

Buku Kode Riskesdas 2018 (IND)

Variable	Position	Label	Value Label	Measurement Level	Column Width
IDRT1	1	IDRT		Nominal	20
IDART	2	IDART		Nominal	22
B1R1	3	1.Provinsi		Scale	6
B1R2	4	2. Kabupaten/Kota*)		Scale	6
B1R3	5	3. Kecamatan		Scale	6
B1R4	6	4. Desa/Kelurahan*)		Nominal	6
B1R5	7	5. Klasifikasi Desa/Kelurahan	1 Perkotaan 2 Perdesaan	Nominal	6
B1R7	8	7. Nomor Kode Sampel		Nominal	7
B1R8	9	8. No. Urut Sampel Rumah Tangga		Nominal	6
NART	10	Nomor ART		Nominal	6
UMUR1	11	Umur tgl		Nominal	7
UMUR2	12	Umur Bln		Nominal	7
UMUR3	13	Umur Thn		Scale	7
UMUR31	14	umur tahun		Scale	8
HB	15	Hubungan dg KRT		Nominal	4
JK	16	Jenis Kelamin	1 Laki-laki 2. Perempuan	Nominal	4
KWN	17	Status perkawinan		Nominal	5
TMT	18	Pendidikan Tertinggi		Nominal	5
KERJA	19	Pekerjaan Utama		Nominal	7
CARA	20	Wawancara		Nominal	6
TAHUN	21	Umur thn		Scale	7
B9R1_TGL	22	1.Tanggal kunjungan pertama (tgl-bln)		Nominal	10
B9R1_BLN	23	1.Tanggal kunjungan pertama (tgl-bln)		Nominal	10
B9R2_TGL	24	2.Tanggal kunjungan akhir (tgl-bln)		Nominal	10
B9R2_BLN	25	2.Tanggal kunjungan akhir (tgl-bln)		Nominal	10
B9R3	26	3>Nama Pengumpul data		Nominal	26
NAMA_ART	27	1>Nama Anggota Rumah Tangga (ART)		Nominal	26
NO_ART	28	Nomor urut ART		Nominal	8
NO_AYAH	29	2>Nama dan Nomor Urut Ayah Kandung		Nominal	9
NAMA_AYAH	30	2>Nama dan Nomor Urut Ayah Kandung		Nominal	26
NO_IBU	31	3>Nama dan Nomor Urut Ibu Kandung		Nominal	8
NAMA_IBU	32	3>Nama dan Nomor Urut Ibu Kandung		Nominal	26
NO_PDPG	33	4>Nama dan Nomor Urut ART Pendamping		Nominal	9
NAMA_PDPG	34	4>Nama dan Nomor Urut ART Pendamping		Nominal	26
B10A01	35	A01. Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis ISPA oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10A02A	36	A02. Dalam 1 bulan terakhir [NAMA] mengalami gejala sebagai berikut: a. Demam	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A02B	37	A02. Dalam 1 bulan terakhir [NAMA] mengalami gejala sebagai berikut: b. Batuk kurang dari 2 minggu	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A02C	38	A02. Dalam 1 bulan terakhir [NAMA] mengalami gejala sebagai berikut: c. Pilek/hidung tersumbat	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A02D	39	A02. Dalam 1 bulan terakhir [NAMA] mengalami gejala sebagai berikut: d. Sakit tenggorokan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A03	40	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 2. Ya, 1 - 12 bulan yang lalu 3. Tidak 4. Tidak tahu	Nominal	8

B10A04A	41	A04. Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit sebagai berikut: a. Demam tinggi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A04B	42	A04. Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit sebagai berikut: b. Batuk	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A04C	43	A04. Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit sebagai berikut: c. Kesulitan bernafas dengan atau tanpa nyeri dada	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A04D	44	A04. Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit sebagai berikut: d. Nafas cepat	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A04E	45	A04. Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit sebagai berikut (untuk ART Umur 0-59 bulan): e. Nafas cuping hidung	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A04F	46	A04. Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit sebagai berikut (untuk ART Umur 0-59 bulan): f. Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A05	47	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	Nominal	8
B10A06A	48	A06. Pemeriksaan apa yang digunakan untuk menegakkan diagnosis tersebut? a. Pemeriksaan tuberkulin [KHUSUS ART UMUR < 17 TAHUN]	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A06B	49	A06. Pemeriksaan apa yang digunakan untuk menegakkan diagnosis tersebut? b. Pemeriksaan dahak [KHUSUS ART UMUR > 18 TAHUN]	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A06C	50	A06. Pemeriksaan apa yang digunakan untuk menegakkan diagnosis tersebut? c. Pemeriksaan foto dada/ rontgen [ART SEMUA UMUR]	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A07	51	A07. Apakah mendapat obat TB Kombinasi Dosis Tetap (KDT)? (PERLIHATKAN KARTU PERAGA)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10A08	52	A08. Apakah mendapat obat TB lepasan? (PERLIHATKAN KARTU PERAGA)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10A09	53	A09. Apakah ada anggota keluarga atau lainnya yang bertugas sebagai Pengawas Minum Obat (PMO)?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10A10	54	A10. Apakah saat ini masih menggunakan obat TB secara rutin (diagnosis dalam 6 bulan terakhir)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10A11A	55	A11. Mengapa tidak minum obat secara rutin? a. Sering lupa	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A11B	56	A11. Mengapa tidak minum obat secara rutin? b. Obat tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A11C	57	A11. Mengapa tidak minum obat secara rutin? c. Tidak tahan efek samping	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A11D	58	A11. Mengapa tidak minum obat secara rutin? d. Masa pengobatan terasa lama	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A11E	59	A11. Mengapa tidak minum obat secara rutin? e. Tidak mampu membeli obat TB secara rutin	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A11F	60	A11. Mengapa tidak minum obat secara rutin? f. Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10A11G	61	A11. Mengapa tidak minum obat secara rutin? g. Merasa sudah sehat	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A11H	62	A11. Mengapa tidak minum obat secara rutin? h. Lainnya,	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A11HS	63	Mengapa tidak minum obat secara rutin? sebutkan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	26
B10A12	64	A12. Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Hepatitis melalui pemeriksaan darah oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10A13	65	A13. Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita diare oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/ bidan)?	1. Ya, dalam \leq 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan 3. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	8
B10A14A	66	A14. Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami: a. Buang Air Besar (BAB) 4 - 6 kali sehari	1. Ya, dalam \leq 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan 3. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10A14B	67	A14. Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami: b. BAB > 6 kali sehari	1. Ya, dalam \leq 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan 3. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10A14C	68	A14. Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami: c. Kotoran/ tinja lembek atau cair	1. Ya, dalam \leq 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan 3. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10A15A	69	A15. Apakah [NAMA] minum obat untuk penyakit/ keluhan diare tersebut? a. Oraliit/ Larutan Gula Garam (LGG)	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10A15B	70	A15. Apakah [NAMA] minum obat untuk penyakit/ keluhan diare tersebut? b. Obat anti diare	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10A15C	71	A15. Apakah [NAMA] minum obat untuk penyakit/ keluhan diare tersebut? c. Antibiotik	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10A15D	72	A15. Apakah [NAMA] minum obat untuk penyakit/ keluhan diare tersebut? d. Obat herbal/ tradisional	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10A15E	73	A15. Apakah [NAMA] minum obat untuk penyakit/ keluhan diare tersebut? e. Obat Zinc (Khusus untuk balita) PERLIHATKAN KARTU PERAGA	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10A16	74	A16. 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	Nominal	8
B10A17	75	A17. Apakah [NAMA] dinyatakan positif menderita malaria setelah pemeriksaan tersebut oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8

