

Prov		Kab		Kec		Desa	
D/K	No. Blok Sensus			Kode Sampel		No. RT	

Kutip dari nomor 1-5 dan 7-8 Blok I Morb 01 RT

PETUNJUK PENGISIAN:

1. Lingkari kode jawaban jika kode jawaban berupa angka
2. Pindahkan kode jawaban yang dilingkari jika pada kolom jawaban disediakan kotak
3. Jika satu pertanyaan terdiri dari beberapa bagian maka lingkari kode jawaban dari tiap bagian tersebut dan isikan pada kotak jika disediakan
4. Tulislah jawaban yang diminta jika terdapat perintah sebutkan atau catatlah
5. Jika jawaban bukan berupa pilihan maka isilah kotak atau (_____) yang disediakan

V. DAFTAR PERORANGAN

Nama Pewawancara : _____
 Tanggal Wawancara: / /

Sumber anamnesis :

1. Autoanamnesis

2. Alloanamnesis, Nama: _____
 No ART:

A06. Jenjang Pendidikan :

Tidak pernah sekolah 1
 SD 2
 Tamat SD 3
 SLTP 4
 Tamat SLTP 5
 SMU 6
 Tamat SMU 7
 Tamat Akademik/ Universitas 8

A. LATAR BELAKANG PERORANGAN

A.01. Nama : _____

A02. No. ART :

A03. Jenis Kelamin : Laki-laki 1
 Perempuan 2

A04. Umur, jika:

a. ≥ 5 tahun (tahun)	} →	a. <input type="text"/> <input type="text"/> tahun
b. Balita (bulan)		b. <input type="text"/> <input type="text"/> bulan
c. Neonatal (hari)		c. <input type="text"/> <input type="text"/> hari

*Jika responden < 5 tahun (Balita) ke P.B01
 Jika responden 5-9 tahun ke P.A06
 Jika responden ≥ 10 tahun ke P. A05*

A05. Status Perkawinan:

Belum kawin..... 1
 Kawin 2
 Cerai hidup 3
 Cerai mati 4

B. ANAMNESIS UMUM

B01. **Satu tahun terakhir**, apakah ART pernah menderita sakit berat (tidak bisa melakukan kegiatan)
 Ya.....1
 Tidak.....2

Jika "Ya", sebutkan sakit yang diderita:

B02. Apakah ada keluhan kesehatan dalam 1 bulan terakhir :
 Ya 1 Tidak 2

Jika Ya ke pertanyaan B02a **Jika umur responden ≥ 10 th ke P.C01**
Jika umur responden 5-9 th ke P.D01
Jika umur responden < 5 th ke P.D06

B02a. Bila ya, keluhan yang dirasakan :

B03. Apakah penyakit yang dikeluhkan sudah diobati? Ya 1 Tidak 2, Ke P. B07	<input type="checkbox"/>																																												
B04. Bila ya, apakah diobati sendiri ? Ya 1, Tidak 2, Ke P. B06	<input type="checkbox"/>																																												
B05. Bila diobati sendiri, menggunakan : (Isikan "1" jika Ya dan "2" jika Tidak) a. Obat modern, a. <input type="checkbox"/> catat : _____ b. Obat tradisional/jamu, b. <input type="checkbox"/> catat : _____ c. Cara tradisional, (pijat, kerokan dll) c. <input type="checkbox"/> catat: _____																																													
B06. Apakah ART pernah mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan? <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center">Ya</td> <td style="text-align:center">Tidak</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. Rumah sakit pemerintah</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>a. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Rumah sakit swasta</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>b. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Dokter praktek</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>c. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Puskesmas</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>d. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Puskesmas pembantu</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>e. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Klinik</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>f. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Praktek petugas kesehatan</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>g. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Polindes</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>h. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Posyandu</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>i. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j. Praktek pengobatan tradisional</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td>j. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ya	Tidak		a. Rumah sakit pemerintah	1	2	a. <input type="checkbox"/>	b. Rumah sakit swasta	1	2	b. <input type="checkbox"/>	c. Dokter praktek	1	2	c. <input type="checkbox"/>	d. Puskesmas	1	2	d. <input type="checkbox"/>	e. Puskesmas pembantu	1	2	e. <input type="checkbox"/>	f. Klinik	1	2	f. <input type="checkbox"/>	g. Praktek petugas kesehatan	1	2	g. <input type="checkbox"/>	h. Polindes	1	2	h. <input type="checkbox"/>	i. Posyandu	1	2	i. <input type="checkbox"/>	j. Praktek pengobatan tradisional	1	2	j. <input type="checkbox"/>	
	Ya	Tidak																																											
a. Rumah sakit pemerintah	1	2	a. <input type="checkbox"/>																																										
b. Rumah sakit swasta	1	2	b. <input type="checkbox"/>																																										
c. Dokter praktek	1	2	c. <input type="checkbox"/>																																										
d. Puskesmas	1	2	d. <input type="checkbox"/>																																										
e. Puskesmas pembantu	1	2	e. <input type="checkbox"/>																																										
f. Klinik	1	2	f. <input type="checkbox"/>																																										
g. Praktek petugas kesehatan	1	2	g. <input type="checkbox"/>																																										
h. Polindes	1	2	h. <input type="checkbox"/>																																										
i. Posyandu	1	2	i. <input type="checkbox"/>																																										
j. Praktek pengobatan tradisional	1	2	j. <input type="checkbox"/>																																										

Lanjutkan ke P. C01

B07. Bila tidak diobati, sebutkan alasan utamanya: Tidak ada biaya..... 1 Jarak jauh 2 Layanan kurang memuaskan..... 3 Bisa sembuh sendiri..... 4 Lainnya,..... 5 Sebutkan _____	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

C. FAKTOR RISIKO

*Jika umur responden 5-9 th lanjutkan ke P.D01
Jika umur responden < 5 th lanjutkan ke P.D06*

(C01 – C19) Tanyakan untuk umur 10 tahun ke atas

ROKOK C01. Apakah ART sekarang merokok ? Tidak sama sekali 1 Ya, tapi belum tentu seminggu sekali..... 2 Ya, sekali atau lebih dalam seminggu..... 3 Ya, setiap hari (minimal 1 btg/ hari) 4	<input type="checkbox"/>	} Ke P. C04b → Ke P. C04a
--	--------------------------	--

C02. Pada waktu yang lalu, apakah ART pernah merokok? Ya, tiap hari..... 1 Ya, 100 batang atau lebih tetapi tidak setiap hari..... 2 Ya, kurang dari 100 batang dalam seumur hidup..... 3 Tidak sama sekali 4	<input type="checkbox"/>	} Ke P. C04b → Ke P. C06										
C03. Kapan ART mulai berhenti merokok setiap hari (Isi sampai dengan satuan terkecil dalam " bulan") <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">,</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align:center">Tahun</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align:center">Bulan</td> </tr> </table> yang lalu			,			Tahun			Bulan			
		,										
Tahun			Bulan									
C04a. Umur berapa ART mulai merokok tiap hari? b. Umur berapa ART mulai merokok?	a. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>										
C05. Jenis rokok yang paling sering dihisap: Putih filter..... 1 Putih non filter..... 2 Kretek filter..... 3 Kretek non filter..... 4 Linting/ kaung..... 5 Cerutu/ siong..... 6 Lain-lain..... 7	<input type="checkbox"/>											

MINUMAN BERALKOHOL Catatan: • 1 botol = 660 ml • 1 kaleng = 330 ml	• 1 gelas = 250 ml • 1 sloki = 40 ml
---	---

C06. Dalam 1 minggu terakhir, apakah ART minum 1 atau lebih jenis minuman beralkohol (misalnya bir, anggur, tuak, brem, whisky, sopi, dll) Ya.....1 Tidak.....2, ke P. C08	<input type="checkbox"/>
C07. Jenis minuman keras apa yang paling sering diminum dan jumlah yang diminum dalam 1 hari pada 1 minggu terakhir Bir 1 Anggur 2 Tuak/Brem 3 Johny Walker/Jenever/whisky..... 4 "Cap tikus"/Sopi/Arak..... 5 Lain-lain..... 6 (sebutkan dan cantumkan kadar alkoholnya) _____ _____ _____	a Jenis <input type="checkbox"/> b Jumlah <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ml
LANGSUNG KE P. C10	

