



SURVEI DATA DASAR

**STUDI KOHOR FAKTOR RISIKO PENYAKIT TIDAK MENULAR 2010
BADAN LITBANG KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

KUESIONER

**PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN BIOMEDIS DAN FARMASI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2010**



SURVEI DATA DASAR

STUDI KOHOR FAKTOR RISIKO PENYAKIT TIDAK MENULAR 2010
BADAN LITBANG KEMKES RI

KUESIONER

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
PERPUSTAKAAN
Tanggal : 18 -3 -2013
No. Induk : _____
No. Klass : 59
Bmf

PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN BIOMEDIS DAN FARMASI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2010

III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA DAN SUPERVISOR

1	Nama Pengumpul Data:		5	Nama Supervisor:	
2	No Tlp (HP)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	6	NoTlp(HP)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
3	Tgl. Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	7	Tgl. Pengecekan: (tgl bln-thn)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
4	Tanda tangan Pengumpul Data		8	Tanda tangan Supervisor:	

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH

JAM:

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir Tgl/ Bln/ Thn	Umur (Tahun)	Status Kawin	Diwawan carai
		1. Kepala RT 2. Istri/suami 3. Anak 4. Menantu 5. Cucu 6. Orang tua/ mertua 7. Famili lain 8. Pembantu RT 9. Lainnya	1. Laki 2. Perempuan			1. Belum Kawin 2. Kawin 3. Cerai Hidup 4. Cerai mati	1. Ya 2. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.		1	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i.	Hipertensi/tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Kolesterol tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Stres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C04	Penyakit	Apakah pernah didiagnosis tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, dll) menderita penyakit:		Tahun Diagnosis	Apakah Anda pernah dirawat (jalan/inap) di Rumah Sakit karena menderita penyakit:		Tahun Dirawat	
NO		(1)		(2)	(3)		(4)	
C04a	Penyakit jantung	1.Ya 2.Tidak→C04b(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C04b	Stroke	1.Ya 2.Tidak→C04c(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C04c	Diabetes/ kencing manis	1.Ya 2.Tidak→C04d(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C04d	Kanker	1.Ya 2.Tidak→C04e(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C04e	PPOK	1.Ya 2.Tidak→C04f(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C04f	Hipertensi	1.Ya 2.Tidak→C04g(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C04g	Kolesterol tinggi	1.Ya 2.Tidak→C04h(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C04h	Stress (gangguan mental/jiwa)	1.Ya 2.Tidak→C05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C05	Dalam 2 minggu terakhir apakah anda pernah minum obat/injeksi yang dianjurkan dokter untuk penyakit berikut ini?							
	a. Penyakit jantung	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	e.PPOK	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>		
	b. Stroke	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	f.Hipertensi/darah tinggi	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>		
	c. Diabetes / kencing manis	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	g.Kolesterol tinggi	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>		
	d. Kanker	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	h.Stress (gangguan mental/jiwa)	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>		

D. PENYAKIT JANTUNG KORONER				JAM:
D01	Apakah Anda pernah sakit di dalam dada?	1.Ya 2.Tidak→D07	<input type="checkbox"/>	
D02	Apakah bertambah dengan tambahan aktifitas dan atau terburu-buru dan atau emosi?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
D03	Apakah sakit di dada bertambah bila menarik napas dalam dan atau batuk dan/menggerakkan lengan atau tubuh bagian atas?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
D04	Apakah sakit dada berkurang atau menghilang dengan mengurangi dan/menghentikan aktifitas tersebut dan/minum obat-obat nitrat?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
D05	Apakah sakit dada menjalar ke leher dan/ke lengan dan/lembus ke belakang (punggung)?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
D06	Apakah sakit dada tersebut dirasakan di otot dada dan/kulit dan/tulang?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
Riwayat penyakit jantung koroner pada keluarga (Keluarga adalah saudara sekandung atau orang tua)				
D07	Apakah dalam keluarga Anda ada yang usia < 55 tahun untuk laki-laki atau < 65 tahun untuk perempuan	1.Ya 2.Tidak → E	<input type="checkbox"/>	
D08	Apakah keluarga Anda ada yang pernah mengalami kondisi berikut di bawah ini pada usia < 55 tahun untuk laki-laki atau < 65 tahun untuk perempuan			
	a. Meninggal mendadak?	1.Ya 2.Tidak 8.Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	

	b. Pernah serangan jantung?	1.Ya	2.Tidak	8.Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Sedang serangan jantung?	1.Ya	2.Tidak	8..Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Meninggal mendadak karena serangan jantung?	1.Ya	2.Tidak	3.Tidak tahu	<input type="checkbox"/>

E. PENYAKIT STROKE					JAM:	
E01	Dalam 12 bulan terakhir, apakah Anda pernah dinyatakan menderita stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?			1.Ya	2.Tidak	<input type="checkbox"/>
E02	Dalam 12 bulan terakhir, apakah Anda pernah mengalami gejala mendadak sebagai berikut (ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK)					
	a. Kelemahan tubuh sisi	<input type="checkbox"/>	g.Pandangan ganda			<input type="checkbox"/>
	b. Mulut mencong	<input type="checkbox"/>	h. Gelap satu mata atau gelap lapang pandang satu sisi			<input type="checkbox"/>
	c. Kesemutan atau baal sisi	<input type="checkbox"/>	i. Berkurangnya koordinasi gerakan/gerakan terampil			<input type="checkbox"/>
	d. Bicara pelo	<input type="checkbox"/>	j. Gangguan keseimbangan/ keluhan pusing berputar/ sempoyongan (rasa seperti mabuk)			<input type="checkbox"/>
	e. Sulit berbicara/komunikasi dan atau tidak mengerti pembicaraan	<input type="checkbox"/>	k.Pingsan mendadak			<input type="checkbox"/>
	f.Kesulitan menelan/tersedak	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

