LAPORAN KASUS INTERNSIP

TRIGGER FINGER

Oleh:

dr. Garita Esa Makanti

Pembimbing:

dr. Tyas Ratna Pangestika

PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)

PERIODE AGUSTUS 2025 – AGUSTUS 2026

PUSKESMAS AMBAL II

KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP

TRIGGER FINGER

Disusun oleh:

dr. Garita Esa Makanti

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship Dokter Indonesia

Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, Juni 2026

Pembimbing

dr. Tyas Ratna Pangestika

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP

TRIGGER FINGER

Disusun oleh:

dr. Garita Esa Makanti

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship Dokter Indonesia

Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, Juni 2026

Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi, M.M

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga laporan kasus yang berjudul "Trigger Finger" ini dapat diselesaikan dengan baik. Laporan ini disusun sebagai bagian dari pemenuhan syarat penyelesaian tugas dalam Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI). Laporan ini bertujuan untuk memberikan gambaran komprehensif kasus yang telah ditangani, termasuk diagnosis dan tatalaksana, serta membahas tinjauan literatur terkait sebagai upaya mendalami keilmuan dan meningkatkan kualitas pelayanan medis.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis menyadari bahwa tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Tyas Ratna Pangestika, dokter umum Puskesmas Ambal II sekaligus dokter pembimbing internsip, atas arahan, bimbingan, dan masukannya selama proses penyusunan laporan ini.
2. Teman-teman internsip Puskesmas Ambal II, atas diskusi dan masukannya selama penyusunan laporan ini.
3. Seluruh karyawan Puskesmas Ambal II, atas bantuannya selama proses internsip berlangsung

Penulis menyadari laporan kasus tidak lepas dari kekurangan. Oleh karena itu, penulis terbuka untuk kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di masa mendatang. Dengan demikian, semoga laporan kasus ini dapat bermanfaat bagi pembaca serta membantu pelayanan pasien di Puskesmas Ambal II.

Ambal, 20 Juni 2026

dr. Garita Esa Makanti

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN ii
KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI iv
BAB I 1
STATUS PASIEN 1
1.1 IDENTITAS PASIEN 1
1.2 ANAMNESIS 1
1.2.1 Keluhan Utama 1
1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang 1
1.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu 1
1.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga 2
1.2.5 Riwayat Sosial Ekonomi dan Kebiasaan 2
1.3 PEMERIKSAAN FISIK 2
1.3.1 Pemeriksaan Umum 2
1.3.2 Pemriksaan Sistematis 2
1.4 DIAGNOSIS KERJA 4
1.5 TATALAKSANA 4
1.5.1 Tatalaksana Non-Farmakologi 4
1.5.2 Tatalaksana Farmakologi 4
1.6 PROGNOSIS 4
BAB II 5
TINJAUAN PUSTAKA 5
2.1 Definisi, Epidemiologi, dan Etiologi 5
2.2 Patofisiologi 6
2.3 Faktor Resiko, Gejala Klinis 7
2.4 Diagnosis 8
2.5 Terapi 8
BAB III 12
PEMBAHASAN 12
BAB IV 14
KESIMPULAN 14

DAFTAR PUS TAKA 16

BAB I

STATUS PASIEN

A. IDENTITAS PASIEN

Nama	: Ny.S
Jenis kelamin	: Perempuan
TTL/Usia	: 8 Agustus 1972/ 53 tahun
Alamat	: Sidomukti
Poli	: Poli Umum Puskesmas Ambal II
Tanggal Pemeriksaan	: 31 Maret 2026

B. ANAMNESIS

i. Keluhan Utama

Nyeri dan kaku pada jari manis tangan kanan saat ditekuk serta berbunyi “klek” saat diekstensikan.

ii. Riwayat Penyakit Sekarang

Seorang pasien perempuan datang ke poli umum puskesmas ambal 2 dengan keluhan nyeri dan kaku pada jari tangan kanannya. Ketika ditekuk, jari telunjuk sulit dikembalikan dan saat dikembalikan berbunyi “klek”. Pasien mengatakan sensasi nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk pada jari manis di tangan kanan dengan VAS 8. Sensasi nyeri sering terjadi pada saat pagi hari sehingga pasien sering terganggu aktivitasnya di pagi hari tersebut. Keluhan nyeri dirasakan sejak 1 bulan yang lalu dan sempat mengkonsumsi obat anti nyeri namun belum membaik.

