

PERTANYAAN INDIVIDU

RAHASIA

Nomor Rekomendasi Survei Statistik Sektoral: V-23.0000.001

SKI23.IND

IX. PENGENALAN TEMPAT

Prov	Kab/Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	Nomor Kode Sampel	No. Urut RT

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT SKI23.RT

X. KETERANGAN WAWANCARA INDIVIDU

1	Tanggal kunjungan pertama	- - 2023	3	Nama Pengumpul Data:	
2	Tanggal kunjungan akhir	- - 2023	4	Tanda tangan Pengumpul Data:	

XI. KETERANGAN INDIVIDU

IDENTIFIKASI RESPONDEN

1	Tuliskan nama dan nomor urut Anggota Rumah Tangga (ART)	Nama ART	Nomor urut ART:	TEMPEL STIKER BIOMEDIS DISINI
---	---	----------------	---	--

NO URUT ART UNTUK PERTANYAAN P.2, P.3, P.4 JIKA BUKAN ART DALAM RUTA INI ISIKAN KODE '00'

2	Tuliskan nama dan nomor urut Ayah kandung	Nama ART	Nomor urut ART:
3	Tuliskan nama dan nomor urut Ibu kandung	Nama ART	Nomor urut ART:
4	Untuk ART < 15 tahun/ kondisi sakit/ orang tua yang perlu didampingi, tuliskan nama dan nomor urut ART yang mendampingi	Nama ART	Nomor urut ART:

A. PENYAKIT MENULAR

[NAMA] pada pertanyaan di bawah ini merujuk pada NAMA ART yang tercatat pada pertanyaan Blok XI P.1

DIARE/ MENCRET [ART SEMUA UMUR]

A01	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita diare oleh tenaga kesehatan?	1. Ya, ≤ 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan 3. Tidak → A.03 8. Tidak tahu → A.03	
A02	Jenis tenaga kesehatan yang mendiagnosis [NAMA] diare? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK	a. Dokter b. Bidan c. Perawat	
A03	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami: ISIKAN KODE 1 JIKA “YA, ≤ 2 MINGGU TERAKHIR” KODE 2 JIKA “YA, > 2 MINGGU – 1 BULAN”	KODE 3 JIKA “TIDAK” KODE 8 JIKA “TIDAK TAHU”	
	a. BAB 3-6 kali dalam sehari	c. Kotoran/ tinja lembek atau cair	
	b. BAB > 6 kali dalam sehari		

JIKA JAWABAN A.01 DAN A.03 SEMUA BERKODE “3” ATAU “8”, LANJUT KE A.05

A04	Apakah [NAMA] minum obat untuk penyakit/ keluhan diare tersebut? ISIKAN KODE 1 JIKA “YA”, KODE 2 JIKA “TIDAK”, DAN KODE 8 JIKA “TIDAK TAHU”		
	a. Oralit	e. Antibiotik	
	b. Larutan Gula Garam (LGG)	f. Obat herbal/ tradisional	
	c. Probiotik	g. Obat Zinc (Khusus untuk balita) PERLIHATKAN BUKU PERAGA	
	d. Obat anti diare		

INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA) [ART SEMUA UMUR]

A05	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis ISPA oleh tenaga kesehatan?	1. Ya 2. Tidak → A.07	
-----	--	-----------------------	----------------------

A06	Jenis tenaga kesehatan yang mendiagnosis [NAMA] ISPA? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK	a. Dokter	☐	b. Bidan	☐	c. Perawat	☐
LANJUT KE A.09							
A07	Dalam 1 bulan terakhir, [NAMA] mengalami gejala sebagai berikut: ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK						
	a. Demam	☐	c. Pilek/ hidung tersumbat				☐
	b. Batuk kurang dari 2 minggu	☐	d. Sakit tenggorokan				☐
A08	Jika salah satu jawaban pada A.07 a-d berkode 1, apakah [NAMA] terkonfirmasi COVID-19 melalui pemeriksaan antigen dan atau PCR?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak periksa COVID-19					☐
PNEUMONIA/RADANG PARU [ART SEMUA UMUR]							
A09	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita radang paru (Pneumonia) oleh tenaga kesehatan?	1. Ya, kurang dari 1 bulan terakhir 3. Tidak → A.11 2. Ya, 1 – 12 bulan yang lalu 8. Tidak tahu → A.11					☐
A10	Jenis tenaga kesehatan yang mendiagnosis [NAMA] radang paru (Pneumonia)? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK	a. Dokter	☐	b. Bidan	☐	c. Perawat	☐
A11	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mengalami gejala sesak napas disertai gejala sebagai berikut: ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK						
	a. Demam	☐	b. Batuk	☐	c. Kesulitan bernapas dengan atau tanpa nyeri dada		☐
ART UMUR ≥ 5 TAHUN → KE A.12							
POIN d, e, dan f UNTUK ART UMUR 0-59 BLN							
	d. Napas cepat	☐	e. Napas cuping hidung	☐	f. Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (PERLIHATKAN BUKU PERAGA)		☐
TUBERKULOSIS PARU (TBC PARU) [ART SEMUA UMUR]							
A12	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis TBC Paru / Flek paru oleh dokter?	1. Ya, dalam 6 bulan terakhir 3. Tidak → A.19 2. Ya, lebih dari 6 bulan					☐
A13	Pemeriksaan apa yang digunakan untuk menegakkan diagnosis tersebut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA, 2. TIDAK ATAU 7. TIDAK BERLAKU						
	a. Pemeriksaan tuberkulin/ mantoux [KHUSUS ART UMUR < 15 TAHUN]	☐	c. Pemeriksaan dahak [ART SEMUA UMUR]				☐
	b. Pemeriksaan darah untuk TB (test IGRA) [KHUSUS ART UMUR < 15 TAHUN]	☐	d. Pemeriksaan foto dada/ rontgen [ART SEMUA UMUR]				☐
A14	Jenis obat yang diterima? PERLIHATKAN BUKU PERAGA. ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK						
	a. Obat TB Kombinasi Dosis Tetap (KDT)	☐	d. Obat TB suntik				☐
	b. Obat TB Kombipak	☐	e. Obat TB lainnya, sebutkan.....				☐
	c. Obat TB lepasan	☐					
A15	Apakah [NAMA] didiagnosis TB Resisten Obat oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu					☐
A16	Apakah ada anggota keluarga atau lainnya yang bertugas sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO)?	1. Ya 2. Tidak					☐
A17	Apakah saat ini [NAMA] masih menggunakan obat TBC paru secara rutin?	1. Ya, rutin → A.22 2. Tidak rutin 3. Sembuh → A.19					☐
A18	Alasan UTAMA [NAMA] tidak minum obat TBC paru secara rutin?	1. Merasa sudah sehat 4. Minum obat tradisional 2. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek) 5. Bosan/malas/sering lupa 3. Tidak tahan efek samping obat 6. Lainnya, sebutkan					☐
LANJUT KE A.22							
A19	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah di periksa TBC Paru karena ada anggota rumah tangga (ART) lain yang menderita TBC Paru?	1. Ya 2. Tidak → A.22					☐
A20	Jika Ya, apakah [NAMA] mendapatkan Terapi/Obat Pencegahan Tuberkulosis?	1. Ya → A.22 2. Tidak					☐
A21	Alasan UTAMA [NAMA] tidak mendapatkan Terapi/Obat Pencegahan Tuberkulosis?	1. Merasa tidak gejala/sakit 3. Tidak diberi oleh Nakes 2. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek) 4. Lainnya, sebutkan					☐
HEPATITIS/ SAKIT LIVER/ SAKIT KUNING [ART SEMUA UMUR]							
A22	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita hepatitis oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak					☐
MALARIA [ART SEMUA UMUR]							
A23	Dalam 1 tahun terakhir, Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Malaria dengan pemeriksaan darah oleh dokter?	1. Ya, < 1 bulan terakhir 3. Tidak → A.27 2. Ya, 1 – 12 bulan					☐
A24	Apakah [NAMA] diberi obat malaria sebagai berikut? (PERLIHATKAN BUKU PERAGA) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK						
	a. Artemisinin (ACT) 3 hari + Primaquin 1 hari	☐	c. Obat malaria lainnya, sebutkan.....				☐
	b. Artemisinin (ACT) 3 hari + Primaquin 14 hari	☐					
A25	Apakah [NAMA] minum obat malaria tersebut sampai habis?	1. Ya → A.27 2. Tidak					☐

A26	Alasan UTAMA [NAMA] tidak minum obat malaria sampai habis?	1. Merasa sudah sehat 2. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek)	3. Minum obat tradisional 4. Bosan/malas/sering lupa 5. Lainnya, sebutkan.....	☐
DEMAM BERDARAH DENGUE [ART SEMUA UMUR]				
A27	Dalam 1 tahun terakhir, Apakah [NAMA] pernah didiagnosis demam berdarah oleh dokter?	1. Ya → A.29 2. Tidak		☐
A28	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita DEMAM disertai dengan tanda dan gejala dibawah ini secara bersamaan? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Sakit kepala terutama bagian depan kepala/pusing	☐	f. Lemas	☐
	b. Nyeri sekitar bola mata	☐	g. Kaki/ tangan dingin	☐
	c. Nyeri otot/nyeri sendi	☐	h. Bintik-bintik merah di bawah kulit	☐
	d. Nyeri di uluhati/ perut kiri atas	☐	i. Mimisan	☐
	e. Mual/muntah/ tidak nafsu makan	☐		
FILARIASIS/ KAKI GAJAH [ART SEMUA UMUR] (CEK BUKU PERAGA, CEK PEDOMAN WILAYAH KAB/KOTA PENERIMA POPM FILARIASIS)				
A29	Dalam 5 tahun terakhir, Apakah [NAMA] pernah diberikan obat pencegahan filariasis (<i>diethylcarbamazine citrate</i> dan atau albendasol) oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau kader?	1. Ya 2. Tidak → A.32	3. Bukan wilayah prioritas POPM Filariasis → A.33	☐
A30	Apakah obat diminum didepan tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau kader?	1. Ya dihabiskan sesuai anjuran → A.33 2. Ya diminum sebagian	3. Tidak diminum sama sekali 4. Tidak diminum di depan tenaga kesehatan/kader → A.33	☐
A31	Alasan UTAMA [NAMA] tidak minum obat sebagian atau seluruhnya	1. Merasa tidak sakit 2. Takut ada efek samping obat		☐
		3. Takut karena obatnya besar 4. Sedang sakit		☐
		5. Lupa 6. Lainnya, sebutkan:		☐
LANJUT KE A.33				
A32	Alasan UTAMA [NAMA] tidak mendapat Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM)?	1. Sedang Hamil 3. Tidak ditempat saat pembagian 5. Tidak tahu ada pembagian 7. Menolak pemberian obat 2. Belum lahir 4. Yang dapat hanya yang positif kaki 6. Takut 8. Lainnya, sebutkan:		☐
A33	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita kaki gajah (filariasis) oleh dokter?			☐
	1. Ya, sebelum dan pada tahun 2021 2. Ya, pada tahun 2022 3. Ya, pada tahun 2023 4. Tidak pernah			☐

B. PENYAKIT TIDAK MENULAR				
ASMA/ MENGI/ BENGEK [ART SEMUA UMUR]				
B01	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis asma oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak → B.04		☐
B02	Umur berapa [NAMA] pertama kali didiagnosis asma? ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT	 tahun		☐
B03	Dalam 12 bulan terakhir, apakah asma [NAMA] pernah kambuh?	1. Ya 2. Tidak		☐
KANKER [ART SEMUA UMUR]				
B04	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit kanker oleh dokter?	1.Ya 2.Tidak → B.07		☐
B05	Umur berapa [NAMA] pertama kali didiagnosis kanker? ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT	tahun		☐
B06	Apakah [NAMA] telah menjalani pengobatan kanker seperti di bawah ini : ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK			
	a. Pembedahan/operasi	☐	c. Kemoterapi	☐
	b. Radiasi/penyinaran	☐	d. Lainnya, Sebutkan	☐
DIABETES MELLITUS/ KENCING MANIS [ART SEMUA UMUR]				
B07	a. Apakah [NAMA] pernah didiagnosis diabetes mellitus (DM)/ kencing manis oleh dokter?	1.Ya 2.Tidak → B.15		☐
	b. Tipe atau jenis diabetes mellitus (DM)/ kencing manis yang diderita oleh [NAMA]?	1. DM Tipe 1 3. DM dengan kehamilan 2. DM Tipe 2 8. Tidak tahu		☐
B08	Umur berapa [NAMA] pertama kali didiagnosis diabetes mellitus (DM)/ kencing manis? ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT	tahun		☐
B09	Jenis pengobatan apa yang diperoleh [NAMA]? PERLIHATKAN BUKU PERAGA ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK			
	a. Obat Anti DM dari tenaga medis	☐	c. Obat Anti DM membeli sendiri	☐
	b. Injeksi insulin	☐	d. Belum butuh Obat Anti DM → B.12	☐
B10	Apakah [NAMA] minum/suntik obat anti diabetes sesuai petunjuk dokter? JIKA B07b BERKODE 3 DITANYAKAN MINUM/SUNTIK OBAT DM SAAT DIDIAGNOSIS	1.Ya, sesuai petunjuk dokter → B.12 2.Tidak sesuai petunjuk dokter		☐
B11	Alasan UTAMA [NAMA] tidak minum/suntik obat DM sesuai petunjuk dokter?	1. Merasa sudah sehat 2. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek) 3. Tidak tahan efek samping obat		☐
		4. Minum obat tradisional 5. Bosan/ malas/sering lupa 6. Lainnya, sebutkan		☐

