LAMPIRAN

SURAT PERSETUJUAN MENJADI SAMPEL PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah diberikan penjelasan oleh peneliti tentang tujuan yang saya dapatkan selama proses penelitian ini. Oleh karena itu saya menyatakan bersedia dan setuju untuk menjadi sampel penelitian dan mengikuti setiap proses penelitian sebanyak 8 kali selama 2-4 minggu. Sesuai penjelasan yang diberikan oleh peneliti dengan penelitian berjudul:

" PENAMBAHAN TRAKSI OSILASI PADA INTERVENSI TRANSVERS FRICTION & LATIHAN FUNGSIONAL ANKLE DAPAT MENINGKATKAN KEMAMPUAN *HOP JUMP* KASUS *SPRAINED ANKLE* KRONIS"

Demikianlah pernyataan ini saya setujui untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, Agustus 2011

Saksi	Yang membuat Pernyataan,
Pembimbing Fisioterapi	Sampel Penelitian
(……)	(……..)

KUESIONER PASIEN *SPRAINED ANKLE*

Kepada yang terhormat Saudara/I

Kami mohon kesediaannya untuk mengisi kuesioner ini :

Nama :.....

Usia : .....

Tinggi Badan :.....

Berat Badan :.....

Pekerjaan : .....

Hobi : .....

Tgl pemeriksaan : .....

Intervensi : □ Transvers friction, Latihan Fungsional

□ Transvers friction, Traksi Osilasi, Latihan Fungsional

1. Apakah anda merasakan nyeri/sakit pada ankle ?
   a. Pernah
   b. Kadang-kadang nyeri, kadang-kadang tidak
   c. Nyeri terus-menerus
   d. Tidak pernah
2. Sudah berapa lama anda merasakan nyeri/sakit pada ankle ?
   a. kurang dari 1 minggu
   b. lebih dari 1 minggu
   c. lebih dari 1 bulan
   d. 1 tahun
3. Apakah anda punya riwayat trauma /injury pada ankle ?
   a. Ya
   b. Tidak
4. Apakah nyeri/sakit ankle anda mengganggu aktifitas ?
   a. Ya
   b. Tidak

5. Pada saat melakukan aktifitas apa, nyeri/sakit ankle anda muncul ?

   a. Berjalan

   b. Berdiri lama

   c. Berjongkok

   d. Pada saat olah raga

   e. Pada saat setelah olah raga

6. Apakah sebelumnya anda pernah merasakan nyeri/sakit yang sama pada ankle ?

   a. Ya b. Tidak

7. Jenis nyeri yang anda rasakan

   a. Nyeri tajam c. Nyeri dalam

   b. Nyeri dangkal

8. Apakah ankle anda sering berbunyi ketika digerakkan ?

   a. Ya b. Tidak

9. Pengobatan apa saja yang sudah anda lakukan untuk mengurangi nyeri ?

   a. Minum obat penghilang nyeri

   b. Fisioterapi

   c. Pijat

   d. Operasi

   e. Lain-lain

10. Apakah disamping nyeri/sakit pada ankle, anda memiliki penyakit lain ?

    a. Ya. Sebutkan .....

    b. Tidak

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Data Pribadi :

Nama : Indah Suci Desliana

Tempat/tanggal lahir : Jakarta, 23 Desember 1988

Alamat : Perumahan Taman Tytyan Indah, Blok Z4 No.5
Kalibaru Medan Satria Bekasi

Nomor Telepon/HP : 08561611601

Email : deslianaindah@yahoo.com

Data Pendidikan :

1. Tahun 1995-2000 : SD Swasta Harapan Indonesia Bekasi
2. Tahun 2000-2003 : SLTP Negeri 25 Bekasi
3. Tahun 2003-2006 : SPRG- TNI AD
4. Tahun 2007 sampai sekarang : Program Studi D-IV Fisioterapi
   Fakultas Fisioterapi Universitas Esa Unggul