

KUESIONER
PENGUMPULAN DATA PRAKTIK KEBIDANAN KOMUNITAS
PRODI D-IV KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS UBUDIYAH INDONESIA

1. Enumerator/pengumpul data	:							
2. Tanggal pengumpulan data	:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
3. Desa	:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr></table>						
4. Kecamatan	:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr></table>						

I. DATA KELUARGA

A. Identitas Kepala keluarga (KK)

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| 01. Nama KK : | 04. Agama : |
| 02. Umur KK : Tahun | 05. Pekerjaan KK: |
| 03. Pendidikan : | 1. [] PNS/BUMN/TNI/POLRI |
| 1. [] Tidak Sekolah | 2. [] Petani/Berkebun |
| 2. [] SD/MI | 3. [] Pedagang |
| 3. [] SLTP | 4. [] Buruh |
| 4. [] SLTA | 5. [] Nelayan |
| 5. [] Diploma/PT | 6. [] Lain2 (sebutkan |

B. Ibu (Responden)

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 01. Nama Ibu : | 04. Agama : |
| 02. Umur Ibu : Tahun | 05. Pekerjaan Ibu: |
| 03. Pendidikan : | 1. [] PNS/BUMN/TNI/POLRI |
| 1. [] Tidak Sekolah | 2. [] Petani/Berkebun |
| 2. [] SD/MI | 3. [] Pedagang/wiraswasta |
| 3. [] SLTP | 4. [] Buruh |
| 4. [] SLTA | 5. [] Nelayan |
| 5. [] Diploma/PT | 6. [] IRT |
| | 7. [] Lain2 (sebutkan |

C. Jumlah anak dan anggota Keluarga

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 01. Jumlah anggota keluarga : orang | 03. Jumlah Anak Balita : orang |
| 02. Jumlah anak : anak | 04. Jumlah Lansia : orang |

D. Riwayat Kesehatan Keluarga (*penyakit yang pernah diderita anggota keluarga 3*

bulan terakhir)

No.	Nama anggota keluarga yang sakit	Jenis Penyakit yang pernah diderita	Lamanya Sakit	Pengobatan
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

E. Ekonomi, Sosial dan Budaya Keluarga :

01. Apakah keluarga punya pendapatan tetap:
 1. Ada
 2. Tidak tetap
02. Pendapatan keluarga per bulan Rp
 1. < 600.000
 2. 600.000 – < 799.999
 3. 800.000 – 1.000.000
 4. > 1.000.000
03. Fasilitas hiburan yang dimiliki :
 1. Televisi
 2. Tape Recorder
 3. Radio
 4. Lain-lain (sebutkan)
04. Apakah keluarga mempunyai tabungan
 1. Ya (berupa.....)
 2. Tidak
05. Tingkat pendapatan terhadap pemenuhan kebutuhan :
 1. Tidak cukup
 2. Kurang
 3. Cukup
 4. Lebih dari cukup
06. Status kepemilikan rumah
 1. Rumah Sendiri
 2. Bukan Rumah sendiri
07. Fasilitas transportasi yang dimiliki :
 1. Tidak ada
 2. Sepeda
 3. Kendaraan roda dua
 4. Kendaraan roda empat
08. Kegiatan sosial yang diikuti
 1. Arisan
 2. Pengajian
 3. PKK Desa
 4. Lain-lain (sebutkan)

