

RAHASIA

KUESIONER INDIVIDU

SSGI-2021-IND

PENGENALAN TEMPAT (SALIN DARI BLOK I)

Provinsi	Kab/kota	Kecamatan	Desa/Kelurahan	K/D	Nomor Kode Sampel	No. Urut RT

VIII. KETERANGAN PENGUMPUL DATA DAN SAMPEL BALITA

801	Tanggal bulan wawancara	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	802	Tanggal bulan pengukuran	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
803	Nama pengumpul data		804	Tanda tangan pengumpul data	
805	a. Nama ART balita	b. Nomor urut ART balita		<input type="text"/> <input type="text"/>
806	Nomor Induk Kependudukan (NIK) ART balita				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

NO. URUT ART UNTUK PERTANYAAN P807 - P809, JIKA BUKAN ART DALAM RUTA INI ISIKAN KODE '00'

807	Tuliskan nama dan nomor urut ayah kandung	Nama ART	a. Nomor urut ART	<input type="text"/> <input type="text"/>
808	Tuliskan nama dan nomor urut ibu kandung	Nama ART	a. Nomor urut ART	<input type="text"/> <input type="text"/>
809	Nama ART yang diwawancarai:		a. Nomor urut ART	<input type="text"/> <input type="text"/>

BLOK IX. MORBIDITAS BALITA

901	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosis ISPA oleh tenaga kesehatan?	1. Ya → P 903 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
902	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala ISPA seperti demam, batuk < 2 minggu, pilek, dan atau sakit tenggorokan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
903	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosis DIARE oleh tenaga kesehatan?	1. Ya → P 905 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
904	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala DIARE seperti BAB lebih cair dan lebih 3 kali sehari dan atau BAB cair tidak bercampur darah?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
905	Dalam 6 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosis radang paru (PNEUMONIA) dengan atau tanpa dilakukan foto dada (foto rontgen) oleh tenaga kesehatan?	1. Ya → P 907 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
906	Dalam 6 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala radang paru (PNEUMONIA) seperti demam tinggi, batuk, kesulitan bernafas/sesak nafas, dan nafas cepat (chest indrawing /tarikan dinding dada ke dalam atau napas cuping)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
907	Dalam 6 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosis TB PARU oleh tenaga kesehatan?	1. Ya → P 909 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
908	Dalam 6 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala TB PARU seperti batuk ≥ dari 3 minggu, demam ≥ 2 minggu tanpa sebab yang jelas, dan turun/tidak naik berat badan tanpa sebab yang jelas?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
909	Dalam 6 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosa CAMPAK oleh tenaga kesehatan?	1. Ya → P 911 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
910	Dalam 6 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala CAMPAK seperti demam/panas tinggi, batuk, pilek, mata merah berair dan timbul ruam merah di seluruh tubuh?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
911	Dalam 6 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosa KECACINGAN oleh tenaga kesehatan?	1. Ya → P 913 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
912	Dalam 6 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala KECACINGAN seperti ditemukan cacing dalam tinja atau di anus/dubur, anak sering menggaruk/ mengeluhkan rasa gatal pada area anus terutama di malam hari?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
913	Kondisi kesehatan ART balita saat pengumpulan data	1. Sehat 2. Sakit ringan 3. Sakit Berat/ kronis 4. Oedema 5. Diare 6. Hydrocephalus	<input type="checkbox"/>

BLOK X. AKSES PELAYANAN KESEHATAN BALITA*

1001	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah sakit	1. Ya 2. Tidak → P 1004	<input type="checkbox"/>			
1002	Apakah saat balita sakit melakukan pemeriksaan/ pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan? 1. Ya, setiap kali saat sakit → P 1004 2. Ya, tidak setiap kali saat sakit	3. Tidak pernah/belum berobat ke fasyankes	<input type="checkbox"/>			
1003	Sebutkan alasannya jika tidak pernah/belum berobat atau tidak setiap kali saat sakit mengakses pelayanan pemeriksaan/ pengobatan ke fasyankes saat balita sakit. Isikan kode 1 jika "Ya" dan 2 jika "Tidak" (PILIHAN JAWABAN TIDAK DIBACAKAN)					
	a. Tidak punya BPJS	<input type="checkbox"/>	d. Tidak punya biaya	<input type="checkbox"/>	g. Membeli obat sendiri (warung, toko obat, apotik)	<input type="checkbox"/>
	b. Transportasi sulit/ mahal	<input type="checkbox"/>	e. Sakit tidak parah/ baru sakit atau merasa tidak/ belum perlu berobat	<input type="checkbox"/>	h. Tidak ada pelayanan/tutup	<input type="checkbox"/>

