



ASOSIASI PELATIH
KEBUGARAN INDONESIA

APKI

FORMULIR ASSESSMENT



- Pernyataan Persetujuan (Informed Consent)
- Penilaian Kualitas Kesehatan
- Penilaian Postural Dinamis

Pernyataan Persetujuan untuk Program Kebugaran Fisik (Informed Consent for Physical Fitness Program)

Nama Klien : _____

Tanggal Pengisian : _____

1. Tujuan dan Penjelasan Prosedur

Saya dengan ini secara sadar dan sukarela menyetujui untuk terlibat dalam rencana latihan yang akan diterima. Saya juga memberikan persetujuan untuk diberikan program oleh pelatih yang direkomendasikan untuk saya dalam bentuk aktivitas fisik dan bimbingan untuk meningkatkan kesehatan maupun kebugaran. Tingkat latihan yang akan dilakukan akan didasarkan pada kondisi dan kemampuan saya.

Saya memahami bahwa saya diharapkan untuk menghadiri setiap sesi dan mengikuti instruksi sehubungan dengan aktivitas olahraga, dan program kesehatan maupun kebugaran lainnya.

Saya memahami bahwa saya mungkin diminta untuk menjalani pengujian (assessment) bertahap sebelum memulai program latihan untuk menilai tingkat kebugaran saya saat ini dan juga diberikan sesi evaluasi secara berkala setelah program dimulai.

Saya akan diberikan instruksi pribadi mengenai jumlah dan jenis olahraga yang harus saya lakukan. Pelatih yang profesional akan mengarahkan aktivitas, memantau kinerja, dan mengevaluasi upaya saya. Tergantung pada status kesehatan saya, saya mungkin diminta atau tidak diminta untuk mengevaluasi tekanan darah dan/atau detak jantung saya selama sesi berlatih untuk mengatur intensitas olahraga saya dalam batas yang diinginkan.

Jika saya meminum obat yang diresepkan, saya pastikan sudah memberitahu pelatih saya dan selanjutnya setuju untuk segera memberi tahu mereka tentang perubahan apa pun yang telah dilakukan oleh dokter saya atau saya sehubungan dengan penggunaan obat tersebut.

Saya telah diberitahu bahwa selama saya berpartisipasi dalam program pelatihan yang dijelaskan di atas, saya akan diminta untuk menyelesaikan latihan kecuali jika muncul gejala seperti kelelahan, sesak napas, rasa tidak nyaman di dada, atau kejadian serupa. Pada titik ini, saya telah diberi tahu bahwa saya berhak sepenuhnya untuk mengurangi atau menghentikan olahraga dan merupakan kewajiban saya untuk memberi tahu pelatih tentang gejala yang saya alami, jika gejala tersebut muncul.

Saya memahami bahwa selama melakukan latihan, pelatih akan memantau kinerja saya secara berkala dan, mungkin mengukur denyut nadi, tekanan darah, atau menilai perasaan saya dalam berusaha untuk tujuan memantau kemajuan saya. Saya juga memahami bahwa pelatih dapat mengurangi atau menghentikan program latihan saya jika salah satu temuan ini menunjukkan bahwa hal ini harus dilakukan demi keselamatan dan keuntungan saya.

Saya juga memahami bahwa selama menjalankan program latihan, sentuhan fisik dan posisi tubuh tertentu mungkin diperlukan untuk menilai reaksi otot dan tubuh saya terhadap latihan tertentu, serta untuk memastikan bahwa saya menggunakan teknik dan kesejajaran tubuh yang tepat. Saya mengizinkan adanya kontak fisik tersebut karena alasan yang disebutkan di atas tetapi juga berhak menolak apabila saya tidak menyetujuinya dengan alasan pribadi.

2. Risiko

Saya telah diberitahu bahwa ada kemungkinan kecil selama latihan terjadi perubahan yang merugikan seperti, tekanan darah abnormal, pingsan, pusing, gangguan irama jantung, dan/atau kasus yang sangat jarang terjadi seperti serangan jantung, stroke, atau bahkan kematian. Saya lebih lanjut memahami dan telah diberitahu bahwa terdapat risiko cedera tubuh termasuk cedera pada jaringan ikat seperti otot, ligamen, maupun tendon.

Saya juga telah diberitahu setiap upaya akan dilakukan untuk meminimalkan kejadian ini dengan penilaian yang tepat terhadap kondisi saya sebelum setiap sesi pelatihan kebugaran. Saya sepenuhnya memahami adanya risiko yang terkait dengan olahraga, termasuk risiko cedera tubuh, serangan jantung, stroke, atau bahkan kematian. Namun mengetahui risiko ini, saya tetap berkeinginan untuk berpartisipasi.