C08. Dalam seumur hidup, apakah ART pernah minum 1 atau lebih jenis minuman beralkohol Ya.....1 Tidak.....2, KE P. C10	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

C09. Dalam seumur hidup, jenis minuman keras apa yang pernah/ sering diminum dan jumlah yang diminum dalam 1 hari		
Bir	1	a Jenis <input type="checkbox"/>
Anggur	2	
Tuak/Brem	3	b Jumlah
Johny Walker/Jenever/ whisky.	4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml
"Cap tikus"/Sopi/Arak.....	5	
Lain-lain.....	6	
(sebutkan dan cantumkan kadar alkoholnya)		

C17. Berapa jam yang digunakan untuk kegiatan naik mobil, bis, atau sepeda motor dan kadang-kadang naik sepeda ataupun berjalan	<input type="text"/> <input type="text"/> jam
C18. Berapa jam yang digunakan untuk kegiatan berjalan atau naik sepeda dan kadang-kadang juga naik mobil, bis, atau kereta api	<input type="text"/> <input type="text"/> jam
C19. Berapa jam yang digunakan untuk kegiatan banyak berjalan ataupun naik sepeda, hanya sedikit waktu duduk dalam mobil, bis, atau kereta api	<input type="text"/> <input type="text"/> jam

D. PERILAKU

(D01-D05) Tanyakan untuk umur 5 tahun ke atas

AKTIFITAS FISIK	
C10. Pola menggunakan waktu untuk aktifitas sehari-hari setiap minggunya:	
a. Kegiatan fisik yang berhubungan dengan pekerjaan	a. <input type="text"/> <input type="text"/> jam
b. Kegiatan fisik di luar pekerjaan	b. <input type="text"/> <input type="text"/> jam
c. Kegiatan fisik yang berhubungan dengan perjalanan	c. <input type="text"/> <input type="text"/> jam

(C11-C13) Kegiatan Fisik yang berhubungan dengan pekerjaan

C11. Berapa jam yang digunakan untuk kegiatan utama duduk atau berdiri dengan sedikit berjalan	<input type="text"/> <input type="text"/> jam
C12. Berapa jam yang digunakan untuk kegiatan terus-menerus seperti berjalan atau membersihkan	<input type="text"/> <input type="text"/> jam
C13. Berapa jam yang digunakan untuk kegiatan mengangkat beban berat atau pekerjaan berat	<input type="text"/> <input type="text"/> jam

(C14-C16) Kegiatan Fisik di luar pekerjaan

C14. Berapa jam yang digunakan untuk kegiatan utama duduk dan berdiri dengan sedikit berjalan	<input type="text"/> <input type="text"/> jam
C15. Berapa jam yang digunakan untuk kegiatan terus-menerus seperti berjalan, berkebun, berenang, dan naik tangga	<input type="text"/> <input type="text"/> jam
C16. Berapa jam yang digunakan untuk kegiatan mengangkat beban berat atau pekerjaan berat	<input type="text"/> <input type="text"/> jam

(C17-C19) Kegiatan Fisik yang berhubungan dengan perjalanan

SIKAT GIGI & CHECK UP		
D01a. Apakah ART biasa menggosok gigi setiap hari ?		<input type="checkbox"/>
Ya 1 Tidak 2 ke P.D02		
b. Bila ya, kapan		
a. Sesudah makan pagi	Ya 1 Tidak 2	a. <input type="checkbox"/>
b. Sebelum tidur malam	Ya 1 Tidak 2	b. <input type="checkbox"/>
c. Sesudah bangun tidur	Ya 1 Tidak 2	c. <input type="checkbox"/>
d. Lainnya	Ya 1 Tidak 2	d. <input type="checkbox"/>
Sebutkan _____		

D02. Apakah memeriksakan gigi ke dokter gigi atau perawat gigi dalam 6 bulan terakhir ?	<input type="checkbox"/>
Ya 1	
Tidak2 ke P.D04	

D03. Untuk tujuan apa periksa ke dokter gigi atau perawat gigi tersebut ?		
	Ya Tidak	
a. Berobat karena sakit gigi	Ya 1 Tidak 2	a. <input type="checkbox"/>
b. Pasang gigi palsu	Ya 1 Tidak 2	b. <input type="checkbox"/>
c. Penambalan gigi	Ya 1 Tidak 2	c. <input type="checkbox"/>
d. Pemeriksaan/chek up saja	Ya 1 Tidak 2	d. <input type="checkbox"/>
e. Lainnya	Ya 1 Tidak 2	e. <input type="checkbox"/>

SARAPAN PAGI		
D04. Apakah ART mempunyai kebiasaan sarapan pagi ?		<input type="checkbox"/>
Ya 1		
Kadang-kadang 2		
Tidak 3, Ke P. D06		

D05. Jenis sarapan pagi yang dimakan:		
	Ya Tidak	
a. Makanan pokok & lauk pauk	Ya 1 Tidak 2	a. <input type="checkbox"/>
b. Kue basah/ Kering	Ya 1 Tidak 2	b. <input type="checkbox"/>
c. Buah	Ya 1 Tidak 2	c. <input type="checkbox"/>
d. Minuman bergula/ juice/ susu	Ya 1 Tidak 2	d. <input type="checkbox"/>
e. Teh/ kopi/ air tanpa gula	Ya 1 Tidak 2	e. <input type="checkbox"/>

(D06-D09) Tanyakan untuk Semua Umur

PENGGUNAAN OBAT

D06. Apakah ART dalam **1 bln** terakhir menggunakan obat modern untuk menjaga kesehatan ?

Ya 1

Tidak 2, ke P.D08

D07. Bila (P.D06) ya,

Untuk: _____

Sebutkan nama obatnya: _____

D08. Apakah dalam **1 bln** terakhir ART menggunakan obat tradisional untuk menjaga kesehatan? :

Ya 1

Tidak 2 → ke P.E01

D09. Bila (P.D08) ya,

Untuk: _____

Sebutkan nama obatnya: _____

E. KEADAAN UMUM

(E01) Periksalah (Semua Umur)

E01. Kesadaran.

- Kompos mentis..... 1
- Menurun 2
- Tidak sadar 3

(E02-E03) Tanyakan (Semua umur)

E02. Riwayat demam 24 jam terakhir :

a. Ada1, ke P.E02b

Tidak ada.....2, ke P.E03

b. Bila ada, ukurlah berapa derajat?

a.

b. , °C

E03. Apakah ada riwayat:

a. Panas

b. Menggigil

Ya Tidak

1 2

1 2

a.

b.

(E04-E05) Periksalah (Semua umur)

E04. Pernafasan (per menit) : Kali

E05. Nadi (per menit) : Kali

(E06) Periksalah (Khusus 25 tahun ke atas)

E06. Tekanan darah (mm/Hg)

Pengukuran

(I)

(II)

Sistole:

Diastole:

F. KEPALA DAN LEHER

(F01 – F03) Periksalah untuk semua umur

F01. Pembesaran :

Kanan

Kiri

Ya

Tidak

Ya

Tidak

a . Kelenjar getah bening leher

1

2

1

2

b . Kelenjar ludah

1

2

1

2

F02. Kelainan rupa/lainnya (misal hydrocephalus, rambut tipis jarang, alopecia, gambaran kupu-kupu dimuka, muka mongoloid, moon face, tracheotomi, dll)

Ya 1

Tidak 2

Jika Ya, sebutkan _____

F03. Tiroid/Kel. Gondok :

Tk 0 = Normal/tidak membesar..... 1

Tk.1a = Teraba tetapi tidak terlihat..... 2

Tk.1b = Teraba & terlihat bila kepala tengadah.. 3

Tk.2 = Terlihat pd posisi kepala normal..... 4

Tk.3 = Terlihat dari jarak 6 meter 5

F04. Catat kelainan yang dijumpai : (ICD-10: B26, E00-E07, K11)

.....

.....

.....

.....

.....

