

Lampiran 2 : Lembar Kuisisioner

KUESIONER PASIEN OSGOOD SCHLATTER DISEASAE

Kepada yang terhormat Saudara/I

Kami mohon kesediaannya untuk mengisi kuisisioner ini :

Nama :

Usia :

Pekerjaan :

Hobi :

Tgl pemeriksaan :

1. Apakah anda merasakan nyeri/sakit pada lutut ?
 - a. Pernah
 - b. Kadang-kadang nyeri, kadang-kadang tidak
 - c. Nyeri terus-menerus
 - d. Tidak pernah

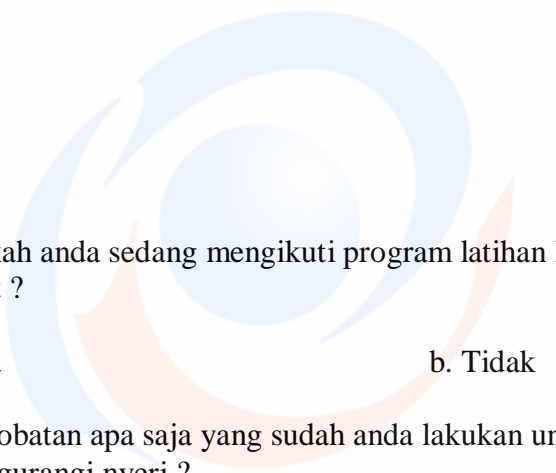

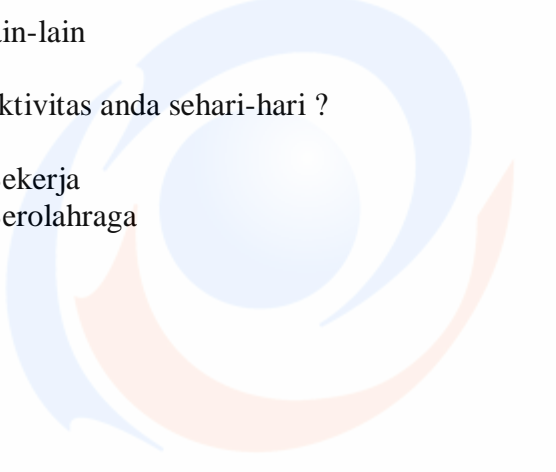



2. Di sisi mana lutut anda sering merasa sakit?
 - a. Sisi bagian depan lutut
 - b. Sisi bagian samping kanan
 - c. Sisi bagian samping kiri

3. Sudah berapa lama anda merasakan nyeri/sakit pada lutut ?

| | |
|-------------------------|-----------------------|
| a. kurang dari 1 minggu | c. lebih dari 1 bulan |
| b. lebih dari 1 minggu | d. 1 tahun |
| e. lebih dari 1 tahun | |

4. Apakah anda punya riwayat penyakit jantung ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

5. Apakah anda sekarang sedang mengalami sakit ankle?
 - a. Ya
 - b. Tidak

- 
- 
- 
- 
- 
- 
6. Apakah anda sedang mengikuti program latihan lain selama sakit lutut ?
- a. Ya
 - b. Tidak
7. Pengobatan apa saja yang sudah anda lakukan untuk mengurangi nyeri ?
- a. Minum obat penghilang nyeri
 - b. Fisioterapi
 - c. Pijat
 - d. Operasi
 - e. lain-lain
8. Apa aktivitas anda sehari-hari ?
- a. Bekerja
 - b. Berolahraga

