

## SURAT IZIN PENGGUNAAN DATA

Sehubungan dengan telah diadakannya pemeriksaan deteksi dini terhadap jamaah Majelis Dzikir SBY Nurussalam pada tanggal 2 Februari 2008, data yang ada akan diolah untuk kelengkapan analisa penelitian lebih lanjut. Kami dari pihak Majelis Dzikir SBY Nurussalam memberikan izin penggunaan data untuk kepentingan analisa lebih lanjut kepada mahasiswa-mahasiswa berikut ini :

1. Nama : Ayu Ummu Islamee  
NPM : 1004000234  
Jurusan : Epidemiologi FKM UI  
Bidang Penelitian : Penyakit Kardiovaskular
2. Nama : Farah Fitriana  
NPM : 1004000552  
Jurusan : Epidemiologi FKM UI  
Bidang Penelitian : Hiperglikemia
3. Nama : Lilyana  
NPM : 1004001036  
Jurusan : Epidemiologi FKM UI  
Bidang Penelitian : Hipertensi

Diharapkan data tersebut dapat dipergunakan dengan sebaik-baiknya dan dapat memberikan informasi yang bermanfaat bagi pihak Majelis Dzikir SBY Nurussalam.

Demikian surat ini kami buat, atas perhatian dan kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Jakarta, 11 Juli 2008  
  
H.M. Utun Tarunadjaja

## **PETUNJUK PENGISIAN FORMULIR**

1. Dimohon mengisi formulir ini dengan lengkap, benar dan diisi dengan huruf **cetak/kapital**. Selanjutnya pada hari acara harap membawa dan menyerahkan formulir yang telah diisi ke meja pendaftaran dengan menyebutkan nama koordinator wilayah masing-masing.
2. Harap mengisi formulir yang bukan fotokopi/formulir asli atau formulir yang telah mendapat stempel asli logo Majelis Dzikir Nurussalam.
3. Formulir diisi oleh jamaah berusia di atas 25 tahun dan tidak dalam keadaan sakit.
4. Formulir ini bukan untuk pengobatan melainkan hanya untuk pemeriksaan dini penyakit jantung dan pembuluh darah.
5. Jamaah dimohon sudah hadir di tempat acara pada pukul 07.30 WIB sampai selesai.



**KUESIONER FAKTOR RISIKO BERSAMA PENYAKIT TIDAK MENULAR  
PADA JAMA'AH PENGAJIAN MAJELIS DZIKIR SBY NURRUSSALAM**

**Jakarta, 2 Februari 2008**

**I. IDENTITAS**

1. Nama : \_\_\_\_\_
2. Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_
3. Umur : \_\_\_\_ tahun
4. Pekerjaan : \_\_\_\_\_
5. Status perkawinan : \_\_\_\_\_
6. Pendidikan : \_\_\_\_\_
7. Alamat : \_\_\_\_\_
8. Wilayah Majelis : 1. Jakarta Pusat      4. Jakarta Utara  
2. Jakarta Timur      5. Jakarta Selatan  
3. Jakarta Barat      6. Lainnya : .....
9. Telepon : \_\_\_\_\_

**II. PERTANYAAN**

Isi pertanyaan dengan mencoret kolom ya atau tidak yang sesuai dengan pilihan Saudara.

