

RISRET KESEHATAN DASAR 2018

RAHASIA

PERTANYAAN INDIVIDU

RKD18. IND

VIII. PENGENALAN TEMPAT

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

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RKD18.RT

IX. KETERANGAN WAWANCARA INDIVIDU

1	Tanggal kunjungan pertama:Tgl -Bln	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	3	Nama Pengumpul data	
2	Tanggal kunjungan akhir: Tgl -Bln	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	4	Tanda tangan Pengumpul data	

X. KETERANGAN INDIVIDU

IDENTIFIKASI RESPONDEN

1	Tuliskan nama dan nomor urut Anggota Rumah Tangga (ART)	Nama ART	Nomor urut ART: <input type="text"/> <input type="text"/>
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: <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Tuliskan nama dan nomor urut Ibu kandung	Nama ART	Nomor urut ART: <input type="text"/> <input type="text"/>
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: <input type="text"/> <input type="text"/>

A. PENYAKIT MENULAR

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

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

A01	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] pernah didiagnosis ISPA oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → A03 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
A02	Dalam 1 bulan terakhir [NAMA] mengalami gejala sebagai berikut:		
	a. Demam	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Batuk kurang dari 2 minggu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Pilek/ hidung tersumbat	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Sakit tenggorokan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

PNEUMONIA/RADANG PARU [ART SEMUA UMUR]

A03	Dalam 1 tahun terakhir , apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita radang paru (Pneumonia) dengan atau tanpa dilakukan foto dada (foto rontgen) oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya, kurang dari 1 bulan terakhir → A05 2. Ya, 1 – 12 bulan yang lalu → A05 3. Tidak 4. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
A04	Dalam 1 tahun terakhir , apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit sebagai berikut:		
	a. Demam tinggi	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Batuk	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Kesulitan bernafas dengan atau tanpa nyeri dada	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>

ART UMUR 5 TAHUN KE ATAS → KE A05

POIN d,e,f UNTUK ART UMUR 0 – 59 BLN

d. Nafas cepat	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
e. Nafas cuping hidung	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
f. Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>

TUBERKULOSIS PARU (TB PARU) [ART SEMUA UMUR]			
A05	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis TB Paru oleh dokter/ perawat/ bidan?	1. Ya, dalam 6 bulan terakhir 2. Ya, lebih dari 6 bulan	3. Tidak →A12 <input type="checkbox"/>
A06	Pemeriksaan apa yang digunakan untuk menegakkan diagnosis tersebut?		
	a. Pemeriksaan tuberkulin/ mantoux [KHUSUS ART UMUR ≤ 15 TAHUN]	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Pemeriksaan dahak [ART SEMUA UMUR]	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	c. Pemeriksaan foto dada/ rontgen [ART SEMUA UMUR]	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
A07	Apakah mendapat obat TB Kombinasi Dosis Tetap (KDT)? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
A08	Apakah mendapat obat TB lepasan? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
A09	Apakah ada anggota keluarga atau lainnya yang bertugas sebagai Pengawas Minum Obat (PMO)?	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
JIKA ART DIDIAGNOSIS TB PARU > 6 BULAN (A05 = 2) → A12 JIKA ART DIDIAGNOSIS TB PARU DALAM 6 BULAN TERAKHIR (A05 = 1) → A10			
A10	Apakah saat ini masih menggunakan obat TB secara rutin (diagnosis dalam 6 bulan terakhir)	1. Ya →A12	2. Tidak <input type="checkbox"/>
A11	Mengapa tidak minum obat secara rutin (DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK		
	a. Sering lupa <input type="checkbox"/>	e. Tidak mampu membeli obat TB secara rutin	<input type="checkbox"/>
	b. Obat tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan <input type="checkbox"/>	f. Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/>
	c. Tidak tahan efek samping <input type="checkbox"/>	g. Merasa sudah sehat	<input type="checkbox"/>
	d. Masa pengobatan terasa lama <input type="checkbox"/>	h. Lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS/ SAKIT LIVER/ SAKIT KUNING [ART SEMUA UMUR]			
A12	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Hepatitis melalui pemeriksaan darah oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
DIARE/ MENCRET [ART SEMUA UMUR]			
A13	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita diare oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/ bidan)?	1. Ya, dalam ≤ 2 minggu terakhir →A15	2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan →A15
		3. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
A14	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami:		
	a. Buang Air Besar (BAB) 3 – 6 kali sehari	1. Ya, dalam ≤ 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan	3. Tidak 8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	b. BAB > 6 kali sehari	1. Ya, dalam ≤ 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan	3. Tidak 8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	c. Kotoran/ tinja lembek atau cair	1. Ya, dalam ≤ 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan	3. Tidak 8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
JIKA JAWABAN A13 DAN A14 SEMUA BERKODE “3” ATAU “8”, LANJUT KE A16			
A15	Apakah [NAMA] minum obat untuk penyakit/ keluhan diare tersebut?		
	a. Oralit/ Larutan Gula Garam (LGG)	1. Ya	2. Tidak
			8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/>
	b. Obat anti diare	1. Ya	2. Tidak
			8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/>
	c. Antibiotik	1. Ya	2. Tidak
			8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/>
	d. Obat herbal/ tradisional	1. Ya	2. Tidak
			8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/>
	e. Obat Zinc (Khusus untuk balita) PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA	1. Ya	2. Tidak
			8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/>
MALARIA [ART SEMUA UMUR]			
A16	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah diambil darah untuk pemeriksaan malaria oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya, < 1 bulan terakhir 2. Ya, 1 – 12 bulan	3. Tidak → A19 <input type="checkbox"/>
A17	Apakah [NAMA] dinyatakan positif menderita malaria setelah pemeriksaan tersebut oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya	2. Tidak →A19 <input type="checkbox"/>

A18	Apakah [NAMA] diberi obat malaria sebagai berikut? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)					
	a. Artemisinin(ACT) 3 hari + Primaquin 1 hari	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	c. Obat lain, sebutkan.....	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Artemisinin(ACT) 3 hari + Primaquin 14 hari	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
FILARIASIS/ KAKI GAJAH [ART SEMUA UMUR]						
A19	Apakah [NAMA] pernah diberikan obat pencegahan filariasis (diethylcarbazine citrate dan albendasol) oleh petugas kesehatan? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)					1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
A20	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita kaki gajah (filariasis) oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan)?		1. Ya, sebelum tahun 2017	2. Ya, pada tahun 2017	3. Ya, pada tahun 2018	4. Tidak → BLOK B <input type="checkbox"/>
A21	Apakah [NAMA] minum obat sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan)?					1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
B. PENYAKIT TIDAK MENULAR						
ASMA/ MENGI/ BENGEK [ART SEMUA UMUR]						
B01	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis asma oleh dokter?					1. Ya 2. Tidak → B04 <input type="checkbox"/>
B02	Umur berapa pertama kali didiagnosis asma? (ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT)					.....tahun <input type="checkbox"/>
B03	Apakah asma [NAMA] pernah kambuh dalam 12 bulan terakhir?					1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
KANKER [ART SEMUA UMUR]						
B04	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit kanker oleh dokter?					1. Ya 2. Tidak → B06 <input type="checkbox"/>
B05	Apakah [NAMA] telah menjalani pengobatan kanker seperti di bawah ini :					
	a.pembedahan/operasi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	c.Kemoterapi	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b.Radiasi/penyinaran	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
DIABETES MELLITUS/ KENCING MANIS [ART SEMUA UMUR]						
B06	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis diabetes mellitus/ kencing manis oleh dokter?					1. Ya 2. Tidak → B12 <input type="checkbox"/>
B07	Umur berapa pertama kali didiagnosis diabetes mellitus/ kencing manis? (ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT)					.....tahun <input type="checkbox"/>
B08	Jenis pengobatan apa yang diperoleh [NAMA]? 1. Obat Anti DM (OAD) dari tenaga medis 2. Injeksi insulin 3. Obat Anti DM (OAD) dari tenaga medis dan Injeksi insulin 4. Tidak diobati → B11					<input type="checkbox"/>
B09	Apakah [NAMA] minum/suntik obat anti diabetes sesuai petunjuk dokter?					1. Ya, sesuai petunjuk dokter → B11 2. Tidak sesuai petunjuk dokter <input type="checkbox"/>
B10	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK) POIN a s/d g DIBACAKAN					
	a. Sering lupa	<input type="checkbox"/>	e. Tidak mampu membeli obat			<input type="checkbox"/>
	b. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek)	<input type="checkbox"/>	f. Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan			<input type="checkbox"/>
	c. Minum obat tradisional	<input type="checkbox"/>	g. Merasa sudah sehat			<input type="checkbox"/>
	d. Tidak tahan efek samping obat	<input type="checkbox"/>	h. Lainnya, sebutkan			<input type="checkbox"/>
B11	Apa yang [NAMA] lakukan untuk mengendalikan diabetes mellitus?					
	a. Pengaturan makan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	c. Alternatif herbal	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Olah raga	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
B12	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: (BACAKAN POINT a - d)					
	a. Sering lapar	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	c. sering buang air kecil & jumlah banyak	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. sering haus	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Berat badan turun	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
B13	Apakah [NAMA] memeriksakan kadar gula darah?					1. Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak pernah <input type="checkbox"/>
PENYAKIT JANTUNG [ART SEMUA UMUR]						
B14	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita sakit jantung oleh dokter?					1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>

JIKA ART UMUR \leq 2 TAHUN \rightarrow BLOK E

JIKA ART UMUR $>$ 3 TAHUN \rightarrow B15

KESEHATAN GIGI DAN MULUT [ART UMUR \geq 3 TAHUN]

B15	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah:			
	a. Gigi rusak, berlubang ataupun sakit?	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b. Gigi hilang karena dicabut atau tanggal sendiri?	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	c. Gigi telah ditambal atau ditumpat karena berlubang?	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	d. Gigi goyah?	1.Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
B16	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)	<input type="checkbox"/>	c.Sariawan berulang minimal 4 kali	<input type="checkbox"/>
	b.Gusi mudah berdarah (seperti saat menyikat gigi)	<input type="checkbox"/>	d.Sariawan menetap dan tidak pernah sembuh minimal 1 bulan	<input type="checkbox"/>

