



## PT GARUDA MAS PUTERA ESA

Jakarta 29 Mei 2018

Perihal : Ijin Mahasiswa

Yth.  
Dr. Idawati Karjadidjaja MS, SpGK  
Bagian Gizi FK Untar  
Di Jakarta

Dengan Hormat,

Menjawab surat tertanggal 24 Mei 2018 tentang rencana penelitian yang akan dibantu oleh mahasiswa, dengan ini kami memberikan ijin untuk mahasiswa atas nama

	NAMA	NIM
1	Claudia Angelin Tene	405 150 182
2	Irwan Surya Angkasa	405 150 170
3	Kevin King	405 150 015
4	Monica Pramana	405 150 106
5	Randy William	405 150 014
6	Riraz Meriam Claudia	405 150 197
7	Jody Andrean	405 150 075
8	Deny Pratama Djong	405 150 093
9	Albert Tandy	405 150 148

Yang akan melakukan pengambilan data Tinggi Badan, Berat Badan, lingkaran pinggang dan pengukuran tekanan darah, pengisian kuesioner pola makan serta mengkoordinir pengambilan darah oleh pihak laboratorium.

Adapun pelaksanaan diperkirakan pada waktu : Juni – Agustus 2018.

Hormat Kami,

Manajer Personalia

Darmawan K.

**Lampiran 2**

**Inisial Pemeriksa:** .....

<b>No Urut Responden</b>
------------------------------

**Nama Responden :** \_\_\_\_\_

**(berikan tanda √)**

No

1. Nama Responden : .....
2. Tempat/tgl lahir Responden : .....
3. Alamat :  
.....  
.....  
.....
4. Jenis Kelamin :  Laki-laki
5. Riwayat Pendidikan :  Tidak Sekolah  SD/ Tamat SD/ Madrasah Ibtidaiyah  
 SMP/Tamat SMP/ Madrasah Tsanawiyah  SMA/Tamat SMA/ Madrasah Aliyah  
 S1/Tamat S1
6. Status Pernikahan :  Menikah  Belum menikah  
 Cerai
7. Suku : .....
8. Agama : .....

## Identitas Responden

(berikan tanda √)

### 1. Riwayat Penyakit Sekarang (Sudah berapa lama menderita)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes ( ____ )         | <input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi ( ____ ) |
| <input type="checkbox"/> Jantung ( ____ )          | <input type="checkbox"/> Penyakit Ginjal ( ____ )      |
| <input type="checkbox"/> Paru-paru ( ____ )        | <input type="checkbox"/> Penyakit Hati ( ____ )        |
| <input type="checkbox"/> Stroke ( ____ )           | <input type="checkbox"/> Asma ( ____ )                 |
| <input type="checkbox"/> Persendian ( ____ )       | <input type="checkbox"/> Asam urat ( ____ )            |
| <input type="checkbox"/> Maag/Lambung              | <input type="checkbox"/> Alergi ( ____ )               |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan ..... |  |

### 2. Riwayat Penyakit Dahulu (tahun menderita penyakit tersebut)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jantung ( ____ )          | <input type="checkbox"/> Penyakit Hati ( ____ ) |
| <input type="checkbox"/> Paru-paru ( ____ )        | <input type="checkbox"/> Asma ( ____ )          |
| <input type="checkbox"/> Stroke ( ____ )           | <input type="checkbox"/> Asam Urat ( ____ )     |
| <input type="checkbox"/> Persendian ( ____ )       | <input type="checkbox"/> Alergi ( ____ )        |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan ..... |   |

3. Riwayat Penyakit Keluarga (ayah, ibu, saudara kandung)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi |
| <input type="checkbox"/> Jantung                   | <input type="checkbox"/> Penyakit Ginjal      |
| <input type="checkbox"/> Paru-paru                 | <input type="checkbox"/> Penyakit Hati        |
| <input type="checkbox"/> Stroke                    | <input type="checkbox"/> Asma                 |
| <input type="checkbox"/> Persendian                | <input type="checkbox"/> Asam urat            |
| <input type="checkbox"/> Maag/Lambung              | <input type="checkbox"/> Alergi               |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan ..... |   |

4. Riwayat Konsumsi Obat Saat ini

- |                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
|--------------------------------|-----------------------------|

5. Bila Ya, apakah Rutin atau Tidak?

- |                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya |
|--------------------------------|-----------------------------|

6. Untuk sakit apa?

Nama Obat dan Dosis

- |         |       |
|---------|-------|
| 1. .... | ..... |
| 2. .... | ..... |
| 3. .... | ..... |
|         | ..... |

.....

