

LAMPIRAN 1

LAMPIRAN 1

0	1
---	---

Kode Partisipan

LEMBAR PERSETUJUAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Ny. R

Umur : 31 Tahun

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Perum. BTU KR. 26 - Malang

Setelah mendapatkan penjelasan serta mengetahui manfaat dan tujuan studi kasus tersebut yang berjudul "FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IBU DALAM PEMBERIAN MP-ASI DINI DAN DAMPAKNYA PADA TUMBUH KEMBANG BAYI DI WILAYAH PERUMAHAN BULAN TERANG UTAMA KR 26 -MALANG" menyatakan setuju diikutsertakan sebagai responden dalam studi kasus ini dengan catatan apabila suatu saat merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Dan saya percaya apa yang saya sampaikan ini dijamin kerahasiaannya.

Peneliti

Malang, 19 - 2 - 2021


Fitria Nurul Arifah

Partisipan



LAMPIRAN 1

0	2
---	---

Kode Partisipan

LEMBAR PERSETUJUAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Ny. D

Umur : 44 Tahun

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Perum. BTU KR.26 - Malang

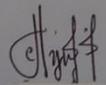
Setelah mendapatkan penjelasan serta mengetahui manfaat dan tujuan studi kasus tersebut yang berjudul "FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IBU DALAM PEMBERIAN MP-ASI DINI DAN DAMPAKNYA PADA TUMBUH KEMBANG BAYI DI WILAYAH PERUMAHAN BULAN TERANG UTAMA KR 26 -MALANG" menyatakan setuju diikutsertakan sebagai responden dalam studi kasus ini dengan catatan apabila suatu saat merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Dan saya percaya apa yang saya sampaikan ini dijamin kerahasiaannya.

Peneliti

Malang, 22 - 02 - 2021



Fitria Nurul Arifah



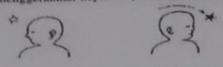
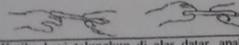
LAMPIRAN 2

Date Responden: 01
(EY. F)

LAMPIRAN 2

Formulir Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).

KPSP 6 BULAN Kuesioner Pra skrining untuk Bayi 6 bulan

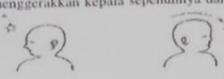
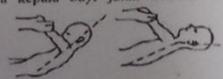
NO	PERKEMBANGAN	HASIL	
		YA	TIDAK
1	Pada waktu bayi telentang, apakah ia dapat mengikuti gerakan anda dengan menggerakkan kepala sepenuhnya dari satu sisi ke sisi yang lain? 	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Dapatkah bayi mempertahankan posisi kepala dalam keadaan tegak dan stabil? Jawab TIDAK bila kepala bayi cenderung jatuh ke kanan/kiri atau ke dadanya	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3	Sentuhkan pensil di punggung tangan atau ujung jari bayi. (jangan meletakkan di atas telapak tangan bayi). Apakah bayi dapat menggenggam pensil itu selama beberapa detik? 	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4	Ketika bayi telungkup di atas datar, apakah ia dapat mengangkat dada dengan kedua lengannya sebagai penyangga seperti pada gambar? 	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Pernahkah bayi mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik tetapi bukan menangis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6	Pernahkah bayi berbalik paling sedikit dua kali, dari telentang ke telungkup atau sebaliknya?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7	Pernahkah anda melihat bayi tersenyum ketika melihat mainan yang lucu, gambar atau binatang peliharaan pada saat ia bermain sendiri?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	Dapatkah bayi mengarahkan matanya pada benda kecil sebesar kacang, kismis atau uang logam? Jawab TIDAK jika ia tidak dapat mengarahkan matanya.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9	Dapatkah bayi meraih mainan yang diletakkan agak jauh namun masih berada dalam jangkauan tangannya?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10	Pada posisi bayi telentang, pegang kedua tangannya lalu tarik perlahan-lahan ke posisi elucluk. Dapatkah bayi mempertahankan lehernya secara kaku seperti gambar di sebelah kiri? Jawab TIDAK bila kepala bayi jatuh kembali seperti gambar sebelah kanan. 	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Kode Participan : 02
(By. 6)

LAMPIRAN 2

Formulir Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).

KPSP 6 BULAN
Kuesioner Pra skrining untuk Bayi 6 bulan

NO	PERKEMBANGAN	HASIL	
1	Pada waktu bayi telentang, apakah ia dapat mengikuti gerakan anda dengan menggerakkan kepala sepenuhnya dari satu sisi ke sisi yang lain? 	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK
2	Dapatkah bayi mempertahankan posisi kepala dalam keadaan tegak dan stabil? Jawab TIDAK bila kepala bayi cenderung jatuh ke kanan/kiri atau ke dadanya	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK
3	Sentuhkan pensil di punggung tangan atau ujung jari bayi. (jangan meletakkan di atas telapak tangan bayi). Apakah bayi dapat menggenggam pensil itu selama beberapa detik? 	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK
4	Ketika bayi telungkup di alas datar, apakah ia dapat mengangkat dada dengan kedua lengannya sebagai penyangga seperti pada gambar? 	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK
5	Pernahkah bayi mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik tetapi bukan menangis?	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK
6	Pernahkah bayi berbalik paling sedikit dua kali, dari telentang ke telungkup atau sebaliknya?	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK
7	Pernahkah anda melihat bayi tersenyum ketika melihat mainan yang lucu, gambar atau binatang peliharaan pada saat ia bermain sendiri?	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK
8	Dapatkah bayi mengarahkan matanya pada benda kecil sebesar kacang, kismis atau uang logam? Jawab TIDAK jika ia tidak dapat mengarahkan matanya.	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK
9	Dapatkah bayi meraih mainan yang diletakkan agak jauh namun masih berada dalam jangkauan tangannya?	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK
10	Pada posisi bayi telentang, pegang kedua tangannya lalu tarik perlahan-lahan ke posisi elucluk. Dapatkah bayi mempertahankan lehernya secara kaku seperti gambar di sebelah kiri? Jawab TIDAK bila kepala bayi jatuh kembali seperti gambar sebelah kanan. 	<input checked="" type="radio"/> YA	<input type="radio"/> TIDAK

Jawab: YA Jawab: TIDAK

LAMPIRAN 3

PEDOMAN WAWANCARA

Kode Partisipan :

Tanggal dan Waktu Wawancara :

Tempat Wawancara :

PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IBU PEMBERIAN MP-ASI DINI DAN

DAMPAKNYA PADA TUMBUH KEMBANG BAYI DI WILAYAH PERUMAHAN

BULAN TERANG UTAMA KR 26 – MALANG

Nama Ibu : Nama Bayi :

Tempat, TTL : TTL Bayi :

Usia : Usia Bayi :

- a. Sudah berapa lama ibu menikah?
- b. Berapa jumlah putera ibu? Laki-laki/perempuan?
- c. Apakah putera ibu yang sebelumnya juga diberikan MP-ASI sejak dini?
- d. Apakah ibu ada kepercayaan tertentu terkait dengan perawatan anak? Seperti adanya dorongan dari anggota keluarga lain dalam melakukan perawatan pada anak?
- e. Apakah ibu paham mengenai dampak/efek samping ketika bayi diberi MP-ASI sejak dini?
- f. Apakah ibu pernah mendapat penjelasan lebih lanjut terkait pemberian MP-ASI sebelumnya?