JIKA B15 DAN B16 SELURUHNYA BERKODE "2" (TIDAK), LANJUT KE B19

B17	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2. TIDAK					
	a. Pengobatan/ minum obat	<input type="checkbox"/>	f. Pemasangan gigi palsu	<input type="checkbox"/>		
	b. Konseling perawatan kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut	<input type="checkbox"/>	g.Pemasangan gigi tanam (<i>implant denture</i>)	<input type="checkbox"/>		
	c. Penumpatan / penambalan	<input type="checkbox"/>	h.Perawatan orthodonsi (behel/ kawat gigi)	<input type="checkbox"/>		
	d. Pencabutan gigi	<input type="checkbox"/>	i. Pembersihan karang gigi (<i>scaling</i>)	<input type="checkbox"/>		
	e. Bedah mulut	<input type="checkbox"/>	j. Perawatan gusi/ periodontal treatment	<input type="checkbox"/>		
B18	Dalam 1 tahun terakhir, kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan?					
	a. Dokter gigi spesialis	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Dokter umum/ Paramedik lain	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Dokter gigi	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	e. Tukang gigi	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Perawat gigi	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Pengobatan sendiri	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B19	Dalam 1 tahun terakhir, seberapa sering [NAMA] berobat ke tenaga medis gigi? 1. 1 – 3 kali 2. 4-6 kali 3. \geq 7 kali 4. Tidak pernah berobat ke tenaga medis gigi			<input type="checkbox"/>		

JIKA ART UMUR 3 - 4 TAHUN \rightarrow BLOK E
JIKA ART UMUR 5 - 14 TAHUN \rightarrow D01

JIKA ART UMUR \geq 15 TAHUN \rightarrow B20

HIPERTENSI [ART UMUR \geq 15 TAHUN]

B20	Apakah [NAMA] pernah memeriksakan tekanan darah?	1. Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak \rightarrow B25	<input type="checkbox"/>
B21	Apakah hasil pemeriksaan menunjukkan [NAMA] mengalami tekanan darah tinggi?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B22	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita hipertensi/ penyakit tekanan darah tinggi oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

JIKA B21 BERKODE "1" ATAU B22 BERKODE "1", LANJUT KE B23
JIKA B21 BERKODE "2" DAN B22 BERKODE "2", LANJUT KE B25

B23	Apakah [NAMA] minum obat anti hipertensi?	1.Ya, rutin \rightarrow B25 3. Tidak minum obat 2. Tidak rutin	<input type="checkbox"/>	
B24	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK) POIN a S/D g DIBACAKAN			
	a.Sering lupa	<input type="checkbox"/>	e.Tidak mampu membeli obat secara rutin	<input type="checkbox"/>
	b.Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek)	<input type="checkbox"/>	f.Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/>
	c. Minum obat tradisional	<input type="checkbox"/>	g.Merasa sudah sehat	<input type="checkbox"/>
	d.Tidak tahan efek samping obat	<input type="checkbox"/>	h.Lainnya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/>

STROKE [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
B25	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit <i>stroke</i> oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak → B27	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
B27	Apakah [NAMA] pernah mengalami keluhan secara mendadak seperti di bawah ini? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA 2.TIDAK)		
	a. Kelumpuhan pada satu sisi tubuh	<input type="checkbox"/>	d. Bicara pelo
	b. Kesemutan/ baal satu sisi tubuh	<input type="checkbox"/>	e. Sulit bicara/ komunikasi dan/ atau tidak mengerti pembicaraan
	c. Mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata	<input type="checkbox"/>	
PENYAKIT GAGAL GINJAL KRONIS [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
B28	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis oleh dokter, menderita penyakit gagal ginjal kronis (minimal ginjal sakit selama 3 bulan berturut-turut)?	1. Ya 2. Tidak → B30	<input type="checkbox"/>
B29	Apakah [NAMA] pernah/ sedang menjalani cuci darah (haemodialisa)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
PENYAKIT SENDI [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
B30	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit sendi oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C. KESEHATAN JIWA			
DEPRESI [KHUSUS UNTUK ART UMUR ≥ 15 TAHUN DAN "TIDAK DIWAKILI"]			
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C03	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] merasa lelah atau tidak bertenaga, hampir sepanjang waktu?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C08	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] merasa bersalah atau mempersalahkan diri sendiri?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C09	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] mengalami kesulitan berpikir atau berkonsentrasi, atau apakah mempunyai kesulitan untuk mengambil keputusan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C10	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] berniat untuk menyakiti diri sendiri, ingin bunuh diri atau berharap bahwa [NAMA] mati?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
JIKA SALAH SATU JAWABAN C01 S/D C10 BERKODE "1", LANJUT KE C11 JIKA JAWABAN C01 S/D C10 SEMUA BERKODE "2" TIDAK, LANJUT KE C12			
C11	Untuk semua keluhan yang disebutkan di atas (C01 s/d C10), apakah [NAMA] minum obat atau menjalani pengobatan medis?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
KESEHATAN MENTAL EMOSIONAL [KHUSUS UNTUK ART UMUR ≥ 15 TAHUN DAN "TIDAK DIWAKILI"]			
Kami akan mengajukan 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.			
C12	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] sering menderita sakit kepala?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C13	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] tidak nafsu makan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C14	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] sulit tidur?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C15	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] mudah takut?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C16	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] merasa tegang, cemas atau khawatir?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

C17	Dalam 1 bulan terakhir, apakah tangan [NAMA] gemetar?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C18	Dalam 1 bulan terakhir, apakah pencernaan [NAMA] terganggu/ buruk?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C19	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sulit untuk berpikir jernih?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C20	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa tidak bahagia?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C21	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] menangis lebih sering?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C22	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C23	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] sulit untuk mengambil keputusan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C24	Dalam 1 bulan terakhir, apakah pekerjaan [NAMA] sehari-hari terganggu?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C25	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C26	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] kehilangan minat pada berbagai hal?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C27	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa tidak berharga?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C28	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C29	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] merasa lelah sepanjang waktu?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C30	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mengalami rasa tidak enak di perut?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C31	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] mudah lelah?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

JIKA ART UMUR 15-17 TAHUN → BLOK D01
 JIKA ART UMUR 18-59 TAHUN → BLOK D11
 JIKA ART UMUR > 60 TAHUN → D24

D. DISABILITAS/ KETIDAKMAMPUAN

KESULITAN/ HAMBATAN FUNGSI PADA ART UMUR 5 – 17 TAHUN

UNTUK PERTANYAAN D01 – D10, BACAKAN PERTANYAAN & ALTERNATIF JAWABAN. ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:
 1. TIDAK ADA 2. RINGAN 3. SEDANG 4. BERAT 5. SANGAT BERAT

D01	Apakah [NAMA] mempunyai hambatan penglihatan?	<input type="checkbox"/>
D02	Apakah [NAMA] mempunyai hambatan pendengaran?	<input type="checkbox"/>
D03	Apakah [NAMA] mempunyai hambatan berjalan?	<input type="checkbox"/>
D04	Dibandingkan teman seusianya, apakah [NAMA] saat berbicara sulit dimengerti dan [NAMA] mempunyai kesulitan untuk mengerti pembicaraan orang dalam keluarganya atau diluar keluarganya?	<input type="checkbox"/>
D05	Dibandingkan dengan teman seusianya, apakah [NAMA] mempunyai kesulitan untuk belajar sesuatu?	<input type="checkbox"/>
D06	Dibandingkan teman seusianya apakah [NAMA] memiliki kesulitan untuk mengingat sesuatu?	<input type="checkbox"/>
D07	Dibandingkan teman seusianya apakah [NAMA] memiliki kesulitan untuk konsentrasi dalam melakukan aktifitas?	<input type="checkbox"/>
D08	Dibandingkan teman seusianya apakah [NAMA] memiliki kesulitan bermain/bergaul dengan teman seusianya?	<input type="checkbox"/>
D09	Apakah [NAMA] memiliki kesulitan menerima perubahan rutinitas?	<input type="checkbox"/>
D10	Apakah [NAMA] memiliki kesulitan dalam mengendalikan perilakunya?	<input type="checkbox"/>

LANJUT KE BLOK E

KETIDAKMAMPUAN FISIK DAN MENTAL PADA ART UMUR 18-59 TAHUN [KHUSUS UNTUK ART YANG "TIDAK DIWAKILI"]

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

D11	Selama 1 bulan terakhir, secara umum, bagaimana kondisi kesehatan [NAMA]?	1. Baik 2. Cukup 3. Buruk	<input type="checkbox"/>
-----	---	---------------------------	--------------------------