G. MATA

(G01-G03) Tanyakan untuk semua umur (dalam 1 bulan terakhir)

G01. Apakah mata anda :

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Bengkak / edema	1	2	1	2
b. Berair	1	2	1	2
c. Merah	1	2	1	2
d. Nyeri	1	2	1	2
e. Gatal	1	2	1	2
f. Banyak kotoran mata	1	2	1	2

G02. Apakah ada gangguan penglihatan

	Ya	Tidak
a. Melihat dekat (myop)	1	2
b. Melihat jauh (presbiop)	1	2
c. Rabun senja (pd senja hari sering nabrak karena sulit melihat)	1	2
d. Silau	1	2
e. Pelangi	1	2
f. Tirai air	1	2
g. Melihat dua bayangan (diplopia)	1	2

(G03-G12) Periksalah (Semua Umur kecuali G10-G12)

G03. Apakah ada gangguan palpebrae ?

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Blepharitis	1	2	1	2
b. Hordeolum/chalazion	1	2	1	2
c. Trikhiasis	1	2	1	2
d. Ptosis	1	2	1	2

G04. Conjunctiva ?

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Anemik	1	2	1	2
b. Hiperemik/ Infeksi	1	2	1	2
c. Sekret	1	2	1	2

G05. Bola mata?

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Exophthalmus	1	2	1	2
b. Strabismus	1	2	1	2
c. Nistagmus	1	2	1	2
d. Pthisis bulbi	1	2	1	2

G06. Sklera?

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Pterigium	1	2	1	2
b. Ikterik	1	2	1	2
c. Infeksi	1	2	1	2
d. Pinkuekula	1	2	1	2
e. Xerosis/ Bercak Bitot	1	2	1	2

G07. Kornea?

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Infeksi/ keratitis	1	2	1	2
b. Ulkus	1	2	1	2
c. Sikatrik	1	2	1	2

G08. Pupil?

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Kelainan reflek sinar	1	2	1	2
b. Irregularitas	1	2	1	2
c. Anisokor	1	2		

G09. Lensa :

	Kanan		Kiri		Kanan	Kiri
	Ya	Tidak	Ya	Tidak		
Katarak	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KHUSUS 2 TAHUN KE ATAS

G10. Kaca mata/lensa kontak :

	Ya	Tidak	
a. Jauh (minus)	1	2	a <input type="checkbox"/>
b. Dekat (plus)	1	2	b <input type="checkbox"/>

KHUSUS 40 TAHUN KE ATAS

G11. Presbiop : Ya 1
 Tidak 2
 Buta huruf.....3

KHUSUS 10 TAHUN KE ATAS

G12. Buta warna : Ya ... 1 Tidak2

(G13) Khusus 5 tahun ke atas (Salin dari hasil formulir laboratorium)

G13. Visus :

20/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kanan
20/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kiri

G14. Catat kelainan yang dijumpai. (ICD-10: H00 – H59)

.....

.....

.....

H. TELINGA

(H01) Tanyakan untuk semua umur (dalam 1 bulan terakhir)

H01. Apakah telinga anda pernah:

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Keluar cairan	1	2	1	2
b. Rasa penuh	1	2	1	2
c. Kurang dengar	1	2	1	2
d. Berdenging	1	2	1	2
e. Nyeri	1	2	1	2
f. Gatal	1	2	1	2

(H02-H06) Periksalah (Semua Umur kecuali H04, H05, H06)

H02. Liang telinga :				
	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Furunkel/ Infeksi	1	2	1	2
b. Sekret/ Cairan	1	2	1	2
c. Serumen prop	1	2	1	2

H03. Retroaurikuler :				
	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Infiltrat	1	2	1	2
b. Abses	1	2	1	2
c. Sikatrik	1	2	1	2

Khusus 3 bulan ke atas		
H04. Tes Pendengaran		
a. Normal	1, ke P.H07	a. <input type="checkbox"/>
b. Tuli	2	kanan kiri
		b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Khusus 5 tahun ke atas		
H05. Tes Weber 512 Hz :		
Tidak ada laterisasi	1, ke P.H07	<input type="checkbox"/>
Laterisasi kanan	2	
Laterisasi kiri	3	

H06. Jenis Ketulian :		
Konduktif	1	<input type="checkbox"/>
Perseptif	2	

H07. Catat kelainan yang dijumpai : (ICD-10: H60 – H95)	

I. HIDUNG

(I01) Tanyakan untuk semua umur (Dalam 1 bulan terakhir)

I01. Apakah ada keluhan hidung :			
	Ya	Tidak	
a. Beringus/ pilek	1	2	
b. Hidung tersumbat	1	2	
c. Bersin-bersin	1	2	
d. Mimisan/epistaxis	1	2	
e. Gangguan penciuman	1	2	

(I02-I03) Periksalah (Semua Umur)

I02. Kavum nasi :		
	Kanan	Kiri

	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Polip	1	2	1	2
b. Sekret	1	2	1	2
c. Septum deviasi	1	2	1	2

I03. Catat kelainan yang dijumpai : (ICD-10: J00-J01, J10-J11, J30-J33)	

J. GIGI MULUT

(J01-J02) Periksalah (Khusus 5 tahun ke atas)

J01. Adakah kelainan bawaan :			
	Ya	Tidak	
a. Bibir sumbing	1	2	a. <input type="checkbox"/>
b. Langit sumbing	1	2	b. <input type="checkbox"/>
c. Lainnya	1	2	c. <input type="checkbox"/>
Sebutkan, _____			
(Jika semua jawaban tidak ke P.J03)			

J02. Operasi rekonstruksi untuk kelainan bawaan		
Ya	1	<input type="checkbox"/>
Tidak	2	

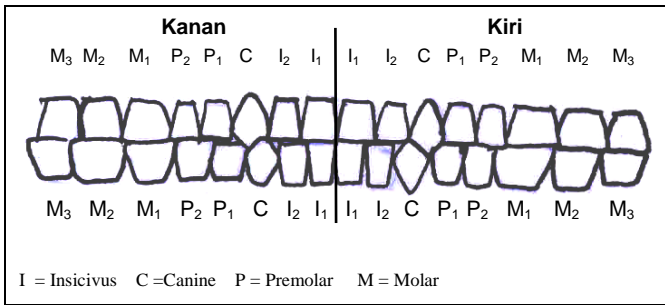
(J03) Periksalah (Khusus 5 tahun)

J03. Apakah ada lubang gigi?		
Ya.....	1	<input type="checkbox"/>
Tidak.....	2	

(J04-J08) Periksalah (Khusus 10 tahun ke atas)

J04. Apakah pakai gigi palsu ?			
	Ya	Tidak	
a. Gigi palsu lepas	1	2	a. <input type="checkbox"/>
b. Gigi palsu cekat	1	2	b. <input type="checkbox"/>

J05. Status gigi permanen :		
Berilah kode D,M, atau F pada setiap kolom di bawah ini.		Σ D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Apabila gigi belum tumbuh atau baru nampak sebagian sehingga tidak terdiagnosa berilah tanda (v).		Σ M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Σ F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D = gigi berlubang (Decay)		
M = gigi telah dicabut/tinggal akar (missing)		
F = gigi ditumpat (filling)		



J06. Status periodontal :

	Ya	Tidak	
a. Calculus	1	2	a. <input type="checkbox"/>
b. Periodontitis	1	2	b. <input type="checkbox"/>
c. Lainnya	1	2	c. <input type="checkbox"/>

Sebutkan, _____

J07. Gigi berjejal :

Ya 1	Tidak 2	<input type="checkbox"/>
------------	---------------	--------------------------

J08. Fluorosis/diskolorosis ?

Ya 1	Tidak 2	<input type="checkbox"/>
------------	---------------	--------------------------

J09. Catat kelainan mulut yang dijumpai (a.l. Aphtae/ sariawan, candidiasis, stomatitis angularis, Noma, papil lidah atrofi, Tumor, dll) (ICD-10: K00 - K14)

.....

.....

.....

