

[Case Report]

CAPSULITIS ADHESIVA SEBAGAI PENYEBAB NYERI DAN KETERBATASAN GERAK: LAPORAN KASUS

Adhesive Capsulitis as a Cause of Pain and Limited Range of Motion: A Case Report

Rahma Ghaida¹, Titian Rakhma²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Bagian Ilmu Penyakit Syaraf, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi: Rahma Ghaida. Alamat email : rahmaghaida28@gmail.com

ABSTRAK

Capsulitis adhesiva atau frozen shoulder merupakan proses patologis pada jaringan ikat sendi glenohumeral berupa inflamasi dan adhesi kapsul yang menyebabkan nyeri serta keterbatasan gerak sendi bahu. Kondisi ini dapat bersifat primer atau sekunder akibat cedera, imobilisasi, maupun pascatindakan operatif, serta berkembang melalui fase freezing, adhesive, dan resolusi. Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan manifestasi klinis, penegakan diagnosis, dan penatalaksanaan capsulitis adhesiva bahu kanan. Laporan kasus pada seorang perempuan berusia 62 tahun dengan keluhan nyeri bahu kanan sejak tiga bulan disertai keterbatasan gerak. Data dikumpulkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik umum, status lokalis dan neurologis, uji provokasi bahu, serta pemeriksaan penunjang radiologis, kemudian dianalisis secara deskriptif kualitatif. Pasien mengalami nyeri bahu kanan dengan skor Visual Analog Scale (VAS) 4–5, disertai nyeri tekan, spasma otot, krepitasi, dan keterbatasan hampir seluruh rentang gerak aktif dan pasif. Beberapa tes provokasi bahu menunjukkan hasil positif parsial yang mendukung diagnosis capsulitis adhesiva bahu kanan. Diagnosis capsulitis adhesiva dapat ditegakkan melalui evaluasi klinis yang komprehensif sehingga tatalaksana dapat diberikan secara tepat untuk memperbaiki fungsi bahu dan kualitas hidup pasien

Kata Kunci: Capsulitis Adhesiva, Frozen Shoulder, Nyeri Bahu

ABSTRACT

Adhesive capsulitis, also known as frozen shoulder, is a pathological process involving inflammation and adhesion of the glenohumeral joint connective tissue, resulting in shoulder pain and restricted range of motion. This condition may be primary or secondary to injury, immobilization, or postoperative interventions, and it typically progresses through the freezing, adhesive, and resolution phases. This case report aims to describe the clinical manifestations, diagnostic process, and management of right shoulder adhesive capsulitis. The report presents a 62-year-old female with a three-month history of right shoulder pain accompanied by limited movement. Data were obtained through anamnesis, general physical examination, local and neurological assessments, shoulder provocation tests, and radiological investigations, and were analyzed descriptively. The patient experienced right shoulder pain with a Visual Analog Scale (VAS) score of 4–5, accompanied by tenderness, muscle spasm, crepitation, and marked limitation of nearly all active and passive ranges of motion. Several shoulder provocation tests showed partially positive results, supporting the diagnosis of right shoulder adhesive capsulitis. Adhesive capsulitis can be accurately diagnosed through comprehensive clinical evaluation, allowing appropriate management to improve shoulder function and patient quality of life.

Keywords: Adhesive Capsulitis, Frozen Shoulder, Shoulder Pain

PENDAHULUAN

Capsulitis adhesiva atau frozen shoulder merupakan suatu kondisi patologis kronik pada sendi glenohumeral yang ditandai oleh inflamasi sinovial dan fibrosis progresif kapsul sendi sehingga menyebabkan nyeri serta keterbatasan rentang gerak aktif maupun pasif secara global. Kondisi ini merupakan salah satu penyebab tersering nyeri bahu pada populasi dewasa dan lanjut usia, dengan insidensi yang lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki serta meningkat pada individu berusia di atas 40 tahun. Berbagai faktor risiko telah dilaporkan berperan dalam terjadinya capsulitis adhesiva, antara lain diabetes melitus, gangguan tiroid, penyakit kardiovaskular, serta riwayat trauma, imobilisasi, atau tindakan operatif pada bahu.