iii. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit darah tinggi, kencing manis, penyakit kuning, asma, alergi obat atau makanan disangkal.

iv. Riwayat Penyakit Keluarga

DM -, HT -.

v. Riwayat Sosial Ekonomi dan Kebiasaan

Pasien merupakan ibu rumah tangga dan sudah berkeluarga. Pasien tidak ada kebiasaan merokok dan minum alkohol.

C. PEMERIKSAAN FISIK

i. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum	: Tampak sakit ringan
Kesadaran	: Compos mentis
Tekanan Darah	: 124/75 mmHg
Nadi	: 88 kali/menit
Pernapasan	: 22 x/menit
Suhu	: **37,2 Celcius**
Tinggi Badan	: 155 cm
Berat Badan	: 50,5 kg

ii. Pemriksaan Sistematis

1. Pemeriksaan Kepala

- Mata : konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-)
- Leher :pembesaran tiroid (-), Pembesaran KGB (-)

2. Pemeriksaan Thoraks Paru

- Inspeksi : bentuk dada simetris, gerak napas tertinggal (-)
- Palpasi : fremitus diseluruh lapang dada (+/+)
- Perkusi : sonor diseluruh lapang paru (+/+)
- Auskultasi : suara dasar vesikuler (+/+), rh (-/-), wh (-/-)

3. Pemeriksaan Thoraks Jantung

- Inspeksi : iktus kordis tidak tampak
- Palpasi : iktus kordis tidak teraba
- Perkusi : batas jantung dalam batas normal
- Auskultasi : BJ I-II reguler, murmur (-), gallop (-)

4. Pemeriksaan Abdomen

- Inspeksi : distensi (-), simetris (+), benjolan (-), striae (-)
- Palpasi : peristaltik (+) normal
- Perkusi : timpani (+), ascites (-)
- Auskultasi : supel (+), hepatomegali (-), splenomegaly (-)

5. Pemeriksaan Ekstremitas

- Ekstremitas atas : akral hangat, CRT <2 detik, edema (-/-)
- Ekstremitas bawah : akral hangat, CRT <2 detik, edema (-/-), digiti II manus dextra : pulley A1 berbunyi klik +

6. Pemeriksaan Telinga

- Daun telinga : Normotia, tidak ada deformitas, tidak hiperemis, tidak ada edema. Tidak ada nyeri tarik aurikula. Tidak ada nyeri tekan tragus.
- Retroaurikuler : Tidak ada edema, tidak hiperemis, tidak ada nyeri tekan mastoid, tidak ada fistula.
- Liang telinga : Liang telinga lapang, tidak hiperemis, terdapat serumen
- Membran timpani : Membran timpani intak, terdapat reflek cahaya di jam 5 (kanan) jam 7 (kiri)

7. Pemeriksaan Hidung

- Hidung luar : Bentuk normal; tidak terlihat adanya deformitas. Tidak ada nyeri tekan
- Vestibulum : Lapang; tidak ditemukan deformitas, tidak ada massa, tidak hiperemis, tidak ada edema
- Rongga Hidung : Lapang; tidak tampak adanya sekret, septum tidak deviasi
- Konka : Eutrofi
- Meatus : dalam batas normal
- Sinus : Tidak ada nyeri tekan sinus maksilaris, frontalis, dan ethmoidalis

8. Pemeriksaan Tenggorokan

- Lidah : Simetris, tidak atrofi, tidak hiperemis, tidak tampak adanya massa, tidak ada deviasi lidah pada posisi statis dan dinamis.
- Gigi : Higienitas cukup baik, tidak terdapat karies dentis
- Arkus Faring : Simetris, tidak hiperemis dan tidak ada massa
- Uvula : Letak di tengah
- Faring : tidak hiperemis, tidak ada post nasal drip
- Tonsil : T1-T1, kripta tidak melebar, tidak hiperemis, tidak tampak detritus, dan tidak tambak massa

