



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN
RISET KESEHATAN NASIONAL
SURVEI STATUS GIZI INDONESIA 2022
KUESIONER INDIVIDU**

**RAHASIA****SSGI-2022-IND_BLT****BLOK VIII. KETERANGAN PENGUMPUL DATA DAN SAMPEL BALITA**

801	Tanggal bulan wawancara	□□-□□	802	Tanggal bulan pengukuran	□□-□□
803	Nama pengumpul data	.....		
804	a. Nama ART Balita	.....	b. Nomor urut ART balita	□□	
805	Nomor Induk Kependudukan	□□□□□□□□□□□□□□□□			
NO. URUT ART UNTUK PERTANYAAN P807 - P809, JIKA BUKAN ART DALAM RUTA INI ISIKAN KODE '00'					
806	Tuliskan nama dan nomor urut ayah kandung	a. Nama ART	.....	b. Nomor urut ART	□□
807	Tuliskan nama dan nomor urut ibu kandung	a. Nama ART	.....	b. Nomor urut ART	□□
808	a. Nama ART yang diwawancara	.....		b. Nomor urut ART	□□

BLOK IX. MORBIDITAS BALITA

901	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosis ISPA oleh tenaga kesehatan?	1. Ya → P 903 2. Tidak	□
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	□
903	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosis DIARE oleh tenaga kesehatan?	1. Ya → P 905 2. Tidak	□
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	□
905	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosis radang paru (PNEUMONIA) dengan atau tanpa dilakukan foto dada (foto rontgen) oleh tenaga kesehatan?	1. Ya, ≤ 6 bulan → P 907 2. Ya, > 6 bulan → P 907 3. Tidak	□
906	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala radang paru (PNEUMONIA) seperti demam, batuk, napas cepat/kesulitan bernafas dan atau tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (<i>TDDK/chest indrawing</i>) atau sesak nafas/nafas cuping hidung?	1. Ya, ≤ 6 bulan 2. Ya, > 6 bulan 3. Tidak	□
907	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosis TB PARU oleh tenaga kesehatan?	1 Ya, ≤ 6 bulan → P 910 2 Ya, > 6 bulan → P 910 3 Tidak	□
908	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala TB PARU seperti batuk ≥ dari 2 minggu ATAU demam ≥ 2 minggu ATAU turun/tidak naik berat badan tanpa sebab yang jelas dalam 2 bulan sebelumnya ATAU tidak enak badan/malaise ≥ 2 minggu DAN tidak ada perubahan walau sudah diberikan obat oleh tenaga kesehatan > 2 minggu?	1. Ya, ≤ 6 bulan 2. Ya, > 6 bulan 3. Tidak	□
909	Dalam 6 bulan terakhir apakah [NAMA] ada riwayat kontak dengan penderita dewasa TB Paru?	1. Ya 2. Tidak	□
910	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosa CAMPAK oleh tenaga kesehatan?	1. Ya, ≤ 6 bulan → P 912 2. Ya, > 6 bulan → P 912 3. Tidak	□
911	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala CAMPAK seperti demam tinggi, batuk, pilek, mata merah berair dan timbul ruam merah di seluruh tubuh?	1. Ya, ≤ 6 bulan 2. Ya, > 6 bulan 3. Tidak	□
912	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah di diagnosa KECACINGAN oleh tenaga kesehatan?	1. Ya, ≤ 6 bulan → P1001 2. Ya, > 6 bulan → P1001 3. Tidak	□

