



LAPORAN STATUS KLINIK D III FISIOTERAPI

FISIOTERAPI PULMONAL

Program Studi Fisioterapi

Nomor Urut : / /

MA MAHASISWA : ANNICA NURBAITY
M. : J100K007H
MPAT PRAKTIK : BBKPM SURABAYA
MBIMBING : _____

tanggal Pembuatan Laporan : 20 Januari 2018

KETERANGAN UMUM PENDERITA

Nama : Bp. Keman
Umur : 83 Tahun / 23 Maret 1938
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Agama : Islam
Pekerjaan : Pensiunan PNS
Alamat : Jarak Pakrik RT 03/01 Jarak Indohargo
Cragen
No RM : 196430

DATA-DATA MEDIS RUMAH SAKIT

A. DIAGNOSIS MEDIS:

tgl, 30 Maret 2017

Bronchitis Kronis

B. CATATAN KLINIS (medika mentosa, hasil lab, EKG, Foto rontgen, CT-Scan, catatan operasi, spirometri, analisa gas darah, dll yang terkait dengan permasalahan fisioterapi)

Medika Mentosa	Hasil Rontgen, 16 November 2017
NAC 2 x 1	Dr. Sri Sumiyati, Sp.Rad
Salbutamol 1 mg 2 x 1	di BBKPM
Aminopilin 7 gr 2 x 1	Cor: membesar
mp 2 x 1	Pulmo: Corakan vaskuler kasar
Cefixim 3 x 1 100 mg	infiltrat (-)
Cefradoksil 0-01	Diaphragma dan sinus normal
	kesan: Kardiomegali

Hasil Rontgen, 10 Februari 2016

Bronchitis

Dr. Sri Sumiyati Sp. Rad

di BBKPM

Hasil Lab, 16 November 2017

Cor: Membesar

Laboratorium Klinik BBKPM Surabaya

Pulmo: Corakan vaskuler kasar infiltrat (-)

Cholesterol total 181,6 mg/dL < 200,0

Diaphragma dan sinus normal

Trigliserida 64,99 mg/dL < 150,00

kesan: Kardiomegali

Cholesterol HDL 40 mg/dL

Bronchitis

LDL 129 mg/dL

C. TERAPI UMUM (GENERAL TREATMENT):

- Medika mentaka, nebulizer = meftin dan flutetide
- Fisioterapi

D. RUJUKAN FISIOTERAPI DARI DOKTER:

Dari Dr. Nings Triastika Hartika, Sp.P, mohon untuk pasien atas nama Bapak kemas dengan diagnosis Bronchitis kronis harap diberikan fisioterapi

SEGI FISIOTERAPI

A. PEMERIKSAAN SUBYEKTIF

1. KELUHAN UTAMA:

- a. Sesak napas $\textcircled{Y}/T$: saat tertidur lama tidur tertentang
- b. Batuk $\textcircled{Y}/T$: saat bangun di pindah posisi
- c. Dahak $\textcircled{Y}/T$: saat batuk, namun tidak setiap batuk pasien mengeluarkan dahak.
- d. Mengi $\textcircled{Y}/T$: saat -
- e. Nyeri dada $\textcircled{Y}/T$: saat sakit

2. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG:

Dihak keluarga melihat pasien sesak batuk dan napas terengah-engah sejak 3 bulan yang lalu, kemudian pihak keluarga langsung berinisiatif untuk membawa pasien berobat ke BPM. Untuk intensitas batuk setiap pasien di pindah posisi dan miring kanan menjadi miring kiri, dari tidur ke duduk, dari tempat tidur ke kursi roda.

3. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU:

Pasien pada umur 73 tahun terserang stroke yang menyebabkan pasien sulit untuk berjalan dan tidak dapat lagi mengerjakan semua kegiatan diri, sehingga untuk kegiatan karena terdapat gerakan walaupun sedikit, kemudian pasien hanya mampu untuk berbaring serta duduk bersandar dengan bantuan, kemudian 2 tahun terakhir ini pasien sering batuk-batuk dan sesak napas.