D. DIAGNOSIS KERJA

Trigger Finger

E. TATALAKSANA

i. Tatalaksana Non-Farmakologi

- Edukasi gejala klinis yang dialami merupakan kumpulan gejala dari penyakit yang dialami
- Edukasi penyebab adalah kebiasaan berupa aktivitas fisik berlebihan yang menggunakan tangan dan jari berulang

ii. Tatalaksana Farmakologi

methyprednisolon 4mg 2x1, natrium diclofenac 2x50mg, neurodex 1x1 (vitamin b kompleks) selama 3 hari

F. PROGNOSIS

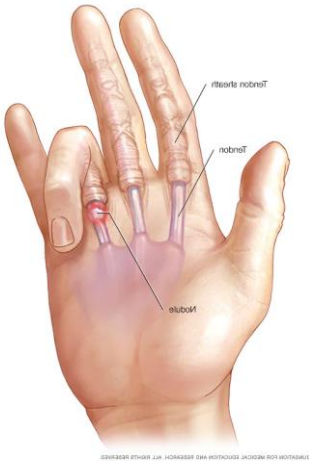
i. Ad Vitam : bonam

ii. Ad Sanationam: dubia ad bonam

iii. Ad Functionam: dubia ad bonam

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. DEFINISI



Trigger finger adalah (tenosing tenosynovitis) adalah suatu kelainan yang umum terjadi pada jari tangan yang disbebabkan oleh inflamasi sehingga terjadi penebalan pada selubung tendon fleksor dan penyempitan pada celah selubung retinakulum (Fauzi, 2015). Inflamasi ini terjadi pada jari tangan dengan keluhan jari tangan tidak bisa diluruskan setelah menggenggam (Helmi, 2013). Hal ini ditandai dengan terkuncinya sendi jari pada saat jari digerakkan dari posisi fleksi ke arah ekstensi.

B. EPIDEMIOLOGI

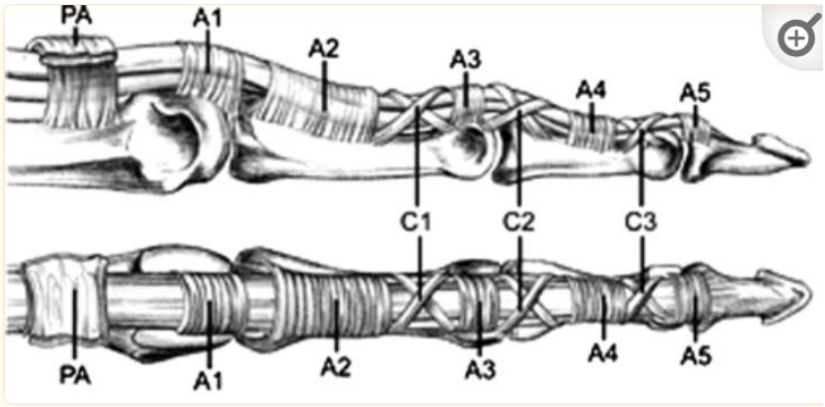
Insiden trigger finger ini diperkikirakan mencapai 28.000 kasus per 100.000 orang dalam populasi setiap tahunnya. Penyakit ini dapat menyerang siapapun, namun lebih sering dijumpai pada penderita diabetes, rheumatoid artritis, gout, dan wanita usia 50 hingga 60 tahun. Penderita DM memiliki resiko terjadinya trigger finger meningkat hingga 10%.

C. ETIOLOGI

Etiologi trigger finger dari berbagai sumber menyebutkan bahwa belum dapat diketahui secara pasti. Pada trigger finger primer, biasanya penyebabnya adalah idiopatik dan lebih sering dijumpai pada wanita usia diatas 50-60 tahun. Sedangkan penyebab trigger finger sekunder adalah akibat trauma lokal (stress) dan proses degeneratif. Pergerakan jari terus-menerus dan adanya trauma lokal diduga sebagai penyebab utama trigger finger. Sebagai contoh, pekerjaan yang membutuhkan pergerakan jari terus-menerus terutama yang membutuhkan

pegangan kuat pada sendi mcp dan fleksi pada tangan, seperti penggunaan alat-alat yang menggunakan tangan (hand held tools).