K. TONSIL, FARING DAN LARING

(K01) Tanyakan untuk semua umur (Dalam 1 bulan terakhir)

K01. Apakah ada riwayat:

	Ya	Tidak
a. Tonsilektomi (bila ya, ke P.K04)	1	2
b. Laringektomi	1	2
c. Tracheotomi	1	2

(K02-K06) Periksalah (Semua Umur)

Kanan	Kiri
K02. Tonsil : T0 T1 T2 T3 / T3 T2 T1 T0	
K03. Detritus pada kripti :	
Ya 1	
Tidak 2	
K04. Faring :	
	Ya Tidak
a. Hiperemik	1 2
b. Granuler	1 2
K05. Post nasal drip :	
Terlihat..... 1	Tak terlihat 2
K06. Suara serak menetap :	
Ya 1	
Tidak 2	

K07. Catat kelainan yang dijumpai : (ICD-10: J02-J06, J35-J38)

.....

.....

.....

.....

L. JARINGAN KULIT

(L01-L02) Tanyakan dan periksalah untuk semua umur (Dalam 1 bulan terakhir)

L01. Apakah ada kelainan kulit sbb :

	Ya	Tidak
a. Hiperpigmentasi	1	2
b. Hipopigmentasi	1	2
c. Infeksi	1	2
d. Gatal/urtikaria	1	2
e. Ptechiae/bintik merah	1	2
f. Bercak merah	1	2
g. Bersisik	1	2
h. Vesikel / papula	1	2
i. Luka gigitan binatang (anjing, kucing, monyet, kelelawar)	1	2
j. Lainnya,	1	2

sebutkan _____

Jika a dan atau b "ya" ke P.L02 , c s/d j ke P.L03

L02. Apakah ada hiposensitifitas ?

Ya 1	Tidak 2
------------	---------------

L03. Catatan kelainan yang dijumpai (a.l. crazy pavement dermatose): (ICD-10: L00 – L99)

.....

.....

.....

M. MUSKULOSKELETAL DAN EKSTREMITAS

(M01-M04) Tanyakan untuk 10 tahun ke atas (Dalam 1 bulan terakhir)

M01. Apakah ada :

	Ya	Tidak
a. Gangguan pergerakan pada sendi	1	2
b. Luksasio / dislokasi sendi	1	2

Jika semua jawaban tidak, ke P. M04

M02. Sendi mana yang mengalami gangguan:

Kanan	Kiri
--------------	-------------

	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Rahang	1	2	1	2
b. Bahu	1	2	1	2
c. Siku	1	2	1	2
d. Pergelangan tangan	1	2	1	2
e. Jari tangan	1	2	1	2
f. Pangkal paha	1	2	1	2
g. Lutut	1	2	1	2
h. Tumit	1	2	1	2
i. Pergelangan kaki	1	2	1	2
j. Jari-jari kaki	1	2	1	2
	Ya	Tidak		
k. Tulang belakang	1	2		

(N01) Tanyakan untuk semua umur

N01. Apakah pernah mengalami

	Ya	Tidak
a. Kejang umum	1	2
b. Kejang lokal	1	2
c. Kejang demam	1	2

M03. Apakah ada nyeri sendi yang timbul :

	Ya	Tidak
a. Setelah makan makanan tertentu	1	2
b. Akibat cedera atau kecelakaan	1	2

M04. Apakah ada

	Ya	Tidak
a. Kaku sendi pada pagi hari	1	2
b. Benjolan keras di jempol, siku, daun telinga (tofus)	1	2

(M05-M06) Periksalah (Semua Umur)

M05. Ekstremitas atas :

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Ada kelainan (Misal: Clinodactily, Synostosis) Bila ya, _____	1	2	1	2
b. Pembesaran kelenjar getah bening ketiak	1	2	1	2

(N02-N03) Tanyakan atau periksalah untuk 10 tahun ke atas (Dalam 1 bulan terakhir)

N02. Apakah pernah

	Ya	Tidak
a. Sakit kepala berulang	1	2
b. Vertigo	1	2
c. Parestese/ kesemutan yang menetap	1	2
d. Sulit membedakan permukaan kasar-halus	1	2
e. Sulit membedakan temperatur (panas-dingin)	1	2
f. Terganggu rasa nyeri (hiperalgesia/hipoalgesia)	1	2

N03. Apakah:

	Ya	Tidak
a. Buang air kecil tidak terkendali	1	2
b. Buang air besar tidak terkendali	1	2

(N04) Periksalah (Semua Umur kecuali pertanyaan N04e dan N04f untuk umur 5 th ke atas)

M06. Ekstremitas bawah :

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Ada kelainan (Mis: Polidactily, Arthrogyriposis, Camptodactily) Bila ya, _____	1	2	1	2
b. Pembesaran kelenjar getah bening inguinal	1	2	1	2
c. Bengkak / edema	1	2	1	2
d. Varises	1	2	1	2

N04. Apakah ada :

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Kaku kuduk	1	2		
b. Gerakan spontan abnormal (tremor, chorea, athetose, ballismus)	1	2		
c. Gangguan Tes meringis (N.VII)	1	2		
d. Gangguan gerakan menjulurkan lidah (N. XII)	1	2		
e. Gangguan keseimbangan (tutup mata berdiri)	1	2		
f. Gangguan koordinasi	1	2		

M07. Catat kelainan yang dijumpai (a.l. atrofi otot, baggy pant, dll):
(ICD-10: I80 – I89, M00 - M99)

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
g. Parese / paralise	1	2	1	2
h. Spastisitas/Rigiditas	1	2	1	2
i. Gangguan gerakan bola mata (N. III, IV, VI)	1	2	1	2
j. Gangguan refleks Biceps	1	2	1	2
k. Gangguan refleks Patella	1	2	1	2

N. SISTEM SYARAF

N05. Catat kelainan yang dijumpai (ICD-10: G00 - G99)

O. THORAX

(O01-O05) Tanyakan untuk semua umur

PARU

O01. Dalam 1 bulan terakhir apakah ada batuk :

Ya 1
Tidak 2, **ke P.O03B**

O02. Sudah berapa lama ART batuk

a. _____ hari	a. <input type="text"/> <input type="text"/> hari
b. _____ minggu	b. <input type="text"/> <input type="text"/> minggu
c. _____ bulan	c. <input type="text"/> <input type="text"/> bulan
d. _____ tahun	d. <input type="text"/> <input type="text"/> tahun

O03A. Bagaimana batuk ART :

	Ya	Tidak	
a. Rejan/ panjang	1	2	a. <input type="checkbox"/>
b. Periodik (kambuhan)	1	2	b. <input type="checkbox"/>
c. Sepanjang hari (siang - malam)	1	2	c. <input type="checkbox"/>
d. Terutama malam hari/ subuh	1	2	d. <input type="checkbox"/>

O03B. Apakah ada keluhan lain, seperti:

	Ya	Tidak	
a. Batuk darah	1	2	a. <input type="checkbox"/>
b. Berdahak	1	2	b. <input type="checkbox"/>
c. Sesak nafas	1	2	c. <input type="checkbox"/>
d. Nyeri/ pegal di dada/ punggung	1	2	d. <input type="checkbox"/>
e. Dada terasa berat/ penuh	1	2	e. <input type="checkbox"/>
f. Nafas berbunyi/ mengi	1	2	f. <input type="checkbox"/>
g. Banyak keringat/ keringat malam	1	2	g. <input type="checkbox"/>
h. Demam	1	2	h. <input type="checkbox"/>
i. Berat badan turun	1	2	i. <input type="checkbox"/>

O04a. Apakah ART mendapat pengobatan dalam mengatasi keluhan/ penyakit tersebut ?

Ya 1 Tidak2 →**Ke P. O05**

Bila ya, jelaskan nama/ jenis obat (seluruhnya) yg digunakan dan lamanya minum obat tersebut

Nama obat	Lamanya minum obat
a. _____	a. _____ hari/minggu/bln
b. _____	b. _____ hari/minggu/bln
c. _____	c. _____ hari/minggu/bln
d. _____	d. _____ hari/minggu/bln

O04b. Apakah obat tersebut diperoleh dari program/ gratis?

