



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS



RAHASIA

PERTANYAAN RUMAH TANGGA

RPTM-2016. RT

I. PENGENALAN TEMPAT

1	Provinsi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Kabupaten/Kota ^{*)}	<small>*) coret yang tidak perlu</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Kecamatan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Desa/Kelurahan ^{*)}	<small>*) coret yang tidak perlu</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan	2. Perdesaan	<input type="checkbox"/>		
6	Nomor Blok Sensus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Nomor Kode Sampel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Nomor Bangunan Sensus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Nomor Urut Sampel Rumah Tangga		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

NO 10 DAN 11 DIISI BERDASARKAN HASIL PEMUTAKHIRAN

10	Jumlah Rumah Tangga dalam 1 Bangunan Sensus Terpilih		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Nomor Urut Rumah Tangga dalam 1 Bangunan Sensus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. KETERANGAN RUMAH TANGGA

1	Nama kepala rumah tangga			
2	Nama rumah (Tulis dengan huruf kapital)			
3	Banyaknya anggota rumah tangga (ART)	..... Orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Banyaknya ART perempuan umur 25-64 tahun	..... Orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA

1	Nama Pengumpul Data:		Tanda tangan Pengumpul Data	
2	Tanggal Pengumpulan data: (gg-bb-tt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3	Nama Ketua Tim:		Tanda tangan Ketua Tim:	
4	Tanggal Pengisian: (gg-bb-tt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5	Nama Penanggungjawab Teknis?			
6	Diperiksa Penanggungjawab Teknis?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

*) coret yang tidak perlu

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. Urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin	Status Kawin	Tanggal Lahir	Umur	ART > 5 tahun	ART ≥ 10 tahun	Khusus ART ≥ 10 tahun	ART diwawancara?
(1)	(2)	[KODE] (3)	(4)	[KODE] (5)	(6)	(7)	[KODE] (8)	[KODE] (9)	[KODE] (10)	(11)
1.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgi: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgi: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgi: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgi: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN HALAMAN 3 APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG

Kode Kolom (3): Hubungan dg kepala rumah tangga		Kode Kolom (5) Status Kawin	Kode Kolom (8): Pendidikan Tertinggi	Kode Kolom (9): Status Pekerjaan	Kode Kolom (10): Pekerjaan Utama
01= Kepala RT	04= Anak angkat/iri	1= Belum kawin	1= Tidak/belum pernah sekolah	1. Tidak bekerja	1= PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD
02= Istri/suami	05= Menantu	2= Kawin	2= Tidak tamat SD/MI	2. Bekerja	5= Nelayan
03= Anak kandung	06= Cucu	3= Cerai Hidup	3= Tamat SD/MI	3. Sekolah	6= Buruh
	07= Orang tua/mertua	4= Cerai Mati	4= Tamat SLTP/MTS		7= Lainnya Sebutkan,
	08= Famili lain				
	09= Pembantu rumah tangga				
	10= Lainnya				

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin	Status Kawin	Tanggal Lahir	Umur	ART > 5 tahun	ART ≥ 10 tahun	Khusus ART ≥ 10 tahun	ART diwawancarai?
(1)	(2)	[KODE] (3)	(4)	[KODE] (5)	(6)	(7)	[KODE] (8)	[KODE] (9)	[KODE] (10)	(11)
5.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 8 ORANG

Kode kolom (3): Hubungan dg kepala rumah tangga	Kode Kolom (5) Status Kawin	Kode Kolom (8) : Pendidikan Tertinggi	Kode Kolom (9): Status Pekerjaan	Kode Kolom (10) : Pekerjaan Utama
01= Kepala RT 02= Istri/suami 03= Anak kandung 04= Anak angkat/iri 05= Menantu 06= Cucu 07= Orang tua/mertua 08= Famili lain 09= Pembantu rumah tangga 10= Lainnya	1= Belum kawin 2= Kawin 3= Cerai Hidup 4= Cerai Mati	1= Tidak/belum pernah sekolah 2= Tidak tamat SD/MI 3= Tamat SD/MI 4= Tamat SLTP/MTS 5= Tamat SLTAMA 6= Tamat D1/D2/D3 7= Tamat PT	1. Tidak bekerja 2. Bekerja 3. Sekolah	1= PNS/TNI/Polri/BUMN/BUKD 2= Pegawai swasta 3= Wiraswasta 4= Pelani 5= Nelayan 6= Buruh 7= Lainnya Sebutkan,

V. INDEKS KEPEMILIKAN

1	Apa jenis sumber penerangan rumah? 1. Listrik PLN 2. Listrik Non-PLN	3. Petromaks/ Aladin 4. Pelita/ sentir/ obor	5. Lainnya	<input type="checkbox"/>		
2	Jenis sumber air utama untuk kebutuhan minum? 01. Air kemasan 02. Air isi ulang 03. Air ledeng/PDAM 04. Air ledeng eceran/membeli	05. Sumur bor/pompa 06. Sumur gali terlindung 07. Sumur gali tak terlindung 08. Mata air terlindung	09. Mata air tidak terlindung 10. Penampungan air hujan 11. Air sungai/danau/irigasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Apa jenis bahan bakar/energi utama yang digunakan untuk memasak? 1. Listrik 2. Gas/elpiji	3. Minyak tanah 4. Arang/briket/batok kelapa	5. Kayu bakar	<input type="checkbox"/>		
4	a. Penggunaan fasilitas tempat buang air besar sebagian besar anggota rumah tangga:			<input type="checkbox"/>		
			1. Milik sendiri 2. Milik bersama 3. Umum 4. Tidak ada → P.4c	<input type="checkbox"/>		
	b. Jenis kloset yang digunakan:		1. Leher angsa 2. Plengsengan 3. Cemplung/ cubluk/ lubang tanpa lantai 4. Cemplung/ cubluk/ lubang dengan lantai	<input type="checkbox"/>		
5	c. Tempat pembuangan akhir tinja:			<input type="checkbox"/>		
	1. Tangki septik 2. SPAL		3. Kolam/sawah 4. Sungai/danau/laut 5. Lubang tanah 6. Pantai/tanah lapang/kebun 7. Lainnya	<input type="checkbox"/>		
5	Apakah [RUMAH TANGGA] memiliki barang-barang sebagai berikut:					
	a. Sepeda Motor	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	e. Tabung Gas 12 kg atau lebih	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Perahu Motor	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Lemari Es/Kulkas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. TV/TV Kabel	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	g. Pemanas Air	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Mobil	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>			

CATATAN



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS**



RAHASIA

PERTANYAAN INDIVIDU

RPTM-2016. IND

BLOK I. PENGENALAN TEMPAT

Prov	Kab/Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	Nomor Blok Sensus	Nomor Kode Sampel	No Bangunan Sensus	No.Urut RT

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RPTM-2016.RT

VI. KETERANGAN PENGUMPUL DATA

1	Nama Pengumpul Data:		3	Tanda tangan Pengumpul Data	
2	Tanggal Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	□ □ - □ □ - □ □ □ □			
4	Nama Ketua Tim:		6	Tanda tangan Ketua Tim	
5	Tanggal Pengecekan: (tgl-bln-thn)	□ □ - □ □ - □ □ □ □			

VII. KETERANGAN INDIVIDU

1	a. Nama dan nomor urut Anggota Rumah Tangga (ART)	Nama ART	Nomor urut ART: □ □	TEMPEL STIKER DISINI		
	b. No Telepon/HP Pribadi ART:	□ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
2	a. Untuk ART yang perlu didampingi, tuliskan nama dan nomor urut ART yang mendampingi	Nama ART	Nomor urut ART: □ □			
	b. No. Telepon/HP Pribadi Pendamping:	□ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
3	Alasan ART didampingi	1. ART sakit 2. ART sulit komunikasi		<input type="checkbox"/>		
4	Asal suku: (Kode Jawaban digunakan untuk mengisi 4a dan 4b)					
	a. Suku Ayah dari ART	a. □ □	PILIHAN KODE JAWABAN: 01. Aceh 08. Jawa 15. Flores 02. Batak 09. Madura 16. Ambon 03. Minang 10. Bali 17. Papua 04. Melayu 11. Dayak 18. India 05. Palembang 12. Banjar 19. Arab 06. Betawi 13. Bugis 20. Cina 07. Sunda 14. Bima 21. Lainnya, sebutkan.....			
	b. Suku Ibu dari ART	b. □ □				
5	Kepemilikan Asuransi Kesehatan	1. Ya 2. Tidak → BLOK VIII		<input type="checkbox"/>		
6	Jenis kepemilikan asuransi					
	a. BPJS Kesehatan PBI	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Asuransi Kesehatan Swasta	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. BPJS Kesehatan Non-PBI	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	e. Jaminan kesehatan daerah	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. BPJS Kesehatan Mandiri	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Kartu Indonesia Sehat	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

VIII. PENYAKIT KANKER UMUM INDIVIDU

1 Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis penyakit kanker (tumor ganas) oleh dokter?

1. Ya 2. Tidak → BLOK IX 8. Tidak tahu → BLOK IX

2 Sebutkan organ/bagian tubuh yang terkena kanker tersebut

Organ/ Bagian tubuh	Terkena kanker 1. Ya 2. Tidak → Baris berikutnya	Tahun pertama kali di diagnosis	Metode diagnosis kanker [KODE]	Stadium Jika tidak tahu, isikan kode "g".	Hasil patologi Jika kolom (5) berkode 8 (tidak tahu) → Kolom 7	Operasi 1. Ya 2. Tidak → Kolom 9	Jika Ya, tahun berapa di operasi	Terapi radiasi/penyinaran 1. Ya 2. Tidak → Kolom 12	Jika Ya, tahun berapa di radiasi?	Riwayat Pengobatan Kanker					Jika Ya, Sudah berapa lama? (bulan)	[KODE]	
										Pengobatan kemoterapi (obat anti kanker) 1. Ya 2. Tidak → Kolom 15	Jika Ya, apakah telah lengkap sesuai anjuran dokter 1. Ya 2. Tidak	Jika Ya, tahun berapa di kemoterapi?	Jika Ya, apakah telah lengkap sesuai anjuran dokter 1. Ya 2. Tidak	Pengobatan non konvensional atau tradisional 1. Ya 2. Tidak → Kolom 17			
a	Nasofaring																
b	Tiroid																
c	Payudara																
d	Paru																
e	Hati																
f	Ovarium																
g	Endometrium																
h	Serviks																
i	Usus besar																
j	Rektum																
k	Lainnya, sebutkan																
l	Lainnya, sebutkan																

Kode kolom 4: Metode yang digunakan dalam diagnosis kanker (JUMLAHKAN KODE JAWABAN BILA JAWABAN LEBIH DARI 1)

