

DESKRIPSI FAKTOR RESIKO DAN KETEPATAN PENANGANAN
CEDERA TUNGKAI KAKI PADA OLAHRAGA SEPAKBOLA DI KLUB
“*BIGREDS*” YOGYAKARTA TAHUN 2013

SKRIPSI

Diajukan kepada Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Yogyakarta
Untuk Memenuhi sebagian Persyaratan
Guna Memperoleh Gelar Sarjana Olahraga



Oleh :
Setia Budi
08603141016

**PROGAM STUDI ILMU KEOLAHRAGAAN
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA
JUNI 2013**

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sepakbola merupakan salah satu olahraga yang populer di dunia. Sepak bola seringkali dilakukan dari kalangan anak-anak hingga orang dewasa baik laki-laki maupun perempuan. Olahraga sepak bola ini dimainkan oleh dua tim berlawanan yang masing-masing tim beranggotakan sebelas pemain yang saling berusaha untuk memasukkan bola ke gawang tim lawan. Olahraga ini hampir seluruhnya dimainkan dengan menggunakan tungkai kecuali penjaga gawang yang diperbolehkan menggunakan lengannya di daerah kotak penalti (Sucipto, 2000:7).

Sepak bola telah banyak berkembang dimasyarakat indonesia baik di daerah perkotaan maupun pedesaan. Sesuai dengan perkembangan zaman maka sepak bola juga diminati dan dilakukan masyarakat seperti yang dapat dijumpai di dunia sekolah, perguruan tinggi, liga-liga sepak bola, serta turnamen-turnamen antar klub sepak bola. Salah satu klub sepak bola yang berkembang di Yogyakarta adalah *BIGREDS (Bold Indonesia Group of REDS Supporters)* Yogyakarta. *BIGREDS* tidak membatasi usia pemain sepakbola mereka, sehingga di klub *BIGREDS* Yogyakarta terdapat lebih dari satu tim sesuai rata-rata umur pemain.

Jika melihat dari anggota gerak tubuh yang lebih dominan digunakan dalam sepak bola, maka anggota tubuh yaitu tungkai memiliki resiko yang lebih besar terjadi cedera. Resiko cedera tersebut dapat diketahui berdasarkan observasi di lapangan sepakbola dan wawancara dengan pemain yang sering

mengalami cedera tungkai kaki cukup sering terjadi dalam olahraga sepakbola. Hal ini terjadi karena olahraga sepakbola merupakan olahraga yang memungkinkan *bodycontact* yang banyak melibatkan tungkai. Menurut sebuah penelitian di California tahun 2010, bahwa cedera dalam olahraga sepakbola lebih banyak terjadi dalam pertandingan resmi yakni 35,3 kasus dalam 1.000 laga. Sedangkan saat latihan, cedera hanya terjadi sebanyak 2,9 kasus dalam 1.000 sesi latihan. Bagian tubuh yang paling rentan cedera adalah kaki persentase mencapai 77% dibandingkan lutut yang hanya 21% dan ankle atau pergelangan kaki sebesar 18% (<http://www.Sportsinjurybulletin/> di unduh tanggal 07-02-2012 jam 12.45).

Cedera tungkai kaki juga dapat menimbulkan rasa nyeri di daerah tungkai kaki, penurunan ROM (*range of movement*) atau jangkauan sendi gerak di tungkai kaki untuk melakukan gerakan *dorsofleksi* dan *plantarfleksi*. Keluhan secara umum gangguan tungkai kaki meliputi: keluhan tentang fisik, keluhan tentang emosi dan penampilan. Cedera seorang pemain sepakbola dapat di alami pada saat latihan maupun pertandingan dan cedera tersebut dapat menyebabkan mundurnya prestasi seorang pemain, trauma, gangguan psikologis, fisik menurun dan bahkan cacat permanen atau bahkan sampai pada kematian, oleh karenanya cedera tersebut harus diatasi dengan baik.

Sementara ini cedera tungkai kaki dapat diberi penanganan berupa massage, latihan, maupun operasi.dengan istirahat, masase dan operasi. Pemain lebih cenderung mencari alternatif pengobatan yang efektif untuk

penyembuhan cedera yang dialami oleh pemain tersebut, selama tidak memerlukan penanganan secara medis atau operasi yang relatif lebih mahal.

Dari hasil pengamatan pada tanggal 2-23 Maret 2013 di klub *BIGREDS* Yogyakarta diketahui bahwa: (1) Banyak atlet sepak bola dari klub *BIGREDS* Yogyakarta mengalami cedera olahraga sehabis melakukan latihan ataupun saat bertanding dan sesudah bertanding, (2) Setelah mengalami cedera tersebut atlet tidak mendapatkan penanganan secara khusus tentang permasalahan yang dialaminya. Dari data yang di peroleh paling banyak atlet mengalami cedera, dalam sebulan pengamatan, memperoleh, 1) terjadi 20 cedera yang terdiri dari 15 cedera di kaki, 2 cedera bahu, 2 cedera pinggang dan 1 cedera pergelangan tangan, oleh sebab itu cedera sangat mempengaruhi prestasi tim yang mengikuti berbagai turnamen lokal yogyakarta maupun nasional tersebut, 2) banyak atlet sepak bola di klub *BIGREDS* Yogyakarta mengalami cedera bawaan sebelum bergabung dalam klub.

Berdasarkan pengamatan di atas, dengan banyaknya kasus pada cedera tungkai kaki yang dialami para pemain dan referensi dari sumber-sumber yang mendukung permasalahan yang ada, maka peneliti ingin meneliti lebih dalam lagi tentang “Deskripsi faktor resiko dan ketepatan penanganan cedera tungkai kaki pada olahraga sepak bola di klub *BIGREDS* Yogyakarta ”.

B. Identifikasi Masalah

Dari latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas dapat diidentifikasi beberapa masalah sebagai berikut:

1. Banyak pemain *BIGREDS* Yogyakarta mengalami cedera tungkai kaki sehabis melakukan latihan, bertanding, ataupun setelah bertanding.
2. Banyak pemain *BIGREDS* Yogyakarta yang mengalami cedera tungkai kaki, tetapi belum ada penanganan khusus terhadap permasalahan yang dialaminya.
3. Belum di ketahuinya faktor resiko dan ketepatan penanganan cedera tungkai kaki pada olahraga sepak bola di *BIGREDS* Yogyakarta.

C. Batasan Masalah

Permasalahan yang terkait dengan Deskripsi terhadap Faktor Resiko dan Ketepatan Penanganan Cedera Tungkai Kaki pada cabang Olahraga Sepak Bola sangat kompleks. Oleh sebab itu, agar pembahasan menjadi lebih fokus dan dengan mempertimbangkan segala keterbatasan penulis maka masalah dalam skripsi ini dibatasi pada, Faktor Resiko dan Ketepatan Penanganan Cedera Tungkai Kaki pada Cabang Olahraga Sepak Bola di Klub *BIGREDS* Yogyakarta.

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan pembatasan masalah diatas, maka dapat dirumuskan masalah-masalah sebagai berikut:

1. Faktor resiko apa saja yang dapat menyebabkan cedera pada Tungkai Kaki pada Olahraga Sepak Bola di Klub *BIGREDS*?
2. Bagaimana ketepatan penanganan Cedera Atlet Sepak Bola di Klub *BIGREDS* melaksanakan penanganan ketika mengalami cedera pada tungkai kaki?

E. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan:

1. Untuk mengetahui faktor resiko terjadinya cedera pada tungkai kaki pada olahraga sepak bola di klub *BIGREDS*.
2. Untuk mengetahui bagaimana ketepatan cara penanganan cedera pada pemain sepak bola di klub *BIGREDS*.

F. Kegunaan Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada:

1. Atlet lebih mengutamakan pencegahan cedera dengan memperhatikan faktor internal dan eksternal sebelum melakukan pertandingan maupun latihan, apabila mengalami cedera diharapkan untuk dapat memilih metode *therapy* yang tepat sesuai dengan jenis cedera yang dialaminya.
2. Pelatih atau tim medis mengetahui bagaiman cara yang tepat dan cepat untuk menangani cedera saat melakukan proses latihan.
3. Pelatih menyusun program latihan yang mempertimbangkan keselamatan atlet untuk mencegah terjadinya cedera.
4. Pihak-pihak yang terkait diharapkan dapat memberikan fasilitas dan sarana latihan yang memadai agar dapat mendukung prestasi atlet dan meminimalkan kejadian cedera pada atlet.

Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat pada atlet klub. Sehingga untuk dapat mencegah kemungkinan timbulnya cedera pada tungkai kaki dan mengetahui hal-hal apa saja yang harus dilakukan bila cedera pada tungkai kaki telah terjadi.

BAB II KAJIAN PUSTAKA

A. Deskripsi Teori dan Penelitian yang Relevan

1. Deskripsi Teori

a. Sepak Bola

1) Pengertian Sepak Bola

Sepak bola merupakan permainan beregu yang dimainkan oleh 2 regu yang berlawanan dan beranggotakan 11 pemain, termasuk 1 orang penjaga gawang. Permainan sepak bola bertujuan untuk mencetak gol sebanyak-banyaknya ke gawang lawan dengan menggunakan bola dan melindungi gawang sendiri dari ancaman lawan. Permainan sepak bola hampir keseluruhannya menggunakan kemahiran kaki, kecuali seorang penjaga gawang yang bebas menggunakan bagian tubuh manapun (A. Erlina listiani, 2012: 344).

Sepakbola menurut (Sucipto, 2000: 7) merupakan permainan beregu dimana masing-masing regu terdiri atas sebelas pemain, yang salah satunya adalah penjaga gawang. Permainan ini hampir seluruhnya dimainkan dengan menggunakan tungkai, kecuali penjaga gawang yang juga diperbolehkan menggunakan lengannya di daerah tendangan hukumannya. Tujuan dari permainan itu sendiri adalah pemain berusaha memasukkan bola sebanyak-banyaknya ke gawang lawannya dan berusaha menjaga gawangnya sendiri agar tidak dimasuki bola. Suatu regu dinyatakan menang apabila regu tersebut

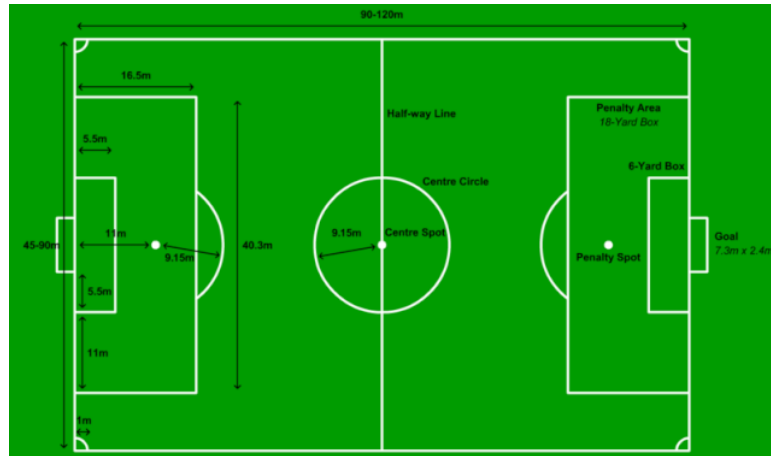
dapat memasukkan bola terbanyak ke gawang lawan, dan apabila sama maka permainan dinyatakan seri atau draw.

Di tambahkan oleh pendapat Soedjono (1979:103) bahwa sepak bola adalah permainan beregu yang dimainkan masing-masing oleh 11 orang termasuk penjaga gawang. Sepak bola hampir seluruhnya menggunakan kemahiran kaki, kecuali penjaga gawang yang bebas menggunakan anggota tubuh manapun. Tujuan dari permainan ini adalah memasukan bola ke gawang lawan sebanyak mungkin dengan pengertian pula berusaha sekuat tenaga agar gawangnya terhindar dari kebobolan penyerang lawan.

Olahraga sepakbola banyak sekali teknik yang digunakan untuk bermain, yang merupakan kunci sukses dalam bermain sepakbola. Pemain harus bisa menguasai terlebih dahulu teknik dasar-dasar dalam sepakbola misalnya: *dribbling* (menggiring), *junggling* (menimang bola), *passing* (mengoper), *trapping* (mengontrol bola), *shooting* (menembak).

2) Lapangan Sepak Bola

Ukuran lapangan sepakbola yang standar yaitu panjang 90-120 meter dan lebar 45-90 meter, pada kedua sisi pendek terdapat gawang sebesar 7,3 X 2,4 meter.



Gambar 1. Lapangan Sepakbola
(<http://www.Soccerwebsite.org>/diunduh tanggal 10-04-2013 jam09.22)

Menurut Depdiknas (2000:1) permainan Sepak bola tergolong kegiatan olahraga yang sebetulnya sudah tua usianya, walaupun masih dalam bentuk yang sederhana, akan tetapi sepak bola sudah dimainkan ribuan tahun yang lalu. Sampai saat ini belum ada kesatuan pendapat dari mana dan siapa pencipta permainan sepak bola itu. Jika kita membaca literatur tentang sejarah sepak bola, maka kita akan mendapatkan kesan bahwa asal usul sepak bola itu diwarnai oleh interpretasi penulis sejarah atau pengarang literatur tersebut. Sepak bola merupakan permainan beregu, masing-masing regu terdiri dari sebelas pemain, dan salah satunya penjaga gawang. Permainan ini hampir seluruhnya dimainkan dengan menggunakan tungkai, kecuali penjaga gawang yang di bolehkan menggunakan lengannya di daerah tendangan hukumanya.

Dalam perkembangannya permainan ini dapat dimainkan diluar lapangan (*out door*) dan di dalam lapangan (*in door*) (Depdiknas, 2000:7).

3) Klub sepak bola **BIGREDS** Yogyakarta

Klub *Bold Indonesia Group of REDS Supporters (BIGREDS)* Yogyakarta merupakan klub resmi pendukung Liverpool di Indonesia. Klub **BIGREDS** Yogyakarta berdiri pada tahun 2005, hingga sekarang member resmi dari **BIGREDS** Yogyakarta mencapai 270 orang.

Secara garis besar, aktivitas **BIGREDS** Yogyakarta memang tidak jauh dari dunia olahraga, khususnya sepakbola dan Liverpool FC. Futsal, Sepak Bola, badminton dan Nonton Bareng (nonbar) pertandingan Liverpool FC adalah kegiatan rutin dari klub **BIGREDS** Yogyakarta. Tim sepak bola dan Futsal **BIGREDS** Yogyakarta mengikuti beberapa turnamen lokal dan nasional, pemain sepak bola **BIGREDS** Yogyakarta berasal dari fans Liverpool FC yang bergabung dengan **BIGREDS** Yogyakarta dan bergabung dengan tim sepak bola dan futsal **BIGREDS** Yogyakarta. Untuk latihan sepak bola **BIGREDS** di laksanakan setiap hari minggu pukul 15.00-17.30 WIB berlatih di lapangan kampus MMTC Yogyakarta , sedangkan untuk latihan futsal **BIGREDS** dilaksanakan setiap hari selasa pukul 19.00-21.00 WIB di planet futsal.

b. Cedera pada Sepak Bola

1) Jenis cedera

Secara umum menurut pendapat yang dikemukakan oleh Paul dan Diare (1993: 63), cedera yang mungkin dapat terjadi pada saat latihan atau pertandingan olahraga, antara lain:

a) Cedera memar

Memar adalah cedera yang disebabkan oleh benturan (*body contac*) atau pukulan langsung pada kulit. Akibat dari benturan atau pukulan tersebut dapat menyebabkan jaringan dibawah kulit akan rusak dan pembuluh darah kecil akan robek atau pecah sehingga darah dan cairan seluler akan keluar atau merembes ke jaringan di sekitarnya.

b) Cedera pada otot atau tendo dan cedera *ligamentum*

Menurut pendapat yang dikemukakan oleh Hadianto W (1993: 13), ada dua jenis cedera yang dapat terjadi pada otot atau tendo dan *ligamentum*, yaitu *strain* dan *sprain*. Menurut pendapat yang dikemukakan oleh Giam dan Teh (1993: 92-93), *strain* adalah kerusakan pada suatu bagian jaringan otot atau tendo karena penggunaan yang berlebihan ataupun *stress* yang berlebihan. *Sprain* adalah cedera pada bagian persendian dengan diikuti terjadi robekan pada *ligamentum*, hal ini disebabkan oleh stress berlebihan secara berulang-ulang dari persendian.

c) *Dislokasi* (pergeseran tulang)

Dislokasi atau pergeseran tulang adalah suatu keadaan persendian tidak dalam keadaan anatomis (bergeser), dalam hal ini karena terjadi robekan yang mengakibatkan pergeseran tulang dari tempatnya. Gejala dislokasi antara lain dapat dilihat dengan ciri-ciri sebagai berikut: pembengkakan terjadi dengan cepat, terasa nyeri yang sedang sampai berat, terdapat perbedaan yang jelas pada bagian tubuh yang terluka. Para pemain sepakbola dislokasi sering terjadi pada organ pergelangan kaki, jari-jari tangan, siku, lutut, bahu, atau punggung.

d) Patah tulang (fraktur)

Menurut pendapat Hartono S (1993: 200), patah tulang (*fracture*) adalah suatu keadaan tulang yang mengalami keretakan, pecah, atau patah. Menurut pendapat Hartono S (1993: 201-202), patah tulang dibagi menjadi dua macam yaitu: fraktur sederhana (*simple fracture*) dan fraktur kompleks (*compound fracture*).