913	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami gejala KECACINGAN seperti ditemukan cacing dalam tinja atau di anus/dubur dan atau anak sering menggaruk/ mengeluhkan rasa gatal pada area anus terutama di malam hari?	1. Ya, ≤ 6 bulan 2. Ya, > 6 bulan 3. Tidak	<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 Praktek dokter/bidan/ perawat, Puskesmas/ Klinik/RS? 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 tidak selalu atau tidak pernah/belum mengakses fasyankes (Praktek dokter/bidan/ perawat, Puskesmas/ Klinik/RS) 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 (apotek, warung, toko) <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. Pengobatan tradisional (ramuan, pijat, olah pikir, energi) <input type="checkbox"/>	i. Takut tertular COVID-19 <input type="checkbox"/>
1004	Apakah [NAMA] memiliki buku KIA (Buku Kesehatan Ibu dan Anak)? 1. Ya, dapat menunjukkan 2. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan di kader/ bidan/Posyandu)	3. Pernah memiliki tetapi hilang 4. Tidak pernah memiliki	<input type="checkbox"/>
1005	Apakah [NAMA] mendapatkan Imunisasi sebagai berikut : ISIKAN KODE 1. Ya, berdasarkan catatan 3. Tidak dilakukan 8 . Tidak tahu 2. Ya, berdasarkan pengakuan 7. Tidak berlaku		
	a. Hepatitis B 0 <input type="checkbox"/>	i. Oral Polio Vaccine (OPV) 3 <input type="checkbox"/>	
	b. BCG <input type="checkbox"/>	j. Oral Polio Vaccine (OPV) 4 <input type="checkbox"/>	
	c. DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB 1 <input type="checkbox"/>	k. Inactivated Poliovirus Vaccine (IPV) 1 <input type="checkbox"/>	
	d. DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB 2 <input type="checkbox"/>	l. Inactivated Poliovirus Vaccine (IPV) 2 <input type="checkbox"/>	
	e. DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB 3 <input type="checkbox"/>	m. Inactivated Poliovirus Vaccine (IPV) 3 <input type="checkbox"/>	
	f. DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB lanjutan <input type="checkbox"/>	n. Campak-Rubela (MR/MMR) <input type="checkbox"/>	
	g. Oral Polio Vaccine (OPV) 1 <input type="checkbox"/>	o. Campak-Rubela (MR/MMR) lanjutan <input type="checkbox"/>	
	h. Oral Polio Vaccine (OPV) 2 <input type="checkbox"/>		

JIKA Balita Usi a 0-11 bulan memenuhi kriteria I MUNISA SI Dasar Lengkap yaitu berkode 1 atau 2 → P1007
JIKA Balita Usi a ≥ 18 bulan memenuhi kriteria I MUNISA SI Rutin Lengkap yaitu berkode 1 atau 2 → P1007

1006	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"/>	h. Tidak diijinkan pihak keluarga <input type="checkbox"/>	
	b. Tidak tahu jadwal Posyandu <input type="checkbox"/>	i. Takut anak panas/demam <input type="checkbox"/>	
	c. Pelayanan Posyandu tutup <input type="checkbox"/>	j. Takut tertular COVID-19 <input type="checkbox"/>	
	d. Fasilitas kesehatan jauh <input type="checkbox"/>	k. Kepercayaan /agama <input type="checkbox"/>	
	e. Transportasi sulit/ mahal <input type="checkbox"/>	l. Belum waktunya untuk diimunisasi <input type="checkbox"/>	
	f. Anak sering/sedang sakit <input type="checkbox"/>	m. Belum ada pelayanan imunisasi sesuai jadwal di Buku KIA <input type="checkbox"/>	
	g. Vaksin tidak tersedia <input type="checkbox"/>	n. Biaya imunisasi mahal/tidak terjangkau <input type="checkbox"/>	