	c. Fasilitas kesehatan jauh	<input type="checkbox"/>	f. Pelayanan Kesehatan Tradisional	<input type="checkbox"/>	i. Takut tertular COVID-19	<input type="checkbox"/>
1004	Apakah [NAMA] memiliki buku KIA (Buku Kesehatan Ibu dan Anak)?					<input type="checkbox"/>
	1. Ya, dapat menunjukkan		3. Pernah memiliki tetapi hilang		4. Tidak pernah memiliki	<input type="checkbox"/>
	2. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan di kader/ bidan/Posyandu)					
1005	Apakah pada saat hamil [NAMA] Ibu mengikuti Kelas Ibu Hamil?					<input type="checkbox"/>
	1. Ya, berdasarkan catatan di buku KIA		2. Ya, berdasarkan pengakuan	3. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
1006	Apakah ibu mengikuti Kelas Ibu Balita?					<input type="checkbox"/>
	1. Ya, berdasarkan catatan di buku KIA		2. Ya, berdasarkan pengakuan	3. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
1007	Apakah [NAMA] mendapatkan Imunisasi Dasar sebagai berikut					
	ISIKAN KODE :					
	1. Ya, berdasarkan catatan		3. Tidak dilakukan		8. Tidak tahu	
	2. Ya, berdasarkan pengakuan		4. Tidak berlaku			
	a. Hepatitis B 0	<input type="checkbox"/>	h. Oral Polio Vaccine (OPV) 3			<input type="checkbox"/>
	b. BCG	<input type="checkbox"/>	i. Oral Polio Vaccine (OPV) 4			<input type="checkbox"/>
	c. DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB 1	<input type="checkbox"/>	j. Inactivated Poliovirus Vaccine (IPV)			<input type="checkbox"/>
	d. DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB 2	<input type="checkbox"/>	k. Inactivated Poliovirus Vaccine (IPV) 1			<input type="checkbox"/>
	e. DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB 3	<input type="checkbox"/>	l. Inactivated Poliovirus Vaccine (IPV) 2			<input type="checkbox"/>
	f. Oral Polio Vaccine (OPV) 1	<input type="checkbox"/>	m. Inactivated Poliovirus Vaccine (IPV) 3			<input type="checkbox"/>
	g. Oral Polio Vaccine (OPV) 2	<input type="checkbox"/>	n. Campak/ MR/ MMR			<input type="checkbox"/>
JIKA IMUNISASI SUDAH LENGKAP → P1009						
1008	Apa alasan imunisasi belum lengkap/tidak lengkap/ tidak diimunisasi sama sekali ?					
	[ISIKAN KODE 1 JIKA YA DAN 2 JIKA TIDAK] (PILIHAN JAWABAN TIDAK DIBACAKAN)					
	a. Lupa/tidak tahu jadwal imunisasi	<input type="checkbox"/>	g. Vaksin tidak tersedia			<input type="checkbox"/>
	b. Tidak tahu jadwal Posyandu	<input type="checkbox"/>	h. Tidak diijinkan suami/ART lain			<input type="checkbox"/>
	c. Pelayanan Posyandu tutup	<input type="checkbox"/>	i. Takut anak panas/demam			<input type="checkbox"/>
	d. Fasilitas kesehatan jauh	<input type="checkbox"/>	j. Takut tertular COVID-19			<input type="checkbox"/>
	e. Transportasi sulit/ mahal	<input type="checkbox"/>	k. Kepercayaan /agama			<input type="checkbox"/>
	f. Anak sering sakit	<input type="checkbox"/>	l. Belum waktunya untuk diimunisasi			<input type="checkbox"/>
1009	Apakah di lingkungan tempat tinggal [NAMA] tersedia layanan Posyandu? (dalam periode 12 bulan terakhir)			1. Ya, selalu tersedia		<input type="checkbox"/>
				2. Ya, tidak selalu tersedia		
				3. Tidak ada layanan → 1011		
				8. Tidak tahu → 1011		
1010	Apabila dalam 12 bulan terakhir tersedia layanan Posyandu, apakah [NAMA] pernah memanfaatkan Posyandu ?			1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
1011	Pertanyaan ini terkait jenis, tempat dan frekuensi pemanfaatan layanan kesehatan Balita (Isikan jawaban terkait jenis, tempat dan frekuensi pemanfaatan layanan di bawah ini (dalam periode 12 bulan terakhir))					
	Jenis pelayanan	Apakah dilakukan		Tempat mendapatkan layanan (Isikan yang paling sering)	Frekuensi pemanfaatan dalam 12 bulan terakhir (Jumlah total)	
		1. Ya				
		2. Tidak → baris berikutnya				
	(1)	(2)		(3)	(4)	
	a. Penimbangan berat badan balita	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b. Pengukuran panjang/tinggi badan balita	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	c. Pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA) balita*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	d. Imunisasi*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	e. Pemantauan perkembangan*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	f. Penyuluhan/Konsultasi/Konseling gizi*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	g. Pemberian vitamin A (Dosis Tinggi)*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h. Pemberian obat cacing	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kode tempat	1. Posyandu	3. Rumah sakit	5. PAUD/TK/ sederajat	7. Mandiri di rumah tangga	
		2. Puskesmas	4. Klinik/praktik dokter/ bidan/ perawat	6. Kunjungan petugas ke rumah		

