

# Peroneal Palsy: Diagnosis dan Tatalaksana di Layanan Primer

Sistem Saraf • SKDI Peroneal palsy

Course komprehensif tentang peroneal palsy untuk dokter layanan primer. Membahas anatomi, etiologi, diagnosis banding, tatalaksana awal, indikasi rujukan, dan rehabilitasi sesuai standar SKDI level 3A.



# Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Peroneal Palsy

---

## 1.1 Anatomi Nervus Peroneus dan Mekanisme Cedera

Peroneal palsy adalah mononeuropati tersering pada tungkai bawah yang memerlukan kewaspadaan dokter layanan primer. Nervus peroneus communis adalah cabang terminal nervus ischiadicus yang berjalan superfisial mengelilingi leher fibula, area yang sangat rentan karena minim bantalan otot. Saraf ini bercabang menjadi nervus peroneus superficialis (motorik kompartemen lateral, sensasi dorsum pedis) dan nervus peroneus profundus (motorik kompartemen anterior, sensasi web space pertama). Mekanisme cedera meliputi kompresi eksternal berkepanjangan, traksi akibat trauma, kompresi internal oleh massa, penyebab iatrogenik pasca operasi lutut atau penggantian sendi pinggul, serta neuropati sistemik seperti diabetes. Faktor risiko utama adalah posisi yang menekan kepala fibula, penurunan berat badan drastis, dan komorbiditas metabolik.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

## 1.2 Epidemiologi dan Etiologi Peroneal Palsy

Peroneal palsy mencakup 15-20% mononeuropati tungkai bawah, lebih sering pada laki-laki usia produktif. Penyebab tersering adalah kompresi mekanik postural (leg crossing, squatting, gips ketat), diikuti trauma (fraktur fibula proksimal, dislokasi lutut), penyebab iatrogenik pasca operasi lutut atau penggantian sendi pinggul, serta massa intraneural. Etiologi sistemik termasuk diabetes mellitus, defisiensi vitamin B12, alkohol kronis, hipotiroidisme, dan penyakit autoimun seperti lupus atau rheumatoid arthritis. Faktor risiko okupasional melibatkan pekerjaan jongkok atau berlutut lama, sedangkan penurunan berat badan drastis menghilangkan bantalan lemak pelindung saraf. Identifikasi etiologi melalui anamnesis menyeluruh sangat penting untuk menentukan tatalaksana yang tepat.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

## Modul 2: Modul 2: Manifestasi Klinis dan Diagnosis

---

### 2.1 Manifestasi Klinis dan Pemeriksaan Fisik

Manifestasi klasik peroneal palsy adalah foot drop dengan gaya berjalan steppage, dimana pasien mengangkat lutut berlebihan agar ujung kaki tidak terseret. Defisit motorik pada lesi proksimal meliputi kelemahan dorsifleksi dan eversi karena keterlibatan kompartemen anterior dan lateral. Gejala sensorik berupa parestesia, mati rasa, atau nyeri terbakar di dorsum pedis dan web space pertama-kedua. Pemeriksaan fisik sistematis meliputi inspeksi atrofi, palpasi kepala fibula, penilaian kekuatan otot dengan skala MRC 0-5, dan pemeriksaan sensibilitas. Tes Tinel dilakukan dengan mengetuk leher fibula untuk mendeteksi iritasi saraf, dimana muncul sensasi tingling di distal menandakan lesi aktif atau proses regenerasi. Heel walking test dan resisted dorsiflexion membantu konfirmasi klinis.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

### 2.2 Diagnosis Banding dan Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis banding foot drop meliputi lesi upper motor neuron (stroke, multiple sclerosis), radikulopati L4-L5, sciatic neuropathy proksimal, CIDP, Charcot-Marie-Tooth disease, dan kompartemen syndrome akut. Kompartemen syndrome adalah kedaruratan bedah dengan tanda 5P: pain out of proportion, paresthesia, pallor, paralysis, pulselessness. Pemeriksaan penunjang awal di layanan primer meliputi foto rontgen tibia-fibula untuk menyingkirkan fraktur, serta pemeriksaan darah seperti gula darah puasa, HbA1c, fungsi tiroid, vitamin B12, dan profil metabolik untuk menyingkirkan penyebab sistemik. MRI diperlukan jika curiga massa atau kompartemen syndrome, biasanya melalui rujukan. EMG dan NCS sebagai baku emas dilakukan setelah 3-4 minggu onset untuk konfirmasi diagnosis dan prognosis.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

