

DAFTAR TILIK - ASESMEN DIRI KESEHATAN

Daftar tilik ini dibuat untuk membantu Anda dan pasangan menilai kebutuhan pasangan tentang kesehatan masing-masing sebelum menikah. Masing-masing mengisi sendiri terlebih dahulu, baru kemudian bersama-sama Anda dan pasangan mendiskusikan. Hasil diskusi dari pengisian ini diharapkan bisa mengerucutkan kebutuhan penting Anda berdua, dan bisa menjadi landasan bentuk pilihan Pemeriksaan Kesehatan Pranikah yang sesuai untuk Anda bersama pasangan Anda.

Usia: _____ Jenis kelamin (Silahkan dilingkari): L / P / lain-lain

BB: _____ TB: _____ Golongan darah Anda: _____ Faktor Rhesus: _____

1. Apakah Anda mempunyai riwayat alergi atau sensitif pada obat, makanan dan lainnya, silahkan disebutkan: _____

2. Apakah Anda melakukan olah raga rutin ?

- Ya, rutin
- Ya, tapi tidak rutin
- Jenis olah raga yang biasa Anda lakukan? _____

3. Riwayat kesehatan keluarga orang tua/adik/kakak/kakek
(Bila ada, silahkan dilingkari dan dituliskan nama penyakitnya)

- Kelainan darah: _____
- Kelainan genetik: _____
- Kanker/tumor: _____
- Gangguan kesehatan jiwa: _____
- Kencing manis: _____
- Hipertensi: _____
- Lain-lain: _____

4. Pernahkah Anda mendapatkan pengobatan atau mempunyai gejala-gejala di bawah ini
(Lingkari jawaban yang sesuai, dan tuliskan waktunya):

- Gangguan mata, telinga, hidung, kerongkongan
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
- Gangguan pencernaan: maag, diare, radang usus, batu empedu, pankreas
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
Gangguan sering pusing, sulit tidur, hilang nafsu makan, merasa mudah lelah, stress, gelisah dan kuatir marah. Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
- Kelainan kulit, sebutkan _____
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
- Nyeri dada, nafas sesak, jantung berdebar-debar, nadi tidak teratur
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____

- e. Gangguan darah: Darah tinggi, diabetes, anemia atau penyakit darah lainnya
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
 - f. Gangguan paru-paru: Asma, TBC, bronchitis, atau gangguan paru lainnya
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
 - g. Gangguan otak atau saraf; Pingsan, kejang, sakit kepala, memory loss, kejang, epilepsi
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
 - h. Gangguan hormon: tiroid dan lain-lain (Sebutkan) _____
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
 - i. Gangguan kelenjar getah bening
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
 - j. Gangguan saluran kemih/kencing dan ginjal
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
 - k. Kelainan tulang – otot dan sendi seperti: Nyeri sendi, nyeri otot, nyeri tulang belakang, asam urat, radang sendi. Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
 - l. Gangguan keseimbangan
Kapan sakit terakhir tsb dialami ? _____
5. Apakah Anda mempunyai riwayat operasi, dirawat di RS dan diagnosa medisnya (Silahkan dituliskan):

6. Tuliskan obat yang sedang Anda minum saat ini: _____

7. Seberapa sering Anda merokok ?
- a. 2 pak atau lebih perhari
 - b. 1-2 pak perhari
 - c. 2pak atau lebih per minggu
 - d. 1 pak lebih perminggu
 - e. Tdak merokok
 - f. Sudah berhenti merokok berapa lama: _____
8. Apakah Anda punya kebiasaan minum alkohol ?
- a. Tidak ___
 - b. Dulu ya ___ Jenis favorite alkohol yang anda minum? _____
 - c. Sudah berhenti minum alkohol berapa lama: _____
9. Apakah Anda menggunakan NAPZA?
- a. Tidak ___
 - b. Ya _____ Jenis NAPZA yang anda gunakan ? _____
 - c. Sudah berhenti menggunakan NAPZA berapa lama: _____
10. Pernahkah Anda dirawat karena masalah stress, kegelisahan atau kesehatan jiwa?
- a. Tidak
 - b. Bila ya ___ Kapan ? _____

11. Pernahkan Anda merasa ingin bunuh diri?
 - a. Tidak
 - b. Bila ya ___ Kapan? _____

12. Pernahkan Anda mencoba melakukan bunuh diri?
 - a. Tidak
 - b. Bila ya ___ Kapan? _____

13. Pernahkan Anda merasa ingin bunuh diri?
 - a. Tidak
 - b. Bila ya ___ Kapan? _____

14. Apakah saat ini isu kesehatan kesuburan Anda (Infertilitas) menjadi topik penting?
 - a. Tidak
 - b. Bila ya ___ Sudahkah Anda mendiskusikan dengan tenaga kesehatan yang profesional?

 - c. Apakah ini menjadi topik penting / kekuatiran pasangan Anda juga?

15. Pernahkan Anda melakukan kontak seksual yang berisiko (Artinya berganti-ganti pasangan, atau dengan seseorang yang Anda tidak kenal status kesehatannya, atau Anda merasa pasangan Anda melakukan kontak seksual yang berisiko) ?
 - a. Tidak
 - b. Bila ya ___ Kapan? _____ Dengan pasangan tetap atau tidak tetap (Lingkari)

16. Pernahkah anda melakukan pemeriksaan infeksi menular seksual?
 - a. Tidak
 - b. Bila ya ___ Kapan? _____

17. Adakah pertanyaan terkait isu seksualitas ?
Bila YA silahkan dituliskan?
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____

18. Silahkan menuliskan daftar pertanyaan atau kekuatiran Anda lainnya?
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - e. _____

TERKAIT KESEHATAN ORGAN REPRODUKSI PEREMPUAN

19. Adakah kelainan dengan organ reproduksi yang Anda alami ?(Silahkan dilingkari bila ada)
- Menstruasi tidak teratur
 - Nyeri menstruasi hingga mengganggu belajar dan kerja
 - Tumor atau kista di organ reproduksi
 - Keputihan yang berulang
 - Riwayat kontak seksual: Ya / Tidak, bila Ya di usia berapa pertama kali kontak seks?

 - Riwayat kehamilan:
 - Pernah hamil, bila ya berapa kali? _____
 - Pernah melahirkan, bila ya berapa kali? _____
 - Pernah keguguran, bila ya berapa kali? _____
 - Bila pernah mengalami keguguran, apakah Anda ditangani oleh tenaga kesehatan yang berkompenten? _____
20. Pernahkan Anda melakukan Papsmear ?
- Bila ya ___ Kapan? _____