II. DATA KESEHATAN LINGKUNGAN

<p>01. Bentuk bangunan rumah 1. <input type="checkbox"/> Papan/kayu 2. <input type="checkbox"/> Semi permanen 3. <input type="checkbox"/> Permanen 4. <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan)</p> <p>02. Lantai rumah : 1. <input type="checkbox"/> Tanah 2. <input type="checkbox"/> Papan/kayu 3. <input type="checkbox"/> Semen 4. <input type="checkbox"/> Tegel 4. <input type="checkbox"/> Keramik 5. <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan)</p> <p>03. Penerangan yang digunakan : 1. <input type="checkbox"/> Lampu minyak 2. <input type="checkbox"/> Listrik 3. <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan)</p>	<p>09. Jarak Septik tank/WC dari sumber air : 1. <input type="checkbox"/> Kurang 10 meter 2. <input type="checkbox"/> ≥ 10 meter</p> <p>10. Tempat pembuangan sampah : 1. <input type="checkbox"/> Kebun 2. <input type="checkbox"/> Sungai/Danau 3. <input type="checkbox"/> Ada tempat khusus 4. <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan)</p> <p>11. Cara penggunaan air minum keluarga : 1. <input type="checkbox"/> Dimasak 2. <input type="checkbox"/> Tidak dimasak 3. <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan)</p> <p>12. Apakah air yang digunakan berwarna : 1. <input type="checkbox"/> Ya (Warna) 2. <input type="checkbox"/> Tidak</p>
---	--

<p>04. Ventilasi rumah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Tidak ada ventilasi 2. <input type="checkbox"/> Ada tidak mencukupi 3. <input type="checkbox"/> Ada dan memadai <p>05. Apakah ruang dapur terpisah dari ruang lainnya :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Tidak 2. <input type="checkbox"/> Ya <p>06. Sumber air keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Air sungai/kolam 2. <input type="checkbox"/> Air hujan 3. <input type="checkbox"/> Air sumur /Mata air 4. <input type="checkbox"/> Sumur pompa 5. <input type="checkbox"/> PAM/Ledeng 6. <input type="checkbox"/> Lain (sebutkan) <p>07. Tempat buang air besar (BAB) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sungai/kolam 2. <input type="checkbox"/> Kebun/sawah 3. <input type="checkbox"/> MCK Umum 4. <input type="checkbox"/> WC/Jamban Keluarga 5. <input type="checkbox"/> Lain (sebutkan) <p>08. Jenis WC keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> WC cemplung 2. <input type="checkbox"/> Leher angsa 	<p>13. Apakah air yang digunakan berasa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Ya (Rasa) 2. <input type="checkbox"/> Tidak <p>14. Apakah air yang digunakan berbau :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Ya (Bau apa) 2. <input type="checkbox"/> Tidak <p>15. Pembuangan air limbah keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Kolam 2. <input type="checkbox"/> Sungai/Danau 3. <input type="checkbox"/> Selokan Umum 4. <input type="checkbox"/> SPAL khusus 5. <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) <p>16. Jarak Tempat pembuangan air limbah dengan sumber air :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> < 10 meter 2. <input type="checkbox"/> ≥ 10 meter <p>17. Apakah ada hewan ternak :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Ya (sebutkan.....) 2. <input type="checkbox"/> Tidak ada <p>18. Letak kandang ternak :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Dalam rumah 2. <input type="checkbox"/> Dikolong rumah 3. <input type="checkbox"/> Menempel dengan dinding rumah 4. <input type="checkbox"/> Terpisah dari rumah (...m)
---	--