B10A18A	76	Apakah [NAMA] diberi obat malaria sebagai berikut? a. Artemisinin(ACT) 3 hari + Primaquin 1 hari	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A18B	77	Apakah [NAMA] diberi obat malaria sebagai berikut? b. Artemisinin(ACT) 3 hari + Primaquin 14 hari	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A18C	78	Apakah [NAMA] diberi obat malaria sebagai berikut? c. Obat lain	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10A18CS	79	Apakah [NAMA] diberi obat malaria sebagai berikut? Sebutkan ?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	26
B10A19	80	Apakah [NAMA] pernah diberikan obat pencegahan filariasis (diethylcarbamazine citrate dan albendazol) oleh petugas kesehatan? (PERLIHATKAN GAMBAR)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10A20	81	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	Nominal	8
B10A21	82	Apakah [NAMA] minum obat sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan)?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B01	83	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis asma oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B02	84	Umur berapa pertama kali didiagnosis asma?		Nominal	8
B10B03	85	Apakah asma [NAMA] pernah kambuh dalam 12 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B04	86	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit kanker oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B05A	87	a. pembedahan/operasi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B05B	88	b. Radiasi/penyinaran	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B05C	89	c. Kemoterapi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B05D	90	d. Lainnya	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B05DS	91	Sebutkan ?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	26
B10B06	92	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis diabetes mellitus/ kencing manis oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B07	93	Umur berapa pertama kali didiagnosis diabetes mellitus/ kencing manis?		Nominal	8
B10B08	94	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	Nominal	8
B10B09	95	Apakah [NAMA] minum/suntik obat anti diabetes secara rutin sesuai petunjuk dokter?	1. Ya, sesuai petunjuk dokter 2. Tidak sesuai petunjuk dokter	Nominal	8
B10B10A	96	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? a. Sering lupa	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B10B	97	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? b. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B10C	98	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? c. Minum obat tradisional	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B10D	99	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? d. Tidak tahan efek samping obat	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10B10E	100	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? e. Tidak mampu membeli obat secara rutin	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B10F	101	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? f. Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B10G	102	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? g. Merasa sudah sehat	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B10H	103	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? h. Lainnya, sebutkan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B10HS	104	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? sebutkan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	26
B10B11A	105	Apa yang [NAMA] lakukan untuk mengendalikan diabetes mellitus? a. Pengaturan makan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B11B	106	Apa yang [NAMA] lakukan untuk mengendalikan diabetes mellitus? b. Olah raga	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B11C	107	Apa yang [NAMA] lakukan untuk mengendalikan diabetes mellitus? c. Alternatif herbal	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B12A	108	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: a. Sering lapar	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B12B	109	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: b. Sering haus	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B12C	110	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: c. Sering buang air kecil & jumlah banyak	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B12D	111	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: d. Berat badan turun	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B13	112	Apakah [NAMA] memeriksakan kadar gula darah?	1. Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak pernah	Nominal	8
B10B14	113	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita sakit jantung oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B15AK1	114	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah: B15a. Gigi rusak, berlubang ataupun sakit?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10B15BK1	115	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah: B15b. Gigi hilang karena dicabut atau tanggal sendiri?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10B15CK1	116	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah: B15c. Gigi telah ditambal atau ditumpat karena berlubang?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10B15DK1	117	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah: B15d. Gigi goyah?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10B16A	118	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah mulut: b16a. Gusi bengkak dan/atau keluar bisul (abses)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B16B	119	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah mulut: B16b. Gusi mudah berdarah pada saat sikat gigi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B16C	120	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah mulut: B16c. Sariawan berulang minimal 4 kali	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10B16D	121	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah mulut: B16d.Sariawan menetap dan tidak pernah sembuh minimal 1 bulan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17A	122	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? B17a. Pengobatan/minum obat	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17B	123	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? B17b. Konseling perawatan kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17C	124	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? B17c. Penumpatan / penambalan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17D	125	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? B17d. Pencabutan gigi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17E	126	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? B17e. bedah mulut	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17F	127	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? B17f pemasangan gigi palsu	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17G	128	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? b17g. Pemasangan gigi tanam (implant denture)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17H	129	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? b17hPerawatan orthodonsi (behel/ Kawat Gigi)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17I	130	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? b17i Pembersihan karang gigi (Scaling)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B17J	131	Dalam 1 tahun terakhir, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? b17j Perawatan gusi / periodontal treatment	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B18A	132	Dalam 1 tahun terakhir, kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan? b18 a Dokter gigi spesialis	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B18B	133	Dalam 1 tahun terakhir, kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan? b18 b. Dokter gigi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B18C	134	Dalam 1 tahun terakhir, kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan? b18c. Perawat gigi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B18D	135	Dalam 1 tahun terakhir, kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan? b18d. Dokter umum/ Paramedik lain	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B18E	136	Dalam 1 tahun terakhir, kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan? b18 e. Tukang gigi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B18F	137	Dalam 1 tahun terakhir, kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan? b18 f. Beli obat sendiri	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10B19	138	B19 Dalam 1 tahun terakhir, seberapa sering [NAMA] berobat ke tenaga medis gigi?	1. 1 – 3 kali 2. 4-6 kali 3. > 7 kali 4. Tidak pernah berobat ke tenaga medis gigi	Nominal	8
B10B20	139	B20 Apakah [NAMA] pernah memeriksakan tekanan darah?	1. Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak	Nominal	8
B10B21	140	B21 Apakah hasil pemeriksaan menunjukkan [NAMA] mengalami tekanan darah tinggi?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B22	141	B22 Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita hipertensi/ penyakit tekanan darah tinggi oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B23	142	B23 Apakah [NAMA] minum obat anti hipertensi?	1. Ya, rutin 2. Tidak rutin 3. Tidak minum obat	Nominal	8
B10B24A	143	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? B24 a. Sering lupa	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B24B	144	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? B24b. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B24C	145	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? B24c. Minum obat tradisional	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B24D	146	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? B24d. Tidak tahan efek samping obat	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B24E	147	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? B24e. Tidak mampu membeli obat secara rutin	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B24F	148	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? B24f. Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B24G	149	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? B24g. Merasa sudah sehat	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B24H	150	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? B24h. Lainnya, sebutkan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B24HS	151	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? 24H. Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	26
B10B25	152	B25. Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B26	153	B26. Apakah [NAMA] memeriksakan ulang (kontrol) penyakit stroke yang dialami ke fasilitas pelayanan kesehatan?	1. Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak	Nominal	8
B10B27A	154	Apakah [NAMA] pernah mengalami keluhan secara mendadak seperti di bawah ini? B27A. Kelumpuhan pada satu sisi tubuh	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B27B	155	Apakah [NAMA] pernah mengalami keluhan secara mendadak seperti di bawah ini? B27B. Kesemutan/ baal satu sisi tubuh	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B27C	156	Apakah [NAMA] pernah mengalami keluhan secara mendadak seperti di bawah ini? B27C. Mulut menjadi mencong tanpa keluhan otot mata	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B27D	157	Apakah [NAMA] pernah mengalami keluhan secara mendadak seperti di bawah ini? B27D. Bicara pelo	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10B27E	158	Apakah [NAMA] pernah mengalami keluhan secara mendadak seperti di bawah ini? B27E. Sulit bicara/ komunikasi dan/ atau tidak mengerti pembicaraan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10B28	159	B28. Apakah [NAMA] pernah didiagnosis oleh dokter, menderita penyakit gagal ginjal kronis (minimal ginjal sakit selama 3 bulan berturut-turut)?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B29	160	B29. Apakah [NAMA] pernah / sedang menjalani cuci darah (haemodialisa)?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10B30	161	B30. Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit sendi/ rematik oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C01	162	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	Nominal	8
B10C02	163	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	Nominal	8
B10C03	164	C03. Selama 2 minggu terakhir, Apakah [NAMA] merasa lelah atau tidak bertenaga, hampir sepanjang waktu?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C04	165	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	Nominal	8
B10C05	166	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	Nominal	8
B10C06	167	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	Nominal	8
B10C07	168	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	Nominal	8
B10C08	169	C08. Selama 2 minggu terakhir, Apakah [NAMA] merasa bersalah atau mempersalahkan diri sendiri?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C09	170	C09. Selama 2 minggu terakhir, Apakah [NAMA] mengalami kesulitan berpikir atau berkonsentrasi, atau apakah mempunyai kesulitan untuk mengambil keputusan?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C10	171	C10. Selama 2 minggu terakhir, Apakah [NAMA] berniat untuk menyakiti diri sendiri, ingin bunuh diri atau berharap bahwa [NAMA] mati?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C11	172	C11. Untuk semua keluhan yang disebutkan di atas (C01 s/d C10), apakah [NAMA] minum obat atau menjalani pengobatan medis?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C12	173	Dalam 1 bulan terakhir, C12. Apakah [NAMA] sering menderita sakit kepala?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C13	174	Dalam 1 bulan terakhir, C13. Apakah [NAMA] tidak nafsu makan?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8

B10C14	175	Dalam 1 bulan terakhir, C14. Apakah [NAMA] sulit tidur?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C15	176	Dalam 1 bulan terakhir, C15. Apakah [NAMA] mudah takut?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C16	177	Dalam 1 bulan terakhir, C16. Apakah [NAMA] merasa tegang, cemas atau khawatir?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C17	178	Dalam 1 bulan terakhir, C17. Apakah tangan [NAMA] gemetar?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C18	179	Dalam 1 bulan terakhir, C18. Apakah pencernaan [NAMA] terganggu/ buruk?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C19	180	Dalam 1 bulan terakhir, C19. Apakah [NAMA] sulit untuk berpikir jernih?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C20	181	Dalam 1 bulan terakhir, C20. Apakah [NAMA] merasa tidak bahagia?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C21	182	Dalam 1 bulan terakhir, C21. Apakah [NAMA] menangis lebih sering?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C22	183	Dalam 1 bulan terakhir, C22. Apakah [NAMA] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C23	184	Dalam 1 bulan terakhir, C23. Apakah [NAMA] sulit untuk mengambil keputusan?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C24	185	Dalam 1 bulan terakhir, C24. Apakah pekerjaan [NAMA] sehari-hari terganggu?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C25	186	Dalam 1 bulan terakhir, C25. Apakah [NAMA] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C26	187	Dalam 1 bulan terakhir, C26. Apakah [NAMA] kehilangan minat pada berbagai hal?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C27	188	Dalam 1 bulan terakhir, C27. Apakah [NAMA] merasa tidak berharga?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C28	189	Dalam 1 bulan terakhir, C28. Apakah [NAMA] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C29	190	Dalam 1 bulan terakhir, C29. Apakah [NAMA] merasa lelah sepanjang waktu?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C30	191	Dalam 1 bulan terakhir, C30. Apakah [NAMA] mengalami rasa tidak enak di perut?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10C31	192	Dalam 1 bulan terakhir, C31. Apakah [NAMA] mudah lelah?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10D01	193	D01. Apakah [NAMA] mempunyai hambatan penglihatan ?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D02	194	D02. Apakah [NAMA] mempunyai hambatan pendengaran ?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D03	195	D03. Apakah [NAMA] mempunyai hambatan berjalan ?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8

B10D04	196	D04. Dibandingkan teman seusianya, apakah [NAMA] saat berbicara sulit dimengerti dan [NAMA] mempunyai kesulitan untuk mengerti pembicaraan orang dalam keluarganya atau di luar keluarganya?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D05	197	D05. Dibandingkan dengan teman seusianya apakah [NAMA] mempunyai kesulitan untuk belajar sesuatu	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D06	198	D06. Dibandingkan teman seusianya apakah [NAMA] memiliki kesulitan untuk mengingat sesuatu	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D07	199	D07. Dibandingkan teman seusianya apakah [NAMA] memiliki kesulitan untuk konsentrasi dalam melakukan aktifitas	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D08	200	D08. Dibandingkan teman seusianya apakah [NAMA] memiliki kesulitan bermain/bergaul dengan teman seusianya	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D09	201	D09. Apakah [NAMA] memiliki kesulitan menerima perubahan rutinitas?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D10	202	D10. Apakah [NAMA] memiliki kesulitan dalam mengendalikan perilakunya	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D11	203	D11. Selama 1 bulan terakhir, secara umum, bagaimana kondisi kesehatan [NAMA]?	1. Baik 2. Cukup 3. Buruk	Nominal	8
B10D12	204	D12 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] untuk berdiri dalam waktu lama misalnya 30 menit?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D13	205	D13 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] untuk melaksanakan atau mengerjakan kegiatan rumah tangga yang menjadi tanggung jawabnya?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D14	206	D14 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] mempelajari/ mengerjakan hal-hal baru, seperti untuk menemukan tempat/alamat baru?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8

B10D15	207	D15 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] dapat berperan serta dalam kegiatan kemasyarakatan (misalnya dalam kegiatan arisan, pengajian, keagamaan, atau kegiatan lain) seperti orang lain dapat melakukan?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D16	208	D16 Dalam 1 bulan terakhir seberapa besar masalah kesehatan yang dialami mempengaruhi keadaan emosi [NAMA]?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D17	209	D17 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] memusatkan pikiran dalam melakukan sesuatu selama 10 menit?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D18	210	D18 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] dapat berjalan jarak jauh misalnya 1 kilometer?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D19	211	D19 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] membersihkan seluruh tubuhnya/ mandi?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D20	212	D20 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] mengenakan pakaian?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D21	213	D21 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] berinteraksi/ bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D22	214	D22 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] memelihara persahabatan?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D23	215	D23 Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] mengerjakan pekerjaan sehari-hari?	1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat Berat	Nominal	8
B10D24	216	D24 Dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] dapat menahan keinginan buang air besar?	1. Tidak terkendali/ tak teratur atau perlu pencahar 2. Kadang-kadang tak terkendali (1x/minggu) 3. Terkendali teratur	Nominal	8
B10D25	217	D25 Dalam 1 bulan terakhir Apakah [NAMA] dapat mengendalikan keinginan kencing/ buang air kecil?	1. Tidak terkendali/ tak teratur atau perlu pencahar 2. Kadang-kadang tak terkendali (1x/minggu) 3. Terkendali teratur	Nominal	8