3. Manfaat yang Diharapkan dan Alternatif yang Tersedia untuk Latihan

Saya memahami bahwa program ini mungkin bermanfaat atau tidak bermanfaat bagi kebugaran fisik atau kesehatan saya secara umum. Saya menyadari bahwa keterlibatan dalam sesi latihan akan memungkinkan saya mempelajari cara yang tepat untuk melakukan latihan pengondisian, menggunakan alat bantu, dan mengatur upaya fisik saya saat berolahraga.

Saya memahami pengalaman ini akan bermanfaat bagi saya dengan lebih mengetahui kemampuan saya dalam melakukan berbagai aktivitas fisik. Saya juga memahami bahwa jika saya mengikuti instruksi program dengan cermat dan rutin melakukannya, kemungkinan besar kapasitas latihan dan/atau tingkat kebugaran saya akan meningkat seiring dengan berjalannya waktu.

4. Kerahasiaan dan Penggunaan Informasi

Saya telah diberitahu bahwa informasi yang diperoleh dalam program latihan ini akan diperlakukan sebagai hak istimewa dan rahasia, oleh karena itu tidak akan dilepaskan atau diungkapkan kepada siapa pun tanpa sepengetahuan saya. Untuk penggunaan informasi apapun yang bersifat pribadi khususnya untuk kebutuhan komersial dari pihak tertentu wajib mendapatkan izin dari saya.

5. Pertanyaan dan Kebebasan untuk Menyetujui

Saya telah diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan mengenai prosedurnya dan telah membaca formulir pernyataan persetujuan (informed consent) ini. Dengan ini menyatakan telah memahami sepenuhnya ketentuan-ketentuannya dan telah melepaskan hak-hak substansial dengan menandatangani secara sadar dan sukarela tanpa bujukan maupun tekanan.

Nama dan Tanda Tangan Klien

Nama dan Tanda Tangan Pelatih

FORMULIR ASSESSMENT APKI

I. PENILAIAN KUALITAS KESEHATAN

Tanggal: _____

Nama Assessor: _____

INFORMASI PRIBADI			
Nama		Jenis Kelamin	
Tanggal Lahir		Usia	
Telepon		Email	

1. PENGUKURAN TUBUH (ANTROPOMETRI)	
Tinggi Badan (cm)	
Berat Badan (kg)	
Indeks Massa Tubuh	
% Lemak Tubuh	
Detak Jantung Istirahat	

Catatan penting tentang klien:

.....

.....

.....

.....

2. KUESIONER KESIAPAN AKTIVITAS FISIK

PHYSICAL ACTIVITY READINESS QUESTIONNAIRE (PAR-Q)

Kuesioner ini mohon dibaca dengan seksama dan centang di YA atau TIDAK untuk tiap pertanyaan yang berkenaan dengan keadaan Anda. Bila ada pilihan YA, harap dijelaskan dengan lengkap untuk memastikan apakah Anda membutuhkan konsultasi atau pengawasan dokter sebelum memulai aktif berolahraga atau tidak.

YA **TIDAK**

_____ _____ 1. Pernahkah dokter menyatakan bahwa Anda memiliki masalah jantung?

Ya, _____

_____ _____ 2. Apakah Anda pernah merasa nyeri pada bagian dada saat istirahat maupun beraktivitas?

Ya, _____

_____ _____ 3. Apakah Anda pernah hilang keseimbangan karena pusing atau pingsan dalam 12 bulan terakhir ini?

Ya, _____

_____ _____ 4. Apakah Anda pernah didiagnosa sakit kronis selain sakit jantung dan tekanan darah tinggi?

Ya, _____

_____ _____ 5. Apakah Anda sedang mengonsumsi obat untuk penyakit kronis tertentu?

Ya, _____

_____ _____ 6. Apakah Anda ada masalah tulang, sendi, atau jaringan lunak yang berpotensi memburuk dengan olahraga?

Ya, _____

_____ _____ 7. Apakah dokter Anda pernah menyarankan hanya berolahraga dengan pengawasan medis?

Ya, _____

Daftar kuesioner berikut ini dirancang untuk memberikan gambaran gaya hidup, riwayat medis dan pola makan klien Anda selama ini agar program latihan dan anjuran yang diberikan dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

3. KUESIONER GAYA HIDUP	
No	Pertanyaan
1	Apa pekerjaan utama Anda saat ini dan sudah berapa lama bekerja di bidang tersebut?
2	Apakah pekerjaan Anda melibatkan aktivitas fisik yang tinggi? (Banyak bergerak)
3	Apakah pekerjaan Anda mengharuskan untuk duduk dalam jangka waktu lama?
4	Apakah pekerjaan saat ini menyebabkan Anda seringkali merasa tertekan?
5	Seberapa tinggi tingkat stress harian Anda? (Rendah – sedang - tinggi)
6	Apa saja langkah yang Anda lakukan dalam menangani stress yang terlalu tinggi?
7	Berapa jam durasi rata-rata tidur Anda? Jam berapakah Anda biasanya tidur malam?
8	Apakah Anda memiliki agenda rutin untuk melakukan rekreasi (holiday)?
9	Apakah Anda memiliki hobi yang sedang dijalani?
10	Apakah Anda merokok? Jika ya, berapa batang rokok yang Anda habiskan setiap harinya?