Menurut pendapat Bernard B (1978: 3), patah tulang (*fracture*) adalah diskontinuitas dari jaringan tulang (patah tulang) yang biasanya disebabkan oleh adanya kekerasan yang timbul secara mendadak. Menurut Bernard B (1978: 4-5), berdasarkan hubungan antara ujung tulang yang mengalami fraktur dengan jaringan-jaringan disekitarnya, patah tulang dibedakan menjadi tiga macam, yaitu: 1) Patah tulang tertutup (*fracture simpleks*) yaitu patahan tulang tidak

mempunyai hubungan dengan udara terbuka, 2) Patah tulang terbuka (*compound fracture*) yaitu patahan tulang, kulit terobek dari dalam *frakmen* tulang menembus kulit yang diakibatkan kekerasan dari luar, 3) Patah tulang kompikata yaitu patah tulang, persendian, syaraf, pembuluh darah atau organ viscera juga ikut terkena, patah tulang ini bisa berbentuk *fracture* terbuka dan tertutup.

e) Suduken (*stitches*)

Menurut pendapat yang dikemukakan oleh Gabe M dan Marshall H (1984: 117), suduken adalah sakit pinggang, rasa sakit yang menusuk dan tiba-tiba yang terasa dibagian atas perut yang merupakan suatu bentuk kejang otot. Suduken terjadi karena terhentinya suplai darah ke sekat rongga badan oleh tekana dari paru-paru yang ada diatasnya dan paru-paru yang di bawahnya, banyaknya gas yang menggelembung di dalam usus besar sebagai akibat dari pencernaan makanan yang terlalu dekat dengan aktivitas olahraga, atau intoleransi terhadap susu dan terigu.

f) Kram otot

Menurut pendapat yang dikemukakan oleh Gabe M dan Marshall H (1984: 115-117), kram otot adalah kontraksi secara terus menerus yang dialami oleh otot atau sekelompok otot dan mengakibatkan rasa nyeri.

Kram otot biasanya terjadi karena seorang mengalami kelelahan yang berlebihan (*overtraining*), kekurangan garam dan mineral,

kurang pemanasan atau penguluran, atau gangguan (terhambatnya) sirkulasi darah yang menuju ke otot-otot. Pada pemain sepak bola kram otot bisa terjadi pada: otot perut, otot paha, betis, jari tangan, atau jari kaki.

g) Pendarahan

Menurut pendapat Sarwoto dan Siti Aminah (1982: 86-88), pendarahan terjadi karena pecahnya pembuluh darah sebagai akibat dari terjadinya trauma pukulan, tendangan, atau terjatuh. Pendarahan ini ada dua macam, yaitu pendarahan dalam (darah berada di dalam rongga badan) dan pendarahan luar (darah keluar dari kulit).

h) Kejang (*shock*)

Menurut pendapat Sarwoto dan Siti Aminah (1982: 74), kejang (*shock*) adalah suatu keadaan yang timbul karena disebabkan gangguan pada otak, karena suplai darah ke otak berkurang, gangguan pernafasan, gangguan pencernaan (terlalu kenyang, terlalu lapar, atau kehausan).

i) Pingsan (*collaps*)

Menurut Sarwoto dan Siti Aminah (1982: 75), pingsan (*collaps*) adalah keadaan dimana seseorang mengalami kehilangan kesadaran yang bersifat sementara dan singkat. Pingsan biasanya disebabkan oleh berkurangnya aliran darah atau oksigen dan glukosa dalam tubuh menuju ke otak, kepanasan, atau keracunan.

2) Penyebab cedera

Penyebab cedera menurut Hardianto Wibowo (1994:13) di bagi menjadi dua, yaitu:

a) Faktor resiko internal (sebab-sebab yang berasal dari dalam)

Cedera ini terjadi karena koordinasi otot-otot dan sendi yang kurang sempurna, sehingga menimbulkan gerakan yang salah, sehingga menimbulkan cedera. Misalnya ukuran kaki/tungkai yang tidak sama panjangnya; kekuatan otot-otot yang bersifat antagonis tidak seimbang dan sebagainya. Hal itu juga bisa terjadi karena kurang pemanasan, kurang konsentrasi ataupun si atlet dalam keadaan fisik dan mental yang lemah (Macamnya cedera bisa berupa robeknya otot, tendo, atau ligamentum).

b) Faktor resiko eksternal (sebab-sebab yang berasal dari luar)

Eksternal violence adalah cedera yang timbul/terjadi karena pengaruh atau sebab yang berasal dari luar, misalnya: 1) karena *body contact sport*: sepak bola, tinju, karate, dan lain-lain, 2) karena alat-alat olahraga: *stick hockey*, bola, raket dan lain-lain, 3) karena keadaan sekitarnya yang menyebabkan terjadinya cedera: keadaan lapangan yang tidak memenuhi persyaratan.

3) Penanganan cedera

Menurut Novita Intan Arovah (2010:6) sebelum melakukan penanganan, cedera di diagnosis dahulu agar mengetahui jenis cedera

yang terjadi, Beberapa prinsip dasar intervensi fisioterapi pada cedera olahraga adalah sebagai berikut:

- a) Tahap sangat awal cedera dimana belum terjadi tahap peradangan, dapat dilakukan reposisi apabila terjadi dislokasi.
- b) Pada tahap peradangan dapat dilakukan upaya upaya untuk menekan respon peradangan yang berlebihan melalui proses *RICE* (*rest, ice, cold and elevation*). Proses fisioterapi yang ideal dalam hal ini adalah *hydrotherapy*, maupun *cold therapy*.
- c) Pada tahap sub-kronis dimana respon peradangan sudah menurun, dapat dilakukan *heat therapy* dan *manual therapy* untuk mempercepat proses regenerasi tubuh akibat cedera.
- d) Pada tahap kronis, dapat dilakukan dengan *cold therapy* dalam paket *contrast therapy*. Pada keadaan ini *manual therapy* dapat dilanjutkan dan mulai dikombinasikan dengan *exercise therapy*. Tujuan dari fase ini selain untuk mempercepat proses regenerasi adalah untuk memulihkan kembali fungsi tubuh, seperti pemulihan *range of movement* persendian maupun memulihkan kekuatan otot yang berkurang akibat cedera dan proses imobilisasi.

Menurut Novita Intan Arovah (2010:7) Beberapa teknik fisioterapi yang sering dipergunakan meliputi :

1) *Exercise therapy* (Terapi latihan).

Teknik fisioterapi ini merupakan teknik fisioterapi yang paling sering dipergunakan terutama pada keadaan kronis. Pada

penggunaannya, jenis, frekuensi, intensitas dan durasi latihan ditentukan berdasarkan pemeriksaan fisik. Jenis latihan yang dapat dilakukan berupa latihan isometric, isotonic, aerobik maupun latihan akuatik. Jenis-jenis latihan ini biasanya bertujuan untuk memperbaiki jangkauan gerak, meningkatkan kekuatan, koordinasi, ketahanan, keseimbangan dan postur. Latihan dapat dilakukan secara aktif dimana penderita mengontrol sendiri gerakannya tanpa bantuan orang lain ataupun pasif dimana gerakan dilakukan berdasarkan bantuan dari ahli fisioterapi.

2) *Manipulation* atau *Manual therapy*.

Berbagai teknik terapi manipulasi dapat dilakukan untuk menghasilkan gerakan pasif. Teknik ini meliputi terapi gerak dan *massage* (pijat). Dewasa ini teknik *massage* yang paling sering dipergunakan adalah teknik Sweden, walaupun demikian, berbagai jenis lain juga mulai sering dipergunakan meliputi *neuro-developmental treatment* untuk mengatasi gangguan *neuromuskular* serta *akupressure*. *Manipulation therapy* terutama ditujukan untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan fleksibilitas sendi.

3) *Thermotherapy* (*Heat therapy* atau Terapi Panas).

Thermotherapy merupakan terapi dengan menggunakan suhu panas biasanya dipergunakan dengan kombinasi dengan modalitas fisioterapi yang lain seperti *exercise* dan *manual therapy*. Udara lembab yang hangat dapat dipergunakan untuk mengurangi kekakuan

dan nyeri otot. *Heat therapy* dapat dilakukan dengan mempergunakan berbagai cara, antara lain dengan menggunakan kantung panas (*hot packs*), handuk hangat, botol air panas, alat ultrasound, alat infra-red dan bak parafin cair. Terapi ini juga dapat dikombinasikan dengan *hydrotherapy* karena air yang hangat dapat mengendurkan otot, sendi serta meningkatkan jangkauan sendi.

4) *Coldtherapy* (Terapi Dingin).

Aplikasi dingin pada area radang dapat mengurangi kepekaan syaraf yang pada gilirannya akan mengurangi rasa nyeri. Metode ini paling sering dipergunakan pada keadaan akut sebagai bagian dari sistem *RICE* (*Rest-Ice-Compression-Elevation*). Metode ini dapat dilakukan dengan mempergunakan es atau *sprai vapocoolant*.

5) *Electrotherapy*

Electrotherapy merupakan terapi dengan mempergunakan impuls listrik untuk menstimulasi saraf motorik ataupun untuk memblok saraf sensorik. Salah satu jenis *electrotherapy* yang sering dipergunakan untuk pengobatan adalah *transcutaneous electro nerve stimulation* (*TENS*). *TENS* mempergunakan listrik bertegangan rendah yang disuplai dari suatu alat portable bersumber daya baterai. Dua elektroda pada alat ini dihubungkan pada bagian yang nyeri sehingga bagian tersebut teraliri impuls listrik yang akan menjalar pada serabut saraf untuk mengurangi kepekaan terhadap rangsang nyeri. Alat ini sering dipergunakan untuk mengatasi nyeri pada *tendonitis* dan *bursitis*.

Selain *TENS*, *shortwave diathermy* sering juga dipergunakan dalam praktek fisioterapi. Alat ini mempergunakan arus listrik frekuensi tinggi untuk meningkatkan suhu pada kulit. Bagian-bagian tubuh yang besar seperti punggung dan pinggang dapat diterapi dengan *shortwave diathermy* karena penetrasi suhu dapat lebih dalam daripada mempergunakan metode terapi panas non-electric.

6) *Iontophoresis* dan *Phonophoresis*

Ionthoporesis merupakan usaha memasukkan obat dalam jaringan dengan mempergunakan bantuan arus listrik sedangkan *phonophoresis* merupakan usaha memasukkan obat dalam jaringan dengan mempergunakan bantuan *ultrasound*. Metode ini sering digunakan untuk menangani nyeri leher, nyeri punggung dan radang sendi.

7) Traksi

Traksi merupakan prosedur koreksi *neuro-muskulo-skeletal* seperti patah tulang, dislokasi dan kekakuan otot dengan mempergunakan alat yang berfungsi sebagai penarik. Terapi ini juga sering mempergunakan beban.

c. **Tungkai Kaki**

1) **Pengertian tungkai kaki**

Tungkai merupakan bagian tubuh, sebagai anggota dan alat gerak bagian bawah yang memegang peranan penting dalam penampilan gerak. Tungkai tersebut dapat dibagi dua macam, yaitu tungkai atas dan tungkai bawah. Adapun yang dimaksud dengan tungkai adalah anggota

gerak bawah yang terdiri dari seluruh kaki, mulai dari pangkal paha sampai dengan jari kaki.

Menurut James G. Hay dan J. Gavin Reid (1982: 92-94) anatomi anggota gerak bawah (tungkai) terdiri dari tulang-tulang sebagai berikut: (1) *Femur*, (2) *Patella*, (3) *Tibia*, (4) *Fibula*, (5) *Ossa tarsi*, (6) *Ossa metatarsi*, (7) *digiti*. Otot-otot yang ada di tungkai bagian atas, menurut Wernwr Platzer (1983: 222-243) terdiri dari; (a) otot *tensor fascia lata*; (b) otot *abduktor* dari paha; (c) otot *vastus laterae*; (d) otot *rectus femoris*; (e) otot *sartorius*; (f) otot *vastus medialis*; (g) otot *abduktor*; (h) otot *gluteus maximus*; (i) otot paha *lateral* dan *medial*.

Tungkai bawah adalah tungkai pada betis. Otot-otot yang terletak di daerah tungkai bawah menurut tim anatomi FIK UNY (2009:47-50) terdiri; (a) otot *tibialis anterior*; (b) otot *peroneus longus*; (c) otot *digitorum longus*; (d) otot *gastrocnemius*; (e) otot *soleus*; (f) otot *maleolus medialis*; (g) otot *retinakula* bawah; (h) otot tendon *achilles*.

2) Cedera Tungkai Kaki

Cedera tungkai kaki adalah cedera yang terjadi pada bagian alat gerak bawah manusia, menurut Matias Ibo (2012: 201-220) menguraikan beberapa jenis cedera tungkai kaki yang sering dialami oleh atlet, antara lain:

a. *Hamstring*

Cedera *hamstring* dikarakteristikan dengan rasa sakit di bagian paha dan di otot *hamstring*. Disitu ada 3 otot yang menjadi bagian penting dari otot *hamstring* group. Otot itu berjalan dari pinggul atau dari paha bagian atas ke bagian belakang dari lutut sampai betis atas. Otot *hamstring* ini adalah yang paling sering

cedera dibandingkan dengan otot lain yang di paha. Cedera *hamstring* dikategorikan dalam 3 kelas yaitu: (1) Kategori 1 : otot *Hamstring* tidak sobek atau putus. Hanya sedikit tegang. Sakit sedikit tetapi tidak mengurangi kekuatan otot paha. Panjang dari otot tetap sama, (2) Kategori 2: Cedera otot yang cukup sakit, mengurangi kekuatan otot paha ada otot yang sobek di *hamstring* fiber. Hanya bisa dilihat dengan mikroskop. Biasanya otot yang sobek ini ditemukan di antara sambungan otot dan tulang, (3) Kategori 3: Otot hamstring putus.

b. *ACL (Anterior Cruciate ligament)*

Cedera yang paling ditakutkan dalam dunia perolahragaan. Cedera ini bisa mengakhiri karir seorang atlet baik di tingkat amatir dan juga tingkat profesional. Fungsi *ACL* yang terutama adalah untuk menyetop rotasi atau perputaran dari lutut kaki. Cedera ini terjadi apabila pada saat badan berputar atau jatuh, yang terjadi ialah paha atas terputar ke dalam dan kaki bawah terputar keluar. 90% sudah bisa dipastikan bahwa *ACL* lah yang cedera. Komplikasi dari cedera ini adalah dimana salah satu ujung dari *ACL* melekat di 'meniscus'. *ACL* ter-*overstretch* dan kemudian menarik *meniscus* itu sampai lepas dari lutut kaki. Apabila cedera ini cukup parah maka pemain tersebut terkena *double injury (ACL dan meniscus)*. Tingkat pemulihannya pun lama sekali. Setelah dioperasi (teknik yang dipakai sekarang adalah dengan menarik salah satu otot

hamstring yaitu *semitendinosus* ke arah lutut dan memakainya sebagai pengganti *ACL*) total rehabilitasinya adalah minimal 9 bulan.