B10D26	218	D26 Dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] dapat membersihkan diri sendiri (seperti: mencuci wajah, menyikat rambut, mencukur kumis, sikat gigi)?	1. Butuh pertolongan orang lain 2. Mandiri	Nominal	8
B10D27	219	D27 Dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] dapat menggunakan WC sendiri (seperti: keluar masuk WC, melepas/ memakai celana, cebok, menyiram)?	1. Tergantung pertolongan orang lain 2. Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain 3. Mandiri	Nominal	8
B10D28	220	D28 Dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] dapat makan minum sendiri? (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	1. Tidak mampu 2. Perlu ditolong memotong makanan 3. Mandiri	Nominal	8
B10D29	221	D29 Dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] dapat berpindah sendiri dari kursi ke tempat tidur dan dari tempat tidur ke kursi (termasuk duduk di tempat tidur)	1. Tidak mampu/ tidak dapat duduk dengan seimbang (diangkat oleh dua orang) 2. Perlu dibantu oleh minimal dua orang untuk bisa duduk 3. Memerlukan bantuan ringan, minimal oleh satu orang 4. Mandiri	Nominal	8
B10D30	222	D30 Dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] dapat berjalan di tempat rata (bagi pengguna kursi roda, mampu menjalankan kursi roda tanpa bantuan)?	1. Tidak mampu 2. Bisa (pindah) menggunakan kursi roda 3. Berjalan dengan dibantu oleh 1 orang (bantuan fisik atau lisan) 4. Mandiri (walaupun menggunakan tongkat)	Nominal	8
B10D31	223	D31 Dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] dapat berpakaian sendiri (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)?	1. Tergantung orang lain 2. Sebagian dibantu (mis: mengancingkan baju) 3. Mandiri	Nominal	8
B10D32	224	D32 dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] dapat naik turun tangga sendiri?	1. Tidak mampu 2. Butuh pertolongan 3. Mandiri	Nominal	8
B10D33	225	D33 Dalam 1 bulan terakhir, Apakah [NAMA] dapat mandi sendiri?	1. Tergantung orang lain 2. Mandiri	Nominal	8
B10E01	226	E01 Dalam 1 tahun terakhir [NAMA] pernah mengalami cedera, yang mengakibatkan kegiatan sehari-hari terganggu?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10E02A	227	Bagian tubuh yang terkena: a. Kepala	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E02B	228	Bagian tubuh yang terkena: b. Dada	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E02C	229	Bagian tubuh yang terkena: c. Punggung	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E02D	230	Bagian tubuh yang terkena: d. Perut	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E02E	231	Bagian tubuh yang terkena: e. Anggota gerak atas	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E02F	232	Bagian tubuh yang terkena: f. Anggota gerak bawah	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03A	233	Jenis cedera yang dialami: a. Lecet/lebam/memar	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03B	234	Jenis cedera yang dialami: b. Luka iris/robek/tusuk	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10E03C	235	Jenis cedera yang dialami: c. Terkilir	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03D	236	Jenis cedera yang dialami: d. Patah tulang	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03E	237	Jenis cedera yang dialami: e. Anggota tubuh terputus	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03F	238	Jenis cedera yang dialami: f. Cedera mata	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03G	239	Jenis cedera yang dialami: g. Gegar otak	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03H	240	Jenis cedera yang dialami: h. Cedera organ dalam	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03I	241	Jenis cedera yang dialami: i. Luka Bakar	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03J	242	Jenis cedera yang dialami: j. Lainnya	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E03JS	243	Jenis cedera yang dialami: sebutkan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	26
B10E04A	244	Apakah cedera mengakibatkan kecacatan fisik yang permanen pada bagian tubuh dibawah ini: a. Panca indera tidak berfungsi (buta/tuli/bisu dll)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E04B	245	Apakah cedera mengakibatkan kecacatan fisik yang permanen pada bagian tubuh dibawah ini: b. Kehilangan sebagian anggota badan (jari/tangan/kaki putus dll)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E04C	246	Apakah cedera mengakibatkan kecacatan fisik yang permanen pada bagian tubuh dibawah ini: c. Bekas luka permanen yang mengganggu kenyamanan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E05	247	E05 Tempat terjadinya cedera	1. Jalan Raya 2. Rumah dan lingkungannya 3. Sekolah dan lingkungannya 4. Tempat bekerja	Nominal	8
B10E055S	248	sebutkan	5. Lainnya, sebutkan	Nominal	26
B10E06	249	E06 Apakah cedera disebabkan karena kecelakaan lalu lintas?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10E07A	250	Bila ya apakah cedera terjadi saat: a. Mengendarai sepeda motor (pengendara)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E07B	251	Bila ya apakah cedera terjadi saat: b. Membonceng sepeda motor (penumpang sepeda motor)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E07C	252	Bila ya apakah cedera terjadi saat: c. Mengendarai mobil (sopir)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E07D	253	Bila ya apakah cedera terjadi saat: d. Menumpang mobil (penumpang mobil)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E07E	254	Bila ya apakah cedera terjadi saat: e. Naik kendaraan tidak bermesin	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10E07F	255	Bila ya apakah cedera terjadi saat: f. Jalan kaki	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10F01	256	F01. Apakah pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional dalam satu tahun terakhir?	1.Ya 2. Tidak, tetapi melakukan upaya sendiri 3.Tidak sama sekali	Nominal	8
B10F02A	257	F02. Siapa saja yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional tersebut? a. Dokter atau tenaga kesehatan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10F02B	258	F02. Siapa saja yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional tersebut? b. Penyehat tradisional	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10F03A	259	F03. Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? a. Ramuan Jadi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10F03B	260	F03. Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? b. Ramuan buatan sendiri	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10F03C	261	F03. Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? c. Keterampilan manual (pijat, tusuk jarum)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10F03D	262	F03. Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? d. Keterampilan olah pikir/hipnoterapi	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10F03E	263	F03. Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? e. Keterampilan energi/tenaga dalam	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10F04	264	F04. Dalam satu tahun, apakah [NAMA] pernah mengkonsumsi tanaman obat keluarga	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G01A	265	G01. Apa yang [NAMA] lakukan untuk menghindari gigitan nyamuk? a. Tidur menggunakan kelambu tanpa insektisida	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G01B	266	G01. Apa yang [NAMA] lakukan untuk menghindari gigitan nyamuk? b. Tidur menggunakan kelambu dengan berinsektisida < 5 tahun	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G01C	267	G01. Apa yang [NAMA] lakukan untuk menghindari gigitan nyamuk? c. Tidur menggunakan kelambu dengan berinsektisida > 5 tahun	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G01D	268	G01. Apa yang [NAMA] lakukan untuk menghindari gigitan nyamuk? d. Menggunakan repelen/ bahan-bahan pencegah gigitan nyamuk	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G01E	269	G01. Apa yang [NAMA] lakukan untuk menghindari gigitan nyamuk? e. Menggunakan raket nyamuk elektrik	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G02A	270	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: a Makanan manis	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9
B10G02B	271	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: b Minuman manis	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9
B10G02C	272	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: c Makanan asin	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9
B10G02D	273	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: d Makanan berlemak/ berkolesterol/gorengan	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9

B10G02E	274	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: e Makanan yang dibakar	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9
B10G02F	275	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: f Makanan daging/ ayam/ikan olahan dengan pengawet	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9
B10G02G	276	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: g Bumbu penyedap	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9
B10G02H	277	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: h Soft drink atau minuman berkarbonasi	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9
B10G02I	278	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: i Minuman berenergi	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9
B10G02J	279	Dalam satu bulan terakhir, berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut: j Mie instant/ makanan instant lainnya	1. > 1 kali per hari 2. 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 4. 1 – 2 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 6. Tidak pernah	Nominal	9
B10G03	280	Apakah [NAMA] biasa menyikat gigi setiap hari?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G04A	281	Kapan saja [NAMA] menyikat gigi? A Sebelum makan pagi	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	Nominal	9
B10G04B	282	Kapan saja [NAMA] menyikat gigi? B Setelah makan pagi	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	Nominal	9
B10G04C	283	Kapan saja [NAMA] menyikat gigi? C Sesudah makan siang	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	Nominal	9
B10G04D	284	Kapan saja [NAMA] menyikat gigi? D Saat mandi pagi	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	Nominal	9
B10G04E	285	Kapan saja [NAMA] menyikat gigi? E Saat mandi sore	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	Nominal	9

B10G04F	286	Kapan saja [NAMA] menyikat gigi? F Sebelum tidur malam	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-Kadang 7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	Nominal	9
B10G05	287	Dimana [NAMA] biasa buang air besar?	1. Jamban 2. Sungai/danau/laut 3. Pantai/ tanah lapang/ kebun/ halaman 4. Kolam/sawah/selokan 5. Lubang tanah	Nominal	8
B10G06	288	Apakah [NAMA] biasa menggunakan helm saat mengendarai atau membonceng sepeda motor?	1. Ya, selalu 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak pernah menggunakan helm 7. Tidak pernah mengendarai/ membonceng sepeda motor	Nominal	8
B10G07	289	Bila menggunakan helm, bagaimana cara dan kondisi helm yang digunakan?	1. Memakai helm standar terkancing 2. Memakai helm standar tidak terkancing 3. Memakai helm tidak standar (helm: sepeda, proyek, tentara)	Nominal	8
B10G08	290	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] makan buah-buahan segar?		Nominal	8
B10G09	291	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengkonsumsi buah-buahan segar dalam satu hari dari hari-hari tersebut?		Nominal	8
B10G092	292	G09		Nominal	9
B10G10	293	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] mengkonsumsi sayur-sayuran?		Nominal	8
B10G11	294	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengkonsumsi sayur-sayuran dalam satu hari dari hari-hari tersebut?		Nominal	8
B10G112	295	G11		Nominal	9
B10G13	296	Apakah [NAMA] biasa mencuci tangan?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G14	297	Apakah [NAMA] selalu mencuci tangan pakai sabun?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G15	298	G15 Apakah [NAMA] mencuci tangan menggunakan air mengalir	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G16A	299	G16 Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? (POIN a S/D d: ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK) a. Sebelum menyiapkan makanan/ sebelum makan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G16B	300	G16 Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? (POIN a S/D d: ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK) b. Setiap kali tangan kotor (memegang uang, binatang, berkebon	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G16C	301	G16 Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? (POIN a S/D d: ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK) c. Setelah buang air besar	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G16D	302	G16 Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? (POIN a S/D d: ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK) d. Setelah menggunakan pestisida/ insektisida	1. Ya 2. Tidak 7. TIDAK BERLAKU	Nominal	9
B10G16E	303	G16 Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? (POIN a S/D d: ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK) e. Setelah menceboki balita	1. Ya 2. Tidak 7. TIDAK BERLAKU	Nominal	9
B10G16F	304	G16 Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? (POIN a S/D d: ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK) f. Sebelum menyusui bayi	1. Ya 2. Tidak 7. TIDAK BERLAKU	Nominal	9

B10G17	305	G17 Apakah [NAMA] pernah merokok?	1. Ya, setiap hari 2. Ya, tidak setiap hari 3. Tidak pernah merokok	Nominal	8
B10G18	306	G18 Berapa umur [NAMA] mulai merokok setiap hari? ISIKAN DENGAN ?98? JIKA TIDAK INGAT		Scale	8
B10G19	307	G19 Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali merokok? ISIKAN DENGAN ?98? JIKA TIDAK INGAT		Scale	8
B10G20A	308	G20 a. Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) Rokok kretek	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G20B	309	G20 b. Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) Rokok putih	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G20C	310	G20 c. Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) Rokok linting	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G20D	311	G20 d. Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) Elektrik	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G20E	312	G20 e. Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) Shisha	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10G21A	313	G21 Rata-rata berapa batang rokok kretek/putih/linting yang [NAMA] hisap perhari atau per minggu? a. Satuan:	1. Batang/hari 2. Batang/minggu	Nominal	9
B10G21B	314	G21 Rata-rata berapa batang rokok kretek/putih/linting yang [NAMA] hisap perhari atau per minggu? b. Jumlah		Nominal	9
B10G22	315	G22 Apakah [NAMA] merokok selama 1 bulan terakhir? (BACAKAN JAWABAN)	1. Ya, setiap hari 2. Ya, tidak setiap hari 3. Sudah berhenti merokok	Nominal	8
B10G23	316	G23. Apakah biasanya [NAMA] merokok di dalam gedung/ruangan (tempat umum, sekolah, tempat kerja, gedung/ ruang lainnya)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G24	317	G24. Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G25	318	G25. Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/ tidak merokok sama sekali?		Scale	8
B10G26	319	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	Nominal	8
B10G27	320	G27. 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	Nominal	8
B10G28	321	G28. Apakah [NAMA] sebelumnya pernah mengunyah tembakau tiap hari?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G29	322	G29. Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik berat, yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G30	323	G30. Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?		Nominal	8

