**KUISIONER PENELITIAN**

**Petunjuk Pengisian**

1. Isilah formulir  identitas dengan lengkap
2. Isilah kuisioner pada pertanyaan penyaringan
3. Isilah formulir *Food Recall* 24 jam  dengan menulis semua jenis makanan dan banyaknya makanan sesuai dengan makanan yang anda makan
4. Bacalah panduan Porsimetri pada link di bawah utk mengisi formulir food recall 24 jam.  link panduan Porsimetri makanan :                         <https://drive.google.com/file/d/1WwiRgf-hzByltdpqA8d9z3KDhm3xvgGy/view?usp=sharing>
5. Isilah kuisioner tentang Pra menstruasi syndrome
6. Partisipasi anda dalam mengisi formulir penelitian ini dengan sejujur - jujurnya akan sangat membantu kami dalam proses penelitian ini.
7. Atas kesedian anda dalam mengisi instrument ini kami sampaikan terima kasih.
8. **Identitas**

Nama : ………………………….

Tempat / tanggal lahir : ………………………….

Usia : …………………………..

TB : …………………………..

BB : ………………………….

1. **Pertanyaan Penyaringan**
2. Apakah anda sedang mengkonsumsi obat–obat hormonal seperti pil KB ?
   1. Ya
   2. Tidak
3. Apakah anda memiliki kebiasaan minum – minuman alkohol atau merokok?
   1. Ya
   2. Tidak
4. Apakah anda sedang menderita penyakit reproduksi? Jika ada, pilih satu atau lebih jenis penyakit di bawah ini.
   1. Vaginitis
   2. Kista bhartolini
   3. Kista Ovarium
   4. Kanker Ovarium
   5. Kanker Serviks
   6. Tidak ada
5. **Formulir *Food Recall* 24 Jam**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Waktu makan** | **Menu makanan** | **Nama bahan makanan** | **Banyaknya** | |
| **URT** | **Berat (gr)** |
| Pagi / jam : |  |  |  |  |
| Selingan pagi |  |  |  |  |
| Siang / jam : |  |  |  |  |
| Selingan siang : |  |  |  |  |
| Malam /jam : |  |  |  |  |
| Selingan Malam: |  |  |  |  |

1. **Kuesioner SPAF (Shortened Premenstrual Assesment Form)**
2. ***Petunjuk umum*** 
   1. Baca setiap pertanyaan dengan seksama
   2. Isi jawaban pada pertanyaan beri tanda (x) pada jawaban untuk pertanyaan pilihan, yang paling sesuai dengan apa yang kamu alami
   3. Periksa kembali lembar kuesioner, dan pastikan tidak ada poin pertanyaan yang terlewat.
3. ***Kejadian Premenstrual Syndrome (Shortened Premenstrual Assessment Form)***

Gejala-gejala dibawah ini, merupakan gejala yang akan terjadi selama fase premenstrual siklus menstruasi anda. Fase ini dimulai sekitar tujuh hari sebelum siklus menstruasi dimulai dan berakhir saat dimulainya siklus menstruasi.

**Petunjuk:** untuk setiap gejala di bawah ini, lingkari pola angka yang paling sesuai menggambarkan intensitas gejala pramenstruasi yang kamu alami selama siklus terakhir menstruasi.

* 1. = Tidak mengalami
  2. = Sangat ringan
  3. = Ringan
  4. = Sedang
  5. = Berat
  6. = Ekstrim

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Jawaban** | | | | | |
| **1** | Pinggul dan persendian terasa nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **2** | Payudara terasa nyeri dan terjadi pembengkakan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **3** | Mudah marah dan mudah tersinggung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **4** | Pikiran menjadi tidak karuan atau sulit untuk berkonsetrasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **5** | Perubahan nafsu makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **6** | Perut terasa kembung dan sembelit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **7** | Bengkak pada kaki atau pergelangan kaki | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **8** | Merasa cemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **9** | Perubahan pola tidur atau susah tidur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **10** | Peningkatan berat badan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Jumlah skor (diisi oleh peneliti) :** | | | | | | | |

* 1. = Ekstrim