BILA E02A-E02K SEMUA JAWABANNYA TIDAK → LANJUTKAN KE E04

E03	Bila ada jawaban YA pada pertanyaan E02 , apakah gejala tersebut berlangsung :					
	a. < 24 jam	1.Ya	2.Tidak	<input type="checkbox"/>	b. > 24 jam	1.Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>
E04	Apakah Anda pernah didiagnosis migrain oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) ?				1.Ya	2.Tidak <input type="checkbox"/>
E05	Apakah anda pernah mengalami nyeri kepala berdenyut baik satu sisi kepala maupun seluruh kepala secara berulang? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK					1.Ya 2.Tidak → E06 <input type="checkbox"/>
	a.Makin berat dengan aktivitas fisik biasa (naik turun tangga, pekerjaan rutin harian)	<input type="checkbox"/>	b. Disertai rasa mual atau muntah	<input type="checkbox"/>	c Fotofobia (takut cahaya) atau fonofobia (takut suara)	<input type="checkbox"/>
E06	Apakah keluarga Anda ada yang pernah mengalami kondisi berikut di bawah ini pada usia ≤ 55 tahun untuk laki-laki atau ≤ 65 tahun untuk perempuan					
	a. Pernah stroke?				1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Sedang stroke?				1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Meninggal mendadak karena serangan stroke?				1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>

F. PENYAKIT KENCING MANIS (DIABETES MELITUS)					JAM:	
F01	Apakah anda pernah mengalami gejala: Banyak makan, banyak minum, banyak kencing dan berat badan turun secara drastis?			1.Ya	2.Tidak	<input type="checkbox"/>
F02	Apakah anda pernah melakukan pemeriksaan gula darah?			1.Ya	2.Tidak → G	<input type="checkbox"/>
F03	Hasil pemeriksaan gula darah ≥200 mg/dl ?			1.Ya	2.Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>

G. PENYAKIT KANKER					JAM:	
G01	Apakah Anda selama ini pernah dinyatakan menderita penyakit kanker oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan) yang sebelumnya telah dilakukan pemeriksaan histopatologi/ laboratorium atau pembedahan yang dilanjutkan dengan terapi radiasi/penyinaran dan kemoterapi?			1. Ya	2. Tidak → Ga01	<input type="checkbox"/>

G02	Sejak kapan Anda dinyatakan menderita penyakit kanker tersebut? Tahun,.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G03	Di mana lokasi kanker tersebut: (ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 7=TIDAK BERLAKU								
	a. Leher rahim	<input type="checkbox"/>	e. Hati	<input type="checkbox"/>	i. Otak	<input type="checkbox"/>	m. Lain-lain, tuliskan		<input type="checkbox"/>
	b. Payudara	<input type="checkbox"/>	f. Usus	<input type="checkbox"/>	j. Paru-paru	<input type="checkbox"/>		
	c. Indung telur	<input type="checkbox"/>	g. Tenggorokan	<input type="checkbox"/>	k. Prostat	<input type="checkbox"/>			
	d. Kulit	<input type="checkbox"/>	h. Tulang	<input type="checkbox"/>	l. Darah	<input type="checkbox"/>			

		Ga. KANKER KOLOREKTAL				JAM:		
Ga01	Apakah anda mempunyai riwayat tersebut dibawah ini : (ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1 = YA ATAU 2 = TIDAK ATAU 8 = TIDAK TAHU							
	a.Cacingan waktu masa kecil	<input type="checkbox"/>	b. Riwayat radang usus berulang (Amoeba & Disentri)	<input type="checkbox"/>	c.Riwayat kanker usus di keluarga		<input type="checkbox"/>	
Ga02	Dalam SATU TAHUN TERAKHIR , apakah anda pernah mengalami hal tersebut dibawah ini : ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU							
	a. Berak berdarah	<input type="checkbox"/>	c.Mencret berulang	<input type="checkbox"/>	e. sakit perut berulang	<input type="checkbox"/>	g. Berat badan turun	<input type="checkbox"/>
	b. Berak berlendir	<input type="checkbox"/>	d. Sembelit	<input type="checkbox"/>	f. perubahan pola buang air besar	<input type="checkbox"/>	h.Anemia	<input type="checkbox"/>
Ga03	Selama 1 tahun terakhir, Apakah Anda mengkonsumsi obat-obatan tsb dibawah ini?		Berapa kali konsumsi obat tsb dalam seminggu		Sudah berapa bulan konsumsi obat tersebut?			
	(1)		(2)		(3)			
	a. Aspirin (jantung)	1.Ya 2.Tidak → Ga03b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Statin (kolesterol)	1.Ya 2.Tidak → G04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G04	JIKA ART PEREMPUAN USIA 25 s/d 65 TAHUN → Lanjut ke: Blok Gb.KANKER SERVIKS JIKA ART LAKI-LAKI USIA >= 40 TAHUN → Lanjut Ke :Blok H. PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK JIKA ART LAKI-LAKI USIA <40 TAHUN → Lanjut ke Blok: I. FAKTOR RISIKO		
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		Gb. KANKER SERVIKS (KHUSUS PEREMPUAN USIA >25 s/d 65 TAHUN)			JAM:		
BAGIAN INI HARUS DIJAWAB SENDIRI OLEH RESPONDEN (TIDAK BOLEH ADA PENDAMPING)							
Gb01	Status Perkawinan	1. Belum kawin → Gb03 2. Kawin		3. Cerai Hidup 4. Cerai Mati		<input type="checkbox"/>	
Gb02	Berapa kali anda kawin? → Gb04		kali		<input type="checkbox"/>	
Gb03	Apakah anda pernah melakukan hubungan seksual		1.Ya 2.Tidak → Gb13		<input type="checkbox"/>		
Gb04	Berapa umur Anda ketika pertama kali berhubungan seksual/senggama..... (TAHUN) ISIKAN DENGAN "88" JIKA MENJAWAB TIDAK TAHU					<input type="checkbox"/>	
Gb05	Apakah anda pernah melakukan hubungan seksual dengan: ISIKAN KODE 1.Ya ATAU 2.Tidak						
	a. Pacar	<input type="checkbox"/>	c.Kakak/adik	<input type="checkbox"/>	e.Orangtua		<input type="checkbox"/>
	b. Teman	<input type="checkbox"/>	d.Saudara	<input type="checkbox"/>	f.Pelacur/Pekerja seks		<input type="checkbox"/>