B10G31_JAM	324	G31. Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut? [JAM]		Nominal	12
B10G31_MENIT	325	G31. Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut? [MENIT]		Nominal	14
B10G32	326	G32 Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik sedang, yang dilakukan terus- menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G33	327	G33 Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?		Nominal	8
B10G34J	328	G34 Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?		Nominal	9
B10G34M	329	G34 Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?		Nominal	9
B10G35	330	G35 Apakah [NAMA] mengonsumsi minuman beralkohol dalam 1 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10G36	331	G36 Dalam 1 bulan terakhir, jenis minuman beralkohol yang biasa [NAMA] minum dalam satu waktu?	1 Bir 2 Anggur/ arak 3 Whisky 4 Minuman tradisional keruh 5 Minuman tradisional bening 6 Minuman oplosan 7 Lainnya, sebutkan	Nominal	8
B10G36S	332	G36S. Sebutkan		Nominal	26
B10G37	333	G37 Selama 1 bulan terakhir, berapa hari [NAMA] mengonsumsi minuman beralkohol?		Nominal	8
B10G38	334	G38 Berapa jumlah rata-rata minuman beralkohol biasanya dikonsumsi per hari?		Nominal	8
B10G381	335	G38 Berapa jumlah rata-rata minuman beralkohol biasanya dikonsumsi per hari? a. Satuan:	1. gelas bir (330ml) 2. gelas belimbing (200-250 ml) 3. gelas anggur (200-250 ml) 4. botol kecil (250-300 ml) 5. botol besar (750-800 ml) 6. kaleng (330 ml) 7. sloki/gelas kecil (30-40 ml)	Nominal	9
B10G382	336	G38 b. Jumlah rata-rata per hari		Nominal	9
B10H01	337	H01 Apakah [NAMA] tahu tentang HIV?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10H02A	338	H02 Menurut [NAMA], HIV/ AIDS termasuk penyakit apa? a. Penyakit keturunan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H02B	339	H02 Menurut [NAMA], HIV/ AIDS termasuk penyakit apa? b. Penyakit kutukan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H02C	340	H02 Menurut [NAMA], HIV/ AIDS termasuk penyakit apa? c. Penyakit menular	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H02D	341	H02 Menurut [NAMA], HIV/ AIDS termasuk penyakit apa? d. Penyakit kelamin	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H02E	342	H02 Menurut [NAMA], HIV/ AIDS termasuk penyakit apa? e. Penyakit menurunnya kekebalan tubuh	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9

B10H03A	343	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? a. Melalui batuk atau bersin	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H03B	344	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? b. Berenang di dalam kolam yang sama dengan penderita HIV	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H03C	345	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? c. Menggunakan jarum suntik bekas penderita HIV	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H03D	346	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? d. Makan/minum sepiring dengan penderita HIV	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H03E	347	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? e. Hubungan seksual sesama pria	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H03F	348	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? f. Menggunakan toilet umum	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H03G	349	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? g. Melakukan hubungan seksual dengan penderita HIV	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H03H	350	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? h. Dari ibu hamil terhadap janinnya	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H03I	351	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? i. Menerima donor darah dari penderita HIV	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H03J	352	H03 Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? j. Bersentuhan kulit dengan penderita HIV	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H04A	353	H04 Menurut [NAMA], bagaimana cara pencegahan HIV/AIDS? a. Memiliki pasangan seksual hanya satu orang	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H04B	354	H04 Menurut [NAMA], bagaimana cara pencegahan HIV/AIDS? b. Menggunakan kondom saat berhubungan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H04C	355	H04 Menurut [NAMA], bagaimana cara pencegahan HIV/AIDS? c. Menggunakan jarum suntik sekali pakai	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H04D	356	H04 Menurut [NAMA], bagaimana cara pencegahan HIV/AIDS? d. Tidak tinggal di lingkungan penderita HIV	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H04E	357	H04 Menurut [NAMA], bagaimana cara pencegahan HIV/AIDS? e. Tidak bertukar pakaian dengan penderita HIV	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H04F	358	H04 Menurut [NAMA], bagaimana cara pencegahan HIV/AIDS? f. Tidak menjalani ?hubungan? sesama jenis	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9

B10H05A	359	H05 Menurut [NAMA], bagaimana cara mengetahui seseorang menderita HIV/AIDS? a. Dengan mengenali fisik orang tersebut	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H05B	360	H05 Menurut [NAMA], bagaimana cara mengetahui seseorang menderita HIV/AIDS? b. Dengan mengenali perilaku orang tersebut	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H05C	361	H05 Menurut [NAMA], bagaimana cara mengetahui seseorang menderita HIV/AIDS? c. Dengan tes darah sukarela (VCT)	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H05D	362	H05 Menurut [NAMA], bagaimana cara mengetahui seseorang menderita HIV/AIDS? d. Lainnya	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10H05DSEBUTKAN	363	H05 Menurut [NAMA], bagaimana cara mengetahui seseorang menderita HIV/AIDS? Sebutkan		Nominal	22
B10H06A	364	H06 Bagaimana sikap [NAMA] terhadap penderita HIV/AIDS? a. Jika salah satu anggota keluarga [NAMA] tertular HIV/AIDS, apakah [NAMA] akan merahasiakannya?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10H06B	365	H06 Bagaimana sikap [NAMA] terhadap penderita HIV/AIDS? b. Jika salah satu anggota keluarga [NAMA] menderita HIV/AIDS, apakah [NAMA] bersedia untuk merawatnya?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10H06C	366	H06 Bagaimana sikap [NAMA] terhadap penderita HIV/AIDS? c. Jika salah satu tetangga [NAMA] diketahui menderita HIV/AIDS, apakah [NAMA] akan mengucilkan orang tersebut?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10H06D	367	H06 Bagaimana sikap [NAMA] terhadap penderita HIV/AIDS? d. Apakah [NAMA] akan membeli sayuran segar dari petani atau penjual yang diketahui terinfeksi HIV/AIDS?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10H06E	368	H06 Bagaimana sikap [NAMA] terhadap penderita HIV/AIDS? e. Apakah [NAMA] setuju jika seorang guru menderita HIV/AIDS, tidak diperkenankan untuk mengajar?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10I01	369	I01 Apakah [NAMA] sudah mendapat haid/menstruasi?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10I02	370	I02 Sejak usia berapa [NAMA] mendapatkan haid/menstruasi?		Scale	8
B10I03	371	I03 Apakah [NAMA] sudah pernah hamil?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10I04	372	I04 Apakah [NAMA] pernah mendapat/membeli TTD?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10I05	373	I05 Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] pernah mendapat/membeli TTD?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10I06AK2	374	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir a. Fasilitas kesehatan kolom 2	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10I06AK3	375	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir a. Fasilitas kesehatan kolom 3		Nominal	11
B10I06AK4	376	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir a. Fasilitas kesehatan kolom 4		Nominal	11

B10I06KA5	377	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir a. Fasilitas kesehatan kolom 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	Nominal	11
B10I06BK2	378	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir b. Sekolah kolom 2	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10I06BK3	379	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir b. Sekolah kolom 3		Scale	11
B10I06BK4	380	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir b. Sekolah kolom 4		Nominal	11
B10I06BK5	381	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir b. Sekolah kolom 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	Nominal	11
B10I06CK2	382	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir c. Inisiatif sendiri kolom 2	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10I06CK3	383	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir c. Inisiatif sendiri kolom 3		Nominal	11
B10I06CK4	384	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir c. Inisiatif sendiri kolom 4		Nominal	11
B10I06CK5	385	I06 Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir c. Inisiatif sendiri kolom 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	Nominal	11
B10J01A	386	J01 a. Apakah [NAMA] pernah hamil?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J01B	387	J01 b. Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali hamil?		Scale	9
B10J02A	388	J02. Selama hidup, berapa kali [NAMA] hamil, keguguran dan bersalin? a. Gravida (kehamilan)		Nominal	9
B10J02B	389	J02. Selama hidup, berapa kali [NAMA] hamil, keguguran dan bersalin? b. Partus (melahirkan)		Nominal	9
B10J02C	390	J02. Selama hidup, berapa kali [NAMA] hamil, keguguran dan bersalin? c. Aborsi (keguguran)		Nominal	9
B10J03A	391	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	Nominal	9
B10J03B	392	J03. b bulan dan tahun		Nominal	9
B10J03B1	393	J03. b bulan dan tahun		Nominal	10
B10J03B2	394	J03. b. Tahun melahirkan		Scale	10
B10J04	395	J04. NAMA ANAK (JIKA BELUM DIBERI NAMA TULISKAN NN)		Nominal	26
B10J05	396	J05. Nomor urut [NAMA ANAK] dalam rumah tangga		Nominal	8
B10J06	397	J06. Dari seluruh kehamilan, urutan kehamilan keberapa saat mengandung [NAMA ANAK]?		Nominal	8
B10J07	398	J07. Kehamilan tunggal/ kembar?	1. Tunggal 2. Kembar 3. Belum diketahui	Nominal	8
B10J08	399	J08. Bagaimana hasil kehamilan?	1 Lahir hidup 2 Lahir mati 3 Lahir hidup & mati 4 Keguguran	Nominal	8
B10J09	400	J09 Jenis kelamin [NAMA ANAK]:	1 Laki-laki 2 Perempuan 3 Belum diketahui	Nominal	8
B10J10	401	J10 Umur kandungan saat kehamilan berakhir?		Nominal	8

