

Supplementary File S1

Supplementary File S1 contains the full research instrument used for data collection.

A. Research Instrument

Gaya Hidup

- 1 Apakah Anda mengkonsumsi kopi? : (1) Ya (2) Tidak
Jika iya, berapa cangkir kopi anda minum dalam seminggu? : (1) Tidak minum kopi (2) 1-2 cangkir/minggu
(3) >3 cangkir/minggu
- 2 Apakah Anda berolahraga rutin? : (1) Ya (2) Tidak
Jika iya, seberapa sering anda berolahraga dalam seminggu? : (1) 1-2 kali (3) 5-7 kali
(2) 3-4 kali

Kondisi Fisik

- 1 Apakah anda memiliki hipertensi? (berdasarkan diagnose dokter dan mengkonsumsi obat antihipertensi) : (1) Ya (2) Tidak
- 2 Apakah anda memiliki diabetes mellitus? (berdasarkan diagnose dokter dan mengkonsumsi obat antidiabetes) (1) Ya (2) Tidak
- 3 Tinggi badan :kg
- 4 Berat badan :cm
- 5 IMT :(kg/m²)
- | | |
|--|---|
| a <input type="checkbox"/> Rendah (<18.50 kg/m ²), | c <input type="checkbox"/> Over-weight (25.00–29.99 kg/m ²) |
| b <input type="checkbox"/> Normal (18.50–24.99 kg/m ²) | d <input type="checkbox"/> Obese (≥30.00 kg/m ²) |

Menopause Rating Scale (MRS)

Petunjuk pengisian:

1. Saat ini, yang manakah gejala-gejala yang sedang anda alami? dan seberapa berat atau ringankah gejala-gejala tersebut anda alami?
2. Berikan tanda (X) pada kotak, untuk setiap gejala yang sesuai dengan yang anda alami saat ini.
3. Untuk gejala2 yg sekarang ini tidak anda alami, berikan tanda (X) pada kotak tidak ada (nomor 0)

No	Gejala-gejala	Skor	Tidak	Ringan	Menengah	Berat	Sangat
			ada				Berat
			0	1	2	3	4
1	Badan terasa sangat panas, berkeringat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Rasa tidak nyaman pada dada (detak jantung yang tidak biasa, jantung berdebar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mengalami masalah tidur (susah untuk memulai tidur, susah untuk tidur nyenyak, bangun terlalu pagi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Perasaan tertekan (merasa tertekan, sedih, mudah menangis, tidak bergairah/lesu, mood/suasana hati yang berubah-ubah)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Mudah marah (merasa gugup, marah, agresif)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Rasa resah (gelisah, panik)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kelelahan fisik dan mental (menurunnya kinerja secara umum, berkurangnya daya ingat, menurunnya konsentrasi, mudah lupa/pikun)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Masalah-masalah seksual (perubahan dalam gairah seksual, aktifitas seksual dan kepuasan seksual)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Masalah-masalah saluran kencing (sulit buang air kecil, sering buang air kecil, buang air kecil tidak terkontrol)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Kekeringan pada vagina (rasa kering atau terbakar pada vagina, ketidaknyamanan dalam berhubungan intim)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 11 Rasa tidak nyaman pada persendian dan otot (sakit pada persendian, keluhan rematik)

		semingg u	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Terbangun di tengah malam atau terlalu pagi			
(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Terpaksa bangun untuk ke kamar mandi			
(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Tidak bisa bernafas dengan nyaman			
(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Batuk atau mendengkur (mengorok) dengan keras			
(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Merasa kedinginan			
(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Merasa kepanasan			
(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(h) Mengalami mimpi buruk

(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(i) Merasa nyeri/ kesakitan

(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(j) Satu atau beberapa alasan lain, mohon jelaskan

.....

Karena satu atau beberapa alasan tersebut, seberapa sering Anda mengalami gangguan tidur selama satu bulan terakhir?

(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali seminggu atau lebih
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Selama satu bulan terakhir, bagaimana kualitas tidur Anda secara keseluruhan

(1)	(2)	(3)	(4)
Sangat Baik	Cukup Baik	Kurang Baik	Sangat Buruk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda minum obat untuk membantu Anda tidur (baik obat resep dokter atau membeli sendiri)

(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali seminggu atau lebih
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda merasa mengantuk ketika mengendarai kendaraan, makan atau melakukan kegiatan dengan orang lain?

(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali seminggu atau lebih
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Selama satu bulan terakhir, apakah Anda mendapat kesulitan untuk tetap bersemangat menyelesaikan pekerjaan/kegiatan?

(1)	(2)	(3)	(4)
		Cukup kesulitan	Sangat kesulitan

	Tidak ada kesulitan sama sekali	Hanya ada sedikit kesulitan		
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apakah Anda tidur atau tinggal serumah dengan orang lain?			
(1)	Saya tidak tidur atau tinggal serumah dengan orang lain		<input type="checkbox"/>	
(2)	Saya tinggal serumah dengan orang lain yang tidur di kamar lain		<input type="checkbox"/>	
(3)	Orang lain tidur di kamar yang sama, tapi tidak satu tempat tidur		<input type="checkbox"/>	
(4)	Orang lain tidur di tempat tidur yang sama		<input type="checkbox"/>	

Jika Anda tidur atau tinggal serumah dengan orang lain, tanyakan kepadanya seberapa sering Anda dalam sebulan lalu ...

(a) Mendengkur (mengorok) dengan keras

(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali seminggu atau lebih
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(b) Lama tidak menarik nafas saat tidur

(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali seminggu atau lebih
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(c) Menendang dengan tiba-tiba sewaktu tidur

(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali seminggu atau lebih
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(d) Merasa linglung atau bingung ketika terbangun di malam hari

(1)	(2)	(3)	(4)
Tidak pernah selama sebulan terahir	Kurang dari satu kali seminggu	Satu atau dua kali seminggu	Tiga kali seminggu atau lebih
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(e) Gangguan lainnya yang dialami sewaktu tidur, mohon jelaskan

.....

(1)
Tidak pernah
selama sebulan
terahir

(2)
Kurang dari
satu kali
seminggu

(3)
Satu atau dua
kali seminggu

(4)
Tiga kali
seminggu atau
lebih

KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

FAMILY SUPPORT SCALE

No	Item	Tidak	Sedikit	Sedang	Sangat
1	Keluarga menyayangi saya				
2	Saya merasa dihargai oleh keluarga				
3	Keluarga menolong saya dalam kegiatan sehari-hari				
4	Keluarga membantu dalam kegiatan keagamaan saya				
5	Keluarga memberikan informasi yang berguna				
6	Keluarga memberi saya dukungan emosional				
7	Keluarga membagikan keputusan penting kepada saya				
8	Keluarga memahami keinginan pribadi saya				
9	Keluarga mendukung partisipasi saya dalam berkegiatan sosial				
10	Keluarga mendengarkan permasalahan saya				
11	Keluarga membantu saya memecahkan suatu permasalahan				
12	Keluarga memperhatikan kesehatan saya				
13	Keluarga ikut membantu dalam perawatan saya				
14	Keluarga memperlakukan saya sebagai seseorang yang penting				
15	Keluarga memberikan uang ketika saya membutuhkannya				
16	Keluarga mengingatkan saya untuk menjaga pola makan				
17	Keluarga mengingatkan saya untuk istirahat yang cukup				

18	Keluarga memberi saya rasa persahabatan				
19	Keluarga membantu saya untuk tetap merasa bahagia				
20	Saya sangat puas dengan dukungan keluarga yang saya peroleh				