4. RIWAYAT PRIBADI:

Pasien dulunya merupakan seorang pekerja aktif, yang dalam sehari mampu untuk menghabiskan 8 batang rokok. Namun pada umur 55 tahun telah berhenti.

5. PENYAKIT PENYERTA:

- | | |
|------------------|--------------------|
| - DM (-) | - kardiomegali (+) |
| - hipertensi (+) | - kolesterol (-) |
| - Stroke (+) | |

6. RIWAYAT KELUARGA:

Tidak Ada

7. STATUS SOSIAL:

(Lingkungan kerja, tempat tinggal, aktivitas rekreasi dan di waktu senggang, aktivitas sosial)

- lingkungan kerja : pasien dulunya seorang PNS, disana banyak rekan kerja yang merokok sehingga pasien terpapar asap rokok, namun untuk saat ini pasien sudah pensiun dan tidak bekerja lagi.
- lingkungan tempat tinggal : pasien tinggal bersama anak bungsu perempuan beserta menantu, dan untuk di rumah tersebut tidak ada yang merokok, dan rumah selalu bersih
- Untuk di waktu senggang saat ini pasien hanya bisa menonton dan duduk di atas kursi roda akibat stroke yang diderita.
- Aktivitas sosial pasien sudah tidak mampu untuk mengikuti kegiatan sosial apapun

B. PEMERIKSAAN OBYEKTIF

1. PEMERIKSAAN TANDA VITAL

- | | | |
|----|---------------|-------------------|
| a) | Tekanan darah | : 150/100 mmHg |
| b) | Denyut Nadi | : 98 kali / menit |
| c) | Pernapasan | : 25 kali / menit |
| d) | Temperatur | : 36 °C |
| e) | Tinggi Badan | : 163 cm |
| f) | Berat Badan | : 45 kg |

2. INSPEKSI

a. Respiratori equipment:

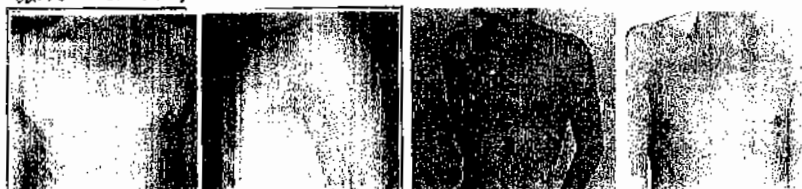
Tidak ada

Postur tubuh kyphosis saat duduk, dan pasien mengalami kelemahan AGA dan AEB akibat stroke tsb.

Untuk transfer ambulasi pasien tidak dapat melakukan secara mandiri dan membutuhkan bantuan dari orang lain.

b. Bentuk dada : (Gar-Bar, Normal/ Barrel Chest, Pigeon Chest, dll)

Barrel Chest



c. Pola Pernafasan : (Normal, Prolonged expiration, pursed lip breathing)

Pasien bernapas dengan pola prolonged expiration yaitu ekspirasi lebih panjang dibandingkan inspirasi.

d. Clubbing finger ☒ T

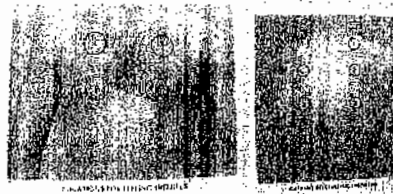


Terdapat clubbing finger pada jari-jari tangan pasien

3. PALPASI :

a. Ekspansi thoraks R/L : Memurun / Menurun (Normal, menurun)

b. Vocal Fremitus (Normal, meningkat, menurun, hilang)



Tidak dilakukan, karena pasien tidak mampu berbicara akibat stroke yang dideritanya.