E. CEDERA [ART SEMUA UMUR]								
E01	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami cedera, yang mengakibatkan kegiatan sehari-hari terganggu?					1. Ya	2. Tidak → F	<input type="checkbox"/>
E02	Bagian tubuh yang terkena:							
	a. Kepala	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Perut	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Dada	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	e. Anggota gerak atas	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Punggung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Anggota gerak bawah	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
E03	Jenis cedera yang dialami:							
	a. Lecet/lebam/memar	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Cedera mata	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Luka iris/robek/tusuk	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	g. Gegar otak	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Terkilir	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	h. Cedera organ dalam	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Patah tulang	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	i. Luka Bakar	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Anggota tubuh terputus	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	j. Lainnya, sebutkan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
E04	Apakah cedera mengakibatkan kecacatan fisik yang permanen pada bagian tubuh dibawah ini: (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)							
	a. Panca indera tidak berfungsi (buta/tuli/bisu dll)			<input type="checkbox"/>	c. Bekas luka permanen yang mengganggu kenyamanan			<input type="checkbox"/>
	b. Kehilangan sebagian anggota badan (jari/tangan/kaki putus dll)			<input type="checkbox"/>				
E05	Tempat terjadinya cedera	1. Jalan Raya → E06 2. Rumah dan lingkungannya → F 3. Sekolah dan lingkungannya → F			4. Tempat bekerja → F 5. Lainnya, sebutkan..... → F		<input type="checkbox"/>	
E06	Apakah cedera disebabkan karena kecelakaan lalu lintas				1. Ya	2. Tidak → F	<input type="checkbox"/>	
E07	Bila ya apakah cedera terjadi saat: (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)							
	a. Mengendarai sepeda motor (pengendara)			<input type="checkbox"/>	d. Menumpang mobil (penumpang mobil)			<input type="checkbox"/>
	b. Membonceng sepeda motor (penumpang sepeda motor)			<input type="checkbox"/>	e. Naik kendaraan tidak bermesin			<input type="checkbox"/>
	c. Mengendarai mobil (sopir)			<input type="checkbox"/>	f. Jalan kaki			<input type="checkbox"/>
F. PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL [ART SEMUA UMUR]								
F01	Apakah pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional dalam satu tahun terakhir?				1. Ya 2. Tidak, tetapi melakukan upaya sendiri → F03 3. Tidak sama sekali → G	<input type="checkbox"/>		
F02	Siapa saja yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional tersebut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK							
	a. Dokter atau tenaga kesehatan			<input type="checkbox"/>	b. Penyehat tradisional			<input type="checkbox"/>
F03	Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK							
	a. Ramuan jadi			<input type="checkbox"/>	d. Keterampilan olah pikir/ hipnoterapi			<input type="checkbox"/>
	b. Ramuan buatan sendiri			<input type="checkbox"/>	e. Keterampilan energi/ tenaga dalam			<input type="checkbox"/>
	c. Keterampilan Manual (pijat, tusuk jarum)			<input type="checkbox"/>				
F04	Dalam satu tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah memanfaatkan Taman Obat Keluarga (TOGA)				1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
G. PERILAKU								
PENCEGAHAN PENYAKIT AKIBAT GIGITAN NYAMUK [ART SEMUA UMUR]								
G01	Apa yang [NAMA] lakukan untuk menghindari gigitan nyamuk? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)							
	a. Tidur menggunakan kelambu tanpa insektisida			<input type="checkbox"/>	d. Menggunakan repelen/ bahan-bahan pencegah gigitan nyamuk			<input type="checkbox"/>
	b. Tidur menggunakan kelambu dengan berinsektisida ≤ 3 tahun			<input type="checkbox"/>	e. Menggunakan alat pembasmi nyamuk elektrik (contoh: raket nyamuk elektrik)			<input type="checkbox"/>
	c. Tidur menggunakan kelambu dengan berinsektisida > 3 tahun			<input type="checkbox"/>				

JIKA ART UMUR ≥ 3 TAHUN → G02 JIKA ART UMUR ≤ 2 TAHUN → BLOK K				
KONSUMSI MAKANAN BERISIKO [ART UMUR ≥ 3 TAHUN]				
Tanyakan frekuensi dalam satu hari. Jika tidak dikonsumsi setiap hari, tanyakan per minggu atau per bulan				
G02	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. Makanan manis	<input type="checkbox"/>	f. Makanan daging/ ayam/ ikan olahan dengan pengawet	<input type="checkbox"/>
	b. Minuman manis	<input type="checkbox"/>	g. Bumbu penyedap	<input type="checkbox"/>
	c. Makanan asin	<input type="checkbox"/>	h. Soft drink atau minuman berkarbonasi	<input type="checkbox"/>
	d. Makanan berlemak/ berkolesterol/ gorengan	<input type="checkbox"/>	i. Minuman berenergi	<input type="checkbox"/>
	e. Makanan yang dibakar	<input type="checkbox"/>	j. Mie instant/ makanan instant lainnya	<input type="checkbox"/>
PERILAKU HIGIENIS [ART UMUR ≥ 3 TAHUN]				
G03	Apakah [NAMA] biasa menyikat gigi setiap hari?	1. Ya 2. Tidak → G05 7. Tidak Berlaku → G05	<input type="checkbox"/>	
G04	Kapan saja [NAMA] menyikat gigi?			
	a. Sebelum makan pagi	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	<input type="checkbox"/>	
	b. Setelah makan pagi	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	<input type="checkbox"/>	
	c. Sesudah makan siang	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan siang	<input type="checkbox"/>	
	d. Saat mandi pagi	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah mandi pagi	<input type="checkbox"/>	
	e. Saat mandi sore	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah mandi sore	<input type="checkbox"/>	
G05	Dimana [NAMA] biasa buang air besar? (JAWABAN TIDAK DIBACAKAN)	1. Jamban 2. Sungai/danau/laut 3. Pantai/ tanah lapang/ kebun/ halaman	4. Kolam/sawah/selokan 5. Lubang tanah	<input type="checkbox"/>
	JIKA ART UMUR ≥ 5 TAHUN → G06 JIKA ART UMUR 3-4 TAHUN → BLOK K			
PERILAKU PENGGUNAAN HELM [ART UMUR ≥ 5 TAHUN]				
G06	Apakah [NAMA] biasa menggunakan helm saat mengendarai atau membonceng sepeda motor?	1. Ya, selalu 3. Tidak pernah menggunakan helm → G08 2. Ya, kadang-kadang 7. Tidak pernah mengendarai/ membonceng sepeda motor → G08	<input type="checkbox"/>	
G07	Bila menggunakan helm, bagaimana cara dan kondisi helm yang digunakan? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA JENIS HELM)	1. Memakai helm standar terkancing 2. Memakai helm standar tidak terkancing 3. Memakai helm tidak standar (helm: sepeda, proyek, tentara)	<input type="checkbox"/>	
KONSUMSI BUAH DAN SAYUR (GUNAKAN GAMBAR PERAGA) [ART UMUR ≥ 5 TAHUN]				
G08	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] makan buah-buahan segar? JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 → LANJUT KE G10	.....hari	<input type="checkbox"/>
G09	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengonsumsi buah-buahan segar dalam satu hari dari hari-hari tersebut?	..... porsi	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
G10	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran? JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 → LANJUT KE G12	.....hari	<input type="checkbox"/>
G11	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran dalam satu hari dari hari-hari tersebut?	.....porsi	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
JIKA ART UMUR ≥ 10 TAHUN → G13 JIKA ART UMUR 5-9 TAHUN → L01				
PERILAKU CUCI TANGAN [ART UMUR ≥ 10 TAHUN]				
G13	Apakah [NAMA] biasa mencuci tangan?	1. Ya 2. Tidak → G17	<input type="checkbox"/>	
G14	Apakah [NAMA] <u>selalu</u> mencuci tangan pakai sabun?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	

G15	Apakah [NAMA] selalu mencuci tangan menggunakan air bersih mengalir?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
G16	Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? (POIN a S/D c: ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)			
	a. Sebelum menyiapkan makanan/ sebelum makan	<input type="checkbox"/>	c. Setelah buang air besar	<input type="checkbox"/>
	b. Setiap kali tangan kotor (memegang uang, binatang, berkebon)	<input type="checkbox"/>		
	POIN d S/D f: ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 7=TIDAK BERLAKU)			
	d. Setelah menggunakan pestisida/ insektisida	<input type="checkbox"/>	f. Sebelum menyusui bayi	<input type="checkbox"/>
	e. Setelah menceboki balita	<input type="checkbox"/>		
MEROKOK DAN PENGGUNAAN TEMBAKAU [ART UMUR ≥10 TAHUN]				
G17	Apakah [NAMA] pernah merokok?	1. Ya, setiap hari	2. Ya, tidak setiap hari → G19	3. Tidak pernah merokok → G26
G18	Berapa umur [NAMA] mulai merokok setiap hari? ISIKAN DENGAN "98" JIKA TIDAK INGAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tahun
G19	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali merokok? ISIKAN DENGAN "98" JIKA TIDAK INGAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tahun
G20	Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e)			
	a. Rokok kretek	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Rokok putih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Rokok linting	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Elektrik	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Shisha	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
JIKA G20a=1 ATAU G20b=1 ATAU G20c=1, LANJUT KE G21 JIKA G20a=2 DAN G20b=2 DAN G20c = 2, LANJUT KE G22				
G21	JIKA G17= 1, G21a DIISI KODE 1 DAN G21b ISI JUMLAH RATA-RATA PER HARI JIKA G17=2, G21a DIISI KODE 2 DAN G21b ISI JUMLAH RATA-RATA PER MINGGU			
	Rata-rata berapa batang rokok kretek/putih/linting yang [NAMA] hisap perhari atau per minggu?	a. Satuan:	1. Batang/hari	2. Batang/minggu
		b. Jumlah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G22	Apakah [NAMA] merokok selama 1 bulan terakhir? (BACAKAN JAWABAN)	1. Ya, setiap hari	2. Ya, tidak setiap hari	3. Sudah berhenti merokok → G25
G23	Apakah biasanya [NAMA] merokok di dalam gedung/ruangan (tempat umum, sekolah, tempat kerja, gedung/ ruang lainnya)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
G24	Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah?	1. Ya → G27	2. Tidak → G27	<input type="checkbox"/>
G25	Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/ tidak merokok sama sekali? ISIKAN DENGAN "98" JIKA [NAMA] MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun		<input type="checkbox"/>
G26	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
G27	Apakah [NAMA] MENGUNYAH TEMBAKAU (nginang, nyirih, susur) selama 1 bulan terakhir? (BACAKAN JAWABAN)	1. Ya, setiap hari	2. Ya, kadang-kadang	3. Tidak, tapi sebelumnya pernah mengunyah tembakau
		4. Tidak pernah sama sekali → G29		<input type="checkbox"/>
G28	Apakah [NAMA] sebelumnya pernah mengunyah tembakau tiap hari?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
AKTIFITAS FISIK [ART UMUR ≥10 TAHUN]				
(PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA SESUAI DENGAN JENIS AKTIFITAS FISIK YANG DITANYAKAN)				
G29	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik berat , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya	2. Tidak → G32	<input type="checkbox"/>
G30	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?	.....hari		<input type="checkbox"/>
G31	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?	.....Jam		<input type="checkbox"/>
		.....menit		<input type="checkbox"/>