BILA Gb05a – Gb05f SEMUA JAWABAN TIDAK → Gb07

GB06	Bila salah satu jawaban Gb05 "Ya", dengan berapa orang?orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gb07	Apakah anda pernah hamil atau melahirkan anak?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>			
Gb08	Apakah anda saat ini sedang hamil?	1.Ya 2.Tidak 8.Tidak tahu	<input type="checkbox"/>			
Gb09	Berapa jumlah anak yang anda lahirkan (mati atau hidup)(orang)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gb10	Apakah anda pernah melakukan tes pap smear	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>			
Gb11	Apakah anda pernah melakukan tes IVA	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>			
Gb12	Apakah anda melahirkan anak pertama setelah umur 45 tahun	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>			
Gb13	Apakah anda mengganti celana dalam setiap hari	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>			
Gb14	Menurut saudara, apakah yang menyebabkan /faktor risiko kanker leher rahim? (JAWABAN JANGAN DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK					
	a.Hubungan seks waktu muda	<input type="checkbox"/>	d.Pil KB	<input type="checkbox"/>	g.merokok	<input type="checkbox"/>
	b.Ganti-ganti pasangan	<input type="checkbox"/>	e. Suami tidak disunat	<input type="checkbox"/>	h.lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/>
	c.Banyak anak	<input type="checkbox"/>	f. alat kelamin kurang bersih			

Gc. KANKER PAYUDARA (KHUSUS PEREMPUAN USIA 25 s/d 65 TAHUN

JAM:

Gc01	Apakah Anda mendapat haid pertama pada umur kurang dari 10 tahun?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
Gc02	Apakah Anda sedang atau pernah menyusui anak?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
Gc03	Apakah Anda mengalami trauma keras payudara akibat trauma fisik/benturan keras atau pemakaian pakaian dalam (kutang yang terlalu ketat) terus menerus dalam waktu lama?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
Gc04	Apakah Anda pernah mengalami operasi payudara yang disebabkan oleh tumor jinak payudara, tumor ganas payudara dan operasi non sectio caesarea lain (oovorektomi, histerektomi dll) ?	1.Ya 2.Tidak → Gc07 8.Tidak Tahu → Gc07	<input type="checkbox"/>	
Gc05	Sebutkan nama jenis tumor nya?(Jenis Tumor))		
Gc06	Berapa ukuran tumor nya?	1. 1-2cm 2. 3-5 cm 3. > 5 cm 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
Gc07	Apakah Anda pernah/ sedang menggunakan kontrasepsi hormonal (pil, susuk, suntik) untuk tujuan KB/ pencegahan kehamilan ?	1.Ya 2.Tidak → Gc10	<input type="checkbox"/>	
Gc08	Apa metode/ jenis kontrasepsi hormonal yang pernah/ sedang Anda gunakan dan lamanya penggunaan?			
	(1)		(2)	
a.Pil KB	1.Ya 2.Tidak → Gc08b	<input type="checkbox"/>	Lamanya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulan
b.Susuk (implant)	1.Ya 2.Tidak → Gc08c	<input type="checkbox"/>	Lamanya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulan
c.Suntik KB	1.Ya 2.Tidak → Gc09	<input type="checkbox"/>	Lamanya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulan
Gc09	Apakah akhir akhir ini ada rasa nyeri pada payudara Anda yang tidak disebabkan oleh siklus haid atau karena menyusui?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
Gc10	Apakah saat ini terjadi perubahan bentuk puting susu anda dari yang semula menonjol menjadi lebih tertarik ke dalam?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
Gc11	Menurut Anda, apakah ada perubahan bentuk dan besarnya payudara?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	

Gc12	Apakah Anda pernah atau sedang menggunakan obat-obatan yang merupakan terapi sulih hormon?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
Gc13	Apakah Anda pernah mengalami pengobatan dengan sinar?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
Gc14	Apakah anda mengalami mati haid (menopause)?	1.Ya 2.Tidak → H	<input type="checkbox"/>
Gc15	Umur berapa?.....Sebutkan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