D. PATOFISIOLOGI



Pada trigger finger, peradangan dan hipertrofi selubung retinakular secara progresif membatasi pergerakan tendon fleksor. Selubung ini biasanya membentuk sistem katrol yang terdiri dari serangkaian katrol berbentuk cincin di setiap jari yang berfungsi untuk memaksimalkan produksi gaya tendon fleksor dan efisiensi gerak. Katrol annular pertama (A1) pada kepala metakarpal sejauh ini merupakan katrol yang paling sering terkena dampak pada trigger finger, meskipun beberapa kasus telah dilaporkan pada katrol annular kedua dan ketiga (masing-masing A2 dan A3), serta pada pada aponeurosis palmar. Karena lokasinya, katrol A1 terkena gaya dan gradien tekanan tertinggi selama cengkeraman normal. Gesekan berulang dan pembengkakan intratendious yang disebabkan oleh pergerakan tendon fleksor melalui katrol A1 telah dibandingkan dengan keretakan pada ujung tali setelah berulang kali memasukkan benang melalui lubang jarum. Pemeriksaan mikroskopis dari pulley trigger A1 telah lama menunjukkan degenerasi dan infiltrasi sel inflamasi. Studi menggunakan mikroskop elektron pemindaian dan transmisi untuk memeriksa permukaan geser katrol A1 menunjukkan bahwa spesimen normal memiliki matriks ekstraseluler amorf, termasuk kondrosit, yang melapisi seluruh lapisan terdalam katrol. Sampel patologis memiliki gambaran umum yang serupa, tetapi dengan ukuran dan bentuk area kehilangan matriks ekstraseluler yang bervariasi. Area ini ditandai dengan proliferasi kondrosit dan produksi kolagen tipe III. Dengan demikian telah dipostulasikan bahwa metaplasia fibrokartilagen ini dihasilkan dari gesekan dan kompresi berulang antara tendon fleksor dan lapisan dalam katrol A1.

E. FAKTOR RESIKO

1. Mencengkeram berulang-ulang Pekerjaan yang melibatkan tindakan mencengkeram yang berulang-ulang, akan mengalami kemungkinan terjadinya trigger finger. Orang yang menghabiskan banyak waktu seperti memangkas tanaman, menggunakan perkakas listrik, dan bersepeda mungkin mengalami trigger finger karena gerakan berulang-ulang dalam menggenggam atau memegang alat atau meremas gagang sepeda.
2. Operasi Carpal Tunnel Syndrome Trigger finger dan carpal tunnel syndrome umumnya terjadi bersamaan, namun hubungannya tidak jelas. Misalnya, sebuah penelitian menunjukkan bahwa trigger finger berkembang pada 22% pasien setelah operasi pelepasan sindrom terowongan karpal. Operasi pelepasan terowongan karpal dapat menyebabkan tendon fleksor di pergelangan tangan bergeser, yang mengubah sudut tendon fleksor terhadap katrol A1 di jari, sehingga menciptakan gaya yang lebih besar antara tendon fleksor dan katrol yang menyebabkan trigger finger.
3. Masalah kesehatan Beberapa masalah kesehatan mendasar dapat meningkatkan risiko terkena trigger finger, termasuk rheumatoid arthritis dan diabetes. Artritis reumatoid (RA) adalah suatu kondisi jangka panjang di mana sistem kekebalan tubuh Anda secara keliru menyerang lapisan di sekitar persendian, sehingga menyebabkan nyeri dan kaku. Kondisi ini sering menyerang tangan, dan peradangan yang diakibatkannya dapat melemahkan dan merusak tendon, menjadikan rheumatoid arthritis sebagai faktor risiko terjadinya trigger finger. Gula darah tinggi, ciri khas diabetes, merusak saraf yang mengirimkan sinyal dari tangan, menyebabkan rasa terbakar atau nyeri. Jika terkena diabetes, kemungkinan terkena trigger finger 10% lebih besar.

