

Adhitya, I.P.G.S., Yu, WY., Saraswati, P.A.S. et al. Validation of the Indonesian version of the foot and ankle score in patients with chronic lateral ankle instability. *J Foot Ankle Res* 14, 50 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13047-021-00488-2>

Validation of the Indonesian Version of the Foot and Ankle Outcome Score in Patients with Chronic Lateral Ankle Instability

I Putu Gde Surya Adhitya; Wen-Yu Yu; Putu Ayu Sita Saraswati; I Made Niko Winaya;

Mau-Roung Lin

ABSTRACT

Background: This study aimed to examine the psychometric performance of the Foot and Ankle Outcome Score (FAOS) used in Indonesian patients with chronic lateral ankle instability (CLAI).

Methods: The FAOS was translated into Indonesian through standardized procedures. Among 224 patients with unilateral CLAI recruited from 14 physical therapy clinics during a 1-year period, reliabilities, construct validities, and responsiveness levels of the FAOS were examined. Active and passive range of motion of ankle dorsiflexion or plantiflexion, figure-of-eight, numeric pain rating scale (NPRS), and Short Form (SF)-36 were used to test the construct validities.

Results: The five subscales indicated adequate internal consistency (Cronbach's alpha, 0.74~0.96) and interrater test-retest reliabilities (interclass correlation coefficients, 0.80~0.94). Subscales of the FAOS moderately converged with those selected measures with similar constructs (r values, 0.32~0.53), with the exception of the correlation of pain with the NPRS (r , -0.06). Results of the principal component analysis showed that the five-factor structure of the FAOS was appropriate for the Indonesian data, although six items (four in the pain and two in the other symptoms (OSs) subscales) did not perfectly fit their original subscales. Guyatt's responsiveness index for the FAOS's subscales changed in the SF-36's physical function over a 1-month period and ranged 0.37 to 1.27.

Conclusions: The Indonesian version of the FAOS demonstrated acceptable reliabilities and responsiveness, and fair construct validities among CLAI patients, although certain items in the pain and OSs subscales may need to be further explored and improved.

Keywords: chronic lateral ankle instability, FAOS, Indonesia, quality of life, psychometrics

For questions regarding the Indonesian version of FAOS, please contact:

I Putu Gde Surya Adhitya, PT PhD

Department of Physical Therapy, College of Medicine,
Universitas Udayana.

P.B. Sudirman Street, Denpasar, Bali, Indonesia, 80234

E-mail: surya_adhitya@unud.ac.id

SURVEI FAOS

Tanggal hari ini: ____/____/____ Tanggal lahir: ____/____/____

Nama: _____

INSTRUKSI:

Survei ini bertanya mengenai pandangan tentang kaki/pergelangan kaki Anda. Informasi ini akan membantu kami memantau bagaimana perasaan Anda tentang kaki/pergelangan kaki Anda dan seberapa baik Anda dapat melakukan kegiatan sehari-hari Anda.

Jawab setiap pertanyaan dengan mencentang kotak yang sesuai, hanya satu kotak untuk setiap pertanyaan. Jika Anda tidak yakin bagaimana menjawab pertanyaan, silahkan berikan jawaban terbaik yang Anda bisa.

Gejala

Pertanyaan-pertanyaan ini harus dijawab dengan memikirkan gejala kaki/pergelangan kaki Anda selama **satu minggu terakhir**.

S1. Apakah Anda mengalami pembengkakan di kaki/pergelangan kaki?

Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Apakah Anda mendengar suatu macam bebunyian ketika kaki/pergelangan kaki Anda bergerak?

Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Apakah kaki/pergelangan kaki Anda tersangkut ketika bergerak?

Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. Dapatkah Anda meluruskan kaki/pergelangan kaki anda secara penuh?

Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Dapatkah Anda membengkokkan kaki/pergelangan kaki anda secara penuh?

Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kekakuan

Pertanyaan-pertanyaan berikut mengenai jumlah kekakuan sendi yang Anda alami di kaki/pergelangan kaki selama **satu minggu terakhir**. Kekakuan adalah sensasi di sendi yang menyebabkan kaki/pergelangan kaki Anda sulit digerakkan.

