

KUESIONER

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Alamat :

.....

Kode Pos :

Telepon :

Nama Ayah :

Tgl Lahir :

Pekerjaan :

Telp Kantor :

Nama Ibu :

Tgl Lahir :

Pekerjaan :

Telp. Kantor :

KEHAMILAN

Tulislah keadaan ibu saat ibu hamil anak ini, ceklis jawaban yang anda anggap tepat.

➤ Kehamilan yang beberapa kali?kali
➤ Apakah kehamilan ini direncanakan sebelumnya?	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu
➤ Apakah ada usaha pengguguran kandungan?	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu
➤ Bila ada usaha pengguguran kandungan, dengan cara apa?	<input type="radio"/> Pijat/ Urut <input type="radio"/> Obat seerti Cumourit <input type="radio"/> Jamu - jamu, arak <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Lain – lain
➤ Apakah kehamilan diperiksa secara teratur, minimal 6x selama masa kehamilan?	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Teratur <input type="radio"/> Tidak Periksa <input type="radio"/> Tidak Tahu
➤ Pada siapa pemeriksaan kehamilan?	<input type="radio"/> Dr. Dokter <input type="radio"/> Dokter <input type="radio"/> Bidan <input type="radio"/> Tidak Periksa <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Lain – lain
➤ Apakah mengalami penyakit tertentu pada masa kehamilan?	<input type="radio"/> Panas atau Demam <input type="radio"/> Panas dengan bintik – bintik merah <input type="radio"/> Infeksi pada saluran kencing <input type="radio"/> Tuberkulosis <input type="radio"/> Kontak dengan penyakit infeksi <input type="radio"/> Muntah – muntah hebat <input type="radio"/> Hipertensi/ darah tinggi <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Pembedahan <input type="radio"/> Dilakukan foto rontogen <input type="radio"/> Tidak pernah sakit <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Lain – lain
➤ Apakah makan jamu selama kehamilan?	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu
➤ Apakah selama hamil ibu makan obat tertentu, misalnya Vitamin, Zat besi, Kalsium, Hormon/ obat beli sendiri?	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu

KELAHIRAN

Tuliskan keadaan ibu dan bayi pada saat kelahiran.

<p>↗ Berapa minggu kehamilan?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">..... Minggu</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Cukup Bulan <input type="radio"/> Kurang Bulan <input type="radio"/> Lebih Bulan <input type="radio"/> Tidak Tahu </td> </tr> </table> Minggu	<input type="radio"/> Cukup Bulan <input type="radio"/> Kurang Bulan <input type="radio"/> Lebih Bulan <input type="radio"/> Tidak Tahu
..... Minggu			
<input type="radio"/> Cukup Bulan <input type="radio"/> Kurang Bulan <input type="radio"/> Lebih Bulan <input type="radio"/> Tidak Tahu			
<p>↗ Siapa yang menolong persalinan?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <input type="radio"/> Dr. Kebidanan <input type="radio"/> Dokter <input type="radio"/> Bidan <input type="radio"/> Dukun <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Lain – lain </td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Dr. Kebidanan <input type="radio"/> Dokter <input type="radio"/> Bidan <input type="radio"/> Dukun <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Lain – lain	
<input type="radio"/> Dr. Kebidanan <input type="radio"/> Dokter <input type="radio"/> Bidan <input type="radio"/> Dukun <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Lain – lain			
<p>↗ Bagaimana cara persalinan?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Ekstrasi Vakum <input type="radio"/> Ekstrasi Forseps <input type="radio"/> Kelainan Letak <input type="radio"/> Operasi <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Lain – lain </td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Ekstrasi Vakum <input type="radio"/> Ekstrasi Forseps <input type="radio"/> Kelainan Letak <input type="radio"/> Operasi <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Lain – lain	
<input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Ekstrasi Vakum <input type="radio"/> Ekstrasi Forseps <input type="radio"/> Kelainan Letak <input type="radio"/> Operasi <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Lain – lain			
<p>↗ Berapa berat badan lahir?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">..... Gram</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Tidak Tahu </td> </tr> </table> Gram	<input type="radio"/> Tidak Tahu
..... Gram			
<input type="radio"/> Tidak Tahu			
<p>↗ Berapa panjang badan bayi?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">..... Cm</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Tidak Tahu </td> </tr> </table> Cm	<input type="radio"/> Tidak Tahu
..... Cm			
<input type="radio"/> Tidak Tahu			
<p>❖ Berapakah Skor APGAR?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <input type="radio"/> Skor 7 – 10 <input type="radio"/> Skor 4 – 6 <input type="radio"/> Skor 1 – 3 <input type="radio"/> Tidak Tahu </td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Skor 7 – 10 <input type="radio"/> Skor 4 – 6 <input type="radio"/> Skor 1 – 3 <input type="radio"/> Tidak Tahu	
<input type="radio"/> Skor 7 – 10 <input type="radio"/> Skor 4 – 6 <input type="radio"/> Skor 1 – 3 <input type="radio"/> Tidak Tahu			
<p>❖ Apakah bayi langsung menangis waktu lahir?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Tidak menangis selama..... Menit </td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Tidak menangis selama..... Menit	
<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Tahu <input type="radio"/> Tidak menangis selama..... Menit			
<p>❖ Berapakah ukuran lingkaran kepala waktu lahir?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">..... Cm</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Tidak Tahu </td> </tr> </table> Cm	<input type="radio"/> Tidak Tahu
..... Cm			
<input type="radio"/> Tidak Tahu			
<p>❖ Apakah terdapat komplikasi pada ibu?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu </td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu	
<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu			