B12	Apakah [NAMA] memeriksakan ulang (kontrol) penyakit DM ke fasilitas pelayanan kesehatan?	1. Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak	☐
B13	Apakah [NAMA] pernah mendapatkan informasi/penjelasan bahwa obat DM harus diminum terus menerus/ seumur hidup?	1. Ya 2. Tidak	☐
B14	Apa yang [NAMA] lakukan untuk mengendalikan diabetes mellitus? ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK		
	a. Pengaturan makan	☐	b. Olah raga
		☐	c. Alternatif herbal
		☐	☐
LANJUT KE B.16			
B15	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: (POINT a-d DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK		
	a. Sering lapar	☐	c. sering buang air kecil & jumlah banyak
	b. sering haus	☐	d. Berat badan turun
		☐	☐
PENYAKIT JANTUNG [ART SEMUA UMUR]			
B16	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita sakit jantung oleh dokter?	1.Ya 2.Tidak → B.18	☐
B17	Umur berapa [NAMA] pertama kali didiagnosis penyakit jantung? (ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT)	tahun	☐ ☐
HIPERTENSI [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
B18	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita hipertensi oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak → B.24	☐
B19	Umur berapa [NAMA] pertama kali didiagnosis hipertensi? (ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT)	tahun	☐ ☐
B20	Apakah [NAMA] memeriksakan ulang (kontrol) penyakit hipertensi yang dialami ke fasilitas pelayanan kesehatan?	1.Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak	☐
B21	Apakah [NAMA] minum obat anti hipertensi? PERLIHATKAN BUKU PERAGA	1. Ya, teratur → B.23 2. Ya, tidak teratur 3. Tidak minum obat	☐
B22	Alasan UTAMA [NAMA] tidak teratur / tidak minum obat anti hipertensi?	1. Merasa sudah sehat 2. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek) 3. Tidak tahan efek samping obat 4. Minum obat tradisional 5. Bosan/malas/sering lupa 6. Obat HT hanya diminum saat kehamilan/ pasca persalinan 7. Lainnya, sebutkan	☐
B23	Apakah [NAMA] pernah mendapatkan informasi/penjelasan bahwa obat anti hipertensi harus diminum terus menerus/ seumur hidup?	1. Ya 2. Tidak	☐
STROKE [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
B24	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita <i>stroke</i> oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak → B.27	☐
B25	Umur berapa [NAMA] pertama kali didiagnosis <i>stroke</i> ? ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT	tahun	☐ ☐
B26	Apakah [NAMA] memeriksakan ulang (kontrol) penyakit <i>stroke</i> yang dialami ke fasilitas pelayanan kesehatan?	1.Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak	☐
PENYAKIT GINJAL KRONIS [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
B27	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis oleh dokter, menderita penyakit ginjal kronis (minimal ginjal sakit selama 3 bulan berturut-turut)?	1. Ya 2. Tidak → BLOK C	☐
B28	Umur berapa [NAMA] pertama kali didiagnosis penyakit ginjal kronis? ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT	tahun	☐ ☐
B29	Apakah [NAMA] pernah/ sedang menjalani cuci darah (haemodialisa)?	1. Ya 2. Tidak	☐

C. KESEHATAN JIWA			
ART UMUR ≥ 15 TAHUN DAN "TIDAK DIWAKILI"			
DEPRESI			
C01	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] secara terus menerus merasa sedih, depresif atau murung, hampir sepanjang hari, hampir setiap hari?	1. Ya 2. Tidak	☐
C02	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] hampir sepanjang waktu kurang berminat terhadap banyak hal atau kurang bisa menikmati hal-hal yang biasanya [NAMA] nikmati?	1. Ya 2. Tidak	☐
C03	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] merasa lelah atau tidak bertenaga hampir sepanjang waktu?	1. Ya 2. Tidak	☐
JUMLAH JAWABAN KODE "1=YA" UNTUK PERTANYAAN C01-C03			
C04	Selama 2 minggu terakhir , Apakah nafsu makan [NAMA] berubah secara mencolok atau apakah berat badan [NAMA] meningkat atau menurun tanpa upaya yang disengaja?	1. Ya 2. Tidak	☐
C05	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] mengalami gangguan tidur hampir setiap malam (kesulitan untuk mulai tidur, terbangun tengah malam, terbangun lebih dini, tidur berlebihan)?	1. Ya 2. Tidak	☐
C06	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] berbicara atau bergerak lebih lambat daripada biasanya, gelisah, tidak tenang atau mengalami kesulitan untuk tetap diam?	1. Ya 2. Tidak	☐
C07	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] kehilangan kepercayaan diri, atau apakah [NAMA] merasa tidak berharga atau bahkan lebih rendah daripada orang lain?	1. Ya 2. Tidak	☐
C08	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] merasa bersalah atau mempersalahkan diri sendiri?	1. Ya 2. Tidak	☐
C09	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] mengalami kesulitan berpikir atau berkonsentrasi, atau apakah mempunyai kesulitan untuk mengambil keputusan?	1. Ya 2. Tidak	☐

C10	Selama 2 minggu terakhir, Apakah [NAMA] berniat untuk menyakiti diri sendiri, ingin bunuh diri atau berharap bahwa [NAMA] mati?	1. Ya 2. Tidak	☐
JUMLAH JAWABAN KODE "1=YA" UNTUK PERTANYAAN C04-C10		.....	
JIKA SALAH SATU JAWABAN C.01 - C.10 BERKODE "1", LANJUT KE C.11 JIKA JAWABAN C.01 - C.10 SEMUA BERKODE "2" TIDAK, LANJUT KE C.13			
C11	Untuk semua keluhan yang disebutkan di atas (C.01 s/d C.10), apakah [NAMA] minum obat atau menjalani pengobatan medis?	1. Ya 2. Tidak → C.13	☐
C12	Apakah [NAMA] menjalani pengobatan secara rutin sesuai dengan anjuran dokter?	1. Ya 2. Tidak	☐
MASALAH KESEHATAN JIWA			
Kami akan membacakan 20 pertanyaan. Kalau kurang mengerti kami akan membacakan sekali lagi, namun kami tidak akan menjelaskan/mendiskusikan. Jika ada pertanyaan akan kita bicarakan setelah selesai menjawab ke-20 pertanyaan.			
C13	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sering menderita sakit kepala?	1. Ya 2. Tidak	☐
C14	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] tidak nafsu makan?	1. Ya 2. Tidak	☐
C15	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sulit tidur?	1. Ya 2. Tidak	☐
C16	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mudah takut?	1. Ya 2. Tidak	☐
C17	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa tegang, cemas atau kuatir?	1. Ya 2. Tidak	☐
C18	Dalam 1 bulan terakhir, apakah tangan [NAMA] gemetar?	1. Ya 2. Tidak	☐
C19	Dalam 1 bulan terakhir, apakah pencernaan [NAMA] terganggu/ buruk?	1. Ya 2. Tidak	☐
C20	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sulit untuk berpikir jernih?	1. Ya 2. Tidak	☐
C21	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa tidak bahagia?	1. Ya 2. Tidak	☐
C22	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] menangis lebih sering?	1. Ya 2. Tidak	☐
C23	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	1. Ya 2. Tidak	☐
C24	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sulit untuk mengambil keputusan?	1. Ya 2. Tidak	☐
C25	Dalam 1 bulan terakhir, apakah pekerjaan [NAMA] sehari-hari terganggu?	1. Ya 2. Tidak	☐
C26	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	1. Ya 2. Tidak	☐
C27	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] kehilangan minat pada berbagai hal?	1. Ya 2. Tidak	☐
C28	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa tidak berharga?	1. Ya 2. Tidak	☐
C29	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	1. Ya 2. Tidak	☐
C30	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa lelah sepanjang waktu?	1. Ya 2. Tidak	☐
C31	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mengalami rasa tidak enak di perut?	1. Ya 2. Tidak	☐
C32	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mudah lelah?	1. Ya 2. Tidak	☐
JUMLAH JAWABAN KODE "1=YA" UNTUK PERTANYAAN C13-C32		.....	

D. DISABILITAS / KETIDAKMAMPUAN			
D.1 KESULITAN/ HAMBATAN FUNGSI PADA ART UMUR ≥ 1 TAHUN			
Sekarang saya akan menanyakan beberapa pertanyaan mengenai kesulitan atau hambatan yang mungkin dialami [NAMA]			
D01	Apakah [NAMA] mengalami kesulitan untuk melihat (baik memakai atau tidak memakai alat bantu), selama minimal 6 bulan terakhir?	1. Tidak ada kesulitan 2. Sedikit kesulitan 3. Sangat Kesulitan 4. Tidak bisa sama sekali	☐
D02	Apakah [NAMA] memakai alat bantu lihat (kaca mata, lensa kontak, lensa tanam)?	1. Ya 2. Tidak → D.04	☐
D03	Ketika memakai alat bantu lihat, apakah [NAMA] masih mengalami kesulitan untuk melihat?	1. Tidak ada kesulitan 2. Sedikit kesulitan 3. Sangat Kesulitan 4. Tidak bisa sama sekali	☐
D04	Apakah [NAMA] mengalami kesulitan untuk mendengar (baik memakai atau tidak memakai alat bantu), seperti mendengar suara pembicaraan orang lain atau musik, selama minimal 6 bulan terakhir?	1. Tidak ada kesulitan 2. Sedikit kesulitan 3. Sangat Kesulitan 4. Tidak bisa sama sekali	☐
D05	Apakah [NAMA] memakai alat bantu dengar?	1. Ya 2. Tidak → D.07	☐
D06	Ketika memakai alat bantu dengar, apakah [NAMA] masih mengalami kesulitan untuk mendengar, seperti mendengar suara pembicaraan orang lain atau musik?	1. Tidak ada kesulitan 2. Sedikit kesulitan 3. Sangat kesulitan 4. Tidak bisa sama sekali	☐
D07	Apakah [NAMA] mengalami kesulitan untuk berjalan (baik memakai alat bantu atau bantuan orang lain atau tidak), Selama minimal 6 bulan terakhir?	1. Tidak ada kesulitan 2. Sedikit kesulitan 3. Sangat kesulitan 4. Tidak bisa sama sekali	☐

D28	Minimal selama 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] membersihkan seluruh tubuhnya/ mandi?	☐
D29	Minimal selama 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mengenakan pakaian?	☐
D30	Minimal selama 1 bulan terakhir,, seberapa sulit [NAMA] berinteraksi/ bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya?	☐
D31	Minimal selama 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] memelihara persahabatan?	☐
D32	Minimal selama 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mengerjakan pekerjaan sehari-hari?	☐

**BILA SALAH SATU PERTANYAAN DIATAS (D.21 - D.32) DIJAWAB “SEDANG”, “BERAT” ATAU “SANGAT BERAT” → LANJUT D.33
BILA DIJAWAB “TIDAK” ATAU “RINGAN” → LANJUT KE BLOK E**

D33	Fasilitas kesehatan mana yang PALING SERING dikunjungi [NAMA] jika mengalami salah satu kondisi diatas? 1. Puskesmas 3. Praktek mandiri nakes 5. Apotek 7. Tidak pergi ke Fasilitas Kesehatan 2. Rumah sakit 4. Klinik 6. Pengobatan tradisional	☐
-----	--	--------------------------

LANJUT KE BLOK E

D.4 KETIDAKMAMPUAN FISIK DAN MENTAL PADA ART UMUR ≥ 60 TAHUN

**Sekarang saya akan menanyakan keadaan kesehatan menurut penilaian [NAMA] sendiri.
Kesehatan yang dimaksud disini adalah keadaan fisik dan mental [NAMA]**

D34	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat mengendalikan keinginan buang air besar?	1. Tidak terkendali/ tak teratur atau perlu pencakar (0) 2. Kadang-kadang tak terkendali (1x/ minggu) (+5) 3. Terkendali teratur (+10)	☐
D35	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat mengendalikan keinginan kencing/ buang air kecil?	1. Tak terkendali (pakai kateter atau popok disposable) (0) 2. Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1x/24 jam) (+5) 3. Terkendali teratur (+10)	☐
D36	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat membersihkan diri sendiri (seperti: mencuci wajah, menyisir rambut, mencukur kumis, sikat gigi)?	1. Butuh pertolongan orang lain (0) 2. Mandiri (+5)	☐
D37	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat menggunakan WC sendiri (seperti: keluar masuk WC, melepas/ memakai celana, cebok, menyiram)?	1. Tergantung pertolongan orang lain (0) 2. Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain (+5) 3. Mandiri (+10)	☐
D38	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat makan minum sendiri? (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	1. Tidak mampu (0) 2. Perlu ditolong memotong makanan (+5) 3. Mandiri (+10)	☐
D39	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat berpindah dari kursi ke tempat tidur dan dari tempat tidur ke kursi (termasuk duduk di tempat tidur)?	1. Tidak mampu/ tidak dapat duduk dengan seimbang (0) 2. Perlu dibantu oleh minimal dua orang untuk bisa duduk (+5) 3. Memerlukan bantuan ringan, minimal oleh satu orang (+10) 4. Mandiri (+15)	☐
D40	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat berjalan di tempat rata (bagi pengguna kursi roda, mampu menjalankan kursi roda tanpa bantuan)?	1. Tidak mampu (0) 2. Bisa (pindah) menggunakan kursi roda (+5) 3. Berjalan dengan dibantu oleh 1 orang (bantuan fisik atau lisan) (+10) 4. Mandiri (walaupun menggunakan tongkat) (+15)	☐
D41	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat berpakaian sendiri (termasuk mengancingkan baju, memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)?	1. Tergantung orang lain (0) 2. Sebagian dibantu (mis: mengancingkan baju) (+5) 3. Mandiri (+10)	☐
D42	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat naik turun tangga sendiri?	1. Tergantung orang lain (0) 2. Butuh pertolongan (+5) 3. Mandiri (+10)	☐
D43	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat mandi sendiri?	1. Tergantung orang lain (0) 2. Mandiri (+5)	☐
D43a	JUMLAHKAN JAWABAN UNTUK PERTANYAAN D.34-D.43	.....	☐ ☐ ☐

**JIKA PENJUMLAHAN JAWABAN D.34 s.d D.43 < 40 MAKA LANJUT KE D.44
JIKA SKOR ≥ 40 LANJUT KE BLOK E**

D44	Siapa yang UTAMA merawat [NAMA] sehari-hari?	1. Keluarga terdekat (anak, cucu, keponakan, dll) 3. Tenaga terlatih merawat lansia 5. Tidak ada 2. Asisten Rumah Tangga 4. Perawat	☐
-----	---	---	--------------------------

E. KESEHATAN GIGI DAN MULUT [ART ≥ 3 TAHUN]

E01	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah kesehatan gigi? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Gigi rusak, berlubang ataupun sakit	☐	d. Gigi goyah	☐
	b. Gigi hilang karena dicabut atau tanggal sendiri	☐	e. Gigi sensitif	☐
	c. Gigi telah di tambal/ditumpat karena berlubang	☐	f. Lainnya, Sebutkan...	☐
E02	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah mulut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Gusi bengkak dan/atau keluar bisul (abses)	☐	c. Sariawan berulang minimal 4 kali	☐
	b. Gusi mudah berdarah (seperti saat menyikat gigi)	☐	d. Sariawan menetap dan tidak pernah sembuh minimal 1 bulan	☐
E03	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah berobat ke tenaga medis gigi?		1. Ya 2. Tidak ➔ E.07	☐

