

**“TINGKAT PENGETAHUAN ATLET TENTANG CEDERA ANKLE
DAN TERAPI LATIHAN DI PERSATUAN SEPAK BOLA
TELAGA UTAMA”**

SKRIPSI

Diajukan kepada Program Studi Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Yogyakarta
untuk Memenuhi sebagian Persyaratan
guna Memperoleh Gelar Sarjana Olahraga



Oleh:

Bimantoro Setio Nugroho
12603141011

**PROGRAM STUDI ILMU KEOLAHRAGAAN
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA
MEI 2016**

PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul “Tingkat Pengetahuan Atlet Tentang Terapi Latihan Cedera *Ankle* di PS Telaga Utama” ini telah disetujui oleh Pembimbing untuk diujikan.

Yogyakarta, 23 Maret 2016

Pembimbing,



Dr. dr. Rachmah Laksmi Ambardini, M.Kes.
NIP 19710128 200003 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 yang 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, 23 Maret 2016

Yang menyatakan,



Bimantoro Setio Nugroho

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Tingkat Pengetahuan Atlet Tentang Cedera *Ankle* dan Terapi Latihan di PS Telaga Utama” yang disusun oleh Bimantoro Setio Nugroho NIM. 12603141011 ini telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 30 Maret 2016. dan dinyatakan lulus.

DEWAN PENGUJI

Nama	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Dr. dr. Rachmah Laksmi	Ketua Penguji		11-4-16
Ambardini, M.Kes.			
Cerika Rismayanthi, M. Or.	Sekretaris Penguji		9-4-16
Dr. dr. Wara Kushartanti	Penguji I		11-4-16
Dr. Ali Satia Graha, M. Kes	Penguji II		7-4-16

Yogyakarta, 13 April 2016

Fakultas Ilmu Keolahragaan
Dekan,



Prof. Dr. Wawan S. Suherman, M. Ed
NIP 19640707 198812 1 001 &

MOTTO

1. Tiada tuhan selain Allah SWT, dan Nabi Muhammad SAW adalah Rasul (utusan) Allah SWT.
2. Berusaha keras sampai titik darah penghabisan.
3. *If you can't be the first, you must be the best.*
4. Bermimpilah yang tinggi, wujudkan mimpi itu dan nikmati prosesnya dengan senyuman ikhlas.
5. Jangan pernah menyerah dan tetaplah berjuang.
6. Kita mendapatkan hasil sesuai dengan apa yang kita usahakan.

PERSEMBAHAN

Karya yang amat berharga ini dipersembahkan kepada almamater Universitas Negeri Yogyakarta yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan yang begitu besar. Karya yang berharga ini dipersembahkan kepada:

1. almarhum ayah sembah sujud dan hormat atas segala kasih sayang dan pengorbananmu, ibu kasih sayangmu yang mendorong untuk segera menyelesaikan studi ini, adik yang selalu percaya pada kemampuan, kakak yang telah memberikan dukungan.
2. Sahabat-sahabat terbaik (mas Kotrek, mas Wowok, mas Punto, Ilyas, mas Hendi, mas Gamblis, Dhika, Mas'ud) yang telah memberikan masukan dan motivasi untuk penulisan penelitian serta kasih kepedulian yang diberikan selama ini.
3. Teman-teman IKORA 2012 (Teguh, Fredik, Danang, dll) yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu terima kasih untuk perkuliahan selama ini dan kebersamaan kalian.

TINGKAT PENGETAHUAN ATLET TENTANG CEDERA *ANKLE* DAN TERAPI LATIHAN DI PERSATUAN SEPAK BOLA TELAGA UTAMA

Oleh:
Bimantoro Setio Nugroho
12603141011

ABSTRAK

Banyak terjadi kasus cedera kambuhan (habitual) pada persendian *ankle* di PS Telaga Utama yang bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti: tidak tahu tentang terapi latihan, tidak mau melakukan terapi latihan, tidak memiliki waktu untuk melakukan, dan tidak adanya bantuan dalam melakukan terapi latihan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atlet tentang terapi latihan cedera *ankle* di Persatuan Sepak Bola Telaga Utama.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Subyek dari penelitian ini adalah seluruh atlet di Persatuan Sepak Bola Telaga Utama, dengan jumlah 30 orang atlet. Pengambilan data menggunakan kuesioner dengan 30 pernyataan yang mewakili tiga faktor utama yang akan dilihat pengetahuannya. Teknik analisis data menggunakan analisis deskriptif kuantitatif dan dikelompokkan menjadi tiga kategori.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 16 atlet (53,3%) memiliki pengetahuan kurang, sebanyak 14 atlet (46,7%) memiliki pengetahuan sedang, dan tak seorangpun memiliki pengetahuan baik. Secara rinci tingkat pengetahuan atlet mengenai terapi latihan cedera *ankle* di PS Telaga Utama dari faktor: 1. pengertian cedera diperoleh sebanyak 21 atlet (70%) berpengetahuan kurang, tak seorangpun berpengetahuan sedang, dan sebanyak 9 atlet (30%) berpengetahuan baik; 2. kategori cedera diperoleh sebanyak 22 atlet (73,3%) berpengetahuan kurang, sebanyak 5 atlet (16,3%) berpengetahuan sedang, dan 3 atlet (10%) berpengetahuan baik; 3. terapi latihan diperoleh sebanyak 17 atlet (56,7%) berpengetahuan kurang, sebanyak 13 atlet (43,3%) berpengetahuan sedang, dan tak ada seorangpun atlet berpengetahuan baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan atlet tentang terapi latihan cedera *ankle* di Persatuan Sepak bola Telaga Utama secara umum masih dalam kategori kurang.

Kata Kunci: Tingkat Pengetahuan, Terapi Latihan Cedera *Ankle*, dan Atlet

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Pemurah, atas segala limpahan kasih dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Skripsi dengan judul “Tingkat Pengetahuan Atlet Tentang Cedera *Ankle* dan Terapi Latihan di PS Telaga Utama” dimaksudkan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atlet PS Telaga Utama tentang terapi latihan cedera *ankle*.

Skripsi dapat terwujud dengan baik berkat uluran tangan dari berbagai pihak, teristimewa pembimbing. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Rochmat Wahab, M.Pd. M.A., selaku REKTOR, Universitas Negeri Yogyakarta, yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi di Universitas Negeri Yogyakarta..
2. Prof. Dr. Wawan S. Suherman, M. Ed., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Yogyakarta, yang telah memberikan izin penelitian serta segala kemudahan yang telah diberikan.
3. dr. Prijo Sudibjo, M. Kes. Sp. S., selaku Ketua Program Studi IKORA Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta, yang telah memberikan kelancaran serta kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan studi pada Jurusan Ikor.
4. Dr. dr. Rachmah Laksmi Ambardini, M. Kes., selaku Pembimbing Skripsi, yang banyak meluangkan waktu dan memberikan bimbingan hingga terselesaikannya skripsi ini.

5. Bambang Priyonoadi, M. Kes., selaku Pembimbing Akademik, yang telah memberikan dukungan dan arahan.
6. Tim Penguji (Dr. dr. Wara Kushartanti, Dr. Ali Satia Graha, M. Kes., dan Cerika Rismayanthi, M. Or.) yang telah membimbing saat ujian skripsi ini.
7. Mahasiswa Program Studi Ikora Angkatan 2012 atas segala bantuannya demi terselesaikannya skripsi ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan bekal ilmu selama peneliti kuliah di Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta.
9. Bapak dan Ibu staf karyawan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta yang telah membantu peneliti dalam membuat surat perijinan.

Penulis menyadari sepenuh hati, bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh sebab itu, kritik yang membangun akan diterima dengan senang hati untuk perbaikan lebih lanjut. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi perkembangan dan kemajuan dunia pendidikan khususnya dalam bidang olahraga.

Yogyakarta, Maret 2016
Penulis,

Bimantoro Setio Nugroho

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
PERSETUJUAN	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO	v
PERSEMBAHAN.....	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Identifikasi Masalah	7
C. Batasan Masalah.....	7
D. Rumusan Masalah	7
E. Tujuan Penelitian.....	8
F. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II. KAJIAN PUSTAKA	10
A. Deskripsi Teori dan Penelitian yang Relevan	10
1. Hakikat Pengetahuan	10
a. Pengetahuan Implisit	11
b. Pengetahuan Eksplisit	11
c. Pengetahuan Empiris	11
d. Pengetahuan Rasionalisme	11
2. Cedera Olahraga	16
3. Cedera <i>Ankle</i>	18
a. Anatomi <i>Ankle</i>	18
b. Fisiologi <i>Ankle</i>	20
c. Patofisiologi Cedera <i>Ankle</i>	21
4. Terapi Latihan.....	22
a. Pengertian Terapi Latihan.....	22
b. Fase-Fase Terapi Latihan.....	24
1) Fase Pengendalian <i>Inflamasi</i>	24
2) Fase Pengembalian ROM	27
3) Fase Penguatan	30
4) Fase Pengembalian ke Aktivitas Olahraga	33

c. Bentuk-Bentuk Terapi Latihan	34
5. Penelitian yang Relevan	39
B. Kerangka Berpikir	40
C. Pertanyaan Penelitian	42
BAB III. METODE PENELITIAN	43
A. Desain Penelitian	43
B. Populasi Penelitian	43
C. Definisi Operasional Variabel Penelitian	44
D. Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data	44
1. Instrumen.....	44
2. Teknik Pengumpulan Data	46
E. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	47
1. Uji Validitas	47
2. Uji Reliabilitas.....	48
F. Teknik Analisis Data	50
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	52
A. Deskripsi Waktu dan Tempat Penelitian	52
B. Deskripsi Karakteristik Subjek Penelitian.....	52
1. Penggolongan Usia.....	52
2. Penggolongan Riwayat Cedera yang Pernah Dialami.....	53
C. Deskripsi Data Hasil Penelitian.....	54
1. Deskripsi Data Penelitian	54
2. Deskripsi Tingkat Pengetahuan.....	55
3. Deskripsi Faktor Pengertian Cedera.....	56
4. Deskripsi Faktor Kategori Cedera.....	57
5. Deskripsi Faktor Terapi Latihan.....	58
D. Pembahasan	60
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	64
A. Kesimpulan.....	64
B. Implikasi	64
C. Keterbatasan Penelitian	64
D. Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN.....	71

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Kisi-Kisi Kuesioner Uji Coba	46
Tabel 2. Kisi-Kisi Kuesioner Setelah Uji Coba	49
Tabel 3. Kategorisasi Pengetahuan	51
Tabel 4. Penggolongan Usia Pemain PS Telaga Utama	52
Tabel 5. Riwayat Cedera yang Pernah Dialami	53
Tabel 6. Hasil Analisis Deskriptif Data Penelitian	55
Tabel 7. Kategori Tingkat Pengetahuan Atlet Mengenai Terapi Latihan Cedera <i>Ankle</i> di PS Telaga Utama	55
Tabel 8. Faktor Pengertian Cedera	56
Tabel 9. Faktor Kategori Cedera	57
Tabel 10. Faktor Terapi Latihan	58
Tabel 11. Pengkategorisasian Seluruh Faktor	60

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Susunan Tulang Pergelangan Kaki	19
Gambar 2. Ligamen-Ligamen Pergelangan Kaki.....	19
Gambar 3. Ligamen-Ligamen Sendi <i>Ankle</i> dari Sisi Medial	19
Gambar 4. Otot-Otot Sendi <i>Ankle</i>	20
Gambar 5. <i>Range of Motion Ankle</i>	21
Gambar 6. <i>Planter Fascia Stretch</i>	36
Gambar 7. <i>Towel Crunches</i>	37
Gambar 8. <i>Picking Up Object</i>	37
Gambar 9. <i>Unilateral Balance Activities</i>	37
Gambar 10. <i>Biomechanical Ankle Platform System</i>	38
Gambar 11. <i>Ankle Alphabet</i>	38
Gambar 12. <i>Triceps Surae Stretch</i>	38
Gambar 13. <i>Thera-Band</i>	39
Gambar 14. Skema Kerangka Berpikir	42
Gambar 15. Frekuensi Penggolongan Usia Atlet PS Telaga Utama	54
Gambar 16. Riwayat Cedera yang Pernah Dialami	55
Gambar 17. Frekuensi Faktor Pengertian Cedera	57
Gambar 18. Frekuensi Faktor Kategori Cedera	58
Gambar 19. Frekuensi Faktor Terapi Latihan	59

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Data Penelitian.....	72
Lampiran 2. Surat Pernyataan <i>Expert Judgement</i>	73
Lampiran 3. Hasil Uji Reliabilitas	74
Lampiran 4. Dokumentasi.....	77
Lampiran 5. Surat Ijin Uji Coba Penelitian.....	79
Lampiran 6. Surat Ijin Penelitian	80
Lampiran 7. Surat Kesiediaan Responden	81
Lampiran 8. Kuesioner Uji Coba	82
Lampiran 9. Kuesioner Penelitian.....	84

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dunia olahraga saat ini sudah berkembang pesat. Salah satu contoh olahraga yang berkembang pesat adalah sepak bola. Sepak bola selain berdimensi sebagai olahraga profesional juga berdimensi sebagai sebuah *pure game* yang dapat dimainkan oleh siapa saja baik anak-anak, remaja, orang dewasa, putra maupun putri, di mana saja dan kapan saja (Saryono, 2006: 1). Sepak bola adalah olahraga yang memiliki kemungkinan *body contact* sangat besar yang memungkinkan terjadi cedera baik saat latihan maupun pertandingan, sehingga membutuhkan kondisi fisik yang prima. Angga (2011: 1) di dalam blognya mengatakan sepak bola memperoleh persentase tertinggi dalam cedera olahraga berjenis *body contact* yakni 23%.

Perkembangan sepak bola yang semakin populer menimbulkan masalah baru yaitu persaingan. Persaingan yang terjadi sangat ketat dengan adanya banyak informasi mengenai bakat yang layak dikembangkan. Selain itu semakin banyak atlet yang bersaing dalam sepak bola ingin meraih prestasi tertinggi. Hal ini memicu atlet sepak bola untuk meningkatkan kualitasnya melalui latihan rutin dan disiplin.

Berbagai macam latihan dilakukan demi mempersiapkan diri untuk menghadapi persaingan di dunia sepak bola, dimulai dari latihan fisik, teknik, taktik, dan mental. Latihan fisik merupakan latihan dasar untuk mempersiapkan kebugaran tubuh atlet agar selalu dalam keadaan prima.

Berbagai macam variasi latihan di atas, beberapa dapat dilakukan oleh individu masing-masing dan yang lain dapat dilakukan oleh klub (tim), terutama latihan yang membutuhkan peran seorang pelatih.

Latihan fisik yang dilakukan mulai dari yang umum hingga yang khusus, sesuai dengan program latihan dari pelatih. Selain itu, latihan yang diberikan disusun intensitas dan volumenya, mulai dari intensitas ringan, sedang, hingga berat. Latihan fisik yang rutin dan melelahkan dengan intensitas yang berat dapat menimbulkan masalah lain bagi pemain yang berorientasi untuk meraih prestasi tertinggi. Masalah yang dimaksud adalah terjadinya cedera olahraga. Cedera olahraga adalah cedera yang mengenai sistem musculoskeletal serta semua sistem yang dapat mempengaruhi sistem musculoskeletal (Junaidi, 2004: 132). Ali Satya Graha dan Bambang Priyonoadi (2009: 45) cedera adalah kelainan yang terjadi pada tubuh yang mengakibatkan timbulnya nyeri, panas, merah, bengkak, dan tidak dapat berfungsi baik pada otot, tendon, ligamen, persendian, maupun tulang akibat aktivitas gerak yang berlebihan atau kecelakaan.

Berdasarkan waktu terjadinya terdapat dua jenis cedera yang sering dialami oleh atlet, yaitu trauma akut dan kronis. Trauma akut adalah suatu cedera yang terjadi secara mendadak, seperti robekan ligamen, otot, tendo, atau terkilir, bahkan patah tulang. Cedera ini butuh pertolongan profesional. Trauma kronis sering dialami oleh atlet, bermula adanya sindrom pemakaian berlebih yakni suatu kekuatan yang sedikit berlebihan,

berlangsung berulang-ulang dalam jangka waktu yang lama. Sindrom ini kadang memberi respons yang baik dengan pengobatan sendiri (Bambang Wijanarko, dkk. 2010: 49). Cedera dapat terjadi di dalam proses latihan pada masa persiapan menjelang kompetisi maupun dalam proses kompetisi.

Cedera yang terjadi pada atlet dalam sebuah klub menjadi masalah karena jumlah atlet yang bugar menjadi lebih sedikit (berkurang) dikarenakan masalah cedera. Nanang Tri Wahyudi (2007: 1) mengungkapkan bahwa cedera ankle adalah cedera terbanyak kedua setelah cedera lutut yang dialami oleh para atlet profesional.

Cedera ankle yang terbanyak adalah sprain (cedera ligamen). Lin *et al* (2010: 22) mengatakan studi yang mengkaji tentang cedera *ankle* ada 24 dari 70 kajian dengan 22% cedera olahraga adalah cedera *ankle* dengan rasio perbandingan *sprain* dan *fraktur* adalah 8:1. Cedera seperti *sprain* dan *strain* merupakan sebuah hal yang masih mampu ditangani dan disembuhkan dengan berbagai metode penyembuhan yang ada, seperti *massase*, terapi, dan operasi. Setelah penanganan cedera ini, diharapkan atlet bisa segera menunjukkan penampilan terbaiknya tanpa terganggu masalah cedera yang sama. Namun pada kenyataannya, masih banyak atlet yang setelah diterapi kembali mengalami cedera yang sama di kemudian harinya, khususnya di Indonesia. Hal ini dikarenakan kebanyakan pemain sepak bola terutama di Indonesia menjalani proses rehabilitasi dan terapi latihan pasca cedera dengan kurang baik, sehingga sering terjadi cedera

kambuhan. Cedera yang sering dialami atlet sepak bola di Indonesia adalah seperti *ankle* atlet yang pernah terkena cedera ini contohnya Leo Saputra. Setia Budi (2013: 2) menuliskan penelitian di California tahun 2010 cedera dalam dunia sepakbola terjadi 35,3 kasus dalam 1000 laga resmi, 2,9 kasus dalam 1000 sesi latihan, bagian *ankle* mencapai 18% dari kasus yang ada. Menurut kutipan yang ada dalam jurnal Orthopedic Nursing lima juta cedera pergelangan kaki terjadi setiap tahun di Amerika Serikat dengan keseleo pergelangan kaki untuk 40% dari cedera olahraga (Griffen, 2005: 3).