Pada bulan ke- 6 pemain baru boleh berlatih dengan bola di lapangan. Setelah 9 bulan pemain tersebut baru diperbolehkan untuk mulai berlatih bersama rekan-rekannya atau bermain di sebuah pertandingan.

c. *Meniscus*

Meniscus adalah cedera yang lumayan parah, semacam tulang putih yang membantu menstabilkan lutut saat dia menekuk sehingga tidak ada pergerakan ke arah samping. Seperti yang diungkapkan diatas cedera ini terjadi salah satunya apabila *ACL* tertarik secara keras sehingga *meniscus* pun rusak. Penyebab lainnya adalah lutut yang tertekuk secara maksimal. Pergerakan yang salah seperti rotasi di lutut juga bisa mengakibatkan cedera ini.

Pemulihan cedera secara konservatif juga memakan waktu antara 3-6 bulan untuk cedera ringan. Berenang, bersepeda, berlari dan menekuk lutut secara maksimal sangat tidak disarankan. Apabila *meniscus*nya dioperasi maka pemulihannya juga akan memakan waktu sekitar 3 - 5 bulan.

Komplikasi dari *meniscus* yaitu setelah serpihan *meniscus*nya dibersihkan dari lutut, *meniscus*nya tidak akan tumbuh kembali. Jadi akan terjadi gesekan secara langsung antara

femur (tulang paha) dan *tibia* (tulang kaki bawah). Peredaran darah yang jelek di *meniscus* juga mengakibatkan proses penyembuhan yang lambat (dalam rehabilitasi konservatif). Program latihannya dapat mengikuti program latihan *ACL* diatas yang dimulai dari minggu kedua.

d. *Pattela Tendinitis*

Pattelar Tendinitis dikarakteristikan oleh rasa sakit dan peradangan dibawah *tendon patella* (urat otot yang berada di bawah sendi yang menghubungkan lutut. Struktur ini adalah bagian otot dari *quadriceps* sebagai otot utama di paha atas. Struktur ini sangat penting dalam membantu menekuk lutut. Ini adalah fungsi utamanya. Fungsi keduanya ialah menstabilkan lutut saat lutut diluruskan atau saat melakukan aktivitas seperti squatting, jongkok, dan lainnya.

Cedera *pattelar tendinitis* di bedakan menjadi tiga, yaitu: Kategori 1: Juga dikenal dengan sebutan *mild strain*. Otot *quadriceps* ketarik sedikit tanpa mengakibatkan ototnya putus. Otot tidak kehilangan kekuatan dan juga panjang ototnya sama; Kategori 2: Disebut juga *moderate strain*. Tendon ini setengah putus terutama di bagian *insertionnya*. Biasanya panjang otot menjadi berlebihan dan kekuatan otot juga berkurang; Kategori 3: Otot dan tendonnya putus secar total.

e. *Plantar Fascitiis*

Cedera ini dikarakteristikan dengan rasa sakit dan otot yang kaku di bawah tapak kaki (daerah *fascia*). Kadang-kadang ini disebabkan oleh tulang kaki yang sakit atau otot yang mengalami *micro tear* (otot sobek yang tak bisa dilihat dengan mata, hanya menggunakan mikroskop) atau otot yang memang benar benar sobek atau putus.

f. *Ankle*

Ankle yang terkilir melibatkan satu atau beberapa ligamen yang '*over-stretch* (lebih dari lenturan normal) atau ligamen yang sobek. Ada tiga tingkatan dari cedera ankle ini: 1) Ligamennya tidak sampai *over stretch* tetapi sakitnya terasa. Kadangan hanya bengkak kecil tetapi kadang-kadang juga tidak, hanya merah di kulit, 2) Ligamennya sampai *over stretch*, sakit, bengkak, tetapi masih berfungsi dengan baik dan masih bisa digunakan, 3) Ligamennya sampai sobek atau putus sama sekali.

Ligamen-ligamen *ankle* yang biasanya cedera adalah sebagai berikut: a) *Lateral ankle sprains*: Pertama, 3 ligamen di bagian luar *ankle* yang cedera. Ini adalah cedera yang paling sering terjadi. b) *Medial ankle sprains*: *Ligament triangular* di bagian dalam engkel. Ligamen yang sangat kuat sehingga cedera disini sulit terjadi, c) *Syndesmosis (high ankle) sprains*: Ligamen yang menghubungkan 2

tulang kaki diatas tumit. Cedera di sini biasanya disebabkan apabila cedera *anklenya* sangat parah.

2. Penelitian Yang Relevan

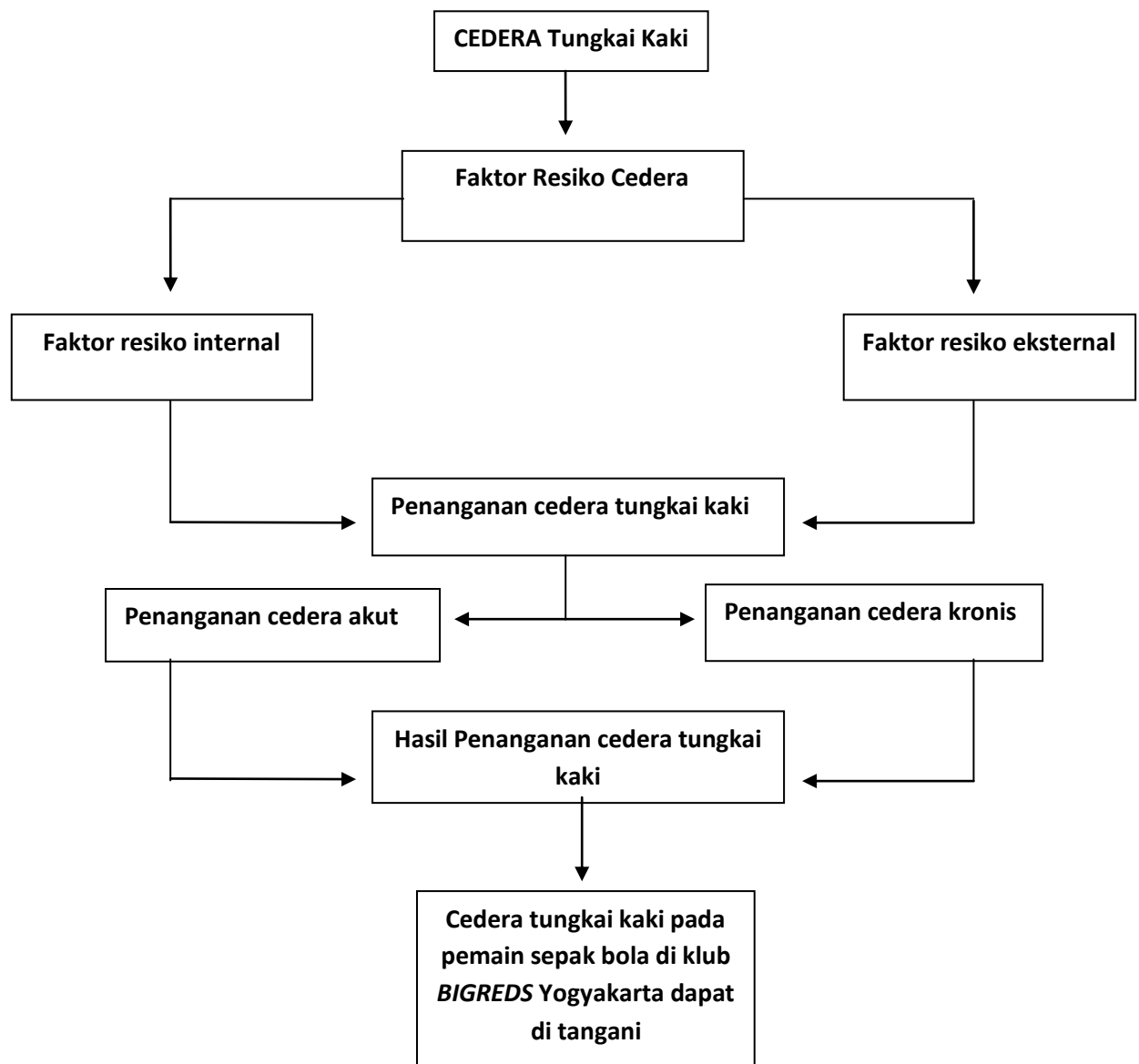
Belum ada penelitian yang membahas tentang deskripsi faktor resiko dan ketepatan penanganan cedera tungkai kaki pada pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta. Adapun penelitian tersebut adalah penelitian Kaisar Halilintar (2010) yang berjudul “Opini penyebab dan penanganan *Massage* maupun *Exercise Therapy* pada cedera olahraga Pencak Silat”, penelitian deskriptif dengan menggunakan *purposive sampling*, Kriteria yang digunakan yaitu atlet yang mengalami cedera baik sebelum pertandingan, saat pertandingan, sebelum latihan dan saat latihan dan melakukan *therapy massage* dan *therapy exercise*.. Subjek penelitian Jumlah atlet 30 orang dari 30 orang di bagi menjadi dua sehingga yang memenuhi kriteria sampel adalah sebanyak 15 orang yang menggunakan *therapy massage*, dan 15 orang yang menggunakan *therapy exercise*. Pengambilan data dilakukan dengan kuesioner. Data objektif merupakan penelitian untuk mengetahui opini atlet pencak silat Universitas Negeri Yogyakarta terhadap penyebab dan penanganan *therapy* dan *therapy exercise* pada cedera cabang olahraga pencak silat. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif.

Hasil penelitian dapat diketahui bahwa penyebab cedera yang dialami oleh atlet pencak silat Universitas Negeri Yogyakarta adalah eksternal *violence*, dengan faktor yang paling dominan menyebabkan cedera adalah

faktor latihan. Opini atlet pencak silat Universitas Negeri Yogyakarta terhadap penanganan *therapy massage* dalam kategori berhasil sebesar 60%. Opini atlet pencak silat Universitas Negeri Yogyakarta terhadap penanganan *therapy exercise* dalam kategori kurang berhasil sebesar 53,3%.

B. Kerangka Berfikir

Tim sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta telah aktif mengadakan latihan maupun pertandingan persahabatan guna mempersiapkan turnamen yang diadakan oleh daerah sekitar. Salah satu resiko yang harus dihadapi adalah terjadinya cedera yang dapat terjadi, salah satunya adalah cedera otot tungkai kaki. Cedera dalam melakukan penyembuhan harus dilakukan dengan tepat guna memperkecil faktor resiko cedera yang lebih parah.



Gambar 2. Kerangka Berpikir

C. Hipotesis

Berdasarkan kerangka berpikir yang dibangun oleh kajian teori dan penelitian yang relevan, dapat dikemukakan hipotesis bahwa “Pengetahuan tentang faktor resiko dan ketepatan penanganan cedera pada tungkai kaki dapat menurunkan derajat cedera pemain Sepak Bola *BIGREDS* Yogyakarta.”

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

1. Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian diskriptif dengan menggunakan metode survei, adapun teknik pengumpulan datanya angket. Penelitian deskriptif yaitu merupakan penelitian yang dimaksud untuk mengumpulkan informasi mengenai status suatu gejala, di mana gejala keadaan menurut apa adanya pada saat penelitian dilakukan (Suharsimi Arikunto, 1996: 309).

Penelitian ini menggunakan metode survei dengan menggunakan tes angket atau kuesioner. Menurut Moh. Nazir, (2003: 56) mengatakan bahwa metode survei adalah metode penyelidikan yang diadakan untuk memperoleh fakta-fakta dari gejala yang ada dan mencari keterangan secara faktual dari suatu kelompok atau suatu daerah.

2. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Klub Sepak Bola *BIGREDS* Yogyakarta. Dengan cara memberikan angket pada responden untuk mendapatkan data yang diperlukan.

B. Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini, adalah “Deskripsi faktor resiko dan ketepatan penanganan cedera tungkai kaki pada olahraga sepakbola di klub *BIGREDS* Yogyakarta” secara operasional variabel tersebut dapat didefinisikan sebagai berikut:

1. Faktor resiko cedera tungkai kaki dalam penelitian ini adalah karakteristik, tanda atau kumpulan gejala pada penyakit yang di derita individu yang mana secara statistik berhubungan dengan peningkatan kejadian kasus baru berikutnya, yang di susun sebagai instrumen yang telah terlampir di lampiran pertama. Dari faktor resiko inilah yang kemudian dijadikan dasar penentuan tindakan pencegahan.
2. Ketepatan penanganan cedera tungkai kaki dalam penelitian ini adalah berasal dari dua kata yaitu ketepatan dan penanganan, ketepatan berarti tepat, ketelitian, kejituan, kesamaan atau kedekatan suatu hasil pengukuran dengan angka atau data yang sebenarnya. Sedangkan penanganan adalah proses, cara, perbuatan menangani, penggarapan, penyelesaian satu atau serangkaian proses pekerjaan. Jadi kesimpulan dari ketepatan penanganan cedera adalah cara menangani yang telah dilakukan pemain untuk menangani cedera tungkai, yang cara penanganannya telah di lampirkan pada lampiran pertama.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah Atlet Sepak Bola *BIGREDS* Yogyakarta yang pernah mengikuti berbagai turnamen tingkat daerah maupun nasional. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* yaitu teknik sampling yang penentuan sampelnya berdasarkan pertimbangan (Ridwan, 2009: 20). Kriteria yang digunakan yaitu atlet yang mengalami cedera tungkai baik sebelum pertandingan, saat pertandingan, sebelum latihan

dan saat latihan. Jumlah atlet yang memenuhi kriteria sampel adalah sebanyak 40 orang sampel.

D. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

1. Instrumen

Menurut (Arikunto, 1992: 112), instrumen adalah alat pada waktu penelitian menggunakan suatu metode. Keberhasilan suatu penelitian banyak ditentukan oleh instrumen yang digunakan, sebab data yang diperlukan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan menguji hipotesis melalui instrumen tersebut.

Menurut Sutrisno Hadi (1991: 7), mengatakan ada tiga langkah yang harus ditempuh dalam menyusun instrumen, ketiga langkah tersebut adalah:

a. Mendefinisikan Konstrak.

Mendefinisikan konstrak adalah suatu tahapan yang bertujuan untuk memberikan batasan arti konstrak yang akan diteliti, dengan demikian nantinya tidak terjadi penyimpangan terhadap tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini.

Konsep Deskripsi pencegahan dan penanganan cedera tungkai kaki pada pemain Sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta akan diidentifikasi dengan indikasi terjadinya cedera, jenis cedera, penanganan cedera.

b. Menyidik Faktor

Menyidik faktor adalah suatu tahap yang bertujuan untuk menandai faktor-faktor yang disangka dan kemudian diyakini menjadi komponen yang akan diteliti.

Titik tolak untuk menyusun instrumen berupa pertanyaan-pertanyaan yang akan diajukan pada responden. Berupa deskripsi tentang pencegahan dan penanganan cedera tungkai kaki pada pemain Sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta.

c. Menyusun Butir Pertanyaan

Langkah yang ketiga adalah menyusun butir pertanyaan berdasarkan deskripsi pencegahan dan penanganan. Dalam melakukan penelitian, guna mendapatkan hasil yang diinginkan dan sesuai tujuan penelitian, disusun butir pertanyaan berdasarkan faktor dalam menyusun konstruk. Butir pertanyaan merupakan penjabaran isi faktor. Berdasarkan faktor-faktor tersebut kemudian disusun butir-butir pertanyaan yang dapat memberikan gambaran tentang faktor-faktor tersebut.

Menurut Sutrisno Hadi (1991: 165), petunjuk-petunjuk dalam menyusun butir angket adalah sebagai berikut:

- 1) Gunakan kata-kata yang tidak rangkap artinya.
- 2) Susun kalimat yang sederhana dan jelas.
- 3) Hindari kata-kata yang tidak ada gunanya.
- 4) Perhatikan item yang dimasukkan harus diterapkan pada situasi kaca mata responden.
- 5) Jangan memberikan pertanyaan yang mengancam.
- 6) Hindari *leading question* (pertanyaan yang mengarahkan jawaban responden).

- 7) Ikutlah *logikal squence* yaitu berawal dari masalah yang bersifat umum menuju ke hal-hal yang khusus.
- 8) Berikan kemudahan-kemudahan kepada responden dalam menjawab pertanyaan serta mengembalikan angket tersebut.
- 9) Usahakan supaya angket tidak terlalu tebal atau panjang. Oleh karenanya kalimat-kalimat yang singkat dan mudah dimengerti.
- 10) Susunlah pertanyaan-pertanyaan sedemikian mungkin sehingga dapat dijawab dengan hanya memberi tanda silang atau tanda *checking* lainnya.