E04	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] dari tenaga medis gigi untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK					
	a. Pengobatan/minum obat	☐	f. Pemasangan gigi palsu			☐
	b. Konseling perawatan kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut	☐	g. Pemasangan gigi tanam (<i>Implant denture</i>)			☐
	c. Penumpatan/penambalan gigi	☐	h. Perawatan orthodonsi (behel/kawat gigi)			☐
	d. Pencabutan gigi	☐	i. Pembersihan karang gigi (<i>scaling</i>)			☐
	e. Bedah mulut	☐	j. Perawatan gusi/ <i>periodontal treatment</i>			☐
E05	Dalam 1 tahun terakhir, kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan atau pelayanan untuk mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK					
	Profesi (1)	RS (2)	Puskesmas (3)	Klinik (4)	Praktik Mandiri (5)	Lain-lain (6)
	a. Dokter gigi spesialis	☐	☐	☐	☐	☐
	b. Dokter gigi	☐	☐	☐	☐	☐
	c. Terapis gigi	☐	☐	☐	☐	☐
	d. Dokter umum/Nakes lainnya	☐	☐	☐	☐	☐
E06	Dalam 1 tahun terakhir, seberapa sering [NAMA] berobat ke tenaga medis gigi?				1. 1- 2 kali 2. >2 kali	☐

LANJUT KE E.08

E07	Alasan [NAMA] tidak pernah berobat ke tenaga medis gigi? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK (JAWABAN TIDAK DIBACAKAN)					
	a. Tidak pernah sakit gigi	☐	f. Tidak ada pelayanan kesgilit di fasyankes yang dituju			☐
	b. Merasa tidak perlu	☐	g. Tidak ada biaya berobat			☐
	c. Takut ke dokter gigi	☐	h. Tidak ada biaya transport			☐
	d. Khawatir terpapar COVID-19	☐	i. Berobat ke tukang gigi			☐
	e. Waktu tunggu pelayanan lama	☐	j. Mengobati sendiri			☐

DAMPAK PENYAKIT GIGI DAN MULUT TERHADAP KUALITAS HIDUP

E08	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah tidak masuk sekolah/kerja/tidak bisa beraktivitas karena gangguan kesehatan gigi dan mulut?	1. Ya 7. Tidak Berlaku 2. Tidak	☐
-----	---	---	--------------------------

PERILAKU HIGIENIS

E09	Apakah [NAMA] biasa menyikat gigi setiap hari?	1. Ya 2. Tidak → BLOK F 7. Tidak Berlaku → BLOK F	☐	
E10	Jika Ya, berapa kali [NAMA] sehari menyikat gigi?	1. 1 kali per hari 2. 2 kali per hari 3. >2 kali per hari	☐	
E11	Kapan saja biasanya [NAMA] menyikat gigi? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Pagi sebelum sarapan	☐	c. Sesudah makan siang	☐
	b. Pagi sesudah sarapan	☐	d. Saat mandi sore	☐
E12	Sikat gigi yang [NAMA] pakai sehari-hari adalah milik?	1. milik sendiri 2. milik bersama	☐	
E13	Apakah [NAMA] menggunakan pasta gigi?	1. Ya 2. Kadang-kadang 3. Tidak	☐	

F. FARMASI DAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL

PENGUNAAN OBAT RASIONAL [ART UMUR ≥ 15 TAHUN DAN “TIDAK DIWAKILI”]

Bila responden tidak dapat menjawab pertanyaan sendiri dan harus diwakili (cek Blok IV kolom 12 berkode 2 atau 3), maka lanjut ke SubBlok Pelayanan Kesehatan Tradisional (F10)

F01	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah membeli/memperoleh obat tanpa resep dokter atau tanpa mengunjungi RS/Puskesmas/klinik /praktik mandiri tenaga kesehatan?	1. Ya 2. Tidak → F.06	☐	
F02	Darimana [NAMA] membeli/memperoleh obat tersebut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Apotek/toko obat berizin	☐	c. Pemberian orang lain	☐
	b. Warung/toko swalayan	☐	d. Pembelian obat secara <i>online</i>	☐
F03	Apakah [NAMA] pernah mendapatkan informasi obat atau menanyakan informasi obat yang dibeli/diperoleh kepada petugas di apotek atau tenaga kesehatan lainnya?	1. Ya 2. Tidak → F.05	☐	
F04	Jenis informasi obat apa saja yang didapatkan? (POINT a-g DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Nama dan kandungan obat	☐	e. Efek samping	☐
	b. Indikasi/khasiat obat	☐	f. Waktu kedaluwarsa	☐

	c. Dosis obat	☐	g. Penyimpanan obat	☐
	d. Cara penggunaan obat	☐		
F05	Apakah [NAMA] mengetahui jenis obat yang dibeli termasuk ke dalam obat bebas (lingkaran berwarna hijau), obat bebas terbatas (lingkaran berwarna biru), atau obat keras (lingkaran merah dengan huruf 'K')?		1. Ya 2. Tidak	☐
F06	a. Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah menggunakan antibiotik yang diberikan secara oral (melalui mulut), seperti tablet, serbuk, atau sirup (contoh: amoksisilin, sefadroksil, tetrasiklin)?		1. Ya 2. Tidak → F.06d	☐
	b. Bagaimana [NAMA] memperoleh antibiotik yang terakhir kali digunakan?		1. Dengan resep dokter 2. Tanpa resep dokter	☐
	c. Darimana [NAMA] memperoleh antibiotik yang terakhir kali digunakan?	1. RS/Puskesmas/Klinik/Praktik mandiri dokter 2. Praktik mandiri tenaga kesehatan bukan dokter 3. Apotek/toko obat berizin	4. Warung 5. Pemberian orang lain 6. Pembelian obat secara online	☐
	d. Dalam 1 tahun terakhir, Apakah [NAMA] pernah membeli antibiotik tanpa resep dokter untuk mengobati diare/demam/ infeksi kulit/ sakit tenggorokan/pegal-pegal/ batuk/ sakit kepala/ pilek?		1. Ya 2. Tidak	☐
F07	Menurut [NAMA] bagaimana cara menggunakan antibiotik? (POINT a-f DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA 2. TIDAK ATAU 8. TIDAK TAHU			
	a. Antibiotik harus dihabiskan	☐	d. Sisa antibiotik dapat digunakan lagi untuk diri sendiri atau orang lain	☐
	b. Antibiotik diminum sesuai jadwal	☐	e. Bila tidak digunakan sesuai aturan, kuman menjadi kebal (resisten)	☐
	c. Antibiotik boleh dibeli tanpa resep dokter	☐	f. Antibiotik hanya digunakan untuk infeksi bakteri	☐
F08	Menurut [NAMA] seperti apa ciri-ciri obat yang rusak pada tablet, sirup, salep/krim, puyer, kapsul? (POINT a-g TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Obat pecah, retak, berlubang, menjadi bubuk	☐	e. Kapsul/puyer/tablet: lembab, lembek, basah, lengket	☐
	b. Terjadi perubahan warna, bau, rasa	☐	f. Etiket tidak terbaca/sobek	☐
	c. Wadah/kemasan rusak	☐	g. Obat kedaluwarsa	☐
	d. Cairan/salep/krim menjadi keruh, mengental, mengendap, memisah, mengeras, timbul noda, bintik-bintik, gas	☐		
F09	Apakah yang [NAMA] lakukan terhadap obat tidak bisa digunakan lagi, obat rusak atau kedaluwarsa? (POINT a-f TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN 1.YA ATAU 2.TIDAK		a. Memisahkan obat dari kemasan sebelum dibuang	☐
			b. Menghancurkan obat terlebih dahulu sebelum dibuang	☐
			c. Obat tetap disimpan	☐
			d. Obat langsung dibuang ke tempat sampah	☐
			e. Dibakar/dikubur	☐
			f. Dititipkan ke apotek/pihak ke-3	☐

PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL [ART SEMUA UMUR DAN DAPAT DIWAKILKAN]

F10	Dalam 1 tahun terakhir, Apakah [NAMA] pernah melakukan upaya kesehatan tradisional seperti bekam, jamu, atau pijat?		1. Ya 2. Tidak sama sekali → F.13	☐
F11	Siapa saja yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional tersebut? ISIKAN KODE JAWABAN 1.YA ATAU 2.TIDAK			
	a. Tenaga kesehatan atau tenaga kesehatan tradisional di RS, Puskesmas, klinik	☐	d. Penyehat tradisional	☐
	b. Praktik mandiri tenaga kesehatan	☐	e. Upaya sendiri	☐
	c. Tenaga kesehatan tradisional di Griya Sehat	☐		
F12	Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK			
	a. Ramuan jadi	☐	e. Keterampilan manual:	
	b. Ramuan buatan sendiri	☐	e.1 Pijat/akupresur	☐
	c. Keterampilan olah pikir/hipnoterapi	☐	e.2 Patah tulang	☐
	d. Keterampilan energi/tenaga dalam	☐	e.3 Akupunktur/ tusuk jarum	☐
F13	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah memanfaatkan Taman Obat Keluarga (TOGA)		1. Ya 2. Tidak	☐

G. PENGETAHUAN DAN PERILAKU

PENCEGAHAN PENYAKIT AKIBAT GIGITAN NYAMUK [ART SEMUA UMUR]

G01	Apa yang [NAMA] lakukan untuk menghindari gigitan nyamuk? (POINT a-e DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK			
	a. Tidur menggunakan kelambu tanpa insektisida	☐	d. Menggunakan repelen/ bahan-bahan pencegah gigitan nyamuk	☐
	b. Tidur menggunakan kelambu dengan berinsektisida ≤ 3 tahun	☐	e. Memakai obat nyamuk (bakar/semprot/elektrik)	☐
	c. Tidur menggunakan kelambu dengan berinsektisida > 3 tahun	☐		

JIKA ART UMUR < 3 TAHUN → LANJUT KE BLOK I

PERILAKU HIGIENIS [ART UMUR ≥ 3 TAHUN]

G02	Dimana [NAMA] biasa buang air besar (BAB)? (JAWABAN TIDAK DIBACAKAN)	1. Jamban/WC/Toilet 2. Sungai/danau/laut 3. Pantai/ tanah lapang/ kebun/ halaman	4. Kolam/sawah/selokan 5. Lubang tanah	☐
-----	---	--	---	--------------------------

JIKA ART UMUR 3-9 TAHUN → LANJUT KE G.23 JIKA ART UMUR ≥ 10 TAHUN → LANJUT KE G.03a									
PENGETAHUAN STUNTING [ART UMUR ≥ 10 TAHUN] (G03-G06 JAWABAN TIDAK DIBACAKAN)									
G03	a. Apakah [NAMA] tahu tentang anak stunting?					1. Ya 2. Tidak → G.07		☐	
	b. Menurut [NAMA] apa yang dimaksud dengan stunting? ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK								
	1) Berat badan tidak naik		☐	4) Berat badan tidak sesuai dengan Panjang/tinggi badan (Gizi kurang/wasting)		☐	7) Berat badan tidak sesuai dengan umur (berat badan kurang/underweight)		☐
	2) Gagal tumbuh		☐	5) Panjang/ tinggi badan tidak sesuai umur (pendek/stunted)		☐	8) Kurang energi kronis (KEK)		☐
	3) Kerdil/cebol		☐	6) Kurang gizi dalam waktu lama		☐	9) Anemia		☐
	c. Selama ini dari mana [NAMA] mengetahui informasi tentang stunting? JUMLAHKAN KODE JAWABAN APABILA LEBIH DARI 1 JAWABAN				1. Tenaga kesehatan/Kader 2. Keluarga/orang tua/teman/famili lain		4. Media massa (koran, radio, tv, internet) 8. Lainnya, Sebutkan		☐ ☐
G04	Menurut [NAMA] apakah penyebab stunting itu? ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK								
	a. Kurangnya asupan makanan yang bergizi			☐	d. Keturunan			☐	
	b. kurang gizi saat sebelum dan masa hamil			☐	e. Anak sering menderita sakit			☐	
	c. Kurangnya kebersihan lingkungan			☐	f. Kemiskinan			☐	
G05	Menurut [NAMA] apa dampak bila anak mengalami stunting? ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK								
	a. Risiko menderita PTM saat dewasa			☐	d. Perkembangan otak terhambat			☐	
	b. Tingkat kecerdasan berkurang			☐	e. Tingkat produktivitas rendah			☐	
	c. Pertumbuhan fisik terhambat			☐	f. Tidak memberi dampak			☐	
G06	Bagaimana cara mencegah stunting?								
	a. Bayi/anak diberi ASI eksklusif			☐	f. Ibu hamil minum TTD			☐	
	b. Bayi/anak diberi ASI selama 2 tahun			☐	g. Ibu hamil teratur periksa kehamilan minimal 6x di faskes			☐	
	c. Bayi/anak diberi makanan pendamping ASI (MP-ASI) sesuai kebutuhan gizi bayi			☐	h. Ibu hamil mengonsumsi protein hewani sesuai porsi ibu hamil			☐	
	d. Bayi/anak diimunisasi			☐	i. Lainnya, Sebutkan:			☐	
	e. Bayi/anak memantau kenaikan berat badan dan tinggi badan setiap bulan di posyandu/faskes			☐					
PERILAKU CUCI TANGAN [ART UMUR ≥ 10 TAHUN]									
G07	Apakah [NAMA] biasa mencuci tangan?					1.Ya 2. Tidak → G.11		☐	
G08	Apakah [NAMA] selalu mencuci tangan menggunakan air bersih mengalir?					1.Ya 2. Tidak		☐	
G09	Dengan menggunakan apa [NAMA] biasanya mencuci tangan?					1. Sabun 3. Keduanya 2. Hand sanitizer 4. Tidak keduanya		☐	
G10	Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? (JAWABAN DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA, 2. TIDAK ATAU 7. TIDAK BERLAKU								
	a. Sebelum menyiapkan makanan/ sebelum makan			☐	d. Setelah menggunakan pestisida/ insektisida			☐	
	b. Setiap kali tangan kotor (memegang uang, binatang, berkebun)			☐	e. Setelah menceboki balita			☐	
	c. Setelah buang air besar (BAB)			☐	f. Sebelum menyusui bayi			☐	
PERILAKU MEROKOK DAN PENGGUNAAN TEMBAKAU [ART UMUR ≥10 TAHUN]									
G11	Apakah [NAMA] pernah merokok?		1. Ya, setiap hari 2. Ya, tidak setiap hari → G.13				3. Tidak pernah merokok → G.20		☐
G12	Berapa umur [NAMA] mulai merokok setiap hari? ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT					.....		☐ ☐ tahun	
G13	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali merokok? ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT					.....		☐ ☐ tahun	
G14	Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: (JAWABAN DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK								
	a. Rokok kretek	☐	b. Rokok putih	☐	c. Rokok liting	☐	d. Elektrik	☐	e. Shisha	☐
JIKA G.14a=1 ATAU G.14b=1 ATAU G.14c=1, LANJUT KE G.15 JIKA G.14a=2 DAN G.14b=2 DAN G.14c = 2, LANJUT KE G.16									
G15	JIKA G.11= 1, G.15a DIISI KODE 1 DAN G.15b ISI JUMLAH RATA-RATA PER HARI JIKA G.11=2, G.15a DIISI KODE 2 DAN G.15b ISI JUMLAH RATA-RATA PER MINGGU								
	Rata-rata berapa batang rokok kretek/putih/liting yang [NAMA] hisap perhari ATAU per minggu beserta biayanya?		a. Satuan:		1. Batang/hari 2.Batang/minggu		☐		
			b. Jumlah		.....		☐ ☐ ☐		
			c. Biaya (harga) per bungkus		.....		Rp. ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐		