F. GEJALA KLINIS

Beberapa gejala klinis yang dapat dijumpai pada penderita trigger finger, yaitu :

1. Nyeri sendi interfalangeal proksimal pada pagi hari.
2. Bila jari/ ibu jari difleksikan akan sulit untuk diekstensikankembali secara aktif.
3. Bila diekstensikan secara pasif akan timbul bunyi ”klek” disertai nyeri di daerah metacarpofalangeal

Klasifikasi trigger finger menurut Green, yaitu :

1. Pretriggering : nyeri, riwayat catching tanpa bukti pada pemeriksaan fisik, nyeri pada A1 pulley
2. Aktif : terdapat catching, tetapi pasien dapat mengekstensi jari secara aktif
3. Pasif : terdapat locking, memerlukan pasif ekstensi atau tidak dapat fleksi aktif
4. Terdapat kontraktur fleksi pada sendi proksimal interphalangeal (PIP)

G. DIAGNOSIS

Penegakkan diagnosis dibuat secara eksklusif dengan anamnesa yang menyeluruh dan pemeriksaan fisik. Trigger finger dapat mengenai lebih dari satu jari pada satu waktu, meskipun biasanya lebih sering terjadi pada ibu jari, tengah, atau jari manis. Trigger finger biasanya lebih menonjol di pagi hari atau saat memegang obyek dengan kuat. Gejala ini muncul biasanya dimulai tanpa adanya cidera. Gejala-gejala ini termasuk adanya benjolan kecil, nyeri di telapak tangan, pembengkakan, rasa tidak nyaman di jari dan sendi. Kadang jika tendon terasa bebas bisa bergerak tegak akan dirasakan sendi seperti terjadi "dislokasi" / pergeseran sendi. Pada kasus yang berat, jari tidak dapat diluruskan bahkan dengan bantuan. Pada tingkat sendi palmaris distal, nodul bisa teraba lembut, biasanya di atas sendi metacarpophalangeal (MCP). Jari yang terkena bisa macet dalam posisi menekuk atau posisi diperpanjang.

H. TERAPI

Penatalaksanaan awal trigger finger bersifat konservatif dan melibatkan modifikasi aktivitas, obat antiinflamasi nonsteroid untuk mengendalikan nyeri, imobilisasi sendi MCP, dan injeksi kortikosteroid.

a. Belat

Tujuan dari pemasangan belat adalah untuk mencegah gesekan yang disebabkan oleh pergerakan tendon fleksor melalui katrol A1 yang terkena sampai peradangan teratasi. Secara umum belat dianggap sebagai pilihan pengobatan yang tepat pada pasien yang menolak atau ingin menghindari suntikan kortikosteroid. Sebuah penelitian terhadap pekerja manual yang

menggunakan belat sendi distal interphalangeal (DIP) dalam ekstensi penuh selama 6 minggu menunjukkan pengurangan gejala pada lebih dari 50% pasien. Dalam penelitian lain, splint pada sendi MCP pada fleksi 15 derajat terbukti memberikan resolusi gejala pada 65% pasien pada masa tindak lanjut 1 tahun. Bagi pasien yang paling terganggu dengan gejala terkunci di pagi hari, pemasangan splint pada sendi PIP di malam hari bisa efektif. Pemasangan belat memiliki tingkat keberhasilan yang lebih rendah pada pasien dengan pemicu gejala yang parah atau gejala yang berlangsung lama.

b. *Nonsteroidal anti-Inflammatory Drugs* (NSAID)

NSAID adalah salah satu golongan obat anti nyeri. Obat ini memiliki mekanisme untuk menghambat reaksi inflamasi dan nyeri dengan cara menurunkan sintesis prostaglandin. Contoh obat : paracetamol 500 mg, ibuprofen 400 mg, aspirin 500 mg .Kontraindikasi : dispepsia, masalah gastrointestinal, dan dizziness.

c. Kortikosteroid

Suntikan kortikosteroid untuk pengobatan trigger finger telah ada sejak tahun 1953. Beberapa kondisi menunjukkan bahwa injeksi kortikosteroid kurang berhasil pada pasien dengan penyakit yang sudah berlangsung lama (durasi>6 bulan), diabetes melitus, dan keterlibatan beberapa jari karena tidak mampu membalikkan perubahan metaplasia kondroid yang terjadi pada katrol A1. Suntikan ini biasanya diberikan langsung ke dalam sarungnya, namun, laporan tentang injeksi ekstrasinovial menunjukkan bahwa suntikan ini mungkin sama efektifnya, sekaligus mengurangi risiko kerusakan tendon.