Secara klinis, capsulitis adhesiva diklasifikasikan menjadi bentuk primer (idiopatik) dan sekunder yang berhubungan dengan kondisi medis atau cedera tertentu. Perjalanan penyakitnya berlangsung bertahap melalui tiga fase khas, yaitu fase freezing yang ditandai nyeri progresif terutama pada malam hari, fase adhesive dengan dominasi kekakuan sendi dan penurunan signifikan rotasi eksternal,

serta fase resolusi yang menunjukkan perbaikan rentang gerak secara perlahan. Durasi keseluruhan penyakit dapat berlangsung hingga lebih dari dua tahun, sehingga berpotensi menimbulkan gangguan fungsional yang bermakna.

Secara patofisiologis, kondisi ini melibatkan proses inflamasi yang dimediasi sitokin, proliferasi fibroblastik, peningkatan deposisi kolagen, serta kontraktur kapsul sendi terutama pada interval rotator dan ligamen korakohumeral. Penebalan kapsul dan restriksi mekanis tersebut menyebabkan keterbatasan gerak ke berbagai arah dan berdampak pada aktivitas sehari-hari pasien. Diagnosis capsulitis adhesiva pada umumnya ditegakkan secara klinis melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik yang menunjukkan keterbatasan gerak aktif dan pasif secara global, dengan pemeriksaan radiologis dilakukan untuk menyingkirkan diagnosis banding. Penatalaksanaan bersifat konservatif melalui kombinasi farmakoterapi dan fisioterapi, sedangkan intervensi operatif dipertimbangkan pada kasus yang tidak responsif terhadap terapi awal.

Berdasarkan latar belakang tersebut, laporan kasus ini bertujuan untuk memaparkan gambaran klinis, proses diagnostik, serta pendekatan penatalaksanaan capsulitis adhesiva shoulder dextra pada pasien usia lanjut dalam praktik klinis.

LAPORAN KASUS

Seorang perempuan berusia 72 tahun datang ke Poliklinik Syaraf RSUD dr. Sayidiman Magetan pada tanggal 5 Maret 2025 dengan keluhan utama nyeri pada bahu kanan sejak tiga bulan sebelum pemeriksaan. Nyeri dirasakan semakin memberat terutama pada malam hari dan saat bangun tidur. Pasien mengeluhkan bahu terasa kaku dan sulit digerakkan, sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Nyeri tidak menjalar ke lengan bawah maupun tangan, serta tidak disertai keluhan kesemutan atau kebas. Pasien telah menjalani pengobatan sebelumnya, namun keluhan belum menunjukkan perbaikan yang bermakna. Tidak terdapat riwayat trauma maupun tindakan operatif pada bahu, namun pasien memiliki kebiasaan tidur miring dengan bahu kanan sebagai tumpuan. Riwayat penyakit penyerta meliputi penyakit jantung, dan pasien rutin mengonsumsi isosorbid dinitrat,

candesartan, simvastatin, clopidogrel, serta betahistine.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum compos mentis dengan tanda vital dalam batas normal (TD 104/57 mmHg, nadi 81 kali/menit, suhu 36,7°C, respirasi 22 kali/menit, SpO₂ 99% udara ruangan). Skor nyeri berdasarkan Visual Analog Scale (VAS) adalah 4. Pemeriksaan status lokalis bahu kanan menunjukkan tidak terdapat edema, eritema, maupun deformitas. Pada palpasi ditemukan nyeri tekan, spasme, dan krepitasi ringan. Pemeriksaan rentang gerak menunjukkan keterbatasan gerak aktif dan pasif pada hampir seluruh arah, terutama rotasi eksternal, abduksi, dan fleksi. Uji provokasi seperti Apley's scratch test, coracoid test, Yergason test, drop arm test, dan empty can test menunjukkan hasil positif parsial pada bahu kanan. Pemeriksaan radiografi bahu tidak menunjukkan kelainan struktural yang bermakna.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, ditegakkan diagnosis klinis nyeri bahu kanan (gerak pasif dan aktif), ROM terbatas (+/-), Nyeri tekan (+/-), Spasme (+/-), Krepitasi (+/-) dengan tes provokasi : Apley's scratch test (+/-),