**Identitas Responden**

(berikan tanda √)

8. Riwayat Konsumsi Vitamin/Suplemen

Ya  Tidak

9. Bila Ya, sebutkan nama Vitamin/Suplemen yang dikonsumsi:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10. Rata-rata lama tidur dalam sehari \_\_\_\_\_ jam

11. Rata-rata lama kerja (menyupir) dalam sehari \_\_\_\_\_ jam

12. Jumlah hari kerja per minggu \_\_\_\_\_ hari

13. Sudah berapa lama kerja di perusahaan sekarang? \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan

14. Sebelum bekerja di perusahaan sekarang, sudah berapa lama bekerja sebagai supir? \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan

15. Riwayat Merokok  
Bila "Ya"  Ya  Tidak
16. Sejak Usia berapa mulai merokok  Tahun
17. Jenis rokok yang digunakan  Kretek  Filter  
 Lainnya, sebutkan .....
18. Jumlah rokok yang dihisap per hari \_\_\_\_\_ Batang/hari
19. Riwayat Mengonsumsi Minuman Beralkohol  
20. Bila "Ya"  Ya  Tidak  
Sejak usia berapa mulai mengonsumsi \_\_\_\_\_ Tahun
21. Jenis minuman beralkohol yang dikonsumsi  Bir  Lainnya, sebutkan \_\_\_\_\_
22. Jumlah yang dikonsumsi \_\_\_\_\_ Kaleng \_\_\_\_\_ Botol
23. Riwayat Mengonsumsi Minuman Berenergi  
Bila "Ya"  Ya  Tidak
24. Sejak usia berapa mulai mengonsumsi \_\_\_\_\_ Tahun
25. Jenis minuman berenergi yang dikonsumsi  ExtraJoss  Krating Daeng  
 Kuku Bima  
 Lainnya, sebutkan .....
26. Jumlah minuman berenergi yang dikonsumsi per harinya \_\_\_\_\_ saset \_\_\_\_\_ Botol
27. Frekuensi mengonsumsi minuman berenergi \_\_\_\_\_ Per hari \_\_\_\_\_ Per minggu
28. Riwayat Minum Kopi  
Bila "Ya"  Ya  Tidak
29. Sejak usia berapa mulai mengonsumsi kopi \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan
30. Berapa banyak kopi yang diminum dalam 1 hari \_\_\_\_\_ Cangkir, atau \_\_\_\_\_ Gelas
31. Jenis Kopi yang dikonsumsi  Hitam Pahit  Lainnya, sebutkan  
 Hitam + Gula  
 Kopi Instan  
 Kopi Tubruk  
 Kopi Susu
32. Riwayat Minum The  
Bila "Ya"  Ya  Tidak
33. Berapa banyak Teh yang diminum dalam 1 hari \_\_\_\_\_ Cangkir, atau \_\_\_\_\_ Gelas
34. Jenis Teh yang diminum  Teh Tawar  Teh Manis

**Identitas Responden**  
(berikan tanda √)

35. Apakah Anda memberikan tambahan Gula Ke dalam Kopi dan Teh?

Ya  Tidak

36. Bila “Ya”, berapa banyak gula yang Anda tambahkan

Sendok teh \_\_\_\_\_ Sendok Makan \_\_\_\_\_

37. Riwayat Berolahraga  
Olahraga rutin

Ya  Tidak

38. Jenis Olahraga yang rutin dilakukan

1. ....
2. ....
3. ....

39. Frekuensi berolahraga dalam seminggu

\_\_\_\_\_ kali

40. Berapa lama setiap kali olahraga

\_\_\_\_\_ jam \_\_\_\_\_ menit

41. Pernahkan Anda mengalami cedera karena olahraga tersebut?

Ya  Tidak

42. Jika Ya, dimana lokasi Anda cedera?

\_\_\_\_\_

43. Apa jenis cedera yang diderita?  
(sebutkan)

\_\_\_\_\_

43. Apakah Bapak mengalami kesulitan Buang air besar (BAB)  Ya  Tidak
44. Jika “Ya”, sudah berapa lama Bapak mengalaminya? .....
45. Berapa kali Bapak BAB dalam seminggu?  <3x/minggu  ≥3x/minggu
46. Bagaimana bentuk kotoran (feses) Bapak?  Keras  Lunak  
 Cair
47. Apakah Bapak mengejan kuat saat BAB?  Ya  Tidak
48. Apakah Bapak merasakan adanya hambatan saat BAB ?  Ya  Tidak
49. Apakah Bapak mengalami rasa tidak lampias setelah BAB ?  Ya  Tidak
50. Apakah Bapak harus melakukan pembersihan lubang anus dari feses dengan jari tangan?  Ya  Tidak
51. Apakah Bapak sering mengalami mencret tapi tidak sedang menggunakan obat pencahar  Ya  Tidak