01. Pemeriksaan fisik 04. USG 16. Inspeksi Visual/Asam Asetat (IVA) 64. Patologi anatomi 888. Tidak tahu
 02. Rontgen 08. Mammografi 32. Pap smear 128. Patologi klinik

Kode kolom 17: Luaran pengobatan kanker

1. Sembuh (≥ 5 tahun) 3. Masih dalam proses pengobatan/ dalam observasi <5 thn
 2. Kambuh (< 5 tahun) 4. Tidak sembuh

2. Jika ya, anggota keluarga yang menderita penyakit kanker ini pernah ada yang didiagnosis...

X. KANKER PAYUDARA

1	Apakah [NAMA] mengetahui tentang kanker payudara <u>sebelum sosialisasi</u> ?	1.Ya 2.Tidak → P.6	<input type="checkbox"/>
2	Apa yang [NAMA] ketahui tentang kanker payudara? ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA, 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU		
	a. Gejalanya sering tidak disadari	<input type="checkbox"/>	e. Keterlambatan bergerak payudara pada satu sisi bila kedua lengan diangkat ke atas
	b. Kanker ini sering dijumpai dalam stadium lanjut	<input type="checkbox"/>	f. Kulit payudara berkerut atau mirip kulit jeruk
	c. Dapat disembuhkan bila dijumpai pada stadium awal	<input type="checkbox"/>	g. Keluar cairan kekuningan/ darah melalui puting susu
	d. Teraba benjolan pada payudara	<input type="checkbox"/>	h. Biopsi/ operasi tidak menyebarkan kanker yang sudah ada
3	Darimana informasi mengenai kanker payudara tersebut [NAMA] dapatkan? ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/>	c. Keluarga/ teman/tetangga
	b. Kader	<input type="checkbox"/>	d. Sekolah/guru
			e. Media
4	Menurut [NAMA], apakah yang mungkin menjadi penyebab terjadinya kanker payudara? ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA, 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU		
	a. Merokok	<input type="checkbox"/>	e. Genetik/turunan
	b. Minum minuman beralkohol	<input type="checkbox"/>	f. Stres
	c. Makan makanan berisiko (menggunakan pengawet/ pewarna/ perasa)	<input type="checkbox"/>	g. Lainnya, sebutkan
	d. Penggunaan krim hormon (<i>anti aging</i> /penuaan)	<input type="checkbox"/>	
5	Menurut [NAMA], bagaimana cara untuk mengetahui adanya kanker payudara lebih awal? ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA, 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU		
	a. SADARI (Periksa Payudara Sendiri)	<input type="checkbox"/>	c. USG payudara
	b. Pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) / <i>Clinical Breast Examination</i> (CBE) oleh tenaga kesehatan	<input type="checkbox"/>	d. Mammografi
			e. Lainnya, sebutkan.....
6	Apakah [NAMA] pernah melakukan pemeriksaan SADARI? RESPONDEN DIMINTA UNTUK MENDESKRIPKANNYA 1.Ya, Sesuai 2. Ya, Tidak Sesuai 3.Tidak Pernah → P.10		
	Langkah SADARI:		
	1. Perhatikan bentuk dan ukuran payudara melalui cermin, posisi kedua lengan di samping tubuh	4. Angkat lengan kiri ke atas kepala pada posisi berdiri atau posisi berbaring	
	2. Perhatikan payudara dengan kedua tangan ke atas kepala, kemudian kedua tangan di pinggang	5. Gunakan permukaan jari yang rata untuk menekan seluruh bagian payudara	
	3. Tekan setiap puting dan lihat apakah ada cairan yang keluar	6. Periksa daerah antara payudara dan ketiak serta payudara dan tulang dada	
7	Jika Ya (Kode 1 atau 2), Kapan [NAMA] melakukan SADARI pertama kali? JIKA TIDAK INGAT ISIKAN KODE "9998"	Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Bagaimana hasil pemeriksaan SADARI terakhir kali?	1. Normal 2. Luka 3. Terdapat benjolan	<input type="checkbox"/>
9	Apakah tindak lanjut hasil pemeriksaan SADARI terakhir kali? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN		
	01. Periksa berkala	02. Periksa ke dokter	04. Pengobatan tradisional 08. Tidak melakukan apa-apa
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LANJUTKAN KE P.11			
10	Alasan [NAMA] <u>tidak</u> melakukan SADARI? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	01. Tidak tahu	04. Takut diketahui penyakitnya	
	02. Tidak tahu cara melakukan SADARI	08. Tidak ada keluhan	16. Lainnya, sebutkan.....
11	Apakah [NAMA] pernah melakukan pemeriksaan SADANIS (CBE) dalam 3 tahun terakhir?	1.Ya 2.Tidak → P.15	<input type="checkbox"/>
12	Dimana [NAMA] melakukan pemeriksaan SADANIS (CBE)? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN	01. Rumah sakit 04. Praktek dokter 02. Puskesmas 08. Klinik Bidan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Bagaimana hasil pemeriksaan SADANIS (CBE) terakhir kali?	1. Normal 3. Ada benjolan 5.Lupa/ Tidak tahu 2. Luka/radang 4. Benjolan dan luka/radang	<input type="checkbox"/>
14	Apa tindak lanjut yang [NAMA] lakukan setelah mengetahui hasil pemeriksaan SADANIS (CBE) terakhir kali? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	01.Periksa SADANIS (CBE) berkala	08. Biopsi (patologi anatomi)	64.Tidak melakukan apa-apa
	02. USG Payudara	16. Penentuan stadium	
	04. Mammografi	32. Pengobatan tradisional	
LANJUTKAN KE P.16			
15	Alasan [NAMA] <u>tidak</u> melakukan SADANIS (CBE)? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	01. Takut nyeri	04. Biaya mahal	16. Takut diketahui penyakitnya
	02. Malu	08. Tidak tahu	32. Tidak ada keluhan
			64. Lainnya, sebutkan
16	Apakah [NAMA] pernah melakukan pemeriksaan USG payudara dalam 1 tahun terakhir?	1.Ya 2.Tidak → P.20	<input type="checkbox"/>
17	Dimana [NAMA] melakukan pemeriksaan USG Payudara? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	01. Rumah sakit	02. Puskesmas	04. Praktek dokter 08. Klinik Bidan 16.Laboratorium

18	Bagaimana hasil pemeriksaan USG Payudara terakhir kali? 1. Normal 2. Luka/ radang 3. Curiga tumor jinak 4. Curiga kanker 5. Lupa/ Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
19	Apakah tindak lanjut yang [NAMA] lakukan setelah mengetahui hasil pemeriksaan USG Payudara terakhir kali? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Periksa USG berkala 02. Mammografi 04. Biopsi (patologi anatomi) 08. Penentuan stadium 16. Pengobatan tradisional 32. Tidak melakukan apa-apa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LANJUTKAN KE P.21		
20	Alasan [NAMA] <u>tidak</u> melakukan USG Payudara? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Takut nyeri 02. Malu 04. Biaya mahal 08. Akses sulit 16. Tidak tahu 32. Takut diketahui penyakitnya 64. Tidak ada keluhan 128. Lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	Apakah [NAMA] pernah melakukan pemeriksaan mammografi?	1.Ya 2.Tidak →P.26 <input type="checkbox"/>
22	Jika ya, tahun berapa [NAMA] melakukan pemeriksaan mammografi yang terakhir?	Tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23	Dimana [NAMA] melakukan pemeriksaan mammografi? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 1. Rumah sakit 2. Klinik dokter spesialis 4. Laboratorium	<input type="checkbox"/>
24	Bagaimana hasil pemeriksaan mammografi terakhir kali? 1. Normal 2. Curiga tumor jinak 3. Curiga kanker (mikrokalsifikasi) 4. Lupa/ Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
25	Apakah tindak lanjut yang [NAMA] lakukan setelah mengetahui hasil pemeriksaan mammografi terakhir kali? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Periksa mammografi berkala 02. Biopsi (patologi anatomi) 04. Operasi 08. Penentuan stadium 16. Pengobatan tradisional 32. Tidak melakukan apa-apa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LANJUTKAN KE P.27		
26	Alasan [NAMA] <u>tidak</u> melakukan mammografi? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Takut nyeri 02. Malu 04. Biaya mahal 08. Akses sulit 16. Tidak tahu 32. Takut diketahui penyakitnya 64. Tidak ada keluhan 128. Lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27	Apakah [NAMA] pernah melakukan operasi pada payudara yang disebabkan oleh kanker (tumor ganas)?	1.Ya 2.Tidak →P.32 <input type="checkbox"/>
28	Pada payudara mana yang dioperasi?	1. Payudara kanan 2. Payudara kiri 3. Kedua Payudara <input type="checkbox"/>
29	Apakah [NAMA] pernah melakukan operasi payudara yang kedua kalinya akibat kekambuhan?	1.Ya 2.Tidak →P.32 <input type="checkbox"/>
30	Jika Ya, tahun berapa [NAMA] melakukan operasi yang kedua kalinya akibat kekambuhan tersebut? JIKA TIDAK INGAT ISIKAN KODE "9998"	Tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31	Apakah operasi kedua dilakukan pada payudara yang sama dengan operasi pertama?	1.Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>
32	Apakah [NAMA] pernah memiliki riwayat penyakit mioma uteri (miom)?	1.Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>
33	Apakah [NAMA] pernah memiliki riwayat operasi pengangkatan indung telur (ovarium)?	1.Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>
34	Apakah [NAMA] sekarang merasakan ada kelainan pada payudara?	1.Ya 2.Tidak →P. 36 8. Tidak tahu →P. 36 <input type="checkbox"/>
35	Jika ya, sebutkan kelainan payudara yang [NAMA] rasakan! ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK	
	a. Terdapat benjolan pada payudara <input type="checkbox"/>	d. Puting susu tertarik ke dalam (retraksi) <input type="checkbox"/>
	b. Nyeri pada payudara <input type="checkbox"/>	e. Kulit payudara berkerut atau kulit mirip kulit jeruk <input type="checkbox"/>
	c. Terdapat benjolan pada ketiak <input type="checkbox"/>	f. Keluar cairan kekuningan atau darah melalui puting susu <input type="checkbox"/>
36	Berapa umur [NAMA] pertama kali mendapatkan haid (menstruasi)?	..... tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37	a. Apakah [NAMA] pernah melakukan hubungan seksual?	1.Ya 2.Tidak →P.54 <input type="checkbox"/>
	b. Berapa umur [NAMA] pertama kali berhubungan seksual?	..... tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Berapa jumlah pasangan seksual [NAMA] selama ini?	..... orang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38	Apakah [NAMA] pernah hamil?	1.Ya 2.Tidak →P.50 <input type="checkbox"/>
39	Apakah [NAMA] pernah melahirkan? (USIA KEHAMILAN ≥ 20 MINGGU ATAU BERAT LAHIR ≥ 500 GRAM DAN BUKAN ABORTUS/KEGUGURAN)	1.Ya 2.Tidak →P.46 <input type="checkbox"/>
40	Berapa umur [NAMA] saat melahirkan anak pertama?	..... tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41	Berapa umur [NAMA] saat pertama kali melahirkan anak hidup?	..... tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42	Berapa jumlah anak yang [NAMA] lahirkan?	..... orang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43	Proses kelahiran	Kondisi saat lahir
		Lahir hidup Lahir mati
	(1)	(2) (3)
a.	Secara normal atau pervaginam 1. Ya 2. Tidak → P.43b <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> orang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> orang
b.	Secara operasi atau seksio caesaria 1. Ya 2. Tidak → P.44 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> orang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> orang