1007	Pertanyaan ini terkait jenis, tempat dan frekuensi pemantauan kesehatan Balita (dalam periode 12 bulan terakhir)			
	Jenis kegiatan layanan	ISIKAN KODE 1. JIKA YA DAN 2. JIKA TIDAK LANJUT KE BARIS BERIKUTNYA	Tempat kegiatan dilaksanakan (Isikan yang paling sering) [KODE]	Frekuensi kegiatan dalam 12 bulan Terakhir (Jumlah total)
	(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. Puskesmas 2. Klinik/Praktek Dokter/Bidan/ Perawat 3. Rumah sakit 4. Posyandu 5. PAUD/TK/ sederajat 6. Kunjungan petugas ke rumah 7. Mandiri di rumah tangga		
Usia 0-23 bulan → BLOK XII. RIWAYAT KEHAMILAN				
Usia 24-59 bulan → BLOK XIII → P1317 PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN				
BLOK XII. RIWAYAT KEHAMILAN				
1201	Apakah selama kehamilan [NAMA ANAK] ibu melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC)?		1. Ya → P1203 2. Tidak 3. Tidak Tahu → BLOK XIII	<input type="checkbox"/>
1202	Apa alasan tidak melakukan ANC : (Isikan Kode 1 = Ya, Kode 2 = Tidak)			
	a. Tidak sempat/repot	<input type="checkbox"/>	f. Takut tertular covid-19 jika pergike faskes	<input type="checkbox"/>
	b. Jarak fasilitas kesehatan jauh	<input type="checkbox"/>	g. Tidak merasa perlu	<input type="checkbox"/>
	c. Tidak ada biaya	<input type="checkbox"/>	h. Tabu (norma budaya/agama/sosial)	<input type="checkbox"/>
	d. Tidak ada yang mengantar	<input type="checkbox"/>	i. Lainnya	<input type="checkbox"/>
	e. Layanan kesehatan tutup (karena covid-19)	<input type="checkbox"/>		
Lanjut ke pertanyaan 1207				
1203	Pada umur kehamilan berapa IBU pertama kali periksa kehamilan?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu	

1204	Pemeriksaan kehamilan dan USG yang dilakukan oleh tenaga kesehatan									
	Tenaga yang melakukan Pemeriksaan Kehamilan (ANC) 1. Ya 2. Tidak→P berikutnya		Umur Kehamilan			Tenaga yang melakukan USG 1. Ya 2. Tidak→P berikutnya	Umur Kehamilan			
			0-3 bulan	4-6 bulan	7 bulan - melahirkan		0-3 bulan	4-6 bulan	7 bulan - melahirkan	
			Frekuensi ANC (.. kali)	Frekuensi ANC (.. kali)	Frekuensi ANC (.. kali)		Frekuensi USG (.. kali)	Frekuensi USG (.. kali)	Frekuensi USG (.. kali)	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	1	Dokter kandungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2	Dokter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3	Bidan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4	Tenaga kesehatan lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1205	Dimana Ibu paling sering melakukan pemeriksaan kehamilan saat hamil [NAMA ANAK]?		1. RS Pemerintah/RS Swasta 2. Rumah bersalin/Klinik 3. Puskesmas			4. Pustu 5. Praktik Mandiri Dokter/Bidan	6. Polindes/Poskesdes 7. Posyandu 8. Rumah			<input type="checkbox"/>
1206	Selama kehamilan [NAMA ANAK] apakah Ibu mendapatkan pemeriksaan/pelayanan? (Isikan Kode 1 = Ya, Kode 2 = Tidak, 7=Tidak Berlaku)									
	Jenis Pemeriksaan kehamilan			0-3 bulan	4-6 bulan	7 bulan - melahirkan				
	(1)			(2)	(3)	(4)				
	a. Pengukuran tinggi badan pertama kali			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	b. Penimbangan berat badan			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	c. Pengukuran tekanan darah			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	d. Pengukuran lingkaran lengan atas pertama kali			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	e. Pemeriksaan tinggi fundus uteri			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	f. Pemeriksaan letak janin			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	g. Perhitungan denyut jantung janin			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	h. Skrining Imunisasi Tetanus Difteri (Td)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	i. Imunisasi Tetanus Difteri (Td)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	j. Tes Kehamilan			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	k. Tes Golongan Darah			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	l. Tes protein urine			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	m. Tes HIV			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	n. Tes Hb			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	o. Kadar Hb			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> gr%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> gr%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> gr%				
	p. Usia Kehamilan Saat Pemeriksaan Hb			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu				
	q. Konseling			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	r. Tata laksana kasus (Tindakan)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

