

SURAT PERSETUJUAN MENJADI SAMPEL

Saya yang beranda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis kelamin :

Umur :

Alamat :

No. Telp :

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah diberikan penjelasan oleh peneliti tentang tujuan dan tindakan yang saya dapatkan selama proses penelitian ini. Oleh karena itu saya menyatakan bersedia dan setuju untuk menjadi sampel penelitian dan mengikuti proses penelitian sebanyak 6 kali selama 2 minggu, sesuai penjelasan yang telah diberikan oleh peneliti dalam penelitian dalam judul:

“Perbedaan efek pemberian intervensi Traksi Osilasi Posisi MLPP dan Cryotherapy dengan Teknik Mulligan’s Mobilization With Movement dan Cryotherapy terhadap peningkatan kemampuan fungsional pada kasus Osteoarthritis Lutut.”

Demikian surat pernyataan ini saya setuju untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Peneliti

Jakarta, Juli 2012

Sampel penelitian

()

()

KUESIONER OSTEOARTRITIS LUTUT

Kepada Bapak/Ibu

Kami mohon kesediaannya untuk mengisi kuesioner ini :

Nama :

Jenis kelamin :

Umur :

Pekerjaan :

Hobi :

Alamat :

Pertanyaan :

1. Apakah saat ini Anda sedang menderita sakit lutut ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

2. Sudah berapa lama Anda menderita sakit lutut ?
 - a. 1 minggu
 - b. 1 bulan
 - c. 3 bulan
 - d. lebih dari 3 bulan.

3. Apakah sebelumnya Anda pernah menderita sakit lutut ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

4. Apakah nyeri lutut timbul secara terus menerus ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

5. Apakah nyeri lutut berkurang pada saat istirahat ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

6. Apakah pada saat berjalan lutut Anda terasa nyeri ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

7. Apakah pada saat jongkok berdiri lutut Anda terasa nyeri ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

8. Apakah pada saat pagi hari setelah bangun tidur lutut Anda terasa nyeri dan kaku ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

9. Apakah setelah duduk lama lalu berdiri atau jalan lutut Anda terasa nyeri ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

10. Apakah lutut Anda terasa nyeri apabila naik turun tangga ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

11. Titik yang paling nyeri Anda rasakan di sebelah mana ?
 - a. Dalam
 - b. Luar
 - c. Depan
 - d. Belakang

12. Apakah Anda sebelumnya pernah periksa ke dokter ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

13. Apakah Anda sebelumnya pernah di foto rontgen ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

Terima kasih telah menyelesaikan semua pertanyaan dalam kuesioner ini.

KOOS KNEE SURVEY

Tanggal : ____ / ____ / ____ Tanggal Lahir : ____ / ____ / ____

Nama : _____

PETUNJUK: Survei ini ditujukan untuk mengetahui pendapat Anda tentang kondisi lutut Anda. Informasi ini akan membantu kami memantau bagaimana Anda merasakan kondia lutut Anda dan seberapa baik Anda melakukan tugas sehari-hari.

Jawablah setiap pertanyaan dengan memberi contreng pada kotak yang tersedia, hanya satu kotak untuk masing-masing pertanyaan. Jika Anda tidak yakin dengan jawaban Anda, berikanlah jawaban sesuai apa yang Anda ketahui.

Gejala

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini harus dijawab sesuai dengan kondisi lutut Anda selama **satu minggu terakhir** ini.

S1. Apakah ada pembengkakan pada lutut Anda?

Tidak Pernah	Jarang	Terkadang	Sering	Selalu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Apakah Anda merasakan gesekan, terdengar bunyi klik atau bunyi lainnya saat menggerakkan lutut Anda?

Tidak Pernah	Jarang	Terkadang	Sering	Selalu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Apakah Anda merasakan lutut Anda bergoyang atau tidak seimbang saat Anda bergerak?

Tidak Pernah	Jarang	Terkadang	Sering	Selalu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. Bisakah Anda meluruskan lutut?

Bisa	Sering	Terkadang	Jarang	Tidak Bisa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Bisakah Anda menekuk lutut?

Bisa	Sering	Terkadang	Jarang	Tidak Bisa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kekakuan

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini berkaitan dengan kekakuan sendi pada lutut yang Anda alami selama satu minggu terakhir. Kekakuan adalah rasa terbatas atau melambatnya gerakan saat menggerakkan lutut.

S6. Seberapa parah Anda merasakan kekakuan pada lutut Anda di pagi hari saat bangun tidur?

Tidak Sama Sekali	Ringan	Sedang	Parah	Sangat Parah
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. Seberapa parah Anda merasakan kekakuan pada lutut Anda setelah duduk, tiduran atau beristirahat **setelah aktifitas**?

Tidak Sama Sekali	Ringan	Sedang	Parah	Sangat Parah
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nyeri

P1. Berapa sering Anda merasakan nyeri pada lutut?