Rakhmat Hadi Sucipto dalam republika *online* selama perhelatan Liga Primer Inggris dalam 10 tahun terakhir, kasus cedera *ankle* terjadi sebanyak 1739 kasus, Kieron Dyer mengalami cedera *ankle* selama 1734 hari, Abou Diaby 1619 hari, Joey O'Brien 1533 hari, Steven Reid 1209 hari, Michael Owen 1118 hari, Owen Hargreaves 1179 hari, Victor Anichebe 1137 hari, Andy Johnson 1110 hari, Tomas Rosicky 1091 hari, Ledley King 1084 hari (Rakhmat Hadi Sucipto, 2014: 1).

Cedera yang dialami selain membutuhkan penanganan terhadap cederanya juga membutuhkan terapi latihan untuk mendukung kesembuhan total pada cedera yang dialami. Harapan dari terapi latihan ini adalah pemain tidak kembali mengalami cedera yang sama dalam waktu dekat. Namun, kenyataannya cedera itu masih kembali dialami pemain dalam waktu dekat. Hal ini dikarenakan cedera yang dialami akan cenderung kambuh karena ada gejala sisa yang bisa diatasi dengan terapi

latihan (Lin *et. al*, 2010: 22). Cleland *et. al* (2013: 448) melakukan penelitian dan mendapatkan hasil bahwa terapi latihan memberikan efek signifikan di mana keadaan sendi mendekati 95% dari sebelum cedera setelah melakukan terapi latihan selama 6 bulan. Walker mengatakan bahwa proses rehabilitasi yang benar tanpa terapi latihan hanya mencapai sekitar 80% dan terapi latihan memiliki persentase 20% yang sangat krusial dalam kesembuhan cedera melalui proses rehabilitasi cedera (Walker, 2005). Berdasarkan penelitian tahun 2002 oleh Mattacola dan Maureen yang berjudul *Rehabilitation of the Ankle After Acute Sprain or Chronic Instability* didapatkan hasil untuk fase akut PRICE atau RICE lebih berpengaruh untuk masa peradangan, sementara fase kronis lebih berpengaruh ketika diberi latihan stabilitas atau latihan keseimbangan yang terbukti meningkatkan kekuatan dan kestabilan *ankle* dan menurunkan nyeri saat *sprain ankle* kronis (Carl dan Maureen, 2002: 3).

Permasalahan yang sama juga terjadi di Persatuan Sepak Bola (PS) Telaga Utama. PS Telaga Utama merupakan sebuah klub sepak bola anggota Pengcab PSSI Sleman asal Tlogoadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta. Tim ini mengikuti kompetisi Pengcab PSSI Sleman Divisi Utama tahun 2016 setelah di musim kompetisi sebelumnya meraih posisi *runner-up*. Tim ini berlatih setiap hari Selasa, Kamis, dan Minggu pukul 15.30 hingga 17.30. Jumlah atlet di PS Telaga Utama ada 30 orang. Para pemain yang dilatih fisik dengan intensitas latihan yang berat sering mengeluhkan adanya nyeri atau cedera pada *ankle* mereka. Berdasarkan wawancara

yang dilakukan peneliti, para pemain yang mengalami cedera *ankle* hanya dibiarkan saja tanpa penanganan dan tanpa latihan terapi, meskipun ada beberapa dari mereka yang memberikan penanganan berupa terapi ke klinik terapi dan tenaga ahli atau terapis. Namun setelah diterapi tetap saja dibiarkan tanpa adanya proses pemulihan kondisi terlebih dahulu, sehingga ketika kembali mengikuti program latihan atau pertandingan cedera kambuh kembali. Seringkali cedera yang kembali kambuh dikarenakan cedera kronis setelah mengalami benturan atau trauma saat pertandingan dan kurang baiknya dalam penanganan cedera. Terapi latihan termasuk dalam tahapan rehabilitasi cedera dan merupakan pilihan yang ideal untuk cedera kronis.

Berdasarkan pengamatan di atas, yaitu banyaknya kasus cedera kambuhan (*habitual*) yang dikarenakan proses rehabilitasi cedera belum sampai tahap terapi latihan. Hal ini disebabkan banyak faktor antara lain, (1) atlet tidak tahu tentang terapi latihan, (2) atlet tidak mau melakukan terapi latihan, (3) atlet tidak memiliki waktu untuk melakukan terapi latihan, dan (4) atlet butuh bantuan namun tidak ada yang membantu proses terapi latihan. Berdasarkan faktor yang ada dan belum adanya kajian tentang seberapa besar tingkat pengetahuan atlet tentang terapi latihan, maka peneliti ingin meneliti lebih dalam lagi tentang “Tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama.”

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas, maka dapat diidentifikasi masalah sebagai berikut:

1. Banyak atlet PS Telaga Utama mengalami cedera kronis pada *ankle* karena penanganannya kurang baik.
2. Banyaknya pemain PS Telaga Utama yang merasa nyeri setelah latihan dan mengalami cedera kambuhan.
3. Pemain PS Telaga Utama belum tahu tentang cedera *ankle* dan terapi latihan.
4. Pemain PS Telaga Utama belum mau melakukan terapi latihan dengan baik dan tuntas.
5. Pemain PS Telaga Utama tidak memiliki waktu dan butuh bantuan untuk melakukan terapi latihan.
6. Belum diketahuinya tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama.

C. Batasan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah di atas, dengan didasari agar dalam penelitian ini tidak timbul masalah baru, penelitian ini dibatasi pada masalah tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama.

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan pembatasan masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: “Seberapa jauh tingkat

pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama?”

E. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama.

F. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak sebagai berikut:

1. Secara Teoretis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan, referensi serta kajian evaluasi bagi pihak-pihak terkait dengan dunia kesehatan olahraga, khususnya penanganan cedera *ankle* dan terapi latihan.

2. Secara Praktis

a. Atlet

Memberikan masukan agar atlet mau melakukan penerapan dari pengetahuan tentang terapi latihan untuk cedera *ankle*, sehingga kasus cedera kambuhan dapat berkurang

b. Pelatih

Memberikan gambaran pada pelatih seberapa jauh pengetahuan atletnya tentang cedera *ankle* dan terapi latihan untuk penyembuhan, sehingga dapat menjadi bahan kajian dan acuan tindak lanjut apa yang perlu diambil oleh staf pelatih.

c. Klub

Memberikan sumbangan pemikiran tentang keadaan tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan, sehingga informasi tersebut dapat digunakan untuk pertimbangan dan bahan evaluasi perlukah seorang fisioterapis.

d. Fakultas Ilmu Keolahragaan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam kegiatan perkuliahan, khususnya olahraga terapi untuk lebih mempersiapkan lulusan yang mampu memberikan pemahaman yang lebih baik pada masyarakat berkaitan dengan terapi latihan.

BAB II KAJIAN PUSTAKA

A. Deskripsi Teori dan Penelitian yang Relevan

1. Hakikat Pengetahuan

Bruce Aune (2009: 1) mengartikan pengetahuan sebagai pengalaman pribadi dan kemampuan mengenali bermacam pola hubungan sebab akibat yang diperoleh dari hasil belajar dan mengamati. Noah Lemos (2007: 1) mengatakan pengetahuan merupakan sesuatu hal yang banyak kita ketahui dan pahami yang mendorong kita untuk memberitahukan pada orang lain.

Amirul Hadi (2011: 29) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan taraf paling rendah dalam ranah kognitif yang terdiri dari enam taraf. Ranah kognitif merupakan ranah yang berhubungan dengan pemikiran atau *intelektual*. Bambang Prasetyo (2005: 3) mengatakan pengetahuan adalah segala yang ada dalam pikiran. Proses kognitif merupakan suatu proses yang dimulai dari penerimaan rangsang oleh panca indera, kemudian terjadi suatu pengolahan konsep dan pengetahuan dari rangsang tersebut, sehingga menjadi suatu pola yang logis dan mudah dipahami.

Woro Wahyu Yuliana (2014: 7) mengutip pengertian pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003) merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang tersebut mengadakan penginderaan terhadap sebuah obyek. Pengetahuan merupakan domain penting dalam terbentuknya tindakan seseorang (*ovent behavior*) (Woro Wahyu Yuliana, 2014: 7).

Wikipedia Bahasa Indonesia (2012) membagi pengetahuan menjadi beberapa aspek, yaitu:

a. Pengetahuan Implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata, seperti keyakinan pribadi, perspektif, dan prinsip. Pengetahuan implisit sulit untuk ditransfer ke orang lain baik secara tertulis ataupun lisan. Pengetahuan implisit sering berisi kebiasaan dan budaya yang tidak disadari.

b. Pengetahuan Eksplisit

Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau disimpan dalam wujud nyata berupa media atau semacamnya. Dia telah diartikulasikan ke dalam bahasa formal dan relatif mudah disebarkan secara luas.

c. Pengetahuan Empiris

Pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan. Pengetahuan ini bisa didapatkan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi yang terjadi berulang kali.

d. Pengetahuan Rasionalisme

Pengetahuan rasionalisme adalah pengetahuan yang diperoleh melalui akal budi. Rasionalisme lebih menekankan pengetahuan yang bersifat apriori; tidak menekankan pada pengalaman.

Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan Wawan dan Dewi (2011) yang dikutip oleh Woro (2014: 10) membagi ke dalam dua jenis, yaitu:

a. Faktor Internal

Faktor internal dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) Pendidikan. Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju sebuah tujuan yang menentukan sikap dan perbuatan untuk mencapainya, semakin tinggi pendidikan akan semakin mudah menerima informasi.
- 2) Pekerjaan. Pekerjaan adalah sesuatu hal yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupannya dan keluarganya.
- 3) Umur. Umur adalah usia individu yang dihitung sejak lahir sampai berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan akan lebih matang dalam berfikir

b. Faktor Eksternal

Faktor eksternal dibagi menjadi 2, yaitu:

- 1) Faktor Lingkungan. Lingkungan merupakan seluruh keadaan di sekitar yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.
- 2) Sosial Budaya. Sistem yang ada di masyarakat dapat mempengaruhi sikap dalam menerima informasi (Woro, 2014: 10-11).

Merujuk pada Taksonomi Bloom yang dikutip oleh Adhitya Irama Putra (2013: 12) pengetahuan merupakan bagian pertama dalam aspek kognitif. Bloom membagi aspek kognitif ke dalam lima bagian:

- a. Pengetahuan (*knowledge*). Pengetahuan merupakan sebuah kemampuan untuk mengenali dan mengingat istilah, definisi, fakta, gagasan, pola, urutan, metodologi, prinsip dasar dan lain sebagainya.
- b. Aplikasi (*application*). Tahapan ini menunjukkan kemampuan dalam menerapkan gagasan, prosedur, metode, rumus, teori, dan lain sebagainya.
- c. Analisis (*analysis*). Tingkat ini menunjukkan kemampuan seseorang dalam menganalisis informasi dan membaginya ke dalam bagian yang lebih kecil untuk mengenali pola atau hubungan sebab dan akibat dari suatu masalah.
- d. Evaluasi (*evaluation*). Kemampuan dalam tingkat ini menunjukkan seseorang mampu memberikan penilaian terhadap solusi, gagasan, metodologi dan sebagainya dengan kriteria yang cocok untuk memastikan nilai kebermanfaatannya.
- e. Sintesis (*synthesis*). Kemampuan tingkat ini merupakan kemampuan seseorang untuk menjelaskan struktur atau pola suatu masalah yang tidak terlihat sebelumnya dan mampu mengenali data atau informasi yang harus didapat untuk menghasilkan solusi yang dibutuhkan.

Atmojo yang dikutip oleh Slamet Sumargo (2010: 6) pengetahuan merupakan bagian dari tingkatan pengetahuan yang dirinci sebagai berikut:

- a. Tahu. Diartikan sebagai kemampuan untuk mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- b. Memahami. Diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang suatu obyek yang diketahui dan mampu menginterpretasikan materi secara benar.
- c. Aplikasi. Diartikan sebagai kemampuan untuk menerapkan atau menggunakan materi yang telah dipelajari pada suatu situasi tertentu.
- d. Analisis. Diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau obyek ke dalam komponen-komponen yang masih dalam struktur organisasi atau masih ada kaitannya.
- e. Sintesis. Diartikan sebagai kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi baru dari formulasi-formulasi lama yang telah ada.
- f. Evaluasi. Diartikan sebagai kemampuan untuk melakukan sertifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

Tahun 2001 muncul sebuah Revisi Taksonomi Bloom (Retno Utari) yang dilakukan oleh Keartwohl meliputi:

- a. *Remembering* (mengingat). Diartikan sebagai kemampuan untuk memanggil kembali pengetahuan yang relevan dari memori jangka panjang (*longterm memory*) melalui proses mengenal (*recognizing*) dan menangkap/ mengingat kembali/ menghafal (*recalling*) (Achmad Samsudin, 2010: 3).
- b. *Understanding* (memahami). Diartikan sebagai kemampuan untuk membangun makna dari pesan pembelajaran, lisan, tulisan, dan

komunikasi grafik melalui proses interpretasi (*interpreting*), menerapkan dengan contoh (*exemplifying*), mengklasifikasi (*classifying*), merangkum (*summarizing*), inferensi (*inferring*), komparasi (*comparing*), dan eksplanasi (*explaining*) (Achmad Samsudin, 2010: 3).

- c. *Applying* (menerapkan). Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan prosedur pada situasi yang diberikan (tertentu) melalui proses melaksanakan (*executing*) dan implementasi (*implementing*) (Achmad Samsudin, 2010: 3).
- d. *Analyzing* (menganalisis). Diartikan sebagai kemampuan untuk menguraikan materi ke dalam bagian-bagiannya dan menentukan bagaimana bagian-bagian berhubungan satu dengan yang lain melalui proses diferensiasi (*differentiating*), mengorganisasi (*organizing*), dan mengetahui maksud (*attributing*) (Achmad Samsudin, 2010: 3).
- e. *Evaluating* (menilai). Diartikan sebagai kemampuan untuk membuat pertimbangan berdasarkan kriteria dan standar melalui proses mengecek (*checking*) dan mengkritik (*critiquing*) (Achmad Samsudin, 2010: 3).
- f. *Creating* (mencipta). Diartikan sebagai kemampuan untuk menggabungkan unsur-unsur secara bersama untuk membentuk sebuah hubungan yang fungsional, mengorganisasi kembali bagian-bagian ke dalam pola atau struktur yang baru melalui proses membangun (*generalizing*), merencanakan (*planning*), dan menghasilkan (*producing*) (Achmad Samsudin, 2010: 3).

2. Cedera Olahraga

Bagian tubuh yang sering mengalami cedera dalam dunia olahraga adalah tulang, sendi, tendo, dan ligamen (Ebnezar, 2003: 53). Data dari *Aerobic Center Longitudinal Study* menunjukkan bagian-bagian tubuh yang sering mengalami cedera antara lain: mata, bahu, siku, pergelangan tangan, jari tangan, punggung, panggul, *quadriceps*, hamstring, lutut, *ankle*, dan kaki (Hootman *et al*, 2002: 841). Di Amerika dunia sepakbola sering menimbulkan cedera *ankle* dan lutut (Judy Krugger, 2011: 316).

Kisner dan Colby (2007: 297) cedera yang terjadi karena adanya pengaruh dari luar dalam olahraga itu sendiri (kontak dengan orang lain) dengan trauma langsung dikatakan sebagai *macro* trauma dan trauma tidak langsung dikatakan sebagai hasil dari pengulangan beban berlebih. Berdasarkan waktu terjadinya cedera olahraga ada dua jenis yang sering dialami atlet, yaitu trauma akut dan trauma kronis (yang terjadi karena *overuse syndrome/sindrom pemakaian berlebih*) (Ali Satia Graha 2012: 28). Lavalley dan Balam (2010: 309-310) mengartikan trauma akut merupakan sebuah trauma yang terjadi secara mendadak, sementara untuk trauma kronis merupakan trauma yang terjadi karena adanya stress pada otot, tendo, dan ligamen secara terus menerus dan berulang.

Hardianto Wibowo yang dikutip oleh Sumargo (2010: 11) secara umum cedera diklasifikasikan menjadi dua macam:

- 1) Ringan. Dikatakan ringan apabila cedera yang terjadi tidak diikuti kerusakan berarti pada jaringan tubuh. Misal: kaku otot dan kelelahan.

2) Berat. Dikatakan berat apabila cedera serius yang diikuti kerusakan jaringan tubuh. Misal: robek otot, ligament, maupun patah tulang.

Hardianto Wibowo dan Sudijandoko yang dikutip oleh Sumargo (2010: 13-19) membagi *sprain* dan *strain* ke dalam beberapa tingkatan, seperti berikut:

1) *Sprain*

Sprain merupakan bentuk cedera berupa robekan pada ligament (jaringan penghubung tulang dan tulang) atau kapsul sendi yang memberikan stabilitas sendi. Dibagi menjadi empat tingkatan:

- a) Tingkat 1 (Ringan). Robekan terjadi pada serat ligamen, ada hematoma kecil dalam ligament, tidak ada gangguan fungsi.
- b) Tingkat 2 (Sedang). Robekan terjadi lebih luas (<50%), terjadi gangguan fungsi, proteksi diperlukan untuk kesembuhan.
- c) Tingkat 3 (Berat). Robekan terjadi secara total atau ligament lepas dari tempat perlekatannya dan fungsi terganggu total, tindakan yang diperlukan adalah segera tempatkan kedua ujung robekan secara berdekatan.
- d) Tingkat 4 (*Sprain Fracture*). Ligament lepas dari tempat perlekatannya diikuti lepasnya sebagian tulang yang dilekatinya.