B10J11	402	J11 Apakah kehamilan ini diinginkan	1 Diinginkan saat itu 2 Diinginkan kemudian 3 Tidak diinginkan	Nominal	8
B10J12	403	J12 Apakah masih hidup?	1. Masih Hidup 2. Sudah meninggal	Nominal	8
B10J13A	404	J13. Umur waktu meninggal a.Satuan	1. Bulan 2.Hari	Nominal	9
B10J13B	405	J13. b.Umur		Nominal	9
B10J14	406	J14 Apakah melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, bidan atau perawat)?	1 Ya 2 Tidak	Nominal	8
B10J15	407	J15 Berapa bulan umur kandungan [NAMA] saat memeriksakan kehamilan pertama kali?		Nominal	8
B10J16AK2	408	J16. Berapa kali [NAMA] melakukan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan? akolom2	1 Tenaga kesehatan 2 Tenaga Non Kesehatan 3 Tidak ANC	Nominal	11
B10J16AK3	409	J16. Berapa kali [NAMA] melakukan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan? akolom3		Nominal	11
B10J16BK2	410	J16. bkolom2	1 Tenaga kesehatan 2 Tenaga Non Kesehatan 3 Tidak ANC 4 Tidak Berlaku	Nominal	11
B10J16BK3	411	J16. bkolom3		Nominal	11
B10J16CK2	412	J16. ckolom2	1 Tenaga kesehatan 2 Tenaga Non Kesehatan 3 Tidak ANC 4 Tidak Berlaku	Nominal	11
B10J16CK3	413	J16. ckolom3		Nominal	11
B10J17	414	J17 Siapa yang paling sering memeriksa kehamilan [NAMA]?	1 dokter spesialis 2 dokter umum 3 bidan 4 perawat	Nominal	8
B10J18	415	J18 Dimana [NAMA] paling sering melakukan pemeriksaan ANC?	1 RS Pemerintah 2 RS Swasta 3 Klinik 4 Puskesmas/Pustu 5 Praktek dokter mandiri 6 Praktek bidan mandiri 7 Poskesdes/Polindes 8 Posyandu 9 Praktek Perawat 10 Rumah	Nominal	8
B10J19A	416	J19. Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan: a.Pengukuran tinggi badan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J19B	417	J19. Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan: b.Penimbangan berat badan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J19C	418	J19. Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan: c.Pengukuran tekanan darah	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J19D	419	J19. Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan: d.Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J19E	420	J19. Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan: e.Pengukuran tinggi rahim ? GUNAKAN KARTU PERAGA	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J19F	421	J19. Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan: f.Penentuan letak janin ? GUNAKAN KARTU PERAGA	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J19G	422	J19. Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan: g.Perhitungan denyut jantung janin (DJJ) ? GUNAKAN KARTU PERAGA	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10J19H	423	J19. Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan: h.Tata laksana kasus berupa temu wicara (nasehat/tindakan)	1. Konseling/ penjelasan/ nasehat 2. Tindakan/ tata laksana kasus 4. Tidak memperoleh keduanya	Nominal	9
B10J20	424	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	Nominal	8
B10J21A	425	J21. a.Apakah selama kehamilan [NAMA ANAK], [NAMA] mendapat tablet tambah darah (TTD)?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J21B	426	J21. b.Berapa total butir/ sendok takar TTD yang diperoleh/ dibeli?		Scale	9
B10J21C	427	J21. c.Berapa jumlah tablet tambah darah (tablet Fe) yang [NAMA] minum selama kehamilan?		Scale	9
B10J22	428	J22 Jika yang diminum lebih sedikit dari yang diperoleh, apa alasan utama TTD tidak minum/tidak menghabiskan?	1 Tidak suka 2 Malas 3 Bosan 4 Lupa 5 Efek samping (mual, sembelit) 6 Belum waktunya habis 8 tidak berlaku	Nominal	8
B10J23A	429	J23 Apakah saat hamil [NAMA ANAK], [NAMA] melakukan pemeriksaan laboratorium? Tes Urin	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu	Nominal	9
B10J23B	430	J23 Apakah saat hamil [NAMA ANAK], [NAMA] melakukan pemeriksaan laboratorium? B Tes darah (HB)	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu	Nominal	9
B10J23C	431	J23 Apakah saat hamil [NAMA ANAK], [NAMA] melakukan pemeriksaan laboratorium? C tes HIV	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu	Nominal	9
B10J23D	432	J23 Apakah saat hamil [NAMA ANAK], [NAMA] melakukan pemeriksaan laboratorium? D tes golongan darah	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu	Nominal	9
B10J23E	433	J23 Apakah saat hamil [NAMA ANAK], [NAMA] melakukan pemeriksaan laboratorium? E tes lainnya	1. Ya	Nominal	9
B10J23ES	434	J23.Sebutkan	2. Tidak 3. Tidak Tahu	Nominal	26
B10J24	435	J24 Apakah selama hamil, [NAMA] mengalami masalah/gangguan kehamilan seperti: 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. Jantung berdebar-debar dan nyeri dada J. Bengkak kaki disertai kejang K. Lainnya _____(SEBUTKAN)		Nominal	14
B10J24S	436	Z. Tidak ada masalah/ gangguan àJ27 J24 LAINNYA		Nominal	26
B10J25	437	J25 Apakah [NAMA] segera mencari pertolongan ke tenaga	1. Ya, segera 2. Ya, ada jeda waktu 3. Tidak	Nominal	8

B10J26	438	J26 Fasilitas kesehatan apakah yang pertama kali [NAMA]	1 RS 2 Puskesmas/ Pustu 3 Polindes 4 Praktek tenaga kesehatan 5 Lainnya	Nominal	8
B10J26S	439	J26 LAINNYA		Nominal	26
B10J28	440	J28 Siapa saja yang membantu [NAMA] saat persalinan?		Nominal	9
B10J28S	441	J28 LAINNYA		Nominal	26
B10J29	442	J29 Dimana tempat persalinan [NAMA ANAK] (saat bayi lahir sampai 6 jam setelah persalinan)	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	Nominal	8
B10J29S	443	J29 LAINNYA		Nominal	26
B10J30	444	J30 Berapa jam [NAMA IBU] dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) setelah bersalin sampai pulang?		Scale	8
B10J31	445	J31 Darimana sumber pembiayaan persalinan?		Nominal	10
B10J32	446	J32 Bagaimana metode persalinan [NAMA ANAK]?	1 Normal 2 Operasi Sesar 3 Vacuum 4 Forceps (memakai alat) 5 Lainnya, sebutkan	Nominal	8
B10J32S	447	J32 Lainnya		Nominal	26
B10J33	448	J33 Apakah pada saat melahirkan [NAMA] mengalami masalah/gangguan sebagai berikut:		Nominal	13
B10J33S	449	J33 Lainnya		Nominal	26
B10J34	450	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	Nominal	8
B10J35A_JAM	451	J35 a. Berapa waktu yang diperlukan dari rumah untuk mencapai fasilitas kesehatan?		Nominal	13
B10J35A_MNT	452	J35 a. Berapa waktu yang diperlukan dari rumah untuk mencapai fasilitas kesehatan?		Scale	13
B10J35B_JAM	453	J35 b. Berapa waktu untuk memperoleh tindakan/penanganan saat di fasilitas kesehatan?		Nominal	13
B10J35B_MNT	454	J35 b. Berapa waktu untuk memperoleh tindakan/penanganan saat di fasilitas kesehatan?		Nominal	13
B10J36	455	J36 Kemana [NAMA] dirujuk?		Nominal	8
B10J37_JAM	456	J37 Berapa waktu yang diperlukan dari Fasilitas Kesehatan pertama untuk mencapai tempat rujukan terakhir?		Nominal	12
B10J37_MNT	457	J37 Berapa waktu yang diperlukan dari Fasilitas Kesehatan pertama untuk mencapai tempat rujukan terakhir?		Nominal	12
B10J38	458	J38 Darimana saja sumber pembiayaan rujukan?		Nominal	9
B10J38S	459	J38.lainnya		Nominal	26
B10J39	460	J39 Alasan [nama] tidak dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat bersalin tersebut? JIKA JAWABAN > 1, JUMLAHKAN KODE JAWABAN		Nominal	8
B10J39S	461	Lainnya, sebutkan		Nominal	26
B10J40A	462	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	Nominal	9
B10J40B	463	Apakah setelah melahirkan, [NAMA] diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan (mengunjungi/dikunjungi nakes)? b. Periode 4 hari sampai 28 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J40C	464	Apakah setelah melahirkan, [NAMA] diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan (mengunjungi/dikunjungi nakes)? c. Periode 28 hari sampai 42 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J41	465	J41 Pada waktu sesaat setelah bersalin sampai 42 hari setelah melahirkan, berapa kali [nama ibu] mendapat kapsul vitamin A?	1 satu kali 2 dua kali	Nominal	8

			3 lebih dari 2 kali 4 tidak pernah		
B10J42	466	J42 Kapan saja waktu minum vitamin A setelah bersalin? JIKA JAWABAN > 1, JUMLAH KODE JAWABAN		Nominal	8
B10J43	467	J43 Apakah pada periode nifas (0-42 hari setelah melahirkan) mengalami hal sebagai berikut:		Nominal	13
B10J43S	468	J43.lainnya		Nominal	26
B10J44	469	J44 Apakah [NAMA] mencari pertolongan ke tenaga kesehatan ketika mengalami keluhan	1 Ya, segera	Nominal	8
			2 Ya, ada jeda waktu		
			3 Tidak		
B10J45	470	J45 Fasilitas kesehatan apakah yang pertama kali [NAMA] manfaatkan?	1 RS	Nominal	8
			2 Puskesmas/ Pustu		
			3 Polindes/Poskesdes		
			4 Praktek tenaga kesehatan		
B10J45S	471	Lainnya	5 Lainnya, sebutkan	Nominal	26
B10J46	472	J46 Apakah setelah melahirkan, [NAMA]/ pasangan menggunakan alat/cara kontrasepsi modern?	1 Sterilisasi wanita	Nominal	8
			2 Sterilisasi pria		
			3 IUD/ IKDR/ Spiral		
			4 Suntikan 3 bln		
			5 Suntikan 1 bln		
			6 Susuk KB		
			7 PIL		
			8 Kondom Pria		
			9 Tidak menggunakan		
B10J47	473	J47 Kapan [NAMA]/ pasangan menggunakan alat kontrasepsi tersebut?	1 Bersamaan dengan proses persalinan	Nominal	8
			2 Setelah persalinan selesai, tetapi belum pulang dari fasilitas kesehatan		
			3 Setelah pulang dari fasilitas kesehatan sampai dengan 42 hari setelah persalinan		
			4 Di atas 42 hari setelah persalinan		
B10J48	474	J48 Apakah saat ini [NAMA] sedang hamil?	1. Ya	Nominal	8
			2. Tidak		
B10J49	475	J49 Berapa usia kehamilan [NAMA] saat ini?		Nominal	8
B10J50	476	J50 Apakah selama kehamilan, ibu mendapatkan PMT?	1. Ya	Nominal	8
			2. Tidak		
B10J51AK1	477	Bentuk PMT yang diperoleh a. Biskuit Program	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51BK1	478	Bentuk PMT yang diperoleh b. Biskuit lainnya	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51CK1	479	Bentuk PMT yang diperoleh c. Susu Bubuk	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51DK1	480	Bentuk PMT yang diperoleh d. Susu Cair	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51EK1	481	Bentuk PMT yang diperoleh e. Bahan Makanan Mentah	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51FK1	482	Bentuk PMT yang diperoleh f. Makanan Matang	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51AK2	483	Jumlah total PMTyang diperoleh a. Biskuit Program		Nominal	11
B10J51BK2	484	b. Biskuit lainnya		Nominal	11
B10J51CK2	485	c. Susu Bubuk		Nominal	11
B10J51DK2	486	d. Susu Cair		Nominal	11
B10J51EK2	487	e. Bahan Makanan Mentah		Nominal	11
B10J51FK2	488	f. Makanan Matang		Nominal	11
B10J51AK3	489	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]? a. Biskuit Program	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51BK3	490	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]? b. Biskuit lainnya	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51CK3	491	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]? c. Susu Bubuk	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51DK3	492	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]? d. Susu Cair	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10J51EK3	493	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]? e. Bahan Makanan Mentah	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		