44	Apakah [NAMA] pernah/sedang menyusui anak				1.Ya	2.Tidak → P.46	<input type="checkbox"/>	
45	Jika Ya, sebutkan anak ke berapa yang [NAMA] pernah/sedang disusui							
	Urutan Anak	Pernah Menyusui?	Lama Menyusui (Bulan)	Urutan Anak	Pernah Menyusui?	Lama Menyusui (Bulan)		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)		
	a. Anak ke 1	1. Ya 2.Tidak → 45b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Anak ke 6	1. Ya 2.Tidak → 45g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Anak ke 2	1. Ya 2.Tidak → 45c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anak ke 7	1. Ya 2.Tidak → 45h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Anak ke 3	1. Ya 2.Tidak → 45d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Anak ke 8	1. Ya 2.Tidak → 45i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Anak ke 4	1. Ya 2.Tidak → 45e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Anak ke 9	1. Ya 2.Tidak → 45j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Anak ke 5	1. Ya 2.Tidak → 45f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Anak ke 10	1. Ya 2.Tidak → 46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46	Apakah [NAMA] pernah mengalami keguguran/abortion? (USIA KEHAMILAN < 20 MINGGU ATAU BERAT LAHIR < 500 GRAM)			1.Ya	2. Tidak pernah → P.48	<input type="checkbox"/>		
47	Bila Ya, berapa kali mengalami keguguran/abortion?			.....Kali		<input type="checkbox"/>	
48	Apakah [NAMA] pernah minum obat hormon selama kehamilan untuk mencegah keguguran (obat DES/diethylstilbestrol), seperti utrogestan?			1.Ya	2.Tidak → P.50 8. Tidak Tahu → P.50	<input type="checkbox"/>		
49	Berapa umur [NAMA] saat mengonsumsi obat DES (diethylstilbestrol) tersebut?			1. <40 tahun	2. ≥40 tahun	3. Keduanya	<input type="checkbox"/>	
50	Apakah [NAMA] pernah/sedang menggunakan kontrasepsi untuk pencegahan kehamilan?			1.Ya	2.Tidak → P.52	<input type="checkbox"/>		
51	Metode/jenis kontrasepsi digunakan secara terus menerus dan lamanya penggunaan							
	Metode				Lamanya penggunaan			
	(1)				(2)			
	a. Pil KB	1.Ya	2.Tidak → P.51b	<input type="checkbox"/>	Lamanya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulan
	b. Susuk (implant)	1.Ya	2.Tidak → P.51c	<input type="checkbox"/>	Lamanya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulan
	c. Suntik KB	1.Ya	2.Tidak → P.51d	<input type="checkbox"/>	Lamanya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulan
d. IUD	1.Ya	2.Tidak → P.51e	<input type="checkbox"/>	Lamanya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulan	
e. Lainnya, Sebutkan.....	1.Ya	2.Tidak → P.52	<input type="checkbox"/>	Lamanya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulan	
52	Apakah [NAMA] pernah menggunakan obat-obatan hormonal untuk pengobatan infertilitas/ ketidaksuburan (menginginkan anak/bayi tabung)?			1.Ya	2.Tidak → P.54	<input type="checkbox"/>		
53	Berapa lama [NAMA] menggunakan obat-obatan hormonal tersebut?			..... bulan		<input type="checkbox"/>	
54	Apakah [NAMA] sudah mengalami pre dan/atau menopause?			1.Ya	2.Tidak → P.58	<input type="checkbox"/>		
55	Umur berapa [NAMA] mulai mati haid (menopause)?			..... tahun		<input type="checkbox"/>	
56	Apakah [NAMA] pernah mengonsumsi obat-obatan terapi sulih hormon/ hormone replacement therapy (HRT)? (Yasmin, proginova, etinil esteradiol/premarin estera)			1. Ya	2.Tidak → P.58	8.Tidak tahu → P.58	<input type="checkbox"/>	
57	Berapa lama [NAMA] mengonsumsi obat-obatan terapi sulih hormon/HRT tersebut?			..... tahun		<input type="checkbox"/>	

SKRINING PEMERIKSAAN SADANIS

58	a. Apakah [NAMA] sedang menyusui < 6 bulan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah [NAMA] sedang hamil	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

JIKA 58a s.d 58b SEMUA JAWABANNYA BERKODE 2 = TIDAK → MINTA ART UNTUK PEMERIKSAAN SADANIS
 JIKA SALAH SATU JAWABAN 58a s.d 58b BERKODE 1 = YA → ART TIDAK PERLU MELAKUKAN PEMERIKSAAN SADANIS

XI. KANKER LEHER RAHIM (SERVIKS)

1	Apakah [NAMA] pernah mendengar atau mengetahui kanker leher rahim/ serviks/ peranakan sebelum sosialisasi?			1.Ya	2.Tidak → P.5	<input type="checkbox"/>
2	Dari mana informasi mengenai kanker serviks tersebut [NAMA] dapatkan? ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA, 2=TIDAK					
	a. Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/>	c. Keluarga/ teman/tetangga	<input type="checkbox"/>	e. Media	<input type="checkbox"/>
	b. Kader	<input type="checkbox"/>	d. Sekolah/guru	<input type="checkbox"/>		

3	Menurut [NAMA], apakah yang menjadi penyebab kanker serviks? ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA, 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU		
	a. Hubungan seksual di usia muda (< 20 tahun)	<input type="checkbox"/>	e. Kontrasepsi hormonal (Suntik dan Pil KB) <input type="checkbox"/>
	b. Berganti-ganti pasangan	<input type="checkbox"/>	f. Alat kelamin kurang bersih <input type="checkbox"/>
	c. Melahirkan banyak anak	<input type="checkbox"/>	g. Merokok <input type="checkbox"/>
	d. Suami tidak disunat	<input type="checkbox"/>	h. Lainnya, Sebutkan
4	Menurut [NAMA], apakah penggunaan kondom dapat mencegah penularan kanker serviks?	1.Ya 2.Tidak	8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/>
5 UNTUK ART YANG "PERNAH" MELAKUKAN HUBUNGAN SEKSUAL (CEK BLOK X P.37a = 1) LANJUT KE P.6 UNTUK ART YANG "BELUM PERNAH" MELAKUKAN HUBUNGAN SEKSUAL (CEK BLOK X P.37a = 2) LANJUT KE P.26			
6	Apakah [NAMA] membersihkan alat kelamin setelah melakukan hubungan seksual?	1.Ya 2.Tidak →P.9	<input type="checkbox"/>
7	Berapa lama setelah berhubungan seksual biasanya [NAMA] membersihkan alat kelamin? 1. Kurang dari 30 menit 2. Antara 30 menit - 1 jam 3. Lebih dari 1 jam		<input type="checkbox"/>
8	Bagaimana cara [NAMA] membersihkan alat kelamin setelah berhubungan seksual? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Air 02. Sabun mandi 04. Sabun khusus pembersih vagina 08. Lainnya, Sebutkan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Apakah [NAMA] mengetahui pemeriksaan IVA?	1.Ya 2.Tidak →P.16	<input type="checkbox"/>
10	Apakah [NAMA] pernah melakukan pemeriksaan IVA?	1.Ya 2.Tidak →P.15	<input type="checkbox"/>
11	Di mana [NAMA] melakukan pemeriksaan IVA? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Rumah sakit 02. Puskesmas 04. Praktek dokter 08. Klinik Bidan 16. Lainnya, sebutkan.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Bagaimana hasil pemeriksaan IVA terakhir? 1. IVA Negatif 3. Curiga Kanker 5.IVA positif dan radang 7. Tidak Tahu 2. IVA Positif 4. IVA negatif dan radang 6. Curiga kanker dan radang		<input type="checkbox"/>
13	Apakah saran selanjutnya dari Bidan/Nakes atas hasil pemeriksaan IVA tersebut? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Periksa Berkala 04. Krioterapi 16. Tidak ada 02. Obat-obatan 08. Rujuk		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Menurut [NAMA], seberapa sering sebaiknya pemeriksaan IVA dilakukan? 1. Sekali seumur hidup 3. Setiap 3 - < 5 tahun 5. Lainnya, Sebutkan		<input type="checkbox"/>
LANJUTKAN KE P.16			
15	Alasan mengapa [NAMA] belum melakukan pemeriksaan IVA? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Takut sakit, nyeri 04. Malu 16. Takut diketahui penyakitnya 02. Tidak dibolehkan suami/keluarga 08. Merasa belum perlu 32. Lainnya, Sebutkan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	Apakah [NAMA] mengetahui pemeriksaan <i>Pap Smear</i> ?	1.Ya 2.Tidak →P.26	<input type="checkbox"/>
17	Apakah [NAMA] pernah melakukan pemeriksaan <i>Pap smear</i> ?	1.Ya 2.Tidak →P.25	<input type="checkbox"/>
18	Di mana [NAMA] melakukan pemeriksaan <i>Pap smear</i> ? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Rumah sakit 02. Puskesmas 04. Praktek dokter 08. Klinik bidan 16. Lainnya, sebutkan.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	Dari mana saja sumber biaya pemeriksaan <i>Pap smear</i> ? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Biaya sendiri 02. Asuransi/BPJS 04. Kantor/perusahaan 08. Lainnya, Sebutkan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
UNTUK ART YANG SAMA SEKALI TIDAK MENGGUNAKAN BIAYA SENDIRI UNTUK PERIKSA PAP SMEAR → LANJUT KE P.22			
20	Berapa biaya yang [NAMA] keluarkan untuk pemeriksaan <i>Pap smear</i> terakhir?	Rp. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
21	Bagaimana harga tersebut menurut [NAMA]?	1. Mahal 2. Terjangkau	<input type="checkbox"/>
22	Bagaimana hasil pemeriksaan <i>Pap Smear</i> terakhir?	1. Negatif 3. Kanker 5. Lainnya, Sebutkan..... 2. Prakanker 4. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
23	Apakah saran selanjutnya dari Nakes atas hasil pemeriksaan <i>Pap Smear</i> tersebut? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Periksa Berkala 02. Obat-obatan 04. Rujuk 08. Lainnya, sebutkan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24	Menurut [NAMA], seberapa sering sebaiknya pemeriksaan <i>Pap Smear</i> dilakukan? 1. Sekali seumur hidup 3. Setiap 3 - < 5 tahun 5. Lainnya, Sebutkan		<input type="checkbox"/>
LANJUTKAN KE P.26			
25	Alasan mengapa [NAMA] belum melakukan pemeriksaan <i>Pap smear</i> ? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 01. Takut sakit, nyeri 08. Merasa belum perlu 64. Lainnya, sebutkan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