2) *Strains*

Strain merupakan bentuk cedera kerobekan struktur *musculo-tendinous* (otot dan tendo). Dibagi menjadi tiga tingkatan:

- a) Tingkat 1 (Ringan). Tidak terjadi robekan, terjadi inflamasi ringan, tidak ada penurunan kekuatan otot, cukup mengganggu aktivitas atlet.
- b) Tingkat 2 (Sedang). Terjadi kerusakan yang menurunkan kekuatan otot.
- c) Tingkat 3 (Berat). Terjadi kerusakan hebat sampai komplit dan dibutuhkan pembedahan.

3. Cedera *Ankle*

a. Anatomi *Ankle*

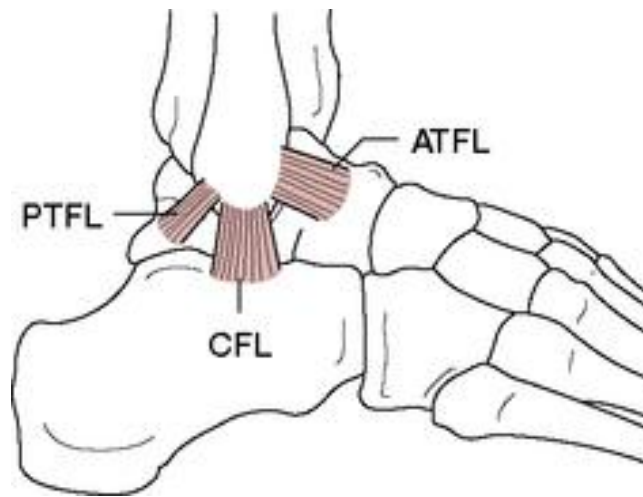
Sendi ankle adalah sendi yang paling sering terjadi cedera dalam dunia olahraga (Pieter dan Gino, 2014: 1). Sendi ankle tersusun oleh tulang, ligamen, tendo, dan jaringan penghubung, (Ali Satia Graha, 2012: 2). Susunan sendi *ankle* terdiri atas distal tibia, fibula, dan superior talus (Pieter dan Gino, 2014: 1). Seperti terlihat pada Gambar 1.

Ligamen anterior talofibular sebagai stabilizer utama untuk bagian lateral (Pieter dan Gino, 2014: 2). Kelly Small (2009) mengungkapkan bahwa sendi *ankle* disusun oleh tiga ligamen *ankle* yakni *anterior talofibular ligament (ATFL)*, *calcaneal fibular ligament (CFL)*, dan *posterior talofibular ligament (PTFL)*. Seperti terlihat pada Gambar 2.

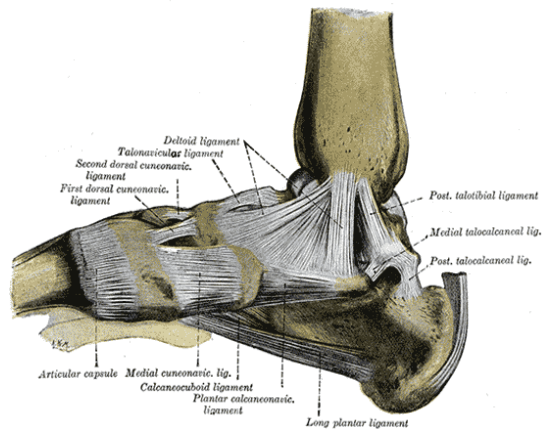
Otot penggerak utama dalam gerakan dorsofleksi adalah *tibialis anterior*. Otot penggerak utama gerakan plantarfleksi adalah otot *gastrocnemius* dan otot *soleus*. Otot penggerak gerakan eversi adalah otot *peroneus longus* dan *peroneus brevis* (Chusid, 1993: 5).



Gambar 1. Susunan Tulang Pergelangan Kaki
 (Sumber: <https://faithanatomy.wikispaces.com>)



Gambar 2. Ligamen-Ligamen Pergelangan Kaki
 (Sumber: <http://img.tfd.com>)



Gambar 3. Ligamen-Ligamen Sendi Ankle dari sisi Medial
 (Sumber: KCE Reports 197C: 9)



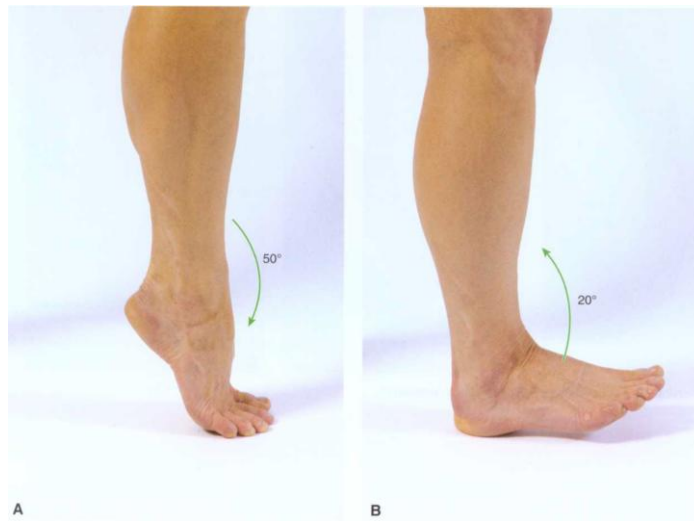
Gambar 4. Otot-Otot Sendi *Ankle*
 (Sumber: <https://faithanatomy.wikispaces.com>)

b. Fisiologi *Ankle*

Sendi ankle terdiri atas sendi talocruralis dan sendi talotarsalis. Sendi talocruralis merupakan sendi engsel (Tim Anatomi UNY, 2011: 55-56). Secara gerakan sendi ini dapat melakukan gerakan dorsofleksi, plantarfleksi, inversi dan eversi. *Range of Motion* (luas gerak sendi) dalam keadaan normal untuk dorsofleksi adalah 20° , plantarfleksi adalah 50° , gerakan eversi adalah 20° , dan gerakan inversi adalah 40° (Russe, 1975: 17). Penulisan yang disesuaikan dengan standar ISOM (*International Standard Orthopaedic Measurement*) untuk gerak dorsofleksi dan plantarfleksi akan tertulis (S) 20-0-50 dan gerak inversi dan eversi tertulis (S) 20-0-40 (Russe, 1975: 18).

Berdasarkan dari bentuk persendiannya, Pieter dan Gino (2014: 2) mengklasifikasikan sendi *ankle* sebagai sendi ginglymus dengan gerakan yang mungkin terjadi adalah dorsofleksi (fleksi) dan plantarfleksi (ekstensi) dengan jangkauan gerakan yang bervariasi untuk dorsofleksi antara $13-33^{\circ}$ dan plantarfleksi $23-56^{\circ}$. Sementara

Christy Cael (2009: 391) menggambarkan jangkauan gerak sendi *ankle* adalah dorsofleksi 20° dan plantarfleksi 50° . Seperti Gambar 5



Gambar 5. *Range of Motion Ankle*
(Sumber: Cael, 2009: 391)

c. Patofisiologi Cedera *Ankle*

Ali Satia Graha dalam bukunya *Terapi Massase Frirage* (2012: 58) mengatakan Tendo Achilles sering mengalami cedera dan kadang terasa nyeri. Tendo Achilles bisa saja mengalami *strain* tingkat I dan II. Apabila tendo ini putus, mudah diraba karena ada cekungan pada tendo tersebut dan kaki tidak dapat melakukan gerakan plantarfleksi. Cedera Tendo Achilles antara lain:

- 1) Peradangan Tendo Achilles. Terjadi karena otot gastrocnemius menarik secara berlebih sehingga terjadi *strain*. Hal ini biasa terjadi pada pelari pemula karena program latihan yang terlalu berlebihan (jarak maupun kecepatan).

2) *Footballer's Ankle*. Hal ini sering terjadi pada pemain sepak bola karena sering terjadi hiperdorsofleksi ataupun hiperplantarfleksi yang mengakibatkan robek kapsul sendi *ankle* yang menimbulkan penulangan-penulangan (*osteofit*) yang menyebabkan sendi sulit bergerak. Selain pemain sepak bola juga sering terjadi pada pelari lintas alam (*cross country*).

Walker (2005: 178) mengatakan salah satu penyebab utama terjadi cedera *ankle* adalah kurangnya pengkondisian sendi, seperti tidak seimbang nya kekuatan otot belakang dengan otot depan pada tulang tibia dan fibula atau tendo Achilles yang terlalu kaku sementara otot anteriornya sangat fleksibel. Selain itu penyebab lain adalah kurangnya pemanasan dan penguluran otot dan ligamen pada sendi *ankle*.

Ali Satia Graha (2012: 59) membagi cedera *ankle* akibat aktivitas fisik antara lain: (1) cedera Tendo Achilles, (2) Posterior Tibial Tendinitis, (3) Sindrom Gesekan Pada *Ankle* (Pergelangan Kaki), (4) *Ankle Sprains* (Keseleo Pergelangan Kaki), (5) Subluksi Tendo Peroneal,

4. Terapi Latihan

a. Pengertian Terapi Latihan

Terapi latihan ini dianjurkan sebagai metode terbaik bagi penyembuhan cedera *ankle*. Pernyataan penulis diperkuat oleh data dari Kaminski *et al* (2013: 538) dalam *Journal of Athletic Training* yang menyatakan manajemen *ankle sprain* terbaik adalah memasukkan latihan dan teknik mobilisasi untuk mengembalikan jangkauan gerak sendi

(*Range of Motion*) dan kekuatan otot dan latihan keseimbangan untuk mengembalikan fungsi dan mengurangi resiko cedera kembali. Uqihakim (2013: 1) mengartikan terapi latihan sebagai salah satu modalitas fisioterapi dengan menggunakan gerak tubuh aktif ataupun pasif dengan tujuan untuk pemeliharaan dan perbaikan kekuatan, ketahanan kardiovaskuler, mobilitas, fleksibilitas, stabilitas, relaksasi, koordinasi, keseimbangan dan kemampuan fungsional.

Gardiner yang dikutip Wishnu Subroto (2010: 1) terapi latihan artinya mempercepat proses penyembuhan dari cedera dan membuat pasien mampu melakukan kegiatan sehari-hari. Christian Pramudhito (2013: 1) berpendapat bahwa terapi latihan adalah suatu teknik fisioterapi untuk memulihkan dan meningkatkan kondisi otot, tulang, jantung, dan paru-paru agar menjadi lebih baik pada seorang pasien. Hollis (1999: 1) menyatakan bahwa terapi latihan berpengaruh terhadap reaksi dari psikologi penderita. Hal ini terkait dengan berhasil atau tidaknya pasien dalam melakukan gerakan terapi latihan, apabila berhasil maka akan berdampak positif, sementara apabila gagal maka akan menimbulkan kekhawatiran bagi penderita. Sementara Walker mengutarakan untuk mencapai tingkat kesembuhan 100% kita diperlukan untuk melakukan terapi latihan (rehabilitasi). Walker, tanpa rehabilitasi keadaan *ankle* yang cedera hanya mencapai tingkat 80% itupun jikalau proses penyembuhan dilakukan dengan baik. Jadi, rehabilitasi yang hanya 20% ini sangat krusial untuk melengkapi proses penyembuhan (Walker, 2005: 185).

Terapi latihan dilakukan setelah proses imobilisasi dilakukan dengan tepat dan akan berpengaruh terhadap keberhasilan proses rehabilitasi. Otot beregenerasi dalam 3-5 hari setelah latihan dimulai, sementara serabut otot (serabut otot merah dan serabut otot putih) akan sembuh total dalam 6 minggu dan kontraktibilitas otot yang dilatih berulang kali akan normal kembali setelah dilatih minimal 4 bulan.. Sementara ligamen akan kembali dalam keadaan 50% setelah latihan selama 6 bulan, keadaan 80% setelah latihan selama 1 tahun, dan kembali dalam 100% dalam 1-3 tahun. Tipe dan panjangnya proses aktivitas terapi latihan tergantung pada jenis cedera, kerusakan jaringan, dan nasihat dari dokter olahraga (Marcia *et al*, 2009: 205-206).

b. Fase-Fase Terapi Latihan

Marcia *et al* (2009: 202) membagi proses terapi latihan dalam empat fase berkelanjutan, yaitu:

- 1) Fase Pengendalian *Inflamasi* (Peradangan). Tujuan utama pada fase ini adalah untuk mengurangi pendarahan, nyeri, dan peradangan (Marcia *et al*, 2009: 203). Tanda radang yang timbul menurut pendapat Ali Satia Graha (2012) merupakan respon tubuh saat mengalami cedera olahraga. Tanda radang yang timbul seperti *rubor* (merah), *tumor* (bengkak), *kalor* (panas), *dolor* (nyeri) dan *functiolesia* (gangguan fungsi).

Pembuluh darah di lokasi cedera akan melebar (*vasodilatasi*) tujuannya untuk mengirim lebih banyak nutrisi dan oksigen dalam

proses penyembuhan. Hal ini yang mengakibatkan lokasi cedera terlihat berwarna merah (*rubor*). Cairan darah yang banyak akan merembes keluar melalui kapiler menuju ruang antar sel dan menyebabkan bengkak (*tumor*). Metabolisme di lokasi cedera akan meningkat karena dukungan nutrisi dan oksigen yang memicu timbulnya rasa panas (*kalor*). Tumpukan sisa metabolisme dan zat kimia lain akan merangsang ujung syaraf di lokasi cedera dan menimbulkan nyeri (*dolor*). Empat proses di atas akan menurunkan fungsi organ atau sendi di lokasi cedera yang dikenal dengan *functiolaesa*. Apabila terjadi tanda-tanda radang pada cedera akut, maka penanganan yang disarankan adalah *RICE* (*Rest, Ice, Compression, and Elevation*).

Rest (istirahat) bertujuan untuk mengurangi dampak yang lebih bahaya dan mengurangi aliran darah berlebih ke *ankle* (Walker, 2005: 180). Menurut Chorley dan Albert (1997: 56) pemberian *rest* ini sangat relative, tergantung dari cedera yang dialami pasien.

Ice (es) diberikan secepat mungkin setelah terjadi cedera dengan tujuan untuk mengurangi pendarahan, nyeri dan rasa sakit pada bagian yang cedera (Walker, 2005: 180). Chorley dan Albert (1997: 56) berpendapat bahwa pemberian es efektif selama adanya radang.

Compression (kompres) berujuan untuk mengurangi pendarahan dan nyeri, juga untuk membantu pembatasan gerak pada sendi *ankle* dengan menggunakan kain elastis, lembut, dan lebar untuk dibalutkan

pada persendian (Walker, 25: 182). Chorley dan Albert (1997: 56) mengatakan bahwa tujuan dari *compression* adalah membantu mengurangi edema yang mengganggu sendi untuk bergerak normal.

Elevation (meninggikan bagian yang cedera) tujuannya adalah untuk mengurangi dampak dari pendarahan dan nyeri dengan sedikit mengangkat bagian yang cedera (Walker, 2005: 182). Senada dengan yang diungkapkan oleh Walker, Chorley dan Albert (1997: 56) juga mengungkapkan hal yang sama, meninggikan posisi dari jantung akan mengurangi efek radang. Marcia *et al*, mengatakan ketinggian sendi yang cedera terhadap jantung adalah enam sampai sepuluh inchi (Marcia *et al*, 2009: 204).

Ali Satia Graha (2012) mengatakan apabila terjadi cedera akut, segera lakukan RICE diikuti konsultasi medis, untuk cedera ringan bisa hanya menggunakan RICE, namun untuk cedera berat perlu dibawa ke rumah sakit. Hal ini diperkuat dengan pernyataan dari Beakley *et al*, (2010: 1) penanganan optimal untuk *ankle sprain* adalah *Protection, Rest, Ice, Compression, and Elevation* (PRICE) sementara untuk cedera jaringan lunak akut gunakan penanganan pasif. Proses imobilisasi (pengurangan gerak) lebih dari 2 atau 3 minggu akan menyebabkan adhesi persendian dan terganggunya regenerasi serabut otot, sementara proses ini tergantung respon tubuh terhadap peradangan yang berpengaruh pada stabilitas dan fungsi dari jaringan (Marcia *et al*, 2009: 203).

Immobilization (proses imobilisasi) berpengaruh terhadap otot dan ligamen yang mengecil, peredaran darah terganggu dan berkurangnya jangkauan gerak sendi. Kekuatan otot berkurang dalam 24 jam dan kehilangan massa otot dalam 3-7 hari imobilisasi (Marcia *et al*, 2009: 204). Setelah proses imobilisasi dilanjutkan dengan latihan gerak pasif yang akan menjauhkan dari *adhesi* persendian dan mengurangi pendarahan dan nyeri pada persendian. Pasien dapat melanjutkan proses ke fase berikutnya setelah cedera menunjukkan beberapa indikasi di bawah:

- a) Peradangan sendi dalam kondisi minimal (nyeri, spasme otot, pendarahan, dan edema)
- b) ROM, kelentukan, kekuatan, daya tahan dan daya ledak sendi sudah mendekati keadaan semula.
- c) Kebugaran jasmani sudah mendekati keadaan sebelum cedera (Marcia *et al*, 2009: 203).

2) Fase Pengembalian ROM (*Range of Motion*/ Jangkauan Gerak Sendi).

Fase ini dimulai segera setelah peradangan telah dikendalikan sepenuhnya (minimal 4 hari setelah cedera setelah pendarahan berhenti atau menunggu beberapa minggu setelah cedera) dengan tujuan utama adalah pengembalian ROM, *proprioception*, dan kelentukan sendi yang dapat diukur menggunakan goniometer (Marcia *et al*, 2009: 207). Faktor yang membatasi ROM antara lain: *adhesi* sendi, ketegangan otot, pendarahan, nyeri, dan lemak yang menahan pergerakan sendi.

Goniometer digunakan untuk mengukur ROM sesuai fisiologi gerak sendi (fleksi-ekstensi, abduksi-adduksi, dan rotasi).