B10J51FK3	494	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]? f. Makanan Matang	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10J51AK4	495	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? a. Biskuit Program	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	Nominal	11
B10J51AK4S	496	sebutkan		Nominal	26
B10J51BK4	497	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? b. biskuit lainnya	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	Nominal	11
B10J51BK4S	498	sebutkan		Nominal	26
B10J51CK4	499	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? c. Susu Bubuk	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	Nominal	11
B10J51CK4S	500	sebutkan		Nominal	26
B10J51DK4	501	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? d. Susu Cair	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	Nominal	11
B10J51DK4S	502	sebutkan		Nominal	26
B10J51EK4	503	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? e. Bahan Makanan Mentah	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	Nominal	11
B10J51EK4S	504	sebutkan		Nominal	26
B10J51FK4	505	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? f. Makanan Matang	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	Nominal	11
B10J51FK4S	506	sebutkan		Nominal	26
B10J52A	507	Alasan ibu mendapatkan PMT untuk kehamilan saat ini? a. ibu kurang gizi/KEK	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J52B	508	Alasan ibu mendapatkan PMT untuk kehamilan saat ini? b. Keluarga miskin	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J52C	509	Alasan ibu mendapatkan PMT untuk kehamilan saat ini? c. Periksa hamil di posyandu	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J52D	510	Alasan ibu mendapatkan PMT untuk kehamilan saat ini? d. Berat Badan selama hamil tidak pernah naik	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J52E	511	Alasan ibu mendapatkan PMT untuk kehamilan saat ini? e. Anemia	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10J52F	512	Alasan ibu mendapatkan PMT untuk kehamilan saat ini? f. Lainnya	1. Ya	Nominal	9
B10J52FS	513	sebutkan	2. Tidak	Nominal	26
B10J53	514	J53. Sejak umur kehamilan berapa bulan ibu mulai mendapatkan PMT?		Nominal	8
B10J54	515	J54. Apakah selama kehamilan, [NAMA] pernah mendapatkan TTD?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8

B10J55	516	J55. Berapa total butir TTD yang didapat/ dibeli?		Nominal	8
B10J56	517	J56. Berapa jumlah tablet tambah darah (TTD) yang [NAMA] minum selama kehamilan?		Nominal	8
B10J57	518	J57. Alasan utama tidak minum/ tidak menghabiskan TTD?	1. Tidak suka 2. Mual/ muntah karena proses kehamilan 3. Bosan 4. Lupa 5. Efek samping (mual, sembelit) 6. Belum waktunya habis	Nominal	8
B10J58	519	J58. Apakah ibu memiliki buku KIA untuk kehamilan saat ini?	1. Ya, dapat menunjukkan 2. Ya, tidak dapat menunjukkan 3. Tidak memiliki	Nominal	8
B10K00	520	K00. Apakah ibu memiliki buku KIA pada saat hamil [NAMA]?	1. Ya, dapat menunjukkan 2. Ya, tidak dapat menunjukkan 3. Tidak memiliki	Nominal	8
B10K01	521	K01. Siapa saja yang membantu persalinan?		Nominal	9
B10K01S	522	Lainnya		Nominal	26
B10K02	523	K02. Dimana tempat persalinan [NAMA ANAK] (saat bayi lahir sampai 6 jam setelah persalinan)	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	Nominal	8
B10K02S	524	sebutkan		Nominal	26
B10K03	525	K03. Berapa usia kehamilan ibu pada saat [NAMA] dilahirkan?		Scale	8
B10K04	526	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	Nominal	8
B10K05	527	K05. Salin dari catatan/dokumen berat badan lahir [NAMA]		Scale	8
B10K06	528	K06. Jika berat lahir [NAMA] kurang dari 2500 gram, tindakan apa yang dilakukan pada saat itu?	1. Tidak dilakukan apa-apa 2. Di inkubator 3. Didekap didada dengan kulit bayi menyentuh kulit ibu dan terbungkus (metode kanguru) 4. Lainnya, sebutkan	Nominal	8
B10K06S	529	sebutkan		Nominal	26
B10K07	530	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	Nominal	8
B10K08	531	K08. Salin dari catatan/dokumen panjang badan lahir [NAMA]		Scale	8
B10K082	532	K08. Salin dari catatan/dokumen panjang badan lahir [NAMA]		Nominal	9
B10K09	533	K09. Apakah [NAMA] mempunyai catatan/ dokumen lingkaran kepala?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K10	534	K10. Salin dari catatan/dokumen lingkaran kepala bayi [NAMA]		Scale	8
B10K102	535	K10. Salin dari catatan/dokumen lingkaran kepala bayi [NAMA]		Nominal	9
B10K11A	536	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat sejak lahir? a. Tuna netra (penglihatan)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K11B	537	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat sejak lahir? b. Tuna rungu (pendengaran)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K11C	538	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat sejak lahir? c. Tuna wicara (berbicara)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K11D	539	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat sejak lahir? d. Tuna daksa (bagian tubuh)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K11E	540	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat sejak lahir? e. Bibir Sumbing	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K11F	541	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat sejak lahir? f. Down Syndrome	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10K12	542	K12. Apa yang dilakukan dalam perawatan tali pusar [NAMA] saat baru lahir?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak diberi apa-apa dan kering 2. Betadin/alkohol 3. Obat tabur (berbentuk bubuk) 4. Ramuan/ obat tradisional 8. Tidak tahu 	Nominal	8
B10K13	543	K13. Apakah pada saat (NAMA) baru lahir diberikan salep mata antibiotika tetrasiklin?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya, catatan dokumen 2. Ya, ingatan ibu 3. Tidak 8. Tidak tahu 	Nominal	8
B10K14AK1	544	Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan? a. 6-48 jam setelah lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 7. Tidak berlaku 8. Tidak Tahu 	Nominal	11
B10K14BK1	545	Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan? b. 3-7 hari setelah lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 7. Tidak berlaku 8. Tidak Tahu 	Nominal	11
B10K14CK1	546	Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan? c. 8-28 hari setelah lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 7. Tidak berlaku 8. Tidak Tahu 	Nominal	11
B10K14AK2	547	Diperiksa di mana? a. 6-48 jam setelah lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1 Rumah Sakit Pemerintah 2 Rumah Sakit Swasta 3 Rumah Sakit Bersalin 4 Puskesmas/Pustu/Pusling 5 Posyandu/Poskesdes/Polindes 6 Klinik 7 Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan 8 di Rumah 	Nominal	11
B10K14BK2	548	Diperiksa di mana? b. 3-7 hari setelah lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1 Rumah Sakit Pemerintah 2 Rumah Sakit Swasta 3 Rumah Sakit Bersalin 4 Puskesmas/Pustu/Pusling 5 Posyandu/Poskesdes/Polindes 6 Klinik 7 Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan 8 di Rumah 	Nominal	11

B10K14CK2	549	Diperiksa di mana? c. 8-28 hari setelah lahir	1 Rumah Sakit Pemerintah 2 Rumah Sakit Swasta 3 Rumah Sakit Bersalin 4 Puskesmas/Pustu/Pusling 5 Posyandu/Poskesdes/Polindes 6 Klinik 7 Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan 8 di Rumah	Nominal	11
B10K14AK3	550	Siapa yang memeriksa? a. 6-48 jam setelah lahir	1 Dokter spesialis 2 Dokter umum 3 Bidan 4 Perawat/ nakes lainnya 5 Lainnya	Nominal	11
B10K14BK3	551	Siapa yang memeriksa? b. 3-7 hari setelah lahir	1 Dokter spesialis 2 Dokter umum 3 Bidan 4 Perawat/ nakes lainnya 5 Lainnya	Nominal	11
B10K14CK3	552	Siapa yang memeriksa? c. 8-28 hari setelah lahir	1 Dokter spesialis 2 Dokter umum 3 Bidan 4 Perawat/ nakes lainnya 5 Lainnya	Nominal	11
B10K15A	553	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? a. Pengukuran berat badan	1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K15B	554	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? b. Pengukuran panjang badan	1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K15C	555	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? c. Pengukuran suhu tubuh	1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K15D	556	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? d. Perawatan tali pusar	1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K15E	557	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? e. Nakes menanyakan status kesehatan [NAMA]	1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K15F	558	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? f. Nakes menanyakan [NAMA] mengalami diare atau tidak	1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU	Nominal	9

B10K15G	559	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? g. Menanyakan masalah dalam pemberian ASI	1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K15H	560	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? h. Memberitahu cara pemberian ASI yang baik	1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K15I	561	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? i. Memberitahukan mengenai tanda bahaya pada bayi	1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K15J	562	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? j. Memberikan imunisasi Hb-0	1. YA 2. TIDAK 7. SUDAH PERNAH 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K15K	563	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? k. Vitamin K	1. YA 2. TIDAK 7. SUDAH PERNAH 8. TIDAK TAHU	Nominal	9
B10K16	564	K16. Apakah [NAMA] pada usia 48-72 jam dilakukan pemeriksaaan skrining hipotiroid kongenital (darah diambil dari tumit)?	1. YA 2. TIDAK 7. TIDAK BERLAKU 8. TIDAK TAHU	Nominal	8
B10K17	565	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) 4. Pernah memiliki, tetapi hilang 5. Tidak pernah memiliki	Nominal	8
B10K18A	566	Cek isi buku KIA a. Riwayat Kehamilan	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi 7. Tidak berlaku	Nominal	9
B10K18B	567	Cek isi buku KIA b. Riwayat Persalinan	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi 7. Tidak berlaku	Nominal	9
B10K18C	568	Cek isi buku KIA c. Riwayat Bayi Baru Lahir	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi 7. Tidak berlaku	Nominal	9
B10K18D	569	Cek isi buku KIA d. Pemeriksaan kesehatan pada saat sakit	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi 7. Tidak berlaku	Nominal	9
B10K18E	570	Cek isi buku KIA e. Pemantauan pertumbuhan	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi	Nominal	9
B10K18F	571	Cek isi buku KIA f. Pemantauan perkembangan	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi	Nominal	9
B10K18G	572	Cek isi buku KIA g. Riwayat pemberian imunisasi	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi	Nominal	9
B10K19	573	K19 Apakah (NAMA) mempunyai KMS/ Buku Catatan Kesehatan Anak yang berisi catatan imunisasi?	1. YA 2. TIDAK	Nominal	8
B10K20	574	K20 Apakah [NAMA] pernah diimunisasi?	1. YA 2. TIDAK	Nominal	8

