

Nama/Identitas \_\_\_\_\_  
 Tanggal \_\_\_\_\_ :

Berat Badan Saat Ini: \_\_\_\_\_ ` \_\_\_\_\_  Kg      Tanggal Periksa: \_\_\_\_\_

Tinggi Badan: \_\_\_\_\_  cm

\*Indek Masa Tubuh (IMT) \_\_\_\_\_ \*Dihitung oleh tenaga kesehatan

Tekanan Darah: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      Tanggal Periksa: \_\_\_\_\_

Kadar Gula Darah Puasa: \_\_\_\_\_  mg/dl      Tanggal Periksa: \_\_\_\_\_

HbA1c: \_\_\_\_\_      Tanggal Periksa: \_\_\_\_\_

Kami ingin mengetahui tentang keyakinan anda tentang berat badan anda. Kami TIDAK ingin mengetahui keyakinan orang lain atau yang mungkin ingin Anda percayai.

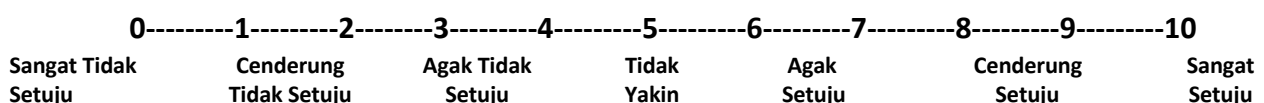
Tunjukkan jika anda memiliki pengalaman terkait kesehatan berikut dengan membaca pertanyaan dan memberikan tanda  pada kolom jawaban "YA" atau "Tidak".

	Ya	Tidak
<b>A) Apakah Anda sering kesulitan bernafas, terutama ketika bergerak (seperti berjalan, berlari, menaiki tangga, dsb.)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B) Apakah anda sering mengalami kesulitan tidur pada malam hari?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C) Apakah Anda sering bangun tidur dengan terengah-engah?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D) Apakah Anda sering kelelahan?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E) Apakah Anda sering merasa terpuruk atau depresi?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F) Apakah Anda menghindari berada disekitar orang lain?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G) Apakah Anda sering kesakitan dan nyeri?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H) Apakah Anda sering merasakan nyeri dada, terutama saat bergerak (seperti berjalan, berlari, menaiki tangga, dsb.)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I) Apakah Anda terkadang kehilangan kontrol terhadap kandung kemih ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>J) Lainnya:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika Anda menjawab "TIDAK" pada semua pertanyaan di atas, silakan lanjut ke halaman berikutnya

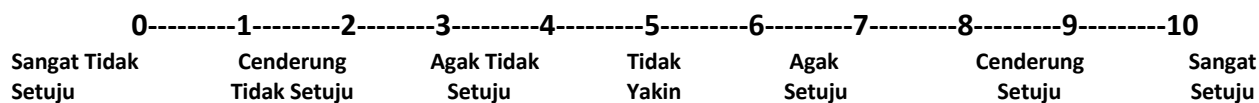
Jika Anda menjawab "YA" pada satu pertanyaan di atas, tunjukkan sejauh mana anda setuju atau tidak setuju pada saat ini dengan pertanyaan berikut dengan melingkari nomor yang sesuai dengan mengingat pengalaman terkait kesehatan anda.

1) Hal-hal yang saya alami diatas disebabkan karena kelebihan berat badan atau obesitas

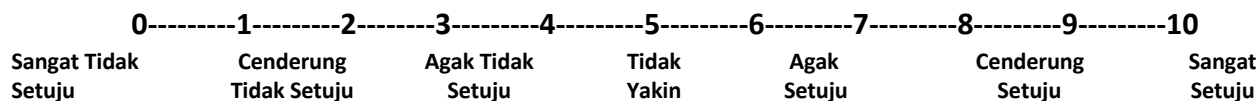


Tunjukkan sejauh mana Anda setuju atau tidak setuju pada saat ini dari setiap pernyataan berikut dengan melingkari nomor yang sesuai dengan pendapat Anda.

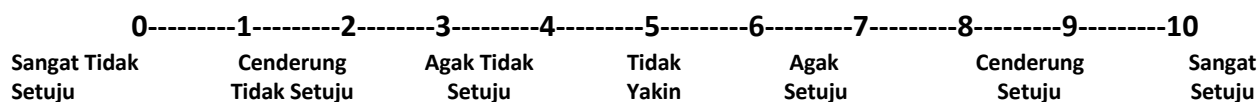
2) Saya memiliki jumlah lemak tubuh yang berlebihan.



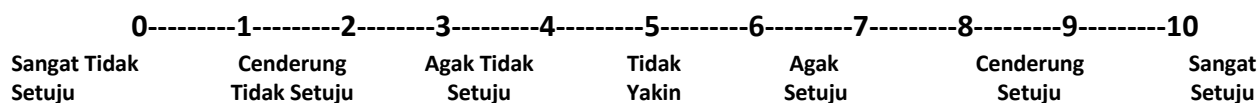
3) SAYA PERLU melakukan atau mempertahankan perubahan pola hidup sehat agar pola makan saya lebih baik dan/atau perlu penyesuaian frekuensi olahraga.



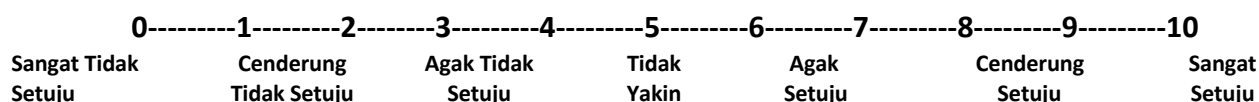
4) Saya sudah memiliki berat badan yang ideal.



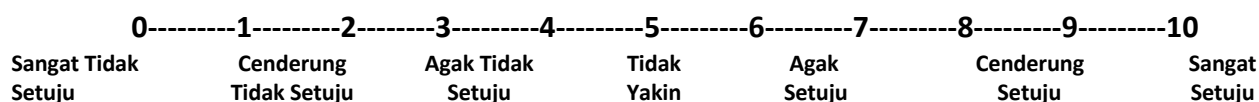
5) Saya dapat dengan aman melanjutkan gaya hidup saat ini (yaitu: makan dan olah raga seperti yang saya lakukan saat ini).



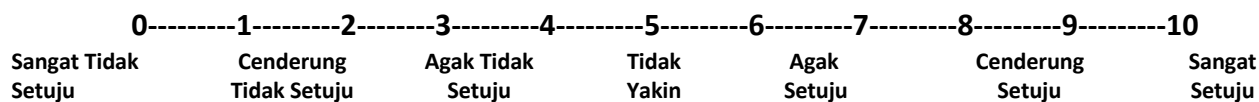
6) Berat badan saya telah menyebabkan atau dapat menyebabkan konsekuensi kesehatan negatif (misalnya kolesterol tinggi, hipertensi, diabetes, penyakit jantung,, depresi, dsb).



7) Saya mengalami kelebihan berat badan atau obesitas (yaitu: Indeks Massa Tubuh lebih besar 25= Kelebihan Berat Badan, Indeks Massa Tubuh lebih dari 30=Obesitas).



8) Saya membutuhkan perawatan untuk menurunkan berat badan.



SELESAI