

# LAMPIRAN

## Lampiran 1

**PERSETUJUAN TINDAKAN FISIOTERAPI DAN  
KESEDIAAN MENGIKUTI PENELITIAN  
(*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_

Umur : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Telpon/HP : \_\_\_\_\_

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti atau yang membantunya tentang maksud dan tujuan penelitian, cara pelaksanaannya dan konsukuensinya demi manfaat yang sebesar-besarnya bagi pemeliharaan kesehatan saya dan bagi kemajuan upaya pelayanan, dengan ini menyatakan:

1. Memahami sepenuhnya maksud dan tujuan penelitian, cara pelaksanaan dan konsukuensinya.
2. Bersedia mengemukakan dengan sejujur-jujurnya segala hal yang berkaitan dengan keluhan yang saya derita.
3. Bersedia untuk mengikuti dan menjalankan petunjuk penelitian yang diberikan secara sungguh-sungguh dan bertanggung jawab.
4. Bersedia menghubungi peneliti bila ada hal-hal yang kurang dipahami maupun melaporkan hal-hal yang berkembang selama penelitian.
5. Bersedia untuk sewaktu-waktu dihubungi oleh peneliti guna menyempurnakan penelitian ini.
6. Tidak akan membebani peneliti berkaitan dengan biaya dan tindakan atas keluhan yang saya derita dan penyelenggaraan penelitian ini.
7. Bersedia mengikuti kegiatan Penelitian berjudul:  
"PERBEDAAN MANUAL TRIGGER POINT THERAPY DENGAN FORM ROLLER EXERCISE DALAM MENURUNKAN NYERI PADA KASUS MYOFASCIAL PAIN SYNDROME Mm. RHOMBOID".

dengan ketentuan apabila ada hal-hal yang tidak berkenan pada saya, maka saya berhak mengajukan pengunduran diri dari kegiatan Penelitian ini.

Peneliti,

\_\_\_\_\_  
Responden

---

Saksi

---

Alamat :

HP/Telp :

---

Alamat :

HP/Telp :

## Lampiran 2

### FORMULIR PEMERIKSAAN FISIOTERAPI

#### A. ANAMNESIS

##### *IDENTITAS PASIEN*

TANGGAL PEMERIKSAAN :  
NAMA :  
JENIS KELAMIN : L/P  
TELEPON :  
TANGGAL LAHIR :  
PEKERJAAN :  
HOBI :  
ALAMAT :

##### *RIWAYAT PENYAKIT*

KELUHAN :  
LAMA KELUHAN :  
GANGGUAN TIDUR :  
KELUHAN SEBELUMNYA :  
PENGOBATAN SEBELUMNYA :

##### *INSPEKSI*

*LEHER* :  
*BAHU* :  
*PUNGGUNG* :  
*PINGGANG* :

**B. PEMERIKSAAN FISIK**

**QUICK TEST**

1. FLEKSI- PUNGGUNG AKTIF :

**PFGD:**

FLEKSI PUNGGUNG PASIF:

**TEST KHUSUS**

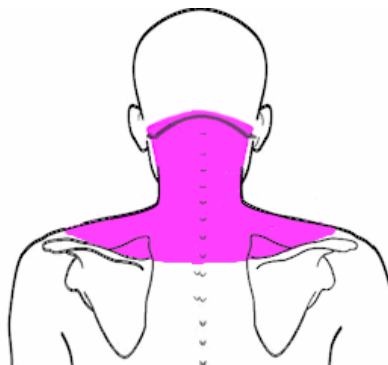
TRAKSI DAN KOMPRESI CERVIKAL:

1. POSISI NETRAL :
2. FLEKSI :
3. EKSTENSI :

LATERAL FLEKSI :

PALPASI

LOKASI NYERI:



SPASME OTOT:

RANGE OF MOTION PUNGGUNG:

FLEKSI:

ROTASI (KA):

ROTASI (KI):

PEMERIKSA,

(.....)

PELAKSANAAN TERAPI:

NO	TANGGAL	TERAPI	KETERANGAN
1			
2			
3			
4			
5			
6			

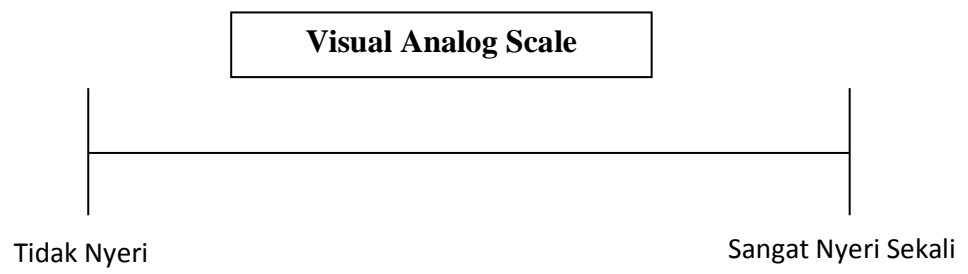
### Lampiran 3

Visual Analog Scale (Sebelum terapi)

Nama Pasien :

Tanggal Pemeriksaan :

Nama Pemeriksa :



## Lampiran 4

Visual Analog Scale (Sesudah terapi)

Nama Pasien :

Tanggal Pemeriksaan :

Nama Pemeriksa :

