**KUESIONER**

**Gambaran Faktor Risiko Kehamilan Pada Ibu dari Balita Stunting**

**Di Desa Cikunir Wilayah Kerja Puskesmas Singaparna**

**Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2020**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Data Balita**

**Petunjuk**  | **:** | **Isilah pertanyaan berikut dengan menggunakan data bersumber dari buku KIA/ buku pink atau catatan bidan dalam pemeriksaan di bulan Januari 2021** |
| Nama | : | **….………………………………………….** |
| Umur (bulan) | : | **….…………………………………………** |
| TB (tgl bln pengukuran) | : | **….………………………………………….** |
| BB (tgl bln pengukuran) | : | **….…………………………………………** |
| Status Gizi | : | **…………………………………………….** |
|  |  |  |
| 1. **Data Ibu**
 |  |  |
| Nama | : | **….………………………………………….** |
| Pendidikan terahir | : | **….…………………………………………** |
| Pekerjaan | : | **….………………………………………….** |
|  |  |  |
| 1. **Variabel Penelitian**
 |  |  |
| **Petunjuk**  | **:** | **Isilah pertanyaan berikut dengan menggunakan data bersumber dari buku KIA/ buku pink dengan melihat informasi data pada catatan kehamilan ibu saat hamil yang terahir (balita dengan stunting)** |
| 1. Umur Ibu saat hamil balita dengan stunting
 | : | ….……………… tahun |
| 1. Kunjungan ANC
 |  |  |
| - Usia 0 - 3 bulan ( 0 sd 12 minggu) | : | ….…………….… kali |
| - Usia 4 - 7 bulan ( 13 sd 28 minggu) | : | ….……………… kali |
| - Usia 8 - 9 bulan (28 sd 40 minggu) | : | ….……………… kali |
| 1. Kadar Haemoglobin (Hb) (lihat catatan pemeriksaan laboratorium)
 | : | ….……………… gr %. |
| 1. Tinggi badan ibu
 | : | ….……………… cm |
| 1. LILA (lingkar lengan atas)
 | : | ….……………… cm |
| 1. Komplikasi/masalah kehamilan (lihat catatan hasil pemeriksaan dokter)
 | : | ….………………………………………. |