Ruptur tendon merupakan komplikasi yang sangat jarang terjadi, dengan hanya satu kasus yang dilaporkan. Komplikasi lain termasuk atrofi dermal, nekrosis lemak, hipopigmentasi kulit, peningkatan sementara glukosa serum pada pasien diabetes, dan infeksi. Jika gejala tidak hilang setelah suntikan pertama, atau muncul kembali setelahnya, suntikan kedua biasanya

memiliki kemungkinan keberhasilan yang berkurang dibandingkan pengobatan awal.

d. Methylcobalamin 500 mcg

Fungsi : merupakan vitamin B12 yang digunakan untuk mengobati atau mencegah komplikasi terkait defisiensi vitamin B12. Defisiensi vitamin B12 dapat menyebabkan gangguan sistem saraf/neuropati.

e. Perawatan bedah

Perawatan operatif, baik dengan perkutan atau pelepasan terbuka, sangat berhasil dan secara luas dianggap sebagai pengobatan utama. Indikasi untuk perawatan bedah umumnya adalah kegagalan pengobatan konservatif untuk mengatasi rasa sakit dan gejala.

Pelepasan trigger finger perkutan telah dijelaskan dan pertama kali diperkenalkan oleh Lorthioir pada tahun 1958. Dalam prosedur ini, sendi MCP diekstensikan secara hiperekstensi dengan telapak tangan menghadap ke atas, sehingga meregangkan katrol A1 dan menggeser struktur neurovaskular ke arah punggung. Setelah etil klorida disemprotkan dan lidokain disuntikkan untuk meredakan nyeri, jarum dimasukkan melalui kulit dan ke katrol A1. Kemudian disapu untuk mengiris katrol proksimal dan distal dari tempat suntikan. Tingkat keberhasilan telah dilaporkan lebih dari 90% dengan prosedur ini; namun, penggunaan teknik ini dibatasi oleh risiko cedera saraf atau arteri digital. Komplikasi lain , termasuk tendon terjepit, infeksi, dan nyeri lebih jarang terjadi.

Pelepasan trigger finger secara terbuka telah digunakan sebagai pengobatan selama lebih dari satu abad. Tujuan dari prosedur ini umumnya sama dengan pelepasan perkutan, yaitu pemotongan penuh katrol A1. Pelepasan terbuka memberikan paparan yang lebih besar dan mungkin lebih aman terhadap cedera neurovaskular iatrogenik. Tingkat keberhasilan yang dilaporkan berkisar antara 90% hingga 100% yang membuktikan

kemanjuran prosedur ini. Tingkat komplikasi secara keseluruhan mungkin sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan pelepasan perkutan, termasuk distrofi refleks simpatis, infeksi, kekakuan, transeksi saraf, nyeri sayatan, deformitas fleksi, tendon fleksor terikat, dan kekambuhan, namun secara umum prosedur ini aman dan efektif.

BAB III

PEMBAHASAN

Trigger finger atau *stenosing tenosynovitis* merupakan kelainan pada tendon fleksor jari yang ditandai dengan gangguan pergerakan tendon melalui sistem pulley, terutama pada daerah pulley A1. Kondisi ini menyebabkan peningkatan gesekan antara tendon fleksor dan pulley sehingga dapat menimbulkan nyeri, sensasi *catching*, hingga *locking* pada saat jari melakukan gerakan fleksi dan ekstensi. Secara klinis, pasien umumnya mengeluhkan nyeri pada sisi volar pangkal jari yang dapat disertai adanya nodul atau penebalan tendon fleksor. Pada kasus ini, keluhan berupa nyeri dan jari yang terasa tersangkut saat digerakkan, disertai temuan klinis berupa nyeri tekan pada regio pulley A1, sesuai dengan gambaran klinis *trigger finger*.

