

LAMPIRAN

Lampiran 1. Wawancara Orang Tua



Lampiran 2. Kuesioner penelitian

FAKTOR DETERMINAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA USIA 24-59 BULAN DI KELURAHAN NUNBAUN DELHA, KOTA KUPANG

Petunjuk Pengisian:

Isilah kuesioner berikut sesuai dengan keadaan anak Anda. Data yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Nomor/kode responden :

.....

Tanggal wawancara :

Nama pewawancara :

A. Identitas Orang Tua

Nama Ibu :

Usia Ibu : Tahun

Pendidikan Ibu : 1. Tidak Sekolah / SD / SMP
2. SMA / Diploma / Sarjana

Alamat Ibu : RT / RW : /

Jumlah anggota keluarga :

Pendapatan Keluarga per bulan : per hari / bulan

Nomor HP :

B. Identitas Balita

Nama Balita :

Jenis Kelamin : 1. Perempuan

2. Laki-laki

Tanggal lahir balita :

Umur : Tahun Bulan

Balita adalah : anak ke- dari bersaudara

Hasil pengukuran : Berat badan = kg

Tinggi badan = cm

Status Gizi : Z-score TB/U =

.....

.... Z-score

TB/BB =

.....

.... IMT

=

.....

.

Tanggal pengukuran :

C. Riwayat Penyakit Infeksi

Petunjuk:

1. Jawablah pertanyaan berikut ini sesuai dengan kondisi kesehatan balita
2. Berilah tanda centang (☒) pada jawaban yang tersedia

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah anak anda pernah mengalami diare dalam 6 bulan terakhir?	(...)	Ya
		(...)	Tidak
2	Berapa hari anak anda mengalami diare?	(...)	Kurang dari 3 hari
		(...)	Lebih dari 3 hari
3	Berapa lama diare anak anda berlangsung dalam sehari?	(...)	Kurang dari 3 kali
		(...)	Lebih dari 3 kali
4	Dalam enam hari terakhir, apakah anak mengalami batuk ?	(...)	Ya
		(...)	Tidak
5	Berapa hari anak anda mengalami batuk?	(...)	Kurang dari 3 hari
		(...)	Lebih dari 3 hari
6	Dalam enam hari terakhir, apakah anak mengalami pilek ?	(...)	Ya
		(...)	Tidak
7	Berapa hari anak anda mengalami pilek?	(...)	Kurang dari 3 hari
		(...)	Lebih dari 3 hari
8	Dalam enam hari terakhir, apakah anak mengalami demam ?	(...)	Ya
		(...)	Tidak
9	Berapa hari anak anda mengalami demam?	(...)	Kurang dari 3 hari
		(...)	Lebih dari 3 hari
10	Dalam enam hari terakhir, apakah anak mengalami sesak nafas ?	(...)	Ya
		(...)	Tidak
11	Berapa hari anak anda mengalami sesak nafas?	(...)	Kurang dari 3 hari
		(...)	Lebih dari 3 hari

D. Food Recall 1 x 24 Jam

No	Waktu Makan	Nama Menu Makanan	Jenis Bahan Makanan	URT	Berat (gram)	Ket
1	Pagi					
2	Selingan Pagi					
3	Siang					
4	Selingan Siang					
5	Malam					

KUESIONER PENELITIAN

FAKTOR DETERMINAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA USIA 24-59 BULAN DI KELURAHAN NUNBAUN DELHA, KOTA KUPANG

Petunjuk Pengisian:

Isilah kuesioner berikut sesuai dengan keadaan anak Anda. Data yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Nomor/kode responden :

Tanggal wawancara :

Nama pewawancara :

A. Identitas Orang Tua

Nama Ibu :

Usia Ibu : Tahun

Pendidikan Ibu : 1. Tidak Sekolah / SD / SMP
2. SMA / Diploma / Sarjana

Alamat Ibu : RT / RW : /

Jumlah anggota keluarga :

Pendapatan Keluarga per
bulan : per hari / bulan

Nomor HP :

B. Identitas Balita

Nama Balita :

Jenis Kelamin : 1. Perempuan 2. Laki-laki

Tanggal lahir balita :

Umur : Tahun Bulan

Balita adalah : anak ke- dari bersaudara

Hasil pengukuran : Berat badan = kg
Tinggi badan = cm

Status Gizi : Z-score TB/U =

Z-score TB/BB =

IMT =

Tanggal pengukuran :