Proses imobilisasi menyebabkan menurunnya kelentukan otot dan jaringan penghubung berkurang kecepatannya dalam melakukan peran sebagai kontraktile (penggerak) otot, namun hal ini dapat diatasi dengan melakukan latihan pasif dan aktif *stretching* seperti latihan propioseptif (Marcia *et al*, 2009: 207). Kontraindikasi dalam proses mobilisasi sendi adalah: radang akut, osteoarthritis lanjut, penyakit tulang keturunan, patah tulang, infeksi, *hypermobility*, osteoporosis, dan pasca operasi (Marcia *et al*, 2009: 208).

Kelentukan merupakan ROM sempurna tanpa rasa nyeri yang merupakan gabungan dari gerak mekanis sendi secara normal, mobilitas jaringan lunak, dan ekstensibilitas otot. Kelentukan dapat dilatih dengan *ballistic stretching* dan *static stretching*. Tujuan dari penguluran (*stretching*) adalah untuk meningkatkan suhu tubuh dan dapat dilakukan setelah ada perlakuan untuk bagian permukaan tubuh. *Ballistic stretching* dilakukan gerakan penguluran sendi yang diulang-ulang sampai batas ROM sementara untuk *static stretching* dilakukan lebih pelan dan hanya menahan gerakan sendi yang dilatih. *Stretching* dilakukan selama 10-30 detik setiap gerakan sampai terasa nyaman dan tenang ototnya dengan diikuti pengaturan napas (berirama dan pelan).

Proprioceptive neuromuscular facilities (PNF) mampu meningkatkan respon neuromuscular sistem yang menstimulasi propiosepsi syaraf tepi.

PNF dilakukan dengan prinsip dorong (*push*) atau tarik (*pull*) untuk isotonik kontraksi, sementara untuk isometrik kontraksi tahan (*hold*) diikuti dengan tenang (*relax*) yang dilakukan selama 3, 6, atau 10 detik setiap gerakan. Latihan ini akan meningkatkan kelentukan satu kelompok otot dan menguatkan kelompok otot yang lain. Latihan ini sering dikenal dengan AAROM (*Active Assisted Range of Motion*) (Marcia *et al*, 2009: 210).

Active Range of Motion (AROM) yaitu melakukan gerakan penguluran (*stretching*) aktif dengan prinsip kontraksi dan relaksasi otot. Latihan ini dilakukan sebelum masuk fase penguatan dan dalam latihan ini perlu adanya peningkatan di setiap sesi latihan (Marcia *et al*, 2009: 211). Novita Intan Arofah menyebutkan peningkatan latihan mobilitas ini adalah dengan mengubah posisi awal, mengubah tingkat kesulitan latihan, mengubah panjangnya tuas gerakan, mengubah kecepatan gerakan, mengubah jangkauan gerak, dan memberikan beban pada latihan (2015: 78-81).

Walker (2005: 186) menyebutkan meningkatkan jangkauan gerak sendi (ROM) merupakan prioritas pertama dalam proses rehabilitasi. Novita Intan Arofah (81- 85) mengartikan latihan mobilitas merupakan komponen dasar dari rehabilitasi, dikarenakan latihan ini dapat mempercepat penyembuhan jaringan yang akhirnya dapat menunjang fungsi gerak. Tujuan dari latihan ini adalah untuk menjaga dan meningkatkan jangkauan gerak, untuk memperbaiki fungsi jaringan

musculoskeletal dan jaringan lain yang mengalami gangguan. Menurut Chorley dan Albert (1997: 56) menjelaskan mobilisasi dimulai pada hari di mana *ankle* yang cedera mampu melakukan gerakan plantarfleksi dan dorsofleksi tanpa nyeri. Indikasi untuk masuk ke fase berikutnya (penguatan) adalah sebagai berikut:

- a) Radang dan nyeri sudah teratasi.
- b) ROM mencapai 80%.
- c) Kelentukan otot sudah kembali, propioseptik didapat kembali.
- d) Daya tahan jantung paru dan kekuatan umum tubuh masih sama seperti sebelum cedera (Marcia *et al*, 2009: 207).

3) Fase Penguatan.

Tujuan fase ini adalah meningkatkan kekuatan, daya tahan, dan daya ledak otot sendi yang cedera dibandingkan dengan sendi yang tidak cedera. Pada fase satu dan dua latihan kekuatan statis memang sudah dilakukan, namun pada fase ini lebih dianjurkan untuk melakukan latihan kekuatan dinamis. Ada dua tipe latihan, yakni konsentrik dan eksentrik. Konsentrik untuk otot yang berperan aktif (protagonist) sementara eksentrik untuk otot yang tidak berperan aktif (antagonis). Kedua tipe ini bisa dilatih bersamaan menggunakan *dumbell*, *thera-band* dan mesin *fitness*. Pada latihan kekuatan ini yang pertama adalah latihan isotonik.

Latihan isotonik memadukan antara konsentrik dan eksentrik kontraksi dengan berbagai metode. Apabila latihan dilakukan di *gym* (pusat kebugaran) dapat memaksimalkan alat-alat yang ada di *gym* dengan

menggunakan sistem sirkuit. Latihan ini akan berpengaruh terhadap kekuatan otot. Sementara latihan isokinetik akan berpengaruh pada daya tahan otot, karena latihan isokinetik lebih fokus pada meningkatkan ambang batas lelah sekelompok otot. Apabila latihan dilakukan di *gym* isotonik dan isokinetik sama-sama menggunakan *repetisi* (pengulangan), namun jumlahnya berbeda. Latihan isotonik satu set latihan hanya 8-12 *repetisi*, sementara untuk isokinetik satu set latihan 15-25 *repetisi*.

Isokinetik bisa dilakukan menggunakan sepeda stasioner atau aktivitas di air (untuk melatih daya tahan otot). Daya ledak otot (*power*) dilatih ketika otot sudah memiliki minimal 80%. Bentuk latihannya bisa menggunakan latihan beban dengan kecepatan gerakan ditingkatkan atau dengan *plyometric*. *Plyometric* dilakukan dengan *standing jumping* atau *skipping* di atas rumput untuk mengurangi hentakan pada kaki yang cedera. Latihan ini dilakukan setiap 3 hari sekali untuk memberikan kesempatan istirahat dari kelelahan pada sendi.

Prinsip untuk meningkatkan kekuatan, daya tahan dan daya ledak otot adalah *overload* (beban berlebih). Faktor yang mempengaruhi antara lain adalah: intensitas, durasi, frekuensi, spesifik, kecepatan dan peningkatan (*progress*).

Cedera kronis dilatih menggunakan intensitas beban rendah dengan jumlah *repetisi* lebih tinggi, karena apabila menggunakan beban berat akan merusak jaringan lunak pendukung sendi. Contohnya latihan diawali dengan 2-3 *set* dengan *repetisi* sebanyak 10 kali setiap *set*. Kemudian

ditingkatkan menjadi 5 *set* dengan repetisi yang sama. Ketika sudah mampu mencapai 50 *repetisi* secara keseluruhan tambahkan satu *pound* (0,5 kg) beban dengan diikuti jumlah *set* yang dikurangi menjadi 3 *set*.

Durasi latihan minimal 20 menit dengan 70% DJM (detak jantung maksimal). Frekuensi latihan terapi yang digunakan adalah 2 kali sesi latihan dan dilakukan 3-4 kali seminggu. Spesifik maksudnya latihan yang dilakukan mengarah atau sesuai (sejenis) pada olahraga yang digeluti.

Kecepatan gerakan dalam latihan disesuaikan dengan tujuan yang akan dicapai dalam latihan, misal untuk kekuatan kecepatan gerakan rendah, sementara untuk daya tahan gerakan lebih cepat dari kekuatan, dan untuk power gerakan dilakukan dengan cepat. Peningkatan yang dimaksud adalah dengan meningkatkan *repetisi* ataupun intensitas latihan (Marcia *et al*, 2009: .215-218). Indikasi latihan bisa dilanjutkan ke fase ke empat adalah sebagai berikut:

- a) ROM dan kelentukan sendi sudah kembali.
- b) Kekuatan, daya tahan dan daya ledak otot yang cedera sudah sama atau mendekati sama dengan sebelum cedera.
- c) Daya tahan jantung paru dan kekuatan secara umum sudah sama atau lebih baik dari sebelum cedera.
- d) Batas ambang minimal sudah dapat dicapai untuk fungsi gerak dalam olahraga spesifik.
- e) Secara psikologi sudah siap kembali ke aktivitas selanjutnya (Marcia *et al*, 2009: 214).

4) Fase Pengembalian ke Aktivitas Olahraga.

Tujuan dalam fase ini adalah membenarkan gerak biomekanika yang keliru (tidak efisien), mengembalikan koordinasi dan kekuatan, daya tahan dan power otot sesuai kemampuan olahraga prestasi yang digeluti, dan meningkatkan daya tahan jantung paru. Koordinasi meliputi kemampuan tubuh dalam menyelesaikan tugas dengan lembut, mengalir, akurat, dan gerak yang terkendali. Koordinasi dibagi menjadi dua, yakni gerakan *gross motor* (menggunakan sekelompok besar otot) dan gerakan *fine motor* (menggunakan sekelompok kecil otot). Koordinasi berkaitan dengan propioseptik, jadi ketika melatih propioseptik, tanpa disadari koordinasi juga ikut dilatih. Latihan yang disesuaikan dengan gerak dasar olahraga prestasi yang digelutinya. Latihan yang diberikan harus mendukung, berkaitan dan sejalan dengan gerak dasar olahraga prestasinya.

Daya tahan jantung paru (sering disebut kemampuan aerobik) dilatih untuk meningkatkan efisiensi peredaran darah dan oksigen ke seluruh tubuh. Peningkatan dilakukan pada frekuensi, intensitas, dan durasi latihan. *The American College of Sport Medicine (ACSM)* menganjurkan untuk intensitas menengah minimal 30 menit per sesi latihan dilakukan dalam 5 hari atau lebih selama seminggu. Sementara untuk intensitas yang rendah minimal 20 menit per sesi latihan dilakukan dalam 3 hari atau lebih per minggu. ACSM juga merekomendasikan latihan aerobik dengan pembebanan dilakukan dalam 30-60 menit per

sesi 3-5 kali per minggu dengan penambahan 2-3 kali per minggu. Latihan tanpa beban bisa dengan renang, bersepeda, berjalan, *cross-country*, lompat tali, atau berlari (Marcia *et al*, 2009: 218-220). Indikasi fase 4 selesai dan siap kembali ke aktivitas olahraga adalah sebagai berikut:

- a) Koordinasi dan keseimbangan sudah normal.
- b) Sendi yang cedera sudah mampu melakukan gerakan spesifik untuk olahraga prestasi.
- c) Kekuatan, daya tahan, dan daya ledak otot sudah sama seperti sebelum cedera.
- d) Daya tahan jantung paru sudah sama atau lebih baik dari sebelum cedera.
- e) Sudah mendapat izin dari pihak kesehatan untuk melakukan aktivitas olahraga (Marcia *et al*, 2009: 219).

c. Bentuk-Bentuk Terapi Latihan Cedera *Ankle*

Latihan peningkatan ROM ini diawali dengan menekuk dan meluruskan sendi *ankle* sampai terasa nyaman dengan gerakan sederhana, kemudian ditingkatkan dengan melakukan gerakan rotasi searah jarum jam dan berlawanan dengan arah jarum jam sampai pada akhirnya dapat melakukan gerakan tanpa merasa nyeri dan itu merupakan pertanda sendi siap melanjutkan ke tahap selanjutnya (Walker, 2005: 187).

Walker (2005: 187-188) mengatakan pada tahap ini adalah saat yang tepat untuk menambah intensitas latihan ROM dengan cara memberikan

sedikit beban berlebih pada otot dan tendo, bentuk latihan yang dimaksud adalah isometric. Contohnya, duduk menghadap pada dinding dengan kaki menempel pada dinding, kemudian dorong dinding dan tahan tubuh agar tidak ikut terdorong, sehingga otot-otot dan ligament-ligament pada sendi *ankle* akan berkontraksi, latihan ini bisa diterapkan untuk berbagai gerakan sendi *ankle*. Sementara untuk *strength* Chorley dan Albert (1997) mengatakan yang perlu dilatih adalah otot peroneal dan gastrocnemius sedini mungkin untuk meminimalisir kemungkinan terburuk, latihannya sendiri membutuhkan pengulangan yang tinggi (10-20 pengulangan gerakan) dengan batas rasa nyeri, mungkin perlu diawali dengan latihan isometric. Sebelum digunakan untuk aktivitas seperti sedia kala, Walker menganjurkan untuk melatih keseimbangan dan proprioepsi dengan tujuan agar syaraf syaraf yang ada pada telapak kaki dapat kembali aktif setelah lama tidak aktivitas akibat cedera yang dialami (Walker, 2005: 185-187).

Latihan keseimbangan contohnya adalah dengan berjalan di atas garis lurus, kemudian berdiri dengan menggunakan kaki satu, kemudian untuk tahap yang lebih sulit dengan berdiri satu kaki dan mata tertutup (Walker, 2005: 185-187). Ketika sudah merasakan lebih nyaman, bisa dengan menggunakan alat yang telah dirancang untuk menunjang proses rehabilitasi seperti *wobbleboards*, *swiss balls*, *stability cushions*, and *foam rollers* (Walker, 2005: 186).

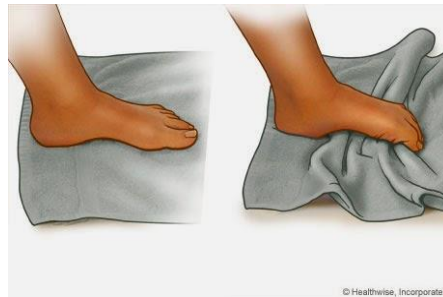
Menurut Marcia *et al*, (2009: 655) bentuk latihan yang digunakan adalah sebagai berikut:

- 1) *Plantar Fascia Stretch* dengan cara menarik *ankle* menggunakan handuk, dengan cara melilitkan handuk pada telapak kaki dan mengulur tendon Achilles. Seperti Gambar 5



Gambar 5. *Plantar Fascia Stretch*
(Sumber: <http://www.foot-ankle.co.uk/lib>).

- 2) *Towel Crunches* dengan cara meletakkan handuk di bawah telapak kaki dan melakukan gerakan menggulung dan melepaskan gulungan handuk. Seperti Gambar 6



Gambar 6. *Towel Crunches*
(Sumber: <http://4.bp.blogspot.com>).

- 3) *Picking Up Object* dengan cara mengambil sebuah objek dan memindahkan ke tempat lain. Seperti Gambar 7



Gambar 7. *Picking Up Object*
(Sumber: <http://www.runnersworld.co.za>).

- 4) *Unilateral Balance Activities* dengan cara berdiri dengan satu kaki diawali mata terbuka dan dilanjutkan dengan mata tertutup. Seperti Gambar 8



Gambar 8. *Unilateral Balance Activities*
(Sumber: <http://img.aws.livestrongcdn.com>).

- 5) *Biomechanical Ankle Platform System (BAPS) Board* dengan cara duduk dan memutar sendi searah jarum jam dan berlawanan arah jarum jam sebanyak 20 kali *repetisi*. Seperti Gambar 9



Gambar 9. *Biomechanical Ankle Platform System*
(Sumber: <http://4.bp.blogspot.com>).

- 6) *Ankle Alphabet* dengan cara membuat huruf A-Z huruf kapital dan huruf kecil sebanyak tiga kali pengulangan. Seperti Gambar 10



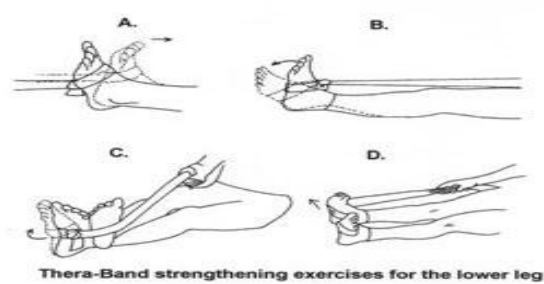
Gambar 10. *Ankle Alphabet*
(Sumber: <http://shorefootandankle.com>).

- 7) *Triceps Surae Stretch* dengan cara mengkontraksikan otot *gastrocnemius* pada lantai atau dinding. Seperti Gambar 11



Gambar 11. *Triceps Surae Stretch*
(Sumber: <http://image.slidesharecdn.com>).

- 8) *Thera-Band* dengan cara melilitkan *thera-band* pada *ankle* dan kaki meja dilanjutkan dengan melatih gerakan dorsofleksi, plantarfleksi, inversi dan eversi. Seperti Gambar 12



Gambar 12. *Thera-Band*
(Sumber: <http://www.andorrapediatrics.com/>).

- 9) *Unilateral Balance* dilakukan dengan melatih kaki lain yang dililitkan pada *thera-band* dan melatih kaki yang cedera. Seperti *unilateral balance* yang tanpa *thera-band*, perbedaannya hanya saja terletak pada penggunaan *thera-band*.

- 10) *BAPS Board* dengan cara berdiri dan dilakukan beberapa kali seperti *BAPS* sebelumnya (Marcia *et al*, 2009: 655).

5. Penelitian yang Relevan

Penelitian yang relevan dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh BM. Wara Kushartanti, RL.Ambardini, dan Sumaryanti tahun 2006 dengan judul Penerapan Model Terapi Latihan Untuk Rehabilitasi Cedera Olahragawan di Klinik Terapi Fisik FIK UNY. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian tindakan untuk mengkaji penerapan model terapi latihan, dan penelitian pengembangan untuk mengembangkan buku panduan maupun peralatan T-Bar. Jumlah subjek penelitian adalah 29 orang olahragawan yang mengalami cedera dan diketemukan secara incidental di klub olahraga maupun di Klinik Terapi Fisik FIK UNY.