1207	Apakah selama kehamilan [NAMA ANAK], pernah mendapatkan tablet tambah darah (TTD)?	1. Ya 2. Tidak → P 1209	<input type="checkbox"/>		
1208	Sebutkan sumber TTD, umur Kehamilan pertama kali mendapatkan, jumlah yang diterima/dibeli dan yang dihabiskan				
	Sumber TTD	Umur Kehamilan pertama kali mendapatkan TTD	Total Butir TTD	Jumlah yang diminum selama kehamilan	
	(1)	(2)	(3)	(4)	
	a. Diberi oleh tenaga kesehatan/kader (TTD Program)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> butir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> butir	
b. Membeli Sendiri / Mandiri (Selain TTD Program)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> butir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> butir		
Jika Isian 1208a Kolom 3 = Isian 1208b Kolom 4 dan atau Isian 1208b Kolom 3 = Isian 1208b Kolom 4 → Lanjut ke P 1210					
1209	Apa alasan UTAMA tidak mendapatkan/tidak menghabiskan TTD saat kehamilan?		<input type="checkbox"/>		
	1. Tidak diberikan oleh petugas 5. Bosan 2. Persediaan TTD kosong 6. Rasa dan Bau tidak enak 3. Merasa tidak perlu 7. Mual dan muntah karena kehamilan 4. Lupa 8. Efek samping (mual,sembelit,BAB berwarna hitam)		9. Menganggap sebagai obat 10. Tidak punya uang untuk membeli		
1210	Berapa berat badan saat awal kehamilan? Jika responden lupa dan tidak ada catatan isikan kode 888,8	..... kg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,	
1211	Berapa tinggi badan? Jika responden lupa dan tidak ada catatan isikan kode 888,8	.....cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,	
PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN PADA IBU HAMIL					
1212	Apakah selama kehamilan, ibu mendapatkan PMT?	1. Ya 2. Tidak → BLOK XIII	<input type="checkbox"/>		
1213	Berapa umur kehamilan, saat ibu pertama kali mendapatkan PMT?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bulan			
1214	Isikan bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh selama kehamilan, berapa yang dihabiskan dan alasan utama tidak dihabiskan				
	Bentuk PMT	Bentuk PMT yang diperoleh Isikan kode: 1. Ya 2. Tidak → ke baris berikutnya	Jumlah total PMT program yang diperoleh (bungkus kecil)	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]? 1. Ya → ke baris berikutnya 2. Tidak	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? [KODE]
		(1)	(2)	(3)	(4)
	a. Biskuit program	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Biskuit Lainnya	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Susu Bubuk	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	d. Susu Cair	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Bahan Makanan Mentah	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Makanan Matang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[KODE Alasan utama PMT tidak dihabiskan?]	1. Rasanya tidak enak 2. Rasa kurang bervariasi 3. Terlalu manis 4. Tidak suka aromanya/ baunya		5. Ada efek samping (mual, alergi, dll) 6. Lupa 7. Dimakan ART lain 8. Lainnya, sebutkan.....	
1215	Alasan ibu mendapatkan PMT saat kehamilan? (Poin a – e Tidak dibacakan) Isikan kode jawaban : 1. Ya 2. Tidak				
	a. Ibu kurang gizi/KEK	<input type="checkbox"/>	d. Berat badan selama hamil tidak naik		<input type="checkbox"/>
	b. Keluarga miskin	<input type="checkbox"/>	e. Anemia		<input type="checkbox"/>
	c. Periksa hamil di posyandu	<input type="checkbox"/>	f. Lainnya, sebutkan		<input type="checkbox"/>