❖ Apakah terdapat komplikasi pada bayi pada saat persalinan.	<input type="radio"/> Sesak nafas <input type="radio"/> biru <input type="radio"/> Pucat <input type="radio"/> Kejang <input type="radio"/> Infeksi serius <input type="radio"/> Tidak ada <input type="radio"/> Tidak tahu <input type="radio"/> Lain – lain
❖ Apakah karena penyakit tersebut bayi memerlukan perawatan khusus	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu
❖ Apakah ada obat – obatan yang diberikan terhadap bayi setelah ia lahir?	<input type="radio"/> ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Tahu

PERKEMBANGAN MOTORIK ANAK

Tuliskan umur anak anda dapat melakukan kepandaian berikut :

Tengkurapbln
Tengkur bolak balikbln
Merayapbln
Merangkakbln
Didudukkanbln
Berdiri berpeganganbln
Berdiri lepasbln
Berjalan dituntunbln
Berjalan lepasbln

IMUNISASI

❖ CACAR	<input type="radio"/> Ya, Umur.....bln <input type="radio"/> Tidak
❖ BSG	<input type="radio"/> Ya, Umur.....bln <input type="radio"/> Tidak
❖ DPT	<input type="radio"/> Ya, Umur.....bln <input type="radio"/> Tidak
❖ POLIO	I. Umur.....bln II. Umur.....bln III. Umur.....bln

PENYAKIT DAHULU

❖ Tuliskan keadaan yang pernah dialami oleh anak	O Ya	O Tidak O Tidak Tahu
❖ Apakah anak pernah di rawat di rumah sakit?	O Ya	O Tidak O Tidak Tahu
❖ Apakah anak pernah atau sedang mendapat pengobatan jangka panjang?	O Ya	O Tidak O Tidak Tahu

RIWAYAT KELUARGA

Tuliskan data mengenai semua anak anda termasuk Abortus, meninggal dalam kandungan. Tandai dengan “x” atau “v” pada kolom L atau P sesuai jenis kelamin. Lingkari nomor anak yang sakit.

No	Jenis Kelamin		Umur	Keterangan (Sehat, Sakit, Abortus Lahir, Meninggal, dll)
	L	P		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

❖ Apakah dalam keluarga anda ada yang menderita penyakit seperti ini?	O Ya, sebutkan hubungan dengan anak O Tidak ada penyakit yang sama
---	--

