

Lampiran 1. Tabel Kebutuhan Kalsium pada Perempuan

Usia	Kebutuhan (mg)
14-18 tahun	1300
19-50 tahun	1000

Sumber : *Recommended Dietary Allowance (RDAs) National Institute of Health* ³⁸

Lampiran 2. Tabel Sumber Kalsium

Makanan	Kandungan (mg)
Bayam, beku/dimasak 125 mL (1/2 cup)	154
Kol daun, beku/dimasak 125 mL (1/2 cup)	95
Brokoli, dimasak 1 cup	62
Pisang, 1 medium	7
Jeruk, 1 medium	52
Yogurt rendah lemak dengan buah, 1 cup	345
Yoghurt polos 175 g (3/4 cup)	263-275
Minuman yoghurt 200 mL	190
Susu bubuk 24 g (4 sdt)	302
Susu, 2% lemak susu, 1 cup	285
Susu kambing 250 mL	345
Minuman kelapa 250 mL	177-223
Minuman almond 250 mL	312
Minuman kedelai, difortifikasi kalsium	321-324
Ice cream vanilla ½ cup	113
Milkshake vanilla, 11 oz	457
Keju, 2% lemak, 1 cup	155
Keju cheddar dan mozarella rendah lemak 50 g	396-506
Keju leleh 250 mL (1 cup)	146-265
Waffle, beku, diameter 4 inch	191
Almond 1 oz	70
Kacang, dikaleng atau dimasak 175 mL	93-141
Kacang panggang 175 mL	89-105
Roti, gandum utuh, 1 slice	20
Salmon kaleng dengan tulang 3,5 oz	181
Makerel, kaleng 75g	181
Ikan teri, kaleng 75g	174
Tofu, regular, ¼ blok	163

Sumber : Mahan, L. Kathleen, et al.³¹, Dietitians of Canada⁴⁹

Lampiran 3. Lembar Penjelasan Pengambilan Sampel

Saya Lidya Octalia Ligita, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara Angkatan 2015 akan mengadakan penelitian mengenai “HUBUNGAN ASUPAN KALSIMUM DENGAN DISMENOREA PRIMER PADA MAHASISWI UNIVERSITAS TARUMANAGARA ANGKATAN 2016”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan asupan kalsium dengan dismenorea primer dan diharapkan dapat menambah pengetahuan mengenai dismenorea primer, cara pencegahannya serta menurunkan angka dismenorea primer pada perempuan. Penelitian ini bermanfaat bagi peserta penelitian sebagai pengetahuan, serta dapat menjadi rujukan bagi penelitian selanjutnya.

Penelitian ini dilakukan dengan melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan dan mengisi kuesioner dismenorea, *Food Frequency* dan *Food Recall 24 Hour*. Pengukuran berat badan akan dilakukan menggunakan timbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan akan dilakukan dengan menggunakan *microtoise stature meter*. Penelitian ini tidak bersifat memaksa dan tidak dipungut biaya dalam bentuk apapun. Semua data dalam penelitian ini akan disimpan dan dirahasiakan.

Lampiran 4. Lembar Persetujuan Pengambilan Sampel

Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS TARUMANAGARA

SURAT PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

NIM :

Usia :

Nomor telepon:

Setelah mendapat keterangan dan penjelasan, serta mengerti manfaat penelitian dibawah ini yang berjudul :

**“HUBUNGAN ASUPAN KALSIUM DENGAN DISMENOREA PRIMER
PADA MAHASISWI FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS
TARUMANAGARA ANGKATAN 2016”**

Menyatakan dengan sukarela menyetujui untuk ikut serta dalam penelitian tersebut, dan berhak untuk membatalkan persetujuan ini jika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun.

Jakarta,..... 2018

Mengetahui,

Menyetujui,

Lidya Octalia Ligita
NIM: 405150047

(.....)