XIII. PERILAKU PEMBERIAN ASI DAN MPASI				
PERTANYAAN 1301 – 1314 DITANYAKAN PADA ANAK 0 – 23 BULAN				
PERTANYAAN 1315 – 1316 DITANYAKAN PADA ANAK 6 – 23 BULAN				
PERTANYAAN 1317 – 1320 DITANYAKAN PADA ANAK 6 – 59 BULAN				
1301	a. Apakah segera setelah [NAMA] lahir langsung diletakkan di dada/perut ibu dengan kulit ibu melekat pada kulit bayi?	1. Ya 2. Tidak → P 1302 3. Tidak tahu → P 1302		<input type="checkbox"/>
	b. Kapan [NAMA ANAK] mulai diletakkan di dada/perut ibu setelah dilahirkan?	..... menit		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Berapa lama proses pelekatan bayi pada dada/perut ibu setelah dilahirkan?	1. < 1 jam 2. ≥ 1 jam		<input type="checkbox"/>
1302	Apa yang dilakukan ibu terhadap kolostrum (ASI yang pertama keluar, biasanya encer, bening, dan atau berwarna kekuningan)? 1. Diberikan semua kepada bayi 3. Dibuang semua 8. Tidak tahu 2. Dibuang sebagian 4. ASI belum keluar			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1303	Apakah [NAMA] pernah disusui atau diberi ASI (Air Susu Ibu)?	1. Pernah disusui → P1305 2. Belum disusui 3. Tidak pernah sama sekali		<input type="checkbox"/>
1304	Jika belum/tidak pernah diberi ASI, apa alasan utamanya? 1. ASI tidak/belum keluar 3. Alasan medis ibu 5. Alasan medis anak 7. Ibu meninggal 2. Anak tidak mau 4. Rawat pisah 6. Anak terpisah dari ibunya 8. Alasan budaya/norma/agama menyusu 9. Lainnya			<input type="checkbox"/>
JIKA JAWABAN 1303 BERKODE 2 MAKA LANGSUNG KE PERTANYAAN 1308				
JAWABAN 1303 BERKODE 3 MAKA LANGSUNG KE PERTANYAAN 1310				
1305	Apakah saat ini [NAMA] masih disusui/diberi ASI (Air Susu Ibu)?	1. Ya → P 1307 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
1306	Pada umur berapa [NAMA] disapih?	..... bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1307	Apakah dalam 24 jam terakhir [NAMA] diberi minuman (cairan) dan atau makanan selain ASI?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
1308	Apakah sebelum disusui yang pertama kali [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI?	1. Ya 2. Tidak → P 1311 8. Tidak tahu → P 1311		<input type="checkbox"/>
1309	Apa alasan UTAMA diberikan minuman (cairan) atau makanan selain ASI?	1. ASI tidak/ belumkeluar 4. Rawat pisah 7. Ibu meninggal 2. Anak tidak mau menyusu 5. Alasan medis anak 8. Alasan budaya/agama/norma 3. Alasan medis ibu 6. Anak terpisah dari ibunya 9. Lainnya		<input type="checkbox"/>

1310	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)					
	a. Susu formula	<input type="checkbox"/>	e. Air tajin	<input type="checkbox"/>	i. Bubur tepung/bubur saring	<input type="checkbox"/>
	b. Susu non-formula	<input type="checkbox"/>	f. Air kelapa	<input type="checkbox"/>	j. Pisang dihaluskan	<input type="checkbox"/>
	c. Madu/madu+air	<input type="checkbox"/>	g. Teh manis	<input type="checkbox"/>	k. Nasi dihaluskan	<input type="checkbox"/>
	d. Air gula	<input type="checkbox"/>	h. Air putih	<input type="checkbox"/>	l. Lainnya,	<input type="checkbox"/>
1311	Pada saat [NAMA] umur berapa Ibu mulai MENGENALKAN makanan atau minuman (cairan) selain ASI? 1. 0 – 7 hari 3. 1 – < 2 bulan 5. 3 - < 4 bulan 7. 5 - < 6 bulan 88. Tidak tahu→ P1313 2. 8 – 29 hari 4. 2 - < 3 bulan 6. 4 - < 5 bulan 8. ≥ 6 bulan 77. Tidak berlaku→ P1315					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1312	Apa makanan/ minuman (cairan) selain ASI, YANG DIKENALKAN kepada [NAMA] di 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"/>		
1313	Pada saat [NAMA ANAK] umur berapa MULAI RUTIN DIBERIKAN makanan atau minuman (cairan) selain ASI ? 1. 0 – 7 hari 3. 1 – < 2 bulan 5. 3 - < 4 bulan 7. 5 - < 6 bulan 89. Tidak tahu→ P1315 2. 8 – 29 hari 4. 2 - < 3 bulan 6. 4 - < 5 bulan 8. ≥ 6 bulan 77. Tidak berlaku→ P1315					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1314	Apa makanan/ minuman (cairan) selain ASI, YANG MULAI RUTIN diberikan kepada [NAMA] di 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"/>		
PERTANYAAN ANAK USIA 6- 23 BULAN						
UNTUK PERTANYAAN 1315 - 1316 LAKUKAN DENGAN METODE <i>RECALL</i> 24 JAM						
Dalam 24 jam terakhir (mulai dari bangun tidur kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA] ?						
1315	Kelompok Bahan Pangan				Isikan Kode: 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	
	(1)				(2)	
	a. Air putih				<input type="checkbox"/>	
	b. Jus atau sari buah				<input type="checkbox"/>	
	c. Air kaldu (seperti kaldu ayam, kaldu daging, atau kaldu ikan)				<input type="checkbox"/>	