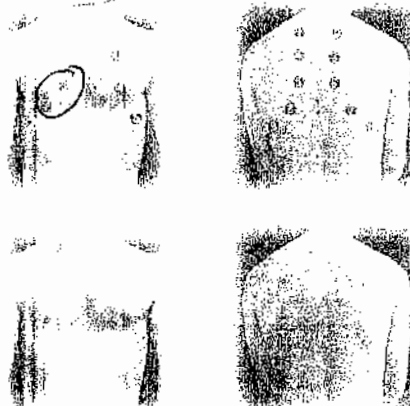
c. Spasme otot pernapasan (disebutkan nama otot) m. SCM dan m. upper trapezius

d. Nyeri tekan (+/-), lokasi dimana?)

Nyeri tekan pada m. upper trapezius, karena pasien tidak dapat berbicara maka penitiran yang digunakan adalah wofe baker faces scale = 6

4. PERKUSI :

(Sonor, Hypersonor, redup, pekak)



Pada area nomor 3 dan 7 terdengar redup

5. AUSKULTASI :

a. Suara napas

Ronchi (+)

Wheezing (-)

b. Letak Sputum

Tidak dilakukan auskultasi, sputum tertetap pada lobus medial dextra, pada nomor 3 dan 7.



✓ 6. PEMERIKSAAN FUNGSI GERAK DASAR (sendi bahu, leher, dada)

a. Gerak Aktif:

b. Gerak Pasif:

c. Gerak isometrik:

Tidak dilakukan

7. PEMERIKSAAN EKSPANSI THORAKS

Lokasi	Inspirasi	Ekspirasi	Seluruh
Axilla	87	86	1 cm
ICS	85,5	84	1,5 cm
Prox. Xiphoides	83,5	82,5	1 cm

8. PEMERIKSAAN SESAK NAPAS (VAS, BORG Scale)

- saat duduk berbaring = 3 (Sesak sedang)
- saat tidur terlentang terlalu lama = 5 (Sesak berat)
- saat tidur miring = 4 (Sesak sedang berat)

9. PEMERIKSAAN NYERI

Adanya nyeri tekan pada m. upper trapezius, diukur dengan water baker finger, skala = 6

an fungsi Gerak Dasar (Sendi Bahu, Leher, Dada)

Aktif

i	Gerakan	Hasil Pemeriksaan		
		Gerakan	Hyeni	Full ROM
Dextra	- Flexi	+	+	-
	- Ekstensi	-	+	-
	- Abduksi	+	+	-
	- Adduksi	-	+	-
	- Endo Rotasi	-	-	-
	- Ekso Rotasi	-	-	-
	- Degresi	-	-	-
	- Elevasi	-	-	-
Sinistra	- Flexi	-	-	-
	- Ekstensi	-	-	-
	- Abduksi	-	-	-
	- Adduksi	-	-	-
	- Endo rotasi	-	-	-
	- Ekso Rotasi	-	-	-
	- Degresi	-	-	-
	- Elevasi	-	-	-
K	- Flexi	+	+	-
	- Ekstensi	+	+	-
	- Rotasi dextra	+	+	-
	- Rotasi sinistra	+	+	-
	- Side flexi dextra	+	+	-
	- Side flexi sinistra	+	+	-
st	- Protraksi	-	-	-
	- Retraksi	-	-	-

Pasif

i	Gerakan	Hasil Pemeriksaan	
		Hyeni	Full ROM
K	- Flexi	+	+
	- Ekstensi	+	-
	- Rotasi dextra	+	+
	- Rotasi sinistra	+	+
	- Side flexi dextra	-	-
	- Side flexi sinistra	-	-
t	- Protraksi	-	+
	- Retraksi	-	+

10. PEMERIKSAAN SPIROMETRI

Tidak Ada

11. PEMERIKSAAN PANJANG OTOT (m. pectoralis mayor dan minor, m. SCM, m. upper trapezius)

Tidak dilakukan

12. PEMERIKSAAN KOGNITIF, INTRAPERSONAL DAN INTERPERSONAL

↳ Kognitif : Pasien sudah tidak mampu lagi menentukan perjalanan penyakit dan awal hingga saat ini.

