

LAMPIRAN 1 KUESIONER ANAK

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin : L / P

SMPN: kelas:

Ukuran kacamata:

Kanan :

Kiri :

1. Apakah ada anggota keluarga lain yang berkaca mata (om/tante/ua)?
a. YA b. TIDAK

2. Bila anda kembar , apakah saudara kembar anda juga berkacamata ?
a. YA b. TIDAK

3. Berapa lama anda di depan TV setiap harinya ?
a. <90 menit b. ≥90 menit

4. Berapa meter jarak anda dengan TV ketika menonton TV ?
a. < 1,5 meter b. ≥1,5 meter

5. Apakah anda senang/ hobi membaca ?
a. YA b. TIDAK

6. Berapa jarak mata anda dengan buku ketika sedang membaca ?
a. < 30 cm b. ≥30cm

7. Apakah anda sering menggunakan komputer ?
a. Sering b. TIDAK

8. Berapa lama anda di depan computer setiap harinya ?
Jam
9. Berapa jarak pandang antara mata anda dengan komputer ?
a.30 cm b. 45 cm c. 60cm
10. Berapa lama anda membaca buku setiap harinya?
Jam
11. Makanan apa yang biasa anda konsumsi sehari-hari ?
a.Nasi dan lauk pauk (daging, tahu, tempe)
b.Nasi, lauk pauk dan sayuran
c.Nasi, dan sayuran.
12. Berapa Tinggi Badan , Berat Badan anda ?
(* minta petugas untuk mengukur dengan alat yang tersedia)
BB : TB:
13. .Apakah anda meminum vitamin ?
a.YA b.TIDAK
14. Bila YA, Apakah anda rutin meminumnya setiap hari/
a. YA b. TIDAK
15. Sebutkan jenis vitamin yang biasa anda konsumsi ?
16. Apakah anda suka meminum susu ?
a. YA, sering (≥ 3 kali seminggu)
b. YA, jarang (< 2 kali seminggu)
c . Tidak sama sekali
17. Apakah nilai-nilai anda di sekolah memuaskan ?
a.sangat memuaskan b.cukup c.kurang memuaskan
18. Berapa ranking anda di kelas :
19. .Apakah anda pernah mengikuti tes intelegensi ?
a. pernah b. tidak pernah

20. Bila pernah berapa nilainya ? (tuliskan dengan angka)
21. Apakah pekerjaan orangtua anda ?
22. Apakah anda senang bergaul / bersosialisasi dengan orang lain?
a. YA b. TIDAK
23. Dimana anda senang menghabiskan waktu anda sehari-hari?
a. Aktivitas di dalam rumah (misal: membaca buku, bermain komputer, menonton TV)
b. Aktivitas fisik di luar rumah (bermain layangan, sepeda, bola)
24. Apakah anda senang melakukan aktivitas fisik (mis: olahraga)?
a. YA b. TIDAK
25. Apakah anda mengikuti kegiatan ekstrakurikuler di sekolah?
a. YA b. TIDAK
26. Kegiatan ekstrakurikuler apa yang anda ikuti di sekolah?
27. Apakah anda mengikuti kegiatan OSIS di sekolah?
a. YA b. TIDAK
28. Apakah anda mengikuti kegiatan Pramuka di sekolah ?
a. YA b. TIDAK
29. Apakah anda mengikuti kegiatan di luar sekolah ?
a. YA b. TIDAK
30. Bila YA, kegiatan apa yang anda ikuti ?

LAMPIRAN 2 KUESIONER ORANGTUA

Dengan segala hormat, untuk mendukung penelitian yang dilakukan mahasiswi Universitas Kristen Maranatha sebagai salah satu syarat kelulusan program sarjana kedokteran, kami memohon kesediaan Bapak/ Ibu selaku orangtua murid dari siswa/ siswi yang menggunakan kacamata dari SMP yang bersangkutan untuk mengisi kuesioner di bawah ini, Terima Kasih atas kesediaanya.

Nama : Ibu/ Bapak

Orangtua murid dari :

SMPN : Kelas :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir

Ayah: Ibu:

Suku Bangsa :

Suku Bangsa pasangan (Suami/ Istri) :

Pendidikan terakhir : SD / SMP / SMA / Universitas (S1/ S2/ S3)

Berat badan lahir putra/ putrid anda :

a. <2500 g b. 2500 g-4000g c. >4000g

Ukuran kacamata putra/ putri anda sekarang :

Kanan : +/- Kiri : +/-

1. Apakah putra/ putrid anda lahir premature/ tidak cukup bulan ?

a. YA b. TIDAK

2. Apakah anda dan pasangan menggunakan kacamata minus/ kacamata jarak jauh (bukan kacamata baca)?

Bapak : YA / TIDAK

Ibu : YA / TIDAK

3. Apakah putra/ putri anda yang lain ada yang menggunakan kacamata?
a. YA b.TIDAK
4. Apakah putra/ putri anda ketika bayi diberikan vitamin?
A.YA b.TIDAK
5. Sebutkan jenis vitaminnya :
6. Apakah putra/ putri anda suka makan sayur/ buah-buahan?
a.YA b.TIDAK
7. Apakah putra/ putri anda pernah meminum/ diberikan tablet kalsium?
a.YA b.Ragu-ragu c.TIDAK
8. Apakah ketika balita putra/putrid anda pernah mengalami kesulitan pemberian makan?
a.YA b.TIDAK

Bila YA, terangkan : (contoh : tidak mau makan sayuran/ buah-buahan, sulit diberikan makan padat, dll)

9. Apakah putra/ putrid anda diberikan ASI ?
a. YA b.TIDAK
Bila YA, sampai usia berapa bulan/ tahun?
10. Mulai usia berapa utra/ putrid anda diberikan buah-buahan dan sayuran?
Thn
11. Bagaimana prestasi putra/ putri anda di sekolah?
a.Diatas rata-rata b. Rata-rata c. dibawah rata-rata
12. Bila putra/ putri anda pernah menjalani tes intelegensia (IQ), berapa nilainya?
13. Berapa penghasilan anda perbulan?
a. < Rp.2.000.000,- b. \geq Rp.2.000.000,-

14. Apakah putra/putri anda suka berorganisasi?
a.YA b.TIDAK
15. Apakah putra.putri anda mudah bergaul dan bersosialisasi?
a.YA b.TIDAK
16. Apakah putra/ putri anda menyukai aktivitas fisik/ olahraga?
a.YA b.TIDAK

RIWAYAT HIDUP

Nama : Aluisha Saboe
NRP : 0610057
Tempat dan tanggal lahir : Bandung , 5 Februari 1988
Alamat : Jl.Terusan Sutami 20 Bandung 40163
Riwayat Pendidikan :

SD Taruna Bakti , kota Bandung , tahun lulus 2000

SMP Taruna Bakti ,kota Bandung , tahun lulus 2003

SMUN 3 ,kota Bandung , tahun lulus 2006

2006-sekarang sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran