

Lembar Keusioner KOOS (*Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score*)

Nama : _____ Tanggal : ____ / ____ / ____

Umur : _____

NYERI (PAIN)

Pertanyaan berikut berhubungan dengan nyeri yang anda alami sejak minggu lalu:

1. Seberapa sering anda mengalami nyeri?

Tidak pernah Bulanan Mingguan Harian Selalu

2. Apakah lutut nyeri saat kaki menumpu berat dan tubuh berputar mendadak?

Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu

3. Apakah nyeri saat meluruskan kaki?

Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu

4. Apakah nyeri saat menekuk lutut?

Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu

5. Apakah nyeri saat berjalan dipermukaan yang datar?

Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu

6. Apakah nyeri saat naik atau turun tangga?

Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu

7. Apakah lutut anda nyeri pada malam hari sebelum tidur?

Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu

8. Apakah lutut anda nyeri saat duduk atau berbaring?

Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu

9. Apakah lutut anda nyeri saat berdiri tegak?

Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu

TANDA atau GEJALA (SYMPTOM)

Pertanyaan berikut berhubungan dengan gejala lain yang menyertai gangguan di lutut anda sejak seminggu yang lalu :

1. Apakah lutut anda kaku saat bangun pagi?

Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu

2. Apakah lutut anda kaku setelah duduk, berbaring atau saat beristirahat malam?
 Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu
3. Apakah ada bengkak dilutut anda?
 Tidak ada Kecil Sedang Besar Parah
4. Apakah anda merasakan krepitasi atau gesekan dan mendengar suara klik atau sejenisnya setiap anda menggerakkan lutut?
 Tidak pernah Jarang Kadang Sering Selalu
5. Apakah lutut anda kaku saat bangun pagi?
 Tidak ada Jarang Kadang Sering Selalu
6. Apakah anda dapat meluruskan lutut?
 Penuh Banyak Sedang Sedikit Tidak sama sekali
7. Apakah anda dapat menekuk lutut?
 Penuh Banyak Sedang Sedikit Tidak sama sekali

AKTIVITAS SEHARI-HARI (ADL)

Pertanyaan berikut berhubungan dengan aktivitas sehari-hari yang terganggu atau terbatas karena gangguan pada lutut anda sejak seminggu yang lalu :

1. Apakah anda kesulitan turun tangga?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Banyak Parah
2. Apakah anda kesulitan naik tangga?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Banyak Parah
3. Apakah anda kesulitan bangkit dari duduk ke berdiri?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Banyak Parah
4. Apakah anda kesulitan berdiri tegak?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Banyak Parah
5. Apakah anda kesulitan mengambil benda dibawah sambil berdiri dengan menekuk lutut?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah

6. Apakah anda kesulitan berjalan dipermukaan datar?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Banyak Parah
7. Apakah anda kesulitan masuk atau keluar mobil?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Banyak Parah
8. Apakah anda kesulitan saat pergi atau berjalan untuk berbelanja?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Banyak Parah
9. Apakah anda kesulitan memakai sepatu atau kaos kaki sambil berdiri?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah
10. Apakah anda kesulitan melepas sepatu atau kaos kaki sambil berdiri?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah
11. Apakah anda kesulitan bangkit dari tempat tidur?
 Tidak sama sekali Jarang Kadang Sering Selalu
12. Apakah anda kesulitan untuk berbaring ditempat tidur?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah
13. Apakah anda kesulitan saat mandi?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah
14. Apakah anda kesulitan untuk duduk?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah
15. Apakah anda kesulitan untuk jongkok di toilet?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah
16. Apakah anda kesulitan melakukan aktivitas rumah tangga yang berat seperti menyekop, menyikat lantai dll?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah
17. Apakah anda kesulitan melakukan aktivitas rumah tangga yang ringan seperti memasak, menyapu rumah, bersih-bersih, dll?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah

AKTIVITAS OLAHRAGA dan REKREASI (SPORT and RECREATION)

Pertanyaan berikut berhubungan dengan aktivitas olahraga dan aktivitas rekreasi yang mengalami keterbatasan karena gangguan lutut anda sejak seminggu yang lalu:

1. Apakah anda kesulitan untuk jongkok?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah
2. Apakah anda kesulitan untuk berjalan?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Banyak Parah
3. Apakah anda kesulitan untuk melompat?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah
4. Apakah anda kesulitan berjalan lalu memutar lutut?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Banyak Parah
5. Apakah anda kesulitan berlutut?
 Tidak sama sekali Sedikit Sedang Berat Parah

KUALITAS HIDUP (QUALITY OF LIFE)

Pertanyaan berikut berhubungan dengan kualitas hidup atau gaya hidup anda yang terganggu karena masalah lutut anda sejak seminggu yang lalu :

1. Seberapa sering anda menyadari masalah lutut anda?
 Tidak pernah Bulanan Mingguan Harian Selalu
2. Apakah anda memodifikasi gaya hidup anda untuk menghindari kegiatan yang berpotensi memperparah gangguan lutut anda?
 Tidak ada Sedikit Sebagian Banyak Semua
3. Bagaimana kesulitan hidup secara umum yang anda alami karena berkurangnya kemampuan fungsi lutut pada kehidupan anda?
 Tidak ada Sedikit Sedang Banyak Parah
4. Secara umum, seberapa sering kesulitan yang anda alami dalam kehidupan karena lutut anda terganggu?
 Tidak pernah Jarang kadang Sering Selalu

FORM HASIL PENGUKURAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL

$$1. \text{ PAIN} \quad : 100 - \frac{\text{Total score P1-P9} \times 100}{36} = 100 - \frac{\quad}{36} =$$

$$2. \text{ SYMPTOMS} \quad : 100 - \frac{\text{Total score S1-S7} \times 100}{28} = 100 - \frac{\quad}{28} =$$

$$3. \text{ ADL} \quad : 100 - \frac{\text{Total score A1-A17} \times 100}{68} = 100 - \frac{\quad}{68} =$$

$$4. \text{ SPORT\&REC} \quad : 100 - \frac{\text{Total score SP1-SP5} \times 100}{20} = 100 - \frac{\quad}{20} =$$

$$5. \text{ QOL} \quad : 100 - \frac{\text{Total score Q1-Q4} \times 100}{16} = 100 - \frac{\quad}{16} =$$

Hasil total Kemampuan fungsional :

$$\text{Total} = \frac{(\text{Pain} + \text{Sym} + \text{ADL} + \text{SPORT\&REC} + \text{QOL})}{5} =$$

Jumlah nilai 0 – 100 dengan nilai lebih rendah menunjukkan kemampuan fungsional menurun atau bermasalah dan nilai lebih tinggi menunjukkan kemampuan fungsional lebih baik.

Kemampuan Fungsional Sebelum intervensi	Kemampuan fungsional Sesudah 6 kali intervensi