4. KUESIONER RIWAYAT KESEHATAN	
No	Pertanyaan
1	Apakah Anda pernah mengalami cedera atau merasakan sakit di bagian tubuh tertentu (pergelangan kaki, lutut, pinggang, bahu, punggung, dll)?
2	Apakah Anda pernah menjalani prosedur pembedahan? Kapan dan di bagian mana saja?
3	Apakah Anda sedang mengonsumsi obat-obatan?
4	Apakah Anda sedang mengonsumsi suplemen tertentu?
5	Apakah seorang dokter pernah mendiagnosa Anda sebagai penderita penyakit kronis (penyakit jantung, tekanan darah tinggi, diabetes, dll)?

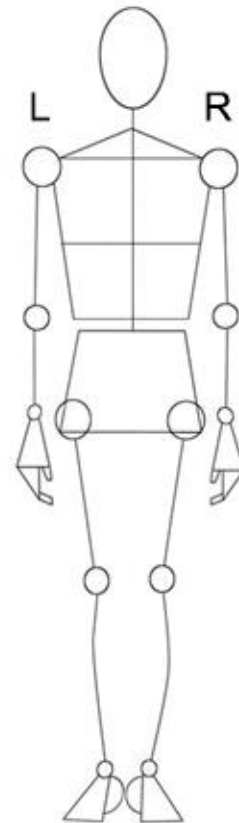
5. KUESIONER POLA MAKAN	
No	Pertanyaan
1	Berapa kali makan (termasuk camilan) Anda dalam satu hari?
2	Apakah Anda sarapan setiap hari?
3	Kapankah Anda makan dengan porsi terbesar dalam satu hari? Mengapa?
4	Apakah Anda menjalani pola makan yang tergolong sehat?
5	Berapa gelas atau liter air yang Anda minum dalam satu hari?
6	Apakah Anda mengonsumsi alkohol? Seberapa sering?
7	Apakah saat ini atau dulu Anda pernah mengikuti program diet?

II. PENILAIAN POSTURAL DINAMIS

1. MOBILITAS PERSENDIAN

Berikan tanda V di tabel penilaian pada area yang bermasalah.

AREA	PENILAIAN		
	ROM Terbatas	Terasa Sakit	Ada Cedera
Leher (C)			
Bahu			
Siku Tangan			
Pergelangan Tangan			
Punggung Tengah (T)			
Punggung Bawah (L)			
Pinggul			
Lutut Kaki			
Pergelangan Kaki			



AREA	NAMA GERAKAN
Leher (C)	Flexion Extension Lateral Flexion Rotation
Bahu	Circumduction Flexion Extension Abduction Elevation Depression
Siku Tangan	Flexion Extension Supination Pronation
Pergelangan Tangan	Circumduction Flexion Extension Ulnar-Radial Deviation
Punggung Tengah (T)	Flexion Extension Lateral Flexion Rotation
Punggung Bawah (L)	Flexion Extension Lateral Flexion
Pinggul	Circumduction Flexion Extension Hyperextension
Lutut Kaki	Flexion Extension
Pergelangan Kaki	Dorsi Flexion Plantar Flexion Inversion Eversion

2. KEMAHIRAN GERAKAN DASAR

Formulir ini berguna untuk mengetahui tingkat kekuatan dan tingkat kemahiran (proficiency) klien dalam melakukan gerakan dasar sesuai dengan kategori gerakan fondasi. Contoh gerakan dapat diganti dengan gerakan lain maupun menggunakan alat bantu seperti mesin. Pilihlah gerakan sesuai dengan kemampuan klien.

GERAKAN FONDASI	PILIHAN GERAKAN	PENILAIAN
SQUAT	Bodyweight Squat	
HINGE	Hip Hinge Bridge	
HORIZONTAL PUSH	Push-up	
VERTICAL PUSH	Overhead Press	
HORIZONTAL PULL	BB / DB / Cable Row	
VERTICAL PULL	Chin-up Lat Pull Down	

Catatan penting: Hasil assessment tidak boleh digunakan untuk mendiagnosa masalah kesehatan termasuk juga gangguan muskuloskeletal, tetapi sebagai gambaran kemampuan fungsional dan ada atau tidaknya keterbatasan gerak.