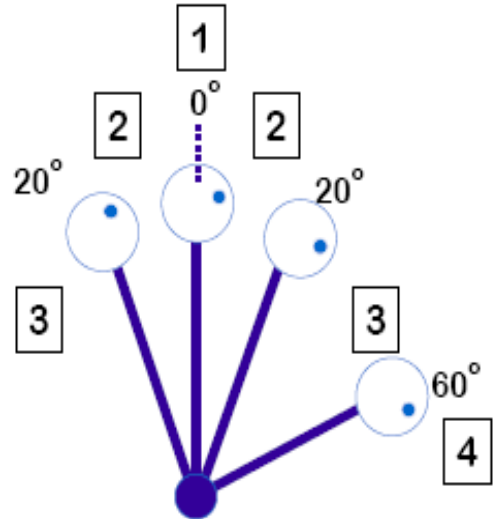


**Postur tubuh :**

Bagaimana posisi badan Anda saat bekerja: (hanya saat kerja)

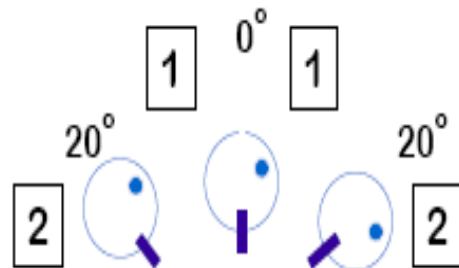
Berikan tanda silang ( X ) atau checklist (√) pada tempat yang sesuai

Movement	Score	Change Score
Upright	1	+1 if twisting or side flexed
0°-20° flexion 0°-20° extension	2	
20°-60° flexion >20° extension	3	
>60° flexion	4	



Bagaimana posisi leher Anda saat bekerja:

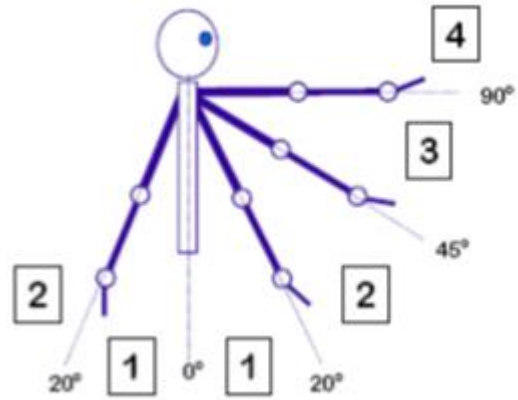
Movement	Score	Change score:
0°-20° flexion	1	+1 if twisting or side flexed
>20° flexion or >20° extension	2	



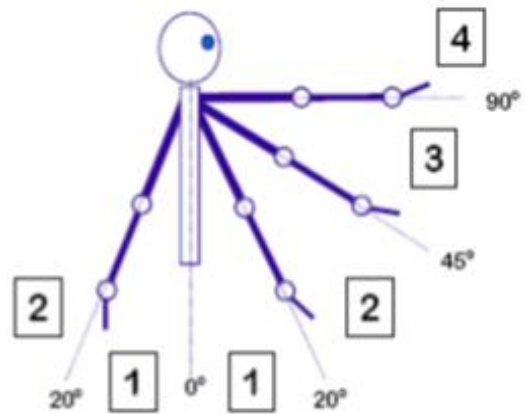
Bagaimana posisi lengan atas Anda saat bekerja:

Position	Score	Change score
20° extension to 20° flexion	1	+1 if arm is abducted or rotated
>20° extension 20°-45° flexion	2	+1 if shoulder is raised
45°-90° flexion	3	-1 if leaning, supporting weight of arm or if posture is gravity assisted
>90° flexion	4	

**KANAN**



**KIRI**

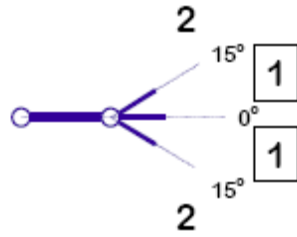
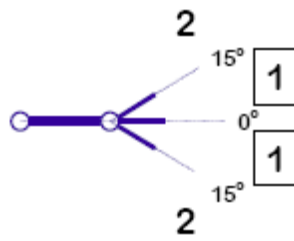