III. PEMANFAATAN PEKARANGAN

<p>01. Apakah ada lahan pekarangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Ya 2. <input type="checkbox"/> Tidak 	<p>02. Apakah pekarangan dimanfaatkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Ya 2. <input type="checkbox"/> Tidak 																								
<p>03. Jenis tanaman pekarangan :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Sayuran</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">[] Ya</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">[] Tidak</td> </tr> <tr> <td>2. Tanaman Obat</td> <td style="text-align: center;">[] Ya</td> <td></td> <td style="text-align: center;">[] Tidak</td> </tr> <tr> <td>3. Buah-buahan</td> <td style="text-align: center;">[] Ya</td> <td></td> <td style="text-align: center;">[] Tidak</td> </tr> <tr> <td>4. Tanaman keras</td> <td style="text-align: center;">[] Ya</td> <td></td> <td style="text-align: center;">[] Tidak</td> </tr> <tr> <td>5. Bunga</td> <td style="text-align: center;">[] Ya</td> <td></td> <td style="text-align: center;">[] Tidak</td> </tr> <tr> <td>6. Lain (.....)</td> <td style="text-align: center;">[] Ya</td> <td></td> <td style="text-align: center;">[] Tidak</td> </tr> </table>		1. Sayuran	[] Ya		[] Tidak	2. Tanaman Obat	[] Ya		[] Tidak	3. Buah-buahan	[] Ya		[] Tidak	4. Tanaman keras	[] Ya		[] Tidak	5. Bunga	[] Ya		[] Tidak	6. Lain (.....)	[] Ya		[] Tidak
1. Sayuran	[] Ya		[] Tidak																						
2. Tanaman Obat	[] Ya		[] Tidak																						
3. Buah-buahan	[] Ya		[] Tidak																						
4. Tanaman keras	[] Ya		[] Tidak																						
5. Bunga	[] Ya		[] Tidak																						
6. Lain (.....)	[] Ya		[] Tidak																						

IV. PELAYANAN KESEHATAN KELUARGA

<p>01. Apabila keluarga sakit kemana berobat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Mengobati sendiri 2. <input type="checkbox"/> Dukun 3. <input type="checkbox"/> Mantri kesehatan 4. <input type="checkbox"/> Dokter 5. <input type="checkbox"/> Lain (sebutkan) 	<p>07. Apakah anggota keluarga pernah sakit gigi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Tidak 2. <input type="checkbox"/> Ada (Siapa.....) <p>08. Jika sakit gigi, tindakan yang dilakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Berobat ke dokter/klinik gigi
--	--

<p>02. Tempat pelayanan kesehatan yang sering dikunjungi keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Posyandu 2. <input type="checkbox"/> Pustu 3. <input type="checkbox"/> Puskesmas 4. <input type="checkbox"/> Rumah Sakit 5. <input type="checkbox"/> Klinik/Tempat praktek Nakes 6. <input type="checkbox"/> Lain (sebutkan) <p>03. Jarak rumah dengan tempat pelayanan Kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> < 3 km 2. <input type="checkbox"/> 3 - 5 km 3. <input type="checkbox"/> > 5 km <p>04. Kapan anggota keluarga dibawa ke tempat pelayanan kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Rutin walaupun tidak sakit 2. <input type="checkbox"/> Ketika ada gejala sakit 3. <input type="checkbox"/> Ketika sakit berat <p>05. Apakah ibu menggunakan alat kontrasepsi :</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Tidak 2. <input type="checkbox"/> Ya</p> <p>06. Jenis kontrasepsi yang digunakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Pil 2. <input type="checkbox"/> Suntik 3. <input type="checkbox"/> Implan 4. <input type="checkbox"/> Kondom 5. <input type="checkbox"/> IUD 	<ol style="list-style-type: none"> 2. <input type="checkbox"/> minum obat 3. <input type="checkbox"/> Minum ramuan tradisional 4. <input type="checkbox"/> Memasukkan obat ke lubang gigi 5. <input type="checkbox"/> Membiarkan saja 6. <input type="checkbox"/> Lain (sebutkan) <p>09. Berapa kali sehari menyikat gigi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 1 kali 2. <input type="checkbox"/> 2 kali 3. <input type="checkbox"/> 3 kali 4. <input type="checkbox"/> Tidak tentu 5. <input type="checkbox"/> Tidak pernah <p>10. Berapa kali periksa gigi ke dokter/klinik gigi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 6 bulan sekali 2. <input type="checkbox"/> 1 kali setahun 3. <input type="checkbox"/> Bila sakit gigi 4. <input type="checkbox"/> Tidak pernah
---	---

Apakah keluarga ibu saat ini mempunyai :

1. Balita*) (Lanjut Ke Form 2)
2. Ibu Hamil (Lanjut Ke Form 3)
3. Bufas/busui (Lanjut Ke Form 4)
4. Anggota keluarga sakit (Lanjut Ke Form 5)



*Keterangan *). Jika > 1 balita dalam keluarga, pilih balita termuda*

Lampiran.5**DATA BALITA**

01. Nama Balita :

.....