Tabel 1. Kisi-kisi instrumen dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Variabel	Sub variable	Indikator	Faktor	No Butir	Jumlah
Cedera	Faktor Resiko Cedera	Internal Violence	1. Fisiologi	1,2,3,4,5*,6,7	14
			2. Psikologi	8,9,10	
			3. Sosial	11*,12,13,14*	
		Eksternal Violence	1. Alat dan fasilitas	15,16	10
			2. Cuaca	17,18*	
			3. Kepemimpinan	19	
			4. Peraturan	20,21	
			5. Latihan	22,23,24	
	Ketepatan Penanganan cedera	Akut	1. <i>Rest</i>	1,2,3	20
			2. <i>Ice</i>	4,5,6	
			3. <i>Compress</i>	7,8,9	
			4. <i>Elevation</i>	10,11	
		Kronis	1. <i>Theraphy Massage</i>	12,13,14	
			2. <i>Exercise Theraphy</i>	15,16,17	
			3. Pemberian Treatment dengan alat Fisioterapi	18,19,20	

***: Tanda butir gugur saat dilakukan uji coba**

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan teknik angket. Teknik angket ini digunakan untuk mengetahui deskripsi pencegahan dan penanganan cedera tungkai kaki pada pemain Sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta.

Menurut Suharsimi Arikunto (1989: 141), ada 2 macam angket berdasarkan cara menjawabnya, yaitu:

- a. Angket terbuka, yang memberikan kesempatan kepada responden untuk menjawab dengan kalimat sendiri.
- b. Angket tertutup, sudah disediakan jawabannya sehingga responden tinggal memilih jawaban.

Dari penjelasan di atas, penelitian ini yang digunakan angket tertutup yaitu seorang responden menjawab dengan sudah disediakan jawabannya sehingga responden tinggal memilih jawaban.

3. Teknik Uji Coba Instrumen

Angket yang digunakan untuk menjaring data ini merupakan angket buatan sendiri, sehingga harus diuji cobakan. Tujuan utama yang ingin dicapai melalui uji coba ini adalah untuk mengetahui kesahihan dan keandalan butir-butir pertanyaan yang terdapat dalam instrumen. Uji coba angket dilakukan pada pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta.

Dalam angket yang telah disusun untuk di uji cobakan ini terdapat sejumlah butir pertanyaan yang harus dijawab oleh responden, dari ke jumlah

pertanyaan setelah di uji validitas yang terdiri dari indikator deskripsi faktor resiko dan ketepatan penanganan cedera.

a. Analisa Kesahihan Butir

Suatu instrumen dikatakan sah apabila instrumen tersebut mampu mengukur apa yang hendak diukur (Sutrisno Hadi, 1991: 1). Analisis yang digunakan adalah dengan program analisis kesahihan butir edisi Sutrisno Hadi dan Yuni Pamardiningsih tahun 1991, dengan hasil indikator deskripsi faktor resiko dan ketepatan cedera pada faktor yang terdiri dari butir pertanyaan, faktor deskripsi faktor resiko dan ketepatan penanganan. Analisis kesahihan yang digunakan adalah dengan teknik analisis momen tangkar, yaitu dengan mengkorelasikan skor butir-butir pertanyaan dengan seluruh butir, hasilnya kemudian dikorelasikan menjadi korelasi bagian total. Pengujian kesahihan instrumen menggunakan SPS 2000 versi IBM dari Sutrisno Hadi dan Yuni Pamardiningsih tahun 2001.

Penyimpulan hasil analisis kesahihan instrumen dilakukan dengan membandingkan antara r hitung dengan r tabel. Butir dikatakan valid apabila nilai r hitung $> r$ tabel. Uji validitas dilakukan di klub sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta dengan jumlah responden sebanyak 10 orang. Nilai r tabel untuk $n=10$ adalah sebesar 0,6.

Hasil uji validitas pada kuesioner faktor resiko cedera diketahui terdapat 4 butir yang gugur karena mempunyai nilai r hitung $< r$ tabel yaitu butir nomor 3, butir nomor 13, butir nomor 14, dan butir nomor 18. Pada

kuesioner ketepatan penanganan tidak terdapat butir yang gugur . Butir yang gugur selanjutnya tidak digunakan dalam pengambilan data penelitian.

b. Analisis Keandalan Butir

Langkah selanjutnya adalah menguji reliabilitas (keterandalan) instrumen adalah keajegan atau konsistensi instrumen dalam melakukan pengukuran, uji reliabilitas dimaksudkan untuk menguji derajat keajegan suatu alat ukur dalam mengukur ubahan yang diukur, reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana instrumen dapat dipercaya atau diandalkan.

Analisis keandalan butir hanya dilakukan pada butir yang sah (yang dianggap memenuhi kriteria butir pertanyaan) saja, bukan semua butir yang belum diuji kesahihannya. Menurut Sutrisno Hadi (1991: 47), sebaiknya untuk angket 2 alternatif yang diklasifikasikan dengan skor 1 dan 0 atau 2 dan 1 menggunakan teknik Kuder Richarson (KR-20). Untuk menganalisis data digunakan bantuan program SPS 2000 versi IBM dari Sutrisno Hadi dan Yuni Pamardiningsih tahun 2001.

Menurut Suharsimi (2002: 245), untuk menyatakan kesahihan butir instrumen, digunakan interpretasi terhadap koefisien korelasi sebagai berikut:

1. $> 0,800$ s.d. $1,00$: Sangat Kuat
2. $> 0,600$ s.d. $0,800$: Kuat
3. $> 0,400$ s.d. $0,600$: Sedang
4. $> 0,200$ s.d. $0,400$: Rendah

5. $> 0,000$ s.d. $0,200$: Sangat Rendah

Berdasarkan perhitungan reliabilitas diperoleh koefisien KR-20 (rtt), kuesioner faktor resiko cedera diperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0,610, pada kuesioner ketepatan penanganan sebesar 0,639. Oleh karena seluruh kuesioner mempunyai nilai koefisien reliabilitas yang lebih besar dari 0,6 maka dapat disimpulkan bahwa kuesioner dalam penelitian ini adalah reliabel.

E. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan perhitungan statistik deskriptif. Menurut Pangestu Subagyo (1998: 65), statistik deskriptif adalah bagian dari statistik yang berfungsi untuk mengumpulkan data, menentukan nilai-nilai statistik, dan membuat diagram atau grafik mengenai suatu hal agar dapat lebih mudah dibaca dan dipahami.

Data akan di olah dengan cara menentukan rentang nilai yaitu mengurangi nilai paling rendah dari nilai paling tinggi, kemudian berdasarkan atas besarnya rentangan ini peneliti dapat menentukan kira-kira banyaknya kelas interval, ada rumus untuk menentukan banyaknya kelas (k) serta lebar kelas (i) dikenal dengan rumus Sturges : $k = 1 + (3,3) \times \log n$, sedang $i = (a+b)/2$.

Keterangan:

k : Banyak kelas
 i : Lebar kelas
 n : Jumlah pertanyaan
 a : Batas nilai atas
 b : Batas nilai bawah

Selanjutnya data akan dianalisis menggunakan persentase dengan rumus sebagai berikut (Anas Sudijono, 2006: 43):

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Persentase yang dicari

F : Frekuensi

N : *Number of Cases* (jumlah individu)

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi dan Subyek Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Klub Sepak Bola *BIGREDS* Yogyakarta.

2. Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta yang pernah mengikuti berbagai turnamen tingkat daerah, luar daerah, dan nasional yang memenuhi kriteria sampel penelitian. Jumlah sampel yang memenuhi kriteria sampel sebanyak 40 orang.

B. Deskripsi Data Penelitian

Data yang diamati dalam penelitian ini adalah faktor resiko cedera tungkai kaki pada atlet dan ketepatan penanganan cedera tungkai kaki. Data diperoleh dari jawaban kuesioner yang diisi oleh responden. Faktor resiko cedera akan dijabarkan menjadi dua yaitu internal *violence* dan eksternal *violence*, sedangkan ketepatan penanganan cedera dijabarkan menjadi dua yaitu akut dan kronis. Masing-masing data akan dideskripsikan dengan tujuan untuk mempermudah penyajian data penelitian. Hasil analisis deskriptif masing-masing data adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Hasil Analisis Deskriptif Data Pada Faktor Resiko Dan Ketepatan Penanganan Cedera Tungkai Kaki

Variabel	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Faktor resiko Internal	0,00	10,00
Faktor resiko Eksternal	0,00	10,00
Cedera akut	0,00	11,00
Cedera kronis	0,00	9,00

a. Faktor Resiko Cedera Internal

Hasil analisis deskriptif pada data faktor resiko internal, diperoleh nilai maksimum sebesar 10,00, dan nilai minimum sebesar 0,00.

b. Faktor Resiko Cedera Eksternal

Hasil analisis deskriptif pada data faktor resiko eksternal, diperoleh nilai maksimum sebesar 10,00, dan nilai minimum sebesar 0,00.

c. Ketepatan Penanganan Cedera Akut

Hasil analisis deskriptif pada data ketepatan penanganan cedera akut, diperoleh nilai maksimum sebesar 11,00, dan nilai minimum sebesar 0,00.

d. Ketepatan Penanganan Cedera Kronis

Hasil analisis deskriptif pada data ketepatan penanganan cedera kronis, diperoleh nilai maksimum sebesar 9,00, dan nilai minimum sebesar 0,00.

C. Hasil Analisis Data Penelitian

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan teknik statistik deskriptif. Adapun teknik perhitungannya menggunakan persentase. Data dibuat dalam bentuk kategori yang terdiri dari empat kategori. Data faktor resiko cedera dikategorikan menjadi sangat tinggi, tinggi, rendah dan sangat rendah. Sedangkan data ketepatan penanganan dikategorikan menjadi sangat tepat, tepat, kurang tepat, dan sangat kurang tepat. Data akan di olah dengan cara menentukan rentang nilai yaitu mengurangi nilai paling rendah dari nilai paling tinggi, kemudian berdasarkan atas besarnya rentangan ini peneliti dapat menentukan kira-kira banyaknya kelas interval, ada rumus untuk menentukan banyaknya kelas (k) serta lebar kelas (i) dikenal dengan rumus Sturges : $k = 1 + (3,3) \times \log n$, sedang L (lebar kelas) = R/k , menentukan titik tengah kelas interval yang dihitung dengan menjumlahkan batas atas kelas dan batas bawah kelas kemudian dibagi 2. Menentukan titik tengah kelas interval pertama.

Hasil pengkategorian masing-masing data penelitian adalah sebagai berikut:

1. Faktor Resiko Cedera Internal

Hasil perhitungan deskriptif data faktor resiko cedera internal diperoleh nilai *maximum* sebesar 10,00 dan nilai *minimum* sebesar 0,00.

Untuk menentukan jumlah kelas menggunakan rumus:

$$K = 1 + 3,3 \log n$$

$$K = 1 + 3,3 \log 10$$

= 4,3 (dibulatkan menjadi 4 kelas)

Langkah selanjutnya adalah menentukan interval antar kelas, yaitu dengan cara:

$I = (\text{nilai maximum} - \text{nilai minimum}) \text{ dibagi banyaknya kelas}$

$= (10-0)/4$

= 2,5 (dibulatkan menjadi 2)

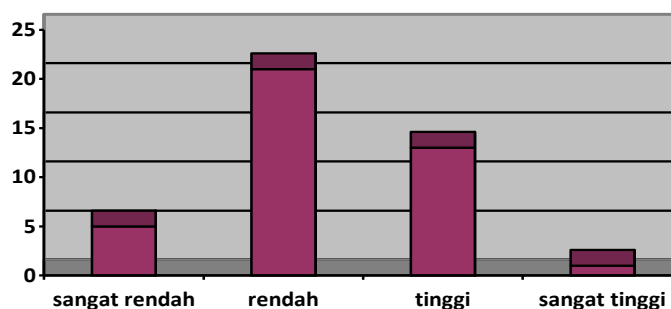
Jadi interval antar kelas adalah 2 kemudian hasil tersebut digunakan sebagai dasar pengkategorian data, sehingga diperoleh norma sebagai berikut:

Tabel 3. Norma Kategorisasi Data Faktor Resiko Internal

Interval Skor	Frekuensi	Presentase(%)	Kategori
0-2	5	12,5	Sangat rendah
3-5	21	52,5	Rendah
6-8	13	32,5	Tinggi
9-10	1	2,5	Sangat tinggi
Total	40	100	

Tabel di atas memberi penjelasan faktor resiko internal yang dialami atlet. Sebanyak 1 orang (2,5%) dalam kategori sangat tinggi, sebanyak 13 orang (32,5%) dalam kategori tinggi. Sebanyak 21 orang (52,5%) dalam kategori rendah dan sebanyak 5 orang (12,5%) dalam kategori sangat tinggi.

Distribusi frekuensi faktor resiko internal dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 3. Distribusi Faktor Resiko Internal

Berdasarkan gambar di atas dapat disimpulkan bahwa penyebab cedera pada faktor resiko internal sebagian besar dalam kategori rendah. Selanjutnya akan dideskripsikan secara lebih rinci tentang penyebab cedera dari faktor resiko internal yang paling dominan dialami oleh atlet.

Faktor yang mempunyai jumlah paling besar adalah faktor yang dominan menyebabkan cedera pada atlet. Hasilnya adalah sebagai berikut:

Tabel 4. Faktor Resiko Internal yang Paling Menyebabkan Cedera

No	Faktor yang Paling Menyebabkan Cedera	Jumlah	Persentase (%)
1.	Kurang pemanasan	34	85
2.	Cedera yang pernah terjadi sebelumnya	27	67,5
3.	Kurang menguasai teknik gerakan	29	72,5
4.	Karena kelelahan	27	67,5
No	Faktor yang Paling Tidak Menyebabkan Cedera	Jumlah	
1.	Stres yang dialami atlet	10	25
2.	Beban karena tuntutan dari pihak lain	9	22,5

Berdasarkan tabel di atas diketahui penyebab cedera paling dominan yang dialami atlet dari faktor resiko internal adalah faktor

kurangnya pemanasan. Faktor yang berpengaruh kedua adalah faktor kurang menguasai teknis gerakan. Faktor yang berpengaruh ketiga menyebabkan cedera dari faktor resiko internal adalah kelelahan dan cedera yang pernah terjadi sebelumnya. Sedangkan faktor yang paling tidak menyebabkan cedera dari faktor resiko internal adalah beban karena ada tuntutan dari pihak lain. Faktor yang paling tidak berpengaruh kedua yaitu stres yang dialami atlet.

2. Faktor Resiko Eksternal

Hasil perhitungan deskriptif data faktor resiko eksternal diperoleh nilai *maximum* sebesar 10,00 dan nilai *minimum* sebesar 0,00. Untuk menentukan jumlah kelas menggunakan rumus:

$$K = 1 + 3,3 \log n$$

$$K = 1 + 3,3 \log 10$$

$$= 4,3 \text{ (dibulatkan menjadi 4 kelas)}$$

Langkah selanjutnya adalah menentukan interval antar kelas, yaitu dengan cara:

$$I = (\text{nilai maximum} - \text{nilai minimum}) \text{ dibagi banyaknya kelas}$$

$$= (10 - 0) / 4$$

$$= 2,5 \text{ (dibulatkan menjadi 2)}$$

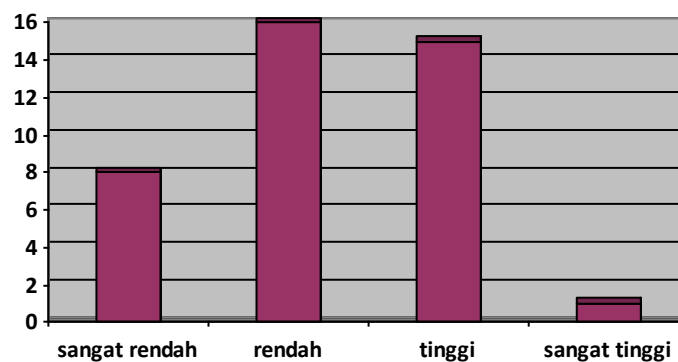
Jadi interval antar kelas adalah 2 kemudian hasil tersebut digunakan sebagai dasar pengkategorian data, sehingga diperoleh norma sebagai berikut:

Tabel 5. Norma Kategorisasi Data Faktor Resiko Eksternal

Eksterval Skor	Frekuensi	Prosentase (%)	Kategori
0-2	8	20	Sangat rendah
3-5	16	40	Rendah
6-8	15	37,5	Tinggi
9-10	1	2,5	Sangat tinggi
Jumlah	40	100	

Tabel di atas memberi penjelasan faktor resiko eksternal yang dialami atlet. Sebanyak 1 orang (2,5%) dalam kategori sangat tinggi, sebanyak 15 orang (37,5%) dalam kategori tinggi. Sebanyak 16 orang (40%) mengalami faktor resiko eksternal dalam kategori rendah, dan sebanyak 8 orang (20%) mengalami faktor resiko eksternal dalam kategori sangat rendah.

