

III. QUICK TEST :

IV. SPESIFIC TEST :

V. WOMAC Questionnaire :

VI. Pemeriksaan penunjang :

VII. Intervensi yang diberikan :

Strengthening exercise pada Hidroterapi

Strengthening exercise pada Land Based Exercise

WOMAC OSTEOARTHRITIS INDEX

1. Pertanyaan berikut adalah menyangkut jumlah rasa nyeri yang anda rasakan pada lutut. Untuk setiap situasi, masukan jumlah rasa nyeri yang anda rasakan dalam waktu 24 jam terakhir.

	Tidak ada	Ringan	Berat	Sedang	Sangat Berat
A. Berjalan pada permukaan yang datar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Naik atau turun tangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Pada malam hari saat di tempat tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Duduk atau berbaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Berdiri tegak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Seberapa tingkat kekakuan saat bangun tidur di pagi hari.

Tidak ada	Ringan	Berat	Sedang	Sangat Berat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Seberapa tingkat kekakuan saat duduk, berbaring, setelah beristirahat di pagi hari berikutnya.

Tidak ada	Ringan	Berat	Sedang	Sangat Berat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Pertanyaan ini menyangkut aktivitas fungsional anda. Dimana sesuai kemampuan anda untuk bergerak dan menjaga diri sendiri untuk setiap kegiatan yang menunjukkan tingkat kesulitan yang anda alami di lutut. Apa tingkat kesulitan yang anda miliki :

	Tidak ada	Ringan	Berat	Sedang	Sangat Berat
A. Turun tangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Naik tangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Duduk ke berdiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Berdiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Membungkuk kelantai / jongkok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Berjalan di permukaan datar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Masuk atau keluar dari mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pergi belanja / pergi ke mall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Memakai kaos kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Bangun dari tempat tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Melepas kaos kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Berbaring di tempat tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Masuk / keluar dari bak mandi (bed tab)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Saat duduk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Masuk atau keluar dari toilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P. Berkebun (memotong rumput, mengangkat kantung yang berat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Saat melakukan aktivitas rumah (membersihkan ruangan, membersihkan debu, memasak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SKOR DAN INTERPRETASI

Tanggapan	Nilai
Tidak ada	0
Ringan	1
Sedang	2
Berat	3
Sangat berat	4

Skor :

Jumlah = SUM (poin dari setiap data)

Interprestasi :

1. Minimum total skor = 0
2. Maximum total skor = 96
3. Minimum nyeri subkor = 0
4. Maximum nyeri subkor = 20
5. Minimum kekakuan subskor = 0
6. Maximum kekakuan subskor = 8
7. Minimum fungsi fisik subskor = 0
8. Maximum fungsi fisik subskor = 68