↳ Intrapersonal : komunikasi pasien dengan terapis kurang karena pasien tidak bisa mengungkapkan apa yang dirasakan dengan kata-kata, sehingga hanya bisa dilihat dari ekspresi yang ada.

↳ Interpersonal : Pasien sangat tidak suka ketika di terapi, atau pasien menunjukkan rasa menentang untuk di sentuh oleh terapis

13. PEMERIKSAAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL (Pemeriksaan toleransi aktivitas)

↳ Camptorm, Index Barthel dan The London Ctest Activity of Daily Living Scale.

DIAGNOSIS FISIOTERAPI

a. Impairment

↳ Adanya sesak napas

↳ Adanya nyeri tekan pada m. uppertrapezius

↳ Adanya penurunan ekspansi sangkar thorax

↳ Adanya Sputum

b. Functional Limitation

↳ Pasien sudah tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, melainkan membutuhkan bantuan orang lain.

c. Disability

↳ Pasien tidak mampu untuk kembali melakukan aktivitas apapun.

PROGRAM/RENCANA FISIOTERAPI

1. Tujuan

a. Jangka Pendek

- Mengurangi sesak napas
- Mengeluarkan sputum
- Menurunkan nyeri tekan pada m. uppertrapezius

b. Jangka Panjang

- Meningkatkan ekspansi sangkar thorax
- Meningkatkan kualitas hidup pasien

2. TEKNOLOGI INTERVENSI

a. Teknologi Fisioterapi:

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Nebulizer | 4. BE (Batuk efektif) |
| 2. Stretching | 5. lat Pernapasan (diaphragma + pursed lip breathing) |
| 3. PD (Postural drainage) | |

b. Edukasi:

- ↳ Memberikan penyuluhan untuk ahli keluarga agar membantu pasien untuk terapi mandiri di rumah dengan menggunakan AKA dan AOB secara pasif dan melakukan gerakan peregangan untuk otot pernapasan
- ↳ Memperbanyak konsumsi air putih
- ↳ Menjaga kebersihan rumah

3. RENCANA EVALUASI

- ↳ Mengukur kembali derajat sesak napas setelah diberikan tindakan
- ↳ Melakukan asistensi fisio kali

3) Melakukan pengukuran kembali derajat nyeri tekan pada m. uppertrapezius setelah dilakukan tindakan.

PENATALAKSANAAN FISIOTERAPI:

1. Hari: Rabu Tgl: 10 Januari 2018

Sebelum pemberian intervensi terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan vital

Tiga : TD : 150 / 100 mmHg

PR : 30 kali / menit

HR : 115 kali / menit

a. Nebulizer

- posisi pasien : Posisi half lying dengan menaikan bed sampai mendapat posisi nyaman

- posisi terapis : Terapis berada di dekat pasien

- penatalaksanaan

Ditawali dengan memasukkan obat (Bricasma) ke dalam tabung, kemudian sambungkan ujung selang ke alat nebulizer dan ujung selang lainnya di sambungkan dengan masker lalu pasang masker pada pasien. Setelah itu nyalakan dengan menekan tombol ON. Tunggu hingga obat habis kemudian matikan alat dan lepaskan masker dari pasien dan alat.

- Time : ± 10 - 15 menit

- Dors : 1 x tiap hari

2. Hari : Selasa Tgl : 16 Januari 2018

Pemeriksaan vital tiga

TD : 160 / 110 mmHg

PR : 33 kali / menit

HR : 108 kali / menit

a. Nebulizer

Sama dengan terapi pertama, bedanya hanya obat nebu (meptin dan flixotide)

b. Stretching m. uppertrapezius

- posisi pasien : Posisi duduk rileks di atas kursi roda

- posisi terapis : Terapis berada di dekat pasien

- penatalaksanaan

Ditawali dengan melakukan gerakan menoleh ke kanan - kiri atas maupun bawah secara pass, baru kemudian posisi kan kepala menghadap serong kanan lalu fundukan ke bawah lakukan stretching atau peropangan hitungan 1 x 8.

kemudian lakukan juga dengan posisi kepala serong kiri dengan hitungan 1 x 8 juga.

c. latihan pernapasan (diaphragma breathing dan pursed lip breathing)

- posisi pasien : duduk rileks di atas kursi roda

- posisi terapis : berada di dekat pasien

- Penatalaksanaan

Diajari dengan menjelaskan instruksi dan memberikan contoh cara melakukan diaphragma + pursed lip breathing.