02. Tgl. Lahir :/...../.....

03. Jenis Kelamin : [] Laki [] Perempuan

04. Apakah Balita punya KMS :

1. [] tidak 2. [] ada

05. Berat Badan : Kg

06. Apakah 6 bulan terakhir mendapat Vit. A:

1. [] Tidak
2. [] Ya (dimana

07. Apakah 3 bulan terakhir ditimbang :

1. [] Tidak pernah 4. [] 2x berturut
2. [] 1 kali 5. [] 3 kali
3. [] 2x tdk berturut

08. Apakah Balita ada dapat imunisasi :

1. [] Tidak
2. [] Ya (dimana

09. Apakah saat setelah lahir diberi colostrum :

1. [] Tidak (alasan))
2. [] Ya

10. Apakah saat ini balita masih diberi ASI :

1. [] Tidak (alasan))
2. [] Ya

11. Kapan pertama kali bayi diberi makanan selain ASI :

1. [] Sejak lahir
2. [] < 4 bulan
3. [] Setelah 4 atau 6 bulan

12. Apakah balita ada mendapat PMT

1. [] Tidak
2. [] Ya (Jenisnya.....

13. Frekuensi pemberian makan sehari :

1. [] 1 kali 3. [] 3 kali
2. [] 2 kali 4. [] > 3 kali

14. Status Imunisasi:

BCG	[] Ya	[] Tidak
DPT 1	[] Ya	[] Tidak
DPT 2	[] Ya	[] Tidak
DPT 3	[] Ya	[] Tidak
POLIO 1	[] Ya	[] Tidak
POLIO 2	[] Ya	[] Tidak
POLIO 3	[] Ya	[] Tidak
POLIO 4	[] Ya	[] Tidak
CAMPAK	[] Ya	[] Tidak
HEPATITIS 1	[] Ya	[] Tidak
HEPATITIS 2	[] Ya	[] Tidak
HEPATITIS 3	[] Ya	[] Tidak