Coracoid test (+/-), Yergason test (+/-), Drop arm test (+/-), dan Empty can test (+/-). Diagnosis Topis Articulatio glenohumeral dextra, Diagnosis Etiologis : Capsulitis Adhesia Shoulder Dextra dan Diagnosis Lain : PJK, HF, HT, dan vertigo non vestibuler. Pasien diberikan terapi konservatif berupa natrium diklofenak 50 mg dua kali sehari, lansoprazol satu kali sehari sebagai gastroprotektor, serta vitamin B kompleks. Prognosis dinilai dubia ad bonam untuk ad vitam, ad sanam, dan ad fungsionam.

PEMBAHASAN

Definisi

Capsulitis adhesive atau frozen shoulder didefinisikan sebagai proses patologi pada jaringan ikat glenohumoral joint berupa inflamasi atau adhesi jaringan yang menyebabkan keterbatasan gerak sendi dan rasa nyeri. Secara umum kondisi ini dapat disebabkan karena hal primer/tidak diketahui sebabnya atau sekunder dari kondisi lain, seperti cedera atau riwayat operasi sendi bahu juga bisa terjadi akibat komplikasi setelah tindakan operatif terbuka, termasuk perbaikan rotator cuff dan artroplasti sendi bahu (Suhendro, 2023).

Klasifikasi

a. Primer, dikaitkan dengan penyakit dan kondisi lain seperti diabetes mellitus, penyakit tiroid, dan penyakit Parkinson.

Sekunder, dapat terjadi setelah cedera bahu atau imobilisasi. Pasien dengan riwayat cedera mengalami nyeri dari patologi bahu, yang menyebabkan berkurangnya gerakan di bahu dan dengan demikian menyebabkan terjadinya frozen shoulder (Fitriyana, I., Ismunandar, H., Wintoko, R., Hadibrata, E., & Djausal, A. N. 2022).

Fase Frozen Shoulder

Terdapat 3 fase pada frozen shoulder yaitu :

1. Freezing (painful), merupakan fase freezing berlangsung sekitar 10-36 minggu. Pada fase ini, yang paling menonjol adalah nyeri dan kaku di sekitar bahu tanpa riwayat cedera, dan akan lebih buruk pada malam hari, dengan sedikit respons terhadap obat antiinflamasi nonsteroid.
2. Fase adhesive, terjadi pada 4-12 bulan. Pada fase ini, rasa sakit secara bertahap mereda tetapi kekakuan tetap ada. Nyeri hanya terlihat pada gerakan yang ekstrem. Terjadi penurunan gerakan glenohumeral, dengan

- rotasi eksternal yang hampir hilang.
3. Fase resolusi sekitar 12-42 bulan. Pada fase ini, terjadi peningkatan spontan dalam rentang gerakan. Durasi rata-rata dari onset frozen shoulder hingga resolusi terbesar adalah lebih dari 30 bulan. (Chan, H., Pua, P. Y., & How, C. H., 2017)

Etiologi

Etiologi frozen shoulder belum diketahui secara pasti. Faktor resiko paling sering pada frozen shoulder yaitu

- usia > 40 tahun
- jenis kelamin wanita lebih banyak daripada pria sebanyak 70%
- trauma yang belum lama terjadi seperti pembedahan atau fraktur lengan dapat menyebabkan imobilitas selama pemulihan, dan dapat menyebabkan kapsul bahu menjadi kaku (Wardani, A.B. and Wintoko, R., 2021)