G16	Apakah [NAMA] merokok selama 1 bulan terakhir? (JAWABAN DIBACAKAN)	1. Ya, setiap hari 2. Ya, tidak setiap hari 3. Sudah berhenti merokok → G.19	☐
G17	Apakah biasanya [NAMA] merokok di dalam gedung/ruangan (tempat umum, sekolah, tempat kerja, gedung/ ruang lainnya)	1. Ya 2. Tidak	☐
G18	Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah?	1. Ya 2. Tidak	☐
LANJUT KE G.20			
G19	Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/ tidak merokok sama sekali? ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT	 tahun	☐ ☐
G20	Seberapa sering orang lain merokok di dekat [NAMA] dalam ruangan tertutup? (termasuk di rumah, tempat kerja, dan sarana transportasi)	1. Ya, setiap hari 2. Ya, tidak setiap hari 3. Tidak pernah sama sekali	☐
G21	Apakah [NAMA] MENGUNYAH TEMBAKAU (nginang, nyirih, susur) selama 1 bulan terakhir? 1. Ya, setiap hari 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak, tapi sebelumnya pernah mengunyah tembakau 4. Tidak pernah sama sekali → G.23		☐
G22	Apakah [NAMA] sebelumnya pernah mengunyah tembakau tiap hari?	1. Ya 2. Tidak	☐
KONSUMSI MAKANAN BERISIKO [ART UMUR ≥ 3 TAHUN]			
Tanyakan frekuensi konsumsi makanan berikut dalam satu hari. Jika tidak dikonsumsi setiap hari, tanyakan per minggu atau per bulan			
G23	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: (POINT a-j DIBACAKAN) ISIKAN KODE: 1. > 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 2. 1 kali per hari 4. 1 – 2 kali per minggu 6. Tidak pernah		
	a. Makanan manis	☐	f. Makanan daging/ ayam/ ikan olahan dengan pengawet
	b. Minuman manis	☐	g. Bumbu penyedap
	c. Makanan asin	☐	h. Soft drink atau minuman berkarbonasi
	d. Makanan berlemak/ berkolesterol/ gorengan	☐	i. Minuman berenergi
	e. Makanan yang dibakar	☐	j. Mie instan/ makanan instant lainnya
G24	Alasan konsumsi makanan tersebut: (POINT a-e DIBACAKAN) ISIKAN KODE: 1. Ya 2. Tidak a. Enak rasanya ☐ d. Tidak mengetahui bahaya dan risikonya ☐ b. Mudah didapatkan ☐ e. Lainnya, sebutkan ☐ c. Lebih murah ☐		
KONSUMSI BUAH DAN SAYUR (GUNAKAN BUKU PERAGA) [ART UMUR ≥ 5 TAHUN]			
G25	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] makan buah-buahan segar? JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 → LANJUT G.27	hari	☐
G26	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengonsumsi buah-buahan segar dalam satu hari dari hari-hari tersebut?	 porsi	☐ . ☐
LANJUT KE G.28			
G27	Alasan mengapa [NAMA] tidak konsumsi buah: ISIKAN KODE: 1. YA ATAU 2. TIDAK (JAWABAN DIBACAKAN) a. Tidak suka ☐ d. Bosan atau malas ☐ b. Tidak mampu beli buah ☐ e. Tidak ada manfaat yang dirasakan ☐ c. Buah tidak ada ☐ f. Lainnya, sebutkan..... ☐		
G28	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran? JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 → LANJUT KE G.30	hari	☐
G29	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran dalam satu hari dari hari-hari tersebut?	porsi	☐ . ☐
LANJUT KE G.31			
G30	Alasan mengapa [NAMA] tidak konsumsi sayur: ISIKAN KODE: 1. YA ATAU 2. TIDAK (JAWABAN DIBACAKAN) a. Tidak suka ☐ d. Bosan atau malas ☐ b. Tidak terbiasa masak sayur ☐ e. Tidak ada manfaat yang dirasakan ☐ c. Sayur tidak ada (stok/ketersediaan/harga) ☐ f. Lainnya, sebutkan..... ☐		
POLA KONSUMSI MAKANAN [ART UMUR ≥ 5 TAHUN, JAWABAN DIBACAKAN]			
Tanyakan frekuensi dalam satu hari. Jika tidak dikonsumsi setiap hari, tanyakan per minggu atau per bulan			
G31	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: ISIKAN KODE: 1. > 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 2. 1 kali per hari 4. 1 – 2 kali per minggu 6. Tidak pernah		
	a. Sereal dan hasil olahannya (Bubur nasi/nasi/ roti/mie/ Biskuit/bihun/sorghum/pasta)	☐	b. Umbi berpati dan hasil olahannya ☐

Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: (LANJUTAN) ISIKAN KODE: 1. > 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 2. 1 kali per hari 4. 1 – 2 kali per minggu 6. Tidak pernah			
c. Kacang-kacangan, biji-bijian, dan hasil olahannya	☐	f. Daging, unggas dan hasil olahannya	☐
d. Sayur dan hasil olahannya	☐	g. Ikan, kerang, udang, dan hasil olahannya	☐
e. Buah dan hasil olahannya	☐	h. Telur dan hasil olahannya	☐
i. Susu dan hasil olahannya ☐ j. Lemak dan minyak ☐ k. Gula, sirup, dan konfeksioneri ☐			
JIKA ART UMUR ≥ 10 TAHUN → LANJUT KE G.32 JIKA ART UMUR < 10 TAHUN → LANJUT KE BLOK I			
PERILAKU MINUM MINUMAN BERALKOHOL [ART UMUR ≥10 TAHUN]			
G32	Dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] mengonsumsi minuman beralkohol?		1. Ya 2. Tidak → G.36 ☐
G33	Dalam 1 bulan terakhir, jenis minuman beralkohol yang biasa [NAMA] minum dalam satu waktu? 1. Bir 3. Whisky 5. Minuman tradisional bening 7. Lainnya, sebutkan..... 2. Anggur/ arak 4. Minuman tradisional keruh 6. Minuman oplosan		☐
G34	Selama 1 bulan terakhir, berapa hari [NAMA] mengonsumsi minuman beralkohol?		☐ ☐
G35	Berapa jumlah rata-rata minuman beralkohol biasanya dikonsumsi per hari a. Satuan: 1. Gelas bir (330ml) 3. Gelas anggur (200-250 ml) 5. Botol besar (750-800 ml) 7. Sloki/gelas kecil (30-40 ml) 2. Gelas belimbing (200-250 ml) 4. Botol kecil (250-300 ml) 6. Kaleng (330 ml)		☐
b. Jumlah rata-rata per hari:			☐ ☐ , ☐
AKTIVITAS FISIK [ART UMUR ≥10 TAHUN] (PERLIHATKAN BUKU PERAGA SESUAI JENIS AKTIVITAS FISIK YANG DITANYAKAN)			
G36	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik berat, yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?		1. Ya 2. Tidak → G.39 ☐
G37	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?		hari ☐
G38	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?		a. Jam ☐ ☐ b. menit ☐ ☐
G39	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik sedang, yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?		1. Ya 2. Tidak → G.42 ☐
G40	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?		hari ☐
G41	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?		a. Jam ☐ ☐ b. menit ☐ ☐
LANJUT KE G.43			
G42	Alasan kenapa [NAMA] tidak melakukan aktivitas fisik berat maupun sedang: (POINT a-e DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK		
a. Tidak ada waktu		☐	d. Tidak ada rekan ☐
b. Malas		☐	e. Lainnya, Sebutkan:
c. Sudah Lansia		☐	
PERILAKU CEK KESEHATAN BERKALA [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
G43	Berapa kali [NAMA] biasanya melakukan cek kesehatan baik dalam keadaan sehat maupun sakit: ISIKAN KODE: 1. Minimal 1 bulan sekali 3. Minimal 6 bulan sekali 5. Lebih dari 1 tahun 7. Tidak berlaku 2. Minimal 3 bulan sekali 4. Minimal 1 tahun sekali 6. Tidak Pernah		
a. Mengukur/memonitor tekanan darah		☐	d. Mengukur lingkar perut ☐
b. Menimbang berat badan		☐	e. Mengecek kadar kolesterol total ☐
c. Mengukur tinggi badan		☐	f. Mengukur gula darah ☐
g. Skrining Kanker Serviks (Papsmeart/Tes IVA)		☐	
h. Pemeriksaan payudara (Sadari/Sadani)		☐	
G44	Jika salah satu jawaban G43a-h berkode 1-5, dimana [NAMA] PALING SERING melakukan cek kesehatan?		1. Rumah Sakit 4. Praktik Mandiri 6. Laboratorium 8. Lainnya 2. Puskesmas Tenaga Kesehatan Kesehatan 3. Klinik 5. Posyandu/Posbindu 7. Rumah
PERILAKU PENGGUNAAN TELEMEDISIN [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
G45	Dalam 1 tahun terakhir, Apakah [NAMA] pernah menggunakan layanan kesehatan online (telemedisin)?		1. Ya, pernah 2. Tidak pernah → G.47a (BACA INSTRUKSI) ☐
G46	Jenis layanan kesehatan online yang dilakukan? (POINT a-d DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN 1.YA ATAU 2.TIDAK		
a. Daftar layanan / registrasi		☐	c. Konsultasi klinis termasuk konsultasi pre-post vaksinasi ☐
b. Konseling, Informasi, dan Edukasi Kesehatan		☐	d. Telefarmasi dan persiapan pemeriksaan lab & radiologi ☐

G47a	• JIKA ART PEREMPUAN UMUR 10-19 TAHUN → G.47b • JIKA ART PEREMPUAN UMUR 20-54 TAHUN STATUS KAWIN/CERAI HIDUP/CERAI MATI → BLOK H • JIKA ART PEREMPUAN UMUR > 20 TAHUN BELUM KAWIN <u>ATAU</u> ART PEREMPUAN UMUR > 54 TAHUN → BLOK J • JIKA ART LAKI-LAKI → BLOK J				
PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH (TTD) REMAJA PUTRI [ART PEREMPUAN UMUR 10-19 TAHUN]					
G47b	Apakah [NAMA] sudah mendapat haid/ menstruasi?			1. Ya 2. Tidak → G.49	☐
G48	Sejak usia berapa [NAMA] mendapatkan haid/menstruasi?			 tahun	☐ ☐
JIKA ART PEREMPUAN UMUR 10-19 TAHUN DAN SAAT INI SEDANG HAMIL → BLOK H					
G49	Apakah [NAMA] pernah mendapat/membeli TTD? (LIHAT BUKU PERAGA)			1. Ya 2. Tidak → G.52	☐
G50	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] pernah mendapat/membeli TTD? (LIHAT BUKU PERAGA)			1. Ya 2. Tidak → BLOK J	☐
G51	Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir	1. Ya 2. Tidak → baris berikutnya	Total butir TTD yang didapat/ dibeli	Jumlah TTD yang diminum	Alasan UTAMA tidak minum/ tidak menghabiskan TTD [KODE]
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	a. Fasilitas kesehatan	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐
	b. Sekolah	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐
	c. Inisiatif sendiri	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐
	d. Lainnya, sebutkan:	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐
	KODE KOLOM 5. Alasan UTAMA tidak minum/tidak menghabiskan TTD	1. Merasa tidak perlu/tidak bermanfaat 2. Hanya diminum ketika haid 3. Lupa 4. Rasa dan bau tidak enak	5. Efek samping (mual, sembelit, BAB berwarna hitam) 6. Menganggap sebagai obat 7. Belum waktunya habis 8. Bosan	9. Lainnya	
LANJUT KE BLOK H					
G52	Alasan [NAMA] tidak mendapat/ membeli TTD	1. Tidak diberi oleh petugas 2. Persediaan TTD kosong 3. Merasa tidak perlu/tidak bermanfaat 4. Rasa dan bau tidak enak	5. Efek samping (mual, sembelit, BAB berwarna hitam) 6. Menganggap sebagai obat 7. Tidak ada uang	8. Tidak Tahu 9. Lainnya	☐
H. KESEHATAN IBU					
ART PEREMPUAN UMUR 10-54 TAHUN STATUS KAWIN/ CERAI HIDUP/ CERAI MATI					
MASA REPRODUKSI					
H01	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali hamil?			 tahun	☐ ☐
H02	Berapa kali [NAMA] pernah hamil, keguguran dan bersalin?				
	a. Gravida (kehamilan)	☐ ☐	b. Partus (melahirkan)	☐ ☐	c. Abortus (keguguran) ☐ ☐
H03	Apakah [NAMA] pernah melahirkan/keguguran pada periode 1 Januari 2018 sampai saat wawancara?			1. Ya 2. Tidak	☐
• JIKA MEMILIKI RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN MASA NIFAS PERIODE 1 JANUARI 2018 SAMPAI SAAT WAWANCARA [DITANYAKAN UNTUK KELAHIRAN TERAKHIR YANG TELAH BERAKHIR] → LANJUT KE H.04 • JIKA JAWABAN BLOK IV. P.10 BERKODE 1 "HAMIL" DAN TIDAK MEMILIKI RIWAYAT KELAHIRAN TERAKHIR YANG TELAH BERAKHIR → LANJUT KE H.60					
H04	a. Nama anak terakhir? (Jika belum diberi nama, tuliskan NN)			.....	
	b. Kapan melahirkan [NAMA ANAK]?			☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐	
	c. Apakah kehamilan tunggal atau kembar?	1. Tunggal 2. Kembar 3. Belum diketahui			☐
	d. Bagaimana hasil kehamilan?	1. Lahir hidup 2. Lahir mati 3. Lahir hidup & lahir mati 4. Keguguran			☐
	e. Pada saat hamil [NAMA ANAK], apakah kehamilan tersebut diinginkan saat itu/diinginkan kemudian/tidak diinginkan?				☐
	1. Diinginkan saat itu 2. Diinginkan kemudian 3. Tidak diinginkan				
JIKA H.04d BERKODE 1 ATAU 3 → LANJUT KE H.05					
JIKA H.04d BERKODE 2 ATAU 4 → LANJUT KE H.07					
H05	Apakah [NAMA ANAK] masih hidup?			1. Masih Hidup → H.07 2. Sudah meninggal	☐
H06	Umur waktu meninggal JIKA UMUR < 30 HARI ISIKAN DALAM HARI JIKA UMUR ≥ 30 HARI ISIKAN DALAM BULAN			a. Satuan: 1. Bulan 2. Hari	☐
				b. Umur	☐ ☐
MASA KEHAMILAN					
H07	Apakah [NAMA] memiliki buku KIA untuk kehamilan anak terakhir pada periode 1 Januari 2018 hingga saat wawancara?			1. Ya, dapat menunjukkan 2. Ya, tidak dapat menunjukkan → H.09 3. Tidak memiliki → H.09	☐