Ya.....1
Tidak.....2, **KE P. O05**

O04c. Bila ya, dari mana obat tersebut diperoleh:

Puskesmas.....	1	<input type="checkbox"/>
Rumah sakit.....	2	
Dokter praktek.....	3	
Lain-lain.....	4	

Sebutkan, _____

O05. Apakah aktivitas ART sehari-hari terganggu yang disebabkan oleh keluhan diatas .

Ya 1 Tidak2

(O06-O08) Periksalah (Semua umur)

O06. Apakah ada kelainan bentuk dada:

	Ya	Tidak
a. Retraksi	1	2
b. Sela iga melebar	1	2
c. Dada tong	1	2
d. Dada burung	1	2

O07. Suara tambahan :

	Ya	Tidak
a. Ronchi kasar	1	2
b. Ronchi halus	1	2
c. Amforik	1	2
d. Wheezing/mengi	1	2
e. Krepitasi	1	2

Bila semua jawaban "tidak" ke P.O09

O08. Lokasi suara tambahan :

	Ya	Tidak
a. Apeks	1	2
b. Basal	1	2
c. Tersebar	1	2

(O09) Tanyakan untuk semua umur

JANTUNG

O09. Pada umur **sebelum 5 tahun** apakah ada keluhan sbb

	Ya	Tidak
a. Riwayat kesulitan menyusu	1	2
b. Gangguan pertumbuhan	1	2
c. Riwayat kebiruan	1	2
d. Riwayat nyeri dada setelah berjalan sampai harus berjongkok	1	2

(O10-O11) Tanyakan untuk 10 tahun ke atas

O10. Apakah pernah mengalami :

	Ya	Tidak
a. Nyeri dada/rasa tertekan berat > 2 menit	1	2
b. Nyeri dada setelah aktifitas ringan	1	2
c. Keluhan sering berdebar	1	2
d. Sesak nafas setelah jalan jauh/kerja berat	1	2

O11. Apakah ART minum obat pada saat ini :

	Ya	Tidak
a. Pelancar kencing	1	2
b. Obat jantung	1	2
c. Obat hipertensi	1	2
d. Pengencer darah	1	2

(O12) Periksalah (Semua Umur)

O12. Apakah ada:

	Ya	Tidak
a. Pergeseran Ictus Cordis ke kiri (Dari linea medio clavicularis kiri)	1	2
b. Denyut jantung tidak teratur	1	2
c. Murmur	1	2

(O13) Periksalah (Khusus Perempuan 15 tahun ke atas)

MAMMAE

O13. Apakah ada :

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Tumor mammae	1	2	1	2
b. Perlengketan tumor pada dasar	1	2	1	2
c. Kulit jeruk	1	2	1	2
d. Retraksi papilla mammae	1	2	1	2
e. Sekret / ulkus	1	2	1	2

O14. Catat kelainan yang dijumpai (ICD-10: C50, J00 - J99, I00 - I99)

P. ABDOMEN

(P01-P02) Tanyakan untuk semua umur (Dalam 1 bulan terakhir)

P01. Apakah ada gangguan pencernaan :

	Ya	Tidak
a. Mual/muntah	1	2
b. Pedih	1	2
c. Kembung	1	2
d. Kolik/mules	1	2

P02. Apakah ada gangguan buang air besar :

	Ya	Tidak
a. Diare	1	2
b. Melena	1	2
c. Berdarah segar	1	2
d. Berlendir	1	2
e. Sembelit/ konstipasi	1	2
f. Haemorrhoid/ wasir	1	2

(P03-P05) Periksalah (semua umur)

P03. Hati:

Membesar 1
Tidak membesar 2

P04. Limpa :

Hacket 0 1 2 3 4 5

P05. Apakah ada:

	Ya	Tidak
a. Tumor	1	2
b. Spider naevi	1	2
c. Ascites	1	2
d. Potbelly	1	2

P06. Catat kelainan yang dijumpai : (ICD-10: K25 - K93)

Q. UROGENITAL

(Q01-Q02) Tanyakan pada responden (Dalam 1 bulan terakhir)

Q01. Apakah ada keluhan pada saluran kencing dan alat kelamin :

	Ya	Tidak
a. Gangguan kencing	1	2
b. Kolik ureter	1	2

KHUSUS PEREMPUAN 15 TAHUN KE ATAS

Q02. Apakah ada keluhan pada alat kelamin :

	Ya	Tidak
a. Gangguan haid	1	2
b. Keputihan	1	2
c. Perdarahan	1	2
d. Nyeri saat senggama (<u>sudah kawin</u>)	1	2

(Q03-Q04) Periksalah (Semua umur)

	Kanan		Kiri	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Q03. Nyeri ketok daerah ginjal	1	2	1	2

Q04. Catat kelainan yang dijumpai (misal :hidrokel, hipospadia, hernia, tanda-tanda PMS dll) (ICD-10: N00 - N99, O00 - O99)

R. ANTROPOMETRI dan LABORATORIUM

(R01-R02) Ukurlah (Khusus 25 tahun ke atas)

“TIDAK DILAKUKAN PADA IBU HAMIL”

	Pengukuran I	Pengukuran II
R01. Lingkar Pinggang (Cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
R02. Lingkar Pinggul (Cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

PEMERIKSAAN DAN PEGUKURAN SELANJUTNYA DILAKUKAN DI LABORATORIUM

BERILAH TANDA PADA KARTU RUJUKAN UNTUK PEMERIKSAAN YANG DIPERLUKAN

(R03-R04) Salin dari formulir laboratorium (Khusus 25 tahun ke atas)

R03. Gula darah puasa mg%	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
R04. Kadar kolesterol puasa mg%	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(R05-R07) Salin dari formulir laboratorium (Untuk semua umur)

R05. Hemoglobin g %	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
---------------------------	--

R06. Berat Badan (Kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
R07. Tinggi/ Panjang Badan (Cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

DISABILITAS

FUNGSI TUBUH

PETUNJUK PENGISIAN:

Isikanlah kode klasifikasi di bawah ini ke dalam kotak jawaban yang disediakan pada pertanyaan Fungsi Tubuh bagian 1 sampai dengan bagian 8

Klasifikasi:

- 1 = tidak ada gangguan (0 - 4%)
- 2 = gangguan ringan (5 - 24%)
- 3 = gangguan sedang (25-49%)
- 4 = gangguan berat (50 - 95%)
- 5 = gangguan total/ menyeluruh (96 - 100%)
- 9 = tidak dievaluasi

Dalam satu bulan terakhir, apakah Bapak/Ibu/saudara mengalami gangguan :

1. Fungsi Mental

Fungsi Mental Secara Umum (b110-b130)

b110	Kesadaran (<i>kesadaran menurun, bingung, delirium, stupor, coma</i>), A.I no. P: E01	<input type="checkbox"/>
b114	Orientasi waktu, tempat, pengenalan pribadi, dan orang lain	<input type="checkbox"/>
b118	Kecerdasan (<i>retardasi mental, demensia</i>)	<input type="checkbox"/>
b122	Tabiat & kepribadian (<i>ramah, emosi stabil, keterbukaan, dapat mendengar pendapat orang lain</i>)	<input type="checkbox"/>
b126	Mempunyai semangat dan dorongan (<i>motivasi</i>) untuk melakukan kegiatan yang wajar dengan suatu tujuan	<input type="checkbox"/>
b130	Tidur (<i>lama, siklus, dan kualitas tidur</i>)	<input type="checkbox"/>

Fungsi Mental Spesifik (b140-b172)

b140	Perhatian (<i>kemampuan berkonsentrasi, dan mengarahkan perhatian</i>)	<input type="checkbox"/>
b144	Daya ingat (<i>kemampuan menangkap dan mengingat suatu pesan</i>)	<input type="checkbox"/>
b152	Emosi (<i>proses berpikir yang dipengaruhi dengan perasaan dan nurani</i>)	<input type="checkbox"/>
b156	Persepsi (<i>kemampuan mengenal dan membedakan rangsangan sensorik pancaindera: penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, cita rasa</i>)	<input type="checkbox"/>
b160	Berpikir (<i>kecepatan berpikir, koherensi, dan logika</i>)	<input type="checkbox"/>
b168	Kemampuan mengungkapkan pesan secara lisan, tulisan, atau isyarat	<input type="checkbox"/>
b172	Kemampuan membuat perkiraan atau berhitung secara sederhana atau kompleks	<input type="checkbox"/>

