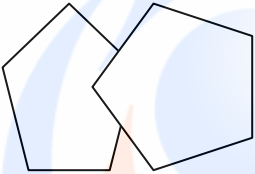


Lampiran 1

Mini Mental State Examination (MMSE)

Inisial responden :

Umur :

No.	Tes	Nilai
	ORIENTASI (skor maksimal = 10)	
1	Sekarang (tahun), (bulan), (tanggal), hari apa?	
2	Kita berada dimana? (Negara), (propinsi), (kota), (gedung), (ruang) (tanyakan pada responden)	
3	REGISTRASI (skor maksimal = 3) Pemeriksa menyebut 3 benda yang berbeda kelompoknya selang 1 detik (misal apel, uang, meja), responden dimintai mengulangnya. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar, ulangi sampai responden dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan.	
4	PERHATIAN DAN PERHITUNGAN (skor maksimal =5) pengurangan 100 dengan 7 secara berturut. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan secara 5 jawaban. Atau responden dimintai menjaga terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada hurup yang benar sebelum kesalahan, misalnya uyahw=2)	
5	DAYA INGAT (skor maksimal = 3) Responden diminta menyebut kembali 3 nama benda di atas	
6	BAHASA (skor maksimal = 9) Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan jam tangan)	
7	Responden diminta mengulang kalimat "tanpa kalau dan atau tapi"	
8	Responden diminta melakukan perintah: "ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakan dilantai".	
9	Responden diminta membaca dan melakukan yang dibacanya: "pejamkanlah mata anda"	
10	Responden diminta menulis sebuah kalimat secara spontan	
11	Responden diminta menyalin gambar 	

Lampiran 2**FORMULIR FOOD RECORD (MAKANAN)**

Harike- :

Hari/tanggal :

Nama :

Waktu Makan	Nama Makanan	Cara persiapan	Jumlah	
			URT	Gram
Pagi				
Selingan I				
Siang				
Selingan II				
Malam				

Lampiran 3
Riwayat Penyakit

Inisial responden :
Umur :

1. Apakah anda mengalami hipertensi (darah tinggi)?
 - a. Iya
 - b. Tidak
2. Apakah anda mengalami diabetes mellitus (gula darah)?
 - a. Iya
 - b. Tidak
3. Apakah anda mengalami stroke ?
 - a. Iya
 - b. Tidak
4. Apakah anda mengalami penyakit jantung ?
 - a. Iya
 - b. Tidak
5. Apakah di keluarga anda terdapat riwayat dimensia keluarga?
 - a. Iya
 - b. Tidak

**FAKTOR-FAKTOR GIZI YANG MEMPENGARUHI FUNGSI KOGNITIF LANSIA
DI PUSKESMAS KEBUN JERUK
JAKARTA BARAT
Tahun 2018**

Kuesioner Aktivitas Fisik Lanjut Usia *Physical Activities Scale for the Elderly* (PASE)

Berikan tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan keadaan Anda!

Selama 7 hari terakhir, seberapa sering Anda:

Pertanyaan	0 Tidak pernah	1 jarang	2 Kadang- kadang	3 sering
1. Seberapa seringkah anda melakukan aktivitas duduk ?				
2. Berjalan-jalan di luar rumah ?				
3. Melakukan olahraga ringan ?				
4. Melakukan ibadah ?				
5. Menyapu lantai atau sekitar ?				
6. Mengepel lantai ?				
7. Memasak makanan?				
8. Mencuci piring atau pakaian ?				