G32	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik sedang , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya 2. Tidak → G35	<input type="checkbox"/>
G33	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?	.....hari	<input type="checkbox"/>
G34	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?	.....Jam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		.....menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MINUMAN BERALKOHOL [ART UMUR ≥10 TAHUN]			
G35	Apakah [NAMA] mengonsumsi minuman beralkohol dalam 1 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak → G39	<input type="checkbox"/>
G36	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		<input type="checkbox"/>
G37	Selama 1 bulan terakhir, berapa hari [NAMA] mengonsumsi minuman beralkohol?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G38	Berapa jumlah rata-rata minuman beralkohol biasanya dikonsumsi per hari?		<input type="checkbox"/>
	a. Satuan:	1. gelas bir (330ml) 3. gelas anggur (200-250 ml) 5. botol besar (750-800 ml) 2. gelas belimbing (200-250 ml) 4. botol kecil (250-300 ml) 6. kaleng (330 ml) 7. sloki/gelas kecil (30-40 ml)	
	b. Jumlah rata-rata per hari:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
G39	JIKA ART UMUR ≥ 15 TAHUN → BLOK H	JIKA ART LAKI-LAKI UMUR 10-14 TAHUN → BLOK L JIKA ART PEREMPUAN UMUR 10-14 TAHUN → BLOK I	
H. PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP HIV/ AIDS [KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN DAN "TIDAK DIWAKILI"]			
H01	Apakah [NAMA] pernah mendengar tentang HIV/AIDS?	1. Ya 2. Tidak → H07	<input type="checkbox"/>
H02	Menurut [NAMA], HIV/ AIDS termasuk penyakit apa? (POIN a SAMPAI DENGAN e DIBACAKAN)		
	a. Penyakit keturunan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Penyakit kutukan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Penyakit menular	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Penyakit kelamin	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Penyakit menurunnya kekebalan tubuh	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
H03	Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? (POIN a SAMPAI DENGAN j DIBACAKAN) (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK ATAU 8.TIDAK TAHU)		
	a. Melalui batuk atau bersin	<input type="checkbox"/>	f. Menggunakan toilet umum
	b. Berenang di dalam kolam yang sama dengan penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	g. Melakukan hubungan seksual dengan penderita HIV/AIDS
	c. Menggunakan jarum suntik bekas penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	h. Dari ibu hamil terhadap janinnya
	d. Makan/minum sepiring dengan penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	i. Menerima donor darah dari penderita HIV/AIDS
	e. Hubungan seksual sesama pria	<input type="checkbox"/>	j. Bersentuhan kulit dengan penderita HIV/AIDS
H04	Menurut [NAMA], bagaimana cara pencegahan HIV/AIDS? (POIN a SAMPAI DENGAN f DIBACAKAN) (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK ATAU 8.TIDAK TAHU)		
	a. Memiliki pasangan seksual hanya satu orang	<input type="checkbox"/>	d. Tidak tinggal di lingkungan penderita HIV/AIDS
	b. Menggunakan kondom saat berhubungan	<input type="checkbox"/>	e. Tidak bertukar pakaian dengan penderita HIV/AIDS
	c. Menggunakan jarum suntik sekali pakai	<input type="checkbox"/>	f. Tidak menjalani "hubungan" sesama jenis
H05	Menurut [NAMA], bagaimana cara mengetahui seseorang menderita HIV/AIDS? (POIN a SAMPAI DENGAN c DIBACAKAN) (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK ATAU 8.TIDAK TAHU)		
	a. Dengan mengenali fisik orang tersebut	<input type="checkbox"/>	c. Dengan tes darah sukarela (VCT)
	b. Dengan mengenali perilaku orang tersebut	<input type="checkbox"/>	d. Lainnya, Sebutkan.....

H06	Bagaimana sikap [NAMA] terhadap penderita HIV/AIDS? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)				
	a. Jika salah satu anggota keluarga [NAMA] tertular HIV/AIDS, apakah [NAMA] akan merahasiakannya?	<input type="checkbox"/>			
	b. Jika salah satu anggota keluarga [NAMA] menderita HIV/AIDS, apakah [NAMA] bersedia untuk merawatnya?	<input type="checkbox"/>			
	c. Jika salah satu tetangga [NAMA] diketahui menderita HIV/AIDS, apakah [NAMA] akan mengucilkan orang tersebut?	<input type="checkbox"/>			
	d. Apakah [NAMA] akan membeli sayuran segar dari petani atau penjual yang diketahui terinfeksi HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/>			
	e. Apakah [NAMA] setuju jika seorang guru menderita HIV/AIDS, tidak diperkenankan untuk mengajar?	<input type="checkbox"/>			
H07	<ul style="list-style-type: none"> • JIKA ART PEREMPUAN UMUR 15-19 TAHUN → BLOK I • JIKA ART PEREMPUAN UMUR 20-54 TAHUN STATUS KAWIN/CERAH HIDUP/CERAH MATI → BLOK J • JIKA ART PEREMPUAN UMUR > 20 TAHUN BELUM KAWIN/ ART PEREMPUAN UMUR > 54 TAHUN/ ART LAKI-LAKI → BLOK L 				
I. PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH (TTD) REMAJA PUTRI [ART PEREMPUAN UMUR 10-19 TAHUN]					
I01	Apakah [NAMA] sudah mendapat haid/ menstruasi?		1. Ya 2. Tidak → I04	<input type="checkbox"/>	
I02	Sejak usia berapa [NAMA] mendapatkan haid/menstruasi?		..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I03	Apakah [NAMA] sudah pernah hamil?		1. Ya → J01b 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
I04	Apakah [NAMA] pernah mendapat/membeli TTD? (LIHAT GAMBAR PERAGA)		1. Ya 2. Tidak → I07	<input type="checkbox"/>	
I05	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] pernah mendapat/membeli TTD? (LIHAT GAMBAR PERAGA)		1. Ya 2. Tidak → I07	<input type="checkbox"/>	
I06	Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir	Isikan kode: 1. Ya 2. Tidak → ke baris berikutnya	Total butir TTD yang didapat/ dibeli	Jumlah yang diminum	Alasan utama tidak minum/ tidak menghabiskan TTD? [LIHAT KODE]
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	a. Fasilitas kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Sekolah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Inisiatif sendiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KODE KOL. (5)	1. Hanya diminum ketika haid 2. Lupa 3. Rasa dan bau tidak enak		4. Ada efek samping (mual, sembelit) 5. Belum waktunya habis 6. Merasa tidak perlu	7. Lainnya	
I07	LANJUT KE BLOK L				
J. KESEHATAN IBU					
ART PEREMPUAN UMUR 10-54 TAHUN STATUS KAWIN/ CERAH HIDUP/ CERAH MATI					
MASA REPRODUKSI					
J01	a. Apakah [NAMA] pernah hamil?		1. Ya 2. Tidak → BLOK L	<input type="checkbox"/>	
	b. Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali hamil?		..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J02	Selama hidup, berapa kali [NAMA] hamil, keguguran dan bersalin?				
	a. Gravida (kehamilan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Partus (melahirkan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Aborsi (keguguran)	☐ ☐
J03	a. Apakah pada periode 1 Januari 2013 sampai saat wawancara pernah melahirkan yang berakhir dengan lahir hidup atau lahir mati atau keguguran?		1. Ya 2. Tidak → J48	<input type="checkbox"/>	
	b. Kapan persalinan/keguguran dari kehamilan terakhir? (Tuliskan tgl, bulan dan tahun) BILA LEBIH DARI 1 KEHAMILAN, PILIH KEHAMILAN PALING TERAKHIR YANG SUDAH BERAKHIR DENGAN PERSALINAN/ KEGUGURAN		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Selanjutnya saya akan menanyakan riwayat masa kehamilan, saat persalinan, dan masa nifas dari kehamilan terakhir tersebut. Mohon [NAMA] mengingat-ingat kembali pengalaman selama kehamilan terakhir tersebut					
RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN MASA NIFAS					
"KEHAMILAN TERAKHIR YANG SUDAH BERAKHIR" PADA PERIODE 1 JANUARI 2013- SAAT WAWANCARA					
J04	NAMA ANAK (JIKA BELUM DIBERI NAMA TULISKAN NN)				
J05	Nomor urut [NAMA ANAK] dalam rumah tangga	JIKA [NAMA ANAK] TIDAK ADA PADA BLOK IV TULISKAN 00		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
J06	Dari seluruh kehamilan, urutan kehamilan keberapa saat mengandung [NAMA ANAK]?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

