

No. Responden

--	--	--

### KUESIONER PENELITIAN

## “HUBUNGAN TINGKAT KECUKUPAN PROTEIN, SENG, VITAMIN A, D, E, RIWAYAT ASI EKSKLUSIF, RIWAYAT IMUNISASI, DAN KEJADIAN ISPA PADA ANAK USIA 6-24 BULAN DI PUSKESMAS KECAMATAN KEBON JERUK JAKARTA BARAT TAHUN 2018”.

Program Studi S1 Ilmu Gizi Paralel Fakultas Ilmu – Ilmu Kesehatan

Universitas Esa Unggul (UEU)

Jl. Arjuna Utara No.9 Kebon Jeruk, Jakarta Barat 11510

#### Kuesioner Karakteristik

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik responden meliputi nama pewawancara, tanggal wawancara, nama balita, kode, jenis kelamin, tanggal lahir, nama orang tua, alamat lengkap, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah, pendidikan ibu, pendidikan ayah. Kami mohon kesediaan responden untuk dapat menjawab pertanyaan dengan tulus dan benar.

“Isilah pertanyaan dibawah ini dengan mengisi kolom yang disediakan atau melingkari pilihan tersedia”

**Hari/Tanggal :**

**Waktu Pengambilan Data :**

Karakteristik Responden	
1.	Nama Pewawancara : .....
2.	Tanggal Wawancara : ...../...../.....
3.	Nama Balita
4.	Kode
5.	Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan
5.	Tanggal Lahir : ..... Usia:.....
6.	Nama Orang Tua - Ayah : .....
	- Ibu : .....
7.	Alamat Lengkap
8.	Pekerjaan Ibu 1. Ibu Rumah Tangga 2. Buruh 3. Pedagang 4. Pegawai Swasta 5. PNS 6.....lainya
9.	Pekerjaan Ayah 1. Tidak Bekerja 2. Buruh 3. Pedagang 4. Pegawai Swasta 5. PNS 6.....lainya
10.	Pendidikan Ibu 1. Tidak Sekolah 2. Tamat SD 3. Tamat SMP 4. Tamat SMA 5. Tamat PT
11.	Pendidikan Ayah 1. Tidak Sekolah 2. Tamat SD 3. Tamat SMP 4. Tamat SMA 5. Tamat PT

No. Responden

--	--	--

**Kuesioner *Semiquantitative Food Frequency Questionnaire***

Kuesioner Kami mohon kesediaan responden untuk dapat menjawab pertanyaan dengan tulus dan benar.

NO	BAHAN MAKANAN	Berat		Frekuensi			Rata rata gram/hari	Nilai zat Gizi
		URT	Gram	Hari	Minggu	Bulan		Protein
	<b>Protein Hewani</b>							
1	Daging ayam							
2	Ikan							
3	Udang							
4	Daging sapi							
5	Telur							
6	Hati ayam							
7	Ikan asin							
8	Bakso							
9	Sosis Sosis							
10	Telur asin							
11	Telur puyuh							
	<b>Protein Nabati</b>							
1	Kacang hijau							
2	Kacang tanah							
3	Kacang kedelai							
4	Tahu							
5	Tempe							
6	Kacang merah							
	<b>Susu</b>							
1	Susu UHT							
2	Susu formula							
3	Keju							
4	Susu kental manis							

No. Responden

--	--	--

**Kuesioner Semiquantitative Food Frequency Questionnaire**

Kuesioner Kami mohon kesediaan responden untuk dapat menjawab pertanyaan dengan tulus dan benar.

NO	BAHAN MAKANAN	Berat		Frekuensi			Rata rata gram/hari	Nilai zat Gizi
		URT	Gram	Hari	Minggu	Bulan		Seng
	<b>Seng</b>							
1	Daging ayam							
2	Ikan							
3	Udang							
4	Daging sapi							
5	Telur							
6	Hati ayam							
7	Ikan asin							
8	Bakso							
9	Sosis Sosis							
10	Telur asin							
11	Telur puyuh							
	<b>Protein Nabati</b>							
1	Kacang hijau							
2	Kacang tanah							
3	Kacang kedelai							
4	Tahu							
5	Tempe							
6	Kacang merah							
	Dan lain-lain.....							