JIKA ART USIA < 40 TAHUN → BLOK I : FAKTOR RISIKO

H. PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK				JAM:
(untuk usia ≥ 40 tahun)				
H01	Apakah anda batuk setiap hari?	1.Ya 2.Tidak → H03	<input type="checkbox"/>	
H02	Sudah berapa lama anda batuk seperti itu.....(bulan)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
H03	Apakah anda mengeluarkan dahak/ reak hampir setiap hari?	1.Ya 2.Tidak → H06	<input type="checkbox"/>	
H04	Sudah berapa lama anda mengalami keluhan berdahak tersebut.....(bulan)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
H05	Apakah anda mengalami batuk kronik berdahak minimal 3 bulan dalam setahun paling sedikit 2 tahun berturut-turut (yang bukan disebabkan penyakit TBC atau penyakit infeksi paru lainnya)	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
H06	Apakah anda cepat merasa lelah atau sesak napas bila beraktivitas ?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
H07	Apakah anda mempunyai keluhan sesak napas yang telah berlangsung lama (lebih dari satu tahun)?	1.Ya 2.Tidak → H10	<input type="checkbox"/>	
H08	Apakah gejala lekas lelah / sesak napas tersebut semakin lama semakin bertambah/ memberat?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
H09	Apakah sesak napas anda seperti dibawah ini			
	a.Hanya timbul jika latihan/ exercise berat	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b.Timbul jika berjalan tergesa-gesa walau mendatar, atau berjalan mendaki	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
	c.Berjalan lebih lambat dari pada orang lain yang sama usia karena sesak napas, atau harus berhenti sesaat untuk bernapas pada saat berjalan walau jalan mendatar	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
	d.Harus berhenti bila berjalan 100 meter atau setelah beberapa menit berjalan	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
	e.Sesak napas tersebut menyebabkan kegiatan sehari-hari terganggu atau sesak napas saat menggunakan atau melepaskan pakaian	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
H10	Apakah anda mempunyai napas yang berbunyi (mengi)?	1.Ya 2.Tidak → H12	<input type="checkbox"/>	
H11	Apakah napas berbunyi (mengi) tersebut segera mereda dengan obat anti asma/ obat pelega?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
H12	Apakah oleh dokter, anda pernah didiagnosis penyakit di bawah ini?			
	a.PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronik)	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b.Bronkitis Kronik	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
	c.Emfisema	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	
H13	Pernahkah anda mengalami serangan batuk yang meningkat atau berdahak yang meningkat atau keduanya, yang berlangsung sekurang-kurangnya 3 minggu?	1.Ya 2.Tidak → Ia01	<input type="checkbox"/>	
H14	Berapa kali serangan seperti anda alami dalam 1 tahun terakhir?.....kali		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
H15	Apakah sejak usia anak, anda sering mengalami infeksi saluran napas berulang?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	

I. FAKTOR RISIKO			
Ia. PENGGUNAAN TEMBAKAU DAN KEBIASAAN MEROKOK			JAM:
Ia01	Apakah Anda pernah menghisap rokok atau menggunakan produk tembakau lainnya (misal rokok lintingan, rokok pipa, cangklong, cerutu)?	1.Ya 2.Tidak → Bag. Ib	<input type="checkbox"/>
Ia02	Berapa umur Anda saat pertama kali mulai merokok, walaupun cuma satu hisapan? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	Umur: _____ tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ia03	Apakah saat ini Anda merokok jenis produk tembakau apapun, seperti rokok pabrik, lintingan, cerutu atau pipa?	1.Ya, setiap hari 2.Ya, kadang kadang → Bag. Ib 3.Sekarang Tidak, dulu pernah → Ia06	<input type="checkbox"/>
Ia04	Berapa umur Anda saat mulai merokok setiap hari ? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	_____ tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ia05	Jenis dan Jumlah Batang Rokok yang dihisap per hari		
		Jenis Rokok yang dihisap	Jumlah Batang Rokok yang dihisap per hari
		(1)	(2)
	a.Rokok kretek	1.Ya 2.Tidak → Bag Ia05b	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b.Rokok putih (bukan kretek)	1.Ya 2.Tidak → Bag Ia05c	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c.Rokok lintingan	1.Ya 2.Tidak → Bag Ia05d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d.Cerutu	1.Ya 2.Tidak → Bag Ia05e	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e.Lainnya	1.Ya 2.Tidak → Bag Ic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ia06	Di masa lalu , apakah Anda pernah merokok?	1.Ya, setiap hari 2.Ya, tidak setiap hari	<input type="checkbox"/>
Ia07	Pada umur berapa Anda berhenti merokok?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tahun

LANJUTKAN KE BAGIAN Ib

		Ib. PEROKOK PASIF	JAM
Ib01	Adakah orang yang merokok setiap hari di rumah anda?	1. Ya 2. Tidak → Ib05	<input type="checkbox"/>
Ib02	Jika Ya , Sudah berapa bulan, sebutkan (bulan) ISIKAN DENGAN "888" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bulan
Ib03	Rata-rata berapa jam dan menit anda terpapar asap rokok di rumah setiap hari di rumah?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> menit
Ib04	Siapa yang merokok setiap hari di rumah? ISIKAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK a. Suami/istri <input type="checkbox"/> b. Orang tua/mertua <input type="checkbox"/> c. Anak <input type="checkbox"/> d. orang lain <input type="checkbox"/>		
Ib05	Apakah anda terpapar asap rokok setiap hari di:		
	Terpapar di:	Rata2 berapa jam anda terpapar asap rokok setiap hari 1. < 1 jam 2. 1 – 3jam 3. > 3 jam	Sudah berapa bulan anda terpapar asap rokok setiap hari? ISIKAN DENGAN "888" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT
	(1)	(2)	(3)
a. Di tempat kerja	1. Ya 2. Tidak → Ib05b 7. Tidak Berlaku → Ib05b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. dalam perjalanan (di angkutan umum)	1. Ya 2. Tidak → Ib05c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. di tempat umum lainnya	1. Ya 2. Tidak → Bag Ic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		Ic. POLLUTAN SELAIN ROKOK	JAM
Ic01	Dalam waktu 1 tahun terakhir		
		Apakah di dalam rumah anda terpajan pollutan dibawah ini?	Rata-rata berapa jam perhari anda terpajan pollutan tersebut?
		1	2
	a. asap dari bahan bakar kayu	1. Ya 2. Tidak → Ic01b	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jam
	b. asap dari bahan bakar minyak/kompur	1. Ya 2. Tidak → Ic01c	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jam
	c. debu rumah	1. Ya 2. Tidak → Ic02	d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jam
Ic02	Dalam waktu 1 tahun terakhir		
		Apakah di luar lingkungan rumah anda terpajan pollutan dibawah ini?	Rata-rata berapa jam perhari anda terpajan pollutan tersebut?
		1	2
	a. asap kendaraan bermotor	1. Ya 2. Tidak → Ic02b	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jam
	b. asap pembakaran/debu/tambang/pabrik semen dekat rumah	1. Ya 2. Tidak → Ic03	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jam