B10K21A	575	Apakah setelah mendapat imunisasi [NAMA] pernah mengalami keluhan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) seperti berikut a. Demam tinggi	1. YA 2. TIDAK	Nominal	9
B10K21B	576	Apakah setelah mendapat imunisasi [NAMA] pernah mengalami keluhan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) seperti berikut b. Bernanah/abses	1. YA 2. TIDAK	Nominal	9
B10K21C	577	Apakah setelah mendapat imunisasi [NAMA] pernah mengalami keluhan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) seperti berikut c. Kejang	1. YA 2. TIDAK	Nominal	9
B10K21D	578	Apakah setelah mendapat imunisasi [NAMA] pernah mengalami keluhan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) seperti berikut d. Lainnya ??????	1. YA 2. TIDAK	Nominal	9
B10K21DS	579	d. lainnya sebutkan		Nominal	26
B10K22AK2	580	Jenis Imunisasi a. Hepatitis B 0	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal Nominal	11
B10K22AK3_TGL	581	K22A_TGL		Nominal	15
B10K22AK3_BLN	582	K22A_BLN		Nominal	15
B10K22AK3_THN	583	K22A_THN		Scale	15
B10K22BK2	584	Jenis Imunisasi b. BCG	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22BK3_TGL	585	K22B_TGL		Nominal	15
B10K22BK3_BLN	586	K22B_BLN		Nominal	15
B10K22BK3_THN	587	K22B_THN		Scale	15
B10K22CK2	588	Jenis Imunisasi c. DPT-HB Combo 1/ DPT-HB-HIB 1	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22CK3_TGL	589	K22C_TGL		Nominal	15
B10K22CK3_BLN	590	K22C_BLN		Nominal	15
B10K22CK3_THN	591	K22C_THN		Scale	15
B10K22DK2	592	Jenis Imunisasi d. DPT-HB Combo 2/ DPT-HB-HIB 2	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22DK3_TGL	593	K22D_TGL		Nominal	15
B10K22DK3_BLN	594	K22D_BLN		Nominal	15
B10K22DK3_THN	595	K22D_THN		Scale	15

B10K22EK2	596	Jenis Imunisasi e. DPT-HB Combo 3/ DPT-HB-HiB 3	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22EK3_TGL	597	K22E_TGL		Nominal	15
B10K22EK3_BLN	598	K22E_BLN		Nominal	15
B10K22EK3_THN	599	K22E_THN		Scale	15
B10K22FK2	600	Jenis Imunisasi f. IPV 1	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22FK3_TGL	601	K22F_TGL		Nominal	15
B10K22FK3_BLN	602	K22F_BLN		Nominal	15
B10K22FK3_THN	603	K22F_THN		Nominal	15
B10K22GK2	604	Jenis Imunisasi g. IPV 2	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22GK3_TGL	605	K22G_TGL		Nominal	15
B10K22GK3_BLN	606	K22G_BLN		Nominal	15
B10K22GK3_THN	607	K22G_THN		Nominal	15
B10K22HK2	608	Jenis Imunisasi h. IPV 3	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22HK3_TGL	609	K22H_TGL		Nominal	15
B10K22HK3_BLN	610	K22H_BLN		Nominal	15
B10K22HK3_THN	611	K22H_THN		Nominal	15
B10K22IK5	612	Jenis Imunisasi i. Polio 1	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22IK6_TGL	613	K22I_TGL		Nominal	15
B10K22IK6_BLN	614	K22I_BLN		Nominal	15
B10K22IK6_THN	615	K22I_THN		Scale	15
B10K22JK5	616	Jenis Imunisasi j. Polio 2	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22JK6_TGL	617	K22J_TGL		Nominal	15
B10K22JK6_BLN	618	K22J_BLN		Nominal	15
B10K22JK6_THN	619	K22J_THN		Scale	15
B10K22KK5	620	Jenis Imunisasi k. Polio 3	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22KK6_TGL	621	K22K_TGL		Nominal	15
B10K22KK6_BLN	622	K22K_BLN		Nominal	15
B10K22KK6_THN	623	K22K_THN		Scale	15

B10K22LK5	624	Jenis Imunisasi I. Polio 4	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22LK6_TGL	625	K22L_TGL		Nominal	15
B10K22LK6_BLN	626	K22L_BLN		Nominal	15
B10K22LK6_THN	627	K22L_THN		Scale	15
B10K22MK5	628	Jenis Imunisasi m. Campak	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22MK6_TGL	629	K22M_TGL		Nominal	15
B10K22MK6_BLN	630	K22M_BLN		Nominal	15
B10K22MK6_THN	631	K22M_THN		Scale	15
B10K22NK5	632	Jenis Imunisasi n. DPT-HB Combo Lanjutan/ DPT-HB-HiB Lanjutan	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22NK6_TGL	633	K22N_TGL		Nominal	15
B10K22NK6_BLN	634	K22N_BLN		Nominal	15
B10K22NK6_THN	635	K22N_THN		Scale	15
B10K22OK5	636	Jenis Imunisasi o. Campak Lanjutan	1. diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak 8. ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/bln/thn tidak ada	Nominal	11
B10K22OK6_TGL	637	K22O_TGL		Nominal	15
B10K22OK6_BLN	638	K22O_BLN		Scale	15
B10K22OK6_THN	639	K22O_THN		Scale	15
B10K23A	640	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: a. Imunisasi Hepatitis B-0, diberikan sesaat setelah bayi lahir sampai bayi berumur 7 hari yang disuntikkan di paha bayi?	1. Ya	Nominal	9
B10K23B	641	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: b. Pada umur berapa hari [NAMA] diimunisasi Hepatitis B0?	2. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10K23C	642	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: c. Imunisasi BCG, mulai diberikan umur 1 bulan dan disuntikkan di lengan (kanan) atas (biasanya meninggalkan bekas (scar) di bawah kulit)?	1. 0-24 jam 2. >24 jam-7 hari 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10K23D	643	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: d. Pada umur berapa [NAMA] diimunisasi BCG?	1. Ya	Nominal	9
B10K23E	644	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: e. Imunisasi polio, cairan merah muda atau putih yang biasanya mulai diberikan pada umur 1 bulan dan diteteskan ke mulut?	2. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10K23F	645	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: f. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali di imunisasi polio ? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE ?88? UNTUK BULAN	1. 0 - 29 hari 2. ≥ 1 bulan 8. Tidak tahu	Nominal	9
B10K23G	646	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: g. Berapa kali [NAMA] diimunisasi polio?	1. Ya 2. Tidak 7. belum waktunya (umur ? 1 bulan) 8. tidak tahu	Nominal	9
B10K23H	647	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: h. Imunisasi IPV/ polio suntik	1. Ya 2. Tidak 7. belum waktunya (umur ? 1 bulan) 8. tidak tahu	Nominal	9
B10K23I	648	i. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi IPV/ polio suntik?		Nominal	9

B10K23J	649	j. Berapa kali [NAMA] diimunisasi IPV/ polio suntik? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE ?8?		Nominal	9
B10K23K	650	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 7. Belum waktunya umur ? 2 bulan 8. Tidak Tahu	Nominal	9
B10K23L	651	l. Pada umur berapa (NAMA) pertama kali diimunisasi DPT-HB Combo/ DPT-HB-HiB JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE ?88?		Nominal	9
B10K23M	652	m. Berapa kali [NAMA] diimunisasi DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE ?8?		Nominal	9
B10K23N	653	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	Nominal	9
B10K23O	654	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	Nominal	9
B10K23P	655	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	Nominal	9
B10K24	656	K24. Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] ditimbang berat badannya?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Nominal	8
B10K25	657	K25. Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] ditimbang berat badannya? JIKA ?TIDAK TAHU?, ISI KODE ?88?		Nominal	8
B10K26	658	K26. Alasan utama dalam 12 bulan terakhir [NAMA] tidak pernah diitimbang:	1. anak sudah besar (?1 tahun) 2. Anak sudah selesai imunisasi 3. Anak tidak mau diukur 4. Lupa/tidak tahu jadwalnya 5. Tidak ada tempat penimbangan 6. Tempatnya jauh 7. Sibuk/repot 8. Malas 9. alat timbang badan tidak tersedia	Nominal	8
B10K27	659	K27. Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] diukur panjang/tinggi badannya?		Nominal	8
B10K28	660	K28. Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] diukur panjang/ tinggi badannya? JIKA ?TIDAK TAHU?, ISI KODE ?88?		Scale	8

B10K29	661	K29. Alasan utama dalam 12 bulan terakhir [NAMA] tidak pernah diukur panjang/ tinggi badannya?	<ol style="list-style-type: none"> 1. anak sudah besar (?1 tahun) 2. Anak sudah selesai imunisasi 3. Anak tidak mau diukur 4. Lupa/tidak tahu jadwalnya 5. Tidak ada kegiatan pengukuran 6. Tempatnya jauh 7. Sibuk/repot 8. Malas 9. tidak ada alat ukur panjang badan di faskes 	Nominal	8
B10K30	662	K30. Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] pernah mendapatkan kapsul vitamin A? (PERLIHATKAN KARTU PERAGA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya, 1 kali 2. Ya, 2 kali 3. Tidak pernah 7. Belum waktunya (umur < 6 bulan) 	Nominal	8
B10K31A	663	K31. a. Apakah sesaat setelah [NAMA] lahir, diletakkan di dada/perut ibu dengan kulit ibu melekat pada kulit bayi?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 	Nominal	9
B10K31B	664	K31. b. Kapan [NAMA] mulai diletakkan di dada/perut ibu setelah dilahirkan?		Nominal	9
B10K31C	665	K31. c. Berapa lama proses pelekatan bayi pada dada/ perut ibu setelah dilahirkan?	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 1 jam 2. ≥ 1 jam 	Nominal	9
B10K32	666	K32. Apakah [NAMA] pernah disusui atau diberi ASI (Air Susu Ibu)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu 	Nominal	8
B10K33	667	K33. Jika belum/ tidak pernah diberi ASI, apa alasan utamanya?	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASI tidak keluar 2. Anak tidak bisa menyusu 3. Repot 4. Rawat pisah 5. Alasan medis 6. Anak terpisah dari ibunya 7. Ibu meninggal 8. Lainnya 	Nominal	8
B10K34A	668	K34 Kapan ibu mulai melakukan proses menyusui untuk yang pertama kali, setelah [NAMA] dilahirkan? a. Satuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam 	Nominal	9
B10K34B	669	b. Jumlah jam atau hari	<ol style="list-style-type: none"> 2. Hari 	Nominal	9
B10K35	670	K35. Apa yang dilakukan IBU terhadap kolostrum (ASI yang pertama keluar, biasanya encer, bening dan atau berwarna kekuningan)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diberikan semua kepada bayi 2. Dibuang sebagian 3. Dibuang semua 8. Tidak tahu 	Nominal	8
B10K36	671	K36. Apakah sebelum disusui yang pertama kali atau sebelum ASI keluar/ lancar, [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu 	Nominal	8
B10K37A	672	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? a. Susu formula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 	Nominal	9
B10K37B	673	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? b. Susu non formula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 	Nominal	9
B10K37C	674	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? c. Madu / Madu + air	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 	Nominal	9
B10K37D	675	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? d. Air gula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 	Nominal	9