Bagaimana posisi pergelangan tangan Anda saat bekerja:

**KANAN**

**KIRI**

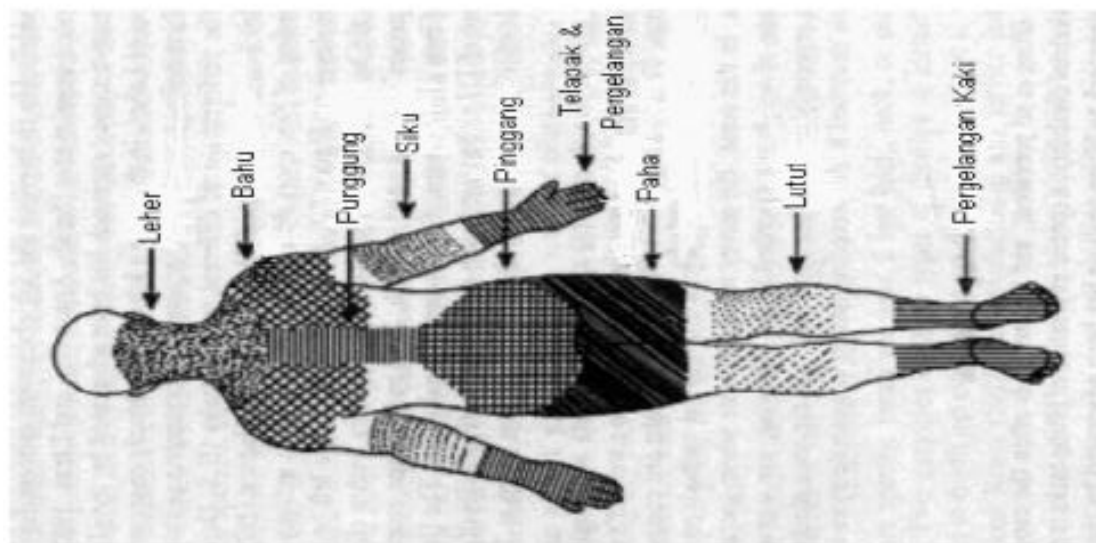
Movement	Score	Change score:
0°-15° flexion or extension	1	+1 if wrist is deviated or twisted
>15° flexion or >15° extension	2	



## Keluhan Fisik

Mohon untuk menjawab semua pertanyaan walaupun Anda belum pernah mengalami masalah dengan bagian tubuh Anda

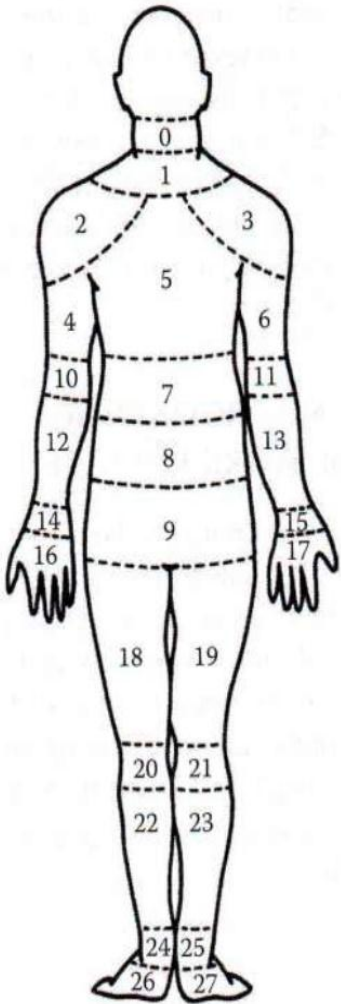
Pernakah Anda selama 12 bulan terakhir mengalami masalah (gatal, sakit, tidak nyaman) pada:	Untuk dijawab hanya oleh yang pernah mengalami masalah	
	Pernahkan Anda selama 12 bulan terakhir tidak dapat mengerjakan pekerjaan yang normal Anda lakukan akibat masalah tersebut?	Pernakah Anda mengalami masalah selama 7 hari terakhir?
<b>Leher</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Bahu Kanan</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Bahu Kiri</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Siku Kanan</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Siku Kiri</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Punggung Atas</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Punggung Bawah</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Pergelangan Tangan Kanan</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Pergelangan Tangan Kiri</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Paha</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Lutut</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Pergelangan Kaki</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak





## ***NORDIC BODY MAP QUESTIONNAIRE***

Anda diminta untuk menilai apa yang anda rasakan pada bagian tubuh yang ditunjukkan pada gambar. Apakah bagian tubuh yang sudah diberikan nomor tersebut tidak terasa sakit (pilih A), sedikit sakit(pilih B), sakit (pilih C) dan sangat sakit (pilih D). Pilih dengan memberikan tanda √ pada kolom huruf pilihan anda.