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah Saudara menikah pada usia kurang dari 20 tahun?		
2	Apakah Saudara memakai/minum obat kontrasepsi pil diatas lima tahun berturut-turut?		
3	Apakah Saudara menopause/ mati haid sebelum usia 45 tahun?		
4	Apakah Saudara menikah lebih dari satu kali?		
5	Apakah Saudara melakukan kegiatan olah raga, seperti aerobik dan lari pagi minimal satu jam dalam tiga kali seminggu?		
6	Apakah Saudara biasa melakukan aktifitas jalan pagi, minimal satu jam tiga kali seminggu?		
7	Apakah Saudara makan sayur setiap kali makan (tiga kali sehari)?		
8	Apakah Saudara suka makan-makanan yang asin seperti ikan asin, telur asin, mie instans, dll?		
9	Apakah Saudara merokok?		
10	Apakah Saudara pernah didiagnosis menderita kencing manis dalam 12 bulan terakhir?		
11	Apakah Saudara pernah didiagnosa menderita darah tinggi/hipertensi dalam satu tahun terakhir?		
12	Apakah Saudara pernah merasakan nyeri dada/rasa tertekan berat / sesak napas ketika berjalan cepat/mendaki atau berjalan jauh?		
13	Apakah Saudara pernah mengalami kesulitan bicara/pelo mendadak, kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau pada otot wajah (wajah tiba-tiba mencong)?		
14	Apakah Saudara pernah mengalami patah tulang pada cedera/benturan ringan?		
15	Apakah Saudara selalu menggunakan helm/seat belt saat berkendara?		
16	Apakah Saudara pernah mengkonsumsi obat batuk/obat flu saat akan berkendara?		
17.	Apakah Saudara menepikan kendaraan untuk beristirahat sejenak bila Saudara lelah saat berkendara?		

Isilah pertanyaan di bawah ini.

No	Item	Parameter				
Untuk no.18-21, lingkari jawaban yang sesuai.						
18.	Apakah Saudara makan vitamin setiap hari?	1. Ya			2. Tidak	
19.	Apakah Saudara makan jamu / obat tradisional untuk menjaga kesehatan?	1. Ya, sebutkan : .....			2. Tidak	
20.	Apakah Saudara makan suplemen?	1. Ya, sebutkan : .....			2. Tidak	
21.	Apakah Saudara merasa sehat?	1. Ya			2. Tidak, sebutkan jenis penyakit Saudara : .....	
22.	Dalam satu minggu Saudara makan : (beri tanda check list (√) pada kolom yang sesuai)	Setiap Hari	Seminggu			Jarang/ tidak setiap minggu
			2 x	3 x	≥ 4x	
a.	Tahu					
b.	Sayur					
c.	Buah					
d.	Ikan					
e.	Ayam					
f.	Daging					
g.	Sosis					
h.	Nugget					
j.	Gorengan					
k.	Ikan asin / telur asin					
l.	Nasi					
m.	Mie instan					

Lembar dibawah ini diisi oleh petugas.

Riwayat Penyakit					
	Jenis penyakit yang pernah diderita oleh Saudara dan atau keluarga Saudara.....?	Ya, tahun berapa?	Tidak	Tidak tahu	Anggota keluarga yg sakit
1	Hipertensi				
2	Jantung				
3	Stroke				
4	Kolesterol tinggi				
5	Kencing manis (DM)				
Pengukuran Antropometri					
1	TB = ..... cm	BB = ..... kg			
2	IMT (Indeks Massa Tubuh) =	1. Kurang : < 18,5 2. Normal : 18,5-24,9 3. Lebih : 25-27 4. Obesitas : > 27			
3	Lingkar Pinggang = ..... cm Lingkar Pinggul = ..... cm	<b>Rasio lingkar pinggang pinggul</b>  <u>Laki-laki :</u> Normal = < 0,9 Lebih = > 0,9  <u>Perempuan :</u> Normal = < 0,8 Lebih = > 0,8			
4	Kadar Gula Darah =	..... mg/dl			
5	Tekanan Darah	Sistole = ..... mm/Hg Diastole = ..... mm/Hg			
6	Kolesterol	Total (mg/dl) = ..... HDL (mg/dl) = ..... LDL (mg/dl) = ..... Trigliserida (mg/dl) = .....			
7	EKG	1. Tidak ada kelainan 2. Ada kelainan, sebutkan : .....			
8	Hasil Pemeriksaan Fisik	1. Sehat 2. Ada kelainan, sebutkan : ..... .....			
9	Tindak lanjut	1. Tidak 2. Ya, dirujuk ke : ..... ..... .....			
Tanda Tangan Petugas,					
_____					