H08	Faktor risiko kehamilan yang pada ibu (CEK BUKU KIA) JUMLAHKAN KODE JAWABAN APABILA LEBIH DARI 1 JAWABAN		1. Obesitas 2. Anemia 4. Diabetes Mellitus 8. Hipertensi			16. Penyakit Jantung 32. Kekurangan Energi Kronis (KEK) 64. Lainnya, sebutkan			77. Tidak ada faktor risiko 88. Tidak ada catatan			☐ ☐ ☐	
H09	Apakah [NAMA] memeriksakan kehamilan ke tenaga kesehatan?					1. Ya 2. Tidak → H.18					☐		
H10	Berapa bulan umur kandungan [NAMA] saat memeriksakan kehamilan pertama kali?					 Bulan					☐ ☐		
H11	Pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan USG												
Tenaga yang melakukan Pemeriksaan Kehamilan (ANC) 1. Ya 2. Tidak → baris berikutnya		Umur Kehamilan			Tenaga yang melakukan USG 1. Ya 2. Tidak → baris berikutnya	Umur Kehamilan			☐				
		0-3 bulan	4-6 bulan	7 bulan - melahirkan		0-3 bulan	4-6 bulan	7 bulan - Melahirkan					
		Frekuensi ANC (min 1 kali)	Frekuensi ANC (min 2 kali)	Frekuensi ANC (min 3 kali)		Frekuensi USG (min 1 kali)	Frekuensi USG	Frekuensi USG (min 1 kali)					
		(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)			(7)	(8)	
a. Dokter kandungan		☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
b. Dokter umum		☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
c. Bidan		☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
d. Tenaga kesehatan Lainnya		☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
H12	Dimana [NAMA] paling sering melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC)?		1. RS Pemerintah/RS Swasta 2. Rumah bersalin/Klinik 3. Puskesmas			4. Pustu 5. Praktik mandiri Dokter/Bidan 6. Polindes/Poskesdes			7. Posyandu 8. Rumah			☐	
H13	Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapatkan pemeriksaan/pelayanan? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA, 2. TIDAK ATAU 3. TIDAK TAHU												
a. Pengukuran tinggi badan pertama kali		☐	h. Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)		☐	o. Tes Hb darah		☐		☐			
b. Penimbangan berat badan		☐	i. Pemberian tablet tambah darah		☐	p. Tes protein urine		☐		☐			
c. Pengukuran tekanan darah		☐	j. Tes HIV		☐	q. Konseling		☐		☐			
d. Pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA) pertama kali		☐	k. Tes Sifilis		☐	r. Konseling KB Pasca Salin		☐		☐			
e. Pemeriksaan tinggi fundus uteri		☐	l. Tes Hepatitis B		☐	s. Tata laksana kasus (Tindakan)		☐		☐			
f. Pemeriksaan letak janin		☐	m. Tes Golongan Darah (isikan kode 4 bila sudah pernah)		☐								
g. Perhitungan denyut jantung janin		☐	n. Tes gula darah sewaktu		☐								
H14	Pada saat [NAMA] sedang hamil, apakah mengikuti "Kelas Ibu Hamil"?					1. Ya → H.16 2. Tidak					☐		
H15	Alasan UTAMA [NAMA] tidak mengikuti kelas ibu hamil?		1. Pandemi COVID-19 2. Belum tahu informasi 3. Jauh			4. Transportasi sulit 5. Dilarang 6. Tidak tertarik			7. Terlalu lama 8. Lainnya, sebutkan:			☐	
LANJUT KE H.18													
H16	Berapa kali [NAMA] mengikuti kelas ibu hamil?					 Kali					☐ ☐		
H17	Adakah suami/keluarga yang mendampingi [NAMA] dalam mengikuti kelas ibu hamil?					1. Ya 2. Tidak					☐		
RIWAYAT MINUM TTD PADA MASA KEHAMILAN TERAKHIR													
H18	a. Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat/membeli tablet tambah darah (TTD)?					1. Ya 2. Tidak → H.20					☐		
		b. Berapa umur kehamilan pertama kali mendapatkan/membeli tablet tambah darah (TTD)?					 Minggu					☐ ☐	
H19	Sumber tablet tambah darah (TTD)		1. Ya 2. Tidak → baris berikutnya		Total butir TTD yang didapat/ dibeli		Jumlah TTD yang diminum		Alasan UTAMA tidak minum/ tidak menghabiskan TTD [KODE]				
		(1)	(2)		(3)		(4)		(5)				
a. Diberi oleh tenaga kesehatan/kader (TTD Program)		☐	☐		☐ ☐ ☐ butir		☐ ☐ ☐ butir		☐				
b. Membeli Sendiri/Membeli dari Nakes (Selain TTD Program)		☐	☐		☐ ☐ ☐ butir		☐ ☐ ☐ butir		☐				
KODE KOLOM 5: Alasan UTAMA tidak minum/tidak menghabiskan TTD													
1. Merasa tidak perlu/tidak bermanfaat				4. Mual/muntah karena kehamilan				7. Belum waktunya habis					
2. Lupa				5. Efek samping (mual, sembelit, BAB warna hitam)				8. Bosan					
3. Rasa dan bau tidak enak				6. Menganggap sebagai obat				9. Lainnya					
LANJUT KE H.21													
H20	Alasan [NAMA] tidak mendapat/ membeli TTD?		1. Tidak diberi oleh petugas 2. Persediaan TTD kosong 3. Merasa tidak perlu/tidak bermanfaat			4. Rasa dan bau tidak enak 5. Efek samping (mual, sembelit, BAB berwarna hitam) 6. Menganggap sebagai obat			7. Tidak ada uang 8. Tidak tahu 9. Lainnya			☐	
H21	Tanda bahaya pada kehamilan yang [NAMA] ketahui? (POIN a-g TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK												
a. Perdarahan		☐		e. Air ketuban keluar sebelum waktunya		☐							
b. Bengkak di kaki, tangan, atau wajah dan atau disertai sakit kepala		☐		f. Bayi di kandungan gerakannya berkurang atau tidak bergerak		☐							

	c. Demam atau panas tinggi	☐	g. Muntah terus atau tidak mau makan	☐
	d. Kejang	☐		
H22	Apakah [NAMA] mengalami gangguan/komplikasi sebagai berikut: (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. Muntah atau diare terus menerus B. Demam tinggi (3 hari sebelum melahirkan) C. Hipertensi D. Janin kurang bergerak E. Perdarahan banyak pada jalan lahir F. Keluar air ketuban sebelum waktunya G. Terasa sakit saat kencing H. Batuk lama (> 2 minggu) I. Sesak napas J. Jantung berdebar-debar dan nyeri dada K. Bengkak kaki L. Kejang M. Lainnya, Sebutkan: Z. Tidak ada masalah/ gangguan → H.28			
H23	Apakah [NAMA] dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat kehamilan tersebut?	1. Ya, segera 2. Ya, ada jeda waktu 3. Tidak → H.27		☐
H24	Berapa lama waktu rujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat kehamilan tersebut?	1. ≤ 30 menit 2. 1-2 jam 3. 3-5 jam 4. ≥ 6 jam		☐
H25	Ke fasilitas pelayanan kesehatan mana saja [NAMA] dirujuk? JAWABAN DAPAT > 1 TULISKAN KODE JAWABAN BERDASARKAN URUTAN RUJUKAN A. Praktek Nakes B. Puskesmas C. Klinik D. Rumah Sakit Bersalin E. Rumah Sakit Swasta F. Rumah Sakit Pemerintah			
H26	Darimana saja sumber pembiayaan rujukan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. BPJS/JKN/KIS B. Asuransi swasta C. Biaya kantor D. Biaya orang lain E. Biaya sendiri F. Jampersal G. Jamperda H. Lainnya, sebutkan:			
LANJUT KE H.28				
H27	Alasan [NAMA] tidak dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat kehamilan tersebut? JUMLAHKAN KODE JAWABAN APABILA LEBIH DARI 1 JAWABAN 1. Merasa tidak perlu 2. Tidak diijinkan keluarga 3. Masalah biaya 4. Tidak ada transportasi 5. Jarak Faskes jauh 6. Masalah keluarga yang ditinggal 7. Lainnya, Sebutkan:			☐ ☐ ☐
RIWAYAT PERSALINAN				
H28	Siapa saja yang membantu [NAMA IBU] saat persalinan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN KRONOLOGIS PENOLONG) A. Dokter Spesialis Kandungan B. Dokter Umum C. Bidan D. Perawat E. Dukun F. Lainnya, sebutkan: Z. Tidak ada yang menolong			
H29	Dimana tempat persalinan [NAMA ANAK]? 1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. Klinik 4. Puskesmas/ Pustu/ Pusling 5. Praktek dokter mandiri 6. Praktek bidan mandiri 7. Poskesdes/ Polindes 8. Rumah → H.32 9. Lainnya, sebutkan: → H.32			☐
H30	Berapa jam [NAMA IBU] dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) setelah bersalin sampai pulang?	Jam	☐ ☐ ☐	
H31	Darimana sumber pembiayaan persalinan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. BPJS/KIS B. Asuransi swasta C. Biaya kantor D. Biaya orang lain E. Biaya sendiri F. Jampersal G. Jamperda H. Lainnya, Sebutkan:			
H32	Bagaimana metode persalinan [NAMA ANAK]? 1. Normal 2. Operasi sesar 3. Vacuum 4. Forceps (memakai alat) 5. Lainnya, sebutkan:	☐		
H33	Apakah pada saat akan melahirkan, [NAMA IBU] memanfaatkan Rumah Tunggu Kelahiran?	1. Ya → H.35 2. Tidak	☐	
H34	Alasan [NAMA IBU] tidak memanfaatkan Rumah Tunggu Kelahiran? 1. Tidak tersedia 2. Belum tahu informasi 3. Tidak nyaman 4. Transportasi sulit 5. Tidak memerlukan 6. Lainnya, sebutkan:	☐		
H35	Apakah [NAMA IBU] mengalami gangguan/komplikasi sebagai berikut (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. Posisi janin melintang/sungsang B. Perdarahan C. Kejang D. Ketuban pecah dini E. Partus lama F. Lilitan tali pusar G. Plasenta letak rendah/ Placenta Previa H. Plasenta tertinggal I. Hipertensi J. Lainnya, Sebutkan: Z. Tidak ada masalah/ gangguan → H.41			
H36	Apakah [NAMA IBU] dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat bersalin tersebut?	1. Ya, segera 2. Ya, ada jeda waktu 3. Tidak → H.40	☐	
H37	Berapa lama waktu rujuk [NAMA IBU] ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat bersalin tersebut?	1. ≤ 30 menit 2. 1-2 jam 3. 3-5 jam 4. ≥ 6 jam	☐	
H38	Ke fasilitas pelayanan kesehatan mana saja [NAMA IBU] dirujuk? JAWABAN DAPAT > 1 TULISKAN KODE JAWABAN BERDASARKAN URUTAN RUJUKAN A. Praktek Nakes B. Puskesmas C. Klinik D. Rumah Sakit Bersalin E. Rumah Sakit Swasta F. Rumah Sakit Pemerintah			
H39	Darimana saja sumber pembiayaan rujukan [NAMA IBU]? JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD A. BPJS/JKN/KIS B. Asuransi swasta C. Biaya kantor D. Biaya orang lain E. Biaya sendiri F. Jampersal G. Jamperda H. Lainnya, sebutkan:			