26	Apakah [NAMA] pernah mendengar atau mengetahui tentang vaksinasi HPV?	1.Ya 2.Tidak → P.34	<input type="checkbox"/>
27	Apakah [NAMA] pernah mendapatkan vaksinasi HPV?	1.Ya 2.Tidak → P.33	<input type="checkbox"/>
28	Jika Ya, Sebutkan jadwal vaksinasi tersebut		
	Urutan Vaksinasi	Apakah dilakukan? 1.Ya 2.Tidak → Baris berikutnya	Tempat Vaksinasi 1. Rumah Sakit 2. Klinik 3. Praktek Dr. Sp.
			Waktu vaksinasi Bulan /Tahun (JIKA LUPA, ISI KODE 88/8888)
			Paket Biaya 1.Ya 2.Tidak
			Biaya Vaksinasi (dalam Rp.)
	(1)	(2)	(3)
	(4)	(5)	(6)
	a. Vaksinasi HPV I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Vaksinasi HPV II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Vaksinasi HPV III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Dari mana saja sumber biaya vaksinasi HPV? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN		<input type="checkbox"/>
	01. Biaya sendiri 02. Asuransi 04. Lainnya sebutkan		<input type="checkbox"/>

ART YANG SAMA SEKALI TIDAK MENGGUNAKAN BIAYA SENDIRI UNTUK VAKSINASI HPV → LANJUT KE P.31

30	Bagaimana harga vaksinasi tersebut menurut [NAMA]?	1. Mahal 2. Terjangkau	<input type="checkbox"/>
31	Apakah [NAMA] melakukan pemeriksaan HPV terlebih dahulu sebelum mendapatkan vaksinasi HPV?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
32	Kapan pertama kali [NAMA] mendapatkan vaksinasi HPV tersebut?	1. Sebelum melakukan hubungan seksual 2. Setelah melakukan hubungan seksual/nikah	<input type="checkbox"/>

LANJUT KE P.34

33	Alasan mengapa [NAMA] belum melakukan vaksinasi HPV? JIKA JAWABAN LEBIH DARI SATU, JUMLAHKAN KODE JAWABAN		<input type="checkbox"/>
	01. Biayanya terlalu mahal 04. Merasa belum perlu 02. Tidak tahu fasilitas vaksinasi 08. Lainnya, sebutkan.....		<input type="checkbox"/>
34	Apakah [NAMA] pernah mengalami gejala-gejala di bawah ini? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1 = YA, 2 = TIDAK ATAU 7= TIDAK BERLAKU		
	a. Keputihan dengan gatal	<input type="checkbox"/>	d. Perdarahan setelah berhubungan seksual
	b. Keputihan dengan bau amis (berbau busuk)	<input type="checkbox"/>	e. Perdarahan abnormal diluar siklus haid (menstruasi)
	c. Keputihan berwarna kuning atau hijau	<input type="checkbox"/>	f. Perdarahan setelah mati haid (menopause)

SKRINING PEMERIKSAAN IVA

35	a. Apakah [NAMA] pernah melakukan hubungan seksual? (Cek Blok X.Kanker Payudara P.37a)	1. Belum pernah 2. Pernah	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah [NAMA] sedang hamil? (menurut pengakuan responden)	1. Sedang hamil 2. Tidak hamil	<input type="checkbox"/>
	c. Apakah [NAMA] pernah mengalami operasi angkat rahim total (histerektomi total)?	1. Pernah 2. Belum pernah	<input type="checkbox"/>
	d. Apakah [NAMA] sedang menstruasi banyak?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

**JIKA BLOK X1 35a s.d 35d SEMUA BERKODE 2 → MINTA ART UNTUK PEMERIKSAAN IVA
JIKA BLOK XI 35d BERKODE 1 → JADWAL ULANG PEMERIKSAAN IVA**

XII. LINGKUNGAN TEMPAT TINGGAL

1	a. Sejak kapan [NAMA] tinggal di daerah ini? (Bulan dan Tahun)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Lama [NAMA] tinggal di daerah ini: bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bulan
2	Apa saja sumber air minum yang [NAMA] gunakan selama ini?		
	Jenis Sumber Air Minum		Lama Penggunaan (dalam bulan)
	(1)	(2)	
	a. Sumur-bor/pompa/gali	1.Ya 2.Tidak → P.2b	<input type="checkbox"/>
	b. Mata air	1.Ya 2.Tidak → P.2c	<input type="checkbox"/>
	c. Air-sungai/danau/ irigasi	1.Ya 2.Tidak → P.2d	<input type="checkbox"/>
	d. Lainnya, sebutkan.....	1.Ya 2.Tidak → P.3	<input type="checkbox"/>

3	Apakah di sekitar tempat tinggal [NAMA] sekarang ini ada pertambangan?				1.Ya	2. Tidak → P.5	<input type="checkbox"/>
4	Jika Ya, sebutkan jenis bahan yang ditambang; berapa jaraknya dari tempat tinggal [NAMA]; dan apakah tambang itu beroperasi sebelum atau sesudah [NAMA] mulai tinggal di daerah ini?						
Jenis Pertambangan				Jarak (Km)	Kapan beroperasi? 1. Sebelum [NAMA] tinggal 2. Sesudah [NAMA] tinggal		
(1)				(2)	(3)		
a. Tambang timah	1.Ya	2.Tidak → P.4b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tambang emas tidak resmi (illegal)	1.Ya	2.Tidak → P.4c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tambang batu bara	1.Ya	2.Tidak → P.4d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tambang lainnya, Sebutkan	1.Ya	2.Tidak → P.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Sebelum tinggal di daerah ini, apakah [NAMA] pernah tinggal di daerah lain di sekitar pertambangan?				1. Ya	2. Tidak → P.8	<input type="checkbox"/>
6	Jika Ya, sebutkan jenis pertambangan, berapa jaraknya dari tempat tinggal [NAMA] pada waktu itu dan berapa lama tinggal di daerah itu?						
Jenis pertambangan				Jarak (Km)	Lama Tinggal (dalam bulan)		
(1)				(2)	(3)		
a. Tambang timah	1. Ya	2. Tidak → P.6b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tambang emas tidak resmi (illegal)	1. Ya	2. Tidak → P.6c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tambang batu bara	1. Ya	2. Tidak → P.6d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tambang lainnya, Sebutkan	1. Ya	2. Tidak → P.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JIKA SALAH SATU JAWABAN P.6 BERKODE 1 = YA → LANJUTKAN KE P.7 JIKA SEMUA JAWABAN P.6 BERKODE 2 = TIDAK → LANJUTKAN KE P.8							
7	Apa saja sumber air minum yang [NAMA] gunakan selama tinggal di daerah itu dan berapa lama penggunaannya?						
Jenis Sumber Air Minum				Lama Penggunaan (dalam bulan)			
(1)				(2)			
a. Sumur-bor/pompa/gali	1.Ya	2.Tidak → P.7b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bulan
b. Mata air	1.Ya	2.Tidak → P.7c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bulan
c. Air-sungai/danau/irigasi	1.Ya	2.Tidak → P.7d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bulan
d. Lainnya, Sebutkan	1.Ya	2.Tidak → P.8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bulan
8	Apakah di sekitar tempat tinggal [NAMA] sekarang ini ada industri atau kawasan industri?				1.Ya	2.Tidak → P.10	<input type="checkbox"/>
9	Jika Ya, sebutkan jenis bahan industri tersebut, berapa jaraknya dari tempat tinggal [NAMA] dan sifatnya?						
Bahan Utama Industri				Jarak (Km)	Sifat 1. RT (home industry) 2. Khusus		
(1)				(2)	(3)		
a. Bahan timbal (Pipa, cat, kabel, peluru, pelindung radiasi, alat perminyakan dan sebagainya)	1. Ya	2. Tidak → P.9b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bahan phthalate (Plastik, kosmetik, wangi-wangian, cat kuku, shampoo, perangkat bangunan, keramik, alat pembersih, mobil dan sebagainya)	1. Ya	2. Tidak → P.9c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bahan aluminium (deodorant, antiperspiran)	1. Ya	2. Tidak → P.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Apakah [NAMA] bekerja atau pernah bekerja sebagai operator mesin radiasi/sinar-X/sinar Rontgen atau tenaga atom atau sejenisnya?				1. Ya	2. Tidak → P.12	<input type="checkbox"/>
11	Jika Ya, pada institusi apa [NAMA] bekerja, dan berapa lama pada pekerjaan itu?						
Jenis Institusi Tempat Kerja				Lama Bekerja (dalam bulan)			
(1)				(2)			
a. Institusi kesehatan (RS, Puskesmas, Poliklinik)	1.Ya	2.Tidak → P.11b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bulan
b. Badan Tenaga Atom	1.Ya	2.Tidak → P.11c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bulan
c. Lainnya, Sebutkan	1.Ya	2.Tidak → P.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bulan
12	Apakah [NAMA] bekerja atau pernah bekerja di pertambangan atau di bidang produksi suatu industri?				1. Ya	2. Tidak → P.14	<input type="checkbox"/>

13	Jika Ya, sebutkan jenis pertambangan atau industrinya dan berapa lama?			
	Jenis Pertambangan/Industri		Lama Bekerja (bulan)	
	(1)		(2)	
	a. Industri pembasmi gulma /herbisida atau hama tanaman /pestisida (Paraquat/Gramoxone, glifosat/Roundup dan sebagainya)	1. Ya 2. Tidak → P.13b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Industri pembasmi serangga penular/insektisida (Bendiocarb/Ficam, Lamda-cyhalotrin/Icon, Deltametrin/K-Othrine, Etofenproks/Vectron, Bifentrin/Bistar, Alfacypermetrin/Fendona)	1. Ya 2. Tidak → P.13c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Tambang timah tidak resmi (illegal)	1. Ya 2. Tidak → P.13d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Industri berbahan timah (Kerajinan tangan, perhiasan, perangkat dapur dan sebagainya)	1. Ya 2. Tidak → P.13e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Industri berbahan timbal (Pipa, cat, kabel, peluru, alat pelindung radiasi, peralatan pemboran minyak dsb)	1. Ya 2. Tidak → P.13f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. Tambang emas tidak resmi (illegal)	1. Ya 2. Tidak → P.13g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
g. Industri berbahan phthalate (Plastik, kosmetik, perangkat bayi, perangkat bangunan, keramik, alat pembersih, mobil dsb)	1. Ya 2. Tidak → P.14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14	Apakah [Nama] pernah bekerja dengan jadwal (shift) malam hari?		1.Ya. 2. Tidak → BLOK XIII <input type="checkbox"/>	
15	Bila Ya, berapa lama aplusan tersebut dialami?			
	a. Lama bekerja aplusan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulan	b. Rata-rata jumlah hari aplusan per bulan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hari	

