

RAHASIA

KUESIONER INDIVIDU

SSGI-2021-IND2

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 - P810, 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 911 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"/>
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 1009	<input type="checkbox"/>			
1002	Apakah saat balita sakit melakukan pemeriksaan/ pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan? 1. Ya, setiap kali saat sakit → P 1009 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 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"/>

1009	Apakah di lingkungan tempat tinggal [NAMA] tersedia layanan Posyandu? (dalam periode 12 bulan terakhir)	1. Ya, selalu tersedia 2. Ya, tidak selalu tersedia 3. Tidak ada layanan → 1011 8. Tidak tahu → 1011	<input type="checkbox"/>
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	Dilakukan 1. Ya 2. Tidak → baris berikutnya	Tempat mendapatkan layanan (Isikan yang paling sering)
	(1)	(2)	(4)
	a. Penimbangan berat badan balita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Pengukuran panjang/tinggi badan balita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kode tempat: 1. Posyandu 2. Puskesmas 3. Rumah sakit 4. Klinik/praktik dokter/bidan/perawat 5. PAUD/TK/ sederajat 6. Kunjungan petugas ke rumah 7. Mandiri di rumah tangga		
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 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"/>
1104	Apakah dalam 24 jam terakhir [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 2. 8 – 29 hari 3. 1 – < 2 bulan 4. 2 - < 3 bulan 5. 3 - < 4 bulan 6. 4 - < 5 bulan 7. 5 - < 6 bulan 8. ≥ 6 bulan 9. Tidak tahu → P1107 10. Tidak berlaku → Blok XII	<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 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, 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, dll) <input type="checkbox"/>
	f. Keju/ yoghurt	<input type="checkbox"/>	n. Makanan ringan/ ekstrudat (berbentuk puffs/kering/kopong) seperti (kerupuk, cheeseball, dll) <input type="checkbox"/>
	g. Daging sapi/ daging ayam/ daging unggas lain/ jeroan/ ikan	<input type="checkbox"/>	o. ASI <input type="checkbox"/>
	h. Telur		
1108	Selama 12 bulan terakhir, Apakah [NAMA] menerima bantuan PMT biskuit program?	1. Ya 2. Tidak → Blok XII	<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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
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="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
	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 2. Cacat/sakit 3. Tidak dapat ditemui	<input type="checkbox"/>
	c. LiLA	_____, ____ cm	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
CATATAN PENGUMPULAN DATA			