15. Apakah balita pernah sakit gigi:

1. [] Tidak 2. [] Ada

16. Jika sakit gigi, tindakan yang dilakukan:

1. [] Berobat gigi
2. [] Mencabut gigi
3. [] Tambal gigi
4. [] Lain (sebutkan

17. Apakah balita menyikat gigi:

1. [] tidak 2. [] Ada

18. Berapa kali sehari menyikat gigi:

1. [] 1 kali
2. [] 2 kali
3. [] 3 kali
4. [] Tidak tentu
5. [] Tidak pernah

DATA IBU HAMIL

<p>Identitas Bumil :</p> <p>01. Nama Bumil :</p> <p>02. Umur Ibu : Tahun</p> <p>03. Usia Kehamilan : bulan/minggu</p> <p>04. Berat Badan sebelum hamil : Kg</p> <p>05. Berat Badan saat ini : kg</p> <p>06. Gravida Partus Abortus</p> <p>Pelayanan Kesehatan Bumil :</p> <p>07. Apakah Punya KMS Bumil : 1. <input type="checkbox"/> tidak 2. <input type="checkbox"/> ada</p> <p>08. Apakah ada mendapat Tablet Besi : 1. <input type="checkbox"/> tidak 2. <input type="checkbox"/> Ya (jumlah : tablet)</p> <p>09. Apakah ada ditimbang : 1. <input type="checkbox"/> Tidak pernah 2. <input type="checkbox"/> Ada tidak rutin 3. <input type="checkbox"/> Rutin tiap bulan</p> <p>10. Apakah ada imunisasi TT : 1. <input type="checkbox"/> tidak pernah 2. <input type="checkbox"/> 1 kali 3. <input type="checkbox"/> 2 kali</p> <p>11. Apakah ada pemeriksaan kehamilan 1. <input type="checkbox"/> tidak 2. <input type="checkbox"/> Ya (frekuensi : kali)</p> <p>12. Tempat pemeriksaan kehamilan : [] Dokter [] Posyandu [] Bidan [] Rumah Sakit [] Puskesmas [] Dukun</p> <p>13. Masalah kesehatan selama hamil : [] Mual [] Kaki keram [] Muntah [] Kaki kesemutan [] Pusing [] Keputihan [] Kejang [] Perdarahan [] Sesak [] Mata berkunang [] Oedema [] Lain</p> <p>14. Perawatan Payudara selama hamil: 1. <input type="checkbox"/> Sudah 3. <input type="checkbox"/> Tidak pernah 2. <input type="checkbox"/> Belum</p>	<p>15. Apakah pernah periksa kadar Hb : 1. <input type="checkbox"/> Tidak 2. <input type="checkbox"/> Ya (berapa : mg%)</p> <p>16. Apakah pernah diperiksa Tekanan Darah : 1. <input type="checkbox"/> Tidak 2. <input type="checkbox"/> Ya (berapa kali:.....</p> <p>Pola Makan Selama Hamil :</p> <p>17. Frekuensi makan sehari-hari : 1. <input type="checkbox"/> Sama seperti sebelum hamil 2. <input type="checkbox"/> Dua kali lebih banyak 3. <input type="checkbox"/> Tidak tentu</p> <p>18. Apakah ada makanan tambahan selama hamil: 1. <input type="checkbox"/> tidak 2. <input type="checkbox"/> Ya (Jenisnya :.....)</p> <p>19. Apakah ada makanan pantangan selama hamil: 1. <input type="checkbox"/> tidak 2. <input type="checkbox"/> Ya (Apa :.....)</p> <p>Riwayat Kehamilan Sebelumnya :</p> <p>20. Apakah pernah mengalami keguguran : 1. <input type="checkbox"/> Ya (usia.....mgg. Hamil Ke) 2. <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>21. Kesulitan kehamilan yang pernah dialami : [] Perdarahan [] Molahatidosa [] Kelainan otak [] Kejang [] Lain</p> <p>22. Jarak kehamilan sebelumnya dengan sekarang: 1. <input type="checkbox"/> < 2 tahun 2. <input type="checkbox"/> 2 tahun 3. <input type="checkbox"/> > 2 tahun</p>
--	---