XIII. PERILAKU

A. MEROKOK

A01	Apakah [NAMA] merokok selama 1 bulan terakhir? (JAWABAN DIBACAKAN)			<input type="checkbox"/>	
	1. Ya, setiap hari → A02	4. Tidak, namun sebelumnya pernah merokok kadang-kadang → A03	5. Tidak pernah sama sekali → A08		
A02	Berapa umur [NAMA] mulai merokok setiap hari? ISIKAN DENGAN "98" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT			..... tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A03	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali merokok? ISIKAN DENGAN "98" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT			..... tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PERTANYAAN A04 KOLOM (1) DIISI JIKA A01 BERKODE 1 ATAU 3 PERTANYAAN A04 KOLOM (2) DIISI JIKA A01 BERKODE 2 ATAU 4					
A04	Rata-rata berapa batang rokok yang [NAMA] hisap per hari atau per minggu?			Batang/hari	Batang/mgg
				(1)	(2)
	a. Rokok Kretek	1. Ya, tiap hari → kol.1	2. Ya, kadang-kadang → kol.2	3. Tidak <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Rokok Putih	1. Ya, tiap hari → kol.1	2. Ya, kadang-kadang → kol.2	3. Tidak <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Rokok Linting	1. Ya, tiap hari → kol.1	2. Ya, kadang-kadang → kol.2	3. Tidak <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LANJUTKAN KE PERTANYAAN A05 UNTUK A01 BERKODE 1 ATAU 2 LANJUTKAN KE PERTANYAAN A07 UNTUK A01 BERKODE 3 ATAU 4					
A05	Dimanakah [NAMA] biasanya merokok?	a. Di dalam gedung/ ruangan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
		b. Di luar gedung/ ruangan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
A06	Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah ketika bersama ART lain?			1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	
LANJUT KE P.B01					
A07	Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/ tidak merokok sama sekali? ISIKAN DENGAN "98" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT			..... tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A08	Dalam 30 hari terakhir, berapa hari orang lain merokok di dekat [NAMA] dalam ruangan tertutup di tempat kerja (termasuk di dalam gedung, ruang kerja atau tempat kerja tertentu)? ISIKAN KODE 88 JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE 77 JIKA BEKERJA DI RUANG TERBUKA ATAU TIDAK BEKERJA			Jumlah hari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
A09	Dalam 30 hari terakhir, apakah orang lain merokok di dekat [NAMA] di dalam rumah? 1. Ya, setiap hari 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak pernah sama sekali			<input type="checkbox"/>	
A10	Dalam 30 hari terakhir, berapa hari orang lain merokok di dekat [NAMA] dalam ruangan tertutup di tempat umum (rumah makan, warung, transportasi, dan tempat umum lainnya)? ISIKAN KODE 88 JIKA TIDAK TAHU			Jumlah hari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

B. MINUMAN BERALKOHOL			
B01	Apakah [NAMA] PERNAH mengonsumsi minuman beralkohol seperti bir, anggur, whiskey, tuak, arak dan lain sebagainya?	1. Ya 2. Tidak → P.C01	<input type="checkbox"/>
B02	Apakah dalam 12 bulan yang terakhir [NAMA] pernah mengonsumsi minuman beralkohol seperti bir, anggur, whiskey, tuak, arak dan lain sebagainya?	1. Ya 2. Tidak → P.C01	<input type="checkbox"/>
B03	Selama 12 bulan terakhir, seberapa sering [NAMA] mengonsumsi setidaknya satu standar minuman beralkohol? (LIHAT KARTU PERAGA)	1. Setiap hari 2. 5 – 6 hari per Minggu 3. 3 – 4 hari per Minggu 4. 1 – 2 hari per Minggu 5. 1 – 3 hari per Bulan 6. Kurang dari satu hari per bulan	<input type="checkbox"/>
B04	Apakah [NAMA] mengonsumsi minuman beralkohol dalam 30 hari terakhir?	1. Ya 2. Tidak → P.C01	<input type="checkbox"/>
B05	Dalam 30 hari terakhir, berapa kali [NAMA] minum setidaknya satu standar (gelas/kaleng/botol kecil/sloki) minuman beralkohol dalam setiap kesempatan.	_____ kali Tidak tahu (Kode 88)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B06	Dalam 30 hari terakhir, saat [NAMA] mengonsumsi alkohol, rata-rata berapa satuan standar minuman beralkohol yang [NAMA] minum dalam satu kesempatan?	Jumlah _____ Tidak tahu (Kode 88)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B07	Dalam 30 hari terakhir, berapa satuan standar minuman beralkohol yang terbanyak yang pernah [NAMA] minum dalam satu kesempatan?	Jumlah terbanyak _____ Tidak tahu (Kode 88)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B08	Dalam 30 hari terakhir, berapa kali [NAMA] mengonsumsi empat atau lebih satuan standar minuman beralkohol dalam satu kesempatan?	_____ kali Tidak tahu (Kode 88)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B09	Dalam 30 hari terakhir, jenis minuman beralkohol yang biasa [NAMA] minum dalam setiap kesempatan?		<input type="checkbox"/>
	1. Minuman dengan kadar alkohol rendah misal: Bir Bintang, Bir Angker, Stout dsb 2. Minuman dengan kadar alkohol sedang misal:white wine, champagne, sparkling wine dsb 3. Minuman dengan kadar alkohol tinggi misal:whiskey, vodka, tequilla dsb 4. Minuman tradisional disuling (bening) misal:cap tikus, sopi, tuak bening dsb 5. Minuman tradisional tidak disuling (keruh) Misal: laro, saguer, tuak keruh, dsb 6. Minuman oplosan Misal dicampur spritus, obat, jamu, dsb		
C. AKTIVITAS FISIK			
C01	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik berat , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya 2. Tidak → P.C04	<input type="checkbox"/>
C02	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?	.....hari	<input type="checkbox"/>
C03	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?	JUMLAH: <input type="checkbox"/> Jam, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menit	
C04	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik sedang , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kalinya?	1. Ya 2. Tidak → P.C07	<input type="checkbox"/>
C05	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?	.....hari	<input type="checkbox"/>
C06	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?	JUMLAH: <input type="checkbox"/> Jam, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menit	
C07	Biasanya berapa lama [NAMA] melakukan duduk-duduk atau berbaring dalam sehari-hari? (baik di tempat kerja, di rumah, di perjalanan (transportasi), termasuk waktu berbincang-bincang, transportasi dengan kendaraan, bis, kereta, membaca, main games atau nonton televisi tetapi tidak termasuk waktu tidur)	JUMLAH: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jam, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menit	
RINCIAN KEGIATAN RUTIN			
No.	Jenis kegiatan	Durasi/lamanya (menit)	Frekuensi (hari)
1	Pagi		
2	Siang-Sore		
3	Malam		

LEMBAR BANTU KUESIONER BLOK POLA KEBIASAAN MAKAN
“QUICK LIST KONSUMSI MAKANAN DAN CARA PENGOLAHANNYA SELAMA SEMINGGU TERAKHIR”

Bahan makanan	Nama hari						
	Cara pengolahan (tuliskan)						
	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jum'at	Sabtu	Minggu
F. Minyak							
G. Makanan siap saji							

UNTUK MAKANAN YANG JARANG DIKONSUMSI		
JIKA DALAM SATU MINGGU TERAKHIR TIDAK DIKONSUMSI, TANYAKAN FREKUENSINYA DALAM SATU BULAN TERAKHIR.		
	MAKANAN CEPAT SAJI (JUNK FOOD)	FREKUENSI 1 = 1 kali per bulan, 2 = 2-3 kali per bulan,
1.	Sumber protein hewani	
2.	Sumber protein nabati	
3.	Susu dan olahan	
4.	Sayuran	
5.	Buah-buahan	
6.	Minyak	
7.	Makanan siap saji	

D. POLA KEBIASAAN MAKAN

D.1 JENIS BAHAN MAKANAN DAN FREKUENSI

KODE FREKUENSI MAKAN:
(kolom 3)

1 = Tidak Pernah
2 = 1 x per bulan
3 = 2-3 x per bulan

4 = 1-2 x per minggu
5 = 3-4 x per minggu

6 = 5-6 x per minggu
7 = Setiap hari

D.1.a. Protein Hewani

	Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1	Daging ayam	<input type="checkbox"/>	10	Dideh/marus/saren	<input type="checkbox"/>	19	Daging Babi	<input type="checkbox"/>
2	Ayam dengan kulit	<input type="checkbox"/>	11	Hati sapi	<input type="checkbox"/>	20	Udang segar	<input type="checkbox"/>
3	Hati ayam	<input type="checkbox"/>	12	Usus sapi	<input type="checkbox"/>	21	Ikan segar	<input type="checkbox"/>
4	Telur ayam	<input type="checkbox"/>	13	Bakso	<input type="checkbox"/>	22	Ikan asin	<input type="checkbox"/>
5	Kuning telur ayam	<input type="checkbox"/>	14	Sosis	<input type="checkbox"/>	23	Teri kering	<input type="checkbox"/>
6	Bebek	<input type="checkbox"/>	15	Babat	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>
7	Telur Bebek	<input type="checkbox"/>	16	Otak	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>
8	Daging sapi	<input type="checkbox"/>	17	Daging kambing	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>
9	Kornet daging sapi	<input type="checkbox"/>	18	Daging kerbau	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>

D.1.b. Protein Nabati

	Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1	Kacang hijau	<input type="checkbox"/>	5	Kacang tolo	<input type="checkbox"/>	9	Susu kedelai	<input type="checkbox"/>
2	Kacang kedelai	<input type="checkbox"/>	6	Oncom	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
3	Kacang merah	<input type="checkbox"/>	7	Tahu	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
4	Kacang tanah	<input type="checkbox"/>	8	Tempe	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>

