**KUESIONER PENELITIAN**

**DATA RESPONDEN**

Nama Responden :

Usia :

1. Apakah anda pernah Menderita Penyakit Kronis dibawah ini :
2. Diabetes Melitus ( Kencing Manis)
3. Tuberculosis
4. Lainnya, sebutkan
5. Apakah anda pernah menkonsumsi obat-obatan untuk mengatasi jerawat anda ?

Jika pernah , kapan anda terakhir mengkonsumsi obat tersebut ?

**KUESIONER**

Pada pertanyaan atau pernyataan di bawah ini , pilihlah salah satu yang menggambarkan kebiasaan anda sehari-hari dengan mengisi tanda silang (X) pada jawaban

1. Sebelum menyentuh daerah kewanitaan saya selalu mencuci tangan terlebih dahulu
2. Benar b. Salah
3. Saya sering menggunakan air dalam ember atau air tampung untuk membersihkan daerah kewanitaan
4. Benar b. Salah
5. Saya selalu membersihkan daerah kewanitaan dari arah depan (vagina) ke belakang (anus)
6. Benar b. Salah
7. Saya menggunakan rebusan daun sirih untuk membersihkan daerah kewanitaan
8. Benar b. Salah
9. Saya menggunakan sabun atau pembersih lain untuk membersihkan daerah kewanitaan
10. Benar b. Salah
11. Saya menggunakan Lactacyd untuk membersihkan daerah kewanitaan
12. Benar b. Salah
13. Setelah buang air besar atau kecil saya mengeringkan daerah kewanitaan
14. Benar b. Salah
15. Apa yang anda gunakan untuk mengeringkan daerah kewanitaan setelah buang air kecil ataupun buang air besar
16. Handuk b. Lainnya (……..)
17. Saya selalu memperhatikan kesterilan benda yang digunakan untuk mengeringkan daerah kewanitaan
18. Benar b. Salah
19. Saya pernah mencukur rambut kemaluan
20. Benar b. Salah

**Keterangan :**

1. Baik Jika jawaban benar ≥80%

 2. Buruk Jika jawaban benar < 80%

**KUESIONER VAGINITIS**

**Petunjuk pengisian kuesioner**

1. Peneliti sangat mengharapkan jawaban yang sejujur-jujurnya, karena kuesioner ini tidak berpengaruh terhadap nilai anda disekolah
2. Bacalah pertanyaan sebelum menjawab
3. Beri tanda ( X ) pada kolom yang disediakan untuk jawaban yang dipilih

YA : jika menurut responden bahwa pertanyaan itu benar

TIDAK : Jika menurut responden bahwa pertanyaan itu salah

 **Riwayat Keputihan**

1. Apakah anda pernah mengalami keputihan ?
2. Jika pernah, kapan anda terakhir mengalami keputihan ?

**Kuesioner Vaginitis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | PERTANYAAN | YA | TIDAK |
| 1 | Apakah pada saat keputihan mengeluarkan cairan berlebih disertai gatal ? |  |  |
| 2 | Apakah pada saat keputihan anda mengalami nyeri saat buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) ? |  |  |
| 3 | Apakah cairan yang keluar dari vagina berbau tidak sedap ? |  |  |
| 4 | Apakah cairan yang keluar dari vagina berbau amis seperti bau ikan  |  |  |
| 5 | Apakah cairan yang keluar sangat kental ? |  |  |
| 6 | Apakah cairan yang keluar berwarna keabu-abuan ? |  |  |
| 7 | Apakah cairan yang keluar berwarna pekat susu |  |  |
| 8 | Apakah cairan yang keluar berbih menyerupai air sabun ? |  |  |
| 9 | Apakah pada saat mengalami keputihan menimbulkan iritasi ( kemerahan ) disekitar vagina anda ? |  |  |

Keterangan :

Diagnosis vaginitis ditegakkan apabila salah satu pertanyaan jawabannya “Iya “