

Kualitas hidup pada sarkopenia

Kuesioner ini menanyakan hal-hal seputar sarkopenia, yaitu kelemahan otot yang muncul akibat penuaan. Sarkopenia dapat memengaruhi kehidupan Anda sehari-hari. Survei ini memungkinkan kita untuk mengetahui apakah kondisi otot Anda saat ini memengaruhi kualitas hidup Anda.

Silakan pilih jawaban yang paling sesuai untuk setiap pertanyaan. Kuesioner ini membutuhkan waktu kurang lebih 10 menit hingga selesai.

1. Apakah saat ini Anda merasakan penurunan pada:

	Banyak	Sebagian	Sedikit	Tidak ada
Kekuatan lengan Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kekuatan tungkai Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massa otot Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenaga Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kemampuan fisik Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelenturan Anda secara umum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Apakah terdapat nyeri pada otot-otot Anda?

- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

3. Saat melakukan aktivitas fisik **ringan** (berjalan perlahan, menyetrika, membersihkan debu, mencuci, membuat prakarya (menyulam, merajut, merakit), menyiram tanaman, dll), apakah Anda:

	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Saya tidak pernah melakukan aktivitas semacam ini
Mengalami kesulitan?	<input type="checkbox"/>				
Merasa lelah?	<input type="checkbox"/>				
Merasakan nyeri?	<input type="checkbox"/>				

4. Saat melakukan aktivitas fisik **sedang** (berjalan cepat, membersihkan jendela, menghisap debu/menyapu, mencuci mobil, mencabut ilalang di kebun, dll), apakah Anda:

	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Saya tidak pernah melakukan aktivitas semacam ini
Mengalami kesulitan?	<input type="checkbox"/>				
Merasa lelah?	<input type="checkbox"/>				
Merasakan nyeri?	<input type="checkbox"/>				

5. Saat melakukan aktivitas fisik yang **berat** (berlari, berjalan jauh, mengangkat benda berat, memindahkan perabotan rumah, menyangkul, dll), apakah Anda:

	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Saya tidak pernah melakukan aktivitas semacam ini
Mengalami kesulitan?	<input type="checkbox"/>				
Merasa lelah?	<input type="checkbox"/>				
Merasakan nyeri?	<input type="checkbox"/>				

6. Apakah saat ini Anda merasa tua?

- Ya, sangat
- Ya, agak
- Ya, sedikit
- Tidak, tidak sama sekali

7. Jika menjawab ya untuk pertanyaan 6, apa yang membuat Anda memiliki anggapan bahwa anda merasa tua?

(Pilih sebanyak mungkin yang sesuai)

Saya menjadi mudah sakit

Saya mengonsumsi banyak obat-obatan

Saya merasa otot saya lemah

Daya ingat saya terganggu

Beberapa orang yang paling dekat dengan saya sudah meninggal

Saya tidak memiliki banyak tenaga saya sering merasa lelah

Penglihatan saya buruk

Lainnya:

8. Apakah Anda merasa lemah secara fisik?

Ya, sangat

Ya, agak

Ya, sedikit

Tidak, tidak sama sekali

9. Apakah Anda merasa ada keterbatasan dalam:

	Sangat terbatas	Agak terbatas	Sedikit terbatas	Tidak terbatas
Lama waktu Anda mampu berjalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seberapa sering Anda keluar rumah untuk berjalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jarak yang bisa Anda tempuh saat berjalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kecepatan saat Anda berjalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panjang langkah Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Saat Anda berjalan:

	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Saya tidak bisa berjalan
Apakah Anda merasa sangat lelah?	<input type="checkbox"/>				
Apakah Anda perlu duduk istirahat secara berkala untuk memulihkan diri?	<input type="checkbox"/>				
Apakah Anda mengalami kesulitan untuk menyeberang jalan dengan cukup cepat?	<input type="checkbox"/>				
Apakah Anda mengalami kesulitan dengan permukaan jalan yang tidak rata?	<input type="checkbox"/>				

11. Apakah Anda bermasalah dengan keseimbangan Anda?

- Sering
-
- Kadang-kadang
-
- Jarang
-
- Tidak pernah
-

12. Seberapa sering Anda jatuh?

- Sering
-
- Kadang-kadang
-
- Jarang
-
- Tidak pernah
-

13. Menurut Anda, apakah penampilan fisik Anda telah berubah?

- Ya, sangat
-
- Ya, agak
-
- Ya, sedikit
-
- Tidak, tidak sama sekali
-

14. Jika menjawab ya untuk pertanyaan 13, apa yang membuat Anda memiliki anggapan bahwa penampilan fisik Anda telah berubah?
(Pilih sebanyak mungkin jawaban yang sesuai)

- Ada perubahan berat badan (bertambah atau berkurang)
-
- Muncul kerutan-kerutan
-
- Berkurangnya tinggi badan
-
- Berkurangnya massa otot
-
- Rambut rontok
-
- Rambut mulai beruban
-
- Lainnya:
-

15. Jika menjawab ya untuk pertanyaan 13, apakah Anda kesal dengan perubahan ini?

- Ya, sangat
-
- Ya, agak
-
- Ya, sedikit
-
- Tidak, tidak sama sekali
-

16. Apakah Anda merasa renta/rapuh (lemah fisik dan/atau mental)?

Sangat

Sedikit

Tidak sama sekali

17. Apakah saat ini Anda mengalami kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari berikut ini:

	Tidak mampu	Sangat sulit	Sedikit sulit	Mampu	Tidak dapat dinilai
Menaiki sederet anak tangga?	<input type="checkbox"/>				
Menaiki beberapa deret anak tangga?	<input type="checkbox"/>				
Naik satu atau beberapa anak tangga tanpa berpegangan?	<input type="checkbox"/>				
Berjongkok atau berlutut?	<input type="checkbox"/>				
Membungkuk untuk mengambil benda dari lantai?	<input type="checkbox"/>				
Bangun dari lantai tanpa berpegangan sama sekali?	<input type="checkbox"/>				
Bangkit dari kursi yang tidak memiliki sandaran lengan (sofa)?	<input type="checkbox"/>				
Bangkit, secara umum, dari posisi duduk ke berdiri?	<input type="checkbox"/>				
Menjinjing benda berat (tas besar yang berisi belanjaan, panci yang berisi air, dll)?	<input type="checkbox"/>				
Membuka botol atau kaleng?	<input type="checkbox"/>				
Menggunakan transportasi umum?	<input type="checkbox"/>				
Masuk atau keluar dari mobil?	<input type="checkbox"/>				
Berbelanja sendiri?	<input type="checkbox"/>				
Melakukan pekerjaan rumah tangga (membersihkan tempat tidur, menghisap debu/menyapu, menyetrikan, mencuci piring, dll)?	<input type="checkbox"/>				

18. Apakah kelemahan otot Anda membatasi pergerakan Anda?

- Ya, sangat
-
- Ya, agak
-
- Ya, sedikit
-
- Tidak, tidak sama sekali
-

19. Jika menjawab ya untuk pertanyaan 18, apa alasannya?
(Pilih sebanyak mungkin jawaban yang sesuai)

- Takut merasa nyeri
-
- Takut bahwa Anda mungkin tidak mampu melakukannya
-
- Takut merasa lelah setelah melakukan aktivitas-aktivitas tersebut
-
- Takut jatuh
-
- Lainnya:
-

20. Apakah kelemahan otot Anda membatasi aktivitas seksual Anda?

- Saya tidak aktif secara seksual
-
- Ya, sangat
-
- Ya, agak
-
- Ya, sedikit
-
- Tidak, tidak sama sekali
-

21. Bagaimana bentuk perubahan kegiatan Anda dalam aktivitas fisik/olahraga?

- Meningkat
-
- Menurun
-
- Tidak berubah
-
- Saya tidak pernah melakukan aktivitas fisik atau olahraga
-

22. Bagaimana bentuk perubahan kegiatan Anda di waktu senggang /bersantai
(makan di luar, berkebun, membuat prakarya (menyulam, merajut, merakit), berburu/memancing, perkumpulan lansia, bermain kartu, berjalan-jalan, dll)?

- Meningkat
-
- Menurun
-
- Tidak berubah
-
- Saya tidak pernah melakukan kegiatan di waktu senggang/bersantai
-