D.1.c. Susu dan Olahan

	Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1	Susu skim cair	<input type="checkbox"/>	5	Susu kambing	<input type="checkbox"/>	9	Susu full cream/ susu penuh	<input type="checkbox"/>
2	Susu skim bubuk	<input type="checkbox"/>	6	Susu sapi	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
3	Yoghurt	<input type="checkbox"/>	7	Susu kental manis	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
4	Keju	<input type="checkbox"/>	8	Susu kerbau	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>

D.1.d. Sayuran

	Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1	Bayam	<input type="checkbox"/>	11	Kangkung	<input type="checkbox"/>	21	Sawi	<input type="checkbox"/>
2	Buncis	<input type="checkbox"/>	12	Kacang panjang	<input type="checkbox"/>	22	Tauge	<input type="checkbox"/>
3	Brokoli	<input type="checkbox"/>	13	Kecipir	<input type="checkbox"/>	23	Terong	<input type="checkbox"/>
4	Caisim	<input type="checkbox"/>	14	Labu siam	<input type="checkbox"/>	24	Tomat	<input type="checkbox"/>
5	Gambas (oyong)	<input type="checkbox"/>	15	Lobak	<input type="checkbox"/>	25	Wortel	<input type="checkbox"/>
6	Genjer	<input type="checkbox"/>	16	Melinjo	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>
7	Jagung muda	<input type="checkbox"/>	17	Nangka muda	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>
8	Kol	<input type="checkbox"/>	18	Pare	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>
9	Ketimun	<input type="checkbox"/>	19	Pepaya muda	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>
10	Kembang kol	<input type="checkbox"/>	20	Rebung	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>

KODE FREKUENSI MAKAN: (kolom 3)	1 = Tidak Pernah 2 = 1 x per bulan	3 = 2-3 x per bulan 4 = 1-2 x per minggu	5 = 3-4 x per minggu 6 = 5-6 x per minggu	7 = Setiap hari
---	---------------------------------------	---	--	-----------------

D.1.e. Buah

	Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1	Alpukat	<input type="checkbox"/>	12	Kedondong	<input type="checkbox"/>	23	Pisang	<input type="checkbox"/>
2	Anggur	<input type="checkbox"/>	13	Kesemek	<input type="checkbox"/>	24	Rambutan	<input type="checkbox"/>
3	Apel merah	<input type="checkbox"/>	14	Leci	<input type="checkbox"/>	25	Sawo	<input type="checkbox"/>
4	Apel Malang	<input type="checkbox"/>	15	Mangga	<input type="checkbox"/>	26	Salak	<input type="checkbox"/>
5	Belimbing	<input type="checkbox"/>	16	Manggis	<input type="checkbox"/>	27	Semangka	<input type="checkbox"/>
6	Blewah	<input type="checkbox"/>	17	Markisa	<input type="checkbox"/>	28	Sirsak	<input type="checkbox"/>
7	Duku	<input type="checkbox"/>	18	Melon	<input type="checkbox"/>	29	Srikaya	<input type="checkbox"/>
8	Durian	<input type="checkbox"/>	19	Nangka masak	<input type="checkbox"/>	30	Strawberry	<input type="checkbox"/>
9	Jambu air	<input type="checkbox"/>	20	Nenas	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>
10	Jambu biji	<input type="checkbox"/>	21	Pear	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>
11	Jeruk	<input type="checkbox"/>	22	Pepaya	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>

D.1.f. Minyak

	Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1	Kelapa	<input type="checkbox"/>	4	Minyak kelapa	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
2	Margarin	<input type="checkbox"/>	5	Minyak kelapa sawit	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
3	Mentega/butter	<input type="checkbox"/>	6	Santan	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

D.1.g. Makanan Cepat Saji (junk food yang dihidangkan di restoran siap saji)

	Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]		Jenis makanan	Frekuensi [KODE]
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1	Ayam goreng (seperti: kentucky)	<input type="checkbox"/>	4	French fries (kentang goreng siap saji)	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
2	Burger / hotdog	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
3	Pizza	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

KODE FREKUENSI: (kolom 3)	1 = Tidak Pernah 2 = 1 x per bulan	3 = 2-3 x per bulan 4 = 1-2 x per minggu	5 = 3-4 x per minggu 6 = 5-6 x per minggu	7 = Setiap hari
-------------------------------------	---------------------------------------	---	--	-----------------

D.2. CARA PENGOLAHAN MAKANAN DAN FREKUENSI

	Metode	Frekuensi [KODE]		Metode	Frekuensi [KODE]		Metode	Frekuensi [KODE]			
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)			
1	Bakar/ Asap	<input type="checkbox"/>	3	Panggang/sangrai/sangan	<input type="checkbox"/>	5	Tumis	<input type="checkbox"/>	7	Segar/mentah	<input type="checkbox"/>
2	Goreng	<input type="checkbox"/>	4	Rebus/ungkep	<input type="checkbox"/>	6	Kukus	<input type="checkbox"/>			

D.3. PENILAIAN AKHIR KONSUMSI MAKANAN BERDASARKAN SUMBER BAHAN MAKANAN

Penilaian akhir merupakan penilaian jenis makanan secara keseluruhan menurut sumber bahan makanannya. Lihat jawaban responden pada lembar *quick list* untuk mendapatkan jawaban penilaian akhir ini.

Kode penilaian akhir konsumsi:

1 = Tidak pernah (tidak pernah, 1 hari dalam sebulan, 2-3 hari dalam sebulan) 3 = Cukup sering (3-4 hari dalam seminggu)
2 = Jarang (1-2 hari dalam seminggu) 4 = Sering (setiap hari / 5-6 hari dalam seminggu)

	Penilaian Akhir Konsumsi	Frekuensi [KODE]		Penilaian Akhir Konsumsi	Frekuensi [KODE]
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1	Penilaian akhir konsumsi makanan sumber protein hewani	<input type="checkbox"/>	5.	Penilaian akhir konsumsi buah	<input type="checkbox"/>
2	Penilaian akhir konsumsi makanan sumber protein nabati	<input type="checkbox"/>	6.	Penilaian akhir konsumsi minyak	<input type="checkbox"/>
3	Penilaian akhir konsumsi susu dan olahan	<input type="checkbox"/>	7.	Penilaian akhir konsumsi makanan siap saji	<input type="checkbox"/>
4	Penilaian akhir konsumsi sayuran	<input type="checkbox"/>			

D.4. PERUBAHAN KEBIASAAN MAKAN PADA PENDERITA KANKER PAYUDARA ATAU KANKER SERVIKS				
1	Apakah [NAMA] menderita kanker payudara atau kanker serviks? 1. Ya 2. Tidak → BLOK XIV 3. Tidak Tahu → BLOK XIV			<input type="checkbox"/>
2	Apakah [NAMA] telah merubah kebiasaan makan setelah tahu menderita kanker payudara atau kanker serviks? 1. Ya 2. Tidak → BLOK XIV 3. Tidak ingat → BLOK XIV			<input type="checkbox"/>
3	Sebutkan jenis makanan yang berubah frekuensinya setelah mengetahui terdiagnosis kanker payudara atau kanker serviks:			
KODE FREKUENSI: 1 = Tidak Pernah 3 = 2-3 x per bulan 5 = 3-4 x per minggu 7 = Setiap hari 2 = 1 x per bulan 4 = 1-2 x per minggu 6 = 5-6 x per minggu				
	Jenis makanan	Frekuensi sebelum berubah [KODE]	Frekuensi sesudah berubah [KODE]	
	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

XIV. PEMERIKSAAN FISIK

BERAT BADAN DAN TINGGI BADAN			
1	a. Apakah ART ditimbang?	1. Ya 2. Tidak → P.2	<input type="checkbox"/>
	b. Berat Badan (kg)	..... kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
2	a. Apakah ART diukurTinggi?	1. Ya 2. Tidak → P.2c	<input type="checkbox"/>
	b. Tinggi/Panjang Badan (Cm)	..... cm → P.3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
	c. Alasan tidak diukur Tinggi Badan		
LINGKAR PERUT			
3	a. Apakah ART diukur Lingkar Perut	1. Ya 2. Tidak → P.4	<input type="checkbox"/>
	b. Lingkar Perut (Cm)	..... cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
TEKANAN DARAH DIUKUR DI LENGAN KIRI			
4	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang pertama:	1. Ya 2. Tidak → SELESAI	<input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang kedua :	1. Ya 2. Tidak → SELESAI	<input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang ketiga :	1. Ya 2. Tidak → SELESAI	<input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

CATATAN PENGUMPULAN DATA

Prov	Kab/ Kota	Kec	Desa/ Kel	D/K	Nomor Blok Sensus	Nomor Kode Sampel	No Bangunan Sensus	No. Urut RT
------	-----------	-----	-----------	-----	-------------------	-------------------	--------------------	-------------

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. Urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin	Status Kawin	Tanggal Lahir			Umur			ART > 5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan	ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan Jika Status Pekerjaan Berkode = 1 ATAU 3, Lanjut ke Kolom 11	Khusus ART ≥ 10 tahun Jenis Pekerjaan utama	ART diwawancarai?
					[KODE]	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)					(9)	(10)	(11)
(1)	(2)	[KODE] (3)	(4)	[KODE] (5)	Tgl: [] [] [] Bln: [] [] [] Thn: [] [] []	a. [] [] Hr b. [] [] Bln c. [] [] Thn	[KODE] (8)	[KODE] (9)	[KODE] (10)	(11)				
	.....	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	Tgl: [] [] [] Bln: [] [] [] Thn: [] [] []	a. [] [] Hr b. [] [] Bln c. [] [] Thn	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []
	.....	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	Tgl: [] [] [] Bln: [] [] [] Thn: [] [] []	a. [] [] Hr b. [] [] Bln c. [] [] Thn	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []
	.....	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	Tgl: [] [] [] Bln: [] [] [] Thn: [] [] []	a. [] [] Hr b. [] [] Bln c. [] [] Thn	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []

Kode Kolom (3): Hubungan dg kepala rumah tangga		Kode Kolom (5) Status Kawin		Kode Kolom (8) : Pendidikan Tertinggi			Kode Kolom (9): Status Pekerjaan			Kode Kolom (10) : Pekerjaan Utama										
01= Kepala RT	04= Anak angkat/wiri	07= Orang tua/mertua	1= Belum kawin	1= Tidak/belum pernah sekolah	5= Tamat SLTA/MA	1. Tidak bekerja	1= PNS/TNI/Polri/BUMIN/BUMID	5= Nelayan	2= Istri/suami	08= Menantu	2= Kawin	2= Pegawai swasta	6= Buruh	03= Anak kandung	05= Cucu	3= Ceraai Hidup	3= Tamat SD/MI	3= Wiraswasta	7= Lainnya Sebutkan,	4= Pelani
02= Istri/suami	06= Menantu	08= Famili lain	2= Kawin	2= Tidak tamat SD/MI	6= Tamat D1/D2/D3	2. Bekerja	4= Tamat SLTP/MTS	4= Pelani	06= Anak kandung	09= Pembantu rumah tangga	3= Ceraai Mati	4= Tamat SD/MI	4= Pelani							