Patofisiologi

Patofisiologi pada frozen shoulder biasanya digambarkan sebagai fibrotik, peradangan kontraktur dari interval rotator, kapsul, dan ligamen. Namun sebenarnya proses belum sepenuhnya diketahui. Meskipun belum

disepakati, patologi yang banyak diketahui adalah adanya peradangan sinovial yang dimediasi sitokin dengan proliferasi fibroblastic berdasarkan pengamatan arthroscopic. Terdapat temuan tambahan seperti adhesi di sekitar interval rotator yang disebabkan oleh peningkatan kolagen dan pembentukan pita nodular. Struktur yang cenderung terkena pertama kali adalah ligamen korakohumeral yang merupakan bagian teratas dari interval rotator cuff. Kontraksi ligamen korakohumeral membatasi rotasi eksternal lengan, yang biasanya terkena lebih dulu pengaruh awal adhesi kapsulitis. Pada tahap lanjut, penebalan dan kontraksi kapsul sendi glenohumeral semakin buruk, sehingga rentang gerak ke segala arah makin terbatas (Mezian, K., Coffey, R., & Chang, K. V., 2023)

Diagnosis

1. Anamnesis

Pada anamnesis ditanyakan mengenai awitan dan durasi gejala, lokasi, fungsi, dan trauma sebelumnya. Didapatkan riwayat medis dan bedah sebelumnya yang relevan dengan keluhan.

2. Pemeriksaan fisik

Pada inspeksi dapat diamati atrofi deltoid dan supraspinatus pada kasus lama. Lengan dapat diadduksi dan diputar ke arah dalam. Nyeri tekan akan positif pada palpasi sendi glenohumeral. Rentang gerak aktif dan pasif ikut terpengaruh, terutama gerakan abduksi dan rotasi eksternal. Perhatikan juga pergerakan sendi torakoskapular yang membantu abduksi.

3. Pemeriksaan derajat nyeri

Penilaian intensitas derajat nyeri dengan menggunakan Visual Analog Scale (VAS) yaitu cara pengukuran derajat nyeri dengan skala 0-10 dengan interpretasi :

- 1-3 : nyeri ringan
- 4-6 : nyeri sedang
- 7-10 : nyeri berat sampai sangat berat

4. Pemeriksaan tes provokasi

a. Apley stretch test



Gambar 2 Apley Stretch Test

Eksternal rotasi dan abduksi, pasien diminta menggaruk daerah

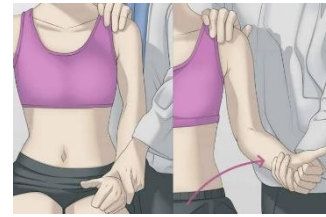
sekitar angulus medialis scapula dengan tangan sisi kontra lateral melewati belakang kepala. Pada penderita frozen shoulder akibat capsulitis adhesiva biasanya tidak bisa melakukan gerakan ini. Selanjutnya, internal rotasi dan adduksi, pasien diminta untuk menyentuh angulus inferior scapula dengan sisi kontralateral, bergerak menyilang punggung. Pada penderita frozen shoulder akibat capsulitis adhesiva biasanya tidak bisa melakukan gerakan ini.

b. Coracoid pain test

Caranya dengan melakukan palpasi secara manual pada sendi Acromioclavicular, area subkromial anterolateral, dan prosesus coracoideus dengan jari pertama pemeriksa dan mintalah pasien mencatat nyeri yang dialami pada skala VAS pada setiap palpasi.