	d. Susu lainnya, seperti: susu bubuk, atau susu segar Jika Ya, berapa kali [Nama] minum susu? Jika 7 kali atau lebih, catat '7'	<input type="checkbox"/> Jumlah minum susu <input type="checkbox"/>
	e. Susu formula bayi/balita Jika Ya, berapa kali [Nama] minum susu lainnya? Jika 7 kali atau lebih, catat '7'	<input type="checkbox"/> Jumlah minum susu <input type="checkbox"/>
	f. Minuman/cairan lainnya (seperti air gula, kental manis, teh, air tajin, susu kedelai, dll)	<input type="checkbox"/>
	g. Yogurt (Yakult, Vitacarm dll tidak dimasukkan sebagai Yogurt) Jika Ya, berapa kali [Nama] minum yoghurt Jika 7 kali atau lebih, catat '7'	<input type="checkbox"/> Jumlah minum yoghurt <input type="checkbox"/>
	h. Makanan bayi bermerek, misalnya Sun, Milna, Cerelac dll	<input type="checkbox"/>
	i. Nasi, roti, mie, bubur, jagung, sagu atau makanan lain yang dibuat dari padi-padian seperti beras, gandum, sorgum, dll	<input type="checkbox"/>
	j. Labu kuning, wortel, atau ubi jalar yang berwarna kuning atau oranye didalamnya	<input type="checkbox"/>
	k. Kentang, ubi kayu/ketela pohon/singkong, talas, dan makanan lain dari akar-akaran atau akar umbi	<input type="checkbox"/>
	l. Sayuran hijau (bayam, kangkung, katuk, daun singkong, daun labu dll.)	<input type="checkbox"/>
	m. Buah-buahan yang kaya vitamin A yang masak, seperti mangga, pepaya, nangka, cempedak, kesemek, melon kuning	<input type="checkbox"/>
	n. Buah atau sayuran lainnya (seperti apel, alpukat, kapri, terong, oyong dll)	<input type="checkbox"/>
	o. Hati, ampela, ginjal, jantung, atau jeroan lainnya	<input type="checkbox"/>
	p. Daging: ayam, sapi, kambing, babi atau itik	<input type="checkbox"/>
	q. Telur	<input type="checkbox"/>
	r. Ikan/kerang segar atau asin	<input type="checkbox"/>
	s. Makanan dari kacang-kacangan (kacang kedelai, kacang merah, kacang tolo, kacang jogo, kacang hijau, kacang babi, kacang tanah, tahu, tempe, dll.)	<input type="checkbox"/>
	t. Keju atau makanan lain yang terbuat dari susu	<input type="checkbox"/>
	u. Makanan padat, setengah padat, makana lumat lainnya termasuk kue-kue seperti kue pisang, cucur, pancong, permen	<input type="checkbox"/>
1316	Dalam sehari kemarin, berapa kali [NAMA] mengonsumsi makanan utama dengan tekstur : a. Makanan padat b. Makanan lembik/lunak/semi padat c. Makanan lumat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PERTANYAAN UNTUK ANAK USIA 6-59 BULAN

1317	Selama 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] menerima bantuan Program PMT (Pemberian Makanan Tambahan) ?	1. Ya 2. Tidak → Blok XIV	<input type="checkbox"/>	
1318	Selama 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] menerima bantuan PMT biskuit program?	1. Ya 2. Tidak → Blok XIV	<input type="checkbox"/>	
1319	Frekuensi menerima PMT biskuit program	Jumlah total PMT program yang diterima (bungkus kecil)	PMT biskuit program hanya dikonsumsi balita (Kode jawaban: 1 Ya 2 Tidak)	
	(1)	(2)	(3)	
	□□	□□□	□	
1320	Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? POIN a s.d g TIDAK DIBACAKAN (ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK)			
	a. Gizi buruk	<input type="checkbox"/>	e. Sakit – sakitan	<input type="checkbox"/>
	b. Gizi Kurang/BGM	<input type="checkbox"/>	f. Karena ikut penimbangan di Posyandu	<input type="checkbox"/>
	c. Kurus	<input type="checkbox"/>	g. Keluarga Miskin (gakin)	<input type="checkbox"/>
	d. Berat badan tidak naik 2 kali (2T)	<input type="checkbox"/>	h. Lainnya	<input type="checkbox"/>