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS

RANGKAP 1
UNTUK LITBANGKES



RAHASIA

FORM PEMERIKSAAN PAYUDARA DAN SERVIKS
(diisi oleh Enumerator dibantu oleh Tim Pendamping)

RPTM-2016. FORM-02

BLOK I. PENGENALAN TEMPAT

Prov	Kab/Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	Nomor Blok Sensus	Nomor Kode Sampel	No Bangunan Sensus	No.Urut RT

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RPTM-2016.RT

XVI. KETERANGAN PENGUMPUL DATA

1	Nama Puskesmas		3	Tgl Pemeriksaan (tgl-bln-thn)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Alamat Puskesmas				
4	Nama Pemeriksa SADANIS		Tanda tangan Pemeriksa SADANIS		
5	Nama Pemeriksa IVA		Tanda tangan pengambil usap serviks dan pemeriksa IVA		
6	Nama Pengumpul Data				
7	Tgl Pengecekan (tgl-bln-thn)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tanda tangan Pengumpul Data		

XVII. KETERANGAN INDIVIDU

1	Nama ART		No. Urut	<input type="text"/> <input type="text"/>	TEMPEL STIKER DISINI		
2	Umur	<input type="text"/> <input type="text"/> Tahun					
3	Kondisi ART pada hari pemeriksaan	a. Menstruasi banyak (diperiksa setelah menstruasi)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	b. Hamil	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
					c. Menyusui ≤ 6 bulan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

XVIII. PEMERIKSAAN PAYUDARA KLINIS (SADANIS)

A. PENGAMATAN (INSPEKSI)

Dilakukan pengamatan (inspeksi)?		1. Ya	2. Tidak → XVIII.B			
1	Bentuk payudara	1. Simetris 2. Asimetris	3. Post mastektomi kanan/kiri*) 4. Post mastektomi bilateral → Ke P.B4			
2	Kulit	Kondisi Pengamatan	ISIKAN KODE	Payudara Kanan	Payudara Kiri	
		a. Normal	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		b. Kemerahan	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		c. Bengkak	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		d. Kulit jeruk	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		e. Luka Basah	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Puting (Areola)	f. Penarikan kulit	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		a. Normal	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		b. Retraksi	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		c. Luka basah	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		d. Cairan abnormal	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B. PERABAAN (PALPASI)

Dilakukan perabaan (palpasi) 1. Ya 2. Tidak → XIX

1 Apakah terdapat benjolan pada payudara? 1. Ya 2. Tidak → Ke P.4

<p>● =keras ≍=kenyal ○=bergerak ☒=tidak bergerak</p>	<p>Gambarkan Lokasi Benjolan</p>	<p>Keterangan : I. Kuadran 1/lateral atas; II. Kuadran 2/lateral bawah; III. Kuadran 3/medial atas; IV. Kuadran 4/medial bawah; V. Sentra</p>
---	---	--

Deskripsi Hasil

PAYUDARA KANAN

a. Benjolan di Payudara Kanan 1. Ya 2. Tidak → payudara kiri b. Jumlah benjolan di Payudara Kanan

	c. Deskripsi ukuran benjolan (diameter dalam cm)	d. Kuadran Payudara*)	e. Konsistensi		f. Mobilitas		g. Nyeri tekan	
			1. Kenyal	2. Keras	1. Bergerak	2. Tidak bergerak	1. Nyeri	2. Tidak nyeri
	(1)	(2)	(3)		(4)		(5)	
Benjolan 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benjolan 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benjolan 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benjolan 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benjolan ≥ 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*) Kode jawaban poin d: 1. Kuadran 1 2. Kuadran 2 3. Kuadran 3 4. Kuadran 4 5. Kuadran 5

PAYUDARA KIRI

h. Benjolan di Payudara Kiri 1. Ya 2. Tidak → P.3 i. Jumlah benjolan di Payudara Kiri

	j. Deskripsi ukuran benjolan (diameter dalam cm)	k. Kuadran Payudara*)	l. Konsistensi		m. Mobilitas		n. Nyeri tekan	
			1. Kenyal	2. Keras	1. Bergerak	2. Tidak bergerak	1. Nyeri	2. Tidak nyeri
	(1)	(2)	(3)		(4)		(5)	
Benjolan 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benjolan 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benjolan 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benjolan 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benjolan ≥ 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*) Kode jawaban poin k: 1. Kuadran 1 2. Kuadran 2 3. Kuadran 3 4. Kuadran 4 5. Kuadran 5

3	Pembesaran kelenjar getah bening (KGB)	a. Ketiak Kanan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
		b. Ketiak Kiri	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4	Implan Silikon Payudara		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
5	Kesimpulan	1. Norma 2. Curiga tumor	3. Curiga kanker 4. Kanker (konfirmasi dokter)	5. Radang	<input type="checkbox"/>
6	Tindak lanjut	a. Edukasi Promkes	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
		b. Periksa mamografi / USG Payudara	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

XIX. PEMERIKSAAN LEHER RAHIM (SERVIKS)

Dilakukan pemeriksaan leher rahim		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Kelainan yang ditemukan saat pengamatan				
a. Curiga kanker	1. Ya →P.4d	2. Tidak	3. Tidak dapat dinilai	<input type="checkbox"/>
b. Polip	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak dapat dinilai	<input type="checkbox"/>
c. Ovula nabothi	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak dapat dinilai	<input type="checkbox"/>
d. Benang IUD	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak dapat dinilai	<input type="checkbox"/>
e. Kondiloma	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak dapat dinilai	<input type="checkbox"/>
f. Keputihan	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak dapat dinilai	<input type="checkbox"/>
g. Radang/servisititis	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak dapat dinilai	<input type="checkbox"/>
h. Kista vagina	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak dapat dinilai	<input type="checkbox"/>
i. Lainnya,.....	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak dapat dinilai	<input type="checkbox"/>

“LAKUKAN PENGAMBILAN USAP SERVIKS SEBELUM PEMERIKSAAN IVA ”

2	Sambungan Skuamo Kolumner (SSK)	1. Tampak	2. Tidak tampak	<input type="checkbox"/>
3	Hasil pemeriksaan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)	1. Negatif	2. Positif	<input type="checkbox"/>
4	Tindak lanjut	a. Periksa berkala	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
		b. Obat-obatan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
		c. Krioterapi	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
		d. Ke RS untuk diagnostik	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

5	Gambar hasil pemeriksaan SSK, hasil pemeriksaan IVA/ lesi putih dan kelainan lainnya, seperti: Polip, Kondiloma, Ovula Nabothi, dll			
		a.	<input type="checkbox"/>	
		b.	<input type="checkbox"/>	
		c.	<input type="checkbox"/>	
		d.	<input type="checkbox"/>	

XX. SAMPEL BIOMEDIS

Pengambilan sampel darah vena (BRCA) *	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Pengambilan usap serviks (HPV)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

Responden yang diambil sampel darah vena harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

- Hasil pemeriksaan palpasi (perabaan) payudara disimpulkan normal namun memiliki riwayat keluarga dengan kanker payudara dan/atau kanker ovarium
- Hasil pemeriksaan palpasi (perabaan) payudara disimpulkan curiga tumor, curiga kanker atau kanker.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS

RANGKAP 1



FORM PEMERIKSAAN LANJUTAN
 (diisi oleh Enumerator dibantu oleh Tim Pendamping)

RPTM-2016. FORM 08

RAHASIA

BLOK I. PENGENALAN TEMPAT

Prov	Kab/Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	Nomor Blok Sensus	Nomor Kode Sampel	No Bangunan Sensus	No.Urut RT

Alamat:

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RPTM-2016.RT

I. KETERANGAN PENGUMPUL DATA

1	Nama rumah sakit		2	Alamat rumah sakit:
3	Nama Pemeriksa			
4	Tanggal Pemeriksaan (tgl-bln-thn)	□□-□□-□□□□		
5	Nama Pengumpul Data		7	Tanda tangan Pengumpul Data
6	Tanggal Pengecekan (tgl-bln-thn)	□□-□□-□□□□		

II. KETERANGAN INDIVIDU

1	Nama ART		No. Urut	□□	TEMPEL STIKER DISINI
2	Umur	□□ Tahun			

III. JENIS DAN HASIL PEMERIKSAAN

1	Jenis Pemeriksaan					
	a. Mammografi	1. Ya	2. Tidak	□	c. Patologi Anatomi/ Sitologi	1. Ya 2. Tidak □
	b. USG Payudara	1. Ya	2. Tidak	□	d. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak □
2	Kesan	..... ..... ..... ..... .....			
3	Kesimpulan	1. Normal	2. Suspek jinak	3. Suspek ganas	□	

LAMPIRKAN SALINAN (COPY) HASIL PEMERIKSAAN/LABORATORIUM



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS



RANGKAP 2

RAHASIA

FORM REKAPITULASI
 (Diisi oleh Enumerator setiap selesai pemeriksaan)

RPTM-2016. FORM-05

BLOK I. PENGENALAN TEMPAT									
Prov	Kab/Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	Nomor Blok Sensus	Nomor Kode Sampel	No Bangunan Sensus	No.Urut RT	
Alamat:									

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RPTM-2016.RT

A. KETERANGAN PENGUMPUL DATA					
1	Nama Puskesmas		2	Alamat Puskesmas	
3	Nama Pengumpul Data		5	Tanda tangan Pengumpul Data	
4	Tanggal Pemeriksaan (TGL-BLN-THN)	□□-□□-□□□□			
6	Nama Enumerator Penghubung		8	Tanda tangan Enumerator Penghubung	
7	Tanggal Pemeriksaan (TGL-BLN-THN)	□□-□□-□□□□			

B. DATA REKAPITULASI		
No	Uraian	Jumlah
(1)	(2)	(3)
A. Umum		
	1. Responden yang diundang	□□ Orang
	2. Responden yang hadir	□□ Orang
B. Pemeriksaan SADANIS		
	1. Responden yang diperiksa SADANIS	□□ Orang
	2. Responden dengan SADANIS positif dan dirujuk USG Payudara atau Mammografi	□□ Orang
	3. Responden dengan Curiga Kanker Payudara	□□ Orang
	4. Responden yang diambil darah vena	□□ Orang
C. Pemeriksaan IVA		
	1. Responden yang diambil Usap Serviks	□□ Orang
	2. Responden yang diperiksa IVA	□□ Orang
	3. Responden dengan IVA positif dan dirujuk Krioterapi	□□ Orang
	4. Responden dengan Curiga Kanker Serviks	□□ Orang
	5. Responden yang dirujuk tanpa pemeriksaan IVA (contoh: kelainan yang ditemukan saat pengamatan serviks dan tidak dapat dilakukan IVA)	□□ Orang

