

Lampiran 2

FORM ASSESMENT FISIOTERAPI

IDENTITAS PASIEN

Nama	:	Tinggi Badan	:
Tanggal Pemeriksaan	:	Indeks Masa Tubuh	:
Umur	:	TTL	:
Jenis Kelamin	:	No. Telepon	:
Aktivitas	:	Pendidikan Terakhir	:
Berat Badan	:	Alamat	:

PEMERIKSAAN KHUSUS

Inspeksi:

1. Postur :
 - Deformitas : ya / tidak, jika ya?
 - Ekstremitas bawah sama panjang atau tidak : ya / tidak
2. Tanda Radang : + / -

Palpasi :

1. Nyeri tekan pada otot hamstring : ya / tidak
2. Tonus otot hamstring : tinggi / normal / rendah

Move :

Hip

SLR Test : + / -

End feel : (elastic / springy / hard)

Tes khusus : *Sit and reach test*

Kategori	Pria (dalam cm)	Wanita (dalam cm)
Super	> +27	> +30
Excellent	+17 sampai +27	+21 sampai +30
Good	+6 sampai +16	+11 sampai +20
Average	0 sampai 5	+1 sampai +10
Fair	-8 sampai -1	-7 sampai 0
Poor	-20 sampai -9	-15 sampai -8
Very Poor	< -20	< -15

Hasil pengukuran :..... cm, kategori.....

Pemeriksaan Penunjang : (jika ada)

Intervensi yang diberikan :

___ *Active Isolated Stretching*

___ *Passive Stretching*