BLOK XIV. HASIL KEHAMILAN

1401	Berapa usia kandungan saat melahirkan [NAMA ANAK] ? Jika ibu/pengasuh tidak tahu, isikan kode 88	.....minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1402	Dimana tempat melahirkan [NAMA ANAK]? 1. RS Pemerintah/RS Swasta 4. Praktek Mandiri Bidan 8. Rumah 2. Rumah bersalin/klinik 5. Praktik Mandiri Dokter 9. Lainnya 3. Puskesmas 6. Pustu 88. Tidak tahu 7. Polindes/Poskesdes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1403	Siapa penolong TERAKHIR persalinan Ibu saat melahirkan [NAMA ANAK]? 1. Dokter kandungan 4. Perawat 6. Tidak ada 2. Dokter umum 5. Dukun beranak/paraji 8. Tidak tahu 3. Bidan		<input type="checkbox"/>
1404	Apakah [NAMA ANAK] ditimbang berat badan ketika dilahirkan? 1. Ya 2 Tidak→P 1407 8. Tidak tahu →P 1407	<input type="checkbox"/>	
1405	Berapa berat badan [NAMA ANAK] ketika dilahirkan? Jika ibu/pengasuh tidak tahu, isikan kode 8888 → P 1407	..... gram	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1406	Sumber informasi berat badan lahir 1. Catatan 2. Ingatan ibu/ART/orang lain	<input type="checkbox"/>	
1407	Apakah [NAMA ANAK] diukur Panjang badan ketika dilahirkan? 1. Ya 2 Tidak→P1410 8. Tidak tahu →P1410	<input type="checkbox"/>	
1408	Berapa panjang badan [NAMA ANAK] ketika dilahirkan? Jika ibu/pengasuh tidak tahu, isikan kode 8888 → P1410	..... cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
1409	Sumber informasi panjang badan 1. Catatan 2. Ingatan ibu/ART/orang lain	<input type="checkbox"/>	
1410	Apakah [NAMA ANAK] diukur lingkaran kepala ketika dilahirkan? 1. Ya 2 Tidak→BLOK XV 8. Tidak tahu →BLOK XV	<input type="checkbox"/>	
1411	Berapa lingkaran kepala anak [NAMA ANAK] ketika dilahirkan? Jika ibu/pengasuh tidak tahu, isikan kode 8888 → Pindah ke Blok XV	cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1412	Sumber informasi lingkaran kepala 1. Catatan 2. Ingatan ibu/ART/orang lain	<input type="checkbox"/>	

BLOK XV. PENGUKURAN ANTROPOMETRI

BERAT BADAN DAN PANJANG/TINGGI BADAN BALITA (0-59 BULAN)

1501	Kondisi kesehatan ART balita saat pengukuran	1. Sehat 2. Sakit ringan 3. Sakit berat/kronis	4. Diare 5. Oedema	<input type="checkbox"/>
1502	a. Apakah [NAMA] ditimbang Berat Badan	1. Ya → P1502c 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	b. Alasan tidak ditimbang Berat Badan	1. Menolak → P1503a 2. Sakit → P1503a 3. Tidak dapat ditemui → Catatan Pengumpul Data		<input type="checkbox"/>
	c. Berat Badan	.....,..... kg		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1503	a. Apakah [NAMA] diukur Panjang/Tinggi Badan	1. Ya → P1503c 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	b. Alasan tidak dapat diukur PB/TB	1. Menolak → Catatan Pengumpul Data 2. Sakit → Catatan Pengumpul Data 3. ART tidak dapat ditemui → Catatan Pengumpul Data		<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"/>

CATATAN PENGUMPULAN DATA