J07	Apakah kehamilan tunggal atau kembar?	1. Tunggal	2. Kembar	3. Belum diketahui	<input type="checkbox"/>								
J08	Bagaimana hasil kehamilan?	1. Lahir hidup	2. Lahir mati	3. Lahir hidup & lahir mati	4. Keguguran	<input type="checkbox"/>							
J09	Jenis kelamin [NAMA ANAK]:	1. Laki-laki	2. Perempuan	3. Belum diketahui	<input type="checkbox"/>								
J10	Umur kandungan saat kehamilan berakhir?	.....bulan			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
J11	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	<input type="checkbox"/>						
JIKA J08 BERKODE 1 ATAU 3, LANJUT KE J12 JIKA J08 BERKODE 2 ATAU 4, LANJUT KE J14													
J12	Apakah [NAMA ANAK] masih hidup?	1. Masih Hidup → J14			2. Sudah meninggal	<input type="checkbox"/>							
J13	Umur waktu meninggal (JIKA UMUR < 30 HARI ISIKAN DALAM HARI, JIKA UMUR ≥ 30 HARI ISIKAN DALAM BULAN)	a. Satuan:		1. Bulan	2. Hari	<input type="checkbox"/>							
					b. Umur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
MASA KEHAMILAN													
J14	Apakah melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, bidan atau perawat)?	1. Ya			2. Tidak → J21	<input type="checkbox"/>							
J15	Berapa bulan umur kandungan [NAMA] saat memeriksakan kehamilan pertama kali?	_____ bulan			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
J16	Berapa kali [NAMA] melakukan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan?												
	Umur kehamilan	Tenaga yang melakukan ANC			Frekuensi ANC								
	(1)	(2)			(3)								
	a. 0-3 bulan	1. Tenaga Kesehatan	2. Tenaga Non Kesehatan → J16b	3. Tidak ANC → J16b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kali							
	b. 4-6 bulan	1. Tenaga Kesehatan	2. Tenaga Non Kesehatan → J16c	3. Tidak ANC → J16c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kali							
	c. 7-melahirkan	1. Tenaga Kesehatan	2. Tenaga Non Kesehatan → J17a	3. Tidak ANC → J17a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kali							
J17a	JIKA J16a=1 ATAU J16b=1 ATAU J16c=1, LANJUT KE J17 JIKA J16a≠1 DAN J16b≠1 DAN J16c≠1, LANJUT KE J21												
J17	Siapa yang paling sering memeriksa kehamilan [NAMA]?	1. dokter spesialis	2. dokter umum	3. bidan	4. perawat	<input type="checkbox"/>							
J18	Dimana [NAMA] paling sering melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC)?	1. RS Pemerintah	2. RS Swasta	3. Klinik	4. Puskesmas/Pustu/Pusling	5. Praktek dokter mandiri	6. Praktek bidan mandiri	7. Poskesdes/Polindes	8. Posyandu	9. Praktek Perawat	10. Rumah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J19	Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan:												
	a. Pengukuran tinggi badan	1. Ya			2. Tidak			<input type="checkbox"/>					
	b. Penimbangan berat badan	1. Ya			2. Tidak			<input type="checkbox"/>					
	c. Pengukuran tekanan darah	1. Ya			2. Tidak			<input type="checkbox"/>					
	d. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) → GUNAKAN GAMBAR PERAGA	1. Ya			2. Tidak			<input type="checkbox"/>					
	e. Pengukuran tinggi rahim → GUNAKAN GAMBAR PERAGA	1. Ya			2. Tidak			<input type="checkbox"/>					
	f. Penentuan letak janin → GUNAKAN GAMBAR PERAGA	1. Ya			2. Tidak			<input type="checkbox"/>					
	g. Perhitungan denyut jantung janin (DJJ) → GUNAKAN GAMBAR PERAGA	1. Ya			2. Tidak			<input type="checkbox"/>					
	h. Konseling dan tata laksana kasus (tindakan) JIKA JAWABAN > 1, JUMLAHKAN KODE JAWABAN												
	1. Konseling/ penjelasan/ nasehat			2. Tindakan/ tata laksana kasus			3. Tidak memperoleh keduanya			<input type="checkbox"/>			
J20	Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat imunisasi TT (biasanya suntikan pada lengan atas ibu untuk mencegah bayi dari penyakit tetanus, atau kejang-kejang setelah lahir)?												
	1. Ya			2. Tidak diimunisasi			3. Dinyatakan oleh nakes tidak perlu imunisasi TT			<input type="checkbox"/>			

J21	a. Apakah selama kehamilan [NAMA ANAK], [NAMA] mendapat tablet tambah darah (TTD)?	1.Ya 2.Tidak → J23	<input type="checkbox"/>
	b. Berapa total butir TTD yang diperoleh/ dibeli?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> butir	
	c. Berapa jumlah tablet tambah darah (tablet Fe) yang [NAMA] minum selama kehamilan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> butir	
J22	Jika yang diminum lebih sedikit dari yang diperoleh, apa alasan utama TTD tidak minum/ tidak menghabiskan? 1. Tidak suka 2. Mual/ muntah karena proses kehamilan 3. Bosan 4. Lupa 5. Efek samping (mual, sembelit) 6. Belum waktunya habis		<input type="checkbox"/>
J23	Apakah saat hamil [NAMA ANAK], [NAMA] melakukan pemeriksaan laboratorium?		
	a. Tes gluko-protein urin	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Tes darah hemoglobin (Hb)	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Tes HIV	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Tes golongan darah	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu 4. Sudah pernah tes	<input type="checkbox"/>
e. Tes lainnya, sebutkan _____	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
J24	Apakah selama hamil, [NAMA] mengalami masalah/gangguan kehamilan seperti: (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. Muntah atau diare terus menerus G. Terasa sakit saat kencing B. Demam tinggi (3 hari sebelum melahirkan) H. Batuk lama (> 2 minggu) C. Hipertensi I. Jantung berdebar-debar dan nyeri dada D. Janin kurang bergerak J. Bengkak kaki disertai kejang E. Perdarahan banyak pada jalan lahir K. Lainnya _____ (SEBUTKAN) F. Keluar air ketuban sebelum waktunya Z. Tidak ada masalah/ gangguan → J27	-----	
J25	Apakah [NAMA] segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan ketika mengalami keluhan?	1. Ya, segera 2. Ya, ada jeda waktu 3. Tidak → J27	<input type="checkbox"/>
J26	Fasilitas kesehatan apakah yang pertama kali [NAMA] manfaatkan?	1. RS 2. Puskesmas/Pustu 3. Polindes 4. Praktek tenaga kesehatan 5. Lainnya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/>
J27	JIKA J08 BERKODE "1" ATAU "2" ATAU "3", LANJUT KE J28 JIKA J08 BERKODE "4", LANJUT KE J48		
MASA PERSALINAN			
J28	Siapa saja yang membantu [NAMA] saat persalinan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN KRONOLOGIS PENOLONG) A. Dokter Kandungan D. Perawat Z. Tidak ada yang menolong B. Dokter Umum E. Dukun C. Bidan F. Lainnya.....		
J29	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 → J31 9. Lainnya, sebutkan _____ → J31	<input type="checkbox"/>
J30	Berapa jam [NAMA IBU] dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) setelah bersalin sampai pulang?	..... jam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J31	Darimana sumber pembiayaan persalinan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. BPJS/KIS C. Biaya kantor E. Biaya sendiri G. Jamperda B. Asuransi swasta D. Biaya orang lain F. Jampersal H. Tidak mengeluarkan biaya		
J32	Bagaimana metode persalinan [NAMA ANAK]?	1. Normal 2. Operasi sesar 3. Vacuum 4. Forceps (memakai alat) 5. Lainnya,sebutkan _____	<input type="checkbox"/>
J33	Apakah pada saat melahirkan [NAMA] mengalami masalah/gangguan sebagai berikut: (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. Posisi janin melintang/sungsang F. Lilitan tali pusar B. Perdarahan G. Plasenta letak rendah/ <i>Placenta Previa</i> C. Kejang H. Plasenta tertinggal D. Ketuban pecah dini I. Hipertensi E. Partus Lama X. Lainnya _____ (SEBUTKAN) Z. Tidak ada masalah/ gangguan → J40		
J34	Apakah [NAMA] dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat bersalin tersebut?	1.Ya, segera 2.Ya, ada jeda waktu 3.Tidak → J39	<input type="checkbox"/>

J35	a. Berapa lama waktu yang diperlukan dari tempat persalinan pertama untuk mencapai fasilitas pelayanan rujukan pertama?	jam : menit	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
	b. Berapa lama waktu untuk memperoleh tindakan/penanganan saat di fasilitas kesehatan?	jam : menit	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
J36	Ke fasilitas pelayanan kesehatan mana saja [NAMA] 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	_____	
J37	Berapa lama waktu yang diperlukan dari fasilitas kesehatan pertama sampai rujukan terakhir?	Jam:menit	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
J38	Darimana saja sumber pembiayaan rujukan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. BPJS/KIS C. Biaya kantor E. Biaya sendiri G. Lainnya B. Asuransi swasta D. Biaya orang lain F. Jampersal	_____	
LANJUT KE J40			
J39	Alasan [NAMA] tidak dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat bersalin tersebut? JIKA JAWABAN > 1, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 1. Merasa tidak perlu 4. Masalah biaya 16. Jarak Faskes jauh 2. Tidak diijinkan keluarga 8. Tidak ada transportasi 32. Masalah keluarga yang ditinggal 64. Lainnya, sebutkan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
MASA NIFAS			
J40	Apakah setelah melahirkan, [NAMA] diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan (mengunjungi/dikunjungi nakes)?		
	a. Periode setelah melahirkan sampai 3 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Periode 4 hari sampai 28 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Periode 29 hari sampai 42 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
J41	Pada waktu sesaat setelah bersalin sampai 42 hari setelah melahirkan, berapa kali [NAMA IBU] mendapat kapsul vitamin A? (TUNJUKKAN GAMBAR PERAGA)	1. satu kali 2. dua kali	3. lebih dari 2 kali 4. Tidak pernah → J43
J42	Kapan saja waktu minum vitamin A setelah bersalin? JIKA JAWABAN > 1, JUMLAH KODE JAWABAN 1. Sesaat setelah melahirkan 2. 24 jam setelah melahirkan 4. Lebih dari 48 jam setelah melahirkan	<input type="checkbox"/>	
J43	Apakah pada periode nifas (0-42 hari setelah melahirkan) 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 C. Bengkak diwajah, tangan dan kaki (depresi) D. Sakit kepala I. Hipertensi E. Kejang-kejang X. Lainnya F. Demam lebih dari 2 hari Z. Tidak ada masalah/ gangguan → J46	_____	
J44	Apakah [NAMA] mencari pertolongan ke tenaga kesehatan ketika mengalami keluhan?	1. Ya, segera 2. Ya, ada jeda waktu 3. Tidak → J46	<input type="checkbox"/>
J45	Fasilitas kesehatan apakah yang pertama kali [NAMA] manfaatkan?	1. RS 4. Praktek tenaga kesehatan 2. Puskesmas/Pustu 5. Lainnya, sebutkan _____ 3. Polindes/ Poskesdes	<input type="checkbox"/>
PELAYANAN KB PASCA SALIN			
J46	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. <i>Implant/</i> Susuk KB 9. Tidak menggunakan → J48	<input type="checkbox"/>	
J47	Kapan [NAMA]/ pasangan menggunakan alat/ cara kontrasepsi tersebut? 1. Bersamaan dengan proses persalinan 2. Setelah persalinan selesai, tetapi sebelum pulang dari Fasilitas Kesehatan 3. Setelah pulang dari Fasilitas Kesehatan sampai dengan 42 hari setelah persalinan 4. Di atas 42 hari setelah persalinan	<input type="checkbox"/>	
PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) PADA IBU HAMIL			
J48	Apakah saat ini [NAMA] sedang hamil? [TANYAKAN KONDISI SAAT WAWANCARA]	1. Ya 2. Tidak → BLOK L	<input type="checkbox"/>
J49	Berapa usia kehamilan [NAMA] saat ini?	..... bulan	<input type="checkbox"/>
J50	Apakah selama kehamilan saat ini , ibu mendapatkan PMT?	1. Ya 2. Tidak → J54	<input type="checkbox"/>