## Modul 3: Modul 3: Tatalaksana, Rehabilitasi, dan Indikasi Rujukan

---

### 3.1 Tatalaksana Awal dan Konservatif

Tatalaksana peroneal palsy bergantung pada etiologi dan tingkat keparahan. Terapi farmakologi meliputi analgesik sederhana, NSAID untuk fase akut, serta obat neuropatik (gabapentin, pregabalin, atau amitriptilin dosis rendah) untuk nyeri burning. Vitamin neurotropik B1, B6, B12 sering diberikan sebagai adjuvan. Tatalaksana non-farmakologi dimulai dengan eliminasi faktor kompresi, edukasi posisi, elevasi tungkai untuk mengurangi edema, kompres dingin, dan penggunaan ankle-foot orthosis (AFO) untuk menstabilkan gait serta mencegah deformitas equinus. AFO sangat penting untuk mencegah trip dan mempertahankan mobilitas. Pemantauan berkala meliputi kekuatan otot MRC, luas hipostesia, kemampuan heel walking, dan deteksi dini perburukan klinis.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

### 3.2 Rehabilitasi Medik dan Prognosis

Rehabilitasi dimulai segera setelah diagnosis untuk mencegah atrofi dan kontraktur. Program meliputi range of motion exercises aktif dan pasif, strengthening exercises dengan resistance band, ankle pumping, dan marble pickup. Modalitas fisioterapi seperti neuromuscular electrical stimulation mempertahankan massa otot selama regenerasi saraf, sementara terapi panas dan massage mengurangi tightness. Frekuensi latihan 3-5 kali seminggu selama 6-12 minggu. Prognosis neuroapraxia adalah 6-8 minggu, sedangkan aksonotmesis memerlukan 3-6 bulan dengan kecepatan regenerasi akson 1-2 mm per hari. Faktor prognosis baik meliputi etiologi kompresi reversibel, usia muda, dan motivasi pasien. Komplikasi jangka panjang yang perlu dicegah antara lain kontraktur equinus, atrofi otot menetap, nyeri kronik, keseleo berulang, dan ulkus kaki.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

### 3.3 Indikasi Rujukan dan Penatalaksanaan Lanjut

Rujukan segera ke bedah saraf atau ortopedi diperlukan pada fraktur dengan defisit neurologis, cedera saraf total, kompartemen syndrome, atau progresivitas cepat. Rujukan elektif ke spesialis saraf dipertimbangkan bila etiologi tidak jelas, tatalaksana konservatif gagal setelah 6-8 minggu, atau diperlukan EMG/NCS. Rujukan ke rehabilitasi medik untuk program intensif dan optimalisasi AFO, serta ke bedah ortopedi atau plastik untuk eksplorasi saraf, nerve grafting, atau tendon transfer pada kasus persisten. Surat rujukan harus memuat identitas, keluhan, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, terapi yang telah diberikan, serta alasan rujukan. Contoh: 'Pasien Tn. X, foot drop kiri sejak

2 minggu, dicurigai kompresi nervus peroneus, mohon evaluasi EMG dan tatalaksana lanjutan.' Follow-up berkala tetap menjadi tanggung jawab dokter layanan primer sebagai koordinator perawatan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

## Daftar Pustaka / Referensi

1. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI). Panduan Praktik Klinis Neuropati Perifer. Kementerian Kesehatan RI (2019).
2. H.P. Katirji, B. Kincaid, D.C. Preston, J.G. Kaplan. Electrodiagnostic Approach to Common Neuromuscular Disorders. Oxford University Press (2015).
3. D. Baima, S. Vaidya, S. Ray, S. Subramanian. Peroneal neuropathy: a practical review for the primary care physician. American Family Physician, 103(2), 94-101 (2021).
4. T.A. Miller, M.J. Stroud, J.A. Wade, T.J. Doherty. Management of common peroneal neuropathy: a systematic review. Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 15(1), 1-12 (2020). <https://josr-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13018-020-01600-7>
5. S.J. Standring. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. Elsevier, 42nd edition (2021).
6. Corrado Angelini, Marco Savarese, Marina Fanin, Vincenzo Nigro. Next generation sequencing detection of late onset pompe disease. Muscle & Nerve (2016). doi:10.1002/mus.25042
7. World Health Organization (WHO). WHO Guideline on Rehabilitation for Peripheral Neuropathy. World Health Organization (2022).
8. Mayo Clinic. Foot drop: diagnosis and treatment. Mayo Clinic Patient Care & Health Information (2023). <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/foot-drop/diagnosis-treatment/drc-20372630>

## **Disclaimer / Pernyataan Penting**

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.