2. FUNGSI SENSORIK dan NYERI

Fungsi Penglihatan & Yang berhubungan (b210 – b220)

b 210	Kemampuan melihat (fungsi melihat, lapang pandang, kualitas penglihatan, bentuk ukuran, warna, dan visus). A.I. no.P : G02, G11, G12, G13.	<input type="checkbox"/>
-------	--	--------------------------

b215	Organ dan otot di sekitar mata (<i>kemampuan menggerakkan bola mata, kelopak mata, kel. lakrimalis</i>). A.I. no.P : G03, G05, G08.	<input type="checkbox"/>
b 220	Perasaan pada mata dan jaringan sekitarnya (<i>perasaan tertekan, terbakar, gatal, kering</i>). A.I. no.P : G01 kecuali nyeri.	<input type="checkbox"/>

Fungsi Pendengaran & Sistem Keseimbang (b230-b240)

b230	Pendengaran (<i>Kemampuan mendengar, membedakan suara, lokasi suara, lateralisasi, mengenal suara</i>) A.I no P. H04, H05, H06.	<input type="checkbox"/>
b235	Keseimbangan saat mempertahankan perubahan posisi tubuh. A.I. no.P : N02b, N04e	<input type="checkbox"/>
b240	Perasaan pusing, mabuk, tinnitus, vertigo, A.I no.P : H01.	<input type="checkbox"/>

Fungsi Sensorik Tambahan (b250-b270)

b250	Citarasa (<i>rasa asin, manis, pahit</i>)	<input type="checkbox"/>
b255	Penciuman (<i>kemampuan membedakan harum dan bau</i>). A.I no.P : I01.e.	<input type="checkbox"/>
b265	Mampu membedakan permukaan halus, kasar, tekstur & kualitas. A.I. no.P : N02d.	<input type="checkbox"/>
b270	Membedakan temperatur (<i>suhu panas & dingin</i>), getaran, & tekanan. A.I. no.P : N02e.	<input type="checkbox"/>

Fungsi Nyeri (b280)

b280	Rasa sakit atau nyeri (<i>kram, mules, pegal linu, sakit</i>). A.I no.P : N02f.	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

3. Fungsi Bicara dan Suara

b 310	Mengeluarkan suara menurut nada keras dan berkualitas. A.I No.P: K06	<input type="checkbox"/>
b 320	Kelancaran dan kejelasan dalam berbicara (<i>kesulitan menyebut huruf R dan L</i>)	<input type="checkbox"/>

4. Fungsi Kardiovaskuler, Hematologi, Immunologi dan Pernafasan

Fungsi Sistem Kardiovaskuler (b410-b420)

b 410	Jantung memompa darah ke seluruh tubuh (<i>Denyut, irama, dan suara jantung</i>). A.I. no.P : O12.	<input type="checkbox"/>
b 415	Pembuluh darah mengedarkan darah ke seluruh tubuh (<i>arteri, kapiler,kelep vena</i>). A.I. no.P : M06d, P02f.	<input type="checkbox"/>
b 420	Tekanan darah. A .I. no.P : E06	<input type="checkbox"/>

Fungsi Sistem Hematologi & Immunologi (b430-b435)

b 430	Sistem pembentukan darah dan oksigenasi (<i>anemik, gangguan pembekuan darah, haemophilia</i>) A.I. no.P : R05.	<input type="checkbox"/>
b 435	Sistem imunologi tubuh terhadap benda asing dan infeksi (<i>pembesaran kel. Getah bening, reaksi hipersensitifitas, reaksi alergi, lymphadenitis, lymphedema</i>). A.I. no.P : M05b, M06b.	<input type="checkbox"/>

Fungsi Sistem Pernafasan (b440-b445)		
b440	Pernafasan (<i>frekuensi, irama, dalam</i>). A.I. no.P : E04, O03B. c, f	<input type="checkbox"/>
b445	Otot-otot pernafasan (<i>diafragma, otot pernafasan, otot antar iga</i>). A.I. no.P : O06	<input type="checkbox"/>
Fungsi Tambahan dan Sensorik Sistem Kardiovaskuler dan Pernafasan (b450-b460)		
b450	Pernafasan tambahan (<i>batuk, bersin, menguap, pernapasan mulut</i>).	<input type="checkbox"/>
b460	Perasaan sesak nafas, wheezing, dada rasa tertekan, tercekik, denyut jantung hilang	<input type="checkbox"/>

5. Fungsi sistem pencernaan, metabolisme dan endokrin		
Fungsi Yang Berhubungan Dengan Sistem Pencernaan (b510-b535)		
b510	Makan (<i>mengisap, mengunyah, menelan, fungsi kel. Ludah, muntah</i>)	<input type="checkbox"/>
b515	Kemampuan mencerna makanan dalam lambung dan usus. A.I. no. P: P01	<input type="checkbox"/>
b525	Buang air besar (BAB) (<i>flatus, frekuensi BAB, konsistensi tinja, fungsi spincter ani</i>) A.I. no.P: P02a, P02e.	<input type="checkbox"/>
b530	Mempertahankan berat badan ideal. A.I. no.P: R06, R07	<input type="checkbox"/>
b535	Perasaan yang berhubungan dengan pencernaan (mual, kembung, perut terasa melligit). A.I. no.P : P01	<input type="checkbox"/>
Fungsi Yang Berhubungan dengan Sistem Metabolisme dan Endokrin (b545-b555)		
b545	Keseimbangan cairan. A.I no.P : M06c, P05c.	<input type="checkbox"/>
b550	Suhu tubuh. A. I. no. P:E02, E03.	<input type="checkbox"/>
b555	Fungsi kelenjar endokrin (gld. Thyroid). A.I. no.P : F03, R03, R04	<input type="checkbox"/>

6. Fungsi urogenital dan reproduksi		
Fungsi Kandung Kencing (b610-b630)		
b610	Ekskresi air seni (filtrasi dalam ginjal dan koleksi dari ureter sampai kandung kencing) A.I. no.P : Q01a.	<input type="checkbox"/>
b620	Buang air kecil (BAK) dari kandung kencing sampai urethra (frekuensi, volume, mengendalikan). A.I. no.P : N03a, Q01a.	<input type="checkbox"/>
b630	Rasa penuh pada kandung kencing atau rasa panas pada saat BAK. A.I. no.P : Q01b.	<input type="checkbox"/>
Fungsi Genital dan Reproduksi (b640-b670)		
b650	KHUSUS PEREMPUAN (Jika ART bukan perempuan, isikan kode "9" pada kotak jawaban) Menstruasi (<i>teratur, interval, lamanya, dan jumlahnya</i>). A.I. no.P : Q02a.	<input type="checkbox"/>

b660	Menghasilkan keturunan (<i>kesuburan, kehamilan, melahirkan, menyusui</i>)	<input type="checkbox"/>
b670	KHUSUS PEREMPUAN (Jika ART bukan perempuan, isikan kode "9" pada kotak jawaban) Perasaan yang berhubungan dengan genital dan fungsi reproduksi (<i>dysmenorrhoe, nyeri saat senggama, rasa panas di muka menjelang menopause</i>)	<input type="checkbox"/>

7. Fungsi Neuromuskuloskeletal dan Pergerakan		
Fungsi sendi dan tulang (b710-b715)		
b710	Pergerakan sendi (<i>arthritis</i>). A.I. no.P : M01a, M02.	<input type="checkbox"/>
b715	Kestabilan sendi (<i>dislokasi, luksasio sendi</i>)	<input type="checkbox"/>
Fungsi otot (b730-b735)		
b730	Kekuatan otot (<i>paralisis, monoplegi, hemiplegi</i>). A.I. no.P : N04g	<input type="checkbox"/>
b735	Tonus otot (<i>hypotonia, hypertonia, spastic</i>). A.I. no.P : N04h	<input type="checkbox"/>
Fungsi pergerakan (b750-b780)		
b750	Refleks (<i>biceps, patella</i>). a.I. no.P : N04j,k	<input type="checkbox"/>
b765	Pergerakan tidak terkendali (<i>tremor, tics, stereotypies, chorea</i>). A.I. no.P : N04b.	<input type="checkbox"/>
b770	Gaya jalan (<i>asimetris, kaku, gaya seperti lumpuh</i>).	<input type="checkbox"/>
b780	Rasa kram, kaku otot pada saat berjalan selain sakit	<input type="checkbox"/>