Gambar 2 Coracoid Pain Test



Gambar 3 Yergarson test

c. Yergarson test

Tujuan tes ini untuk mengidentifikasi patologi pada biceps. Prosedurnya yaitu :

1. Pasien duduk dengan posisi lengan rileks di samping badan
2. Pemeriksa meletakkan satu tangan pada shoulder pasien untuk palpasi bicipital groove dan tangan satunya menyanggah sisi radial lengan bawah pasien untuk menyiapkan resisten.
3. Pemeriksa selanjutnya secara pasif menggerakkan lengan pasien ke arah fleksi elbow 90 derajat
4. Pemeriksa meminta pasien untuk melakukan supinasi lengan bawah melawan resisten tangan pemeriksa

Interpretasinya yaitu nyeri mengindikasikan patologi bicipital dan subluksasi tendon biceps mengindikasikan ruptur tendon biceps.

d. Drop arm test

Tujuannya yaitu untuk mengidentifikasi tear pada rotator cuff. Prosedur tesnya yaitu:

1. Pasien berdiri/duduk dengan posisi lengan di samping badan
2. Kemudian pemeriksa secara pasif mengabduksi shoulder pasien sekitar 60 derajat, lalu meminta pasien menahan posisi tersebut. pemeriksa selanjutnya memberikan resisten di atas lengan bawah pada sisi dorsal

Positif apabila pasien tidak mampu mengontrol lengannya ke bawah dan terjatuh.



Gambar 4 Drop Arm Test

e. Empty can test

Tes diagnostik yang menilai integritas

otot rotator cuff. Prosedurnya yaitu

1. Pasien mengabduksi lengannya hingga 90°
 2. Pasien memutar bahunya ke dalam dan memiringkannya ke depan hingga 30°
 3. Pemeriksa memberikan tahanan ke bawah pada siku atau pergelangan tangan pasien
- Positif apabila terjadi kelemahan, nyeri, atau keduanya selama tahanan.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan radiografi polos dilakukan untuk membedakan capsulitis adhesiva dengan glenohumeral osteoarthritis atau tendinosis kalsifikasi. Diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan USG, peningkatan aliran vaskular, penebalan struktur interval rotator, dan efusi selubung tendon biseps merupakan temuan spesifik pada capsulitis adhesiva. Beberapa penelitian menyatakan MRI atau MRA sebagai gold standard diagnosis capsulitis adhesiva; namun belum ada konsensus mengenai hal ini. CT arthrography mampu mendiagnosis capsulitis adhesiva yakni dapat mendeteksi adanya penebalan kantong aksila.

Diagnosis Banding

1. Septic Arthritis : Onset cepat, peradangan sendi unilateral disertai keterbatasan gerak; aktif ataupun pasif, kondisi umum pasien buruk.
2. Dislokasi Sendi Bahu : Riwayat trauma, tampak deformitas.
3. Glenohumeral Osteoarthritis : Onset tiba-tiba, nyeri hebat, keterbatasan gerak pasif sendi bahu disertai perubahan degeneratif sendi glenohumeral pada foto polos konvensional.
4. Rotator Cuff dan Subacromial Impingement : Onset tiba-tiba, nyeri hebat, dan keterbatasan gerak pasif rotasi eksternal sendi bahu.
5. Inflammatory Arthritis : Melibatkan banyak sendi, kemerahan pada sendi, dan terdapat gejala sistemik seperti lemas atau penurunan berat badan.

Tatalaksana

1. Non-operatif
 - a. Fisioterapi merupakan lini pertama tata laksana pada fase awal capsulitis adhesiva. Secara umum fisioterapi dikombinasikan dengan modalitas farmakoterapi lainnya.

b. Farmakoterapi meliputi obat antiinflamasi non-steroid (NSAID), corticosteroid injeksi intra-artikular, dan corticosteroid sistemik.

