**LAMPIRAN 1**



# KUESIONER PENELITIAN

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA IBU HAMIL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KASSI-KASSI TAHUN 2017**

|  |
| --- |
| **A. IDENTIFIKASI** |
| A1 | No. Responden : |  |
| A2 | Usia Kehamilan : | **\_\_\_\_** minggu |
| A3 | Trismester : | **\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| A2 | Berapa rata-rata berat badan anda sebelum hamilBerapa berat badan anda pada K1 (berdasarkan buku KIA)Berapa berat badan terakhir anda K2/K3/K4(berdasarkan buku KIA) | \_\_\_\_kg\_\_\_\_kg\_\_\_\_kg |
| A5 | Penambahan Berat Badan : BB (2) – BB (1)1. Normal 2. Tidak Normal | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **B. IDENTITAS RESPONDEN** |
| B1 | Nama responden : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B2 | Umur : \_\_\_\_\_\_\_ (tahun) |  |
| B3 | Pendidikan : 1. Tidak Sekolah 2. SD 3. SLTP 4. SLTA 5. D3/PT |  |
| B4 | Pekerjaan : 1. Tidak Bekerja 2. IRT 3. Wiraswasta 4. Buruh 5. PNS 6. TNI/POLRI 7. Pegawai Swasta 8. Petani 9. Nelayan 10. Pensiunan 11. Lainnya …………………… |  |
| **C. STATUS HIPERTENSI** |
| C1 | Apakah Anda mengalami hipertensi? (Observasi di buku KIA)1. Ya 2. Tidak (lanjut ke D) |  |
| C2 | Berapa tekanan darah anda ? Sistolik \_\_\_\_\_\_\_\_ Diastolik \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| C2 | Apakah ada riwayat hipertensi dalam keluarga Anda?1. YA 2. Tidak |  |
| C3 | Sudah berapa lama Anda menderita hipertensi? | \_\_\_\_\_\_ |
| C4 | Apakah Anda menggunakan obat Anti hipertensi?1. Ya (Lanjut ke D) 2. Tidak |  |
| C5 | Sudah berapa lama Anda menggunakan obat anti hipertensi? | \_\_\_\_\_\_ |
| **D. DUKUNGAN KELUARGA** |
| **DUKUNGAN MATERI** | **YA** | **TIDAK** |
| D1 | Apakah anda mendapat bantuan untuk biaya pengobatan ketika anda membutuhkannya dari keluarga? |  |  |
| D2 | Apakah ketika merasakan adanya keluhan, anda menerima bantuan obat dari keluarga untuk mengatasinya ? |  |  |
| D3 | Apakah anda mendapat pinjaman kendaraan dari keluarga ketika anda butuh untuk pergi berobat? |  |  |
| D4 | Ketika anda membutuhkan bantuan jasa dari keluarga, apakah anda mendapatkannya? |  |  |
| **DUKUNGAN INFORMASI** | **YA** | **TIDAK** |
| D5 | Apakah anda memperoleh informasi dari keluarga mengenai tempat pelayanan kesehatan untuk mengatasi keluhan yang anda rasakan, ketika anda merasakan adanya keluhan? |  |  |
| D6 | Apakah anda pernah mendapatkan nasehat dari keluarga ketika anda menghadapi satu masalah, ketika anda mengahadapi satu masalah? |  |  |
| D7 | Apakah anda mendapatkan pegajaran dari keluarga untuk mengatasi keluhan yang anda rasakan, ketika anda merasakan keluhan? |  |  |
| D8 | Apakah anda mendapatkan arahan dari keluarga untuk menyelesaikan masalah yang anda hadapi, ketika anda menghadapi suatu masalah? |  |  |
| **DUKUNGAN EMOSi** | **YA** | **TIDAK** |
| D9 | Apakah anda mendapatkan perhatian dari keluarga ketika anda membutuhkannya? |  |  |
| D10 | Apakah anda mendapat kasih sayang dari keluarga ketika anda merasa membutuhkannya? |  |  |
| D11 | Apakah ada keluarga yang mendengarkan ketika anda merasakan adanya keluhan? |  |  |
| D12 | Apakah anda mendapatkan kesenangan ketika bersama dengan keluarga? |  |  |
| **DUKUNGAN PENGHARGAAN** | **YA** | **TIDAK** |
| D13 | Apakah anda selalu mendapatkan hadiah baik berupa sanjungan maupun yang lain terkait kerja yang anda telah lakukan? |  |  |
| D14 | Apakah anda selalu dilibatkan dalam suatu pengambilan keputusan? |  |  |
| D15 | Apakah anda mendapatkan pengakuan dari keluarga atas kelebihan yang anda miliki? |  |  |