Hasil penelitian mendapatkan beberapa cara penerapan terapi latihan baik sebelum, selama, maupun sesudah latihan. Sedikit masase dengan minyak hangat di tempat cedera dianjurkan dilakukan sebelum latihan. Latihan harus dimulai dari kemampuan penderita dan timbulnya rasa nyeri digunakan sebagai batas maksimal pelaksanaan. Penambahan intensitas dilakukan secara perlahan sesuai adaptasi tubuh dan latihan dimulai dengan latihan fleksibilitas pada minggu pertama, untuk kemudian ditambahkan latihan kekuatan dan daya tahan otot untuk minggu kedua. Latihan dimulai setelah tanda radang terutama bengkak dan nyeri sudah berkurang yang kira-kira satu minggu setelah cedera. Setelah latihan diterapkan penggosokan dan kompres dengan es.

B. Kerangka Berpikir

Pengetahuan merupakan aspek pertama Atmojo (2011: 1) yang menjelaskan bahwa ranah kognitif terdiri dari enam aspek, yaitu tahu, paham, penerapan, analisis, sintesis, dan evaluasi. Perjalanan dari keenam aspek tersebut diawali dari tahu, kemudian mendalami pengetahuannya dan menjadi sebuah pemahaman. Pemahaman yang didapat akhirnya diterapkan dan dianalisis kekurangan dari penerapan yang telah dilakukan. Analisis yang dihasilkan dijadikan bahan untuk mengolah kembali (sintesis) dan dievaluasi hasil dari penerapan berikutnya, sehingga menghasilkan sebuah pengetahuan yang kompleks dan jelas apa manfaat, tujuan, dan hasil yang dicapai.

Sepak Bola merupakan olahraga populer yang bertipe *body contact* sehingga memungkinkan terjadi cedera pada saat latihan maupun pertandingan (Angga, 2011: 1). Cedera dalam sepak bola memberikan kontribusi sebanyak 23% yang didapat saat latihan maupun pertandingan. Cedera yang sering dialami pemain sepak bola pada pergelangan kaki adalah cedera *ankle sprain*. *Ankle sprain* yang terjadi sering menjadi cedera kambuhan dikarenakan kebanyakan pemain melupakan proses rehabilitasi menggunakan terapi latihan untuk menguatkan kembali otot dan ligamen pada sendi *ankle* yang cedera.

Hal ini diperkirakan karena masih kurangnya pengetahuan pemain tentang pentingnya terapi latihan pasca cedera *ankle*. Terapi latihan merupakan proses rehabilitasi pasca cedera yang akan mempengaruhi kekuatan sendi pasca cedera seperti yang diungkapkan Walker (2005: 185)

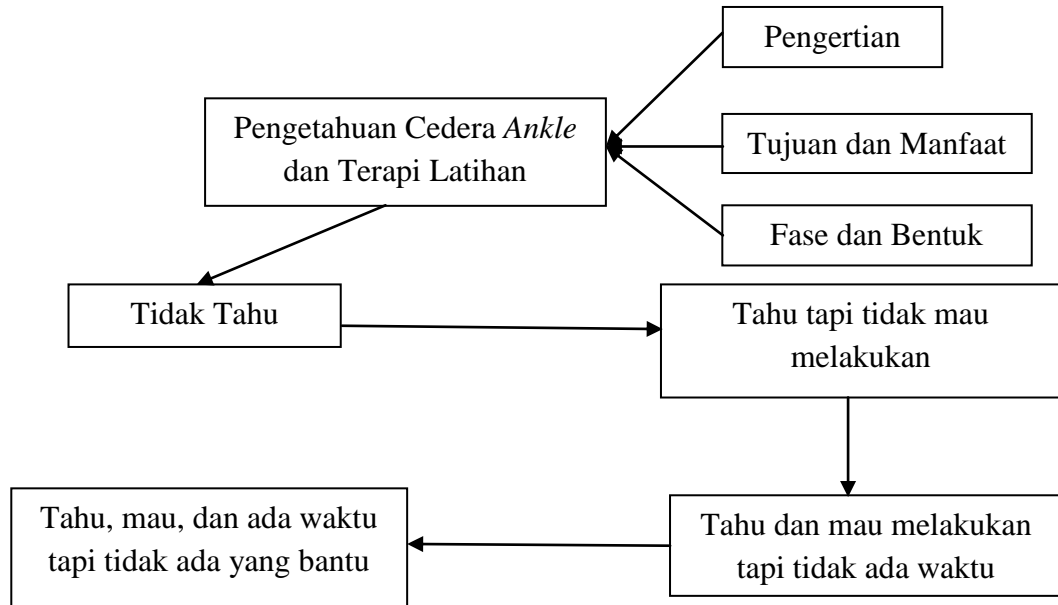
meskipun hanya berpengaruh sebesar 20% dari 100% tingkat kesembuhan namun terapi latihan sangat krusial untuk mencegah terjadi cedera kambuhan.

Manfaat dari terapi latihan adalah memaksimalkan proses rehabilitasi dengan fase latihan diawali dengan latihan fleksibilitas, latihan kekuatan, latihan daya tahan, latihan keseimbangan, dan latihan penerapan aktivitas olahraga prestasi (Marcia *et al*, 2009: 2006-219). Bentuk dan cara penerapan latihan setiap fase berbeda. Bentuk dan cara penerapan latihan fleksibilitas adalah menggerakkan sendi sesuai gerakan sendi yang cedera (sendi *ankle*) dengan pengulangan gerak selama 8-10 detik. Bentuk dan cara penerapan latihan kekuatan adalah memberikan tambahan beban pada sendi *ankle* dengan dilakukan sebanyak 8-10 pengulangan setiap setnya. Bentuk dan cara penerapan latihan daya tahan adalah menambah durasi atau juga intensitas latihan dengan menambah jumlah repetisi atau set latihan.

Cedera kambuhan yang terjadi bisa dikarenakan berbagai macam faktor, antara lain: atlet yang cedera memang belum mengetahui tentang cedera *ankle* dan terapi latihannya, atlet mengetahui tentang cedera *ankle* dan terapi latihan namun tidak mau melakukannya, atlet mengetahui tentang cedera *ankle* dan terapi latihan namun tidak memiliki waktu untuk melakukannya, dan atlet membutuhkan bantuan terapis atau orang lain namun tidak ada yang membantu.

Berdasarkan kajian teori yang telah diperoleh dan penelitian yang relevan, maka diperoleh kerangka berpikir bahwa dengan faktor yang menyebabkan cedera kambuhan, maka peneliti berpikir perlu untuk

mengetahui seberapa jauh tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan cedera *ankle* di PS Telaga Utama.



Gambar 13. Skema Kerangka Berpikir

C. Pertanyaan Penelitian

Sesuai dengan kerangka berpikir, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah seberapa jauhkah pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan cedera *ankle* di PS Telaga Utama? Apakah atlet sudah mengetahui tentang cedera *ankle* dan terapi latihannya? Apakah atlet mau melakukan terapi latihannya? Apakah atlet memiliki waktu untuk melakukan terapi latihan? Apakah atlet butuh orang untuk membantu melakukan terapi latihan?

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Sesuai dengan tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui tingkat pengetahuan cedera *ankle* dan terapi latihan pemain PS Telaga Utama. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*. Tujuan penelitian deskriptif adalah untuk menggambarkan secara sistematis fakta dan karakteristik objek atau subjek yang diteliti secara tepat (West, 1982 dalam Sukardi, 2003: 157 dalam Deni Darmawan, 2014). Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode survei, dengan teknik pengumpulan data berupa kuesioner.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Menurut Suharsimi Arikunto (2010) populasi adalah keseluruhan subjek penelitian. Populasi pada penelitian ini adalah pemain sepak bola di klub PS Telaga Utama.

2. Sampel

Suharsimi Arikunto (2010) sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Sampel yang diambil adalah seluruh anggota atau bagian dari populasi sehingga disebut juga penelitian populasi. Jumlah atlet di klub PS Telaga Utama adalah sebanyak 30 orang.

C. Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah: “Tingkat Pengetahuan Atlet tentang Cedera *Ankle* dan Terapi Latihan di PS Telaga Utama”. Secara operasional variabel tersebut dapat didefinisikan sebagai berikut:

Tingkat pengetahuan cedera *ankle* dan terapi latihan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah segala informasi yang diketahui oleh atlet PS Telaga Utama tentang cedera *ankle* dan terapi latihan yang diukur menggunakan kuesioner.

D. Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data

1. Instrumen

Instrumen yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama adalah kuesioner (kuesioner) yang berisi identitas responden dan pernyataan seputar pengetahuan cedera *ankle* dan terapi latihan yang dibuat berdasarkan teori-teori cedera *ankle* dan terapi latihan. Kuesioner atau *questionnaire* adalah daftar pertanyaan yang didistribusikan melalui pos untuk diisi dan dikembalikan atau dapat juga dijawab di bawah pengawasan peneliti (Nasution, 2012). Kuesioner pada umumnya meminta keterangan tentang fakta yang diketahui oleh responden atau juga mengenai pendapat atau sikap (Nasution, 2012). Deni Darmawan (2014) membagi kuesioner menjadi beberapa jenis, yakni kuesioner tertutup, terbuka dan campuran.

Penelitian ini akan menggunakan instrumen yakni kuesioner tertutup. Kuesioner akan menyediakan beberapa pernyataan mengenai cedera *ankle* dan terapi latihan dengan jawaban yang disediakan pada kolom selanjutnya adalah jawaban “YA” atau “TIDAK”. Pernyataan yang dituliskan dalam instrumen mengacu pada kajian teori yang telah disusun sebelumnya. Sutrisno Hadi (1991: 7) ada tiga langkah pokok dalam pembuatan instrumen yaitu:

- a. Mendefinisikan konstruk. Berarti membatasi variabel yang akan diukur. Dalam penelitian ini variabel utama yang akan diukur adalah besarnya tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di Telaga Utama.
- b. Menyidik faktor yang menyusun konstruk. Penyidikan dari variabel di atas dijabarkan menjadi faktor-faktor yang dapat diukur yaitu: pengertian cedera, kategorisasi cedera, dan terapi latihan cedera *ankle*.
- c. Menyusun butir pernyataan, yaitu 30 butir pernyataan berupa kuesioner penelitian yang disesuaikan atau mengacu pada faktor yang pengertian cedera, kategorisasi cedera, dan terapi latihan cedera *ankle*.

Berdasarkan kajian teori yang telah disusun, didapatkan kisi-kisi kuesioner seperti tabel 1.

Tabel 1. Kisi-Kisi Kuesioner Uji Coba

Variabel	Faktor	Indikator	Nomor Butir
Pengetahuan pemain mengenai terapi latihan cedera <i>ankle</i>	1. Pengertian cedera	1. Tanda cedera 2. Gejala cedera	1, 2*, 10, 13
	2. Kategori cedera	1. Berdasarkan waktu terjadi a. Cedera Akut b. Cedera Kronis 2. Berdasarkan tingkat cedera a. Cedera Ringan b. Cedera Sedang c. Cedera Berat 3. Berdasarkan lokasi cedera a. <i>Sprain</i> b. <i>Strain</i>	3*, 4, 5*, 8*, 9*, 14*
	3. Terapi Latihan	1. Pengertian Terapi Latihan 2. Fase-fase Terapi Latihan 3. Bentuk-Bentuk Terapi Latihan Cedera <i>Ankle</i>	6, 7, 11*, 12*, 15, 16, 17*, 18*, 19*, 20*, 21, 22*, 23, 24, 25*, 26*, 27, 28*, 29, 30*, 31*, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38,

Keterangan: *pernyataan negatif

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini berupa kuesioner. Kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data dari variabel yaitu tingkat pengetahuan cedera *ankle* dan terapi latihan. Skala yang digunakan untuk memberi skor dari jawaban kuesioner adalah skala Guttman (*scalogram*). Jawaban dari kuesioner tersebut berupa jawaban “Ya” atau “Tidak”. Untuk pernyataan positif, jawaban “Ya” diberi

skor (1), dan jawaban “Tidak” diberi skor (0), sedangkan untuk pernyataan negatif, jawaban “Ya” diberi skor (0), dan jawaban “Tidak” diberi skor (1) (Riduwan, 2002: 16). Cara pengambilan data:

- a. Peneliti memberikan kuesioner kepada seluruh responden.
- b. Responden mengisi kuesioner yang diberikan.
- c. Kuesioner dikembalikan kepada peneliti setelah diisi oleh responden.

E. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Tujuan dalam uji coba instrumen adalah untuk mengetahui kelayakan dari instrumen yang disusun. Kelayakan instrumen ditunjukkan dengan kesahihan (validitas) dan keandalan (reliabilitas). Analisis uji coba instrumen mencakup uji validitas dan uji reliabilitas.

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen yang digunakan. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan serta dapat mengungkap data dari variabel yang diteliti secara tepat (Suharsimi Arikunto, 2010: 211). Uji validitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah validitas isi (*content validity*) yang dilakukan oleh satu orang *expert* (ahli). Instrumen penelitian sudah divalidasi oleh ahli terapi fisik dan terapi latihan (Dr. dr. BM. Wara Kushartanti, M. S) dan dikatakan bahwa “butir pernyataan sudah

sesuai dengan kisi-kisi kuesioner, hanya saja ada perubahan sedikit dari kata-kata yang digunakan untuk bisa lebih mengukur pengetahuan subjek.”.

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas mengandung arti bahwa suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk dapat digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik dan apabila dilakukan penelitian dengan menggunakan alat pengumpul data yang sama pada selang waktu yang lain hasilnya akan mendekati hasil pertama. Tujuan dilakukan uji reliabilitas adalah untuk mengetahui apakah instrumen yang digunakan benar-benar dapat dipercaya atau diandalkan, sehingga dapat digunakan dalam penelitian selanjutnya (Suharsimi Arikunto, 2010). Uji reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan sekali dan menggunakan penghitungan *Alpha Cronbach* dalam analisis komputer SPSS Statistik versi 17,0.

Sebelum dilakukan pengambilan data yang sebenarnya, kuesioner sebagai instrumen yang telah disusun perlu diujicoba terlebih dahulu. Uji coba dilaksanakan tanggal 16-18 Februari 2016 pada tim UKM Sepak Bola UNY. Jumlah subjek penelitian sebanyak 10 pemain UKM Sepak Bola UNY.

Analisis pada data uji coba menggunakan bantuan komputer Seri Program Statistik SPSS 17.0 *Version for windows* menunjukkan bahwa butir kuesioner 1, 13, 19, 21, 23, 30, 32, dan 37 dinyatakan gugur

karena nilai yang dihasilkan negatif. Artinya butir tersebut tidak andal (*reliable*), sehingga data pada nomor tersebut dibuang dan tidak diikuti sertakan dalam analisis. Dengan demikian dari 38 pernyataan yang dapat digunakan sebanyak 30 pernyataan. Analisis selengkapnya ada pada lampiran validitas dan reliabilitas.

Setelah uji coba pernyataan pengertian cedera terdapat pada butir 1 dan 9, pernyataan kategori cedera terdapat pada butir 2, 3, 4, 7, 8, dan 12 sedangkan pernyataan terapi latihan terdapat pada butir 5, 6, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, dan 30.

Tabel 2. Kisi-Kisi Kuesioner Setelah Uji Coba

Variabel	Faktor	Indikator	Nomor Butir
Pengetahuan pemain mengenai terapi latihan cedera <i>ankle</i>	1. Pengertian cedera	1. Tanda cedera 2. Gejala cedera	1*, 9
	2. Kategori cedera	1. Berdasarkan waktu terjadi a. Cedera Akut b. Cedera Kronis 2. Berdasarkan tingkat cedera a. Cedera Ringan b. Cedera Sedang c. Cedera Berat 3. Berdasarkan lokasi cedera a. <i>Sprain</i> b. <i>Strain</i>	2*, 3, 4*, 7*, 8*, 12*
	3. Terapi Latihan	1. Pengertian Terapi Latihan 2. Fase-fase Terapi Latihan 3. Bentuk-Bentuk Terapi Latihan Cedera <i>Ankle</i>	5, 6, 10*, 11*, 13, 14, 15*, 16, 17, 18*, 19*, 20*, 21*, 22, 23*, 24, 25*, 26, 27, 28 29, 30*,

Keterangan: *pernyataan negatif

Uji reliabilitas yang digunakan untuk mengukur keandalan instrumen menggunakan rumus *Alpha Cronbach*. Haryadi Sarjono (2011: 45) menyatakan suatu kuesioner dikatakan reliabel apabila nilai *Cronbach's Alpha* > 0,60. Hasil pada penelitian didapat nilai *Alpha* sebesar 0,877. Dengan demikian disimpulkan bahwa butir-butir instrumen penelitian tersebut dapat diandalkan/*reliabel*, karena 0,877 > 0,60. Perhitungan uji reliabilitas instrumen dapat dilihat pada lampiran tabel validitas dan reliabilitas.

F. Teknik Analisis Data

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama. Teknik analisis yang digunakan penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dinyatakan dalam persen menggunakan bantuan komputer SPSS Statistik versi 17,0. Nilai total yang didapat dari menjumlahkan penilaian butir soal. Persentase dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Nilai} = \frac{\mathbf{n}}{\mathbf{N}} \times 100$$

Keterangan:

n = skor hasil jawaban.

N = Jumlah total butir kuesioner.

Pengelompokan dalam kategori dilakukan setelah persentase perolehan nilai sudah ada. Kategori yang akan diberikan ada tiga kategori

yakni Baik, Sedang, dan Kurang. Nursalam (2008) mengkategorikan tingkat pengetahuan menjadi tiga kategori dengan rincian yang dapat dilihat dalam Tabel 3:

Tabel 3. Kategorisasi Pengetahuan

Kriteria	Nilai (%)
Baik	76-100
Sedang	56-75
Kurang	<56

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di sebuah klub sepak bola bernama PS Telaga Utama. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 6 dan 8 Maret 2016. Pemilihan tanggal dan hari disesuaikan dengan jadwal latihan PS Telaga Utama yakni hari Minggu, Selasa, dan Kamis pukul 15.30-17.30 WIB. Pada tanggal 6 Maret 2016 hari Minggu didapatkan 19 sampel dari jumlah keseluruhan 30 atlet, maka penelitian dilanjutkan pada tanggal 8 Maret 2016 hari Selasa dan didapatkan 11 sampel yang menjadikan jumlah 30 atlet sudah tercapai dan pengambilan data sampel penelitian berakhir, sehingga jumlah sampel menjadi 30 orang atlet.