Tidak Pernah	Setiap Bulan	Setiap Minggu	Setiap Hari	Setiap Saat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seberapa berat nyeri lutut yang Anda alami selama **satu minggu terakhir** saat melakukan aktifitas berikut?

P2. Memutar / berputar pada lutut Anda

Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Sedang	Nyeri	Nyeri Hebat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Meluruskan lutut

Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Sedang	Nyeri	Nyeri Hebat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Menekuk lutut

Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Sedang	Nyeri	Nyeri Hebat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. berjalan di permukaan yang rata

Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Sedang	Nyeri	Nyeri Hebat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Naik atau turun tangga

Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Sedang	Nyeri	Nyeri Hebat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Di malam hari saat di tempat tidur

Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Sedang	Nyeri	Nyeri Hebat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. duduk atau tiduran

Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Sedang	Nyeri	Nyeri Hebat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Berdiri tegak

Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Sedang	Nyeri	Nyeri Hebat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fungsi dalam kehidupan sehari-hari

Pertanyaan-pertanyaan berikut berhubungan dengan fungsi fisik Anda. Dengan tujuan untuk mengetahui kemampuan Anda saat melakukan kegiatan. Tunjukkan kesulitan Anda terhadap kegiatan berikut selama **satu minggu terakhir**.

A1. Menuruni tangga

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

A2. Menaiki tangga

Tidak Sulit

Ringan

Sedang

Sulit

Sangat Sulit

A3. Bangkit dari duduk

Tidak Sulit

Ringan

Sedang

Sulit

Sangat Sulit

A4. Berdiri

Tidak Sulit

Ringan

Sedang

Sulit

Sangat Sulit

A5. Membungkuk ke lantai / mengambil obyek

Tidak Sulit

Ringan

Sedang

Sulit

Sangat Sulit

A6. Berjalan di permukaan yang datar

Tidak Sulit

Ringan

Sedang

Sulit

Sangat Sulit

A7. Masuk / keluar dari mobil

Tidak Sulit

Ringan

Sedang

Sulit

Sangat Sulit

A8. Berbelanja

Tidak Sulit

Ringan

Sedang

Sulit

Sangat Sulit

A9. Memakai kaus kaki / stoking

Tidak Sulit

Ringan

Sedang

Sulit

Sangat Sulit

A10. Bangkit dari tempat tidur

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

A11. Melepas kaus kaki / stoking

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

A12. Berbaring di tempat tidur (berpindah posisi, mempertahankan posisi lutut)

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

A13. Masuk / keluar dari kamar mandi

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

A14. Duduk

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

A15. Aktivitas BAB & BAK

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

A16. Akyivitas berat (mengangkat kotak berat, menggosok lantai, dll)

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

A17. Aktivitas ringan (memasak, menyapu, membersihkan debu, dll)

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

Pertanyaan-pertanyaan berikut berhubungan dengan kondisi Anda saat melakukan aktifitas yang berat. Jawablah pertanyaan berikut sesuai dengan tingkat kesulitan yang Anda alami selama **satu minggu terakhir** karena lutut Anda.

SP1. Jongkok

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

SP2. Berlari

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

SP3. Melompat

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

SP4. Memutar / berputar pada lutut yang cedera

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

SP5. Berlutut

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

Kualitas Hidup

Q1. Seberapa sering lutut Anda mengalami nyeri atau gangguan lainnya? _____

Tidak Pernah	Tiap Bulan	Tiap Minggu	Tiap Hari	Setiap Saat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Apakah Anda merubah gaya hidup dengan menghindari aktifitas yang berpotensi merusak lutut Anda?

Tidak Sama Sekali	Jarang	Terkadang	Sering	Selalu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. Apakah adanya masalah pada lutut Anda mengurangi kepercayaan diri Anda saat beraktivitas?

nyaman?

Tidak Sama Sekali

Jarang

Terkadang

Sering

Selalu

Q4. Secara umum, apakah Anda mengalami kesulitan saat beraktivitas dengan kondisi lutut Anda saat ini?

Tidak Ada

Ringan

Sedang

Sering

Selalu

Terima kasih banyak untuk menyelesaikan semua pertanyaan dalam kuesioner ini.

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Data Pribadi :

Nama : Putri Nadia Astari

Tempat/tanggal lahir : Jakarta, 28 April 1990

Alamat : Perumahan Pinang Indah, Jl. Borobudur blok A 67 No. 28. Sudimara
Pinang, Tangerang.

Nomor Telepon/HP : 08978387253

Email : tari.putrinadia@gmail.com

Data Pendidikan :

1. Tahun 1996-2002 : SD Islam Al-Hasanah
2. Tahun 2002-2005 : SMP Negeri 3 Tangerang
3. Tahun 2005-2008 : SMA Negeri 9 Tangerang
4. Tahun 2008 sampai sekarang : Program Studi D-IV Fisioterapi, Fakultas
Fisioterapi Universitas Esa Unggul.