LANJUT KE H.41				
H40	Alasan [NAMA IBU] tidak dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat bersalin tersebut? JUMLAHKAN KODE JAWABAN APABILA LEBIH DARI 1 JAWABAN 1. Merasa tidak perlu 8. Tidak ada transportasi 64. Lainnya, Sebutkan: 2. Tidak diijinkan keluarga 16. Jarak Faskes jauh 4. Masalah biaya 32. Masalah keluarga yang ditinggal			☐ ☐ ☐
RIWAYAT MASA NIFAS				
H41	Apakah setelah melahirkan, [NAMA IBU] diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan (mengunjungi/dikunjungi nakes)? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Periode 6 jam sampai dengan 2 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	☐	c. Periode 8 hari sampai 28 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	☐
	b. Periode 3 hari sampai 7 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	☐	d. Periode 29 hari sampai 42 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	☐
H42	Apakah [NAMA IBU] mengetahui tanda bahaya nifas			1. Ya 2. Tidak → H.44
H43	Tanda bahaya pada masa nifas yang [NAMA IBU] ketahui? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Perdarahan lewat jalan lahir	☐	e. Demam atau panas tinggi lebih dari 2 hari	☐
	b. Keluar cairan berbau lewat jalan lahir	☐	f. Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit	☐
	c. Bengkak di wajah, kaki dan tangan atau sakit kepala	☐	g. Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)	☐
	d. Kejang	☐		
H44	Pada waktu sesaat setelah bersalin sampai 42 hari setelah melahirkan, berapa kali [NAMA IBU] mendapat kapsul vitamin A		1. Satu kali 3. Lebih dari dua kali 2. Dua kali 4. Tidak pernah → H.46	☐
H45	Kapan saja [NAMA IBU] waktu minum vitamin A setelah bersalin? JUMLAHKAN KODE JAWABAN APABILA LEBIH DARI 1 JAWABAN		1. Sesaat setelah melahirkan 4. Lebih dari 48 jam setelah melahirkan 2. 24 jam setelah melahirkan	☐
H46	Apakah pada periode nifas (0-42 hari setelah melahirkan) [NAMA IBU] mengalami hal sebagai berikut: (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. Perdarahan banyak pada jalan lahir G. Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit B. Keluar cairan berbau dari jalan lahir H. Ibu terlihat sedih, murung/ menangis tanpa sebab (depresi) C. Bengkak di wajah, tangan dan kaki I. Hipertensi D. Sakit kepala J. Lainnya E. Kejang Z. Tidak ada masalah/ gangguan → H.52 F. Demam lebih dari 2 hari			
H47	Apakah [NAMA IBU] dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat nifas tersebut?		1. Ya, segera 3. Tidak → H.51 2. Ya, ada jeda waktu	☐
H48	Berapa lama waktu rujuk [NAMA IBU] ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat nifas tersebut?		1. ≤ 30 menit 3. 3-5 jam 2. 1-2 jam 4. ≥ 6 jam	☐
H49	Ke fasilitas pelayanan kesehatan mana saja [NAMA IBU] dirujuk? JAWABAN DAPAT > 1 TULISKAN KODE JAWABAN BERDASARKAN URUTAN RUJUKAN A. Praktek Nakes C. Klinik E. Rumah Sakit Swasta B. Puskesmas D. Rumah Sakit Bersalin F. Rumah Sakit Pemerintah			
H50	Darimana saja sumber pembiayaan rujukan [NAMA IBU]? JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. BPJS/JKN/KIS C. Biaya kantor E. Biaya sendiri G. Jamperda B. Asuransi swasta D. Biaya orang lain F. Jampersal H. Lainnya, sebutkan.....			
LANJUT KE H.52				
H51	Alasan [NAMA IBU] tidak dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat nifas tersebut? JUMLAHKAN KODE JAWABAN APABILA LEBIH DARI 1 JAWABAN 1. Merasa tidak perlu 8. Tidak ada transportasi 64. Lainnya, Sebutkan: 2. Tidak diijinkan keluarga 16. Jarak Faskes jauh 4. Masalah biaya 32. Masalah keluarga yang ditinggal			☐ ☐ ☐
H52	Apakah [NAMA IBU] memiliki/mengetahui pendamping dan kendaraan yang dapat mengantar bila terjadi kegawataduratan kehamilan/persalinan/nifas?		1. Ya 2. Tidak	☐
H53	Apakah [NAMA IBU] memiliki/mengetahui pendonor darah apabila terjadi kegawataduratan kehamilan/ persalinan/nifas?		1. Ya 2. Tidak	☐
PELAYANAN KB PASCA SALIN				
H54	Apakah setelah melahirkan, [NAMA]/ pasangan menggunakan alat/ cara kontrasepsi modern? 1. Sterilisasi wanita 4. Suntikan 3 bln 7. Pil 2. Sterilisasi pria 5. Suntikan 1 bln 8. Kondom pria 3. IUD/AKDR/Spiral 6. Implant/ Susuk KB 9. Tidak menggunakan → H.55b			☐
H55a	Kapan [NAMA]/ pasangan menggunakan alat/ cara kontrasepsi tersebut? 1. Bersamaan dengan proses persalinan 3. Setelah pulang dari Fasilitas Kesehatan sampai dengan 42 hari setelah persalinan 2. Setelah persalinan selesai, tetapi sebelum pulang dari Fasilitas Kesehatan 4. Di atas 42 hari sampai dengan 1 tahun setelah persalinan			☐
LANJUT KE H.56				
H55b	Alasan UTAMA [NAMA]/pasangan tidak menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan?		1. Masih dalam masa nifas 3. Tidak tahu 2. Tidak diizinkan suami/keluarga 4. Lainnya, sebutkan	☐

PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) IBU HAMIL PADA KEHAMILAN TERAKHIR				
H56	Apakah selama kehamilan, [NAMA] mendapatkan PMT?		1. Ya 2. Tidak → H.60	☐
H57	Berapa umur kehamilan, saat [NAMA] pertama kali mendapatkan PMT?		 bulan	
H58	Alasan ibu mendapatkan PMT saat kehamilan? (POIN a-e TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Ibu kurang gizi/KEK	☐	e. Anemia	☐
	b. Keluarga miskin	☐	f. Tidak tahu	☐
	c. Periksa hamil di posyandu	☐	g. Lainnya, sebutkan	☐
	d. Berat badan selama hamil tidak naik	☐		
H59	Isikan bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh selama kehamilan, berapa yang dihabiskan dan alasan utama tidak dihabiskan			
	Bentuk PMT	Bentuk PMT yang diperoleh 1. Ya 2. Tidak → ke baris berikutnya	Jumlah total PMT yang diperoleh	Jumlah makanan tambahan yang di konsumsi
	(1)	(2)	(3)	(4)
	a. Biskuit program	☐	bks kecil	bks kecil
	b. Pangan lokal	☐	Porsi	, Porsi
	c. Lainnya, Sebutkan	☐	Porsi/bungkus	, Porsi/bks
	KODE KOLOM 5. Alasan utama PMT tidak dihabiskan		4. Tidak suka aromanya/ baunya 5. Ada efek samping (mual, alergi, dll) 6. Lupa	7. Dimakan ART lain 8. Lainnya

JIKA TIDAK HAMIL → LANJUT KE BLOK J

PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH (TTD) IBU HAMIL PADA KEHAMILAN SAAT INI				
H60	Apakah selama kehamilan, [NAMA] pernah mendapatkan TTD?		1. Ya 2. Tidak → H.63	☐
H61	Pada usia kehamilan berapa [NAMA] mulai minum TTD? (CEK DENGAN USIA KEHAMILAN)		minggu	
H62	Sumber tablet tambah darah (TTD)	1. Ya 2. Tidak → ke baris berikutnya	Total butir TTD yang didapat/ dibeli	Jumlah TTD yang diminum
	(1)	(2)	(3)	(4)
	a. Diberi oleh tenaga kesehatan/kader (TTD Program)	☐	butir	butir
	b. Membeli Sendiri/Membeli dari Nakes (Selain TTD Program)	☐	butir	butir
	KODE KOLOM 5: Alasan UTAMA tidak minum/tidak menghabiskan TTD			
	1. Merasa tidak perlu/tidak bermanfaat 2. Lupa 3. Rasa dan bau tidak enak		4. Mual/muntah karena kehamilan 5. Efek samping (mual, sembelit, BAB warna hitam) 6. Mengganggu sebagai obat	7. Belum waktunya habis 8. Bosan 9. Lainnya

LANJUT KE H.64

H63	Alasan [NAMA] tidak mendapat/ membeli TTD?	1. Tidak diberi oleh petugas 2. Persediaan TTD kosong 3. Merasa tidak perlu/tidak bermanfaat	4. Rasa dan bau tidak enak 5. Efek samping (mual, sembelit, BAB berwarna hitam) 6. Mengganggu sebagai obat	7. Tidak ada uang 8. Tidak tahu 9. Lainnya	☐
-----	--	--	--	--	--------------------------

PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) IBU HAMIL PADA KEHAMILAN SAAT INI				
H64	Apakah selama kehamilan, [NAMA] mendapatkan PMT?		1. Ya 2. Tidak → BLOK J	☐
H65	Berapa umur kehamilan, saat [NAMA] pertama kali mendapatkan PMT?		 bulan	
H66	Alasan ibu mendapatkan PMT saat kehamilan? (POIN a – e TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Ibu kurang gizi/KEK	☐	c. Periksa hamil di posyandu	☐
	b. Keluarga miskin	☐	d. Berat badan selama hamil tidak naik	☐
			e. Anemia	☐
			f. Tidak tahu	☐
			g. Lainnya, sebutkan	☐
H67	Isikan bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh selama kehamilan, berapa yang dihabiskan dan alasan utama tidak dihabiskan			
	Bentuk PMT	Bentuk PMT yang diperoleh 1. Ya 2. Tidak → ke baris berikutnya	Jumlah total PMT yang diperoleh	Jumlah makanan tambahan yang di konsumsi
	(1)	(2)	(3)	(4)
	a. Biskuit program	☐	bks kecil	bks kecil
	b. Pangan lokal	☐	Porsi	, Porsi
	c. Lainnya, Sebutkan	☐	Porsi/bungkus	, Porsi/bks
	KODE KOLOM 5. Alasan UTAMA PMT tidak dihabiskan?		3. Terlalu manis 4. Tidak suka aromanya/ baunya 6. Lupa	7. Dimakan ART lain 8. Lainnya

I. KESEHATAN BAYI DAN BALITA

BUKU KIA [ART UMUR 0 – 59 BULAN], CEK BUKU KIA

I01	Apakah [NAMA] memiliki Buku KIA (Buku Kesehatan Ibu dan Anak)?			☐
	1. Ya, dapat menunjukkan buku KIA Kemenkes model tahun 2020	4. Ya, menunjukkan aplikasi buku KIA Digital (m-KIA) → I.04		
	2. Ya, dapat menunjukkan buku KIA Kemenkes model sebelum tahun 2020	5. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan kader/ bidan/ di posyandu) → I.03		
	3. Ya, dapat menunjukkan buku KIA cetakan pemerintah daerah/swasta (non Kemenkes)	6. Pernah memiliki, tetapi hilang → I.03		
		7. Tidak pernah memiliki → I.04		
I02	Cek isi buku KIA: ISIKAN KODE JAWABAN: 1. TERISI LENGKAP 2. TERISI TIDAK LENGKAP, 3. TIDAK TERISI, ATAU 7. TIDAK BERLAKU			
	a. Riwayat kehamilan	☐	c. Riwayat bayi baru lahir	☐
	b. Riwayat persalinan	☐	d. Pemeriksaan Kesehatan pada saat sakit	☐
			e. Pemantauan pertumbuhan	☐
			f. Pemantauan perkembangan (SDIDTK)	☐
I03	Apakah Buku KIA dimanfaatkan sebagai sumber informasi tumbuh kembang kesehatan anak [NAMA]?			1.Ya 2. Tidak ☐

KONDISI SAAT LAHIR [ART UMUR 0 – 59 BULAN], CEK BUKU KIA/DOKUMEN LAIN JIKA ADA

I04	Usia kehamilan saat [NAMA] dilahirkan?	 minggu	☐
	ISIKAN KODE '88' JIKA TIDAK MENGETAHUI USIA KEHAMILAN		
I05	a. Berapa berat badan [NAMA] saat dilahirkan?	 gram	☐
	ISIKAN KODE '8888' JIKA TIDAK MENGETAHUI BERAT BADAN LAHIR → LANJUT I.07		
	b. Sumber data Berat Badan saat dilahirkan	1. Buku KIA/Dokumen lainnya 2. Ingatan/Pengakuan Ibu	☐

JIKA BERAT LAHIR ≥ 2.500 GRAM LANJUT KE I.07

I06	Jika berat lahir [NAMA] kurang dari 2500 gram, tindakan apa yang dilakukan pada saat itu?	☐
	1. Tidak dilakukan apa-apa 3. Didekap didada dengan kulit bayi menyentuh kulit ibu dan terbungkus 4. Lainnya 8. Tidak tahu	
	2. Perawatan di inkubator (metode kanguru)	
I07	Berapa panjang badan [NAMA] saat dilahirkan?	 , cm
	ISIKAN KODE "88,8" JIKA TIDAK MENGETAHUI PANJANG BADAN LAHIR → I.09	
I08	Sumber data Panjang Badan saat dilahirkan?	1.Buku KIA/Dokumen lainnya 2. Ingatan/Pengakuan Ibu ☐
I09	Apakah [NAMA] mempunyai catatan/ dokumen lingkaran kepala?	1.Ya 2. Tidak → I.11 ☐
I10	Salin dari catatan/dokumen lingkaran kepala [NAMA]	 , cm ☐

PERAWATAN BAYI BARU LAHIR/ NEONATUS [ART UMUR 0 – 59 BULAN] CEK BUKU KIA/DOKUMEN LAIN JIKA ADA

I11	Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan?		Diperiksa di mana? [KODE]	Siapa yang memeriksa? [KODE]
	(1)	(2)	(3)	(4)
	a. 6–48 jam setelah lahir	1. Ya 7. Tidak berlaku → I.13 2. Tidak → I.11b 8. Tidak Tahu → I.11b	☐	☐
	b. 3–7 hari setelah lahir	1. Ya 7. Tidak berlaku → I.12 2. Tidak → I.11c 8. Tidak Tahu → I.11c	☐	☐
	c. 8–28 hari setelah lahir	1. Ya 7. Tidak berlaku → I.12 2. Tidak → I.12 8. Tidak Tahu → I.12	☐	☐
	KODE KOLOM (3) TEMPAT PEMERIKSAAN		KODE KOLOM (4) TENAGA PEMERIKSA	
	1. Rumah Sakit Pemerintah 4. Posyandu/Poskesdes/Polindes 7. Rumah		1. Dokter spesialis 4. Perawat/ nakes lainnya	
	2. Rumah Sakit Swasta 5. Klinik		2. Dokter umum 5. Lainnya	
	3. Puskesmas/Pustu/Pusling 6. Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan		3. Bidan 8. Tidak tahu	

JIKA I.11 point a, b atau c pada kolom (2) TIDAK ADA yang berkode "1", LANJUT KE I.13

I12	Apakah [NAMA] mendapatkan layanan neonatal dari petugas kesehatan pada 0-28 hari ?			
	ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA, 2. TIDAK ATAU 8. TIDAK TAHU, CEK BUKU KIA/DOKUMEN JIKA ADA			
	(1)	(2)	(1)	(2)
	a. Pengukuran berat badan	☐	g. Pemberian salep mata	☐
	b. Pengukuran panjang badan	☐	h. Menanyakan status kesehatan	☐
	c. Pengukuran suhu tubuh	☐	i. Memberitahu cara pemberian ASI yang baik	☐
	d. Perawatan tali pusat	☐	j. Menanyakan masalah dalam pemberian ASI	☐
	e. Pemberian imunisasi Hb-0	☐	k. Menanyakan [NAMA] mengalami diare atau tidak	☐
	f. Pemberian Vitamin K	☐	l. Memberitahukan mengenai tanda bahaya pada bayi	☐
I13	Apa yang dilakukan dalam perawatan tali pusat [NAMA] saat baru lahir?			☐
	1. Tidak diberi apa-apa dan kering 3. Obat tabur (berbentuk bubuk) 8. Tidak tahu			
	2. Betadin/alkohol 4. Ramuan/ obat tradisional			

