

## KUESIONER PENELITIAN

### Petunjuk pengisian kuesioner:

1. Berikut akan ada 4 kuesioner yang masing-masingnya terdiri dari data identitas balita dan ibu balita, kuesioner pemberian ASI eksklusif, dan riwayat penyakit infeksi.
2. Bacalah setiap pertanyaan dengan seksama terlebih dahulu.
3. Isilah setiap nomor dengan jawaban yang sesuai dengan diri sendiri.
4. Jika ada hal yang meragukan atau jika tidak dimengerti bisa ditanyakan kepada peneliti/enumerator.
5. Setiap kuesioner yang telah diisi dimohon dikembalikan kepada peneliti/enumerator.
6. Terima kasih dan selamat mengisi.

Nomor Responden : (diisi oleh peneliti)

Tanggal Penelitian : (diisi oleh peneliti/enumerator)

Kelompok : Kasus / Kontrol (Coret salah satu)

### I. Identitas Balita

1. Nama :
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
3. Tanggal Lahir :
4. Umur : tahun bulan
5. Berat Badan :
6. Tinggi Badan :
7. IMT : (diisi oleh peneliti)

### II. Identitas Ibu Balita

1. Nama Ibu :
2. Umur Ibu :
3. Pekerjaan Ibu :
4. Pendidikan terakhir Ibu (lingkari salah satu)
  - a. Tidak Sekolah
  - b. Tamat SD
  - c. Tamat SMP
  - d. Tamat SMA/SMK
  - e. Diploma (D1/D3)
  - f. Sarjana (D4/S1)
5. Penghasilan Ayah dan Ibu (**pilih salah satu**), sesuai dengan **UMR Kabupaten Kudus**.
  - a. < Rp. 2.516.888,-
  - b.  $\geq$  Rp. 2.516.888,-

### III. Pemberian ASI Eksklusif

Isilah semua kolom di bawah ini secara lengkap dengan menuliskan:

- Tanda ceklis ( ✓ ) → bila YA diberikan pada usia tersebut
- Tanda strip ( - ) → bila TIDAK diberikan pada usia tersebut

No	Jenis makanan/minuman	0 bln	1 bln	2 bln	3 bln	4 bln	5 bln	6 bln
1	ASI (Air Susu Ibu)							
2	Susu formula / susu botol							
3	Madu							
4	Bubur							
5	Buah-buahan Sebutkan: .....							
6	Teh							
7	Air putih							
8	Obat-obatan							
9	Lainnya (jika ada) dan sebutkan .....							

### IV. Riwayat Penyakit Infeksi

1. Apakah anak ibu menderita diare (dengan gejala buang air besar lebih dari 4 kali dalam sehari dengan konsistensi cair, kadang-kadang disertai muntah ataupun tidak)?
  - a. Ya
  - b. Tidak
2. Apakah anak ibu pernah menderita ISPA (dengan gejala batuk, pilek disertai atau tanpa demam)?
  - a. Ya
  - b. Tidak
3. Apakah anak ibu pernah menderita penyakit Tuberkulosis (TB) atau sakit Flek Paru (dengan gejala demam lama atau berulang, tapi tidak terlalu tinggi; tidak ada nafsu makan; berat badan tidak naik-naik; malnutrisi atau gangguan gizi; batuk lama atau berulang, tetapi tidak berdahak)?
  - a. Ya
  - b. Tidak
4. Apabila ada riwayat penyakit infeksi lainnya, sebutkan:  
.....