No. Responden

--	--	--

**Kuesioner Semiquantitative Food Frequency Questionnaire**

Kuesioner Kami mohon kesediaan responden untuk dapat menjawab pertanyaan dengan tulus dan benar.

NO	BAHAN MAKANAN	Berat		Frekuensi			Rata rata gram/hari	Nilai zat Gizi
		URT	Gram	Hari	Minggu	Bulan		Vitamin A
	<b>Vitamin A</b>							
	Hewani							
1	Hati sapi							
2	Ayam							
3	Kuning telur bebek							
4	Kuning telur ayam							
5	Keju							
6	Susu bubuk full cream							
7	Mentega							
8	Minyak ikan							
	Nabati							
1	Minyak kelapa sawit							
2	Margarin							
	Sayur-sayuran							
1	Wortel							
2	Daun singkong							
3	Daun pepaya							
4	Daun melinjo							
5	Sawi							
6	Kangkung							
7	Bayam							
8	Tomat masak							
	Buah-buahan							
1	Pisang raja							
2	Mangga masak							

No. Responden

--	--	--

**Kuesioner *Semiquantitative Food Frequency Questionnaire***

Kuesioner Kami mohon kesediaan responden untuk dapat menjawab pertanyaan dengan tulus dan benar.

NO	BAHAN MAKANAN	Berat		Frekuensi			Rata rata gram/hari	Nilai zat Gizi
		URT	Gram	Hari	Minggu	Bulan		Vitamin D
	<b>Vitamin D</b>							
1	Susu sapi							
2	ASI							
3	Tepung susu							
4	Krim							
5	Keju							
6	Yogurt							
7	Telur utuh							
8	Kuning telur							
9	Mentega							
10	Minyak hati ikan							
11	Margarin dan sejenis							
12	Daging sapi, babi, biri-biri							
13	Unggas							
14	Hati							
15	Ikan air tawar							
16	Ikan berlemak							
17	Udang dan kerang							

No. Responden

--	--	--

**Kuesioner *Semiquantitative Food Frequency Questionnaire***

Kuesioner Kami mohon kesediaan responden untuk dapat menjawab pertanyaan dengan tulus dan benar.

NO	BAHAN MAKANAN	Berat		Frekuensi			Rata rata gram/hari	Nilai zat Gizi
		URT	Gram	Hari	Minggu	Bulan		Vitamin E
	<b>Vitamin E</b>							
	Minyak							
1	Biji kapas							
2	Jagung							
3	Kacang kedelai							
4	Kacang tanah							
5	Kelapa							
6	Kelapa sawit							
7	Zaitun							
	Bahan Makana							
1	Serelia							
2	Kacang-kacangan							
3	Biji-bijian							
4	Sayuran							
5	Daging							
6	Telur							
7	Susu							
8	Minyak babi							
9	Mentega							
10	Margarin							

No. Responden

--	--	--

### **Kuesioner Riwayat ASI Eksklusif**

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui riwayat asi eksklusif. Kami mohon kesediaan responden untuk dapat menjawab pertanyaan dengan tulus dan benar.

**Nama Pewawancara :**

**Nama Responden :**

#### **Riwayat ASI Eksklusif**

1. Cairan/makanan apa yang pertama kali diberikan kepada bayi sesaat setelah ibu melahirkan?
  - a. Air tajin
  - b. ASI
  - c. Susu formula
  - d. Madu
  - e. Pisang
2. Mulai umur berapa anak ibu diberikan minuman atau makanan selain ASI?
  - a. < 6 Bulan
  - b.  $\geq$  6 Bulan

Kesimpulan:

ASI eksklusif (jawaban no 1 & 2 = b)

No. Responden

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

### Riwayat Imunisasi

#### Jadwal Imunisasi

No	Usia	Imunisasi Yang Diberikan	Ya	Tidak
1	0 – 7	Hepatitis B		
2	1 Bulan	BCG, Polio1		
3	2 Bulan	DPT, HB, Hib 1, Polio 2		
4	3 Bulan	DPT, HB, Hib 2, Polio 3		
5	4 Bulan	DPT, HB, Hib 3, Polio 4, IPV		
6	9 Bulan	Campak		
7	18 Bulan	DPT-Hb-Hib lanjutan dan Campak lanjutan		

Keterangan :

(Tidak lengkap jika tidak diperoleh imunisasi sesuai dengan usia dan lengkap jika sudah diperoleh imunisasi sesuai dengan usia)