Instruksiya yaitu tarik napas kembungkan perut kemudian hembuskan dengan mulut lalu kempiskan perut dan posisi mulut mengecil. kemudian minta pasien untuk melakukan sesuai instruksi yang sudah diberikan, lakukan pengulangan 3 x

- Dosis : 1 x terapi 3 x pengulangan.

3. Hari : Selasa Tgl : 23 Januari 2018

Pemeriksaan vital sign :

TD : 150 / 100 mmHg

PR : 28 kali / menit

HR : 116 kali / menit

a. Nebulizer

- Sama seperti pemberian pada terapi ke 2
dan dengan obat Meptin dan Flutotide

b. Postural drainage

- Posisi pasien : Posisi prone lying ke kiri dengan kepala tanpa sandaran bantal dan pada thorax bagian lateralnya di bentan bantal agar kepala lebih rendah.

- Posisi terapi : Benda di dekat pasien

- Penatalaksanaan

Pasien setelah pada posisi tersebut kemudian lakukan tepukan ringan pada dada dan punggung pasien.

- Time : sampai pasien mulai ada batuk dan mengeluarkan sputum (± 10-15 menit)

c. Batuk efektif

- Posisi pasien : Duduk rileks pada kursi roda

- Posisi terapi : Berada di dekat pasien

- Penatalaksanaan

Instruksi pasien untuk tarik napas lewat hidung kemudian hembuskan lewat mulut, kemudian lakukan 2 x pengulangan dan pengulangan yang ke 3 dilakukan batuk ketika menghembuskan.

4. Hari : Senin Tgl : 29 Januari 2018

Pemeriksaan vital sign :

TD : 160 / 100 mmHg

PR : 27 kali / menit

HR : 110 kali / menit

a. Nebulizer

Obat : Meptin dan Flutotide

b. Postural drainage (Sama seperti saat terapi ke 3)

c. Batuk efektif (sama dengan T3)

d. Latihan Pernapasan (sama dengan T2)

G. EVALUASI:

1. Sesak napas, Skala Borg

Terapi	Skala Borg
T ₀	6
T ₁	5
T ₂	5
T ₃	4
T ₄	4

2. Nyeri leher m. uppertrapezius (Wong Baker Scale)

Terapi	Wong Baker
T ₀	6
T ₁	6
T ₂	4
T ₃	4
T ₄	4

3. Setelah dilakukan treatment maka dilakukan evaluasi untuk sputum dengan melakukan tembak austuffa, dan masih terdengar swartz ronchi pada tempat yang sama dari awal pemeriksaan, mulai dari T_0 hingga T_4

HASIL TERAPI TERAKHIR :

Pasien a/n Bp. Ferman, usia 30 tahun dengan diagnosis Bronkitis kronis, dengan keluhan napas terengah-engah dan sering batuk. Setelah diberikan intervensi berupa Nebulizer, stretching, postural drainage, latihan pernapasan, dan batuk efektif. Didapatkan hasil perubahan penurunan berat napas, penurunan nyeri tekan dan masih adanya sputum.