BLOK XI. PERILAKU PEMBERIAN ASI DAN MP-ASI BADUTA*)

DITANYAKAN PADA ART USIA 0-23 BULAN

1101	Apakah sesaat setelah lahir [NAMA] langsung diletakkan di dada/perut ibu selama kurang lebih satu jam tanpa penghalang?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
1102	Apakah saat ini [NAMA] masih disusui/diberi ASI (Air Susu Ibu)?	1. Ya → P1104 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
1103	Jika sudah tidak diberi ASI, pada umur berapa [NAMA] disapih?	_____ bulan → P1105	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1104	Apakah dalam 24 jam terakhir (mulai dari bangun tidur kemarin pagi hingga pagi tadi) [NAMA] hanya mendapatkan ASI saja dan tidak diberi minuman (cairan) dan atau makanan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
1105	Pada saat [NAMA] umur berapa Ibu mulai memberikan/mengenalkan minuman (cairan) atau makanan selain ASI untuk yang pertama kali? 1. 0 – 7 hari 3. 1 – < 2 bulan 5. 3 - < 4 bulan 7. 5 - < 6 bulan 9. Tidak tahu → P1107 2. 8 – 29 hari 4. 2 - < 3 bulan 6. 4 - < 5 bulan 8. ≥ 6 bulan 10. Tidak berlaku → Blok XII		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1106	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang diberikan pada bulan pertama sejak [NAMA] mulai diberikan minuman (cairan) atau makanan pada umur tersebut? (ISIKAN KODE 1 JIKA YA DAN KODE 2 JIKA TIDAK)			
	a. Susu formula	<input type="checkbox"/>	f. Air tajin	<input type="checkbox"/>
	b. Susu non-formula	<input type="checkbox"/>	g. Buah dihaluskan (pisang, dll)	<input type="checkbox"/>
	c. Bubur formula	<input type="checkbox"/>	h. Bubur nasi/nasi tim/nasi/lauk dihaluskan	<input type="checkbox"/>
	d. Biskuit	<input type="checkbox"/>	i. Sari buah	<input type="checkbox"/>
	e. Bubur tepung/ bubur saring	<input type="checkbox"/>	j. Lainnya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/>