Ic03	Dalam waktu 1 tahun terakhir		
		Apakah di lingkungan kerja anda terpajan pollutan dibawah ini?	Rata-rata berapa jam perhari anda terpajan pollutan tersebut?
		1	2
	a. asap kendaraan bermotor	1.Ya 2.Tidak → Ic03b 7.Tidak berlaku → Ic03b	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jam
	b. asap pembakaran/debu/tambang/semen pabrik	1.Ya 2.Tidak → Id01 7.Tidak berlaku → Id01	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jam
Ic04	Apakah anda terpajan polutan di lingkungan pekerjaan anda?		
	a. Bahan kimia	1.Ya 2.Tidak 7.Tidak berlaku	<input type="checkbox"/>
	b. bahan sintetik	1.Ya 2.Tidak 7.Tidak berlaku	<input type="checkbox"/>
	c. bahan tambang	1.Ya 2.Tidak 7.Tidak berlaku	<input type="checkbox"/>
	d. bahan radiasi	1.Ya 2.Tidak 7.Tidak berlaku	<input type="checkbox"/>

Id. KONSUMSI ALKOHOL		JAM:
Id01	Apakah Anda PERNAH mengonsumsi minuman beralkohol seperti bir, anggur, whiskey, tuak, arak dan lain sejenisnya? 1. Ya 2. Tidak → ke Bagian Ie. aktifitas fisik	<input type="checkbox"/>
Id02	Apakah dalam 12 bulan yang terakhir ini anda PERNAH mengonsumsi minuman beralkohol seperti bir, anggur, whiskey, tuak, arak dan lain sebagainya? 1. Ya 2. Tidak → ke Bagian Ie. aktifitas fisik	<input type="checkbox"/>
Id03	Dalam 12 bulan terakhir, seberapa sering anda minum minuman beralkohol? 1. Kurang dari satu kali dalam sebulan 4. 5-6 hari dalam seminggu 2. 1-3 hari dalam sebulan 5. Setiap hari 3. 1-4 hari dalam seminggu	<input type="checkbox"/>
Id04	Apakah anda mengonsumsi minuman beralkohol dalam 30 hari terakhir? 1. Ya 2. Tidak → ke Bagian Ie. aktifitas fisik	<input type="checkbox"/>
Id05	Dalam <u>30 hari terakhir</u> , jenis minuman beralkohol yang (biasa) anda minum? 1. Minuman dengan kadar alkohol rendah, misal: Bir Bintang, Bir Angker, Stout dlsb 2. Minuman dengan kadar alkohol sedang, misal: white wine, champagne, sparkling whine dlsb 3. Minuman dengan kadar alkohol tinggi, misal: whiskey, vodka, tequilla dlsb 4. Minuman tradisional tidak disuling (keruh), misal: sagueer, laro, dlsb 5. Minuman tradisional disuling (bening), misal: cap tikus, sopi, dlsb 6. Minuman oplosan	<input type="checkbox"/>
Id06	Dalam <u>30 hari terakhir</u> , berapa kali anda minum setidaknya satu standar (gelas/kaleng/botol kecil/sloki) minuman beralkohol dalam setiap kesempatan.	_____ kali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Id07	Dalam <u>30 hari terakhir</u> , ketika anda minum minuman beralkohol, rata-rata berapa banyak minuman beralkohol yang anda minum dalam setiap kesempatan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Id08	Dalam <u>30 hari terakhir</u> , berapa jumlah terbesar minuman alkohol yang Anda konsumsi dalam satu kesempatan? Jumlahkan semua jenis minuman beralkohol yang Anda minum bila lebih dari satu jenis minuman beralkohol dalam standar (gelas / kaleng / botol kecil / sloki) minuman beralkohol.	_____ standar (gelas / kaleng / botol kecil / sloki) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Id09	Dalam <u>30 hari terakhir</u> , berapa kali Anda minum sejumlah 5 standar (gelas / kaleng / botol kecil / sloki) atau lebih (untuk laki-laki) / 4 standar (gelas/kaleng/botol kecil/ sloki) atau lebih (untuk perempuan) minuman beralkohol pada tiap kesempatan ?	_____ kali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ie. AKTIFITAS FISIK		JAM:	
<p>Pertanyaan-pertanyaan berikut menanyakan tentang waktu yang Anda gunakan untuk melakukan berbagai jenis aktivitas fisik pada tiap minggu. Jawablah pertanyaan-pertanyaan tersebut meskipun Anda tidak menganggap diri Anda sebagai seseorang yang aktif secara fisik. Pikirkan terlebih dahulu tentang waktu yang Anda gunakan untuk melakukan pekerjaan. Pikirkan pekerjaan sebagai sesuatu yang harus Anda lakukan seperti pekerjaan baik yang dibayar maupun yang tidak dibayar, belajar/pelatihan, pekerjaan rumah tangga, panen tanaman di sawah atau di kebun, memancing atau berburu makanan, dan juga mencari pekerjaan.</p>			
