

Untuk setiap judul, berilah tanda centang (✓) di dalam SALAH SATU kotak yang paling sesuai dengan kesehatan Anda HARI INI

### **KEMAMPUAN BERJALAN**

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Saya tidak kesulitan dalam berjalan   | <input type="checkbox"/> |
| Saya sedikit kesulitan dalam berjalan | <input type="checkbox"/> |
| Saya cukup kesulitan dalam berjalan   | <input type="checkbox"/> |
| Saya sangat kesulitan dalam berjalan  | <input type="checkbox"/> |
| Saya tidak bisa berjalan              | <input type="checkbox"/> |

### **PERAWATAN DIRI**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Saya tidak kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri   | <input type="checkbox"/> |
| Saya sedikit kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri | <input type="checkbox"/> |
| Saya cukup kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri   | <input type="checkbox"/> |
| Saya sangat kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri  | <input type="checkbox"/> |
| Saya tidak bisa mandi atau berpakaian sendiri              | <input type="checkbox"/> |

### **KEGIATAN YANG BIASA DILAKUKAN** *(misalnya bekerja, belajar, mengerjakan pekerjaan rumah tangga, kegiatan keluarga, atau bersantai/berekreasi)*

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Saya tidak kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan   | <input type="checkbox"/> |
| Saya sedikit kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan | <input type="checkbox"/> |
| Saya cukup kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan   | <input type="checkbox"/> |
| Saya sangat kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan  | <input type="checkbox"/> |
| Saya tidak bisa mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan              | <input type="checkbox"/> |

### **RASA NYERI/TIDAK NYAMAN**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Saya tidak merasa nyeri/tidak nyaman       | <input type="checkbox"/> |
| Saya merasa sedikit nyeri/tidak nyaman     | <input type="checkbox"/> |
| Saya merasa cukup nyeri/tidak nyaman       | <input type="checkbox"/> |
| Saya merasa sangat nyeri/tidak nyaman      | <input type="checkbox"/> |
| Saya merasa amat sangat nyeri/tidak nyaman | <input type="checkbox"/> |

### **RASA CEMAS/DEPRESI (SEDIH)**

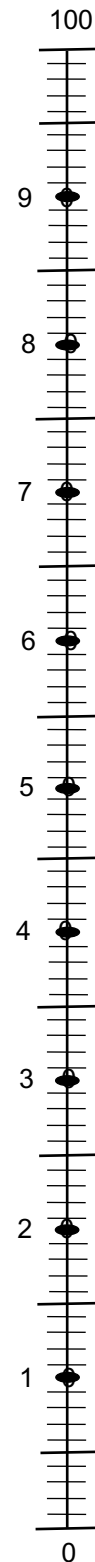
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Saya tidak merasa cemas/depresi (sedih)       | <input type="checkbox"/> |
| Saya merasa sedikit cemas/depresi (sedih)     | <input type="checkbox"/> |
| Saya merasa cukup cemas/depresi (sedih)       | <input type="checkbox"/> |
| Saya merasa sangat cemas/depresi (sedih)      | <input type="checkbox"/> |
| Saya merasa amat sangat cemas/depresi (sedih) | <input type="checkbox"/> |

Kondisi kesehatan terbaik yang bisa  
dibayangkan

Untuk membantu menilai kondisi kesehatan seseorang, kami telah membuat sebuah skala (mirip sebuah termometer). Dalam skala ini, kondisi kesehatan terbaik yang dapat anda bayangkan diberi nilai 100 dan kondisi kesehatan terburuk yang dapat anda bayangkan diberi nilai 0.

Tolong tunjukkan pendapat anda tentang kondisi kesehatan anda hari ini pada skala yang ada. Tariklah garis dari kotak hitam di bawah ini ke titik yang ada pada skala di samping kanan yang menggambarkan kondisi kesehatan anda hari ini.

**Kondisi  
Kesehatan  
Anda Hari Ini**



Kondisi kesehatan terburuk yang bisa  
dibayangkan