Distribusi frekuensi faktor resiko eksternal dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 4. Distribusi Faktor Resiko Eksternal

Berdasarkan gambar di atas dapat disimpulkan bahwa faktor resiko cedera eksternal sebagian besar dalam kategori rendah. Selanjutnya akan dideskripsikan secara lebih rinci tentang faktor resiko

cedera dari eksternal yang paling dominan dialami oleh atlet. Faktor yang mempunyai jumlah yang paling besar adalah faktor yang dominan menyebabkan cedera pada atlet. Hasil tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 6. Faktor resiko eksternal yang Paling Menyebabkan Cedera

No	Faktor yang Paling Menyebabkan cedera	Jumlah	Persentase (%)
1.	Benturan dengan peralatan latihan	26	65
2.	Beban latihan yang terlalu berat	24	60
3.	Gelanggang latihan yang mengalami kerusakan	23	57,5
No	Faktor yang Paling Tidak Menyebabkan cedera	Jumlah	
1.	Tidak tahan dengan sengatan matahari	8	20
2.	Pelatih terlalu otoriter	10	25

Berdasarkan tabel di atas diketahui faktor resiko cedera paling dominan yang dialami atlet dari faktor resiko eksternal adalah faktor benturan dengan peralatan latihan. Faktor yang berpengaruh kedua adalah faktor beban latihan yang terlalu berat. Faktor yang berpengaruh ketiga yaitu faktor gelanggang latihan yang mengalami kerusakan. Sedangkan faktor yang paling rendah menyebabkan cedera dari faktor resiko eksternal adalah faktor tidak tahan dengan sengatan matahari dan faktor yang paling tidak menyebabkan cedera selanjutnya yaitu pelatih terlalu otoriter. Selanjutnya akan dibahas tentang ketepatan penanganan cedera tungkai kaki.

3. Ketepatan Penanganan Cedera Akut

Hasil perhitungan deskriptif data ketepatan penanganan cedera tungkai akut diperoleh nilai *maximum* sebesar 11,00 dan nilai *minimum* sebesar 0,00. Untuk menentukan jumlah kelas menggunakan rumus:

$$K = 1 + 3,3 \log n$$

$$K = 1 + 3,3 \log 11$$

$$= 4,3 \text{ (dibulatkan menjadi 4 kelas)}$$

Langkah selanjutnya adalah menentukan interval antar kelas, yaitu dengan cara:

$$I = (\text{nilai maximum} - \text{nilai minimum}) \text{ dibagi banyaknya kelas}$$

$$= (11 - 0) / 4$$

$$= 2,75 \text{ (di bulatkan menjadi 3 interval)}$$

Jadi interval antar kelas adalah 3, kemudian hasil tersebut digunakan sebagai dasar pengkategorian data, sehingga diperoleh norma sebagai berikut:

Tabel 7. Norma Kategorisasi Data ketepatan Penanganan Cedera Akut

Interval Skor	Frekuensi	Presentase (%)	Kategori
0-3	1	2,5	Sangat Kurang Tepat
4-6	13	32,5	Kurang Tepat
7-9	23	57,5	Tepat
10-11	3	7,5	Sangat Tepat
Jumlah	40	100	

Tabel di atas memberi penjelasan ketepatan penanganan cedera akut. Sebanyak 3 orang (7,5%) dalam kategori sangat tepat, sebanyak 23 orang (57,5%) dalam kategori tepat. Sebanyak 13 orang (32,5%)

dalam kategori kurang tepat. Sebanyak 1 orang (2,5%) dalam kategori sangat kurang tepat. Selanjutnya akan dideskripsikan secara lebih rinci tentang ketepatan penanganan cedera akut yang paling dominan dialami oleh atlet. penanganan yang mempunyai jumlah yang paling besar adalah penanganan yang dominan yang dilakukan atlet untuk merawat cederanya. Hasil tersebut adalah sebagai berikut:

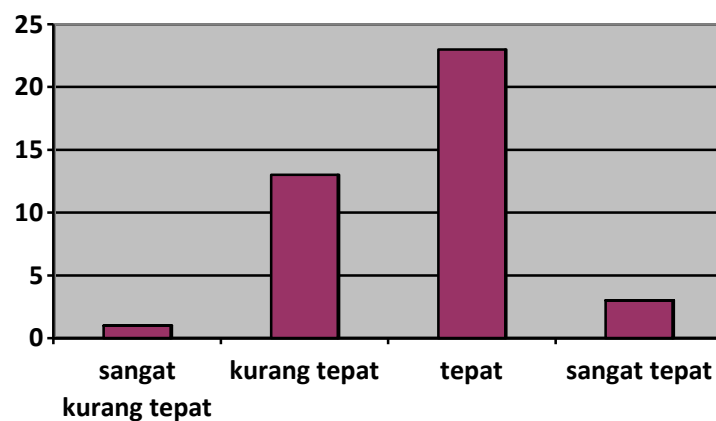
Tabel 8. Ketepatan penanganan cedera akut yang Paling sering dilakukan atlet

No	Ketepatan penanganan cedera yang paling di lakukan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Mengistirahatkan bagian tubuh yang cedera (<i>rest</i>)	37	92,5
2.	Menunggu (1x24 jam) setelah cedera langsung istirahat	33	82,5
3.	Melaksanakan pengompresan dengan es	30	75
No	Ketepatan penanganan cedera yang tidak di lakukan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Menunggu (1x24 jam) melakukan <i>elevation</i>	16	40
2.	Langsung melakukan <i>elevation</i>	17	42,5

Berdasarkan tabel di atas diketahui ketepatan penanganan cedera yang paling dominan yang dilakukan atlet adalah mengistirahatkan bagian tubuh yang cedera (92,5%). Ketepatan penanganan yang kedua adalah menunggu 1x24 jam baru mengistirahatkan bagian tubuh yang cedera (82,5%). Ketepatan penanganan yang berpengaruh ketiga yaitu melakukan pengompresan dengan es (75%). Sedangkan ketepatan penanganan cedera yang paling tidak dilakukan untuk penanganan cedera akut adalah menunggu 1x24 jam untuk melakukan *elevation*

(40%), dan ketepatan penanganan yang paling tidak dilakukan selanjutnya yaitu langsung melakukan *elevation* (42,5%).

Distribusi frekuensi ketepatan penanganan cedera akut dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 5. Distribusi Frekuensi Ketepatan Penanganan Cedera Akut

Berdasarkan gambar di atas dapat disimpulkan bahwa ketepatan penanganan cedera akut sebagian besar dalam kategori tepat, yaitu 57,5 %.

4. Ketepatan Penanganan Cedera Kronis

Hasil perhitungan deskriptif data ketepatan penanganan cedera tungkai kronis diperoleh nilai *maximum* sebesar 9,00 dan nilai *minimum* sebesar 0,00. Untuk menentukan jumlah kelas menggunakan rumus:

$$K = 1 + 3,3 \log n$$

$$K = 1 + 3,3 \log 9$$

$$= 4,3 \text{ (dibulatkan menjadi 4 kelas)}$$

Langkah selanjutnya adalah menentukan interval antar kelas, yaitu dengan cara:

$$\begin{aligned}
I &= (\text{nilai maximum-nilai minimum}) \text{ dibagi banyaknya kelas} \\
&= (9-0)/4 \\
&= 2,25 \text{ (dibulatkan menjadi 2)}
\end{aligned}$$

Jadi interval antar kelas adalah 2 kemudian hasil tersebut digunakan sebagai dasar pengkategorian data, sehingga diperoleh norma sebagai berikut:

Tabel 9. Norma Kategorisasi Data Ketepatan Penanganan Cedera Kronis

Interval Skor	Frekuensi	Prosentase (%)	Kategori
0-2	4	10,00	Sangat Kurang Tepat
3-5	12	30,00	Kurang Tepat
6-8	15	37,50	Tepat
9	9	22,50	Sangat Tepat
Jumlah	40	100,00	

Tabel di atas memberi penjelasan ketepatan penanganan cedera kronis. Terdapat 9 responden (22,5%) dalam kategori sangat tepat, sebanyak 15 orang (37,5%) dalam kategori tepat. Sebanyak 12 orang (30%) dalam kategori kurang tepat, dan sebanyak 4 orang (10%) dalam kategori sangat kurang tepat.

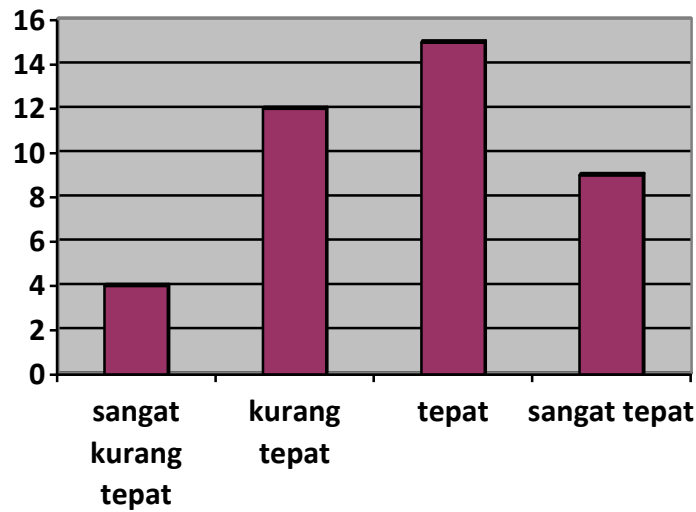
Selanjutnya akan dideskripsikan secara lebih rinci tentang ketepatan penanganan cedera kronis yang paling dominan dialami oleh atlet. Ketepatan penanganan cedera kronis yang mempunyai jumlah yang paling besar adalah yang dominan dilakukan atlet pada penanganan cedera. Hasil tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 10. Ketepatan penanganan cedera kronis yang Paling banyak dilakukan atlet

No	Ketepatan penanganan cedera kronis yang paling banyak di lakukan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Memilih tempat <i>exercise therapy</i> yang profesional	29	72,5
2.	Memilih penyembuhan dengan alat modalitas terapi	27	67,5
3.	Memilih tempat <i>massage therapy</i> yang profesional	26	65
No	Ketepatan penanganan cedera kronis yang paling jarang dilakukan	Jumlah	
1.	Melaksanakan <i>therapy massage</i> sendiri	16	40
2.	Memilih <i>therapy massage</i> untuk penanganan cedera	17	42,5

Berdasarkan tabel di atas diketahui ketepatan penanganan cedera kronis yang paling dominan yang dilakukan atlet adalah memilih tempat *exercise therapy* yang profesional (72,5%). Ketepatan penanganan yang kedua adalah memilih penyembuhan dengan alat modalitas terapi (67,5%). Ketepatan penanganan yang ketiga yaitu memilih tempat *massage therapy* yang profesional. Sedangkan ketepatan penanganan yang paling jarang dilakukan adalah Melaksanakan *therapy massage* sendiri (40%), dan faktor yang paling jarang dilakukan selanjutnya yaitu Memilih *therapy massage* untuk penanganan cedera (42,5%).

Distribusi frekuensi ketepatan penanganan cedera kronis dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 6. Distribusi Frekuensi Ketepatan Penanganan Cedera Kronis

Berdasarkan gambar di atas dapat disimpulkan bahwa ketepatan penanganan cedera kronis sebagian besar dalam kategori berhasil.

D. Pembahasan

Cedera sering terjadi diberbagai cabang olahraga. Cedera juga sering dialami oleh pemain sepak bola. Cedera yang sering dialami oleh pemain sepak bola adalah lutut, sendi jari tangan, sendi jari kaki, ankle, memar, punggung, betis, pinggul, bahu, paha. Diantara macam-macam cedera tersebut cedera lutut paling besar persentasenya karena berfungsi ganda, yaitu sebagai penggerak dan penahan berat badan, sehingga kemungkinan cedera makin besar.

Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya cedera diantaranya adalah faktor internal maupun faktor eksternal. Berdasarkan hasil analisis menunjukkan, penyebab cedera yang paling dominan pada pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta adalah dari Internal *violence*

atau merupakan faktor yang berasal dari dalam diri atlet. Kesalahan yang mungkin terjadi dan dapat menyebabkan cedera diantaranya adalah kondisi atlet, faktor fisik, faktor psikologis dan faktor sosial yang ada di lingkungan atlet tersebut. Cedera dapat terjadi karena kurangnya pemanasan, kurang konsentrasi, ataupun olahragawan dalam keadaan fisik dan mental yang lemah. Macam cedera yang terdapat berupa robeknya otot, tendon, atau *ligamentum*.

Berdasarkan hasil analisis data, faktor penyebab cedera paling dominan yang dialami atlet dari faktor resiko internal adalah faktor kurangnya pemanasan. Dalam latihan, pemanasan wajib dilakukan oleh atlet. Tapi kenyataan di lapangan banyak atlet yang menyepelekan pemanasan sehingga tidak melakukan pemanasan dengan benar atau bahkan tidak melakukan pemanasan sebelum latihan. Hal ini sering menyebabkan cedera pada atlet.

Faktor yang berpengaruh kedua adalah faktor kurangnya menguasai teknik gerakan. Penguasaan teknik dibutuhkan atlet untuk dapat melakukan gerakan secara benar sehingga dapat menghindari cedera. Penguasaan teknik yang belum baik menyebabkan gerakan yang dilakukan tidak tepat sehingga dapat menimbulkan cedera.

Faktor yang berpengaruh ketiga menyebabkan cedera dari faktor resiko internal adalah cedera sebelumnya berarti adalah cedera terdahulu yang dialami oleh atlet dan belum sembuh secara total. Cedera yang tidak sembuh secara total akan membuat atlet lebih mudah mengalami cedera.

Penyembuhan cedera harus dapat dengan melakukan terapi *massage* dan dilanjutkan dengan terapi *exercise* agar cedera atlet dapat sembuh secara total.

Kelelahan juga menjadi faktor resiko penyebab cedera dari internal, kelelahan menyebabkan berkurangnya konsentrasi atlet sehingga kemungkinan mengalami cedera sangat besar. Sedangkan faktor yang paling tidak menyebabkan cedera dari faktor resiko internal adalah stres yang dialami atlet. Hal ini dapat diartikan bahwa atlet telah mampu mengendalikan faktor emosionalnya sehingga tidak lagi mengalami stres pada saat latihan maupun pertandingan. Faktor yang paling tidak berpengaruh kedua yaitu tuntutan dari pihak lain. Dapat diartikan bahwa proses latihan berjalan dengan kondusif jika tidak ada tuntutan yang berlebih dari pihak lain.

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan, penyebab cedera pada pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta adalah dari faktor resiko eksternal dalam kategori tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa penyebab cedera yang dialami oleh pemain sepak bola sama dominan disebabkan oleh faktor resiko internal maupun faktor resiko eksternal. Faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar diri atlet. Cedera yang disebabkan oleh faktor resiko eksternal dapat berasal dari perlengkapan olahraga, sarana olahraga, fasilitas pendukung, kepemimpinan, peraturan, cuaca dan faktor latihan.

Cedera yang mungkin terjadi diantaranya adalah luka atau cedera luka lecet, robeknya kulit, robeknya otot, tendon/memar, fraktur, dapat sampai fatal. Cedera pada saat latihan dapat terjadi karena terjadinya benturan pada saat latihan. Selain itu juga dapat disebabkan oleh alat yang mengalami kerusakan ketika digunakan untuk latihan dan bisa juga disebabkan oleh beban latihan yang berlebih atau *overtraining*.

Berdasarkan hasil analisis diketahui faktor yang paling dominan dalam menyebabkan cedera dari faktor resiko eksternal adalah karena benturan dengan peralatan latihan. Dalam sebuah latihan maupun pertandingan peraturan dibuat untuk meminimalkan terjadinya cedera pada atlet. Aturan yang tidak ditaati akan membuat latihan atau pertandingan menjadi diluar kendali sehingga cedera akan lebih mudah terjadi.