Lembar 1 (putih) : untuk PJT Kabupaten/Kota
 Lembar 2 (hijau) : untuk Ketua tim Enumerator



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS



RANGKAP 4

RAHASIA

FORM PENGIRIMAN BAHAN/SPESEMEN BIOMEDIS
(Diisi oleh Enumerator dan dikirim bersama dengan spesimen ke PBDTK)

RPTM-2016. FORM 04

BLOK I. PENGENALAN TEMPAT

Prov	Kab/Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	Nomor Blok Sensus	Nomor Kode Sampel	No Bangunan Sensus	No.Urut RT

Alamat: _____

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RPTM-2016.RT

CATATAN UNTUK PETUGAS ENUMERATOR:

- Form ini diisi oleh petugas enumerator bersama petugas laboratorium
- Form ini merupakan form rekap dari RPTM-2016.03
- Diisi dengan huruf balok

Tempat pengambilan spesimen :

Kab/kota :

Kecamatan :

Kelurahan :

Tanggal pengiriman spesimen : - - (TGL-BLN-THN)

Pengiriman ke- : (1 / 2)*

No.	Jenis bahan/spesimen	Diisi oleh Enumerator			Diisi oleh petugas penerima spesimen di BTDK Badan Litbangkes			
		DIKIRIM			DITERIMA			
		Suhu	Jumlah	Kondisi	Suhu	Jumlah	Kondisi	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Spesimen plasma							
2	Spesimen buffycoat (stiker)							
3	Spesimen usap serviks							
4	Form RPTM-2016.03							

Catatan lainnya:

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

..... 2016

..... 2016

Jakarta , 2016

Ketua Tim Enumerator

Petugas Laboratorium

Petugas penerima spesimen
Laboratorium Puslitbang BTDK
Badan Litbang Kesehatan

()
Nama Jelas dan Tandatangan

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

*coret yang tidak perlu

HP:.....

- | | |
|-------------------|--|
| Lembar 1 (putih) | : untuk Puslitbang BTDK (kardus spesimen usap serviks) |
| Lembar 2 (hijau) | : untuk Puslitbang BTDK (kardus spesimen plasma-buffycoat) |
| Lembar 3 (kuning) | : untuk PJO Kabupaten/ Kota |
| Lembar 4 (merah) | : untuk Ketua Tim Enumerator |



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
**RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS**



RANGKAP 3

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560

RPTM-2016. FORM 06

SURAT PENGANTAR BEROBAT KE PUSKESMAS

.....2016

Yth. Kepala Puskesmas.....
Di -
Tempat

Dengan Hormat,

Mohon pengobatan lebih lanjut pasien:

Nama :
Umur :
Alamat :
No. Stiker :

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada Riset Kesehatan Nasional Penyakit Tidak Menular: Tumor Payudara dan Lesi Prakanker Serviks yang diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kab/Kota Provinsi Tahun 2016:

- A. Pemeriksaan Fisik dan Tanda-tanda Vital
Ditemukan :
- B. Pemeriksaan Payudara
Ditemukan :
- C. Pemeriksaan Serviks
Ditemukan :

Mohon pasien tersebut dapat diberikan pengobatan di Puskesmas sesuai fasilitas BPJS yang bersangkutan atau pembiayaan sumber dana lain. Bad Litbangkes tidak menanggung biaya pengobatan penyakit-penyakit tersebut diatas.

Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/kota,

Pemeriksa,

(.....)

(.....)

Lembar 1 (putih) : untuk Responden
Lembar 2 (hijau) : untuk Puskesmas (Pentinggal)
Lembar 3 (kuning) : untuk Penanggung Jawab Operasional Kabupaten/Kota

.....,2016

Yth.
Di -
Tempat

Hasil pemeriksaan lanjutan pasien, ditemukan :

Nama :
Umur :
Alamat :
No. Stiker :
Diagnosa :
Kami berikan Terapi :

Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami"),

(.....)
Dokter pemeriksa

*) *Tuliskan Nama Dokter Pemeriksa dan Stempel Rumah Sakit*

MOHON DILAMPIRKAN SALINAN (COPY) HASIL PEMERIKSAAN/LABORATORIUM

Lembar 1 (putih) : untuk Enumerator Penghubung
Lembar 2 (hijau) : untuk Penanggung Jawab Operasional Kabupaten/Kota



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS



RAHASIA

FORM PENGHUBUNG RUMAH TANGGA – PUSKESMAS
 (Diisi oleh Enumerator)

RPTM-2016. FORM 01

XV. KETERANGAN RESPONDEN SADANIS DAN IVA

1	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)				TEMPEL STIKER DISINI	
2	Umur ART (tahun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tahun		
3	Nomor telepon/HP yang bisa dihubungi					
4	Nama Kepala Rumah Tangga					
5	Alamat rumah (Tulis lengkap)					
6	a. Hasil pengukuran berat badan? (KUTIP DARI BLOK XIV. RPTM-2016. IND)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	, <input type="checkbox"/> Kg	
	b. Hasil pengukuran tinggi badan? (KUTIP DARI BLOK XIV. RPTM-2016. IND)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	, <input type="checkbox"/> cm	
	c Hasil pengukuran lingkar perut? (KUTIP DARI BLOK XIV. RPTM-2016. IND)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	, <input type="checkbox"/> cm	
7	Pengukuran Tekanan Darah (KUTIP DARI BLOK XIV. RPTM-2016. IND)	Pengukuran pertama	Pengukuran kedua	Pengukuran ketiga		
	a. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Tekanan darah diastolik (mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Rekomendasi Pemeriksaan	Tanggal Rencana Pemeriksaan	Apakah Responden :		Tanggal Pemeriksaan	
	1. Ya	(TGL-BLN-THN)	Datang pada hari yang ditentukan?	Melakukan pemeriksaan?	(TGL-BLN-THN)	
	2. Tidak → baris berikutnya		1. Ya	2. Tidak → Baris berikutnya		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	a. Sampel darah vena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Pemeriksaan SADANIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Sampel usap serviks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Pemeriksaan IVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Point (e) s.d (g) diisi setelah responden melakukan pemeriksaan (a) s.d (d)					
	e. Pemeriksaan Mammografi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pemeriksaan USG Payudara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Pemeriksaan Patologi Anatomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*diisi dengan huruf balok (kapital)

FORM PENGHUBUNG (RPTM-2016. FORM 01) DISATUKAN DENGAN
 FORM PEMERIKSAAN (RPTM-2016. FORM 02)

Lembar 1 (putih) : untuk Ketua Tim Enumerator / Badan Litbangkes (Dikirim bersama Kuesioner)
 Lembar 2 (hijau) : untuk Enumerator Penghubung (Proses Rujukan – Bila Ada)



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS



Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560

RPTM-2016. FORM 07

SURAT RUJUKAN

.....,2016

Yth.

Di -
Tempat

Dengan hormat,

Mohon penatalaksanaan lebih lanjut pasien:

Nama :
Umur :
Alamat :
No. Stiker :

Berdasarkan hasil pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) dan tes IVA pada Riset Kesehatan Nasional Penyakit Tidak Menular: Tumor Payudara dan Lesi Prakanker Serviks yang diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kab/Kota Provinsi Tahun 2016 ditemukan:

A. Pemeriksaan payudara

- Normal
- Benjolan Payudara kanan/kiri/keduanya*)
- Curiga kanker payudara
- Kelainan payudara lainnya
.....

B. Pemeriksaan leher rahim

- Normal
- Radang/ Servisit
- IVA Positif
- Curiga kanker leher rahim
- Kelainan leher rahim lainnya
.....

Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

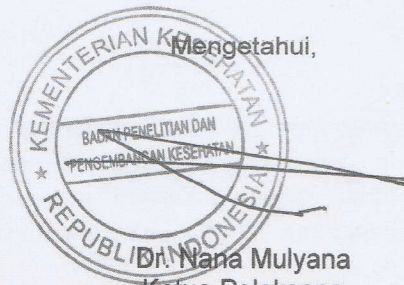
Hormat Kami,

Mengetahui,

(.....)

Dokter Puskesmas

*) Coret yang tidak sesuai



Dr. Nana Mulyana
Ketua Pelaksana

Lembar 1 (putih) : untuk Responden
Lembar 2 (hijau) : untuk Enumerator Penghubung
Lembar 3 (kuning) : untuk Penanggung Jawab Operasional Kabupaten/Kota



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
**RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016:
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS**



Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560

SURAT UNDANGAN

.....,2016

Yth. Ibu/Sdri
Di -
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka pelaksanaan Riset Kesehatan Nasional Penyakit Tidak Menular Tumor Payudara dan Lesi Prakanker Serviks, bersama ini Kami mengundang Ibu/Sdri agar hadir untuk melakukan pemeriksaan payudara klinis (*SADANIS*) dan tes IVA (inspeksi visual asam asetat), pada:

Hari/tanggal :
Jam :
Tempat :

Demi kelancaran acara tersebut, mohon kiranya Ibu/Sdri datang tepat waktu. Atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Ketua Pelaksana

Dr. Nana Mulyana

Catatan :

1. Harap membawa surat undangan saat ke puskesmas
2. Harap membawa fotokopi KTP/Identitas diri
3. Harap membawa salinan *informed consent* (bukti persetujuan)
4. Dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan suami-istri sehari sebelum pemeriksaan.



**KARTU HASIL PEMERIKSAAN
PAYUDARA DAN LEHER RAHIM**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**



**RISET PENYAKIT TIDAK MENULAR 2016
TUMOR PAYUDARA DAN LESI PRAKANKER SERVIKS**

A. IDENTITAS DIRI

Nomor stiker :
Nama : Ny / Sdri).....
Umur : tahun
Alamat :

B. HASIL PEMERIKSAAN

B.1 Pemeriksaan Antropometri

Tinggi Badan : Kg
Berat Badan : cm
Lingkar Perut : cm

B.2 Tekanan Darah

Sistole (rata-rata) : mmHg
Diastole (rata-rata) : mmHg

B.3 Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS)

Normal
 Benjolan Payudara kanan/kiri/keduanya *)
 Curiga kanker payudara
 Kelainan payudara lainnya

B.4 Pemeriksaan Leher Serviks (Tes IVA)

Normal
 Radang/Servisititis
 IVA Positif
 Kelainan leher rahim lainnya

Tanggal Pemeriksaan :
Nama Petugas Puskesmas :
No. kontak petugas Puskesmas :

*) Coret yang tidak sesuai