DITANYAKAN PADA ART USIA 0-59 BULAN

1107	UNTUK PERTANYAAN 1107 LAKUKAN DENGAN METODE RECALL 24 JAM			
	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari bangun tidur kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA] ? (ISIKAN KODE JAWABAN 1 = YA ATAU 2 = TIDAK)			
	a. Air putih	<input type="checkbox"/>	i. Sayuran sumber vit.A (sayur berwarna oranye/merah) seperti wortel, tomat, labu kuning, dll)	<input type="checkbox"/>
	b. Air tajin, madu, teh, kopi, air gula, jus buah, kental manis	<input type="checkbox"/>	j. Sayuran berdaun hijau gelap (bayam, kangkung, daun singkong, dll)	<input type="checkbox"/>
	c. Bubur nasi, nasi, roti, mie, ketela atau singkong, ubi, kentang, biskuit	<input type="checkbox"/>	k. Buah sumber vitamin A (buah berwarna oranye/merah) seperti pepaya, mangga, buah naga, dll)	<input type="checkbox"/>
	d. Kacang-kacangan, tempe, tahu	<input type="checkbox"/>	l. Sayuran lainnya (tauge, kubis putih, mentimun, dll)	<input type="checkbox"/>
	e. Susu selain ASI	<input type="checkbox"/>	m. Buah lainnya (apel, pisang, nanas, melon, jeruk, dll)	<input type="checkbox"/>
	f. Keju, yoghurt	<input type="checkbox"/>	n. Makanan ringan/ ekstrudat (berbentuk puffs/kering/kopong) seperti (kerupuk, cheese ball, dll)	<input type="checkbox"/>
	g. Daging sapi, daging ayam, daging unggas lain, jeroan, ikan	<input type="checkbox"/>	o. ASI	<input type="checkbox"/>
	h. Telur	<input type="checkbox"/>		
1108	Selama 12 bulan terakhir, Apakah [NAMA] menerima bantuan PMT biskuit program?	1. Ya 2. Tidak → Blok XII	<input type="checkbox"/>	
	Frekuensi menerima PMT biskuit program	Jumlah total PMT biskuit program yang diterima (bungkus kecil)	PMT biskuit program hanya dikonsumsi balita Kode Jawaban: 1.Ya 2.Tidak	
	(1109)	(1110)	(1111)	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BLOK XII. BERAT DAN PANJANG LAHIR

1201	Berapa berat badan [NAMA] ketika dilahirkan? (jika tidak tahu isikan kode 8888 dan lanjut ke 1203)	_____ gram	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1202	Sumber informasi Berat Badan Lahir 1. Catatan 2. Ingatan ibu/ART/ orang lain		<input type="checkbox"/>
1203	Berapa panjang badan [NAMA] ketika dilahirkan? (jika tidak tahu isikan kode 88,8 dan lanjut ke Blok XIII)	_____, ____ cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
1204	Sumber informasi Panjang Badan Lahir 1. Catatan 2. Ingatan ibu/ART/ orang lain		<input type="checkbox"/>

BLOK XIII. PENGUKURAN ANTROPOMETRI

1301	a. Apakah [NAMA] ditimbang Berat Badan	1. Ya → P1301c 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Alasan tidak ditimbang Berat Badan	1. Menolak → P1302a 2. Cacat/sakit → P1302a 3. Tidak dapat ditemui → P1302a	<input type="checkbox"/>
	c. Berat Badan	_____, ____ kg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1302	a. Apakah [NAMA] diukur Panjang/Tinggi Badan	1. Ya →P1302c 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Alasan tidak dapat diukur PB/TB	1. Menolak →P1303a 2. Cacat/sakit →P1303a 3. Tidak dapat ditemui →P1303a	<input type="checkbox"/>
	c. Panjang/Tinggi Badan	_____, ____ cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
	d. Posisi pengukuran Panjang/Tinggi Badan	1. Berdiri 2. Telentang	<input type="checkbox"/>
1303	a. Apakah [NAMA] diukur Lingkar Lengan Atas (LiLA)	1. Ya →P1303c 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Alasan tidak dapat diukur LiLA	1. Menolak → Catatan Pengumpul Data 2. Cacat/sakit → Catatan Pengumpul Data 3. Tidak dapat ditemui → Catatan Pengumpul Data	<input type="checkbox"/>
	c. LiLA	_____, ____ cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>

CATATAN PENGUMPULAN DATA