Faktor yang berpengaruh kedua adalah faktor beban latihan yang terlalu berat. Faktor yang berpengaruh ketiga yaitu faktor gelanggang latihan yang mengalami kerusakan. *Overtraining* menyebabkan atlet mengalami kelelahan sehingga ketika atlet mengalami kelelahan tingkat konsentrasi atlet berkurang sehingga cedera pun mudah terjadi. Gelanggang latihan sangat berpengaruh dalam berlangsungnya proses latihan, sehingga ketika gelanggang latihan mengalami kerusakan atlet tidak dapat berlatih secara maksimal sehingga cedera pun mudah terjadi. Sedangkan faktor yang paling rendah menyebabkan cedera dari faktor resiko eksternal adalah faktor tidak tahan dengan sengatan matahari dan faktor yang paling tidak menyebabkan cedera selanjutnya yaitu pelatih

yang terlalu otoriter. Sengatan matahari dan pelatih yang terlalu otoriter dalam hal ini tidak menjadi kendala atau penyebab cedera yang dialami oleh atlet sepak bola.

Atlet yang mengalami cedera akan mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas fungsional sehari-hari, latihan ataupun melakukan pertandingan. Cedera yang dialami atlet harus secepatnya dilakukan penanganan untuk menghindari cedera yang berkelanjutan. Banyak metode yang dapat dilakukan untuk penanganan cedera. Jenis dan metode terapi yang dilakukan harus disesuaikan dengan jenis cedera yang dialami atlet.

Dalam penelitian ini dilakukan analisis pada atlet yang melakukan penanganan cedera ketika cedera pada fase akut dan kronis. Berdasarkan hasil analisis dapat diketahui bahwa ketepatan penanganan pada cedera akut dalam kategori berhasil sebesar 57,5%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar atlet yang melakukan penanganan cedera akut berhasil menyembuhkan cedera yang mereka alami.

Tahapan yang paling pertama ketika kita mengalami cedera adalah dengan menggunakan metode *RICE*, metode ini sendiri adalah sebuah kependekan dari R adalah *rest*, I adalah *ice*, C adalah *compress*, E adalah *elevation*. Pada penanganan cedera akut metode *RICE* adalah yang sangat tepat, metode ini dapat mencegah tambah parahnya sebuah cedera, mengurangi pembengkakan, mengurangi rasa nyeri, dan memperlancar peredaran darah.

Hasil analisis ketepatan penanganan pada cedera akut dalam kategori berhasil sebesar 57,5%. Hal ini menunjukkan ketepatan penanganan pada cedera akut dengan metode RICE dianggap mampu menyembuhkan cedera oleh sebagian besar responden. Pengatahuan tentang perawatan dan penanganan yang dilakukan dengan teknik yang benar dan dibawah pengawasan pihak yang professional akan membuat pemulihan cedera menjadi cepat dan berhasil dalam menyembuhkan cedera.

Tahapan setelah ceder akut adalah kronis, penanganan cedera yang sudah dalam tahapan kronis dapat dilaksanakan dengan berbagai cara, antara lain *therapy massage*, *exercise therapy*, memakai alat modelitas terapi.

Therapy massage usaha untuk memulihkan kesehatan seseorang dengan cara pemijatan/pengurutan pada bagian-bagian badan dengan menggunakan tangan atau alat-alat khusus untuk melancarkan peredaran darah. *Therapy massage* dapat mengurangi rasa nyeri, mengurangi pembengkakan, relaksasi, memperlancar aliran darah. *Therapy massage* sesuai dengan jenis cedera lutut yang sering dialami oleh atlet pencak silat karena *therapy massage* dapat meningkatkan lingkup gerak sendi dan dapat menguatkan otot penyangga yang mengalami cedera.

Therapy exercise mempunyai tujuan untuk menghasilkan fleksibilitas sendi, lingkup gerak sendi yang penuh, kekuatan dan ketahanan otot, memperbaiki sirkulasi darah lokal untuk membantu

penyembuhan (Hartono Satmoko, 1993: 170). Peralatan modelitas terapi adalah peralatan yang digunakan untuk penanganan fisioterapi.

Ketepatan penanganan cedera kronis dari pemain sepak bola, bermanfaat untuk memberikan gambaran keefektifan/ keberhasilan *therapy* tersebut dalam menangani cedera yang dialami atlet. Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa ketepatan penanganan cedera kronis dalam kategori berhasil (37,5%) dalam menangani cedera kronis pemain sepak bola. Dapat diartikan bahwa *therapy massage*, *exercise therapy* dan alat modelitas terapi dapat digunakan sebagai alternatif penanganan cedera yang dialami atlet sepak bola. Selain tahapan ini hal lain yang perlu diperhatikan adalah pencegahan terhadap terjadinya cedera. Pencegahan cedera harus dilakukan baik dari faktor instrinsik maupun faktor ekstrinsik. Pencegahan dari faktor instrinsik adalah dengan mempersiapkan kondisi fisik maupun psikologi dengan baik sebelum melakukan latihan ataupun pertandingan. Sedangkan pencegahan dari faktor ekstrinsik diantaranya dengan mempersiapkan peralatan, sarana dan prasarana dengan baik, mengikuti prosedur latihan dengan benar, memperhatikan faktor cuaca dan faktor eksternal lainnya sehingga dapat meminimalkan terjadinya cedera.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Faktor resiko cedera yang paling banyak dialami oleh pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta adalah internal *violence*, dengan faktor yang paling dominan menyebabkan cedera adalah faktor kurangnya pemanasan.
2. Ketepatan penanganan cedera tungkai kaki pada pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta dalam fase akut sebesar 52,5% dan dalam fase kronis sebesar 37,5%.

B. Implikasi Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketepatan penanganan pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta terhadap cedera akut dalam kategori berhasil (52,5%). Sedangkan ketepatan penanganan pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta terhadap cedera kronis dalam kategori berhasil (37,5%). Hal ini menunjukkan bahwa penanganan cedera akut dan kronis serta penggunaan metode dapat dijadikan sebagai alternatif dalam menangani cedera yang dialami atlet.

Cedera dalam olahraga merupakan hal yang wajar terjadi, walau demikian akan lebih baik apabila atlet melakukan pencegahan terhadap cedera

dengan melakukan persiapan pada faktor internal maupun eksternal sebelum melakukan latihan atau pertandingan. Pencegahan akan selalu lebih baik dibandingkan dengan pengobatan. Tumbuhnya kesadaran dari dalam diri atlet untuk mempersiapkan dirinya dengan baik akan meminimalkan terjadinya cedera. Apabila cedera tetap terjadi pada atlet, diharapkan untuk segera melakukan *therapy* dengan menggunakan jenis *therapy* yang tepat dan sesuai dengan cedera yang dialami.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah diupayakan secara maksimal, tetapi keterbatasan penelitian tidak dapat dihindarkan. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah subyektifitas pengisian kuesioner yang tidak dapat dikendalikan sepenuhnya oleh peneliti, dimana kuesioner diisi pada saat atlet sudah tidak mengalami cedera lagi, sehingga kemungkinan atlet sudah lupa dengan keadaan yang dialaminya.

D. Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian, saran relevan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Atlet

- a. Faktor eksternal *violence* yang paling mempengaruhi terjadinya cedera adalah atlet mengalami benturan dengan alat latihan, beban latihan yang terlalu berat, dan gelanggang latihan yang mengalami kerusakan. Sedangkan faktor yang paling tidak mempengaruhi adalah tidak tahan

dengan sengatan matahari dan pelatih terlalu otoriter. Saran yang dapat diberikan adalah atlet lebih hati-hati dalam latihan maupun menggunakan peralatan latihan, dan menyempatkan istirahat di sela-sela latihan.

- b. Faktor internal *violence* yang paling mempengaruhi terjadinya cedera adalah kurangnya pemanasan, kurang menguasai teknik gerakan, cedera yang terjadi sebelumnya, dan karena kelelahan. Sedangkan faktor yang paling tidak mempengaruhi adalah stres yang dialami atlet dan beban karena ada tuntutan dari pihak lain. Saran yang dapat diberikan adalah supaya atlet selalu melakukan pemanasan sebelum latihan. Atlet yang mengalami cedera kambuhan untuk menyembuhkan cedera yang dialami secara total dengan melakukan terapi *massage* dan dilanjutkan dengan terapi *exercise*. Selain itu atlet juga diharapkan untuk meningkatkan kemampuan dan teknik gerakan. Dan atlet diharapkan menyempatkan melakukan istirahat di sela-sela latihan maupun setelah latihan untuk *recovery* dari fisik pemain.

2. Bagi Pelatih

- a. Menyusun program latihan yang salah satunya mempertimbangkan keselamatan atlet untuk mencegah terjadinya cedera.
- b. Lebih memperhatikan fisik pemain agar tidak terjadi kelelahan yang berlebihan sehingga kemungkinan terjadinya cedera semakin besar.
- c. Memberikan motivasi kepada atlet agar dapat mengurangi tingkat stres yang dialami oleh atlet.

3. Bagi Pihak Terkait

- a. Diharapkan dapat memberikan fasilitas dan sarana latihan yang memadai agar dapat mendukung prestasi atlet dan meminimalkan kejadian cedera pada atlet.
- b. Penelitian ini dapat dipergunakan untuk seminar guna menambah wawasan bagi guru penjas, pelatih dan terapis.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Mengembangkan penelitian ini dengan melakukan penelitian pada populasi yang lebih besar sehingga penelitian akan lebih maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi VI*. Yogyakarta: Aneka Cipta.
- C.K, Giam dan Teh , K.C. 1992. *Ilmu Keolahragaan Olahraga*. (Hartono Satmoko. Terjemahan). Jakarta: Binarupa Aksara.
- Erlina L. A. (2002). *Membangun karakter melalui permainan sepak bola*. Yogyakarta: Pasca Sarjana.
- Intan Novita. 2010. *Dasar-dasar fisioterapi pada cedera olahraga*. Yogyakarta: FIK UNY.
- James G. Hay. (1982). *The anatomical and mechanical based of human motion*: USA. Prentice-hall, inc.
- Nurgiyantoro, B, Gunawan dan Marzuki. 2009. *Statistik Terapan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- P.M, Taylor dan Taylor, D.K. 2002. *Mencegah dan Mengatasi Cedera*. (Jamal Khalib, Terjemahan). Jakarta: RT. Grafindo Persada. Buku asli diterbitkan tahun 2002.
- Poerwadarminto, Wjs. (1996). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Yogyakarta : Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Satia Graha, Ali dan Bambang Priyonoadi. 2009. *Terapi Masase Frirage dan Penatalaksanaan cedera pada anggota tubuh bagian atas*. Yogyakarta: FIK UNY.
- _____. 2004. *Pedoman dan Modul Penataran Pelatih Terapi Masase Cedera Olahraga*. Yogyakarta: Klinik Terapi Fisik UNY.
- _____. 2009. *Pedoman dan Modul Terapi Masase Frirage Penatalaksanaan Terapi Masase dan Cedera Olahraga pada Lutut dan Engkel*. Yogyakarta: Klinik Terapi Fisik UNY.
- Soeroso, Tjipto. 1983. *Ilmu Lulut Olahraga*. Yogyakarta: IKIP.
- Sucipto. 2000. *Sepakbola*. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional.
- Sugiyono. 2006. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: CV Alfabeta.

- _____. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV Alfabeta.
- Sudijandoko, Andun. 2000. *Perawatan dan Pencegahan cedera*. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional.
- Sumorsardjono, Sadoso. 1995. *Sehat, Bugar dan Petunjuk Praktis Berolahraga Yang Benar*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Tjiptosoeroso. (1983). *Ilmu Lutut Olahraga*. Yogyakarta: Dana P3T IKIP Yogyakarta.
- TIM. (1989). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Tim Anatomi. (t.t). *Diktat Anatomi Manusia*. Yogyakarta: Laboratorium Anatomi FIK UNY.
- Wara Kushartanti. 2009. *Terapi Latihan untuk Rehabilitasi Cedera bagi Olahragawan*. Laporan Penelitian, FIK, UNY
- Werner platzer. (1983). *Atlas dan buku teks anatomi manusia*. Jakarta. Penerbit buku kedokteran EGC.
- Wibowo, Hardianto. 1994. *Pencegahan dan Penatalaksanaan Cedera Olahraga*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- (<http://www.Soccerwebsite.org>/diunduh Tanggal 10-04-2013 jam 09.22)
- (<http://www.slideshare.net/jafetwullur/kurikulum-sepak-bola-indonesia-bag-2/> diunduh tanggal 2-5-2013 jam 16:32).
- (<http://www.staff.uny.ac.id/> diunduh tanggal 07-02-2012 jam 12.25).
- (<http://www.Sportsinjurybulletin/> di unduh tanggal 07-02-2012 jam 12.45).

Lampiran 5. Data Responden

No	Nama
1	Irsa Freza Romadhoni
2	Priyo Nugroho
3	Hansa
4	Tion
5	Tristan
6	M. Sujastan
7	M. Faqihuddin
8	Rian
9	Willy Nanda Winata
10	Rozzy T. Nov
11	Maman
12	Toni Inoti
13	Indra Sandra Saputro
14	Bani
15	Ajik
16	alfonsus raditya
17	Herliman Savirta Aziz
18	Mulyadi
19	J. Cahyo Nugroho
20	Suryanto
21	Uja
22	Apri
23	Budi Handoko
24	Haryanto
25	Agustinus Wahyu Adi
26	Bryan Panjaitan
27	Okky
28	Bowo
29	Vincentius Tutto A.
30	Wid Adelies O.
31	Wijil
32	Ajik B.
33	Rony Prasetyawan S.
34	Mujib rahman
35	Setia Budi
36	Aditya
37	Raka Sebastian
38	Endar Tri Prasetya
39	Nicko Andrean
40	Muhammad Khoirur R.

Lampiran 6. Data penelitian

Faktor resiko Internal

NO.	soal 1	soal 2	soal 3	soal 4	soal 5	soal 6	soal 7	soal 8	soal 9	soal 10	jumlah	kategori
1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	4	rendah
2	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	4	rendah
3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	sangat rendah
4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	sangat rendah
5	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	rendah
6	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	6	tinggi
7	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	tinggi
8	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	4	rendah
9	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	6	tinggi
10	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	rendah
11	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	6	tinggi
12	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	rendah
13	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	rendah
14	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	5	rendah
15	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4	rendah
16	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	sangat rendah
17	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	6	tinggi
18	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4	rendah
19	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	rendah
20	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4	rendah
21	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	4	rendah
22	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4	rendah
23	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	rendah
24	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	rendah
25	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	5	rendah
26	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	rendah
27	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	sangat rendah
28	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	sangat rendah
29	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	tinggi
30	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	6	tinggi
31	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	rendah
32	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	5	rendah
33	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	5	rendah

34	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	tinggi
35	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	tinggi
36	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tinggi
37	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	7	tinggi
38	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	7	tinggi
39	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	7	tinggi
40	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	7	tinggi
jumlah	34	27	25	11	27	29	13	10	11	9	196	

Data Ketepatan Penanganan Cedera

Akut

no	soal 1	soal 2	soal 3	soal 4	soal 5	soal 6	soal 7	soal 8	soal 9	soal 10	soal 11	jumlah	kategori
1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	6	kurang tepat
2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	5	kurang tepat
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	tepat
4	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	8	tepat
5	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	5	kurang tepat
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	8	tepat
7	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	6	kurang tepat
8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	7	tepat
9	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	7	tepat
10	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	8	tepat
11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	8	tepat
12	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	8	tepat
13	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	7	tepat
14	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	4	kurang tepat
15	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	8	tepat
16	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	sangat kurang tepat
17	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5	kurang tepat
18	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	5	kurang tepat
19	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	8	tepat
20	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5	kurang tepat
21	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	8	tepat
22	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	7	tepat
23	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6	kurang tepat
24	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	5	kurang tepat
25	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	kurang tepat

26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	9	tepat
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	9	tepat
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	9	tepat
29	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	8	tepat
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	9	tepat
31	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	7	tepat
32	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	7	tepat
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	sangat tepat
34	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	4	kurang tepat
35	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	5	kurang tepat
36	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8	tepat
37	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	sangat tepat
38	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	sangat tepat
39	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	8	tepat
40	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	8	tepat
jumlah	37	30	33	26	30	25	24	22	23	17	16	283	