8. Fungsi Kulit, Rambut dan Kuku		
Kulit (b810-b840)		
b810	Pelindung (<i>pigmentasi, ulcer, pengerasan pada kulit</i>). A.I. no.P : L01a,b,i.	<input type="checkbox"/>
b820	Perbaikan (<i>proses penyembuhan kulit</i>)	<input type="checkbox"/>
b830	Fungsi lain kulit (<i>banyak keringat, bau badan</i>).	<input type="checkbox"/>
b840	Rasa gatal, panas seperti ditusuk-tusuk pada kulit	<input type="checkbox"/>
Rambut dan Kuku (b850-b860)		
b850	Rambut (<i>pertumbuhan, warna, lokasi rambut, kerontokan</i>). A.I. no.P:F02	<input type="checkbox"/>
b860	Kuku (<i>pertumbuhan, warna, kualitas kuku</i>)	<input type="checkbox"/>

STRUKTUR ORGAN

PETUNJUK PENGISIAN:

Isikanlah kode klasifikasi di bawah ini ke dalam kotak jawaban yang disediakan pada pertanyaan Struktur Organ bagian 1 sampai dengan bagian 8

Klasifikasi I :

- 1 = tidak ada kelainan (0- 4%)
- 2 = kelainan ringan (5-24%)
- 3 = kelainan sedang (25-49%)
- 4 = kelainan berat (50-95%)
- 5 = kelainan menyeluruh (96-100%)
- 9 = tidak dievaluasi

Klasifikasi II :

- 1 = > 1 bagian
- 2 = kanan
- 3 = kiri
- 4 = ke 2 sisi
- 5 = depan
- 6 = belakang
- 7 = proksimal
- 8 = distal
- 9 = tdk dievaluasi

Dalam satu bulan terakhir, apakah Bapak/Ibu/saudara mengalami gangguan dalam :

1. Struktur Sistem Saraf

Klasifikasi I II

s110	Otak (<i>A.I. Hydrocephalus</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s120	Spinal cord dan struktur yang berhubungan (<i>A.I. Spina bifida</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s130	Meningen (<i>A.I. Meningocele</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Struktur Mata, Telinga

s210	Soket mata (<i>A.I. Retinoblastoma</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s220	Bola mata (<i>conjunctiva, cornea, iris, retina</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s230	Sekitar mata (<i>kel. lakrimalis, alis, kelopak mata</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s240	Telinga luar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s250	Telinga tengah (<i>liang telinga, membran tympani</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Struktur Pembentukan Suara

s310	Hidung (<i>septum nasal, fossa nasalis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s320	Mulut (<i>gigi, gusi, lidah, bibir</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Struktur kardiovaskuler, Imunologi dan sistem pernapasan

s410	Jantung. A.I. no.P : O12a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s420	Limpa, pembesaran kel. getah bening. A.I. no .P : M05b, M06b, P04.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s430	Pernapasan (otot pernapasan). A.I. no.P : O06.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Struktur Yang Berhubungan Dengan Pencernaan, Metabolisme dan Endokrin

s510	Kelenjar ludah. A.I. no.P : F01b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s560	Hepar. A.I. no.P : P03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s580	Gld. Thyroid. A.I. no.P : F03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Struktur Yg Berhubungan Dgn Sistem Urogenital

s620	Pelvic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s630	Sistem reproduksi (<i>payudara, testis, penis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Struktur Yg Berhubungan Dgn Pergerakan

s710	Kepala dan leher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s720	Bahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s730	Ekstremitas atas (<i>lengan atas, tangan</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s740	Pinggul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s750	Ekstremitas bawah (<i>lutut, kaki</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s760	Tulang belakang (<i>colum vertebra, otot, ligamen</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s770	Otot, tulang, sendi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Struktur kulit, kuku dan rambut

s810	Kulit leher, kulit kepala, kulit ekstremitas atas dan ekstremitas bawah (luka bakar, keloid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s830	Kuku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s840	Rambut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AKTIVITAS dan PARTISIPASI

PETUNJUK PENGISIAN:

Isikanlah kode klasifikasi di bawah ini ke dalam kotak jawaban yang disediakan pada pertanyaan Aktivitas dan Partisipasi bagian 1 sampai dengan bagian 9

Klasifikasi I :

- 1 = tidak ada keterbatasan (0-4%)
- 2 = keterbatasan ringan (5-24%)
- 3 = keterbatasan sedang (25-49%)
- 4 = keterbatasan berat (50-95%)
- 5 = keterbatasan total/ menyeluruh (96-100%)
- 9 = tidak dievaluasi

Dalam satu bulan terakhir, apakah Bapak/Ibu/saudara mengalami kesulitan dalam aktivitas:

1. Belajar dan Menerapkan Pengetahuan

KHUSUS 5 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 5 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

<i>Sensorik Yang Mempunyai Tujuan (d110 - d120)</i>		
d 110	Memperhatikan dengan mata	<input type="checkbox"/>
d115	Mendengarkan dengan penuh perhatian	<input type="checkbox"/>
d120	Sensorik lainnya (<i>perabaan, membau, pengecapan, dll</i>)	<input type="checkbox"/>
<i>Pengetahuan Dasar (d130 – d155)</i>		
d130	Meniru	<input type="checkbox"/>
d135	Mengulang	<input type="checkbox"/>
d 140	Belajar membaca	<input type="checkbox"/>
d 145	Belajar menulis	<input type="checkbox"/>
d 150	Belajar menghitung	<input type="checkbox"/>
d 155	Aktivitas yang membutuhkan keterampilan	<input type="checkbox"/>
<i>Menerapkan pengetahuan (d160-d178)</i>		
d160	Memusatkan perhatian	<input type="checkbox"/>
d163	Berpikir (<i>logika, kritis, imajinasi</i>)	<input type="checkbox"/>
d166	Membaca	<input type="checkbox"/>
d169	Menulis	<input type="checkbox"/>
d172	Menghitung	<input type="checkbox"/>
d175	Menyelesaikan masalah (<i>mengidentifikasi, menganalisa dan evaluasi masalah</i>)	<input type="checkbox"/>
d178	Menggambil keputusan	<input type="checkbox"/>

3. Komunikasi

KHUSUS 5 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 5 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

<i>Mengerti Pesan (d310-d325)</i>		
d 310	Mengerti pesan lisan (<i>mengerti perkataan</i>)	<input type="checkbox"/>
d 315	Mengerti pesan non verbal (<i>bahasa tubuh, menangis, tertawa, tanda lalu lintas, gambar, foto</i>).	<input type="checkbox"/>
d320	Mengerti pesan melalui istilah yang umum. Contoh: mengerti humor / sindiran	<input type="checkbox"/>
d325	Mengerti pesan tertulis	<input type="checkbox"/>
<i>Menyampaikan Pesan (d330-d345)</i>		
d 330	Kemampuan menyampaikan pesan lisan (bicara)	<input type="checkbox"/>
d335	Kemampuan menyampaikan pesan non verbal (<i>bahasa tubuh, menangis, tertawa, tanda lalu lintas, gambar, foto</i>).	<input type="checkbox"/>
d340	Kemampuan menyampaikan pesan melalui istilah yang umum. Contoh: menghasilkan humor / sindiran	<input type="checkbox"/>
d345	Kemampuan menyampaikan pesan tertulis	<input type="checkbox"/>
<i>Percakapan dan Penggunaan Perangkat Komunikasi (d355-d360)</i>		
d355	Percakapan (<i>bicara dengan orang lain</i>)	<input type="checkbox"/>
d360	Penggunaan alat komunikasi (<i>kentongan, telpon, telegram, komputer, mesin tik</i>)	<input type="checkbox"/>