No.	Lokasi	Tingkat Kesakitan				Peta Bagian Tubuh
		A	B	C	D	
0	Sakit / kaku pada leher atas					
1	Sakit pada leher bawah					
2	Sakit pada bahu kiri					
3	Sakit pada bahu kanan					
4	Sakit pada lengan atas kiri					
5	Sakit pada punggung					
6	Sakit pada lengan atas kanan					
7	Sakit pada pinggang					
8	Sakit pada pantat (buttock)					
9	Sakit pada pantat (bottom)					
10	Sakit pada siku kiri					
11	Sakit pada siku kanan					
12	Sakit pada lengan bawah kiri					
13	Sakit pada lengan bawah kanan					
14	Sakit pada pergelangan tangan kiri					
15	Sakit pada pergelangan tangan kanan					
16	Sakit pada tangan kiri					
17	Sakit pada tangan kanan					
18	Sakit pada paha kiri					
19	Sakit pada paha kanan					
20	Sakit pada lutut kiri					
21	Sakit pada lutut kanan					
22	Sakit pada betis kiri					
23	Sakit pada betis kanan					
24	Sakit pada peergelangan kaki kiri					
25	Sakit pada pergelangan kaki kanan					
26	Sakit pada kaki kiri					
27	Sakit pada kaki kanan					

**Data Keluhan Fisik:**

1. Pernahkah Anda di rawat inap karena masalah keluhan gangguan otot?  
 Ya                                       Tidak
2. Jika Ya, gangguan otot di bagian tubuh mana: \_\_\_\_\_  
berapa lama di rawat: \_\_\_\_\_ hari
3. Pernahkah Anda mengalami rotasi kerja karena masalah gangguan otot?  
 Ya                                       Tidak
4. Jika Ya, di rotasi ke pekerjaan apa? \_\_\_\_\_
5. Berapa kali keluhan gangguan otot yang Anda alami dalam:
  - 1 minggu terakhir: \_\_\_\_\_ kali
  - 1 bulan terakhir: \_\_\_\_\_ kali
  - 1 tahun terakhir: \_\_\_\_\_ kali
6. Pernahkah masalah ini membuat aktivitas Anda terbatas selama 1 tahun terakhir?  
 Ya                                       Tidak
7. Gangguan otot yang Anda alami apakah membuat Anda tidak masuk kerja dalam 1 tahun terakhir?  
 Ya                                       Tidak
8. Jika Ya, Berapa hari Anda tidak masuk kerja? \_\_\_\_\_
9. Apakah Anda pernah di diagnosis menderita penyakit gangguan otot (seperti: rematik, nyeri pinggang, nyeri otot punggung, dll) dalam 1 tahun terakhir oleh seorang dokter?  
 Ya                                       Tidak
10. Jika Ya, apakah diagnosis nya? \_\_\_\_\_

## A. Penilaian Gangguan Pergelangan Tangan

*Nilailah kemampuan anda melakukan kegiatan berikut selama satu minggu terakhir*

1. Membuka toples yang keras atau baru  
 Tidak kesulitan     Cukup kesulitan     Tidak mampu melakukan  
 Sedikit kesulitan     Sangat kesulitan
2. Melakukan pekerjaan rumah yang berat (misal: membersihkan dinding atau lantai)  
 Tidak kesulitan     Cukup kesulitan     Tidak mampu melakukan  
 Sedikit kesulitan     Sangat kesulitan
3. Pekerjaan rumah tangga apa yang Anda lakukan sehari-hari?  
Sebutkan, .....
4. Membawa tas belanjaan  
 Tidak kesulitan     Cukup kesulitan     Tidak mampu melakukan  
 Sedikit kesulitan     Sangat kesulitan
5. Membersihkan punggung saat mandi  
 Tidak kesulitan     Cukup kesulitan     Tidak mampu melakukan  
 Sedikit kesulitan     Sangat kesulitan
6. Menggunakan pisau untuk memotong makanan  
 Tidak kesulitan     Cukup kesulitan     Tidak mampu melakukan  
 Sedikit kesulitan     Sangat kesulitan
7. Aktivitas rekreasi dimana anda menggunakan tenaga melalui lengan, bahu atau tangan (misal: golf, tenis, bulu tangkis)  
 Tidak kesulitan     Cukup kesulitan     Tidak mampu melakukan  
 Sedikit kesulitan     Sangat kesulitan
8. Selama seminggu terakhir, sejauh apa masalah lengan, bahu atau tangan anda mengganggu aktivitas sosial bersama keluarga, teman, tetangga atau kelompok anda?  
 Tidak sama sekali     Cukup banyak     Sangat banyak







