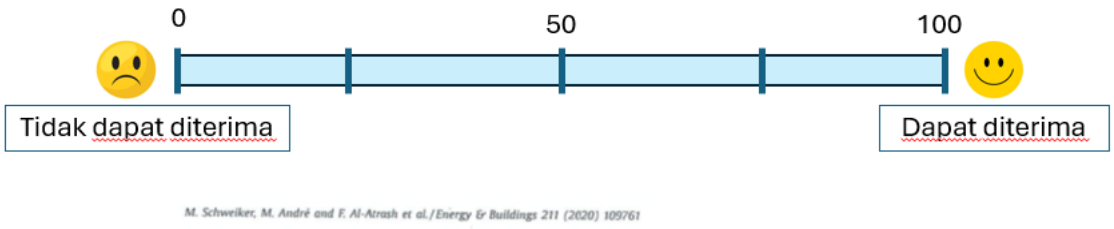
Mohon lingkari skala berikut yang sesuai dengan yang Anda rasakan setelah diaplikasikan obat topikal



Reference:M. Schweiker, M. André and F. Al-Atrash et al. / Energy & Buildings 211 (2020) 109761

Penerimaan sensasi termal yang diterapkan secara topikal

Mohon lingkari skala berikut yang sesuai dengan yang Anda rasakan setelah diaplikasikan obat topikal

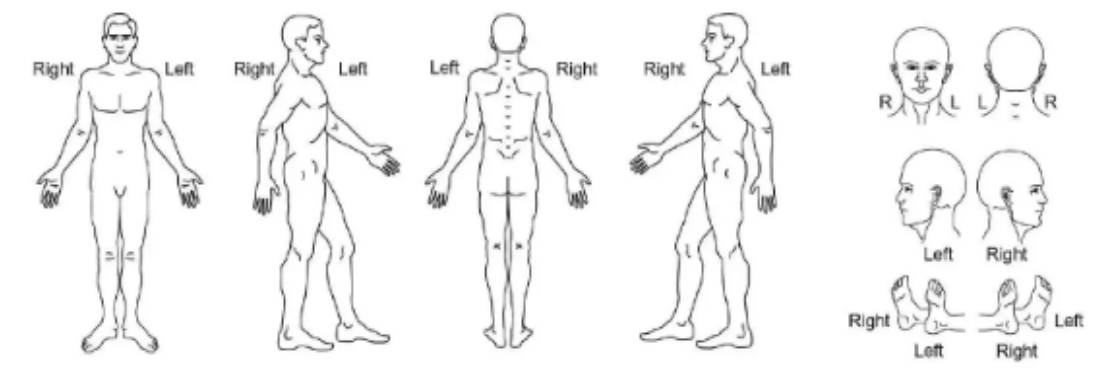


M. Schweiker, M. André and F. Al-Atrash et al./Energy & Buildings 211 (2020) 109761

Paraf Pasien : _____ Tanggal : ____

FORMULIR FISIOTERAPIS

PROGRAM FISIOTERAPI DAN LATIHAN		
Nama	**:**	
Tanggal	**:**	
Waktu	**:**	

Kunjungan ke	**:**	
Lokasi area nyeri  		
Sebelah Kiri / Kanan	**:**	
Program fisioterapi yang dilakukan	**:**	
Program latihan yang dilakukan	**:**	

Paraf Fisioterapis : _____ Tanggal : _____

Lampiran 2

PROGRAM FISIOTERAPI STANDAR UNTUK PARTISIPAN

Diagnosa	**OSTEOARTRITIS**
Program Terapi & Latihan	**Waktu Pengerjaan (menit)**

Latihan Peregangan: Peregangan otot paha belakang, Peregangan otot betis, Peregangan otot paha depan **Latihan Isometrik:** Isometris kuadrisep	Tahan selama 15 detik, dilakukan sebanyak 3 set Tahan selama 15 detik, dilakukan sebanyak 3 set
Terapi Manual: Pemijatan pada area otot yang kaku dan tegang	Dilakukan oleh Fisioterapi selama 10-15 menit
Terapi modalitas: TENS (Stimulasi Saraf Listrik Transkutan) Penggunaan Ultrasound	 Dilakukan selama 15 menit Dilakukan selama 10 menit
Terapi tambahan jika pasien datang dalam keadaan bengkak: Terapi Es, kompres	 Dilakukan selama 15 menit