B. Deskripsi Karakteristik Subjek Penelitian

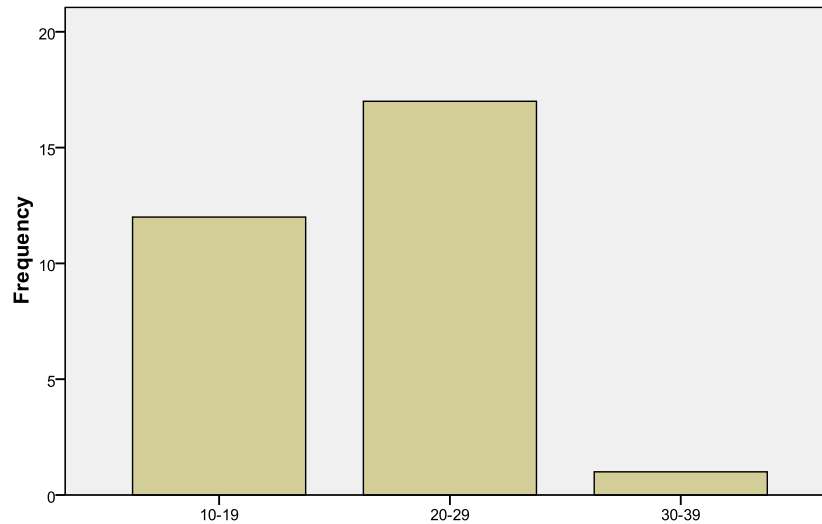
1. Penggolongan Usia

Hasil kuesioner yang telah diisi oleh 30 subjek penelitian menunjukkan golongan umur subjek penelitian cukup bervariasi dengan usia paling muda 14 tahun dan usia paling tua 34 tahun, ini dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Penggolongan Usia Pemain PS Telaga Utama

No.	Kelompok Usia (Tahun)	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
1.	10-19	12	40.0
2.	20-29	17	56.7
3.	30-39	1	3.3
	Total	30	100.0

Distribusi penggolongan usia pemain PS Telaga Utama dapat dilihat pada Gambar 14.



Gambar 14. Frekuensi Penggolongan Usia Atlet PS Telaga Utama

Tabel 4 dan Gambar 14 hasil data yang telah dianalisis sebagai berikut: atlet sepakbola Telaga Utama dari 30 atlet sebanyak 12 orang (40%) berusia antara 10-19 tahun, 17 orang (56,7%) berusia antara 20-29 tahun, dan 1 orang (3,3%) berusia antara 30-39 tahun. Jadi, dapat disimpulkan hasil data yang telah dianalisis paling banyak 17 orang (56,7%) berusia antara 20-29 tahun.

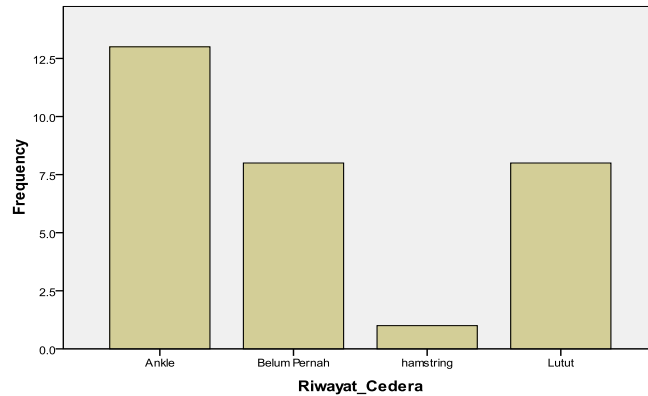
2. Penggolongan Riwayat Cedera yang Pernah Dialami

Hasil kuesioner pada *form* cedera yang pernah dialami (riwayat cedera) terdapat 4 kategori yang dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Riwayat Cedera yang Pernah Dialami

No.	Riwayat Cedera	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1.	Belum Pernah	8	26,67
2.	<i>Ankle</i>	13	43,33
3.	Lutut	8	26,67
4.	Hamstring	1	3,3
	Total	30	100,0

Distribusi riwayat cedera yang pernah dialami dapat dilihat pada Gambar 15.



Gambar 15. Riwayat Cedera yang Pernah Dialami

Tabel 5 dan Gambar 15 menunjukkan hasil data yang telah dianalisis sebagai berikut: atlet sepakbola Telaga Utama dari 30 atlet yang tidak pernah mengalami cedera sebanyak 8 orang (26,67%), 13 orang (43,33%) pernah mengalami cedera *ankle*, 8 orang (26,67%) pernah mengalami cedera lutut, dan 1 orang (3,33%) pernah mengalami hamstring. Jadi, dapat disimpulkan hasil data yang telah dianalisis paling banyak yaitu 13 orang (43,33%) pernah mengalami cedera *ankle*.

C. Deskripsi Data Hasil Penelitian

1. Deskripsi Data Penelitian

Data yang diamati dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama. Data diperoleh dari jawaban pernyataan pada kuesioner yang telah diisi oleh para atlet PS Telaga Utama yang terdiri dari 30 butir pernyataan. Hasil

análisis deskriptif data tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama ada dalam Tabel 6.

Tabel 6. Hasil Analisis Deskriptif Data Penelitian

Variabel	Mean	Standar Deviasi
Tingkat Pengetahuan	55,78	7,628

Hasil análisis deskriptif tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama diperoleh *mean* sebesar 55,78, dan nilai *standar deviasi* sebesar 7,628. Berdasarkan *mean* yang didapatkan maka tingkat pengetahuan atlet tentang terapi latihan cedera *ankle* di PS Telaga Utama termasuk dalam kategori kurang.

2. Deskripsi Tingkat Pengetahuan

Análisis data dalam penelitian ini menggunakan teknik statistik deskriptif. Adapun teknik perhitungannya menggunakan persentase dengan tiga kategori yaitu: kurang, sedang, dan baik. Pengkategorisasian dibuat berdasarkan pendapat ahli, Nursalam (2008) yang mengkategorikan pengetahuan baik 76-100%, sedang 56-75%, dan kurang <56%. Pendapat Nursalam (2008) mengenai pengkategorisasian tersebut digunakan sebagai dasar pengkategorisasian data, sehingga diperoleh kategori seperti Tabel 7.

Tabel 7. Kategori Tingkat Pengetahuan Atlet Mengenai Cedera *Ankle* dan Terapi Latihan di PS Telaga Utama

Interval Skor	Frekuensi	Persentase (%)	Kategori
<56%	16	53,3	Kurang
56-75%	14	46,7	Sedang
76-100%	0	0	Baik
Total	30	100	

Tabel 7 menunjukkan hasil data yang telah dianalisis sebagai berikut: atlet sepakbola Telaga Utama dari 30 atlet sebanyak 16 atlet (53,3%) memiliki pengetahuan kurang, sebanyak 14 atlet (46,7%) memiliki pengetahuan sedang, dan tidak ada atlet yang memiliki tingkat pengetahuan dalam kategori baik.

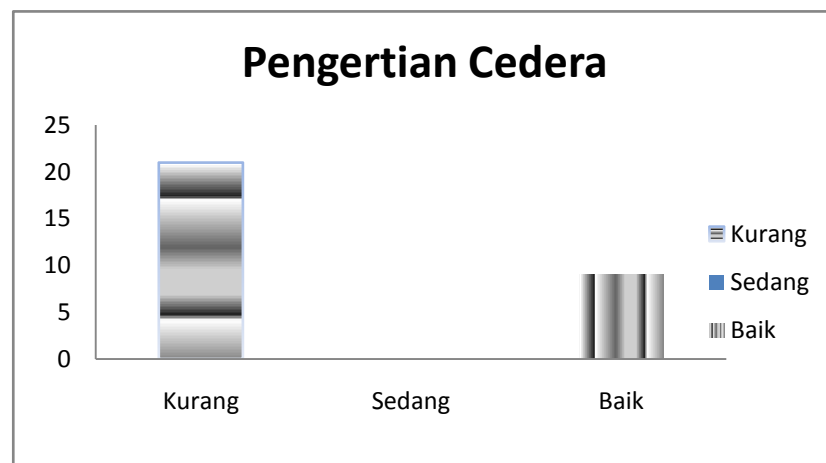
3. Deskripsi Faktor Pengertian Cedera

Tingkat pengetahuan atlet mengenai cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama dari faktor pengertian cedera diperoleh 21 atlet (70%) berpengetahuan kurang, 0 atlet (0%) berpengetahuan sedang, dan sebanyak 9 atlet (30%) berpengetahuan baik.

Tabel 8. Faktor Pengertian Cedera

Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Kurang	21	70
Sedang	0	0
Baik	9	30
Total	30	100

Distribusi frekuensi faktor pengertian cedera atlet di PS Telaga Utama dapat dilihat dalam Gambar 16.



Gambar 16. Frekuensi Faktor Pengertian Cedera

Tabel 8 dan Gambar 16 menunjukkan hasil data yang telah dianalisis sebagai berikut: atlet sepakbola Telaga Utama dari 30 atlet 70% memiliki tingkat pengetahuan mengenai pengertian cedera dominan pada kategori kurang, artinya atlet di PS Telaga Utama belum memiliki pengetahuan yang baik mengenai pengertian cedera. Hal ini dapat dilihat dari pilihan jawaban pada butir 1 (data terlampir dalam lampiran) yang kebanyakan masih menganggap bahwa sekali terkena cedera maka akan menjadi kambuhan yang merupakan jawaban salah.

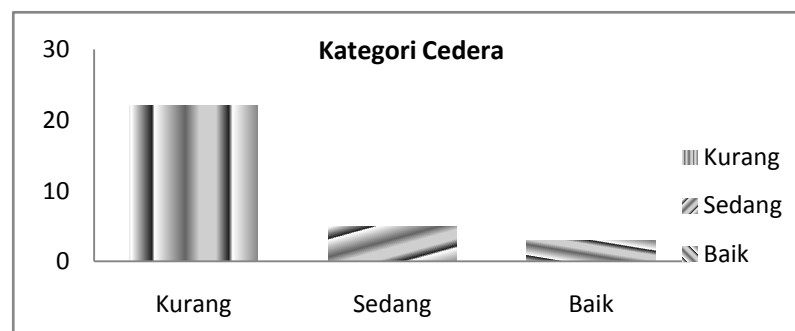
4. Deskripsi Faktor Kategori Cedera

Tingkat pengetahuan atlet mengenai cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama dari faktor kategori cedera diperoleh 22 atlet (73,3%) berpengetahuan kurang, 5 atlet (16,3%) berpengetahuan sedang, dan 3 atlet (10%) berpengetahuan baik.

Tabel 9. Faktor Kategori Cedera

Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Kurang	22	73,3
Sedang	5	16,3
Baik	3	10
Total	30	100

Distribusi frekuensi faktor kategori cedera atlet di PS Telaga Utama dapat dilihat pada Gambar 17.



Gambar 17. Frekuensi Faktor Kategori Cedera

Tabel 9 dan Gambar 17 menunjukkan hasil data yang telah dianalisis sebagai berikut: atlet sepakbola Telaga Utama dari 30 atlet 73,3% memiliki tingkat pengetahuan mengenai kategori cedera dominan pada kategori kurang, artinya atlet di PS Telaga Utama belum memiliki pengetahuan yang baik mengenai kategorisasi cedera, sehingga masih sering salah dalam memahami kategorisasi cedera. Hal ini dapat dilihat dari pilihan jawaban butir 7, 8 dan 12 masih banyak yang salah memilih jawaban, belum mampu membedakan *sprain* dan *strain*.

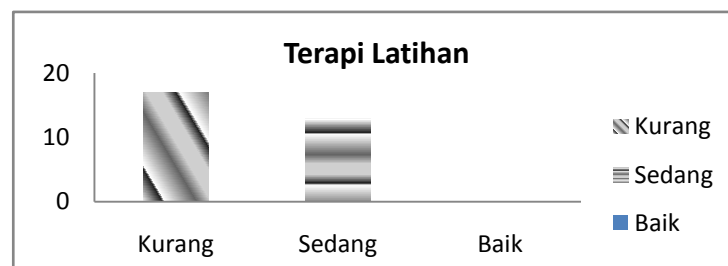
5. Deskripsi Faktor Terapi Latihan

Tingkat pengetahuan atlet mengenai cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama dari faktor terapi latihan diperoleh 17 atlet (56,7%) berpengetahuan kurang, 13 atlet (43,3%) berpengetahuan sedang, dan 0 atlet (0%) berpengetahuan baik.

Tabel 10. Faktor Terapi Latihan

Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Kurang	17	56,7%
Sedang	13	43,3%
Baik	0	0
Total	30	100

Distribusi frekuensi faktor kategori cedera atlet di PS Telaga Utama dapat dilihat pada Gambar 18.



Gambar 18. Frekuensi Faktor Terapi Latihan

Tabel 10 dan Gambar 18 menunjukkan hasil data yang telah dianalisis sebagai berikut: atlet sepakbola Telaga Utama dari 30 atlet 56,7% memiliki tingkat pengetahuan mengenai kategori cedera dominan pada kategori kurang, artinya sebagian atlet di PS Telaga Utama belum memiliki pengetahuan yang baik mengenai terapi latihan, sehingga masih ada beberapa kesalahpahaman mengenai terapi latihan. Hal ini dapat dilihat pada jawaban butir 18, beberapa atlet masih beranggapan bahwa terapi latihan adalah cara untuk menyembuhkan posisi sendi *ankle* yang bergeser. Anggapan ini tidak benar, karena pada dasarnya terapi latihan adalah bentuk aktivitas fisik untuk mengembalikan kekuatan sendi *ankle* yang pernah bergeser. Bukti lain dapat dilihat pada butir 19, beberapa atlet masih kurang tepat dalam memahami tujuan dari latihan kekuatan dan beranggapan bahwa latihan kekuatan bertujuan untuk mengembalikan ruang gerak sendi *ankle*. Pada dasarnya, latihan kekuatan bertujuan untuk meningkatkan kekuatan sendi yang melemah pasca cedera *ankle*, sementara ruang gerak sendi dapat dilatih dengan latihan kelentukan. Bukti lain bahwa pengetahuan atlet di PS Telaga Utama masih kurang dapat dilihat pada butir 25, beberapa atlet beranggapan bahwa sendi *ankle* yang sudah tidak terasa nyeri dan sakit sudah bisa langsung digunakan kembali. Hal ini yang memicu terjadinya cedera kambuhan, karena sendi yang cedera kekuatannya melemah dan tidak baik untuk langsung digunakan untuk olahraga prestasi. Sendi yang mengalami

cedera lebih baik direhabilitasi dengan menggunakan terapi latihan sehingga kekuatan sendi dapat mendekati 100% seperti sebelum cedera dan bisa terhindar dari cedera *ankle* kambuhan.

Hasil pengkategorisasian seluruh faktor tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama dapat dilihat pada Tabel 11.

Tabel 11. Pengkategorisasian Seluruh Faktor

Faktor	Kurang	Sedang	Baik
Pengertian Cedera	21 atlet	0 atlet	9 atlet
Kategori Cedera	22 atlet	5 atlet	3 atlet
Terapi Latihan	17 atlet	13 atlet	0 atlet

D. Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di Persatuan Sepak Bola Telaga Utama. Berdasarkan hasil analisis menunjukkan tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di Persatuan Sepak Bola Telaga Utama masuk dalam kategori “kurang” dan “sedang” menurut kategori yang telah dibuat oleh Nursalam (Nursalam, 2008: 1).

Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan hasil data yang telah dianalisis sebanyak 53,3% termasuk dalam kategori kurang. Tingkat pengetahuan yang kurang ini yang menyebabkan atlet di Persatuan Sepak Bola Telaga Utama sering mengalami cedera *ankle* yang kambuhan. Hal ini dikarenakan masih kurangnya tingkat pengetahuan sehingga kesadaran melakukan terapi latihan pasca cedera *ankle* menjadi kurang dan menyebabkan proses terapi latihan tidak berjalan lancar dan tuntas yang pada

akhirnya menyebabkan cedera *ankle* yang dialami berulang-ulang karena kekuatan sendi yang belum maksimal sudah digunakan untuk aktivitas olahraga prestasi. Kaminski *et al* (2013) dalam *Journal of Athletic Training* yang menyatakan manajemen *ankle sprain* terbaik adalah memasukkan latihan dan teknik mobilisasi untuk mengembalikan jangkauan gerak sendi (*Range of Motion*), kekuatan otot dan latihan keseimbangan untuk mengembalikan fungsi dan mengurangi resiko cedera kembali. Sendi *ankle* yang mengalami cedera kalau tidak diberikan terapi latihan kekuatannya tidak mendekati 100%, seperti yang diungkapkan Walker (2005: 185) bahwa sendi *ankle* yang tidak diikuti terapi latihan keadaannya hanya mencapai 80% dan terapi latihan melengkapi 20% lainnya yang mengurangi resiko kambuhan.

Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan hasil data yang telah dianalisis sebanyak 46,7% termasuk dalam kategori sedang. Hal ini dikarenakan tingkat pengetahuan yang sedang membuat atlet melakukan terapi latihan cedera *ankle* sekedarnya saja, tanpa memahami baik- baik manfaat dan tujuan dari setiap tahapan terapi latihan untuk cedera *ankle*, karena bisa saja atlet melakukan gerakan kurang maksimal atau terlalu memaksakan, atau penerapan latihan dan tujuan yang ingin dicapai tidak sesuai sehingga meskipun sudah melakukan terapi latihan pasca cedera *ankle* hasilnya kurang maksimal. Terapi latihan meskipun hanya mempengaruhi sebesar 20% dari 100% namun memiliki peran krusial untuk tingkat kesembuhan cedera (Walker, 2005: 185). Terapi latihan ditujukan untuk mengembalikan kestabilan dan kekuatan otot, hal ini krusial dalam menghasilkan

keseimbangan sendi *ankle* (McPoil *et al*, 1996: 5). Cleland (2013) menjelaskan dalam proses penyembuhan *ankle sprain* lebih efektif kalau ada intervensi atau adanya proses terapi latihan, hal ini ditunjukkan dari hasil penelitiannya yang menunjukkan adanya perubahan signifikan kondisi sendi *ankle*. Roosen (2013) mengatakan bahwa tujuan dari terapi latihan adalah memperbaiki kekuatan otot, ruang gerak sendi, dan kendali sensiomotor. Keberhasilan terapi latihan didukung oleh faktor pengetahuan yang memadai terkait teori-teori terapi latihan pasca cedera *ankle* seperti tujuan, manfaat, dan bentuk gerakan terapi latihan.