Inisial Pemeriksa: \_\_\_\_\_

**B. Tes Untuk Diagnosis Carpal Tunnel Syndrome (Diisi Oleh Peneliti)**

Tes	Tangan Kanan		Tangan Kiri	
	Positif	Negatif	Positif	Negatif
Phalen				
Tinnel				
Prayer				

**C. Tes Untuk Diagnosis Low Back Pain**

Tes	Kaki Kanan		Kaki Kiri	
	>70°	<70°	>70°	<70°
SLR				
Curetion	Menyentuh lantai			
	Ya	Tidak, jaraknya .....cm		



**Lembar Hasil Pemeriksaan**

**Tanda-Tanda Vital & Antropometri**

<b>Tanggal Pengukuran:</b>		<b>Inisial Pengukur</b>	
<b>Nama / Inisial Responden:</b>			
<b>Pengukuran Tanda Tanda Vital</b>			
Tekanan darah	mmHg		
Frekuensi nadi	x/menit		
Frekuensi napas	x/menit		
<b>Pengukuran Berat Badan</b>			
Pengukuran 1:		kg	
Pengukuran 2:		kg	
Berat badan rata-rata	kg		
<b>Pengukuran Tinggi Badan</b>			
Pengukuran 1:		cm	
Pengukuran 2:		cm	
Tinggi badan rata-rata	cm		
<b>Pengukuran Lingkar Pinggang</b>			
Pengukuran 1:		cm	
Pengukuran 2:		cm	
Lingkar Pinggang rata-rata	cm		
<b>Rasio Lingkar Pinggang/tinggi badan</b>			
<b>Indeks Massa Tubuh</b>			
Pengukuran:		kg/m <sup>2</sup>	
<b>Klasifikasi Indeks Massa Tubuh</b>		<b>1. Kurang</b>	
		<b>2. Cukup</b>	
		<b>3. Berlebih</b>	

### Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No.	Laboratorium		
1.	Hematologi Rutin		
	* Hb		
	* HT		
	* LED		
	* Hitung jenis		
	* Basofil		
	* Eosinofil		
	* Neutorfil segmen		
	* Neutrofil batang		
	* Monosit		
	* Limfosit		
	* Leukosit		
	* Eritrosit		
	* Trombosit		
2.	Gula darah puasa		mg%
3.	Total Kolesterol		mg%
4.	LDL-Kolesterol		mg%
5.	HDL-Kolesterol		mg%
6.	Trigliserida		mg%
7.	SGPT		
8.	Kreatinin		mg%
9.	Asam Urat		
10.	MDA		

### Lampiran 3

Nama Responden : \_\_\_\_\_

Inisial Pemeriksa : \_\_\_\_\_

No. Urut Responden : \_\_\_\_\_

#### PENILAIAN ASUPAN MAKANAN (FOOD FREQUENCY QUESTIONAIRE)

No.	Bahan Makanan	URT	Berat (g)	Frekuensi							Keterangan	
				Per Hari			Per Minggu		Per Bulan			Tidak Pernah
				1x	2-3x	>3x	≤ 2x	3-6x	1-2x	Lain-lain		
<b>I.</b>	<b>Makanan Pokok</b>											
	Nasi putih											
	Nasi merah											
	Roti tawar putih											
	Roti tawar gandum											
	Roti tawar manis											
	Roti isi coklat/mocca											
	Roti daging											
	Roti isi kacang hijau											
	Roti isi nanas											
	Rosi isi strawberry											
	Roti keju											
	Roti pisang											
	Mie											
	Bihun											
	Kentang											
	Soun											
	Havermout/oatmeal											
	Pasta (makaroni/spageti)											
	Ubi											
	Singkong											
	Lainnya, sebutkan											
	a. _____											
	b. _____											
	c. _____											
<b>II.</b>	<b>Lauk-pauk</b>											
	Telur ayam											
	Telur asin											
	Telur puyuh											
	Daging ayam											
	Paha ayam											
	Sayap ayam											
	Sate ayam											
	Semur ayam											