Lampiran 5. Kuesioner Dismenorea

Kuesioner Dismenorea

A. Petunjuk Pengisian

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti.
2. Beri jawaban singkat pada pertanyaan isian.
3. Beri tanda silang (X) pada pertanyaan pilihan ganda.
4. Pertanyaan berbintang (*) hanya diisi apabila mengalami kejadian tersebut

B. Pertanyaan

1. Pada usia berapa Anda pertama kali mengalami menstruasi?
Jawab: tahun.
 2. Apakah Anda mengalami nyeri/kram pada perut bagian bawah sebelum, saat atau sesudah menstruasi?
A. Jarang B. Kadang-kadang C. Selalu D. Tidak pernah
 3. Pada usia berapa Anda pertama kali mengalami nyeri saat menstruasi?*Jawab: tahun.
 4. Kapan Anda mengalami nyeri menstruasi?
A. Nyeri dirasakan hanya sebelum menstruasi.
B. Nyeri dirasakan hanya selama menstruasi berlangsung.
C. Nyeri dirasakan sehari sebelum menstruasi dan nyeri memuncak pada hari pertama hingga hari ketiga menstruasi.
D. Nyeri dirasakan sebelum, saat, dan sesudah menstruasi
E. Tidak merasakan nyeri
 5. Bagaimana aktivitas Anda saat mengalami nyeri menstruasi?*
- A. Masih bisa beraktivitas seperti biasa **tanpa** mengonsumsi obat penghilang rasa nyeri.
 - B. Masih bisa beraktivitas seperti biasa **dengan** mengonsumsi obat penghilang rasa nyeri.
 - C. Aktivitas sehari-hari terganggu dan memerlukan obat penghilang rasa nyeri.
 - D. Tidak bisa beraktivitas seperti biasa, memerlukan istirahat total, obat penghilang rasa nyeri tidak terlalu berpengaruh.

6. Apakah Anda pernah terdiagnosis dokter memiliki gangguan pada organ reproduksi?

A. Ya B. Tidak

7. Berilah tanda silang (X) sesuai kondisi yang Anda rasakan sebelum, saat dan sesudah menstruasi (boleh memilih lebih dari satu jawaban).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lemas | <input type="checkbox"/> Diare |
| <input type="checkbox"/> Mual/ muntah | <input type="checkbox"/> Nyeri pada paha |
| <input type="checkbox"/> Kram perut | <input type="checkbox"/> Sakit pinggang |
| <input type="checkbox"/> Sakit kepala | <input type="checkbox"/> Pegal-pegal |
| <input type="checkbox"/> Lebih sensitif/ emosional | <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan... |

Lampiran 6. Semiquantitative Food Frequency Questionnaire

Bahan Makanan	>1x/hr	1x/hr	4-6x/ mgg	1-3x/ mgg	1-3x/ bln	Tidak pernah	Porsi
Makanan pokok							
Sereal							
Haverhout							
Jagung							
Roti tawar							
Roti gandum							
Lainnya, sebutkan							
Seafood dan hasil olahannya							
Sarden (kaleng)							
Salmon							
Ikan teri							
Kerang							
Lainnya sebutkan							
Susu dan produknya							
Susu full cream							
Susu bubuk							
Susu cokelat							
Susu kambing							
Susu rendah lemak							

Yoghurt plain							
Yoghurt rendah lemak							
Yoghurt buah							
Minuman yoghurt							
Keju cheddar							
Keju mozarella							
Keju rendah lemak							
Keju leleh							
Lainnya, sebutkan							
Kacang-kacangan dan hasil olahannya							
Tahu							
Tempe							
Kacang panggang							
Almond							
Minuman almond							
Susu kedelai							
Lainnya, sebutkan							
Sayur-sayuran							
Bayam							
Brokoli							
Kol daun							

Lainnya, sebutkan							
Buah-buahan							
Pisang							
Jeruk							
Lainnya, sebutkan							
Lain-lain							
Waffle							
Ice cream vanilla							
Milkshake vanilla							
Minuman kelapa							

Lampiran 7. Food Recall 24 Hour

Food Recall 24 Hour

Ukuran rumah tangga :

1 bh : 1 buah (kecil, sedang, besar)

1 ptg : 1 potong (kecil, sedang, besar)

1 iris

1 mgk : 1 mangkok(kecil, besar)

1 ck : 1 cangkir

1 gls : 1 gelas

1 btr : 1 butir

1 bj : 1 biji

1 btg : 1 batang

1 bks : 1 bungkus

1 sdm : 1 sendok makan

1 sdt : 1 sendok teh

**ISILAH BERDASARKAN MAKANAN YANG DIKONSUMSI
DALAM 24 JAM TERAKHIR**

Waktu & Jenis Makanan	Bahan Makanan	Jumlah	
		URT	Berat (gr)
Makan Pagi:			
Selingan Siang:			
Makan Siang:			
Selingan Sore:			
Makan Malam:			