B10K37E	676	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? e. Air Tajin	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K37F	677	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? f. Air kelapa	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K37G	678	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? g. Teh Manis	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K37H	679	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? h. Air putih	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K37I	680	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? i. Bubur tepung/bubur saring	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K37J	681	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? j. Pisang dihaluskan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K37K	682	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? k. Nasi dihaluskan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K37L	683	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? l. Lainnya	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K37LS	684	l.sebutkan		Nominal	26
B10K38	685	K38. Apakah saat ini [NAMA] masih disusui/ diberi ASI?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K39	686	K39. Pada umur berapa bulan [NAMA] disapih/ mulai tidak disusui lagi?		Nominal	8
B10K40	687	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	Nominal	8
B10K41	688	K41. Apakah sejak lahir sampai dengan sebelum 24 jam terakhir [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) dan/ atau makanan?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K42	689	K42. Pada saat [NAMA] umur berapa, IBU pertama kali mulai memberikan minuman (cairan) atau makanan selain ASI?	1. 0 - 7 hari 2. 8 - 28 hari 3. 29 hari - < 2 bulan 4. 2 - < 3 bulan 5. 3 - < 4 bulan 6. 4 - < 6 bulan 7. ≥ 6 bulan 8. Tidak tahu 9. Tidak berlaku	Nominal	8
B10K43A	690	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	Nominal	9
B10K43B	691	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? b. Susu non-formula	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K43C	692	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? c. Bubur formula	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K43D	693	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? d. Biskuit	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10K43E	694	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? e. Bubur tepung/bubur saring	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K43F	695	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? f. Air tajin	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K43G	696	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? g. Buah dihaluskan (Pisang, dll)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K43H	697	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? h. Bubur nasi/ nasi tim/nasi dihaluskan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K43I	698	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? i. Sari buah	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K43L	699	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? j.lainnya	1. Ya	Nominal	9
B10K43LS	700	j.lainnya sebutkan	2. Tidak	Nominal	26
B10K44A	701	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? a. Air putih	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44B	702	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? b. Air tajin, madu, teh, kopi, air gula, jus buah	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44C	703	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? c. Bubur nasi/ nasi/ roti/ mie/ ketela/ ubi/ kentang/ biskuit	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44D	704	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? d. Kacang-kacangan/ tempe/ tahu	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44E	705	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? e. Susu selain ASI	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44F	706	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? f. Keju/ yoghurt	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44G	707	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? g. Daging sapi/ daging ayam/ daging unggas lain/ ikan/ jerohan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44H	708	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? h. Telur	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44I	709	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? i. Sayuran sumber vitamin A (daun, hijau, wortel, bayam, tomat, dll)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44J	710	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? j. Buah sumber vitamin A (tomat, pepaya, buah naga, apel dll)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K44K	711	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? k. Sayuran lainnya (tauge, kubis putih, mentimun, dll)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9

B10K44L	712	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? I. Buah lainnya (nanas, melon, dll)	1. Ya	Nominal	9
			2. Tidak		
B10K44M	713	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? m. Lainnya.....	1. Ya	Nominal	9
			2. Tidak		
B10K44MS	714	m.lainnya sebutkan		Nominal	26
B10K46	715	K46. Apakah selama 12 bulan terakhir [NAMA] pernah diberi PMT (makanan tambahan)?	1. Ya	Nominal	8
			2. Tidak		
B10K47	716	K47. Pada kolom berikut, isikan: bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh, PMT yang dihabiskan, dan alasan utama tidak dihabiskan (selama 12 bulan terakhir) ?samakan dengan yg di atas		Nominal	8
		K47AK1_Pada kolom berikut, isikan: bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh, PMT yang dihabiskan, dan alasan utama tidak dihabiskan (selama 12 bulan terakhir): a. Biskuit Program (LIHAT KARTU PERAGA)	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10K47AK2	718	K47AK2_Jumlah total PMT yang diperoleh		Scale	11
B10K47AK3	719	K47AK3_Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10K47AK4	720	K47AK4_Alasan utama PMT tidak dihabiskan?	1 anak tidak mau	Nominal	11
			2 ibu lupa memberikan		
			3 ada efek samping (diare, muntah, alergi dll)		
			4 dimakan ART lain		
			5 lainnya		
B10K47AK4S	721	K47AK4S		Nominal	17
B10K47BK1	722	K47BK1_b. Biskuit lainnya, Bentuk PMT yang diperoleh Isikan kode 1.Ya 2.Tidak? ke baris berikutnya	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10K47BK2	723	K47BK2_Jumlah total PMT yang diperoleh		Nominal	11
B10K47BK3	724	K47BK3_Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10K47BK4	725	K47BK4_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 anak tidak mau	Nominal	11
			2 ibu lupa memberikan		
			3 ada efek samping (diare, muntah, alergi dll)		
			4 dimakan ART lain		
			5 lainnya		
B10K47BK4S	726	K47BK4S		Nominal	17
B10K47CK1	727	K47CK1_c. Susu Bubuk, Bentuk PMT yang diperoleh	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10K47CK2	728	K47CK2_Jumlah total PMT yang diperoleh		Nominal	11
B10K47CK3	729	K47CK3_Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10K47CK4	730	K47CK4_Alasan PMT tidak dihabiskan?	1 anak tidak mau	Nominal	11
			2 ibu lupa memberikan		
			3 ada efek samping (diare, muntah, alergi dll)		
			4 dimakan ART lain		
			5 lainnya		
B10K47CK4S	731	K47CK4S		Nominal	17
B10K47DK1	732	K47DK1_d. Susu Cair, Bentuk PMT yang diperoleh	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10K47DK2	733	K47DK2_Jumlah total PMT yang diperoleh		Nominal	11
B10K47DK3	734	K47DK3_Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10K47DK4	735	K47DK4_Alasan utama PMT tidak dihabiskan	1 anak tidak mau	Nominal	11
			2 ibu lupa memberikan		
			3 ada efek samping (diare, muntah, alergi dll)		
			4 dimakan ART lain		
			5 lainnya		
B10K47DK4S	736	K47DK4S		Nominal	17
B10K47EK1	737	K47EK1_e. Bahan Makanan Mentah, Bentuk PMT yang diperoleh	1. Ya	Nominal	11
			2. Tidak		
B10K47EK2	738	K47EK2_Jumlah total PMT yang diperoleh		Nominal	11
B10K47EK3	739	K47EK3_Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]	1. Ya	Nominal	11

B10K47EK4	740	K47EK4_Alasan utama PMT tidak dihabiskan	2. Tidak 1 anak tidak mau 2 ibu lupa memberikan 3 ada efek samping (diare, muntah, alergi dll) 4 dimakan ART lain 5 lainnya	Nominal	11
B10K47EK4S	741	K47EK4S		Nominal	17
B10K47FK1	742	K47FK1_f. Makanan Matang, Bentuk PMT yang diperoleh	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10K47FK2	743	K47FK2_Jumlah total PMT yang diperoleh		Nominal	11
B10K47FK3	744	K47FK3_Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]	1. Ya 2. Tidak	Nominal	11
B10K47FK4	745	K47FK4_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	Nominal	11
B10K47FK4S	746	K47FK4S		Nominal	17
B10K48A	747	K48A_Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? a. Gizi buruk	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K48B	748	K48B_Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? b. Gizi Kurang/BGM	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K48C	749	K48C_Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? c. Kurus	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K48D	750	K48D_Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? d. Berat badan tidak pernah naik (2T)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K48E	751	K48E_Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? e. Sakit-sakitan	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K48F	752	K48F_Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? f. Karena ikut penimbangan di Posyandu	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K48G	753	K48G_Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? g. Keluarga miskin (gakin)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K48H	754	K48H_Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? h. Lainnya	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10K50	755	K50_Apakah [NAMA] dapat menyebutkan namanya sendiri tanpa dibantu?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K51	756	K51_Apakah [NAMA] dapat mengucapkan setidaknya 4 kata sederhana/populer?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K52	757	K52_Apakah [NAMA] mengetahui dan mengenali simbol angka 1-10	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K53	758	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	Nominal	8
B10K54	759	K54_Apakah [NAMA] kadang-kadang sakit sampai tidak bisa bermain?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K55	760	K55_Apakah [NAMA] mengenali atau menyebutkan setidaknya 10 huruf alfabet/abjad?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K56	761	K56_Apakah [NAMA] dapat mengetahui perintah sederhana untuk melakukan sesuatu dengan benar?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K57	762	K57_Saat diperintah/diberi tahu sesuatu, apakah [NAMA] mampu melakukannya sendiri tanpa dibantu?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K58	763	K58_Apakah [NAMA] mampu bermain/bersosialisasi dengan baik bersama anak-anak lainnya	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K59	764	K59_Apakah [NAMA] suka menendang, menggigit, atau memukul anak lainnya atau orang dewasa	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10K60	765	K60_Apakah [NAMA] mudah terganggu konsentrasinya dalam melakukan suatu hal	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10L01A	766	L01. a. Apakah [NAMA] diukur Tinggi/ Panjang Badan?	1. Ya	Nominal	9

B10L01B	767	L01.b. Tinggi/Panjang Badan (Cm)	2. Tidak	Scale	9
B10L01B_DEC	768	L01.b. dec		Nominal	13
B10L01C	769	L01. c. KHUSUS UNTUK BALITA, (Posisi pengukuran TB/PB)	1. Berdiri	Nominal	9
B10L01D	770	L01. d.Kondisi [NAMA] saat diukur	2. Telentang 1. Dapat berdiri tegak/ telentang lurus 2. Tidak dapat berdiri tegak/ telentang lurus	Nominal	9
B10L02A	771	L02.a.Apakah [NAMA] ditimbang?	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10L02B1	772	L02. b. Berat Badan (kg)		Scale	10
B10L02B2	773	L02.b. dec		Nominal	10
B10L02C	774	L02.c. Kondisi [NAMA] saat ditimbang	1. Sehat 2. Sakit	Nominal	9
B10L03A	775	L03.a. Apakah [NAMA] diukur Lingkar Perut	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10L03B1	776	L03.b. Lingkar Perut (Cm)		Scale	10
B10L03B2	777	L03.b. dec		Nominal	10
B10L04A	778	L04. a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang pertama:	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10L04B	779	L04. b. Tekanan darah sistolik (mmHg)		Scale	9
B10L04C	780	L04. c. Tekanan darah diastolik (mmHg)		Scale	9
B10L05A	781	L05. a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang kedua :	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10L05B	782	L05. b. Tekanan darah sistolik (mmHg)		Scale	9
B10L05C	783	L05. c. Tekanan darah diastolik (mmHg)		Scale	9
B10L06A	784	L06. a. . Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang ketiga : \	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10L06B	785	L06. b. . Tekanan darah sistolik (mmHg)		Scale	9
B10L06C	786	L06. c. Tekanan darah diastolik (mmHg)		Scale	9
B10L07A	787	L07. a.Apakah [NAMA] diukur Lingkar Lengan Atas (LILA)	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10L07B	788	L07. b. Lingkar Lengan Atas (LILA)cm		Scale	9
B10L07B_DEC	789	L07. b. dec		Nominal	13
B10L08	790	L08. Apakah diambil spesimen darah	1. Ya 2. Tidak	Nominal	8
B10L09	791	L09. STIKER NOMOR DARAH		Scale	8
B10L10A	792	L10. a. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan Hb	1. Ya 2. Tidak	Nominal	9
B10L10B	793	L10. b. b. Nilai Hb (g%)		Nominal	9
B10L11A	794	L11. a. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan Malaria (RDT)	1. Ya	Nominal	9
B10L11B	795	L11.b. Hasil Pemeriksaan RDT	2. Tidak 1. Negatif 2. P.falciparum (Pf) 3. PAN (non P.falciparum) 4. Pf dan PAN (mix) 5. Hasil tidak sah	Nominal	9
CAT_IND	796	Catatan individu		Nominal	26
IND_MULAI_J	797	jam mulai		Nominal	13
IND_MULAI_M	798	jam mulai		Nominal	13
IND_SELESAL_J	799	jam selesai		Nominal	15
IND_SELESAL_M	800	jam selesai		Nominal	15
IND_TOTAL	801	Total Waktu		Nominal	11
VAR00001	802	<none>		Nominal	35
Variables in the working file					