	Gajih ayam											
	Daging sapi											
	Daging/gulai kambing											
	Didih sapi/kambing											
	Kikil kambing											
	Bebek											
	Ikan laut											
	Ikan air tawar											
	Ikan lele/dumbo											
	Ikan gabus											
	Ikan Belut											
	Ikan teri											
	Udang											
	Kepiting											
	Hati ayam											
	Jantung ayam											

No.	Bahan Makanan	URT	Berat (g)	Frekuensi							Keterangan	
				Per Hari			Per Minggu		Per Bulan			Tidak Pernah
				1x	2-3x	>3x	≤ 2x	3-6x	1-2x	Lain-lain		
	Rempelo ayam											
	Usus ayam											
	Hati sapi											
	Otak											
	Jeroan											
	Babat											
	Tahu											
	Kembang tahu											
	Tempe											
	Sosis											
	Nugget											
	Oncom											
	Dendeng sapi											
	Bakso daging sapi											
	Lainnya, sebutkan											
	a. _____											
	b. _____											
	c. _____											
<b>III</b>	<b>Sayuran</b>											
	Jamur											
	Bayam											
	Kangkung											
	Brokoli											
	Kembang Kol											



Jagung													
Kacang panjang													
Daun pepaya													
Labu siam													
Kacang merah													
Kacang kedelai													
Gambas/Oyong													
Timun													
Lobak													
Tomat													
Buncis													
Daun singkong													
Daun ubi jalar													
Sawi putih													
Sawi hijau													
Pare													
Kol													
Tauge kacang kedelai													
Tauge kacang hijau													
Tauge kacang tolo													
Wortel													
Terong													
Nangka Muda													
Jagung muda													
Kacang hijau													
Cabai merah													
Cabai rawit													
Daun pakis													
Rebung													
Seledri													
Daun melinjo													
Kacang Kapri													

No.	Bahan Makanan	URT	Berat (g)	Frekuensi							Keterangan		
				Per Hari			Per Minggu		Per Bulan			Tidak Pernah	
				1x	2-3x	>3x	≤ 2x	3-6x	1-2x	Lain-lain			
	Lainnya, sebutkan												
	a. _____												
	b. _____												
	c. _____												
<b>IV.</b>	<b>Buah-buahan</b>												
	Pisang												
	Pepaya												
	Alpukat												



	Keripik pisang											
	Keripik bayam											
	Kentang goreng											
	Singkong goreng											
	Sukun goreng											
	Ubi goreng											

No.	Bahan Makanan	URT	Berat (g)	Frekuensi							Keterangan	
				Per Hari			Per Minggu		Per Bulan			Tidak Pernah
				1x	2-3x	>3x	≤ 2x	3-6x	1-2x	Lain-lain		
	Kue bolu											
	Keu bolu kacang											
	Kue cubit											
	Kue lapis											
	Kue mangkok/apem											
	Donut											
	Chiki											
	Ketan											
	Biskuit Astor											
	Biskuit cracker											
	Biskuit Kacang											
	Biskuit Malkist Cracker											
	Biskuit Monde											
	Biskuit Roma/Regal											
	Emping											
	Kacang tanah kulit											
	Kacang tanah tanpa (kulit)											
	Kacang mete kulit											
	Kacang mede tanpa kulit											
	Kacang atom											
	Kacang telur											
	Kacang Shanghai											
	Kacang sukro											
	Kripik singkong											
	Kacang mete											
	Coklat											
	Martabak manis											
	Martabak telur											
	Lumpia											
	Pempek											
	Pisang coklat											
	Bakso											
	Serabi											
	Siomay											

	Batagor												
	Krupuk												
	Krupuk tempe												
	Kerupuk udang												
	Hamburger												
	Hot dog												
	Pizza												
	Puding/agar agar												
	Lainnya, sebutkan												
	a. _____												
	b. _____												
	c. _____												
<b>VII.</b>	<b>Minyak</b>												
	Minyak wijen												
	Minyak kelapa sawit												
	Minyak zaitun												
	Minyak goreng												
	Minyak Kelapa												
	Minyak sayur												
<b>VIII.</b>	<b>Makanan Jadi</b>												
	Bala-bala (bakwan)												
	Bubur kacang hijau												
	Cilok												
	Cireng												

