

LEMBAR KUISIONER PENELITIAN

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KELENGKAPAN
IMUNISASI DASAR PADA BAYI DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KELURAHAN KEDOYA SELATAN
JAKARTA**

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti pada setiap pertanyaan
2. Pertanyaan dibawah ini mohon di isi semuanya dengan benar
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Ibu paling sesuai dengan kondisi yang dialami dengan memberi tanda centang (√) pada kotak yang tersedia
4. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar

Tanggal Pengisian :

No. Responden :

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

Nama :

Umur : Tahun

Pendidikan Ibu :

- Tidak Sekolah
- SD
- SMP
- SMA/SMK
- Perguruan Tinggi

Pendidikan Suami :

- Tidak Sekolah
- SD
- SMP
- SMA/SMK
- Perguruan Tinggi

Penghasilan : Rp.

Status Pekerjaan :

- Wiraswasta
- PNS
- Buruh/Tani
- TNI/Polri
- Ibu Rumah Tangga
- Pensiunan

Jumlah Anak : Anak

B. KETERJANGKAUAN TEMPAT PELAYANAN (JARAK)

1. Bagaimana cara ibu sampai ke tempat pelayanan imunisasi ?

- Jalan Kaki
- Naik kendaraan pribadi
- Naik angkutan umum
- Lainnya, Sebutkan

2. Berapa jarak dari rumah Ibu ke tempat pelayanan imunisasi ?

.....

C. DUKUNGAN KELUARGA

1. Apakah keluarga memberi izin untuk mengimunisasikan anak Ibu ?

Tidak

Ya

2. Siapakah yang memberi izin dan paling mendukung ibu dalam mengimunisasikan anak ibu ?

Suami

Orang Tua

Lainnya, Sebutkan

3. Apakah keluarga mengingatkan untuk mengimunisasikan anak Ibu ?

Tidak

Ya

4. Apakah keluarga turut mengantar ibu untuk sampai ke tempat pelayanan imunisasi ?

Tidak

Ya

D. PETUGAS IMUNISASI

1. Apakah petugas imunisasi memberitahukan ibu secara jelas urutan jadwal imunisasi dasar pada bayi?

Tidak

Ya

2. Apakah petugas imunisasi memberitahukan ibu ada atau tidak nya jadwal pelayanan imunisasi ?

Tidak

Ya

3. Apakah petugas imunisasi memberitahukan ibu efek samping apabila dilakukan atau tidak dilakukannya imunisasi dasar pada bayi ?

Tidak

Ya

4. Apakah Ibu pernah terlambat mengimunisasikan anak ibu?

Tidak

Ya

5. Jika Ya, apakah petugas imunisasi datang ke rumah ibu, apabila anak ibu belum dilakukan imunisasi ?

Tidak

Ya

E. PENGETAHUAN KELENGKAPAN IMUNISASI DASAR

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda centang (√) pada salah satu kolom “Benar” atau “Salah” sesuai dengan pengetahuan Ibu.

No	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan diatas ambang perlindungan.		
2.	Imunisasi dasar berfungsi untuk menyembuhkan penyakit pada seseorang		
3.	Pelayanan imunisasi hanya dapat diberikan di Puskesmas		
4.	Imunisasi BCG merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit batuk berdahak		
5.	Imunisasi hepatitis B diberikan untuk melindungi bayi dengan memberi kekebalan terhadap penyakit hepatitis B yaitu penyakit infeksi liver yang dapat menyebabkan sirosis hati, kanker, dan kematian		
6.	Imunisasi polio berguna untuk mencegah terjadinya penyakit poliomyelitis yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak		
7.	Pemberian imunisasi DPT yaitu untuk melindungi tubuh terhadap penyakit asma yang berakibat fatal pada bayi		
8.	Imunisasi campak digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak pada anak karena penyakit ini sangat menular		
9.	Imunisasi BCG diberikan sebanyak 3 kali sebelum bayi berumur 1 tahun		
10.	Frekuensi pemberian imunisasi hepatitis B yaitu sebanyak 2 kali sebelum bayi berumur 1 tahun		

11.	Imunisasi Polio diberikan sebanyak 3 kali sebelum bayi berumur 1 tahun		
12.	Imunisasi DPT diberikan sebanyak 4 kali sebelum bayi berumur 1 tahun		
13.	Imunisasi Campak diberikan sebanyak 1 kali sebelum bayi berumur 1 tahun		
14.	Imunisasi BCG diberikan ketika bayi berumur 3 bulan		
15.	Imunisasi Hepatitis B diberikan pada bayi umur 2 bulan keatas dengan jarak pemberian/interval 2 minggu dari pertama kali pemberian imunisasi Hepatitis B		
16.	Imunisasi Polio diberikan ketika bayi berusia 2 bulan keatas dengan jarak pemberian 14 hari dari imunisasi polio pertama		
17.	Imunisasi DPT diberikan ketika bayi berusia 2 bulan keatas dengan jarak 4 minggu dari imunisasi DPT pertama		
18.	Imunisasi Campak diberikan ketika bayi berusia 5 bulan		

F. KELENGKAPAN IMUNISASI

1. Nama anak :
2. Tempat Tanggal Lahir :
3. Anak ke :
4. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
(lingkari pilihan yang benar)

LEMBAR OBSERVASI

STATUS KELENGKAPAN IMUNISASI DASAR PADA BAYI

Petunjuk Pengisian:

Berikan tanda centang (√) pada salah satu kolom “Ya” atau “Tidak” sesuai dengan keadaan yang sebenarnya

No	Umur Bayi	Ket.	Jenis Imunisasi				
			BCG	HB	Polio	DPT	Campak
1	0-7 Hari	Ya					
		Tidak					
2	1 Bulan	Ya					
		Tidak					
3	2 Bulan	Ya					
		Tidak					
4	3 Bulan	Ya					
		Tidak					
5	4 Bulan	Ya					
		Tidak					
6	9 Bulan	Ya					
		Tidak					