SKRINING HIPOTIROID KONGENITAL [ART UMUR 0 – 59 BULAN], CEK BUKU KIA/DOKUMEN

I14	a. Apakah pada [NAMA] dilakukan pemeriksaan skrining hipotiroid kongenital (darah diambil dari tumit)?	1. Ya, pada usia 48-72 jam 3. Tidak diperiksa 8. Tidak tahu → I.15 2. Ya, saat usia > 72 jam 7. Tidak berlaku → I.15	☐
	b. Sumber data	1. Buku KIA 2. Dokumen Lainnya 3. Pengakuan responden	☐

KELAINAN BAWAAN [ART UMUR 0 – 59 BULAN]								
I15	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan bawaan sejak lahir? PERLIHATKAN BUKU PERAGA. ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK							
	a. Kaki pengkor	☐	c. Bibir sumbing	☐	e. Tidak punya lubang anus	☐	g. Kelainan jantung bawaan	☐
	b. Hidrocephalus	☐	d. Kembar siam	☐	f. Down syndrom	☐	h. Thalasemia	☐
IMUNISASI [UMUR 0-59 BULAN]								
I16	Apakah [NAMA] pernah diimunisasi?			1.Ya	2.Tidak → I.22	8. Tidak Tahu → I.23	☐	
I17	Apakah setelah mendapat imunisasi [NAMA] pernah mengalami keluhan <i>Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)</i> seperti berikut					1.Ya	2.Tidak → I.19	☐
	Jenis KIPI	1. Ya 2. Tidak → Baris Berikutnya	Tempat imunisasi 1. Rumah Sakit 2. Praktik mandiri nakes 3. Puskesmas 4. Posyandu	Jenis KIPI	1. Ya 2. Tidak → Baris Berikutnya	Tempat imunisasi 1. Rumah Sakit 2. Praktik mandiri nakes 3. Puskesmas 4. Posyandu		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)		
	a. Demam tinggi	☐	☐	c. Kejang	☐	☐		
	b. Reaksi di sekitar tempat penyuntikan (gatal, kemerahan, bermanah)	☐	☐	d. Lainnya, Sebutkan:	☐	☐		
I18	Apakah yang dilakukan saat [NAMA] mengalami KIPI? ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK							
	a. Tidak melakukan apa-apa	☐	c. Memberikan obat penurun panas	☐	e. Lainnya	☐		
	b. Membawa ke dokter	☐	d. Mengompres	☐				
I19	Apakah [NAMA] mempunyai Buku KIA atau catatan lain yang berisi catatan imunisasi?		1. Buku KIA catatan imunisasi terisi lengkap 2. Buku KIA catatan imunisasi terisi tidak lengkap	3. Ada KMS/catatan imunisasi lain terisi (lengkap/tidak lengkap) 4. Buku KIA/catatan lain tidak terisi atau tidak punya buku kia/catatan lain				☐
Untuk menjawab pertanyaan I.20 dan I.21 salin dari buku KIA atau catatan imunisasi, jika imunisasi tidak tercatat pada buku KIA atau catatan lainnya, tanyakan kepada responden (berdasarkan ingatan), PERHATIKAN UMUR ANAK DENGAN KESESUAIAN UMUR PEMBERIAN IMUNISASI								
I20	KODE KOLOM (2)	1. Ya diimunisasi, berdasarkan catatan → KOLOM 3 2. Ya diimunisasi, berdasarkan ingatan → KOLOM 4 3. Tidak → Baris Berikutnya 7. Belum waktunya diberikan → Baris Berikutnya 8. Tidak Tahu → Baris Berikutnya		KOLOM (3) HANYA UNTUK IMUNISASI YANG TERCATAT Tuliskan angka "8" pada kotak tanggal jika tanggal tidak tercatat	KOLOM (4) HANYA DIISI UNTUK IMUNISASI BERDASARKAN INGATAN Tuliskan angka "88" jika responden tidak mengetahui/tidak ingat umur saat pemberian imunisasi			
	Jenis Imunisasi	Ket. [KODE]	Tgl-blh-tahun imunisasi	Umur saat diimunisasi (dalam bulan)				
	(1)	(2)	(3)	(4)				
	a. Hepatitis B 0 diberikan sesaat setelah bayi lahir sampai bayi berumur 7 hari yang disuntikkan di paha bayi	☐	- -					
	b. BCG diberikan segera setelah lahir atau segera mungkin sebelum berumur 1 bulan dan disuntikkan di lengan (kanan) atas (biasanya meninggalkan bekas (scar) di bawah kulit)	☐	- -					
	c. DPT-HB-Hib 1 DPT-HB-Hib biasanya disuntikkan di paha dan mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan OPV 2	☐	- -					
	d. DPT-HB Hib 2 mulai diberikan pada saat anak berusia 3 bulan bersama dengan OPV 3	☐	- -					
	e. DPT-HB Hib 3 mulai diberikan pada saat anak berusia 4 bulan bersama dengan OPV 4	☐	- -					
	f. DPT-HB-Hib Lanjutan mulai diberikan pada saat anak berusia 18 bulan	☐	- -					
	g. PCV 1 PCV biasanya disuntikkan pada paha kiri biasanya mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan DPT-HB-Hib 1 dan OPV 2	☐	- -					
	h. PCV 2 mulai diberikan pada saat anak berusia 3 bulan bersama dengan DPT-HB-Hib 2 dan OPV 3	☐	- -					
	i. PCV 3 mulai diberikan pada saat anak berusia 12 bulan	☐	- -					
	j. Campak-Rubella (MR) mulai diberikan saat berusia 9 bulan dan disuntikkan di paha atau lengan kiri atas dan diberikan satu kali	☐	- -					
	k. Campak-Rubella lanjutan (MR/MMR) mulai diberikan saat berusia 18-24 bulan	☐	- -					

I21	KODE KOLOM (2)	1. Ya diimunisasi, berdasarkan catatan → KOLOM 3 2. Ya diimunisasi, berdasarkan ingatan → KOLOM 4 3. Tidak → Baris Berikutnya 7. Belum waktunya diberikan → Baris Berikutnya 8. Tidak Tahu → Baris Berikutnya		KOLOM (3) HANYA UNTUK IMUNISASI YANG TERCATAT <i>Tuliskan angka '8' pada kotak tanggal jika tanggal tidak tercatat</i>	KOLOM (4) HANYA DIISI UNTUK IMUNISASI BERDASARKAN INGATAN <i>Tuliskan angka "88" jika responden tidak mengetahui/tidak ingat umur saat pemberian imunisasi</i>	KODE KOLOM (5) 1. Vaksin polio oral (OPV) 2. Vaksin polio injeksi (IPV)
	Jenis Imunisasi		Ket. [KODE]	Tgl-bln-tahun imunisasi	Umur saat diimunisasi (dalam bulan)	Sediaan vaksin
	(1)		(2)	(3)	(4)	(5)
	a. Polio 1 OPV adalah vaksin yang diteteskan ke mulut yang biasanya mulai diberikan segera setelah lahir dan/atau mulai usia 1 bulan, IPV adalah vaksin polio yang disuntikkan dan diberikan mulai usia 2 bulan		☐	- -		☐
	b. Polio 2 OPV 2 mulai diberikan mulai usia 2 bulan, sedangkan IPV diberikan mulai 3 bln		☐	- -		☐
	c. Polio 3 OPV 3 mulai diberikan mulai usia 3 bulan, sedangkan IPV diberikan mulai 4 bln		☐	- -		☐
	d. Vaksin polio oral (OPV) 4 mulai diberikan mulai usia 4 bulan		☐	- -		☐
	e. Polio injeksi tambahan 1 IPV tambahan ini ditujukan untuk melengkapi OPV, sehingga poin ini dijawab pada anak yang sudah diberikan imunisasi OPV, mulai diberikan sejak usia 4 bulan		☐	- -		☐
f. Polio injeksi tambahan 2 Mulai diprogramkan pada tahun 2023, dimulai sejak usia 9 bulan		☐	- -		☐	
I22	HANYA JIKA PERTANYAAN PADA I.16 BERKODE "2", ATAU PERTANYAAN I.20 dan I.21 ADA YANG BERKODE "3" Alasan tidak melakukan imunisasi/imunisasi tidak lengkap? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK					
	a. Lupa/tidak tahu jadwal imunisasi		☐	g. Tidak merasa imunisasi itu penting		☐
	b. Sulit menjangkau fasilitas (tempat) untuk imunisasi		☐	h. Isu agama (seperti isu halal)		☐
	c. Vaksin tidak tersedia		☐	i. Tidak ada waktu/uang untuk menuju tempat imunisasi		☐
	d. Anak sering dalam keadaan sakit ketika akan imunisasi		☐	j. Vaksin mahal		☐
	e. Khawatir akan efek samping imunisasi (demam, rewel, dll)		☐	k. Tertunda karena COVID-19		☐
	f. Pihak keluarga tidak mengizinkan		☐	l. Tidak mengetahui tempat layanan imunisasi		☐
PEMANTAUAN PERTUMBUHAN [ART UMUR 0 – 59 BULAN]						
I23	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] ditimbang berat badannya?			1. Ya 2. Tidak → I.25 8. Tidak tahu → I.26		☐
I24	Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] ditimbang berat badannya? JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88"			 Kali		
LANJUT KE I.26						
I25	Alasan utama dalam 12 bulan terakhir [NAMA] tidak pernah ditimbang: 1. Anak sudah besar (≥1 tahun) 4. Lupa/tidak tahu jadwalnya 7. Sibuk/repot 2. Anak sudah selesai imunisasi 5. Tidak ada tempat penimbangan 8. Malas 3. Anak tidak mau ditimbang 6. Tempatnya jauh 9. Alat timbang badan tidak tersedia					☐
I26	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] diukur panjang/tinggi badannya?			1. Ya 2. Tidak → I.28 8. Tidak tahu → I.29		☐
I27	Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] diukur panjang/ tinggi badannya? JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88"			 Kali		
LANJUT KE I.29						
I28	Alasan utama dalam 12 bulan terakhir [NAMA] tidak pernah diukur panjang/ tinggi badannya? 1. Anak sudah besar (≥1 tahun) 3. Anak tidak mau diukur 5. Tidak ada kegiatan pengukuran 7. Sibuk/repot 9. Alat ukur panjang 2. Anak sudah selesai imunisasi 4. Lupa/tidak tahu jadwalnya 6. Tempatnya jauh 8. Malas badan tidak tersedia					☐
I29	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mendapatkan kapsul vitamin A? (PERLIHATKAN BUKU PERAGA)			1. Ya, 1 kali 3. Tidak pernah 2. Ya, 2 kali 7. Belum waktunya (umur < 6 bulan)		☐
PEMANTAUAN PERKEMBANGAN ANAK [ART UMUR 1-59 BULAN]						
I30	Apakah [NAMA] dilakukan pemantauan perkembangan sesuai kelompok umur? (LIHAT KOLOM UMUR), CEK BUKU KIA/DOKUMEN ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA 2. TIDAK 3. TIDAK DAPAT MENUNJUKKAN/TIDAK MEMILIKI BUKU KIA 7. TIDAK BERLAKU					
	Umur	[Kode]	Umur	[Kode]	Umur	[Kode]
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
	a. 29 hari - 3 bulan	☐	d. 9 – 12 bulan	☐	g. 2 – 3 tahun	☐
	b. 3 – 6 bulan	☐	e. 12 – 18 bulan	☐	h. 3 – 4 tahun	☐
	c. 6 – 9 bulan	☐	f. 18 – 24 bulan	☐	i. 4 – 5 tahun	☐

JIKA ART UMUR 24-59 BULAN → I.47

ASI dan MP ASI [ART UMUR 0-23 BULAN]