J51	Isikan bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh selama kehamilan saat ini , yang dihabiskan, dan alasan utama tidak dihabiskan				
	Bentuk PMT	Bentuk PMT yang diperoleh Isikan kode 1. Ya 2. Tidak → ke baris berikutnya	Jumlah total PMT yang diperoleh	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]? 1. Ya → ke baris berikutnya 2. Tidak	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? 1. Rasanya tidak enak 2. Rasa kurang bervariasi 3. Terlalu manis 4. Tidak suka aromanya/ baunya 5. Ada efek samping (mual, alergi, dll) 6. Lupa 7. Dimakan ART lain 8. Lainnya, sebutkan....
		(1)	(2)	(3)	(4)
	a. Biskuit Program (LIHAT GAMBAR PERAGA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bungkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Biskuit lainnya	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Susu Bubuk	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Susu Cair	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Bahan Makanan Mentah	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Makanan Matang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J52	Alasan ibu mendapatkan PMT untuk kehamilan saat ini ? POIN a S/D e TIDAK DIBACAKAN (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)				
	a. Ibu kurang gizi/ KEK	<input type="checkbox"/>		d. Berat Badan selama hamil tidak pernah naik	<input type="checkbox"/>
	b. Keluarga miskin	<input type="checkbox"/>		e. Anemia	<input type="checkbox"/>
	c. Periksa hamil di posyandu	<input type="checkbox"/>		f. Lainnya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/>
J53	Pada kehamilan saat ini , sejak umur kehamilan berapa bulan ibu mulai mendapatkan PMT?				.....bulan <input type="checkbox"/>
PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH PADA IBU HAMIL					
J54	Apakah selama kehamilan saat ini , [NAMA] pernah mendapatkan TTD?			1. Ya 2. Tidak → J58	<input type="checkbox"/>
J55	Berapa total butir TTD yang didapat/ dibeli selama kehamilan saat ini ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Butir
J56	Berapa jumlah tablet tambah darah (TTD) yang [NAMA] minum selama kehamilan saat ini ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Butir
J57	Alasan utama tidak minum/ tidak menghabiskan TTD selama kehamilan saat ini ?				<input type="checkbox"/>
	1. Tidak suka	3. Bosan	5. Efek samping (mual, sembelit)		
	2. Mual/ muntah karena proses kehamilan	4. Lupa	6. Belum waktunya habis		
KEPEMILIKAN BUKU KIA-IBU					
J58	Apakah ibu memiliki buku KIA untuk kehamilan saat ini ?				<input type="checkbox"/>
	1. Ya, dapat menunjukkan	2. Ya, tidak dapat menunjukkan	3. Tidak memiliki		
LANJUT KE BLOK L					
K. KESEHATAN BALITA					
BUKU KIA-IBU [ART UMUR 0 – 59 BULAN]					
K00	Apakah ibu memiliki buku KIA pada saat hamil [NAMA]?				<input type="checkbox"/>
	1. Ya, dapat menunjukkan	2. Ya, tidak dapat menunjukkan	3. Tidak memiliki		
PENOLONG DAN TEMPAT PERSALINAN [ART UMUR 0 – 59 BULAN]					
K01	Siapa saja yang membantu persalinan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN YANG MENOLONG)				
	A. Dokter Kandungan B. Dokter Umum C. Bidan	D. Perawat E. Dukun F. Lainnya.....	Z. Tidak ada yang menolong		
K02	Dimana tempat persalinan [NAMA ANAK] (saat bayi lahir sampai 6 jam setelah persalinan)				<input type="checkbox"/>
	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 9. Lainnya, sebutkan _____		

KONDISI SAAT LAHIR [ART UMUR 0 – 59 BULAN]					
K03	Berapa usia kehamilan ibu pada saat [NAMA] dilahirkan?	..... minggu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K04	Apakah [NAMA] mempunyai catatan/dokumen berat badan lahir? (Berat badan lahir adalah berat badan yang ditimbang dalam kurun waktu 24 jam setelah dilahirkan)	1. Ya 2. Tidak →K07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K05	Salin dari catatan/dokumen berat badan lahir [NAMA] (JIKA ≥ 2500 GRAM →K07)	..... gram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K06	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 (metode kanguru) 2. Di inkubator 4. Lainnya, sebutkan _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K07	Apakah [NAMA] mempunyai catatan/dokumen panjang badan lahir? (Panjang badan lahir adalah panjang badan yang diukur dalam kurun waktu 24 jam setelah dilahirkan)	1.Ya 2. Tidak →K09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K08	Salin dari catatan/dokumen panjang badan lahir [NAMA]	..... cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K09	Apakah [NAMA] mempunyai catatan/ dokumen lingkar kepala?	1.Ya 2. Tidak →K11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K10	Salin dari catatan/dokumen lingkar kepala [NAMA]	.....cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K11	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat sejak lahir? PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA				
	a. Tuna netra (penglihatan)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Tuna daksa (bagian tubuh)	1. Ya 2. Tidak
	b. Tuna rungu (pendengaran)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	e. Bibir Sumbing	1. Ya 2. Tidak
	c. Tuna wicara (berbicara)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Down Syndrome	1. Ya 2. Tidak
PERAWATAN BAYI BARU LAHIR/ NEONATUS [ART UMUR 0 – 59 BULAN]					
K12	Apa yang dilakukan dalam perawatan tali pusar [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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K13	Apakah pada saat (NAMA) baru lahir diberikan salep mata antibiotika?	1. Ya, catatan dokumen 3. Tidak 2. Ya, ingatan ibu 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K14	Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan?	Diperiksa di mana? (KODE JAWABAN)	Siapa yang memeriksa? (KODE JAWABAN)		
		(1)	(2)	(3)	
	a. 6–48 jam setelah lahir	1. Ya 7. Tidak berlaku→K17 2. Tidak→K14b 8. Tidak Tahu→K14b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. 3–7 hari setelah lahir	1. Ya 7. Tidak berlaku→K17 2. Tidak→K14c 8. Tidak Tahu→K14c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. 8–28 hari setelah lahir	1. Ya 7. Tidak berlaku 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	KODE KOLOM (2) TEMPAT PEMERIKSAAN		KODE KOLOM (3) TENAGA PEMERIKSA		
	1. Rumah Sakit Pemerintah	4. Puskesmas/Pustu/Pusling	7. Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan	1. Dokter spesialis	4. Perawat/nakes lainnya
	2. Rumah Sakit Swasta	5. Posyandu/Poskesdes/Polindes	8. Rumah	2. Dokter umum	5. Lainnya
	3. Rumah Sakit Bersalin	6. Klinik		3. Bidan	
JIKA K14a kolom (1) BERKODE "4", LANJUT KE K15 JIKA K14a kolom (1) BERKODE "2" ATAU "8" DAN K14b kolom (1) BERKODE "1", LANJUT KE K16 JIKA K14a kolom (1) ≠ "4" DAN K14b kolom (1) ≠ "1", LANJUT KE K17					
K15	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? KODE ISIAN a-i: 1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU				
	a. Pengukuran berat badan	<input type="checkbox"/>	f. Nakes menanyakan [NAMA] mengalami diare atau tidak	<input type="checkbox"/>	
	b. Pengukuran panjang badan	<input type="checkbox"/>	g. Menanyakan masalah dalam pemberian ASI	<input type="checkbox"/>	
	c. Pengukuran suhu tubuh	<input type="checkbox"/>	h. Memberitahu cara pemberian ASI yang baik	<input type="checkbox"/>	
	d. Perawatan tali pusar	<input type="checkbox"/>	i. Memberitahukan mengenai tanda bahaya pada bayi	<input type="checkbox"/>	
	e. Nakes menanyakan status kesehatan [NAMA]	<input type="checkbox"/>			
	KODE ISIAN j-k: 1. YA 2. TIDAK 7. SUDAH PERNAH 8. TIDAK TAHU				
	j. Memberikan imunisasi Hb-0	<input type="checkbox"/>	k. Vitamin K	<input type="checkbox"/>	