AKTIFITAS FISIK WAKTU MELAKUKAN PEKERJAAN			
le01	Apakah pekerjaan Anda berhubungan dengan kegiatan dengan intensitas berat yang menyebabkan frekwensi nafas dan detak jantung meningkat cukup besar, seperti kegiatan pertanian, membawa atau mengangkat beban berat, menggali atau pekerjaan konstruksi selama paling sedikitnya 10 menit secara terus menerus?	1.Ya 2.Tidak → le04	<input type="checkbox"/>
le02	Dalam seminggu, berapa hari Anda melakukan kegiatan dengan intensitas berat sebagai bagian dari pekerjaan? _____ hari (1 angka)		<input type="checkbox"/>
le03	Biasanya, berapa banyak waktu yang Anda habiskan tiap harinya untuk melakukan kegiatan dengan intensitas berat pada saat Anda bekerja? (ISI DALAM JAM DAN MENIT)JamMenit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
le04	Apakah pekerjaan Anda berhubungan dengan kegiatan dengan intensitas sedang yang menyebabkan sedikit peningkatan frekwensi nafas dan detak jantung, seperti berjalan cepat atau membawa beban ringan selama paling sedikitnya 10 menit secara terus menerus?	1.Ya 2.Tidak → le07	<input type="checkbox"/>
le05	Dalam seminggu, berapa hari Anda melakukan kegiatan dengan intensitas sedang sebagai bagian dari pekerjaan?	_____ hari	<input type="checkbox"/>
le06	Biasanya, berapa banyak waktu yang Anda habiskan tiap harinya untuk melakukan kegiatan dengan intensitas sedang pada saat Anda bekerja? ISI DALAM JAM DAN MENIT)JamMenit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AKTIFITAS FISIK WAKTU MELAKUKAN PERJALANAN			
le07	Apakah Anda berjalan kaki atau bersepeda selama paling sedikitnya 10 menit terus menerus untuk bepergian dari satu tempat ke tempat lain?	1.Ya 2.Tidak → le10	<input type="checkbox"/>
le08	Dalam seminggu, berapa hari Anda berjalan kaki atau bersepeda paling sedikitnya 10 menit terus menerus untuk bepergian dari satu tempat ke tempat lain?	_____ hari	<input type="checkbox"/>
le09	Biasanya, berapa banyak waktu yang Anda habiskan tiap harinya untuk berjalan kaki atau bersepeda untuk bepergian dari satu tempat ke tempat lain? (ISI DALAM JAM DAN MENIT)JamMenit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AKTIFITAS FISIK WAKTU LUANG/REKREASI			
<p>Pada bagian ini pikirkan semua kegiatan rekreasional yang Anda lakukan secara teratur/rutin dalam satu tahun, tidak termasuk kegiatan yang jarang Anda lakukan tiap tahunnya. Yang termasuk kegiatan rekreasional adalah semua kegiatan olahraga (tidak termasuk kegiatan olahraga yang ditujukan untuk pertandingan atau perlombaan pada perayaan tertentu), serta kegiatan yang Anda lakukan di waktu luang, seperti berkebun, mengikuti kegiatan kesenian, memancing, mendaki gunung, piknik rutin, bersepeda, lintas alam, pencinta alam, berlari, dll.</p>			
le10	Apakah Anda melakukan olahraga, latihan kebugaran atau kegiatan rekreasi dengan intensitas berat yang menyebabkan yang menyebabkan peningkatan frekwensi nafas dan detak jantung yang cukup besar selama paling sedikitnya 10 menit secara terus menerus?	1.Ya 2.Tidak → le13	<input type="checkbox"/>
le11	Dalam seminggu, berapa hari Anda melakukan olahraga, latihan kebugaran atau kegiatan rekreasi dengan intensitas berat?	_____ hari	<input type="checkbox"/>
le12	Biasanya, berapa banyak waktu yang Anda habiskan tiap harinya untuk melakukan olahraga, latihan kebugaran atau kegiatan rekreasi dengan intensitas berat? (ISI DALAM JAM DAN MENIT)JamMenit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
le13	Apakah Anda melakukan olahraga, latihan kebugaran atau kegiatan rekreasi dengan intensitas sedang yang menyebabkan sedikit peningkatan frekwensi nafas dan detak jantung, selama paling sedikitnya 10 menit secara terus menerus?	1.Ya 2.Tidak → le16	<input type="checkbox"/>
le14	Dalam seminggu, berapa hari Anda melakukan olahraga, latihan kebugaran atau kegiatan rekreasi dengan intensitas sedang?	_____ hari	<input type="checkbox"/>