Data Ketepatan Penanganan Cedera

Kronis

no	soal 12	soal 13	soal 14	soal 15	soal 16	soal 17	soal 18	soal 19	soal 20	jumlah	kategori
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tepat
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tepat
3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	sangat kurang tepat
4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	kurang tepat
5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	kurang tepat
6	1	1	1	0	0	1	1	1	1	7	tepat
7	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3	kurang tepat
8	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	sangat kurang tepat
9	1	1	0	1	1	1	0	1	1	7	tepat
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	tepat
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tepat
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tepat
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tepat
14	0	1	1	1	0	1	1	0	0	5	kurang tepat
15	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3	kurang tepat
16	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	kurang tepat
17	1	1	1	1	1	0	0	1	0	6	tepat
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tepat
19	0	1	1	1	0	0	0	0	1	4	kurang tepat
20	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6	tepat
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tepat
22	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	sangat kurang tepat
23	1	0	1	1	0	1	1	1	1	7	tepat
24	1	0	1	1	0	1	0	0	0	4	kurang tepat
25	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	kurang tepat
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	sangat kurang tepat
27	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	tepat
28	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	tepat
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tepat
30	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	tepat
31	1	1	0	1	1	1	0	0	0	5	kurang tepat
32	1	0	1	0	1	0	1	0	1	5	kurang tepat
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	sangat tepat
34	0	1	0	1	0	1	1	1	0	5	kurang tepat
35	0	1	0	1	0	1	1	1	1	6	tepat

36	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7	tepat
37	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	tepat
38	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7	tepat
39	1	0	1	0	1	0	1	1	1	6	tepat
40	1	0	1	0	1	0	1	1	1	6	tepat
	17	16	26	25	24	29	26	27	24	24	

Faktor resiko Eksternal

no	soal 11	soal 12	soal 13	soal 14	soal 15	soal 16	soal 17	soal 18	soal 19	soal 20	jumlah	kategori
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	sangat rendah
2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	sangat rendah
3	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4	rendah
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	sangat rendah
5	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4	rendah
6	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	rendah
7	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3	rendah
8	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3	rendah
9	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	6	tinggi
10	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	4	rendah
11	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	6	tinggi
12	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	5	rendah
13	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3	rendah
14	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	5	rendah
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	sangat rendah
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	sangat rendah
17	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	6	tinggi
18	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	6	tinggi
19	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7	tinggi
20	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	5	rendah
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	sangat rendah
22	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	sangat rendah
23	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	tinggi
24	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	6	tinggi
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	sangat rendah
26	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4	rendah
27	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	6	tinggi
28	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	6	tinggi
29	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	6	tinggi
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	sangat tinggi
31	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	5	rendah
32	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8	tinggi

33	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	rendah
34	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	7	tinggi
35	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	5	rendah
36	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	5	rendah
37	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	5	rendah
38	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	tinggi
39	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	tinggi
40	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	6	tinggi
	16	22	23	8	10	18	15	26	19	24		181

Lampiran 1. Kuesioner responden



KUESIONER PENELITIAN

**DESKRIPSI FAKTOR RESIKO DAN KETEPATAN PENANGANAN
CEDERA TUNGKAI KAKI PADACEDERA OLAHRAGA SEPAK BOLA**

Kepada Yth. Responden

Di Tempat

Dalam rangka menyusun Skripsi guna melengkapi sebagian syarat mencapai Sarjana, penulis bermaksud mengadakan penelitian tentang “Deskripsi penyebab dan penanganan cedera tungkai kaki pada cabang olahraga sepak bola”.

Dengan kerendahan hati, mohon kesediaan teman-teman untuk menjadi responden dalam penelitian ini dan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Jawaban teman-teman dibutuhkan sebagai data penelitian dan semata-mata digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan tidak ada maksud lain. Identitas dan jawaban yang telah teman-teman berikan akan kami jaga kerahasiaannya.

Demikian atas kesediaan, kerjasama, bantuan, dan waktu yang telah diberikan, peneliti mengucapkan terima kasih.

Yogyakarta, Maret 2013
Peneliti

Setia Budi

KUESIONER

DESKRIPSI FAKTOR RESIKO DAN KETEPATAN PENANGANAN CEDERA TUNGKAI KAKI PADA CABANG OLAHRAGA SEPAK BOLA

Petunjuk Pengisian:

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban “Ya” apabila anda menganggap pertanyaan tersebut sesuai dengan keadaan anda dan berilah tanda pada kolom “Tidak” apabila anda menganggap pertanyaan tersebut tidak sesuai dengan keadaan anda.

I. Faktor Resiko Cedera

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Cedera yang saya alami disebabkan oleh kurang pemanasan		
2.	Saya mengalami cedera karena kelelahan		
3.	Cedera yang saya alami disebabkan oleh kondisi fisik saya kurang sehat		
4.	Cedera saya disebabkan oleh tidak makan sebelum latihan		
5.	Cedera yang saya alami disebabkan oleh cedera sebelumnya pernah terjadi		
6.	Cedera yang terjadi dikarenakan kesalahan teknis gerakan (kurang menguasai teknis gerakan)		
7.	Cedera saya disebabkan perasaan takut pada saat bertanding		
8.	Cedera yang saya alami disebabkan oleh stres yang saya alami		
9.	Saya mengalami cedera karena luapan perasaan gembira yang berlebihan pada saat latihan		
10.	Saya mengalami cedera karena beban yang saya rasakan karena ada tuntutan dari pihak lain		
11.	Cedera saya disebabkan karena diganggu teman pada saat latihan		
12.	Saya mengalami cedera karena alat yang digunakan kualitasnya tidak memenuhi standard		
13.	Cedera saya disebabkan oleh gelanggang latihan yang mengalami kerusakan		

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
14.	Saya mengalami cedera karena tidak tahan dengan sengatan matahari		
15.	Cedera yang saya alami karena pelatih terlalu otoriter dalam gaya memimpin latihan		
16.	Cedera yang terjadi karena banyak atlet yang tidak taat dengan pelatih		
17.	Pelatih tidak menguasai peraturan pertandingan sehingga atlet ceroboh dalam bertanding sehingga menimbulkan cedera		
18.	Saya mengalami cedera disebabkan oleh benturan dengan peralatan latihan		
19.	Cedera saya disebabkan oleh alat yang mengalami kerusakan		
20.	Saya mengalami cedera karena beban latihan yang terlalu berat		

II. Ketepatan Penanganan Cedera

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
----	------------	----	-------

1.	Pada saat mengalami cedera saya memilih mengistirahatkan bagian tubuh yang mengalami cedera (<i>rest</i>)		
2.	Aktivitas yang berlebih pada bagian tubuh yg terkena akan memicu terjadinya komplikasi lebih lanjut		
3.	Pada saat mengalami cedera langsung (1x24 jam) setelah mengalami cedera saya mengistirahatkan bagian tubuh yang mengalami cedera		
4.	Pada saat mengalami cedera saya memilih mengompres dengan es bagian tubuh yang mengalami cedera (<i>ice</i>)		
5.	Pada saat mengalami cedera pengompresan dengan es dapat mengurangi pembengkakan, warna merah, dan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami cedera		
6.	Pada saat mengalami cedera langsung (1x24 jam) setelah mengalami cedera saya memberikan kompres es pada bagian tubuh yang mengalami cedera		
7.	Pada saat mengalami cedera saya memilih melakukan Penekanan pada bagian yang mengalami cedera dengan perban/di balut (<i>compress</i>)		
8.	Pada saat mengalami cedera melakukan penekanan (pembalutan) pada bagian yang cedera dapat mengurangi pembengkakan		
9.	Pada saat mengalami cedera langsung (1x24 jam) setelah mengalami cedera saya melakukan pembalutan pada bagian cedera yang saya alami		
10.	Pada saat mengalami cedera saya memilih meninggikan bagian tubuh yang cedera (<i>elevation</i>)		
11.	Pada saat mengalami cedera langsung (1x24 jam) setelah mengalami cedera saya memposisikan bagian yang cedera di posisi yang lebih tinggi		
12.	Pada saat mengalami cedera saya memilih <i>therapy massage</i> untuk penanganan cedera yang saya alami		
13.	Pada saat mengalami cedera <i>therapy massage</i> adalah terapi yang paling tepat dilakukan untuk jenis cedera yang saya alami		
No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
14.	Pada saat mengalami cedera saya memilih tempat <i>therapy massage</i> yang professional untuk kesembuhan cedera yang saya alami		

15.	Pada saat mengalami cedera saya memilih <i>therapy exercise</i> untuk penanganan cedera yang saya alami		
16.	Pada saat mengalami cedera <i>therapy exercise</i> adalah terapi yang paling tepat dilakukan untuk jenis cedera yang saya alami		
17.	Pada saat mengalami cedera saya memilih tempat <i>therapy exercise</i> yang professional untuk menyembuhkan cedera yang saya alami		
18.	Pada saat mengalami cedera saya memilih penyembuhan cedera yang saya alami dengan alat modalitas terapi		
19.	Pada saat mengalami cedera penyembuhan dengan alat modalitas terapi adalah yang paling tepat dilakukan untuk jenis cedera yang saya alami		
20.	Pada saat mengalami cedera saya melakukan penyembuhan dengan alat modalitas terapi setelah beberapa waktu (lebih dari 24 jam)		

Lampiran 2. Expert Judgment

SURAT PERMOHONAN MENJADI EXPERT JUDGMENT

Kepada

Yth. Ibu dr. Novita Intan Arovah, M.PH.

Di tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan pengambilan data penelitian skripsi, saya bermaksud meminta pertimbangan dan konsultasi *instrument* yang berbentuk kuisisioner tentang “Deskripsi Faktor Resiko dan Ketepatan Penanganan Cedera Tungkai Kaki pada Olahraga Sepak Bola di Klub BIGREDS Yogyakarta”. Demikian surat permohonan ini saya buat atas bimbingan dan waktu luangnya saya ucapkan terima kasih.

Yogyakarta, Maret 2013

Mengetahui

Dosen pembimbing

Mahasiswa

Dr. dr. BM Wara kushartanti, M. S
NIP. 195805198403 2 001

Setia Budi
NIM. 08603141016

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangandi bawahini:

Nama : dr. Novita Intan Arovah, M.PH.

NIP : 19781110 2002122 001

Unit Kerja : FIK UNY

Menerangkan bahwa instrument penelitian tugas akhir skripsi saudara:

Nama : Setia budi

NIM : 08603141016

JudulSkripsi : Deskripsi Faktor Resiko dan Ketepatan Penanganan
Cedera Tungkai Kaki pada Cedera Olahraga Sepak Bola di
Klub BIGREDS Yogyakarta.

Telah memenuhi persyaratan sebagai instrumen yang dapat digunakan untuk
mengumpulkan data.

Yogyakarta, Maret 2013

dr. Novita Intan Arovah, M.PH.

NIP 19781110 2002122 001

Lampiran 3. Data uji coba penelitian

Data uji coba Faktor Resiko

No	soal 1	soal 2	soal 3	soal 4	soal 5	soal 6	soal 7	soal 8	soal 9	soal 10	soal 11	soal 12	soal 13	soal 14
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1
3	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1
4	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0
5	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
7	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1
10	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0
jumlah	5	7	6	8	7	7	9	6	8	8	8	8	8	5

No	soal 15	soal 16	soal 17	soal 18	soal 19	soal 20	soal 21	soal 22	soal 23	soal 24	Total
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17
3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
4	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	13
5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	19
6	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	19
7	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	14
8	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	18
9	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	12
10	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	15
jumlah	7	6	9	8	5	5	8	7	8	5	

Data uji coba ketepatan penanganan

no	soal 1	Soal 2	soal 3	soal 4	soal 5	soal 6	soal 7	soal 8	soal 9	soal 10
1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1
2	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0
3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
5	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0
6	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
9	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1
jumlah	5	6	6	6	7	7	7	6	6	6

No	soal 11	soal 12	soal 13	soal 14	soal 15	soal 16	soal 17	soal 18	soal 19	soal 20	total
1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	9
2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	11
4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12
5	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	12
6	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	14
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
8	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	8
9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17
10	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	13
jumlah	7	7	7	6	7	7	7	6	7	7	

Validasi faktor resiko ceder

Correlation

[illegible]

faktor_resiko_6	Pearson Correlation	.655*	-.429	.356	-.327	.524	1	-.218	.356	.218	-.327	.218	.218	.218	-.218	-.429	.356	.509	-.327	.218	.218	.218	.048	.218	-.218
	Sig. (2-tailed)	.040	.217	.312	.356	.120		.545	.312	.545	.356	.545	.545	.545	.545	.217	.312	.133	.356	.545	.545	.545	.896	.545	.545
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_7	Pearson Correlation	-.333	.509	.408	.667*	-.218	-.218	1	-.272	-.167	.667*	-.167	.667*	-.167	-.333	.509	-.272	-.111	-.167	-.333	-.333	-.167	-.218	-.167	-.333
	Sig. (2-tailed)	.347	.133	.242	.035	.545	.545		.447	.645	.035	.645	.035	.645	.347	.133	.447	.760	.645	.347	.347	.645	.545	.645	.347
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_8	Pearson Correlation	.408	-.535	-.250	.102	.802**	.356	-.272	1	.102	-.408	.102	.102	.612	.408	-.089	1.000**	-.272	-.408	.000	.408	.102	-.089	.102	.000
	Sig. (2-tailed)	.242	.111	.486	.779	.005	.312	.447		.779	.242	.779	.779	.060	.242	.807	.000	.447	.242	1.000	.242	.779	.807	.779	1.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_9	Pearson Correlation	.500	-.327	.102	.375	-.327	.218	-.167	.102	1	-.250	.375	-.250	.375	.000	.218	.102	.667*	-.250	.000	.500	1.000**	.218	.375	.500
	Sig. (2-tailed)	.141	.356	.779	.286	.356	.545	.645	.779		.486	.286	.486	.286	1.000	.545	.779	.035	.486	1.000	.141	.000	.545	.286	.141
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_10	Pearson Correlation	.000	.218	.612	.375	-.327	-.327	.667*	-.408	-.250	1	-.250	.375	-.250	.000	.218	-.408	-.167	.375	-.500	-.500	-.250	-.327	-.250	-.500
	Sig. (2-tailed)	1.000	.545	.060	.286	.356	.356	.035	.242	.486		.486	.286	.486	1.000	.545	.242	.645	.286	.141	.141	.486	.356	.486	.141
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_11	Pearson Correlation	.000	-.327	.102	-.250	.218	.218	-.167	.102	.375	-.250	1	-.250	-.250	.000	-.327	.102	.667*	-.250	.500	.500	.375	.764*	1.000**	.500
	Sig. (2-tailed)	1.000	.356	.779	.486	.545	.545	.645	.779	.286	.486		.486	.486	1.000	.356	.779	.035	.486	.141	.141	.286	.010	.000	.141
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_12	Pearson Correlation	.000	.218	.102	.375	.218	.218	.667*	.102	-.250	.375	-.250	1	-.250	.000	.218	.102	-.167	-.250	.000	.000	-.250	-.327	-.250	-.500
	Sig. (2-tailed)	1.000	.545	.779	.286	.545	.545	.035	.779	.486	.286	.486		.486	1.000	.545	.779	.645	.486	1.000	1.000	.486	.356	.486	.141
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