CATATAN PEMBIMBING PRAKTEK:

Surakarta, 26 Januari 2018

PEMBIMBING



(Fatmahan Solistyawati)
NIP/NIK. 197903292005012011

C. CATATAN TAMBAHAN:

LAMPIRAN FORM PEMERIKSAAN THE LONDON CHEST ACTIVITY OF DAILY LIVING SCALE

NAMA : Bp. kemas

TANGGAL LAHIR : 28 Maret 1938

APAKAH KAMU TINGGAL SENDIRIAN Yes ☐ No ☒ (Beri tanda ✓)

Silakan beritahu kepada kami dengan memberikan tanda (X) seberapa Anda sesak nafas selama beberapa hari terakhir ketika melakukan kegiatan sebagai berikut :

PERAWATAN DIRI						
Mengeringkan tubuh	☒	1	2	3	4	5
Berpakaian pada tubuh bagian atas	☒	1	2	3	4	5
Meletakkan sepatu/kaos kaki	☒	1	2	3	4	5
Mencuci rambut	☒	1	2	3	4	5
AKTIVITAS RUMAH TANGGA						
Merapikan tempat tidur	☒	1	2	3	4	5
Mengganti lembaran	☒	1	2	3	4	5
Mencuci jendela/tirai	☒	1	2	3	4	5
Membersihkan debu	☒	1	2	3	4	5
Mencuci	☒	1	2	3	4	5
Menyapu	☒	1	2	3	4	5
FISIK						
Berjalan menaiki tangga	☒	1	2	3	4	5
Membungkuk	☒	1	2	3	4	5
WAKTU LUANG						
Berjalan didalam rumah	☒	1	2	3	4	5
Pergi bergaul dengan lingkungan sekitar/ bersosialisasi	☒	1	2	3	4	5
Melakukan pembicaraan dengan orang lain/ mengobrol	☒	1	2	3	4	5

Seberapa besar pernafasan anda mempengaruhi anda dalam melakukan aktivitas normal Anda sehari-hari ?

Banyak ☒ Sedikit ☐ Tidak Semuanya ☐ (Berilah tanda ✓ pada kotak)

Keterangan :

Kuesioner ini dirancang untuk mengetahui apakah ada kegiatan yang tidak dapat Anda lakukan dikarenakan Anda merasa sesak nafas, dan bagaimana hal-hal yang masih Anda lakukan, yang membuat Anda sesak nafas. Berikut merupakan klasifikasi nilai dari The London Chest Activity Daily Of Living Scale :

Nilai	Keterangan
0 tidak akan melakukan	Jika Anda tidak melakukan suatu kegiatan karena tidak sesuai, atau Anda belum pernah melakukannya
1 tidak terdapat sesak nafas	Jika suatu kegiatan mudah bagi Anda
2 saya merasakan cukup sesak nafas	Jika aktivitas membuat Anda sedikit sesak nafas,
3 saya merasakan sangat sesak nafas	Jika aktivitas membuat Anda sangat sesak nafas
4 saya tidak dapat melakukan ini lagi	Jika Anda telah berhenti melakukan kegiatan ini karena sesak nafas dan tidak ada orang lain untuk melakukannya untuk Anda
5 saya perlu orang lain untuk melakukan hal ini	Jika orang lain melakukan hal ini untuk Anda, atau membantu Anda, Karena Anda terlalu sesak nafas

PEMERIKSAAN AKTIFITAS FUNGSIONAL **AWAL SEBELUM TERAPI DAN EVALUASI SETELAH TERAPI**

Pemeriksaan Global (global measure) dengan menggunakan Indeks Barthel dengan tujuan untuk menilai tingkat ketergantungan atau kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari

Nama	Bp. Keman	Jenis Kelamin	Laki-laki
Pekerjaan	- (Pensiunan PHC)	Umur	80 Tahun (28-03-1938)
Alamat	Jefak Pabrik RT 03/01 Jatak Sidohamp Jrogen	Diagnosa	Bronkitis Kronis

Kett

No	Aktivitas	Nilai Normal	T ₀	T ₁	T ₃	T ₄	T ₅	T ₆	T ₇	T ₈	T ₉
1	Kebersihan diri	5	0	0	0	0					
2	Maridi	5	0	0	0	0					
3	Makan	10	0	0	0	0					
4	Aktivitas toilet (BAK & BAB)	10	0	0	0	0					
5	Naik turun tangga	10	0	0	0	0					
6	Berpakaian	10	0	0	0	0					
7	Control BAB	10	0	0	0	0					
8	Control BAK	10	0	0	0	0					
9	Ambulasi Kursi roda (bila pakai kursi roda)	15	0	0	0	0					
10	Transfer kursi/bed	15	0	0	0	0					
JUMLAH SKOR		100	0	0	0	0					