I31	a. Apakah segera setelah [NAMA] lahir langsung diletakkan di dada/perut ibu dengan kulit ibu melekat pada kulit bayi?	1. Ya	2. Tidak → I.32	3. Tidak tahu → I.32	☐	
	b. Kapan [NAMA ANAK] mulai diletakkan di dada/perut ibu setelah dilahirkan?	 menit			☐ ☐	
	c. Berapa lama proses pelekatan bayi pada dada/perut ibu setelah dilahirkan?	1. < 1 jam 2. ≥ 1 jam			☐	
I32	Kapan ibu mulai menyusui yg pertama kali, setelah anak dilahirkan ? JIKA KURANG DARI 1 JAM, TULIS '00' JIKA KURANG DARI 24 JAM, TULIS 'JAM' JIKA LEBIH DARI 24 JAM, TULIS 'HARI'	a. Satuan:	1. Jam	2. Hari	☐	
		b. Jumlah (jam atau hari)	☐ ☐			
I33	Apa yang dilakukan ibu terhadap kolostrum (ASI yang pertama keluar, biasanya encer, bening, dan atau berwarna kekuningan)? 1. Diberikan semua kepada bayi 3. Dibuang semua 8. Lupa/Tidak tahu → I.35 2. Dibuang sebagian 4. ASI belum keluar → I.35					☐
I34	Alasan ibu melakukan tindakan tersebut? (BERDASARKAN PILIHAN JAWABAN I.33)	1. Kebiasaan	3. Tidak mengerti	☐		
		2. Diberitahu yang harus dilakukan	4. Lainnya, Sebutkan :	☐		
I35	Apakah [NAMA] pernah disusui atau diberi ASI (Air Susu Ibu)?	1. Pernah disusui → I.37	3. Tidak pernah sama sekali	☐		
		2. Belum disusui				
I36	Jika belum/tidak pernah diberi ASI, apa alasan utamanya?	1. ASI tidak/belum keluar 3. Alasan medis ibu 5. Alasan medis anak 7. Ibu meninggal 9. Lainnya 2. Anak tidak mau menyusu 4. Rawat pisah 6. Anak terpisah dari ibunya 8. Alasan budaya/norma/agama				☐
JIKA JAWABAN I.35 BERKODE 2 → LANJUT KE I.39						
JIKA JAWABAN I.35 BERKODE 3 → LANJUT KE I.38						
I37	Apakah saat ini [NAMA] masih disusui/diberi ASI (Air Susu Ibu)?	1. Ya → I.39	2. Tidak	☐		
I38	Pada umur berapa [NAMA] disapih?	 bulan			☐ ☐	
I39	Apakah dalam 24 jam terakhir [NAMA] diberi minuman (cairan) dan atau makanan selain ASI?	1. Ya	2. Tidak	☐		
I40	Apakah sebelum disusui yang pertama kali [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI?	1. Ya	8. Tidak tahu → I.43	☐		
		2. Tidak → I.43				
I41	Apa alasan UTAMA diberikan minuman (cairan) atau makanan selain ASI? 1. ASI tidak/ belumkeluar 3. Alasan medis ibu 5. Alasan medis anak 7. Ibu meninggal 9. Lainnya 2. Anak tidak mau menyusu 4. Rawat pisah 6. Anak terpisah dari ibunya 8. Alasan budaya/agama/norma	☐				
I42	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK					
	a. Susu formula	☐	e. Air tajin	☐	i. Bubur tepung/bubur saring	☐
	b. Susu non-formula	☐	f. Air kelapa	☐	j. Pisang dihaluskan	☐
	c. Madu/madu+air	☐	g. Teh manis	☐	k. Nasi dihaluskan	☐
	d. Air gula	☐	h. Air putih	☐	l. Lainnya,	☐
I43	Pada saat [NAMA] umur berapa Ibu mulai MENGENALKAN makanan atau minuman (cairan) selain ASI? a. 0 – 7 Hari d. 2 Bulan g. 5 Bulan j. 8 Bulan m. 11 Bulan p. Tidak Berlaku → I.45 b. 8 – 29 Hari e. 3 Bulan h. 6 Bulan k. 9 Bulan n. ≥ 12 Bulan c. 1 Bulan f. 4 Bulan i. 7 Bulan l. 10 Bulan o. Tidak Tahu → I.45					☐
I44	Apa makanan/ minuman (cairan) selain ASI, YANG DIKENALKAN kepada [NAMA] di umur tersebut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK					
	a. Susu formula	☐	f. Air tajin	☐		
	b. Susu non-formula	☐	g. Buah dihaluskan (pisang, dll)	☐		
	c. Bubur formula	☐	h. Bubur nasi/nasi tim/nasi/lauk dihaluskan	☐		
	d. Biskuit	☐	i. Sari buah	☐		
	e. Bubur tepung/ bubur saring	☐	j. Lainnya, Sebutkan:	☐		
I45	Pada saat [NAMA ANAK] umur berapa MULAI RUTIN DIBERIKAN makanan atau minuman (cairan) selain ASI? a. 0 – 7 Hari d. 2 bulan g. 5 bulan j. 8 Bulan m. 11 Bulan p. Tidak Berlaku → I.47 b. 8 – 29 Hari e. 3 bulan h. 6 bulan k. 9 bulan n. ≥ 12 bulan c. 1 bulan f. 4 bulan i. 7 bulan l. 10 bulan o. Tidak tahu → I.47					☐
I46	Apa makanan/ minuman (cairan) selain ASI, YANG MULAI RUTIN diberikan kepada [NAMA] di umur tersebut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK					
	a. Susu formula	☐	f. Air tajin	☐		
	b. Susu non-formula	☐	g. Buah dihaluskan (pisang, dll)	☐		
	c. Bubur formula	☐	h. Bubur nasi/nasi tim/nasi/lauk dihaluskan	☐		
	d. Biskuit	☐	i. Sari buah	☐		
	e. Bubur tepung/ bubur saring	☐	j. Lainnya, sebutkan	☐		

JIKA ART UMUR 0-5 BULAN → LANJUT KE BLOK J

PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) ANAK [ART UMUR 6-59 BULAN]

I47	Selama 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] menerima bantuan Program PMT?		1. Ya 2. Tidak → I.50		☐
I48	Isikan bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh [NAMA], berapa yang dihabiskan dan alasan utama tidak dihabiskan				
	Bentuk PMT	Bentuk PMT yang diperoleh 1. Ya 2. Tidak → baris berikutnya	Jumlah total PMT yang diperoleh	Jumlah PMT yang dikonsumsi	Alasan utama PMT tidak dihabiskan [KODE]
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	a. Biskuit program	☐	☐ ☐ ☐ bks kecil	☐ ☐ ☐ bks kecil	☐ ☐
	b. PMT lokal	☐	☐ ☐ Porsi	☐ ☐ , ☐ ☐ Porsi	☐ ☐
	c. Lainnya, sebutkan.....	☐	☐ ☐ Porsi/bungkus	☐ ☐ , ☐ ☐ Porsi/bks	☐ ☐
	KODE KOLOM 5. Alasan utama PMT tidak dihabiskan	1. Rasanya tidak enak 4. Tidak suka aromanya/ baunya 7. Dimakan ART lain 10. Lainnya 2. Rasa kurang bervariasi 5. Ada efek samping (mual, alergi, dll) 8. Ibu lupa memberikan 3. Terlalu manis 6. Lupa 9. Anak tidak mau			
I49	Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? (POIN a-g TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK				
	a. Gizi buruk	☐	e. Sakit-sakitan	☐	
	b. Gizi Kurang/BGM	☐	f. Karena ikut penimbangan di Posyandu	☐	
	c. Kurus	☐	g. Keluarga miskin (gakin)	☐	
	d. Berat badan tidak naik	☐	h. Lainnya, sebutkan:	☐	

PERTANYAAN ANAK USIA 6- 23 BULAN

UNTUK PERTANYAAN I.50 LAKUKAN DENGAN METODE RECALL 24 JAM (GUNAKAN LEMBAR BANTU)

Dalam 24 jam terakhir (mulai dari bangun tidur kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA] ?
Tanggal, nama balita, BS, nama enum

I50	Kelompok Bahan Pangan	Isikan Kode: 1. Ya 8. Tidak Tahu 2. Tidak	Jumlah minum
	(1)	(2)	(3)
	a. Air Susu Ibu (ASI)	☐	
	Jika Ya, berapa kali [NAMA] disusui? Jika 7 kali atau lebih, catat '7'		
	b. Air putih	☐	
	c. Jus atau sari buah produk pabrikan	☐	
	d. Air kaldu (seperti kaldu ayam, kaldu daging, atau kaldu ikan)	☐	
	e. Susu formula bayi/balita	☐	
	Jika Ya, berapa kali [NAMA] minum susu? Jika 7 kali atau lebih, catat '7'		
	f. Susu lainnya, seperti: susu bubuk, atau susu segar	☐	
	Jika Ya, berapa kali [NAMA] minum susu? Jika 7 kali atau lebih, catat '7'		
	g. Minuman/cairan lainnya (seperti air gula, kental manis, teh, air tajin, susu kedelai, dll)	☐	
	h. Yogurt? (tidak termasuk Yakult, vitacarm dll)	☐	
	Jika Ya, berapa kali [NAMA] minum yoghurt? Jika 7 kali atau lebih, catat '7'		
	i. Makanan bayi bermerek, misalnya Sun, Milna, Cerelac dll	☐	
	j. Nasi, roti, mie, bubur, jagung, sagu atau makanan lain yang dibuat dari padi-padian seperti beras, gandum, sorgum, dll	☐	
	k. Labu kuning, wortel, atau ubi jalar yang berwarna kuning atau oranye didalamnya	☐	
	l. Kentang, ubi kayu/ketela pohon/singkong, talas, dan makanan lain dari akar-akaran atau akar umbi	☐	
	m. Sayuran hijau (bayam, kangkung, katuk, daun singkong, daun labu dll.)	☐	
	n. Buah-buahan yang kaya vitamin A yang masak, seperti mangga, pepaya, nangka, cempedak, kesemek, melon kuning	☐	
	o. Buah atau sayuran lainnya (seperti apel, alpukat, kapri, terong, oyong dll)	☐	

	Kelompok Bahan Pangan	Isikan Kode:	Jumlah minum
		1. Ya 2. Tidak		8. Tidak Tahu
	(1)	(2)	(3)
	p. Ati, ampela, ginjal, jantung, atau jeroan lainnya	☐	
	q. Daging: ayam, sapi, kambing, babi atau itik	☐	
	r. Telur	☐	
	s. Ikan/kerang segar atau asin	☐	
	t. Makanan dari kacang-kacangan (kacang kedelai, kacang merah, kacang tolo, kacang jogo, kacang hijau, kacang babi, kacang tanah, tahu, tempe, dll.)	☐	
	u. Keju atau makanan lain yang terbuat dari susu	☐	
	v. Makanan padat, setengah padat, makanan lumat lainnya termasuk kue-kue seperti kue pisang, cucur, pancong, permen	☐	
I51	Apakah dalam sehari kemarin, (dari bangun tidur kemarin pagi hingga pagi tadi), [NAMA] memakan makanan padat, semi padat atau lumat?	1. Ya 2. Tidak → J.01	☐
I52	Berapa kali [NAMA] memakan makanan padat, setengah padat atau makanan lumat selama sehari kemarin (mulai bangun tidur kemarin pagi hingga pagi tadi) ? JIKA 7 KALI ATAU LEBIH ISIKAN KODE "7", JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"	kali	

J. PENGUKURAN				
BERAT BADAN [ART SEMUA UMUR]				
J01	a. Apakah [NAMA] ditimbang?	1. Ya 2. Tidak → J.02		☐
	b. KHUSUS BALITA, Kondisi kesehatan saat pengukuran?	1. Sehat 2. Sakit ringan	3. Sakit berat/kronis 4. Diare	5. hidrocefalus 6. Oedema
	c. Berat Badan (kg)	, kg		,
TINGGI BADAN/ PANJANG BADAN [ART SEMUA UMUR]				
J02	a. Apakah [NAMA] diukur Tinggi/ Panjang Badan?	1. Ya 2. Tidak → J.03		☐
	b. Tinggi/Panjang Badan (cm)	, cm		,
	c. KHUSUS UNTUK BALITA, (Posisi pengukuran TB/PB)	1. Berdiri 2. Telentang		☐
LINGKAR PERUT [ART UMUR ≥ 15 TAHUN, KECUALI PEREMPUAN HAMIL]				
J03	a. Apakah [NAMA] diukur Lingkar Perut?	1. Ya 2. Tidak → J.04		☐
	b. Lingkar Perut (Cm)	, cm		,
TEKANAN DARAH DIUKUR DI LENGAN KIRI [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]				
J04	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang pertama:	1. Ya 2. Tidak → J.07		☐
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)		c. Tekanan darah diastolik (mmHg)	
J05	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang kedua:	1. Ya 2. Tidak → J.07		☐
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)		c. Tekanan darah diastolik (mmHg)	
J06	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang ketiga:	1. Ya 2. Tidak → J.07		☐
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)		c. Tekanan darah diastolik (mmHg)	
LINGKAR LENGAN ATAS (LILA) [ART PEREMPUAN USIA SUBUR (10-54 TAHUN) ATAU PEREMPUAN SEDANG HAMIL]				
J07	a. Apakah [NAMA] diukur Lingkar Lengan Atas (LILA)?	1. Ya 2. Tidak → SELESAI		☐
	b. Lingkar Lengan Atas (cm)	, cm		,



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini sebagai yang memberikan persetujuan menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai kegiatan yang akan dilakukan oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan dengan judul “**SURVEI KESEHATAN INDONESIA (SKI) Tahun 2023**”.

Saya dengan ini menyatakan bersedia/tidak bersedia*) berpartisipasi pada kegiatan ini secara sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Selama kegiatan ini saya berhak mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Nama Responden	Hubungan dengan Kepala Ruta*)	Tanda tangan diri sendiri	Tanda tangan wali

Tanggal/Bulan/Tahun

Nama Saksi	Tanda tangan saksi	Nama PJT Kab/Kota	Tanda tangan PJT Kab/Kota

Tanggal/Bulan/Tahun

Keterangan:

- * Hubungan dengan Kepala Ruta diisi dengan: Kepala Ruta, Istri/suami, Anak kandung, Anak angkat/tiri, Menantu, Cucu, Orang tua/ mertua, Pembantu rumah tangga/ sopir, Famili lain, Lainnya

CATATAN

LEMBAR BANTU UNTUK MENGHITUNG AKTIVITAS FISIK (G.36 – G.41)

TULISKAN SECARA RINCI SEMUA AKTIFITAS FISIK YANG BIASA DILAKUKAN SEHARI-HARI
BERDASARKAN JENIS DAN LAMANYA KEGIATAN:

1. Pagi: (duduk/berdiri/jalan) [*KRITERIA BERAT/ SEDANG]

JAM (_:_ - _:_)	JML (MENIT)		KRITERIA*

2. Siang (duduk, berdiri/jalan) [*KRITERIA BERAT/ SEDANG]

JAM (_:_ - _:_)	JML (MENIT)		KRITERIA*

3. Malam (duduk/berdiri/jalan) [*KRITERIA BERAT/ SEDANG]

JAM (_:_ - _:_)	JML (MENIT)		KRITERIA*

4. Waktu lain (duduk/berdiri/jalan) [*KRITERIA BERAT/ SEDANG]

JAM (_:_ - _:_)	JML (MENIT)		KRITERIA*

LEMBAR BANTU RIWAYAT KEHAMILAN IBU

PENGENALAN TEMPAT																		
Prov		Kab/Kota		Kec			Desa/Kel			D/K		Nomor Kode Sampel					No. Urut RT	

IDENTIFIKASI RESPONDEN			
1. Nama ART :	.....	3. Nomor urut ART:	
2. Tanggal Pengumpulan data:	- - 2023	4. Nama Pengumpul data:	.....

No. urut kehamilan	Nama Anak	Hasil kehamilan	Tgl/bln/thn kehamilan berakhir	Sesuai periode waktu 1 Januari 2018 sampai saat wawancara (√)

LEMBAR BANTU UNTUK *RECALL* 24 JAM ANAK USIA 6- 23 BULAN

PENGENALAN TEMPAT																		
Prov		Kab/Kota		Kec			Desa/Kel			D/K		Nomor Kode Sampel					No. Urut RT	

IDENTIFIKASI RESPONDEN			
1. Nama ART :		.....	3. Nomor urut ART:
2. Tanggal Pengumpulan data:		- - 2023	4. Nama Pengumpul data:
			

JAM	HIDANGAN	RINCIAN BAHAN MAKANAN	KODE