K16	Apakah [NAMA] pada usia 48-72 jam dilakukan pemeriksaan skrining hipotiroid kongenital (darah diambil dari tumit)?	1. Ya 2. Tidak	7. Tidak berlaku 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>				
BUKU KIA-ANAK [ART UMUR 0 – 59 BULAN]								
K17	Apakah [NAMA] memiliki Buku KIA (Buku Kesehatan Ibu dan Anak)? 1. Ya, dapat menunjukkan buku model tahun 2015 2. Ya, dapat menunjukkan buku model sebelum tahun 2015 3. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan kader/ bidan/ di posyandu) → K19	4. Pernah memiliki, tetapi hilang → K19 5. Tidak pernah memiliki → K19		<input type="checkbox"/>				
K18	Cek isi buku KIA:							
	a. Riwayat kehamilan	1. Terisi lengkap	2. Terisi tidak lengkap	3. Tidak terisi	7. Tidak berlaku	<input type="checkbox"/>		
	b. Riwayat persalinan	1. Terisi lengkap	2. Terisi tidak lengkap	3. Tidak terisi	7. Tidak berlaku	<input type="checkbox"/>		
	c. Riwayat bayi baru lahir	1. Terisi lengkap	2. Terisi tidak lengkap	3. Tidak terisi	7. Tidak berlaku	<input type="checkbox"/>		
	d. Pemeriksaan kesehatan pada saat sakit	1. Terisi lengkap	2. Terisi tidak lengkap	3. Tidak terisi	7. Tidak berlaku	<input type="checkbox"/>		
	e. Pemantauan pertumbuhan	1. Terisi lengkap	2. Terisi tidak lengkap	3. Tidak terisi		<input type="checkbox"/>		
	f. Pemantauan perkembangan	1. Terisi lengkap	2. Terisi tidak lengkap	3. Tidak terisi		<input type="checkbox"/>		
	g. Riwayat pemberian imunisasi	1. Terisi lengkap	2. Terisi tidak lengkap	3. Tidak terisi		<input type="checkbox"/>		
JIKA K18g BERKODE "1" ATAU BERKODE "2" → K21 JIKA K18g BERKODE "3" → K19								
K19	Apakah [NAMA] mempunyai KMS/ Buku Catatan Kesehatan Anak yang berisi catatan imunisasi?	1. Ya → K21	2. Tidak	<input type="checkbox"/>				
K20	Apakah [NAMA] pernah diimunisasi?	1. Ya	2. Tidak → K24	<input type="checkbox"/>				
K21	Apakah setelah mendapat imunisasi [NAMA] pernah mengalami keluhan <i>Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)</i> seperti berikut:							
	a. Demam tinggi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	c. Kejang	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Bernanah/abses	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Lainnya	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
JIKA K18g BERKODE "1" ATAU "2" ATAU K19 BERKODE "1" → K22 JIKA K18g BERKODE "3" DAN K19 BERKODE "2" DAN K20 BERKODE "1" → K23 JIKA K17 BERKODE "3" ATAU "4" ATAU "5" DAN K19 BERKODE "2" DAN K20 BERKODE "1" → K23								
IMUNISASI [ART UMUR 0 – 59 BULAN]								
K22	Salin dari KMS/Buku KIA/Buku Catatan Kesehatan Anak, tanggal/ bulan/ tahun, untuk setiap jenis imunisasi							
	KODE KOLOM (2): 1. Diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi → KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak → KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA 8. Ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/ bln/ thn tidak ada → KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA							
	Jenis Imunisasi	Ket	Tgl/Bln/Thn Imunisasi	Jenis Imunisasi	Ket	Tgl/Bln/Thn Imunisasi		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
	a. Hepatitis B 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. Polio 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	b. BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. Polio 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	c. DPT-HB Combo 1/ DPT-HB-HiB 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	k. Polio 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	d. DPT-HB Combo 2/ DPT-HB-HiB 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	l. Polio 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	e. DPT-HB Combo 3/ DPT-HB-HiB 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m. Campak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	f. IPV 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	n. DPT-HB Combo Lanjutan/ DPT-HB-HiB Lanjutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	g. IPV 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	h. IPV 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	o. Campak Lanjutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
JIKA CATATAN TANGGAL IMUNISASI ART TIDAK LENGKAP (KODE KOLOM 2 = 2,7,8), LANJUT KE K23 JIKA CATATAN IMUNISASI ART LENGKAP (SEMUA BERKODE 1), LANJUT KE K24								

K23	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: (INFORMASI DAPAT DIPEROLEH DARI BERBAGAI SUMBER)			
	a. Imunisasi Hepatitis B-0 , diberikan sesaat setelah bayi lahir sampai bayi berumur 7 hari yang disuntikkan di paha bayi?	1. Ya 2. Tidak → K23c	8. Tidak tahu → K23c	<input type="checkbox"/>
	b. Pada umur berapa hari [NAMA] diimunisasi Hepatitis B0?	1. 0 - 24 jam 2. >24 jam - 7 hari	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Imunisasi BCG , mulai diberikan umur 1 bulan dan disuntikkan di lengan (kanan) atas (biasanya meninggalkan bekas (scar) di bawah kulit)?	1. Ya 2. Tidak → K23e	8. Tidak tahu → K23e	<input type="checkbox"/>
	d. Pada umur berapa [NAMA] diimunisasi BCG?	1. 0 – 29 hari 2. ≥ 1 bulan 8. Tidak tahu		<input type="checkbox"/>
	e. Imunisasi polio , cairan merah muda atau putih yang biasanya mulai diberikan pada umur 1 bulan dan diteteskan ke mulut?	1. Ya 2. Tidak → K23h 7. Belum waktunya (umur ≤ 1 bulan) → K23h 8. Tidak Tahu → K23h		<input type="checkbox"/>
	f. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi polio? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK BULAN	 bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Berapa kali [NAMA] diimunisasi polio? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "8"	 Kali	<input type="checkbox"/>
	h. Imunisasi IPV/ polio suntik	1. Ya 2. Tidak → K23k	7. Belum waktunya (umur ≤ 1 bulan) → K23k 8. Tidak Tahu → K23k	<input type="checkbox"/>
	i. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi IPV/ polio suntik? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"	 bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	j. Berapa kali [NAMA] diimunisasi IPV/ polio suntik? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "8"	 Kali	<input type="checkbox"/>
	k. Imunisasi DPT-HB combo (Difteri Pertusis Tetanus-Hepatitis B combo) / DPT-HB-HiB yang biasanya disuntikkan di paha dan biasanya mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan Polio 2?	1. Ya 2. Tidak → K23n 7. Belum waktunya (umur ≤ 2 bulan) → K23n 8. Tidak Tahu → K23n		<input type="checkbox"/>
	l. Pada umur berapa (NAMA) pertama kali diimunisasi DPT-HB Combo/ DPT-HB-HiB JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"	 bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	m. Berapa kali [NAMA] diimunisasi DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "8"	 kali	<input type="checkbox"/>
n. Imunisasi campak yang biasanya diberikan umur 9 bulan dan disuntikkan di paha atau lengan kiri atas serta diberikan satu kali?	1. Ya 2. Tidak	7. Belum waktunya (umur <9 bulan) 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	
o. Imunisasi campak lanjutan yang biasanya mulai diberikan umur 18-24 bulan	1. Ya 2. Tidak	7. Belum waktunya (umur <18 bln) 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	
p. Imunisasi DPT-HB Combo lanjutan / DPT-HB-HiB lanjutan yang biasanya mulai diberikan umur 18 bulan	1. Ya 2. Tidak	7. Belum waktunya (umur <18 bln) 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	
PEMANTAUAN PERTUMBUHAN [ART UMUR 0 – 59 BULAN]				
K24	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] ditimbang berat badannya?	1. Ya 2. Tidak → K26 8. Tidak tahu → K26	<input type="checkbox"/>	
K25	Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] ditimbang berat badannya? JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88"	..... Kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LANJUT KE K27				
K26	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		<input type="checkbox"/>	
K27	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] diukur panjang/tinggi badannya?	1. Ya 2. Tidak → K29 8. Tidak tahu → K29	<input type="checkbox"/>	
K28	Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] diukur panjang/ tinggi badannya? JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88"	..... Kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LANJUT KE K30				
K29	Alasan utama dalam 12 bulan terakhir [NAMA] tidak pernah diukur panjang/ tinggi badannya: 1. Anak sudah besar (≥1 tahun) 4. Lupa/tidak tahu jadwalnya 7. Sibuk/repot 2. Anak sudah selesai imunisasi 5. Tidak ada kegiatan pengukuran 8. Malas 3. Anak tidak mau diukur 6. Tempatnya jauh 9. Alat ukur panjang badan tidak tersedia		<input type="checkbox"/>	
K30	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] pernah mendapatkan kapsul vitamin A? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)	1. Ya, 1 kali 3. Tidak pernah 2. Ya, 2 kali 7. Belum waktunya (umur < 6 bulan)	<input type="checkbox"/>	
JIKA ART UMUR 0-23 BULAN → K31 JIKA ART UMUR 24-59 BULAN → K46				

ASI DAN MP-ASI [ART UMUR 0 – 23 BULAN]						
K31	a. Apakah sesaat setelah [NAMA] lahir, diletakkan di dada/perut ibu dengan kulit ibu melekat pada kulit bayi?			1. Ya	2. Tidak → K32	<input type="checkbox"/>
	b. Kapan [NAMA] mulai diletakkan di dada/perut ibu setelah dilahirkan?			.....menit		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Berapa lama proses pelekatan bayi pada dada/ perut ibu setelah dilahirkan?			1. < 1 jam	2. ≥ 1 jam	<input type="checkbox"/>
K32	Apakah [NAMA] pernah disusui atau diberi ASI (Air Susu Ibu)?		1. Ya → K34	2. Tidak	8. Tidak tahu → K44	<input type="checkbox"/>
K33	Jika belum/ tidak pernah diberi ASI, apa alasan utamanya?					<input type="checkbox"/>
1. ASI tidak keluar 3. Repot 5. Alasan medis 7. Ibu meninggal 2. Anak tidak bisa menyusu 4. Rawat pisah 6. Anak terpisah dari ibunya 8. Lainnya						
LANJUT KE K43						
K34	Kapan ibu mulai melakukan proses menyusui untuk yang pertama kali, setelah [NAMA] dilahirkan? JIKA KURANG DARI 1 JAM, TULIS 00; JIKA KURANG DARI 24 JAM, TULIS DALAM JAM; JIKA 24 JAM ATAU LEBIH TULIS DALAM HARI			a. Satuan: 1. Jam 2. Hari		<input type="checkbox"/>
				b. Jumlah jam atau hari		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K35	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. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
K36	Apakah sebelum disusui yang pertama kali atau sebelum ASI keluar/ lancar, [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI?		1. Ya	2. Tidak → K38	8. Tidak tahu → K38	<input type="checkbox"/>
K37	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar?					
	a. Susu formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	g. Teh Manis	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Susu non formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	h. Air putih	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	c. Madu/ Madu + air	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	i. Bubur tepung/bubur saring	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	d. Air gula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	j. Pisang dihaluskan	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	e. Air Tajin	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	k. Nasi dihaluskan	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	f. Air kelapa	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	l. Lainnya, sebutkan _____	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
K38	Apakah saat ini [NAMA] masih disusui/ diberi ASI?			1. Ya → K40	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K39	Pada umur berapa bulan [NAMA] disapih/ mulai tidak disusui lagi?		..... bulan (BILA TIDAK TAHU TULIS 88)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LANJUT KE K42						
K40	Apakah dalam 24 jam terakhir [NAMA] hanya mendapatkan air susu ibu (ASI) saja dan tidak diberi minuman (cairan) dan atau makanan selain ASI?			1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K41	Apakah sejak lahir sampai dengan sebelum 24 jam terakhir [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) dan/ atau makanan?			1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K42	Pada saat [NAMA] umur berapa, IBU pertama kali mulai memberikan minuman (cairan) atau makanan selain ASI?					<input type="checkbox"/>
1. 0 – 7 hari 4. 2 – < 3 bulan 7. ≥ 6 bulan 2. 8 – 28 hari 5. 3 – < 4 bulan 8. Tidak tahu 3. 29 hari – < 2 bulan 6. 4 – < 6 bulan 9. Tidak berlaku (JIKA K40=1 DAN K41=2) → K45						
K43	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut?					
	a. Susu formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Air tajin	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Susu non-formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	g. Buah dihaluskan (Pisang, dll)	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	c. Bubur formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	h. Bubur nasi/ nasi tim/nasi dihaluskan	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	d. Biskuit	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	i. Sari buah	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	e. Bubur tepung/bubur saring	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	j. Lainnya, sebutkan _____	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>