No.	Bahan Makanan	URT	Berat (g)	Frekuensi							Keterangan		
				Per Hari			Per Minggu		Per Bulan			Tidak Pernah	
				1x	2-3x	>3x	≤ 2x	3-6x	1-2x	Lain-lain			
	Risoles												
	Telur ceplok												
	Telur goreng												
	Telur dadar												
	Mie ayam												
	Mie + bakso + kuah												
	Mie instan												
	Nasi goreng												
	Nasi liwet												
	Nasi soto												
	Nasi tim ayam												
	Nasi uduk												
	Bihun goreng												
	Bihun bakso												
	Soto ayam												
	Bubur ayam												

	Onde-onde												
	Tempe goreng												
	Tempe bacem												
	Tempe oreg/sayur tempe/ sambal tempe												
	Pepes tahu												
	Semur tahu												
	Tahu goreng												
	Tahu gejrot												
	Lodeh tahu dan tempe												
	Sate ayam												
	Sayur sop ayam												
	Semur daging ayam belu												
	Daging ayam goreng												
	Ikan kembung goreng												
	Sayur asem												
	Sayur daun singkong												
	Tumis kangkung												
	Sayur gulai daging												
	Sayur angka belu												
	Sambal												
	Bawang goreng												
<b>IX.</b>	<b>Pemanis</b>												
	Gula putih												
	Gula aren												
	Pemanis buatan												
	Madu												
	Lainnya, sebutkan												
	a. _____												
	b. _____												
	c. _____												
<b>X.</b>	<b>Minuman</b>												
	<b>Minuman ringan tak bersoda (Teh botol, Nu Green Tea)</b>												
	Teh manis												
	Kopi susu (kopi hitam + susu kental manis)												
	Kopi instan (kopi hitam/kopi susu)												
	Kopi tubruk												
	Sirup												

No.	Bahan Makanan	URT	Berat (g)	Frekuensi							Keterangan		
				Per Hari			Per Minggu		Per Bulan			Tidak Pernah	
				1x	2-3x	>3x	≤ 2x	3-6x	1-2x	Lain-lain			
	Nutrisari												



	kerang											
	Siput											
	Ikan teri asin											
	ikan asap											
	dendeng sapi											
	Keju											
	Acar											
	Kaldu ayam/sapi/ikan											
	Ikan laut											
	Seafood											
	Saus tomat											
	Saus teriyaki											

No.	Bahan Makanan	URT	Berat (g)	Frekuensi							Keterangan	
				Per Hari			Per Minggu		Per Bulan			Tidak Pernah
				1x	2-3x	>3x	≤ 2x	3-6x	1-2x	Lain-lain		
	Saus salad											
	Saus barbekyu											
	Mayonaise											
	Kecap asin											
	Saus tiram											
	Pasta tomat kaleng											
	Popcorn											
	Chiki											
<b>XI.</b>	<b>Lainnya</b>											
	Mentega											
	Margarin											
	Santan											
	Garam dapur											

Keterangan

URT	Ukuran Rumah Tangga (sendok makan, sendok the, mangkuk, dll)
Sdm	Sendok makan
Sdt	Sendok the
Bks	Bungkus (kecil, sedang, besar)
Ktk	Kotak (kecil, sedang, besar)
Btl	Botol (kecil, sedang, besar)
Gls	Gelas
Prg	Piring
Mgkk	Mangkok
Ptg	Potong
Klg	Kaleng

## ASUPAN JUMLAH CAIRAN

Berapa banyak jumlah cairan yang Bapak Konsumsi per hari ?

		URT	Jumlah	Subtotal (cc)	Total
1.	Air putih	Gelas Aqua (200 cc)			
		Botol (330 cc)			
		Botol (600 cc)			
		Botol (1500 cc)			
2.	Kopi/the	Gelas (200 cc)			
3.	Minuman ringan lainnya/jus				
4.	Kuah masakan	Mangkok kecil			



Lampiran 4



## Lampiran 5

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP

#### A. DATA PRIBADI

Nama : Irwan Surya Angkasa  
NIM : 4051150170  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Tempat, tanggal lahir : Tangerang, 13 November 1997  
Agama : Buddha  
Status : Belum Menikah  
Pendidikan Terakhir : SMA  
Alamat : Kosambi Baru blok C-ext 2 no 32A, Duri  
Kosambi, Cengkareng, Jakarta Barat, DKI Jakarta  
No. Telepon : 081289997918  
Email : irwanhay92@gmail.com

#### B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. KBB/TK : Santo Leo 2
2. SD : SD Santo Leo 2
3. SMP : SMP Tiara Kasih
4. SMA : SMA Tiara Kasih