|  |
| --- |
| **E. STRES PADA IBU HAMIL** |
| Skor : 0 = tidak pernah Total skor :  1 = jarang < 68 : Tidak Stres 2 = kadang-kadang ≥ 68 : Stres 3 = sering  4 = selalu  |
| **No.** | **Pertanyaan**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Kekhawatiran tentang bayi |
| 1 | Persalian yang aman untuk anak anda |  |  |  |  |  |
| 2 | Persalinan yang aman untuk diri sendiri |  |  |  |  |  |
| 3 | Persalinan premature |  |  |  |  |  |
| 4 | Persalinan abnormal atau caesar |  |  |  |  |  |
| 5 | Dokter mungkin tidak tiba tepat waktu |  |  |  |  |  |
| 6 | Bayi mungkin tidak normal |  |  |  |  |  |
| 7 | Nyeri persalinan |  |  |  |  |  |
| 8 | Kontraksi selama kehamilan |  |  |  |  |  |
| 9 | Perilaku anda mempengaruhi janin |  |  |  |  |  |
| 10 | Berat bayi lahir |  |  |  |  |  |
|  | Kekhawatiran tentang kehamilan |
| 11 | Bayi mungkin tidak menarik |  |  |  |  |  |
| 12 | Tidak ada yang mengurus keluarga |  |  |  |  |  |
| 13 | Masa depan bayi |  |  |  |  |  |
| 14 | Dimana memulihkan diri setelah bayi lahir |  |  |  |  |  |
| 15 | Menemukan pengasuh yang baik |  |  |  |  |  |
| 16 | Berhenti bekerja demi bayi |  |  |  |  |  |
| 17 | Bayi tak seperti keluarga |  |  |  |  |  |
| 18 | Terikat oleh bayi |  |  |  |  |  |
| 19 | Nama bayi |  |  |  |  |  |
| 20 | Menurun kontak sosial kegiatan |  |  |  |  |  |
| 21 | Ruang fisik bayi |  |  |  |  |  |
| 22 | Kelamin bayi |  |  |  |  |  |
| 23 | Pemberian susu langsung atau menggunakan botol |  |  |  |  |  |
| C | Kekhawtiran tentang citra tubuh |
| 24 | Perubahan figur |  |  |  |  |  |
| 25 | Bercak gelap di wajah |  |  |  |  |  |
| 26 | Terlalu gemuk |  |  |  |  |  |
| 27 | Kontrol tubuh membesar |  |  |  |  |  |
| 28 | Aktivitas seksual melukai bayi |  |  |  |  |  |
| D | Kekhawatiran tentang karir dan gaya hidup |
| 29 | Tekanan fisik |  |  |  |  |  |
| 30 | Berat badan dan perubahan tubuh |  |  |  |  |  |
| 31 | Ketidakstabilan emosi |  |  |  |  |  |
| 32 | Mobilitas dan karir |  |  |  |  |  |
| 33 | Uang |  |  |  |  |  |
| 34 | Perubahan pola hidup |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **FREKUENSI KONSUMSI *FAST FOOD* IBU HAMIL** |
| HARI/TANGGAL : NAMA :UMUR :PEKERJAAN :Berilah tanda centang silang (X) pada kolom yang sesuai responden pilih ! |
| No | Nama makanan | Berapa kali anda mengkonsumsi makan *fast food* dalam 1 bulan terakhir ini ? |
| ≥ 1x/hari | 4-6x/pekan | 0-2x/pekan |
|  | Makanan Gorengan |  |  |  |
| 1 | Kentang goreng |  |  |  |
| 2 | Bakwan |  |  |  |
| 3 | Tahu isi |  |  |  |
| 4 | Sari laut |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Makanan kalengan /kemasan : |  |  |  |
| 5 | Ikan kaleng |  |  |  |
| 6 | Cornet |  |  |  |
| 7 | Mie instant |  |  |  |
| 8 | Cokelat |  |  |  |
|  | Makanan Asinan |  |  |  |
| 9 | Rujak  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Makanan yang dibakar |  |  |  |
| 10 | Ikan bakar |  |  |  |
| 11 | Ayam bakar |  |  |  |
| 12 | Daging bakar |  |  |  |
| 13 | Makanan Restaurant |  |  |  |
| 14 | Fried chicken |  |  |  |
| 15 | Sphagetti |  |  |  |
| 16 | Pizza |  |  |  |
| 17 | Donat |  |  |  |
| 18 | Makanan daging olahan |  |  |  |
| 19 | Jeroan |  |  |  |
| 20 | Siomay/batagor |  |  |  |