4. Mobilitas

KHUSUS 5 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 5 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

<i>Mempertahankan dan Merubah Posisi Tubuh (d410 - d420)</i>		
d410	Merubah posisi tubuh (<i>dari duduk ke posisi berdiri, atau dari tidur ke posisi duduk atau berdiri</i>)	<input type="checkbox"/>
d415	Mempertahankan posisi tubuh (<i>posisi tidur, duduk, berdiri, berjongkok</i>)	<input type="checkbox"/>
d420	Berpindah posisi (<i>pindah dari satu tempat ke tempat lain, dari kursi ke tempat tidur, dari kursi roda ke tempat tidur, dsb</i>)	<input type="checkbox"/>
<i>Membawa, Memindahkan dan Merubah objek (d430-d445)</i>		
d430	Mengangkat dan membawa barang	<input type="checkbox"/>

d435	Memindahkan barang dengan kaki (<i>menendang, mendorong</i>)	<input type="checkbox"/>
d440	Gerakan halus tangan (<i>memungut</i>)	<input type="checkbox"/>
d445	Menggunakan lengan dan tangan (<i>mendorong, menarik, memutar, menangkap, dll</i>)	<input type="checkbox"/>
Berjalan, Bergerak dan Aktivitas yang Berhubungan (d450-d465)		
d450	Berjalan (<i>maju, mundur</i>)	<input type="checkbox"/>
d455	Bergerak kesekitar (<i>lari, jogging, manjat, berenang</i>).	<input type="checkbox"/>
d460	Bergerak kesekitar lokasi berbeda (<i>dalam, luar rumah, bangunan lain atau jalan umum</i>)	<input type="checkbox"/>
d465	Pergerakan kesekitar menggunakan alat (<i>kursi roda</i>).	<input type="checkbox"/>
Menggunakan Transportasi (d470-d475)		
d470	KHUSUS 10 THN KE ATAS (jika ART < 10 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban) Sebagai penumpang (<i>mobil, sepeda, becak, motor, kapal, pesawat, delman, bis, kereta api</i>).	<input type="checkbox"/>
d475	KHUSUS ART YG DPT MENGENAL (jika ART tdk dpt mengenal, isikan kode "9" pada kotak jawaban) Sebagai pengemudi (<i>mobil, sepeda, becak, motor, kapal, pesawat, delman, bis, kereta api</i>).	<input type="checkbox"/>

5. Merawat diri sendiri

KHUSUS 10 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 10 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

d510	Membersihkan dan mengeringkan sendiri (<i>mandi, cuci tangan</i>)	<input type="checkbox"/>
d520	Merawat salah satu bagian tubuh (<i>cukur, make up, cuci rambut, gosok gigi, potong kuku, dsb</i>)	<input type="checkbox"/>
d530	Menjaga kebersihan setelah buang air kecil dan buang air besar.	<input type="checkbox"/>
d540	Berpakaian	<input type="checkbox"/>
d550	Makan	<input type="checkbox"/>
d560	Minum	<input type="checkbox"/>
d570	Memelihara kesehatan diri sendiri (<i>termasuk menjaga kesehatan fisik dan mental</i>)	<input type="checkbox"/>

6. Kegiatan Rumah Tangga

Mencapai Kebutuhan (d610-d620)

KHUSUS UNTUK ART BERUMAH TANGGA (jika ART belum berumah tangga, isikan kode "9" pada kotak jawaban)

d 610	Mendapat tempat tinggal dan perabot rumah (<i>memilih dan menata, dll</i>)	<input type="checkbox"/>
-------	--	--------------------------

(d620-d660) KHUSUS 10 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 10 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

d 620	Mendapatkan kebutuhan sehari-hari (<i>memilih, membeli, mengirim dan menyimpan kebutuhan sehari-hari</i>)	<input type="checkbox"/>
-------	---	--------------------------

Pekerjaan Rumah Tangga (d630 – d640)

d630	Menyiapkan makanan (<i>menyusun menu, menyiapkan bahan untuk dimasak, menyediakan makanan, membersihkan / membereskan setelah makan</i>)	<input type="checkbox"/>
d640	Pekerjaan rumah tangga (<i>mencuci, menjemur, mengeringkan pakaian, membersihkan rumah</i>)	<input type="checkbox"/>

Kepedulian Terhadap Milik Sendiri dan Membantu Yang Lain (d650 – d660)

d650	Merawat milik sendiri (<i>menjahit, nyetrika, memasang kancing, nyemir sepatu, mencat rumah, memperbaiki alat rumah tangga, merawat hewan peliharaan, kebun, memperbaiki sepeda, mobil dll</i>)	<input type="checkbox"/>
d660	Membantu ART lain (<i>saling membantu, menyampaikan pesan, merawat ART yang sedang sakit, dll</i>)	<input type="checkbox"/>

7. Interaksi Hubungan Antar Perseorangan

KHUSUS 10 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 10 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

Antar Perseorangan Umumnya (d710-d729)

d710	Antar perseorangan dasar (<i>keakraban, menghargai, respon terhadap kritik</i>).	<input type="checkbox"/>
d720	Antar perseorangan kompleks (<i>berinteraksi sesuai tata cara sosial, dapat mengendalikan emosi, menjalin hubungan yang baik antar anggota</i>).	<input type="checkbox"/>

Hubungan Antar Perseorangan Tertentu (d730-d760)

d730	Interaksi dengan orang yang tidak dikenal (<i>memperkenalkan diri, cari hubungan dengan orang tidak dikenal untuk maksud tertentu</i>)	<input type="checkbox"/>
d740	Hubungan formal (misalnya: hubungan antara murid-guru, dokter-pasien, tokoh masyarakat dengan masyarakat)	<input type="checkbox"/>
d750	Hubungan sosial informal (<i>teman, peer group, tetangga</i>)	<input type="checkbox"/>

d760	Hubungan keluarga (<i>keluarga inti, kakak adik, keluarga jauh</i>)	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

d865	Pelaksanaan transaksi ekonomi kompleks (<i>jual beli tanah, mengatur rekening koran di bank, dagang, pemeliharaan stok barang</i>)	<input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------

8. Pendidikan, pekerjaan dan ekonomi

d870	Mengatur kecukupan ekonomi diri sendiri (<i>akses pada keuangan, simpanan uang</i>)	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

Pendidikan (d810-d825)
KHUSUS 5 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 5 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

d810	Pendidikan informal (<i>belajar di rumah, membuat kerajinan tangan tradisional</i>)	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

d820	Pendidikan di sekolah (<i>SD, SLTP, SMU</i>)	<input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------

d825	Pendidikan kejuruan (<i>kursus, pelatihan kejuruan</i>)	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

Kerja dan bekerja (d840-d855)
KHUSUS 10 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 10 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

d850	Pekerja dengan penghasilan (<i>usaha sendiri, purna/paruh waktu</i>)	<input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------

d855	Pekerja tanpa penghasilan (<i>sukarela, pekerja sosial</i>)	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

Kehidupan Ekonomi (d860-d870)
KHUSUS 10 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 10 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

d860	Pelaksanaan transaksi ekonomi dasar (<i>transaksi jual-beli, penyimpanan uang</i>)	<input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------

9. Bermasyarakat, Sosial & Kehidupan Bernegara

KHUSUS 10 TAHUN KE ATAS (Jika ART < 10 thn isikan kode "9" pada kotak jawaban)

d910	Kehidupan bermasyarakat (<i>keikutsertaan dalam arisan, partai politik, perhimpunan gereja, majelis taklim</i>)	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

d920	Rekreasi dan bersenang-senang (<i>pariwisata, nonton, pameran, dll</i>)	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

d930	Upacara keagamaan dan spiritual (<i>termasuk sembahyang, kebaktian, men-dengarkan ceramah agama, mengaji</i>)	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

d940	Hak-hak azasi manusia (HAM) (<i>termasuk kemerdekaan bicara, mengeluarkan pendapat, dll</i>)	<input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------

d950	Kehidupan berpolitik dan kependudukan (<i>hak mengikuti pemilu, membayar pajak, memperjuangkan hak pribadi, bantuan hukum</i>)	<input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------