

**PENELITIAN : PENGARUH LATIHAN FISIK AWAL TERHADAP  
PERBAIKAN KOGNITIF PADA PENDERITA DIFFUSE  
INJURY GRADE II**

INSTANSI PELAKSANA : RSUP Dr. KARIADI SEMARANG

Persetujuan setelah Penjelasan

**(INFORMED CONSENT)**

Berikut ini naskah yang akan dibacakan pada Responden / Keluarga Responden Penelitian ( antara lain berisi penjelasan apa yang akan dialami oleh responden misal : diwawancarai dan dilakukan pemeriksaan fisik/neurologis).

Bapak / Ibu Yth.

Anda terpilih sebagai responden penelitian yang berhubungan dengan pengaruh pemberian terapi latihan fisik terhadap perbaikan pada gangguan fungsi kognitif . Pemberian terapi latihan fisik ini diberikan kepada semua responden yang terpilih, berupa terapi latihan fisik awal yang diberikan setelah 48 jam cedera, setiap hari 2x15 menit selama 4 minggu dan terapi latihan fisik standar yang diberikan setelah 2 minggu cedera, setiap hari 1x30 menit selama 4 minggu.

**Tujuan Penelitian :**

Membuktikan bahwa terapi latihan fisik dapat meningkatkan fungsi kognitif pada penderita DI gr II.

Tindakan yang dialami Bapak / Ibu /Saudara :

1. Dilakukan anamnesis dengan menggunakan kuesioner dan pemeriksaan fisik/ neurologis dengan menggunakan palu refleksi , senter .
2. Pemberian terapi latihan fisik.

Terimakasih pada Bapak / Ibu / Saudara.

Setelah mendengar dan memahami penjelasan penelitian, dengan ini saya menyatakan :

**SETUJU / TIDAK SETUJU \***

Untuk ikut sebagai responden / sampel penelitian

\* coret yang tidak perlu

Semarang,

2011

Saksi,

Pasien,

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

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

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

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


### DAFTAR PERTANYAAN DAN PEMERIKSAAN

No	PERTANYAAN	JAWABAN
<b>IDENTITAS</b>		
1.	No. Penelitian :	
2.	Nama :	
3.	No. CM :	
4.	Tanggal pemeriksaan :	
5.	Tanggal Masuk RS :	
6.	Jam Masuk RS :	
7.	Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Wanita	<input type="checkbox"/>
8.	Umur (tahun) :	
9.	Status Perkawinan : 1. Kawin 2. Janda 3. Duda 4. Tidak kawin	<input type="checkbox"/>
10.	Pendidikan : 1. SD 2. SLTP 3. SLTA 4. Universitas 5. Tidak sekolah	<input type="checkbox"/>
11.	Pekerjaan : 1. Pegawai Negeri / TNI 2. Swasta / dagang 4. Buruh 5. Pelajar 6. Tidak bekerja	<input type="checkbox"/>
12.	Alamat :	
<b>ANAMNESIS</b>		
13.	Keluhan Utama :	
14.	Awitan :	
15.	Tanggal :	
16.	Jam :	
17.	Waktu datang ke RS : 1. < 6 jam 2. 6-24 jam 3. > 24 jam	<input type="checkbox"/>
18.	Periode tidak sadar : 1. < 24jam 2. >24jam	<input type="checkbox"/>
19.	Riw. cedera kepala sebelumnya : 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

20.	Riwayat peny. dahulu	: 1. Hipertensi 2. DM 3. Jantung 4. Stroke 5. Inf. Otak 6. Tumor otak 7. Gangguan psikiatri 8. Lain-lain	<input type="checkbox"/>
21.	Riw. Obat yang diminum sebelumnya	: 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
22.	Sedang dalam pembiusan	: 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
23.	Riwayat kejang	: 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>PEMERIKSAAN</b>			
24.	GCS	: E M V	
25.	Tekanan Darah	: Sistolik Diastolik	
26.	Nadi (x/mnt)	:	
27.	Respirasi (x/mnt)	:	
28.	Temperatur	:	
29.	Jantung (EKG)	: 1. Normal 2. Tidak Normal	<input type="checkbox"/>
30.	Mata	: 1. Normal 2. Tidak Normal	<input type="checkbox"/>
31.	Paru	: 1. Normal 2. Tidak normal	<input type="checkbox"/>
32.	Hepar	: 1. Normal 2. Tidak normal	<input type="checkbox"/>
33.	Ginjal	: 1. Normal 2. Tidak normal	<input type="checkbox"/>
<b>STATUS NEUROLOGIS</b>			
34.	Afasia	: 1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
35.	Gangguan Nn. Craniales	: 1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
36.	Gangguan motorik	: 1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
37.	Gangguan sensorik	: 1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
38.	Gangguan vegetatif	: 1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>

39.	Gangguan ekstrapiramidal	: 1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
40.	Gangguan keseimbangan	: 1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
41.	Skor MMSE	:	
42.	Skor CDT	:	
<b>PEMERIKSAAN CT SCAN KEPALA</b>			
43.	Lokasi kelainan	:	

**MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)**

No	Tes	Nilai maks	Nilai
	<b>ORIENTASI</b>		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (alamat klinik), (lantai/kamar)	5	
	<b>REGISTRASI</b>		
3	Sebutkan 3 buah nama benda (Apel, Meja, Koin)	3	
	<b>ATENSI DAN KALKULASI</b>		
4	Kurangi 100 dengan 7. Atau disuruh mengeja terbalik kata “WAHYU”	5	
	<b>MENGINGAT KEMBALI (RECALL)</b>		
5	Pasien disuruh menyebutkan kembali 3 nama benda di atas	3	
	<b>BAHASA</b>		
6	Pasien disuruh menyebutkan nama pensil, buku	2	
7	Pasien disuruh mengulang kata-kata:” namun”, “ tanpa”, “ bila”	1	
8	Pasien disuruh melakukan perintah: “ Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai”.	3	
9	Pasien disuruh membaca dan melakukan perintah “Pejamkanlah mata anda”	1	
10	Pasien disuruh menulis dengan spontan	1	
11	Pasien disuruh menggambar bentuk di bawah ini	1	
			
	Total	30	

### Clock Drawing Test (CDT)

#### **Instruksi**

1. Letakkan 1 helai kertas HVS ukuran letter dan pensil (tanpa penghapus) di meja
2. Minta pasien membuat jam dinding bulat ukuran besar lengkap dengan angka-angkanya
3. Bila instruksi no.2 telah selesai dikerjakan, mintalah pasien menggambarkan jarum jam yang menunjukkan waktu pukul “sebelas lewat sepuluh menit”

#### **Interpretasi**

Indikasi hemispasial neglect atau hemianopsi dipertimbangkan bila kedua jarum jam terletak di kedua belahan jam yang berbeda

#### **Penilaian (sistem penilaian 4 angka)**

Komponen yang dinilai	Nilai
Menggambar lingkaran tertutup	1
Meletakkan angka-angka dalam posisi yang benar	1
Ke-12 angka lengkap	1
Meletakkan jarum-jarum jam pada posisi yang tepat	1
<b>Total Nilai</b>	<b>4</b>

Keterangan :

1. Nilai Cut-off bersifat subyektif
2. Gambar dengan gangguan kontur yang hebat atau gambar yang tidak berhubungan sangat jarang dihasilkan oleh seseorang dengan kognitif yang utuh
3. Gambar yang sempurna sepertinya tidak dihasilkan oleh seseorang yang terganggu fungsi kognisinya.

Nilai yang rendah berarti perlu evaluasi fungsi kognitif lebih lanjut.