te15	Biasanya, berapa banyak waktu yang Anda habiskan tiap harinya untuk melakukan olahraga, latihan kebugaran atau kegiatan rekreasi dengan intensitas sedang? (ISI DALAM JAM DAN MENIT)JamMenit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

AKTIFITAS DUDUK DAN BERBARING

Pikirkan waktu Anda saat berbaring ataupun duduk saat bekerja dan di waktu luang, dalam alat transportasi dari satu tempat ke tempat lainnya, atau duduk bersama teman, dan menonton televisi.

Bila responden sakit keras atau lumpuh sehingga harus duduk atau berbaring sepanjang hari, isikan 99. Tidak termasuk waktu untuk tidur.

te16	Biasanya, berapa banyak waktu yang Anda habiskan tiap harinya untuk duduk atau berbaring? (ISI DALAM JAM DAN MENIT)JamMenit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

	J. STATUS KESEHATAN MENTAL	JAM:
--	-----------------------------------	-------------

Pertanyaan dibawah ditujukan untuk kondisi 1 bulan terakhir

ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK

J01	Apakah Anda sering sakit kepala?	<input type="checkbox"/>	J14	Apakah Anda tidak sanggup berperan secara bermanfaat dalam hidup ini (merasa gagal, hidup tidak berarti, dsb)?	<input type="checkbox"/>
J02	Apakah nafsu makan Anda kurang?	<input type="checkbox"/>	J15	Apakah Anda kehilangan minat terhadap segala hal?	<input type="checkbox"/>
J03	Apakah Anda terganggu tidurnya?	<input type="checkbox"/>	J16	Apakah Anda merasa sebagai seorang yang tidak berguna?	<input type="checkbox"/>
J04	Apakah Anda mudah terkejut (kaget) dan takut?	<input type="checkbox"/>	J17	Apakah Anda pernah memikirkan untuk bunuh diri?	<input type="checkbox"/>
J05	Apakah tangan Anda gemetar?	<input type="checkbox"/>	J18	Apakah Anda merasa letih setiap waktu?	<input type="checkbox"/>
J06	Apakah Anda merasa gugup, tegang/banyak pikiran?	<input type="checkbox"/>	J19	Apakah Anda merasa perutnya tidak enak?	<input type="checkbox"/>
J07	Apakah pencernaan Anda terganggu (BAB terganggu, kembung, muncet)?	<input type="checkbox"/>	J20	Apakah Anda mudah letih?	<input type="checkbox"/>
J08	Apakah Anda sulit berfikir dengan jelas (pikiran kosong, lambat, kosong dll)?	<input type="checkbox"/>	J21	Apakah Anda merasa seseorang sedang mencoba mencelakai diri Anda dengan cara-cara tertentu?	<input type="checkbox"/>
J09	Apakah Anda merasa tidak bahagia?	<input type="checkbox"/>	J22	Apakah Anda merasa sebagai orang yang sangat penting?	<input type="checkbox"/>
J10	Apakah Anda menangis lebih dari biasanya?	<input type="checkbox"/>	J23	Apakah Anda merasa ada hal yang aneh mempengaruhi pikiran?	<input type="checkbox"/>
J11	Apakah Anda tidak bergairah dalam kegiatan sehari-hari?	<input type="checkbox"/>	J24	Apakah Anda pernah mendengar suara-suara tanpa mengetahui dari mana asalnya dan tak dapat didengar orang lain?	<input type="checkbox"/>
J12	Apakah Anda merasa sulit untuk mengambil keputusan?	<input type="checkbox"/>	J25	Apakah Anda secara tiba-tiba pernah mendapat serangan kejang-kejang?	<input type="checkbox"/>
J13	Apakah pekerjaan Anda sehari-hari dirasakan sebagai penderitaan?	<input type="checkbox"/>			

	K. DIET/POLA MAKAN	JAM:
--	---------------------------	-------------

GUNAKAN BUKU KODE BAHAN MAKANAN

Pertanyaan berikut menanyakan kebiasaan makan anda dalam sebulan terakhir. Kebiasaan makan tersebut bisa anda peroleh dari masak sendiri, membeli atau diberi orang lain.

FREKUENSI KONSUMSI MAKANAN (FFQ) DALAM SEBULAN TERAKHIR

Kode kolom (7) penyajian :							
		1.Masak sendiri		2. Membeli		3.Diberi	
Kode BM	Nama Bahan Makanan	Frekuensi	Satuan Waktu	URT	Berat (gram)	Penyajian	Merk
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Serealia dan umbi-umbian						
	Nasi putih						
	Nasi goreng						
	Nasi bersantan						
	Lontong						
	Nasitim:						
	Bubur nasi						
	Jagung kuning rebus						
	Nasi jagung						
	Ubi rebus						
	Ubi goreng						
	Singkong kukus						
	Talas						
	Kentang						
	Mie kering						
	Mie basah						
	Mei instant						
	Bihun						
	Sagu						
	Kacang-kacangan						
	Bubur kacang hijau						
	Pepes tahu						
	Tahu goreng						
	Tahu bacem						
	Tempe bacem						
	Tempe goreng						
	Susu kedele						

FREKUENSI KONSUMSI MAKANAN (FFQ) DALAM SEBULAN TERAKHIR

Kodekolom (7) penyajian :							
		1.Masak sendiri		2. Membeli		3.Diberi	
Kode BM	Nama Bahan Makanan	Frekuensi	Satuan Waktu	URT	Berat (gram)	Penyajian	Merk
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Kacang goreng						
	Kecap						
	Daging, unggas & telur						
	Daging sapi goreng/empal						
	Rendang sapi						
	Comed daging sapi						
	Baso sapi						
	Sosis sapi						
	Daging kambing goreng						
	Sate kambing						
	Gulai kambing						
	Kari kambing						
	Ayam goreng						
	Ayam oror						
	Sate ayam						
	Ayam bakar						
	Baso ayam						
	Sosis ayam						
	Babi goreng						
	Babi bakar						
	Sate babi						
	Sosis babi						
	Telur						
	Ikan dan olahannya						
	Ikan laut goreng						
	Ikan laut bakar						
	Ikan laut pepes						

FREKUENSI KONSUMSI MAKANAN (FFQ) DALAM SEBULAN TERAKHIR

Kode kolom (7) penyajian :							
		1.Masak sendiri		2. Membeli		3.Diberi	
Kode BM	Nama Bahan Makanan	Frekuensi	Satuan Waktu	URT	Berat (gram)	Penyajian	Merk
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Ikan tawar goreng						
	Ikan tawar bakar						
	Ikan tawar pepes						
	Teri goreng						
	Pepes teri						
	Udang goreng						
	Udang bakar						
	Cumi goreng						
	Cumi bakar						
	Kepiting						
	Ikan laut asin						
	Sayur-sayuran						
	Bayam						
	Kangkung						
	Kol						
	Daun singkong						
	Daun Ubi jalar						
	Daun katuk						
	Sawi hijau						
	Sawi putih						
	Kacang panjang						
	Buncis						
	Pare/paria						
	Terong						
	Labu siam						
	Labu kuning						
	Wortel						
	Tomat						

FREKUENSI KONSUMSI MAKANAN (FFQ) DALAM SEBULAN TERAKHIR

Kode kolom (7) penyajian :