2. Operatif

Tujuan pengobatan capsulitis adhesiva adalah untuk mengembalikan fungsi sendi bahu tanpa rasa nyeri. Pilihan bedah untuk pengobatan capsulitis adhesiva umumnya dilakukan pada pasien dengan gejala persisten dan refrakter terhadap pengobatan konservatif. Belum ada bukti yang cukup untuk mendukung pengobatan operatif dini untuk capsulitis adhesiva. Namun, ada konsensus umum bahwa pengobatan operatif (pelepasan kapsul artroskopik dan/ atau manipulasi dengan anestesi) merupakan pilihan jika pengobatan non-operatif gagal setelah periode 6 bulan. Metode bedah meliputi manipulation under anesthesia (MUA), arthroscopic capsulotomy, dan open capsulotomy/kapsulotomi terbuka.

3. Latihan untuk Frozen shoulder

Latihan sederhana yang dapat dilakukan diantaranya :

1. Cross-body arm stretch
2. Pendulum stretch
3. Arm circles
4. Towel stretch
5. Finger walk
6. Passive shoulder flexion



Gambar 5 Latihan untuk *Frozen Shoulder*

Komplikasi

Apabila capsulitis adhesiva tidak diterapi dengan tepat, akan menurunkan kualitas fungsional sendi bahu dan akan memengaruhi kualitas hidup pasien. Komplikasi pasca-tindakan bedah yang terjadi umumnya infeksi sendi glenohumeral dan nyeri pasca operasi.

Prognosis

Dalam banyak kasus capsulitis adhesiva, pengobatan konservatif biasanya berhasil dan dapat pulih spontan. Kasus resisten dan dengan komorbidita seperti diabetes melitus, atau kasus bilateral akan memiliki hasil yang lebih baik dengan tindakan operatif.

KESIMPULAN

Capsulitis adhesiva merupakan penyebab nyeri bahu kronik yang ditandai oleh keterbatasan rentang gerak aktif dan pasif akibat proses inflamasi dan fibrosis kapsul sendi glenohumeral. Diagnosis kondisi ini terutama bersifat klinis melalui anamnesis yang cermat dan pemeriksaan fisik komprehensif, serta didukung oleh pemeriksaan penunjang untuk menyingkirkan diagnosis banding. Pada kasus ini, gambaran klinis berupa nyeri bahu kanan yang memberat pada malam hari disertai keterbatasan gerak global dan hasil uji provokasi yang mendukung mengarah pada diagnosis capsulitis adhesiva shoulder dextra. Penatalaksanaan konservatif berupa pemberian obat antiinflamasi nonsteroid dan terapi suportif merupakan pilihan awal yang dapat membantu mengurangi gejala dan memperbaiki fungsi sendi. Pengenalan dini serta pendekatan diagnostik yang sistematis penting dilakukan untuk mencegah gangguan fungsional berkepanjangan dan meningkatkan kualitas hidup pasien usia lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

Argent A, Kissoon N, Devictor D, Madden M,

Singhi S, et al. (2009). Response to: Twenty-three thousand unnecessary deaths every day: What are you doing about it? *Pediatric Critical Care Medicine*, 10 (5): 610-6 Chan, H., Pua, P. Y., & How, C. H. Physical therapy in the management of frozen shoulder. Singapore medical journal.2017;58(12):685–689.
<https://doi.org/10.11622/smedj.2017107>

Fitriyana, I., Ismunandar, H., Wintoko, R., Hadibrata, E. and Djausal, A.N., 2022. Tatalaksana Frozen Shoulder. *Medical Profession Journal of Lampung*, 12(1), pp.55-60.

Mezian K, Coffey R, Chang KV. Frozen Shoulder(Archived). 2023 Aug 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 29489251.

Suhendro, A. P. (2023). Diagnosis dan Tata Laksana Capsulitis Adhesiva. *Cermin Dunia Kedokteran*, 50(5), 255–258.
<https://doi.org/10.55175/cdk.v50i5.887>

Wardani, A.B. and Wintoko, R., 2021. Frozen Shoulder. *Medical Profession Journal of Lampung*, 11(2), pp.240-246