Lampiran.7

DATA IBU NIFAS DAN MENYUSUI

<p>Identitas Bufas/Busui :</p> <p>01. Nama Ibu :</p> <p>02. Umur Ibu : Tahun</p> <p>03. Anak Ke :</p> <p>Pelayanan Kesehatan bufas/busui:</p> <p>04. Apakah Mendapat vitamin A : 1. <input type="checkbox"/> tidak 2. <input type="checkbox"/> ada</p> <p>05. Pemeriksaan kesehatan : <input type="checkbox"/> Dokter <input type="checkbox"/> Perawat <input type="checkbox"/> Bidan <input type="checkbox"/> Dukun <input type="checkbox"/> Lain (sebutkan</p> <p>06. Apakah ada makanan pantangan selama nifas/menyusui: 1. <input type="checkbox"/> tidak 2. <input type="checkbox"/> Ya (Apa :.....)</p> <p>07. Porsi makan selama nifas : <input type="checkbox"/> Meningkat <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Tetap <input type="checkbox"/> Tak ada nafsu makan</p> <p>08. Apakah ibu menyusui : 1. <input type="checkbox"/> tidak (alasan.....) 2. <input type="checkbox"/> Ya</p> <p>09. Umur anak masih diberi ASI : 1. <input type="checkbox"/> 0 – 6 bulan 2. <input type="checkbox"/> 6 – 12 bulan 3. <input type="checkbox"/> 12 – 18 bulan 4. <input type="checkbox"/> 18 – 24 bulan 5. <input type="checkbox"/> > 24 bulan</p> <p>10. Frekuensi menyusui : 1. <input type="checkbox"/> Bila anak menangis 2. <input type="checkbox"/> 8 kali/hari 3. <input type="checkbox"/> 6 kali/hari 2. <input type="checkbox"/> Lain (sebutkan</p> <p>11. Lamanya menyusui : 1. <input type="checkbox"/> 5 menit 2. <input type="checkbox"/> 10 menit 3. <input type="checkbox"/> 15 menit 2. <input type="checkbox"/> Lain (sebutkan</p>	<p>12. Cara menyusui : 1. <input type="checkbox"/> Hanya payudara kanan 2. <input type="checkbox"/> Hanya payudara kiri 3. <input type="checkbox"/> payudara kiri dan kanan</p> <p>13. Keadaan ASI : 1. <input type="checkbox"/> Banyak 2. <input type="checkbox"/> Sedikit 3. <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>14. Jenis Makanan Pendamping ASI 1. <input type="checkbox"/> air Tajin 2. <input type="checkbox"/> Teh manis 3. <input type="checkbox"/> Susu bubuk 4. <input type="checkbox"/> Susu kental 5. <input type="checkbox"/> lain (sebutkan</p> <p>15. Umur anak mulai disapih : 1. <input type="checkbox"/> < 6 bulan 2. <input type="checkbox"/> 6 – 12 bulan 3. <input type="checkbox"/> 1 – 2 tahun 2. <input type="checkbox"/> > 2 tahun</p> <p>16. Alasan penyapihan : 1. <input type="checkbox"/> Anak sudah besar 2. <input type="checkbox"/> Ibu hamil lagi 3. <input type="checkbox"/> ASI tidak ada lagi 4. <input type="checkbox"/> Ibu sedang sakit 5. <input type="checkbox"/> lain (sebutkan</p> <p>17. Tindakan yang dilakukan ibu sebelum menyusui bayi ; 1. <input type="checkbox"/> Langsung menyusui 2. <input type="checkbox"/> Mencuci tangan 3. <input type="checkbox"/> Membersihkan payudara dg kapas basah 4. <input type="checkbox"/> lain (sebutkan</p> <p>18. Tindakan ibu setelah menyusui : 1. <input type="checkbox"/> Langsung ditidurkan terlentang 2. <input type="checkbox"/> Menyendawakan 3. <input type="checkbox"/> lain (sebutkan</p> <p>19. Apakah ada perawatan payudara selama menyusui : 1. <input type="checkbox"/> dilakukan (alasan.....) 2. <input type="checkbox"/> Tidak (alasan</p>
---	---

Lampiran. 8

DATA KB

<p>Identitas Ibu :</p> <p>01. Nama Ibu :</p> <p>02. Umur Ibu : Tahun</p> <p>03. Jumlah Anak :</p> <p> a. Umur anak Ke -1 : Tahun</p> <p> b. Umur Anak ke-2 : Tahun</p> <p> c. Umur Anak ke-3 : Tahun</p> <p>04. Apakah anda mengikuti program KB</p> <p> 1. [] Ada</p> <p> 2. [] Tidak</p>	<p>05. Bila Ya, Jenis Kontasepsi yang di gunakan :</p> <p> 1. [] Suntik</p> <p> 2. [] Pil</p> <p> 3. [] AKDR</p> <p> 4. [] Implant</p> <p> 5. [] Vasektomi</p> <p> 6. [] Tubektomi</p> <p>06. Bila Tidak, Untuk Menjararngkan Kehamilan Anda Menggunakan : _____ (Jelaskan)</p>
--	---