1. Masak sendiri

2. Membeli

3. Diberi

Kode BM	Nama Bahan Makanan	Frekuensi	Satuan Waktu	URT	Berat (gram)	Penyajian	Merk
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Timun						
	Brokoli						
	Jamur						
	Genjer						
	Daun pakis						
	Lobak/wortel putih						
	Buah-buahan						
	Pisang						
	Pepaya						
	Jeruk						
	Mangga						
	Jambu biji						
	Jambu air						
	Semangka						
	Melon						
	Nenas						
	Alpoket						
	Rambutan						
	Sirsak						
	Susu dan olahannya						
	Susu bubuk						
	Susu segar						
	Susu kental manis						
	Yogurt						
	Keju						
	Susu bubuk coklat						
	Susu kental manis coklat						

VI. PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN			JAM:
VI.A. TINGGI BADAN DAN BERAT BADAN			
1a. Apakah ditimbang?	1. Ya 2. Tidak → VI.A.2a	<input type="checkbox"/>	1b. Berat Badan (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
2a. Apakah diukur?	1. Ya 2. Tidak → VI.A.3a	<input type="checkbox"/>	2b. Tinggi Badan(cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
			2c. Indeks Massa Tubuh <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
3a. Apakah diukur?	1. Ya 2. Tidak → VI.B.	<input type="checkbox"/>	3. Lingkar perut (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

VI.B. TEKANAN DARAH			
SPYGNOMANOMETER			
Tekanan darah sistolik	Diperiksa 1. Ya 2. Tidak	Tangan	
		Kanan	Kiri
B01U. Tekanan darah sistolik (mmHg) I	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B02U. Tekanan darah sistolik (mmHg) II	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B03U. Tekanan darah sistolik (mmHg) III (selisih pengukuran I dan II > 10 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tekanan darah diastolic			
B04U. Tekanan darah diastolik (mmHg) I	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B05U. Tekanan darah diastolik (mmHg) II	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B06U. Tekanan darah diastolik (mmHg) III (selisih pengukuran I dan II > 10 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DIGITAL AND			
Tekanan darah sistolik	Diperiksa 1. Ya 2. Tidak	Tangan	
		Kanan	Kiri
C01U. Tekanan darah sistolik (mmHg) I	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C02U. Tekanan darah sistolik (mmHg) II	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C03U. Tekanan darah sistolik (mmHg) III (selisih pengukuran I dan II > 10 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tekanan darah diastolic			
C04U. Tekanan darah diastolik (mmHg) I	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C05U. Tekanan darah diastolik (mmHg) II	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C06U. Tekanan darah diastolik (mmHg) III (selisih pengukuran I dan II > 10 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nadi			
C07U. Nadi I	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C08U. Nadi II	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

C09U.Nadi II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

VI.C. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

1.Pemeriksaan darah	1.Ya 2.Tidak →VI.D	<input type="checkbox"/>	Tanggal pengambilan darah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nama pengambil darah				
Gula darah puasa (mg/dl)	Jam Pemeriksaan : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Jam minum larutan glukosa :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Gula darah 2 jam pp (mg/dl)	Jam Pemeriksaan : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cholesterol darah puasa (mg/dl)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kolesterol LDL (mg/dl)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Trigliserida (mg/dl)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kolesterol HDL (mg/dl)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

VI.D. PEMERIKSAAN FECES

Tanggal pemeriksaan feces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Nama petugas
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------

VI.E. PEMERIKSAAN PAYUDARA

Tanggal Pemeriksaan Payudara <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Nama petugas
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------

VI.F. PEMERIKSAAN IVA

Tanggal Pemeriksaa IVA

- -

Nama petugas

VI.G PEMERIKSAAN EKG

Tanggal Pemeriksaa EKG

- -

Nama petugas

VI.H. PEMERIKSAAN SPIROMETRI

CATATAN UJI FAAL PARU

1. Hanya hasil yang dapat diterima dan reproduibel saja yang dicatat

Pemeriksaan	VEP1 (ML)	% pred (%)	KVP (%)	% pred (%)	APE (%)	% pred (%)	VEP1KVP

Setiap Peserta harus dilakukan uji faal paru sehingga didapatkan 2 hasil yang reproduibel dari 3 atau lebih hasil yang dapat diterima, dengan melakukan pemeriksaan maksimal sebanyak 8 kali.

Komentar Teknisi PFT :

1. Hasil yang dapat diterima:.....
2. Hasil yang reproduibel :.....
3. Lain-lain :.....

Tanggal Pemeriksaa Spirometri - -

Nama petugas

VI.I PEMERIKSAAN NEUROLOGI

Hasil Pemeriksaan Petugas		Hasil Konfirmasi dari dokter spesialis syaraf									
Positif	<input type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>	Definite stroke	<input type="checkbox"/>	Probable stroke	<input type="checkbox"/>	Bukan Stroke	<input type="checkbox"/>	Lain-lain:.....	<input type="checkbox"/>

Tanggal wawancara - -

Nama petugas:

Tanggal Konfirmasi Neurologi - -

Nama Dokter Spesialis Syaraf:

VI.J. PEMERIKSAAN FOTOTHORAK

Tanggal Foto Thorak

- -

Nama petugas

CATATAN PENGUMPUL DATA

CATATAN SUPERVISOR

CEK LIST KEGIATAN PENGUMPULAN DATA

Wawancara

Pemeriksaan darah

Pemeriksaan IVA

Pemeriksaan gula darah puasa

Pemeriksaan EKG

Pemeriksaan gula darah 2 jam

Pemeriksaan Spirometri

Pemeriksaan feses

Pemeriksaan Neurologi

Pemeriksaan Payudara

Pemeriksaan Foto Thorax