K44	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? (ISIKAN KODE JAWABAN 1 = YA ATAU 2 = TIDAK)				
	a. Air putih	<input type="checkbox"/>	h. Telur	<input type="checkbox"/>	
	b. Air tajin, madu, teh, kopi, air gula, jus buah	<input type="checkbox"/>	i. Sayuran sumber vitamin A (daun, hijau, wortel, bayam, tomat, dll)	<input type="checkbox"/>	
	c. Bubur nasi/ nasi/ roti/ mie/ ketela/ ubi/ kentang/ biskuit	<input type="checkbox"/>	j. Buah sumber vitamin A (tomat, pepaya, buah naga, apel dll)	<input type="checkbox"/>	
	d. Kacang-kacangan/ tempe/ tahu	<input type="checkbox"/>	k. Sayuran lainnya (tauge, kubis putih, mentimun, dll)	<input type="checkbox"/>	
	e. Susu selain ASI	<input type="checkbox"/>	l. Buah lainnya (nanas, melon, dll)	<input type="checkbox"/>	
	f. Keju/ yoghurt	<input type="checkbox"/>	m. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>	
	g. Daging sapi/ daging ayam/ daging unggas lain/ ikan/ jerohan	<input type="checkbox"/>			
K45	JIKA ART UMUR 0-5 BULAN → LANJUT KE BLOK L JIKA ART UMUR 6-23 BULAN → LANJUT KE K46				
PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) PERIODE 12 BULAN TERAKHIR [ART UMUR 6-59 BULAN]					
K46	Apakah selama 12 bulan terakhir [NAMA] pernah diberi PMT (makanan tambahan)?	1. Ya	2. Tidak → K49	<input type="checkbox"/>	
K47	Pada kolom berikut, isikan: bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh, PMT yang dihabiskan, dan alasan utama tidak dihabiskan (selama 12 bulan terakhir)				
	Bentuk PMT	Bentuk PMT yang diperoleh Isikan kode 1. Ya 2. Tidak → ke baris berikutnya	Jumlah total PMT yang diperoleh (bungkus)	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA] 1. Ya → ke baris berikutnya 2. Tidak	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? 1. Anak tidak mau 2. Ibu Lupa memberikan 3. Ada efek samping (diare, muntah, alergi dll) 4. Dimakan ART lain 5. Lainnya.....
		(1)	(2)	(3)	(4)
	a. Biskuit Program (LIHAT BUKU PERAGA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Biskuit lainnya	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Susu Bubuk	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Susu Cair	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Bahan Makanan Mentah	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Makanan Matang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K48	Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? POIN a S/D g TIDAK DIBACAKAN (ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK)				
	a. Gizi buruk	<input type="checkbox"/>	e. Sakit – sakitan	<input type="checkbox"/>	
	b. Gizi Kurang/BGM	<input type="checkbox"/>	f. Karena ikut penimbangan di Posyandu	<input type="checkbox"/>	
	c. Kurus	<input type="checkbox"/>	g. Keluarga Miskin (gakin)	<input type="checkbox"/>	
	d. Berat badan tidak pernah naik (2T)	<input type="checkbox"/>	h. Lainnya	<input type="checkbox"/>	
K49	JIKA ART UMUR 6-35 BULAN → BLOK L JIKA ART UMUR 36-59 BULAN → K50				
PERKEMBANGAN ANAK [ART UMUR 36-59 BULAN]					
K50	Apakah [NAMA] dapat menyebutkan namanya sendiri tanpa dibantu?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
K51	Apakah [NAMA] dapat membaca setidaknya 4 kata sederhana/ populer?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
K52	Apakah [NAMA] mengetahui dan mengenali simbol angka 1-10	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
K53	Apakah [NAMA] dapat mengambil benda kecil (seperti kerikil atau tongkat kayu kecil) dengan menggunakan 2 jari (ibu jari dan telunjuk)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
K54	Apakah [NAMA] kadang-kadang sakit sampai tidak bisa bermain?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	

K55	Apakah [NAMA] mengenali atau dapat menyebutkan setidaknya 10 huruf alphabet/abjad?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K56	Apakah [NAMA] dapat mengikuti perintah sederhana untuk melakukan sesuatu dengan benar?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K57	Saat diperintah/diberi tahu sesuatu, apakah [NAMA] mampu melakukannya sendiri tanpa dibantu?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K58	Apakah [NAMA] mampu bermain/bersosialisasi dengan baik bersama anak-anak lainnya?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K59	Apakah [NAMA] suka menendang, menggigit, atau memukul anak lain atau orang dewasa?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K60	Apakah [NAMA] mudah terganggu konsentrasinya dalam melakukan suatu hal?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

L. PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN

TINGGI BADAN/ PANJANG BADAN [ART SEMUA UMUR]

L01	a. Apakah [NAMA] diukur Tinggi/ Panjang Badan?	1. Ya	2. Tidak → L02	<input type="checkbox"/>
	b. Tinggi/Panjang Badan (Cm)	..... cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. KHUSUS UNTUK BALITA, (Posisi pengukuran TB/PB)	1. Berdiri	2. Telentang	<input type="checkbox"/>
	d. Kondisi [NAMA] saat diukur	1. Dapat berdiri tegak/ telentang lurus 2. Tidak dapat berdiri tegak/ telentang lurus		<input type="checkbox"/>

BERAT BADAN [ART SEMUA UMUR]

L02	a. Apakah [NAMA] ditimbang?	1. Ya	2. Tidak → L03	<input type="checkbox"/>
	b. Berat Badan (kg)	..... kg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Kondisi [NAMA] saat ditimbang	1. Sehat	2. Sakit	<input type="checkbox"/>

LINGKAR PERUT [ART UMUR ≥ 15 TAHUN, KECUALI PEREMPUAN HAMIL (J48="1")]

L03	a. Apakah [NAMA] diukur Lingkar Perut	1. Ya	2. Tidak → L04	<input type="checkbox"/>
	b. Lingkar Perut (Cm)	..... cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEKANAN DARAH DIUKUR DI LENGAN KIRI [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]

L04	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang pertama:	1. Ya	2. Tidak → L07	<input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L05	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang kedua :	1. Ya	2. Tidak → L07	<input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L06	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang ketiga :	1. Ya	2. Tidak → L07	<input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

LINGKAR LENGAN ATAS (LILA) [ART PEREMPUAN USIA SUBUR (15-49 TAHUN) ATAU PEREMPUAN HAMIL (J48="1")]

L07	a. Apakah [NAMA] diukur Lingkar Lengan Atas (LILA)	1. Ya	2. Tidak → L08	<input type="checkbox"/>
	b. Lingkar Lengan Atas (cm)	..... cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATATAN

PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH			
L08	a. Apakah [NAMA] mempunyai riwayat hemofili/ ITP/ minum obat antikoagulan/ sakit berat?	1. Ya, jelaskan _____ 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah [NAMA] dilakukan pengambilan darah? JUMLAHKAN KODE JAWABAN, JIKA JAWABAN > 1	1. Ya, darah vena 2. Ya, darah kapiler 4. Tidak →SELESAI	<input type="checkbox"/>
	c. Waktu pengambilan darah (jam:menit)		<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
L09	STIKER NOMOR DARAH	TEMPEL STIKER DI SINI (6 digit)	
PEMERIKSAAN Hb [ART SEMUA UMUR]			
L10	a. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan Hb	1. Ya 2. Tidak →L11	<input type="checkbox"/>
	b. Nilai Hb (g/dl)	..... g/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
PEMERIKSAAN MALARIA [ART SEMUA UMUR]			
L11	a. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan (RDT) Malaria?	1. Ya 2. Tidak →L12	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah [NAMA] mengalami riwayat demam/ panas dalam 2 hari terakhir?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Hasil RDT malaria	1. Negatif 3. PAN (non <i>P.falciparum</i>) 2. <i>P.falciparum</i> (Pf) 4. Pf dan PAN (mix) 5. Hasil tidak sah		☐
PEMERIKSAAN KADAR GULA DARAH [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
L12	a. Apakah [NAMA] mempunyai riwayat menderita diabetes (berdasarkan hasil dokter pemeriksa)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah [NAMA] minum obat oral anti diabetes/ injeksi insulin (berdasarkan hasil dokter pemeriksa)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Apakah [NAMA] berpuasa?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Kapan [NAMA] terakhir makan?	1. malam 2. pagi	<input type="checkbox"/>
	e. Pukul berapa terakhir makan/ minum (kecuali air tawar)? (jam:menit)		<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
	f. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan kadar gula darah sewaktu?	1. Ya 2. Tidak →L12h	<input type="checkbox"/>
	g. Kadar glukosa darah sewaktu		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl
	h. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan kadar gula darah puasa?	1. Ya 2. Tidak →L12j	<input type="checkbox"/>
	i. Kadar glukosa darah puasa		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl
	j. Apakah [NAMA] dilakukan pembebanan glukosa?	1. Ya 2. Tidak →SELESAI	<input type="checkbox"/>
	k. Pukul berapa mulai dilakukan pembebanan glukosa? (jam:menit)		<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
	l. Apakah dilakukan pemeriksaan kadar gula darah pada 2 jam setelah pembebanan?	1. Ya 2. Tidak →SELESAI	<input type="checkbox"/>
	m. Pukul berapa dilakukan pengambilan darah setelah pembebanan? (jam:menit)		<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
	n. Kadar glukosa darah 2 jam setelah pembebanan		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl
CATATAN			

LEMBAR BANTU UNTUK MENGHITUNG AKTIVITAS FISIK (G29-G34)

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 *