Patogenesis *trigger finger* berkaitan dengan proses inflamasi dan degeneratif pada tendon fleksor serta selubung tendonnya. Proses tersebut menyebabkan penebalan tendon dan/atau pulley A1 sehingga ruang yang dilalui tendon menjadi lebih sempit. Ketidaksesuaian antara ukuran tendon dan lumen pulley meningkatkan gesekan selama pergerakan jari dan dapat menyebabkan terbentuknya nodul pada tendon. Kondisi tersebut kemudian menimbulkan fenomena *catching* dan *locking*. Faktor mekanik seperti aktivitas tangan berulang, gerakan menggenggam secara terus-menerus, serta tekanan berulang pada telapak tangan dapat meningkatkan risiko terjadinya kondisi ini.

Beberapa kondisi sistemik juga diketahui berhubungan dengan peningkatan kejadian *trigger finger*, antara lain diabetes melitus, rheumatoid arthritis, hipotiroidisme, dan gangguan metabolik tertentu. Pada pasien dengan diabetes, perubahan glikosilasi kolagen dan gangguan jaringan ikat dapat menyebabkan perubahan struktur tendon dan pulley sehingga meningkatkan risiko terjadinya stenosing tenosynovitis. Oleh karena itu, identifikasi faktor risiko dan penyakit penyerta penting dilakukan pada pasien dengan keluhan *trigger finger*. Pada kasus ini, faktor predisposisi pasien perlu dievaluasi berdasarkan anamnesis, termasuk riwayat diabetes melitus, aktivitas pekerjaan yang melibatkan gerakan tangan berulang, trauma, serta riwayat penyakit muskuloskeletal sebelumnya.

Diagnosis *trigger finger* pada umumnya dapat ditegakkan secara klinis melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Keluhan khas meliputi nyeri pada pangkal jari, terutama pada sisi volar, rasa kaku setelah periode tidak menggunakan tangan, serta

sensasi jari tersangkut ketika dilakukan fleksi atau ekstensi. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan nyeri tekan di sekitar pulley A1, nodul pada tendon fleksor, serta *catching* atau *locking* saat pasien menggerakkan jari. Pada kasus ini, temuan klinis tersebut mendukung diagnosis *trigger finger*. Pemeriksaan penunjang umumnya tidak diperlukan apabila gambaran klinis sudah khas. Pemeriksaan ultrasonografi dapat dipertimbangkan pada kasus yang diagnosisnya meragukan atau untuk menilai perubahan pada tendon fleksor dan pulley A1.

Tata laksana *trigger finger* ditentukan berdasarkan derajat keparahan gejala, durasi keluhan, serta respons terhadap terapi sebelumnya. Penatalaksanaan konservatif dapat berupa modifikasi aktivitas, menghindari aktivitas yang memperberat gejala, penggunaan splint, pemberian obat antiinflamasi nonsteroid apabila tidak terdapat kontraindikasi, serta latihan rentang gerak. Pada kasus dengan gejala menetap, injeksi kortikosteroid lokal di sekitar pulley A1 merupakan salah satu pilihan terapi yang banyak digunakan. Kortikosteroid dapat mengurangi proses inflamasi dan pembengkakan sehingga memperbaiki pergerakan tendon melalui pulley.

Apabila terapi konservatif dan injeksi kortikosteroid tidak memberikan perbaikan yang adekuat atau terjadi *locking* yang berat dan menetap, tindakan pembedahan dapat dipertimbangkan. Tindakan berupa pelepasan pulley A1 (*A1 pulley release*) bertujuan memperlebar ruang yang dilalui tendon sehingga menghilangkan hambatan mekanik terhadap pergerakan tendon. Tindakan tersebut dapat dilakukan secara terbuka maupun dengan teknik perkutaneus pada pasien yang sesuai. Pemilihan tindakan perlu mempertimbangkan kondisi klinis, keparahan penyakit, faktor risiko pasien, serta respons terhadap terapi sebelumnya.