faktor_resiko_13	Pearson Correlation	.500	-.327	.102	.375	.218	.218	-.167	.612	.375	-.250	-.250	-.250	1	.000	.218	.612	-.167	-.250	-.500	.000	.375	-.327	-.250	.000
	Sig. (2-tailed)	.141	.356	.779	.286	.545	.545	.645	.060	.286	.486	.486	.486		1.000	.545	.060	.645	.486	.141	1.000	.286	.356	.486	1.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_14	Pearson Correlation	.200	-.218	-.408	.000	.218	-.218	-.333	.408	.000	.000	.000	.000	.000	1	.218	.408	-.333	.000	.200	.200	.000	-.218	.000	.200
	Sig. (2-tailed)	.580	.545	.242	1.000	.545	.545	.347	.242	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000		.545	.242	.347	1.000	.580	.580	1.000	.545	1.000	.580
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_15	Pearson Correlation	-.218	.524	-.089	.764	-.429	-.429	.509	-.089	.218	.218	-.327	.218	.218	.218	1	-.089	-.218	-.327	-.218	-.218	.218	-.429	-.327	.218
	Sig. (2-tailed)	.545	.120	.807	.010	.217	.217	.133	.807	.545	.545	.356	.545	.545	.545		.807	.545	.356	.545	.545	.545	.217	.356	.545
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_16	Pearson Correlation	.408	-.535	-.250	.102	.802**	.356	-.272	1.000**	.102	-.408	.102	.102	.612	.408	-.089	1	-.272	-.408	.000	.408	.102	-.089	.102	.000
	Sig. (2-tailed)	.242	.111	.486	.779	.005	.312	.447	.000	.779	.242	.779	.779	.060	.242	.807		.447	.242	1.000	.242	.779	.807	.779	1.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_17	Pearson Correlation	.333	-.218	.408	-.167	-.218	.509	-.111	-.272	.667*	-.167	.667*	-.167	-.167	-.333	-.218	-.272	1	-.167	.333	.333	.667*	.509	.667*	.333
	Sig. (2-tailed)	.347	.545	.242	.645	.545	.133	.760	.447	.035	.645	.035	.645	.645	.347	.545	.447		.645	.347	.347	.035	.133	.035	.347
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_18	Pearson Correlation	.000	.218	.102	-.250	-.327	-.327	-.167	-.408	-.250	.375	-.250	-.250	-.250	.000	-.327	-.408	-.167	1	.000	.000	-.250	.218	-.250	.000
	Sig. (2-tailed)	1.000	.545	.779	.486	.356	.356	.645	.242	.486	.286	.486	.486	.486	1.000	.356	.242	.645		1.000	1.000	.486	.545	.486	1.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_19	Pearson Correlation	-.200	.218	-.408	-.500	.218	.218	-.333	.000	.000	-.500	.500	.000	-.500	.200	-.218	.000	.333	.000	1	.600	.000	.655*	.500	.600
	Sig. (2-tailed)	.580	.545	.242	.141	.545	.545	.347	1.000	1.000	.141	.141	1.000	.141	.580	.545	1.000	.347	1.000		.067	1.000	.040	.141	.067
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

faktor_resiko_20	Pearson Correlation	.200	-.218	-.408	.000	.218	.218	-.333	.408	.500	-.500	.500	.000	.000	.200	-.218	.408	.333	.000	.600	1	.500	.655 [*]	.500	.600
	Sig. (2-tailed)	.580	.545	.242	1.000	.545	.545	.347	.242	.141	.141	.141	1.000	1.000	.580	.545	.242	.347	1.000	.067		.141	.040	.141	.067
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_21	Pearson Correlation	.500	-.327	.102	.375	-.327	.218	-.167	.102	1.000 ^{**}	-.250	.375	-.250	.375	.000	.218	.102	.667 [*]	-.250	.000	.500	1	.218	.375	.500
	Sig. (2-tailed)	.141	.356	.779	.286	.356	.545	.645	.779	.000	.486	.286	.486	.286	1.000	.545	.779	.035	.486	1.000	.141		.545	.286	.141
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_22	Pearson Correlation	-.218	.048	-.089	-.327	.048	.048	-.218	-.089	.218	-.327	.764 [*]	-.327	-.327	-.218	-.429	-.089	.509	.218	.655 [*]	.655 [*]	.218	1	.764 [*]	.655 [*]
	Sig. (2-tailed)	.545	.896	.807	.356	.896	.896	.545	.807	.545	.356	.010	.356	.356	.545	.217	.807	.133	.545	.040	.040	.545		.010	.040
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_23	Pearson Correlation	.000	-.327	.102	-.250	.218	.218	-.167	.102	.375	-.250	1.000 ^{**}	-.250	-.250	.000	-.327	.102	.667 [*]	-.250	.500	.500	.375	.764 [*]	1	.500
	Sig. (2-tailed)	1.000	.356	.779	.486	.545	.545	.645	.779	.286	.486	.000	.486	.486	1.000	.356	.779	.035	.486	.141	.141	.286	.010		.141
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
faktor_resiko_24	Pearson Correlation	-.200	.218	-.408	.000	-.218	-.218	-.333	.000	.500	-.500	.500	-.500	.000	.200	.218	.000	.333	.000	.600	.600	.500	.655 [*]	.500	1
	Sig. (2-tailed)	.580	.545	.242	1.000	.545	.545	.347	1.000	.141	.141	.141	.141	1.000	.580	.545	1.000	.347	1.000	.067	.067	.141	.040	.141	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

⁷Correlations

[illegible]

[illegible]

ktpatn_pnanganan_15 Pearson Correlation	.655*	-.089	.356	-.089	-.429	.048	.048	-.535	-.535	-.535	.524	.524	.048	.356	1	-.429	.048	.356	.524	.524
Sig. (2-tailed)	.040	.807	.312	.807	.217	.896	.896	.111	.111	.111	.120	.120	.896	.312		.217	.896	.312	.120	.120
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ktpatn_pnanganan_16 Pearson Correlation	-.655*	.356	-.089	-.089	.524	-.429	.048	.802**	.802**	.356	-.429	-.429	.048	-.089	-.429	1	-.429	-.089	-.429	-.429
Sig. (2-tailed)	.040	.312	.807	.807	.120	.217	.896	.005	.005	.312	.217	.217	.896	.807	.217		.217	.807	.217	.217
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ktpatn_pnanganan_17 Pearson Correlation	.655*	-.089	-.535	-.089	-.429	.048	-.429	-.535	-.089	-.089	.048	.048	.048	.356	.048	-.429	1	-.089	-.429	.524
Sig. (2-tailed)	.040	.807	.111	.807	.217	.896	.217	.111	.807	.807	.896	.896	.896	.312	.896	.217		.807	.217	.120
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ktpatn_pnanganan_18 Pearson Correlation	.000	-.667*	.167	.583	-.089	.356	-.089	.167	-.250	-.250	.802**	.802**	.802**	.583	.356	-.089	-.089	1	.356	.356
Sig. (2-tailed)	1.000	.035	.645	.077	.807	.312	.807	.645	.486	.486	.005	.005	.005	.077	.312	.807	.807		.312	.312
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ktpatn_pnanganan_19 Pearson Correlation	.218	-.089	.802**	.356	.048	.524	.524	-.089	-.535	-.089	.524	.524	.048	-.089	.524	-.429	-.429	.356	1	.048
Sig. (2-tailed)	.545	.807	.005	.312	.896	.120	.120	.807	.111	.807	.120	.120	.896	.807	.120	.217	.217	.312		.896
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ktpatn_pnanganan_20 Pearson Correlation	.655*	-.535	-.089	.356	-.429	.524	-.429	-.535	-.089	-.089	.524	.524	.048	.802**	.524	-.429	.524	.356	.048	1
Sig. (2-tailed)	.040	.111	.807	.312	.217	.120	.217	.111	.807	.807	.120	.120	.896	.005	.120	.217	.120	.312	.896	
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Persetujuan

Skripsi dengan judul “Deskripsi Faktor Resiko dan Ketepatan Penanganan Cedera Tungkai Kaki pada Olahraga Sepakbola di klub *BIGREDS* Yogyakarta” yang disusun oleh Setia Budi, NIM 08603141016 ini telah disetujui oleh Pembimbing untuk diujikan.

Yogyakarta, Juni 2013

Pembimbing,

Dr. dr. BM Wara Kushartanti, M. S
NIP. 195805198403 2 001

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini benar-benar karya saya sendiri. Sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang ditulis atau diterbitkan orang lain kecuali sebagai acuan atau kutipan dengan mengikuti tata penulisan karya ilmiah yang telah lazim.

Tanda tangan dosen penguji yang tertera dalam halaman pengesahan adalah asli. Jika tidak asli, saya siap menerima sanksi ditunda Yudisium pada periode berikutnya

Yogyakarta, Juli 2013

Yang menyatakan,

Setia Budi
NIM 08603141016

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Deskripsi Faktor Resiko dan Ketepatan Penanganan Cedera Tungkai Kaki pada Olahraga Sepakbola di Klub *BIGREDS* Yogyakarta” yang disusun oleh Setia Budi, NIM 08603141016 ini telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 14 Juni 2013 dan dinyatakan lulus.

DEWAN PENGUJI

Nama	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Dr.dr.BM.Wara Kushartanti, M. S.	Ketua Penguji	.....	.....
Sulistiyono, M.Pd	Sekretaris Penguji	.....	.....
Ali Satia Graha, M.Kes	Penguji I	.....	.....
dr.Novita Intan Arafah, M.Ph	Penguji II	.....	.....

Yogyakarta, Juli 2013

Fakultas Ilmu Keolahragaan

Dekan,

Rumpis Agus Sudarko, M.S
NIP 19600824 1986011 001

MOTTO

Motto :

- ∅ *You'll Never Walk Alone,*
- ∅ Banyak orang baik di dunia ini, tetapi sedikit orang baik di bumi ini yang mau peduli,
- ∅ Predikat itu hanya sementara dan prestasi bukan tujuan akhir,
- ∅ Sese kali keluarlah dari zona nyaman mu, berjalanlah di jalanan, kunjungilah daerah-daerah bencana, dan kamu akan merasakan syukur yang sangat,
- ∅ “Hidup adalah soal keberanian, menghadapi yang tanda Tanya tanpa kita bisa mengerti, tanpa bisa kita menawar terimalah, dan hadapilah”
(GIE)

PERSEMBAHAN

Persembahan:

Karya yang amat sederhana ini dipersembahkan kepada orang-orang yang punya makna sangat istimewa bagi kehidupan penulis, diantaranya:

1. Bapak Muhyi dan Ibu Sarini, Bapak yang selalu menjadi pahlawan buat keluarga, bapak yang super bagi penulis, dan Ibu yang selalu sabar untuk selalu mendidik anak-anaknya, sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi ini
2. Kakak dan adik dan semua keluarga besarku yang selalu memberi inspirasi bagi setiap kebuntuan,
3. Wanita super kedua setelah ibuku di kehidupanku, dewi hindun yang selalu memotivasiku, kamu alasan keduaku setelah orang tua ku untuk karya tulis ini, kamu mimpiku,
4. 7 IKAN'S (mas jon, mas agung, endah, ela, asep, agia) kalian lebih dari sekedar teman maupun saudaraku, sebuah keluarga yang terbentuk karena pengabdian, kepedulian, keikhlasan, dan mimpi, kalian sangat istimewa di hidupku,
5. Teman-teman IKORA 08 yang bersaudara, senang susah dan gembira kita lewati bersama terima kasih temen-temanku.

DESKRIPSI FAKTOR RESIKO DAN KETEPATAN PENANGANAN CEDERA TUNGKAI KAKI PADA OLAHRAGA SEPAK BOLA DI KLUB *BIGREDS* YOGYAKARTA

Oleh:
Setia Budi
08603141016

ABSTRAK

Pemain sepak bola *BIGREDS* (*Bold Indonesia Group of REDS Supporters*) Yogyakarta banyak terkena cedera tungkai kaki, latar belakang yang berbeda-beda dari para pemain menyebabkan pengetahuan tentang faktor resiko dan ketepatan penanganan cedera tungkai berbeda-beda. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan faktor resiko terjadinya cedera tungkai kaki dan ketepatan penanganan cedera tungkai kaki pada olahraga Sepakbola di klub *BIGREDS* Yogyakarta.

Penelitian ini merupakan penelitian diskriptif dengan menggunakan metode survei, adapun teknik pengumpulan datanya angket. Populasi dalam penelitian ini adalah Pemain Sepakbola *BIGREDS* Yogyakarta. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*, dengan jumlah yang memenuhi kriteria sampel adalah sebanyak 40 orang. Analisis data menggunakan teknik statistik deskriptif dan statistik presentase.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa faktor resiko cedera tungkai yang dialami oleh pemain sepak bola *BIGREDS* Yogyakarta adalah, faktor resiko internal sebesar 52,5%, faktor penyebab cedera kurangnya pemanasan sebesar 84%. Faktor resiko eksternal sebesar 40%, faktor dominan penyebab cedera adalah benturan dengan peralatan latihan sebesar 65%. Ketepatan penanganan cedera tungkai kaki pada fase akut sebesar 57,5%, yang sering dilakukan pemain adalah langsung mengistirahatkan bagian tubuh yang cedera (*rest*) sebesar 92,5%, dan fase kronis sebesar 37,5%, dan yang paling sering dilakukan dengan memilih tempat terapi yang profesional untuk menyembuhkan cedera sebesar 72,5%.

Kata kunci : Faktor resiko, ketepatan penanganan, cedera tungkai kaki, pemain sepak bola

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Deskripsi Faktor Resiko dan Ketepatan Penanganan Cedera Tungkai Kaki pada Olahraga Sepakbola di Klub *BIGREDS* Yogyakarta” dengan lancar.

Dalam penyusunan skripsi ini pastilah penulis mengalami kesulitan dan kendala. Dengan segala upaya, skripsi ini dapat terwujud dengan baik berkat uluran tangan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Rohmat Wahab, M.A, M.Pd, selaku Rektor Universitas Negeri Yogyakarta.
2. Bapak Rumpis Agus Sudarko, M.S, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta yang telah memberikan ijin dalam melaksanakan penelitian.
3. Bapak Yudik Prasetyo, M.Kes, selaku Ketua Jurusan PKL yang telah memfasilitasi dalam melaksanakan penelitian.
4. Bapak Dapan, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik, yang telah memberikan bimbingan dalam akademik.
5. Dr.dr. BM.Wara Kushartanti, M, S, selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan sabar selama penulisan skripsi ini.
6. Ali Satia Graha, M.Kes., dr.Novita Intan Arafah, M.Ph., Sulistiyono, M.Pd., Dosen penguji yang telah menguji dan membimbing saya hingga terlaksana maupun selesainya tugas studi ini.

7. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan bekal ilmu selama penulis kuliah di Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta.
8. Teman-teman member *BIGREDS* Yogyakarta atas dorongan dan segala bantuannya demi terlaksananya skripsi ini.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penelitian ini, yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kelengkapan skripsi ini.

Penulis berharap semoga hasil karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan khususnya dan bagi semua pihak pada umumnya. Dan penulis berharap skripsi ini mampu menjadi salah satu bahan bacaan untuk acuan pembuatan skripsi selanjutnya agar menjadi lebih baik.

Yogyakarta, Juli 2013

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL .....	.xii
DAFTAR GAMBAR.....	.xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	.xiv
 BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Identifikasi Masalah	3
C. Batasan Masalah	4
D. Rumusan Masalah	4
E. Tujuan Penelitian	5
F. Kegunaan Penelitian.....	5
 BAB II. KAJIAN PUSTAKA	
A. Deskripsi Teori	6
B. Kerangka Berpikir.....	24
C. Hipotesis Penelitian	24
 BAB III. METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	25

B. Definisi Operasional Variabel Penelitian	25
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	27
D. Instrumen dan Teknik Pengambilan Data	27
E. Teknik Analisis Data.....	34
 BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Deskripsi Lokasi dan Subjek Penelitian.....	35
B. Deskripsi Data Penelitian	35
C. Hasil Analisis Data Penelitian	36
D. Pembahasan	48
 BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	55
B. Implikasi	55
C. Keterbatasan Penelitian	56
D. Saran.....	56
 DAFTAR PUSTAKA.....	59
 LAMPIRAN	61

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Kisi-kisi instrumen dalam penelitian.....	30
Tabel 2. Hasil Analisis Deskriptif Data	36
Tabel 3. Norma Kategorisasi Data Faktor Resiko Internal	38
Tabel 4. Faktor Resiko Internal yang Paling Menyebabkan Cedera	39
Tabel 5. Norma Kategorisasi Data Faktor Resiko Eksternal.....	41
Tabel 6. Faktor resiko eksternal yang Paling Menyebabkan Cedera.....	42
Tabel 7. Norma Kategorisasi Data ketepatan Penanganan Cedera Akut	44
Tabel 8. Ketepatan penanganan cedera akut yang Paling sering dilakukan atlet	44
Tabel 9. Norma Kategorisasi Data Ketepatan Penanganan Cedera Kronis .	46
Tabel10.Ketepatan penanganan cedera kronis yang Paling banyak dilakukan atlet	47

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Lapangan Sepakbola.....	8
Gambar 2. Distribusi Faktor Resiko Internal	39
Gambar 3. Distribusi Faktor Resiko Eksternal	42
Gambar 4. Distribusi frekuensi ketepatan penanganan cedera akut	45
Gambar 5. Distribusi frekuensi ketepatan penanganan cedera kronis	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuisisioner penelitian	62
Lampiran 2. Surat expert judgment.....	67
Lampiran 3. Data uji coba Penelitian.....	69
Lampiran 4. Data Uji Validitas dan Reabilitas.....	70
Lampiran 5. Data Responden	79
Lampiran 6. Data Penelitian	80
Lampiran 7. Halaman Pengesahan	88
Lampiran 8. Surat ijin penelitian	89