

Lampiran 2

Kuisisioner Pasien Plantar Fasciitis

Kepada yang terhormat Saudara/I

Kami mohon kesediannya untuk mengisi kuesioner ini :

Nama :

Usia :

Pekerjaan :

Hobi :

Berat Badan :

nilai IMT :

Tinggi Badan :

(diisi oleh peneliti)

Tgl Pemeriksaan :

Intervensi : Ultrasound, Low-dye Tape

Ultrasound, Latihan Calf Raise

(diisi oleh peneliti)

1. Apakah anda merasakan nyeri/sakit di daerah plantar atau distal kaki sisi tengah dari tulang calcaneus?
 - a. Pernah
 - b. Kadang-kadang nyeri, kadang-kadang tidak
 - c. Nyeri terus-menerus
 - d. Tidak pernah
2. Sudah berapa lama anda merasakan nyeri/sakit pada plantar kaki?
 - a. Kurang lebih 1 minggu
 - b. Lebih dari 1 minggu

- c. Lebih dari 1 bulan
 - d. 1 tahun
3. Apakah nyeri terjadi pada pagi hari terutama bangun tidur?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 4. Apakah nyeri terjadi jika berjalan atau berdiri terlalu lama?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 5. Apakah titik nyeri berada pada daerah telapak kaki atau ujung kaki sisi tengah dari tumit?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 6. Apakah saat berjalan menggunakan tumpuan pada jari-jari kaki bukan pada tumit?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 7. Apakah telapak kaki anda datar / flat pada kaki?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 8. Apakah anda merasakan tegang pada betis?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 9. Apakah pada saat di palpasi oleh peneliti adanya nyeri tekan di bagian anteromedial tuberositas calcaneus / daerah tumit?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 10. Apakah pada saat stretch test oleh peneliti adanya nyeri di bagian anteromedial tuberositas calcaneus / daerah tumit?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 11. Apakah nyeri pada telapak kaki mengganggu aktifitas?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 12. Pengobatan apa saja yang sudah anda lakukan untuk mengurangi nyeri?
 - a. Minum obat penghilang nyeri
 - b. Fisioterapi
 - c. Pijat
 - d. Lain-lain