Prognosis *trigger finger* pada umumnya baik apabila diagnosis dan terapi dilakukan secara tepat. Sebagian besar pasien mengalami perbaikan gejala dengan terapi konservatif atau injeksi kortikosteroid. Namun, kekambuhan dapat terjadi terutama pada pasien dengan faktor risiko tertentu, seperti diabetes melitus, gejala yang telah berlangsung lama, atau keterlibatan beberapa jari. Oleh karena itu, edukasi mengenai modifikasi aktivitas, menghindari gerakan menggenggam berulang secara berlebihan, serta pengendalian penyakit penyerta penting diberikan untuk meningkatkan keberhasilan terapi dan mengurangi risiko kekambuhan.

Pada kasus ini, diagnosis *trigger finger* dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis berupa nyeri pada daerah pangkal jari, adanya sensasi tersangkut saat pergerakan,

serta temuan pemeriksaan fisik pada regio pulley A1. Penatalaksanaan disesuaikan dengan derajat keluhan dan kondisi pasien. Pemantauan respons terhadap terapi diperlukan untuk menentukan apakah pasien cukup dengan terapi konservatif atau membutuhkan intervensi lebih lanjut. Apabila keluhan menetap, terjadi *locking* yang progresif, atau fungsi tangan semakin terganggu, pasien dapat dipertimbangkan untuk mendapatkan evaluasi lebih lanjut oleh dokter spesialis ortopedi.

BAB IV

KESIMPULAN

Infeksi Saluran Pernapasan Akut atau ISPA merupakan salah satu penyakit infeksi yang paling sering dijumpai pada pelayanan kesehatan primer dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang bermakna. Berdasarkan tinjauan pustaka ISPA didefinisikan sebagai infeksi akut pada saluran pernapasan atas atau bawah dengan durasi gejala kurang dari empat belas hari dengan etiologi tersering berupa virus meskipun infeksi bakteri dapat terjadi pada kondisi tertentu. Penularan ISPA terutama berlangsung melalui droplet dan kontak erat khususnya dalam lingkungan keluarga. Patogenesis ISPA melibatkan masuknya patogen ke mukosa saluran napas sehingga terjadi kerusakan epitel serta aktivasi respons imun dan inflamasi yang menimbulkan gejala klinis seperti batuk pilek demam dan nyeri tenggorokan. Diagnosis ISPA umumnya ditegakkan secara klinis melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik sedangkan pemeriksaan penunjang dilakukan secara selektif. Penatalaksanaan ISPA berfokus pada terapi suportif dan simptomatik dengan penggunaan antibiotik yang rasional sesuai indikasi serta prognosis yang umumnya baik pada kasus ringan.

Pada makalah yang di laporkan, pasien Ny. N dengan usia 39 tahun datang dengan keluhan batuk kering sejak empat hari disertai pilek demam dan nyeri tenggorokan. Anamnesis dan pemeriksaan fisik menunjukkan gambaran ISPA saluran napas atas derajat ringan tanpa tanda keterlibatan saluran napas bawah maupun komplikasi. Riwayat kontak erat dengan anggota keluarga yang mengalami keluhan serupa mendukung mekanisme penularan sesuai teori. Penatalaksanaan berupa edukasi terapi simptomatik dan antibiotik berdasarkan pertimbangan klinis telah sesuai dengan prinsip penanganan ISPA di pelayanan kesehatan primer. Kondisi umum yang baik tanpa penyakit penyerta mendukung prognosis menguntungkan serta menunjukkan kesesuaian antara temuan klinis dan tinjauan pustaka yang relevan secara ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

Hiroshi & Wheeler,. 2010 . Risk Factor for Trigger Finger Occurance After Carpal Tunnel Release. New York: Wolrd Scientific

Fauzi, 2015. Trigger Finger. Lampung : Universitas Lampung

Makkouk, A. H., Oetgen, M. E., Swigart, C. R., & Dodds, S. D. (2007). *Trigger finger: etiology, evaluation, and treatment. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine, 1(2), 92–96.*

Jeanmonod R, Harberger S, Waseem M. Trigger Finger. [Updated 2023 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023