S6. Seberapa parah kekakuan kaki/pergelangan kaki Anda setelah pertama kali bangun di pagi hari?

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. Seberapa parah kekakuan kaki/pergelangan kaki Anda setelah duduk, berbaring atau beristirahat di siang hari?

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rasa Nyeri

P1. Seberapa sering Anda mengalami nyeri kaki/pergelangan kaki?

Tidak pernah	Per-Bulan	Per-Minggu	Per-hari	Selalu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berapa banyak nyeri kaki/pergelangan kaki yang Anda alami **satu minggu terakhir** dalam kegiatan-kegiatan berikut?

P2. Memutar kaki/pergelangan kaki Anda

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Meluruskan kaki/pergelangan kaki secara penuh

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Membengkokkan kaki/pergelangan kaki secara penuh

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Berjalan di permukaan yang rata

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Naik atau turun tangga

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Di atas ranjang pada malam hari

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Duduk atau berbaring

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Berdiri tegak

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fungsi, Kegiatan sehari-hari

Pertanyaan-pertanyaan berikut menyangkut fungsi fisik Anda. Dengan ini kami bermaksud mengukur kemampuan Anda untuk bergerak dan menjaga diri sendiri. Untuk masing-masing kegiatan berikut, silahkan tentukan tingkat kesulitan yang Anda alami di **satu minggu terakhir** terkait kaki/pergelangan kaki Anda.

A1. Turun tangga

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Naik tangga

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Untuk masing-masing kegiatan berikut, silakan tentukan tingkat kesulitan yang Anda alami pada **satu minggu terakhir** terkait kaki/pergelangan kaki Anda.

A3. Bangun dari duduk

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Berdiri

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Membungkuk ke lantai / mengambil benda

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Berjalan di permukaan yang rata

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Masuk/ Keluar mobil

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Pergi berbelanja

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Memakai kaos kaki/stoking

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Bangun dari tempat tidur

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Melepas kaos kaki/stoking

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Berbaring di tempat tidur (berbalik, mempertahankan posisi kaki/pergelangan kaki)

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Masuk/ keluar dari kamar mandi

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Duduk

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Mulai/ selesai dari toilet

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Untuk masing-masing kegiatan berikut, silakan tentukan tingkat kesulitan yang Anda alami pada **satu minggu terakhir** terkait kaki/pergelangan kaki Anda.

A16. Pekerjaan berat (memindahkan kotak berat, menggosok lantai, dll)

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Pekerjaan ringan (memasak, menyapu, dll)

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fungsi, olahraga dan kegiatan rekreasi

Pertanyaan-pertanyaan berikut menyangkut fungsi fisik Anda ketika sedang aktif di tingkat lebih tinggi. Pertanyaan-pertanyaan harus dijawab dengan memikirkan berapa derajat kesulitan yang Anda alami selama **satu minggu terakhir** terkait kaki/pergelangan kaki Anda.

SP1. Jongkok

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Lari

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Loncat

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Berputar di kaki/pergelangan kaki yang terluka

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP5. Berlutut

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kualitas hidup

Q1. Seberapa sering Anda menyadari masalah kaki/pergelangan kaki Anda?

Tidak pernah	Per-Bulan	Per-Minggu	Per-hari	Rutin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Sudahkah Anda memodifikasi gaya hidup Anda untuk menghindari kegiatan yang berpotensi melukai kaki/pergelangan kaki Anda?

Tidak pernah	Agak	Sedang	Banyak	Semua
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. Berapa banyak Anda bermasalah dengan kurangnya kepercayaan diri pada kaki/pergelangan kaki Anda?

Tidak pernah	Agak	Sedang	Banyak	Sangat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Secara umum, seberapa besar kesulitan yang Anda miliki dengan kaki/pergelangan kaki Anda?

Tidak pernah	Ringan	Sedang	Parah	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Terima kasih banyak karena telah menyelesaikan semua pertanyaan dalam survei ini.