Keterangan Jumlah Skor

- 0 – 20 : ketergantungan penuh
- 21 – 60 : ketergantungan berat
- 61 – 90 : ketergantungan moderat
- 91 – 99 : ketergantungan ringan
- 100 : mandiri

Kesimpulan:

Pasien ketergantungan penuh dalam setiap aktifitas fungsional



PROGRAM STUDI FISIOTERAPI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA

Jl. A. Yani Tromol Pos I Pabelan Kartasura, Telp. (0271) 717417 – 719483 Fax. (0271) 715448 Surakarta 57102

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ROHIMAH (*~~pria~~/wanita)

Umur/Tgl Lahir : 36 / 20 Januari 1982

Telp :

Alamat : Jatak Pabrik PTO3 101 Jatak Giduharto Sragen

Menyatakan dengan sesungguhnya dari diri saya ~~sendiri~~/*orang tua/*sami/*istri/*anak/*wali dari pasien:

Nama : Bp. Keman (*~~pria~~/wanita)

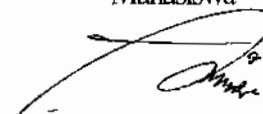
Umur/Tgl Lahir : 80 / 28 Maret 1938

Diagnosa : Bronkitis kronis

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penulisan Satus Klinis/KTL, dengan ini menyatakan **bersedia** untuk menjadi responden. Demikian persetujuan ini kami buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

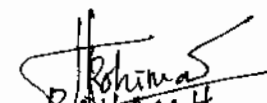
Surakarta 29-01-2018

Mahasiswa


(ANNISA NURBAITY)

NIM: 3100150071

Pasien/keuarga


(ROHIMAH)

DOKUMENTASI

Alat *Nebulizer* yang digunakan dalam tindakan fisioterapi pada pasien





**PRODI FISIOTERAPI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**Jl. A. Yani Tromol Pos I Pabelan Kartasura Telp. (0271)717417, 719483 Fax.
(0271)715448 Surakarta 57102**

**BLANKO KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
2018**

Nama : Annisa Nurbaity
NIM : J100150071
Pembimbing : Totok Budi Santoso, S.Fis., M.P.H
Judul : Penatalaksanaan Fisioterapi pada *Bronkitis Kronik* di BBKPM
Surakarta

NO.	TANGGAL	MATERI	PARAF
1	30 Maret 2018	Konsultasi BAB 1 dan BAB 2	
2	21 April 2018	Revisi BAB 1 dan 2, Konsultasi BAB 3	
3	19 Mei 2018	Revisi BAB 3, Konsultasi BAB 4 dan 5	
4	3 Juli 2018	ACC BAB 1 sampai 5	

Surakarta, 4 Juli 2018

Pembimbing

(Totok Budi Santoso, S.Fis., M.P.H)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Data Pribadi

Nama	: Annisa Nurbaity
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 20 Tahun
Tempat, Tanggal Lahir	: Pontianak, 25 Januari 1998
Tinggi, Berat Badan	: 152 cm, 56 kg
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Belum menikah
Kebangsaan	: Indonesia
Alamat	: Jl. Karna Sosial Gg. Purwosari 1 No. 24a RT 001 RW 011 Kelurahan Akcaya Kecamatan Pontianak Selatan Kota Pontianak Kalimantan Barat

2. Riwayat Pendidikan

- a. Menyelesaikan studi di SD Muhammadiyah 1 Pontianak lulus tahun 2009
- b. Menyelesaikan studi di MTs Negeri 2 Pontianak lulus tahun 2012
- c. Menyelesaikan studi di SMAN 2 Pontianak lulus tahun 2015