Diagnosa	**PERGELANGAN KAKI TERKELILING**
Program Terapi & Latihan	**Waktu Pengerjaan (menit)**
Latihan Rentang Gerak: Mobilisasi anteroposterior sendi talokrural **Latihan isometris:** Dorsofleksi, plantarfleksi, inversi dan eversi menggunakan penahan	10 repetisi, 3set Tahan 10 detik, 3set
Terapi Manual:	Dilakukan oleh Fisioterapi selama 10-15 menit

Pemijatan pada area otot yang kaku dan tegang	
Terapi modalitas: TENS (Stimulasi Saraf Listrik Transkutan) Penggunaan Ultrasound	 Dilakukan selama 15 menit Dilakukan selama 10 menit
Terapi tambahan jika pasien datang dalam keadaan bengkak: Terapi Es, kompres Pompa Pergelangan Kaki	 Dilakukan selama 15 menit Dilakukan 10 repetisi, dilakukan sebanyak 3set

Diagnosa	**TENDINITIS PATELA**
Program Terapi & Latihan	**Waktu Pengerjaan (menit)**
Latihan Fleksibilitas: Fleksibilitas fleksor pinggul dan paha depan Mobilitas lumbosakral **Latihan Isometrik:** Quadriceps isometrik **Latihan Penguatan:** Penculikan Berbaring Samping, Cangkang Kerang, Hipe Kenaikan Satu Kaki	Dilakukan 3 set 15 repetisi Tahan 10 detik, dilakukan 3set Dilakukan 3 set 15 repetisi
Terapi Manual: Pemijatan pada area otot yang kaku dan tegang	Dilakukan oleh Fisioterapi selama 10-15 menit
Terapi modalitas: TENS (Stimulasi Saraf Listrik Transkutan)	 Dilakukan selama 15 menit

Penggunaan Ultrasound	Dilakukan selama 10 menit
Terapi tambahan jika pasien datang dalam keadaan bengkak: Terapi Es, kompres	 Dilakukan selama 15 menit

Diagnosa	**SIKU TENIS**
Program Terapi & Latihan	**Waktu Pengerjaan (menit)**
Latihan Rentang Gerak: Rentang gerak sendi siku pasif dan aktif **Latihan Isometris:** Fleksor/ekstensor pergelangan tangan	Dilakukan 10-12 repetisi, 3set Tahan 10 detik, dilakukan 3 set
Terapi manual: Pemijatan pada area otot yang kaku dan tegang	Dilakukan oleh Fisioterapi selama 10-15 menit
Terapi modalitas: TENS (Stimulasi Saraf Listrik Transkutan) Penggunaan Ultrasound	 Dilakukan selama 15 menit Dilakukan selama 10 menit
Terapi tambahan jika pasien datang dalam keadaan bengkak: Terapi Es, kompres	 Dilakukan selama 15 menit

Diagnosa	**SAKIT PUNGGUNG**
Program Terapi & Latihan	**Waktu Pengerjaan (menit)**
Latihan Isometris: Isometrik Perut	Tahan selama 10 detik, Dilakukan sebanyak 3 set

Latihan Peregangan: Lutut ke Dada (tunggal & ganda), Putaran Pelvis, Jembatan Paha Belakang, Kucing & Unta, Kobra & Childpose	Tahan selama 15 detik, dilakukan sebanyak 3 set
Terapi manual: Pemijatan pada area otot yang kaku dan tegang	Dilakukan oleh Fisioterapi selama 10-15 menit
Terapi modalitas: TENS (Stimulasi Saraf Listrik Transkutan) Penggunaan Ultrasound	Dilakukan selama 15 menit Dilakukan selama 10 menit