Hasil penelitian tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama lebih dari setengah termasuk dalam kategori kurang, sehingga ke depannya masih perlu meningkatkan pemahaman atlet tentang terapi latihan cedera *ankle* dengan cara mengadakan pelatihan tentang penanganan dan terapi latihan cedera *ankle*. Selain itu juga perlu melakukan pembenahan paradigma yang selama ini keliru, sebagai contoh kebanyakan subjek penelitian masih beranggapan bahwa cedera akut merupakan cedera yang sudah parah, sebenarnya cedera akut merupakan kategorisasi cedera berdasarkan waktu terjadinya yaitu kurang dari 24 jam. Contoh selanjutnya beberapa atlet masih beranggapan bahwa terapi latihan adalah cara untuk menyembuhkan posisi sendi *ankle* yang bergeser. Anggapan ini tidak benar, karena terapi latihan adalah bentuk aktivitas fisik untuk mengembalikan kekuatan sendi *ankle* yang pernah bergeser. Contoh lainnya beberapa atlet masih kurang tepat dalam memahami tujuan dari latihan kekuatan dan

beranggapan bahwa latihan kekuatan bertujuan untuk mengembalikan ruang gerak sendi *ankle*. Pada dasarnya, latihan kekuatan bertujuan untuk meningkatkan kekuatan sendi yang melemah pasca cedera *ankle*, sementara ruang gerak sendi dapat dilatih dengan latihan kelentukan. Mitos yang keliru dan masih tetap ada adalah anggapan bahwa sendi *ankle* yang sudah tidak terasa nyeri dan sakit sudah bisa langsung digunakan kembali. Hal ini yang memicu terjadinya cedera kambuhan, karena sendi yang cedera kekuatannya melemah dan tidak baik untuk langsung digunakan untuk olahraga prestasi. Sendi yang mengalami cedera lebih baik direhabilitasi dengan menggunakan terapi latihan sehingga kekuatan sendi dapat mendekati 100% seperti sebelum cedera dan bisa terhindar dari cedera *ankle* kambuhan. Jadi, tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama secara umum masih termasuk dalam kategori kurang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh hasil data yang sudah diolah bahwa tingkat pengetahuan atlet mengenai terapi latihan cedera *ankle* di PS Telaga Utama yaitu lebih dari setengah atlet masuk dalam kategori kurang, sedangkan sisanya masuk dalam kategori sedang, dan tidak satupun atlet yang masuk dalam kategori baik.

B. Implikasi

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka implikasi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Diketahui bahwa pengetahuan terapi latihan di PS Telaga Utama masih kurang dan perlu untuk diberikan pelatihan dan wawasan agar memiliki kemampuan dalam penanganan cedera dengan metode terapi latihan masuk kategori baik sehingga meningkatkan kesadaran.
2. Pelaksanaan program latihan, harus selalu didampingi dengan program pemulihan yaitu dengan adanya terapi latihan.
3. Pelatih dan manajemen Persatuan Sepak Bola Telaga Utama harus selalu mengadakan pelatihan khususnya dalam penanganan cedera atlet sepak bola Telaga Utama.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan dengan seksama, tetapi masih ada keterbatasan dan kelemahan, kelemahan tersebut adalah:

1. Peneliti tidak mengontrol latar belakang pendidikan dan usia atlet yang dapat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan tentang cedera *ankle* dan terapi latihan.
2. Peneliti hanya mengambil sampel penelitian sejumlah 30 atlet, sehingga hasil dari penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan ke seluruh atlet di Indonesia

D. Saran

Dari kesimpulan penelitian di atas, ada beberapa saran yang dapat disampaikan yaitu:

1. Bagi pelatih untuk mengusahakan tambahan wawasan bagi atlet yang mengalami cedera *ankle* tentang pentingnya terapi latihan dalam proses kesembuhan, karena tingkat pengetahuan atlet tentang cedera *ankle* dan terapi latihan di PS Telaga Utama masuk dalam kategori kurang
2. Bagi PS Telaga Utama agar mempertimbangkan perlu atau tidaknya seorang terapis yang ahli untuk membantu pelatih dalam penambahan wawasan pemain tersebut, karena dengan adanya seorang terapis dapat meringankan tugas seorang pelatih.
3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan menggunakan aspek lain dari pengetahuan untuk diteliti seperti sikap dan penerapan terapi latihan sebagai variabel penelitian dengan melibatkan faktor pendidikan dan usia.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Syamsudin. 2010. "Aspek-Aspek Penilaian (Ranah Kognitif, Afektif, dan Psikomotor) Asessmen Pembelajaran Fisika." UPI.
- Adhitya Irama Putra. (2013). "Hubungan Tingkat Pengetahuan Diet dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) Member Fitness Center Di Gajah Mada Medical Center (GMC) Health Center." *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta
- Ali Satia Graha dan Bambang Priyonoadi. 2012. *Terapi Masase Frirage Penatalaksanaan Cedera Pada Anggota Gerak Tubuh Bagian Bawah*. Yogyakarta: Digibooks.
- _____. 2009. *Terapi Masase Frirage Penatalaksanaan Cedera Pada Anggota Tubuh Bagian Atas*. Yogyakarta: Digibooks.
- Amirul Hadi. 2011. *Teknik Mengajar Secara Sistematis*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Anderson, Marcia K., Gail P. Parr, Susan J. Hail. 2009. *Foundations of Athletic Training Prevention, Assessment, and Management* (4th Edition). Maryland: Wolters Kluwer Business.
- Angga. 2011. *Cedera Olahraga Dan Macam-Macamnya, Serta Sebab-Sebab Terjadinya Cedera*. Diakses di <http://orteach.blogspot.co.id/2011/02/cedera-olahraga-dan-macam-macamnya.html> pada Rabu, 16 Desember 2015 pukul 11.34 WIB.
- Aune, Bruce. 2009. *An Empiricist Theory of Knowledge*. Oxford: BookSurge.
- Bambang Prasetyo. 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif Teori dan Praktek*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.
- Bambang Wijanarko, dkk. 2010. *Masase Terapi Cedera Olahraga*. Surakarta: Yuma Pustaka.
- Bleakley, Chris M, et al. (2010). *Effect of Accelerated Rehabilitation on Function after Ankle Sprains: Randomised Controlled Trial*. BMJ Online.bmj.com diunduh pada 21 Maret 2015.
- Cael, Christy. (2009). *Functional Anatomy Muskuloskeletal Anatomy, Kinesiology, and Palpation for Manual Therapy (LWW Massage Therapy & Bodywork Educational Series*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

- Chorley, Joseph N and Albert C. Hergenroeder.(1997). *Management of Ankle Sprains*. **Pdiatric Annals**. January 1997; 26, 1; Proquestpg 56.
- Christian Pramudhito. 2013. *Terapi Latihan*. Diakses di <http://chriztpr.blogspot.com/2013/02/terapi-latihan.html> pada 7 April 2015 pukul 20:27
- Chusid, J.G. 1993. *Neuroanatomi Corelatif dan Neuro Fungsional*. Bagian satu. Gajah Mada University Press : Yogyakarta
- Cleland, Joshua A., Paul Mintken, Amy Mcdevitt, Melanie Bieniek, Kristine Carpenter, Katherine Kulp, Julie M. Whitman. 2013. *Manual Physical Therapy and Exercise Versus Supervised Home Exercise in the Management of Patients With Inversion Ankle Sprain: A Multicenter Randomized Clinical Trial*. **Journal of Orthopaedic & Sport Physical Therapy** : 43(7): 443-456.
- Deni Darmawan. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya Offset
- Ebnezar J (2003) *Essentials of orthopaedics for physiotherapists*. 1st Ed. New Delhi, Jaypee Brothers Medical Publishers (p) Ltd., 52-59
- Hollis, Margaret and Phyl Fletcher-Cook. 1999. *Practical Exercise Therapy 4th Edition*. Oxford: The Alden Press.
- d'Hooghe, Pieter P.R.N. and Gino M.M.J. Kerkhoffs. 2014. *The Ankle In Football*. Paris: Springer-Verlag.
- Hootman JM, Macera CA, Ainsworth BE, Addy CL, Martin M, Blair SN. (2002). *Epidemiology of musculoskeletal injuries among sedentary and physically active adults*. **Medicine and Science in Sports & Exercise**, 2002; 34 (5):838-844.
- Junaidi (2004). *Pencegahan dan Penanganan Cedera Olahragai*. **Fortius Jurnal Ilmu Keolahragaan**. 4 (2).Hlm 132.
- Kaminski, Thomas W, et al. (2013). *National Athletic Trainers'Association Position Statement:Conservative Management and Prevention of Ankle Sprains in Athletes*. **Journal of Athletic Training** ; 48(4): 528-545 doi: 10.4085/1062-6050-48.4.02
- Kisner C, and Colby LA. (2007). *Therapeutic exercise: foundations and techniques*. 5th Ed. Philadelphia, FA Davis Company, 296-298,305-307.

- Kruger, Judy. 2011. *Community Options for Outdoor Recreation as an Alternative to Maintain Population Health and Wellness*. USA: Departemen Kesehatan.
- Lavallee, M.E and T. Balam. (2010). An overview of strength training injuries: acute and chronic. **Curr. Sports Med. Rep.**, 9(5): 307-313,
- Lemos, Noah. 2007. *An Introduction to The Theory of Knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lin, Chung-Wei Christine, Claire E. Hiller, and Rob A. de Bie. 2010. *Evidence-based Treatment for Ankle Injuries*. **Journal of Manual and Manipulative Therapy** : 18(1): 22-28.
- Mattacola, Carl G. dan Maureen K. Dwyer. (2002). *Rehabilitation of the Ankle After Acute Sprain or Chronic Instability*. **Journal of Athletic Training** ; 37(4): 413-429
- McPoil, Thomas, Michael Muller, Steve Reischl, and Joe Tomaro. 1996. *Taking Care of Your Foot and Ankle A Physical Therapist's Perspective*. Alexandria: American Physical Therapy Association
- Nanang Tri Wahyudi. 2012. *Ankle Sprain*. Diakses di <http://dokternanang.blogspot.co.id/2012/05/sprain.html> pada Rabu, 16 Desember 2015 pukul 13.01 WIB.
- Nasution, S. 2012. *Metode Research (Penelitian Ilmiah)*. Jakarta: Remaja Rosdakarya
- noname. (2013). *Ankle Sprains Combination of Manual Therapy and Supervised Exercise Leads to Better Recovery*. **J Orthop Sports Phys Ther**;43(7):456doi:10.2519/jospt.2013.0504 yang diunduh pada 9 Februari 2015.
- Novita Intan Arofah. *Buku Ajar Kuliah Fisioterapi*. Diakses di <http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/Buku%20Ajar%20Kuliah%20Fisioterapi.pdf> pada Senin 16 Februari 2015 pukul 21:08 WIB.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika.
- Rakhmat Hadi Sucipto. 2014. *Cedera Tak Kunjung Reda*. Diakses di <http://www.republika.co.id/berita/koran/teraju/14/12/05/ng3i0g32-cedera-tak-kunjung-reda> pada Minggu 27 September 2015 pukul 11:53 WIB.
- Retno Utari Widayaiswara Madya. "Taksonomi Bloom Apa dan Bagaimana Menggunakannya?" Pusklat KNPK.

- Riduwan. 2002. *Skala Pengukuran Variabel-variabel Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Roosen, Philip, Tine Willems, Roel De Ridder, Lorena San Miguel, Kristen Holdt, Henningsen, Dominique Paulus, An De Sutter, and Pascale Jonckheer. 2013. *Ankle Sprains: Diagnosis and Therapy*. KCE Reports. Diakses dalam <http://www.kce.fgov.be> pada Senin 1 Februari 2016 pukul 07.00 WIB.
- Russe, Otto. 1975. *International SFTR Method of Measuring and Recording Joint Motio*. Hans Huber Publishers, Bern.
- Saryono.(2006). *Futsal Sebagai Salah Satu Permainan Alternatif untuk Pembelajaran Sepak bola dalam Pendidikan Jasmani*. Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia.3 (3).Hlm 48.
- Setia Budi. (2013). “Deskripsi Faktor Resiko dan Ketepatan Penanganan Cedera Tungkai Kaki pada Olahraga Sepakbola di Klub Bigreds Yogyakarta Tahun 2013.” *Skripsi*. FIK UNY.
- Slamet Sumargo. (2010). “Pengetahuan Mahasiswa PKS PJKR Kelas N FIK UNY Terhadap Perawatan Cedera Olahaga Lutut dan Engkel.” *Skripsi*. FIK UNY.
- Small, Kelly (2009).*Ankle Sprains and Fractures in Adults*. *Jurnal Orthopedic Essential*. Vol. 28.Halaman 314-320.
- Suharsimi Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Sutrisno Hadi. 1991. *Analisis Butir Instruman Angket, Tes dan Skala Nilai dengan Basica*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Tim Anatomi FIK UNY. 2011. *Diktat Anatomi Manusia*. Yogyakarta :Laboratorium Anatomi FIK UNY.
- Uqihakim. 2013. *Pengertian Terapi Latihan*. Diakses di <https://rendragitaaulia.wordpress.com/2014/12/13/pengertian-terapi-latihan/> diunduh pada 7 April 2015 pukul 20:28.
- Walker, Brad. (2005). *The Sports Injury Handbook*. Queensland: Walkerbou tHelath Pty Ltd.
- Wikipedia. 2013. *Sepak Bola*. *Online*. Diakses di http://id.wikipedia.org/wiki/Sepak_bola pada Kamis 14 November 2013 pukul 17:32 WIB

- Wikipedia. 2014. *Pengetahuan. Online.* <http://id.wikipedia.org/Pengetahuan> diunduh pada senin 17 November 2014 pukul 8.35 WIB
- Wishnu Subroto. 2010. *Terapi Latihan.* Diakses di <http://wishnubroto.blogspot.com/2010/02/terapi-latihan-definisi-dikemukakan.html> pada 7 April 2015 pukul 20:29.
- Woro Wahyu Yuliana. (2014). "Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Ibu yang Mempunyai Anak Usia Pra sekolah dalam Membawa Anak ke Posyandu Wilayah Kerja Desa Giriroto." *Skripsi.* Surakarta: Stikes Kusuma Husada.
- _____. *Ankle Alphabet.* Diakses di <http://shorefootandankle.com> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.
- _____. *BAPS.* Diakses di <http://4.bp.blogspot.com/> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.
- _____. *Ligamen-Ligamen Pergelangan Kaki.* Diakses di <http://img.tfd.com/> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.
- _____. *Picking Up Object.* Diakses di <http://www.runnersworld.co.za/> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.
- _____. *Plantar Fascia Stretch.* Diakses di <http://www.foot-ankle.co.uk/lib/> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.
- _____. *Shin Splints.* Diakses di <http://www.andorrapediatrics.com> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.
- _____. *Susunan Tulang Pergelangan Kaki.* Diakses di <https://faithanatomy.wikispaces.com/> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.
- _____. *Towel Crunches.* Diakses di <http://4.bp.blogspot.com/> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.
- _____. *Triceps Surae Stretch.* Diakses di <http://image.slidesharecdn.com/> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.
- _____. *Unilateral Balance Activities.* Diakses di <http://img.aws.livestrongcdn.com/> pada Rabu 16 Desember 2015 pukul 12.02 WIB.

LAMPIRAN

Lampiran 2. Surat Pernyataan *Expert Judgement*

PERNYATAAN EXPERT JUDGEMENT

Setelah memeriksa kuesioner dari penelitian yang berjudul “**Tingkat Pengetahuan Atlet tentang Terapi Latihan Cedera Ankle Di Persatuan Sepak Bola Telaga Utama**” yang disusun oleh:

Nama : Bimantoro Setio Nugroho
NIM : 12603141011
Prodi/Jurusan : Ilmu Keolahragaan
Fakultas : Ilmu Keolahragaan

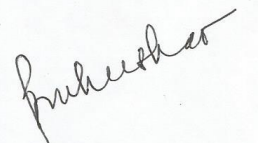
Dengan ini saya:

Nama : Dr. dr. BM. Wara Kushartanti, M. S..
NIP : 195805 198403 2 001
Jabatan/Instansi : Dosen Ilmu Keolahragaan/FIK UNY

menyatakan bahwa kuesioner tersebut layak dan memberikan saran untuk pembenahan:

.....*Kisi-kisi angket sudah baik. Pernyataan yang digunakan dalam angket perlu diubah dan disesuaikan, ditambah mitos-mitos keliru mengenai penanganan cedera.*.....
.....
.....
.....
.....

Yogyakarta, 07 Januari 2016



Dr. dr. BM. Wara Kushartanti, M.S..
NIP. 195805 198403 2 001

Lampiran 3. Hasil Uji Reliabilitas

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.738	38

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pengertian cedera	21.80	35.511	-.390	.764
pengertian cedera	21.90	32.989	.018	.744
kategori cedera	22.10	30.989	.401	.724
kategori cedera	21.60	34.044	-.172	.750
kategori cedera	21.90	34.322	-.198	.755
terapi latihan	21.60	30.711	.533	.720
terapi latihan	21.80	30.400	.476	.720
kategori cedera	21.90	28.100	.895	.695
kategori cedera	21.70	30.233	.548	.717
pengertian cedera	21.80	28.844	.769	.703
terapi latihan	21.90	28.989	.724	.705
terapi latihan	22.00	28.222	.891	.696
pengertian cedera	21.90	36.544	-.541	.772
kategori cedera	21.90	31.211	.321	.728
terapi latihan	21.90	30.989	.360	.726
terapi latihan	21.70	33.122	.004	.744
terapi latihan	22.00	33.111	.000	.745
terapi latihan	21.50	32.056	.341	.730
terapi latihan	22.00	34.667	-.256	.758
terapi latihan	22.00	30.222	.509	.718

terapi latihan	21.80	33.733	-.104	.750
terapi latihan	21.90	31.878	.205	.734
terapi latihan	21.90	34.989	-.303	.760
terapi latihan	21.90	31.433	.282	.730
terapi latihan	21.60	30.711	.533	.720
terapi latihan	21.80	32.622	.083	.741
terapi latihan	21.90	28.989	.724	.705
terapi latihan	21.80	31.067	.355	.726
terapi latihan	21.90	32.544	.092	.740
terapi latihan	21.70	33.789	-.115	.750
terapi latihan	21.90	28.100	.895	.695
terapi latihan	21.50	33.611	-.091	.744
terapi latihan	21.70	31.122	.375	.726
terapi latihan	21.70	32.011	.207	.734
terapi latihan	21.70	31.789	.249	.732
terapi latihan	21.70	32.456	.125	.738
terapi latihan	21.80	32.844	.045	.743
terapi latihan	21.70	32.011	.207	.734

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	90.9
	Excluded ^a	1	9.1
	Total	11	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

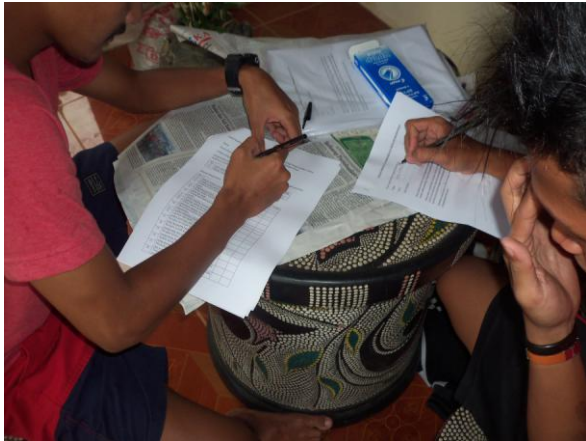
Cronbach's Alpha	N of Items
.877	30

Item-Total Statistics

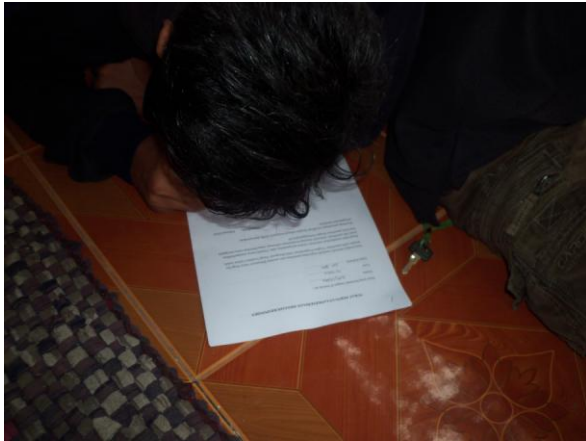
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted

pengertian cedera	17.70	44.233	.269	.877
kategori cedera	17.90	42.544	.575	.869
kategori cedera	17.30	44.456	.437	.873
kategori cedera	17.20	46.400	.000	.878
terapi latihan	17.40	42.711	.637	.869
terapi latihan	17.60	43.822	.338	.875
kategori cedera	17.70	40.011	.917	.860
kategori cedera	17.50	43.167	.473	.872
pengertian cedera	17.60	40.489	.859	.862
terapi latihan	17.70	41.122	.740	.865
terapi latihan	17.80	40.622	.837	.862
kategori cedera	17.70	44.011	.302	.876
terapi latihan	17.70	43.567	.367	.874
terapi latihan	17.50	45.611	.085	.881
terapi latihan	17.80	45.956	.025	.882
terapi latihan	17.30	44.456	.437	.873
terapi latihan	17.80	43.067	.452	.872
terapi latihan	17.70	44.900	.173	.879
terapi latihan	17.70	43.344	.400	.873
terapi latihan	17.40	42.711	.637	.869
terapi latihan	17.60	44.489	.239	.877
terapi latihan	17.70	41.789	.636	.867
terapi latihan	17.60	44.489	.239	.877
terapi latihan	17.70	45.344	.110	.881
terapi latihan	17.70	40.011	.917	.860
terapi latihan	17.50	44.278	.294	.876
terapi latihan	17.50	44.500	.259	.877
terapi latihan	17.50	44.722	.224	.877
terapi latihan	17.50	44.722	.224	.877
terapi latihan	17.50	44.722	.224	.877

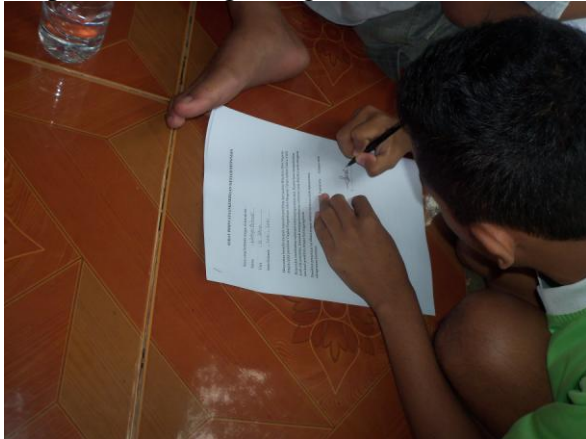
Lampiran 4. Dokumentasi



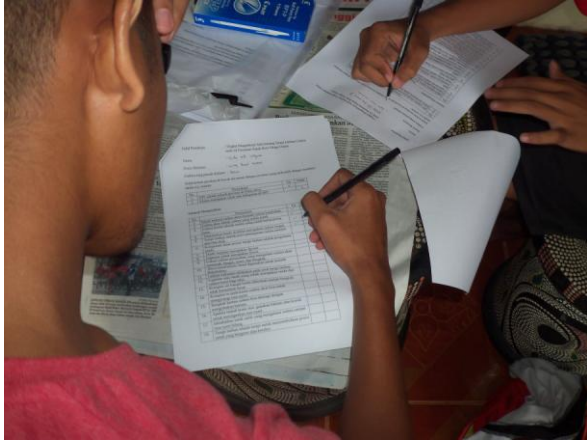
Responden sedang mengisi kuesioner



Responden sedang mengisi kuesioner



Responden sedang mengisi kuesioner



Responden sedang mengisi kuesioner



Suasana sesi latihan di PS Telaga Utama



Suasana sesi latihan PS Telaga Utama

Lampiran 5. Surat Ijin Uji Coba Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
Alamat : Jl. Kolombo No.1 Yogyakarta 55281 Telp.(0274) 513092, 586168 psw: 282, 299, 291, 541

Nomor : 653/UN.34.16/PP/2015.
Lamp : 1 Eks.
Hal : Permohonan Ijin Uji Coba Penelitian.

29 Desember 2015.

Yth : Pengelola UKM Sepakbola UNY.

Dengan hormat, disampaikan bahwa untuk keperluan uji coba penelitian dalam rangka penulisan tugas akhir skripsi, kami mohon berkenan Bapak/Ibu/Saudara untuk memberikan ijin pengambilan data bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta :

Nama : Bimantoro Setio Nugroho.
NIM : 12603141011.
Program Studi : Ilmu Keolahragaan (IKORA).

Penelitian akan dilaksanakan pada :

Waktu : Januari 2016.
Tempat/obyek : UKM Sepakbola UNY.
Judul Skripsi : Tingkat Pengetahuan Atlet tentang Terapi Latihan Cidera Ankle di Persatuan Sepakbola Telaga Utama.

Demikian surat ijin uji coba penelitian ini dibuat agar yang berkepentingan maklum, serta dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. —

Dekan.



Prof. Dr. Wawan S. Suherman, M.Ed.
NIP. 196407071988121001

Tembusan :

1. Kaprodi IKORA.
2. Pembimbing TAS.
3. Mahasiswa ybs.

Lampiran 6. Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
Alamat : Jl. Kolombo No.1 Yogyakarta 55281 Telp.(0274) 513092, 586168 psw: 282, 299, 291, 541

Nomor : 653/UN.34.16/PP/2015.
Lamp : 1 Eks.
Hal : Permohonan Ijin Penelitian.

29 Desember 2015.

Yth : Pengelola Persatuan Sepakbola Telaga Utama.

Dengan hormat, disampaikan bahwa untuk keperluan penelitian dalam rangka penulisan tugas akhir skripsi, kami mohon berkenan Bapak/Ibu/Saudara untuk memberikan ijin penelitian bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta :

Nama : Bimantoro Setio Nugroho.
NIM : 12603141011.
Program Studi : Ilmu Keolahragaan (IKORA).

Penelitian akan dilaksanakan pada :

Waktu : Januari s.d Maret 2016.
Tempat/obyek : Persatuan Sepakbola Telaga Utama.
Judul Skripsi : Tingkat Pengetahuan Atlet tentang Terapi Latihan Cedera Ankle di Persatuan Sepakbola Telaga Utama.

Demikian surat ijin penelitian ini dibuat agar yang berkepentingan maklum, serta dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dekan,



Prof. Dr. Wawan S. Suherman, M.Ed.
NIP. 19620707 198812 1 001

Tembusan :

1. Pengelola/Pelatih PS. Telaga Utama
2. Kaprodi IKORA.
3. Pembimbing TAS.
4. Mahasiswa ybs.

Lampiran 7. Surat Kesediaan Responden

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dari saudara Bimantoro Setio Nugroho dengan judul penelitian Tingkat Pengetahuan Atlet Tentang Cedera Ankle dan Terapi Latihan.

Responden memberikan informasi selama pengambilan data. Peneliti harus memperhatikan kode etik penelitian, termasuk menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan serta menggunakan hasil penelitian dengan bertanggungjawab.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, Maret 2016

(.....)

Lampiran 8. Kuesioner Uji Coba

Judul Penelitian : Tingkat Pengetahuan Atlet tentang Cedera *Ankle* dan Terapi Latihan Di Persatuan Sepak Bola Telaga Utama
 Nama :
 Posisi Bermain :
 Cedera yang pernah dialami :

Isilah kolom jawaban di bawah ini sesuai dengan jawaban yang anda pilih dengan memberi tanda (v), contoh:

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	DIY adalah sebuah provinsi di Pulau Jawa.	v	
2.	Klaten merupakan salah satu kabupaten di DIY.		v

Selamat Mengerjakan.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Nyeri di bagian sendi <i>ankle</i> merupakan gejala cedera		
2.	Sekali terkena cedera akan menjadi cedera kambuhan.		
3.	Cedera akut adalah cedera yang sudah parah		
4.	Cedera kronis adalah cedera yang sudah berlangsung lama.		
5.	Terputusnya tendo Achilles merupakan cedera ringan.		
6.	Terapi latihan adalah jenis penanganan cedera melalui aktivitas fisik.		
7.	Komponen dasar proses terapi latihan adalah penguluran sendi.		
8.	Tendo terputus merupakan <i>Sprain</i> .		
9.	Ligamen sobek merupakan <i>Strain</i> .		
10.	Lokasi sekitar persendian yang mengalami cedera akan memerah, hangat, nyeri, dan bengkak.		
11.	<i>Thera-band/elastic-band</i> digunakan untuk melatih fleksibilitas.		
12.	Latihan kekuatan dilakukan pada awal terapi latihan.		
13.	Pergerakan sendi <i>ankle</i> yang terbatas merupakan tanda adanya cedera.		
14.	Ligamen atau tendo yang sobek merupakan tanda dari cedera berat bagi atlet.		
15.	Kompres air hangat boleh diberikan setelah bengkak tidak bertambah besar		
16.	Kompres es pada kasus cedera akut bisa untuk mengurangi rasa nyeri.		
17.	Bengkak karena cedera bisa diterapi dengan		

	mengoleskan balsem.		
18.	Apabila terjadi kram otot, gunakan balsam atau koyok untuk meringankan rasa nyeri.		
19.	Kompres dengan air hangat saat terjadi cedera akut.		
20.	Istirahatkan sendi <i>ankle</i> yang mengalami cedera sampai rasa nyeri hilang.		
21.	Pembebanan latihan langsung dari beban berat ke beban ringan untuk pemulihan.		
22.	Terapi latihan adalah terapi untuk menyembuhkan posisi sendi yang bergeser atau keseleo.		
23.	Latihan kekuatan otot dilatih bersamaan dengan latihan peregangan.		
24.	Latihan kekuatan dilakukan untuk mengembalikan ruang gerak sendi.		
25.	Terapi latihan hanya diberikan pada atlet yang cedera saja.		
26.	Bagi atlet, proses terapi latihan selesai pada tahap penguatan sendi <i>ankle</i> yang mengalami cedera.		
27.	Fase dalam terapi latihan antara lain fase pengendalian peradangan, pengembalian ruang gerak sendi, penguatan, koordinasi, dan daya tahan.		
28.	Penguluran sendi <i>ankle</i> dilakukan untuk melatih kekuatan otot persendian.		
29.	Pembebanan diberikan untuk melatih kekuatan otot agar terhindar dari terjadinya cedera kambuhan.		
30.	Proses terapi latihan cedera tidak harus runtut dan bisa dilakukan secara selang-seling.		
31.	Sendi <i>ankle</i> yang telah diposisikan kembali dan terasa enak bisa langsung digunakan latihan kembali.		
32.	Koordinasi dan daya tahan jantung paru dilatih pada fase pengembalian ke aktivitas olahraga bukan pada fase pengembalian ruang gerak sendi.		
33.	Latihan kekuatan menggunakan <i>thera-band</i> dengan melakukan gerakan-gerakan sendi <i>ankle</i> .		
34.	PNF digunakan untuk mengembalikan ruang gerak sendi <i>ankle</i> yang cedera.		
35.	Latihan menuliskan huruf alfabet adalah bentuk terapi latihan pengembalian ruang gerak sendi <i>ankle</i> .		
36.	Latihan keseimbangan menggunakan satu kaki diluruskan dan kaki yang lain ditekuk (jongkok dengan satu kaki).		
37.	<i>Standing Jump & Skipping</i> / lompat tali dilakukan pada tahap penguatan dari terapi latihan cedera <i>ankle</i> .		
38.	Model gerakan latihan diawali dari yang sulit ke yang mudah dilakukan untuk memaksimalkan hasil latihan.		

Lampiran 9. Kuesioner Penelitian

Judul Penelitian : Tingkat Pengetahuan Atlet tentang Cedera *Ankle* dan Terapi Latihan Di Persatuan Sepak Bola Telaga Utama

Nama :

Posisi Bermain :

Cedera yang pernah dialami :

Isilah kolom jawaban di bawah ini sesuai dengan jawaban yang anda pilih dengan memberi tanda (v), contoh:

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	DIY adalah sebuah provinsi di Pulau Jawa.	v	
2.	Klaten merupakan salah satu kabupaten di DIY.		v

Selamat Mengerjakan.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Sekali terkena cedera akan menjadi cedera kambuhan.		
2.	Cedera akut adalah cedera yang sudah parah		
3.	Cedera kronis adalah cedera yang sudah berlangsung lama.		
4.	Terputusnya tendo Achilles merupakan cedera ringan.		
5.	Terapi latihan adalah jenis penanganan cedera melalui aktivitas fisik.		
6.	Komponen dasar proses terapi latihan adalah penguluran sendi.		
7.	Tendo terputus merupakan <i>Sprain</i> .		
8.	Ligamen sobek merupakan <i>Strain</i> .		
9.	Lokasi sekitar persendian yang mengalami cedera akan memerah, hangat, nyeri, dan bengkak.		
10.	<i>Thera-band/elastic-band</i> digunakan untuk melatih fleksibilitas.		
11.	Latihan kekuatan dilakukan pada awal terapi latihan.		
12.	Ligamen atau tendo yang sobek merupakan tanda dari cedera berat bagi atlet.		
13.	Kompres air hangat boleh diberikan setelah bengkak tidak bertambah besar		
14.	Kompres es pada kasus cedera akut bisa untuk mengurangi rasa nyeri.		
15.	Bengkak karena cedera bisa diterapi dengan mengoleskan balsem.		

16.	Apabila terjadi kram otot, gunakan balsam atau koyok untuk meringankan rasa nyeri.		
17.	Istirahatkan sendi <i>ankle</i> yang mengalami cedera sampai rasa nyeri hilang.		
18.	Terapi latihan adalah terapi untuk menyembuhkan posisi sendi yang bergeser atau keseleo.		
19.	Latihan kekuatan dilakukan untuk mengembalikan ruang gerak sendi.		
20.	Terapi latihan hanya diberikan pada atlet yang cedera saja.		
21.	Bagi atlet, proses terapi latihan selesai pada tahap penguatan sendi <i>ankle</i> yang mengalami cedera.		
22.	Fase dalam terapi latihan antara lain fase pengendalian peradangan, pengembalian ruang gerak sendi, penguatan, koordinasi, dan daya tahan.		
23.	Penguluran sendi <i>ankle</i> dilakukan untuk melatih kekuatan otot persendian.		
24.	Pembebanan diberikan untuk melatih kekuatan otot agar terhindar dari terjadinya cedera kambuhan.		
25.	Sendi <i>ankle</i> yang telah diposisikan kembali dan terasa enak bisa langsung digunakan latihan kembali.		
26.	Latihan kekuatan menggunakan <i>thera-band</i> dengan melakukan gerakan-gerakan sendi <i>ankle</i> .		
27.	PNF digunakan untuk mengembalikan ruang gerak sendi <i>ankle</i> yang cedera.		
28.	Latihan menuliskan huruf alfabet adalah bentuk terapi latihan pengembalian ruang gerak sendi <i>ankle</i> .		
29.	Latihan keseimbangan menggunakan satu kaki diluruskan dan kaki yang lain ditekuk (jongkok dengan satu kaki).		
30.	Model gerakan latihan diawali dari yang sulit ke yang mudah dilakukan untuk memaksimalkan hasil latihan.		