

**DEPARTEMEN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**

**SURVEI KESEHATAN NASIONAL 2001 (SURKESNAS)
Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001**

Studi Kesehatan Ibu dan Anak

RAHASIA

SKRT2001_SKIA

I. PENGENALAN TEMPAT

Untuk no. urut 1 s/d 9, kutip dari SKRT2001. Mort_ds

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1 | Propinsi | | | | |
| 2 | Kabupaten/kota *) | | | | |
| 3 | Kecamatan | | | | |
| 4 | Desa/kelurahan **) | | | | |
| 5 | Klasifikasi desa/kelurahan : Perkotaan 1; Perdesaan 2 **) | | | | |
| 6 | Nomor blok sensus | | | | |
| 7 | Nomor kode sampel | | | | |
| 8 | Nomor urut sampel rumah tangga | | | | |
| 9 | Alamat lengkap (Nama jalan/gang, RT/RW, No. Rumah) | | | | |

II. KETERANGAN RUMAH TANGGA

Untuk no. urut 1 kutip dari SKRT 2001Mort_ds, no. urut 2-4 isi setelah selesai kol. 8 BLOK IV

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--|--|--|
| 1 | Nama kepala rumah tangga | | | | |
| 2 | Banyaknya anggota rumah tangga | | | | |
| 3 | Banyaknya balita (0-4 tahun) | | | | |
| 4 | Banyaknya WUS (15-49 tahun) | | | | |

III. KETERANGAN PENCACAHAN

| | | 1 | 2 | 3 | KUNJUNGAN AKHIR |
|----|----------------------------------|---|---|---|--|
| 1 | Tanggal wawancara | | | | 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 | Nama pewawancara | | | | 2. Nama pewawancara _____ |
| 3 | Hasil kunjungan ***) | | | | 3. Hasil kunjungan <input type="checkbox"/> |
| 4. | Kunjungan berikut: Tgl Jam | | | | 4. Jumlah kunjungan <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |

***) Pilih salah satu dan isi kode **hasil kunjungan**

| | | |
|---------------------------------|---|------------------|
| 1. Selesai | 4. Ditolak | 9. Lainnya |
| 2. Responden tidak ada di rumah | 5. Selesai sebagian | _____ (tuliskan) |
| 3. Ditangguhkan | 6. Responden tidak/ kurang mampu menjawab | |

*) Coret yang tidak perlu

**) Lingkari salah satu

Mulai Wawancara: jam menit

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

Untuk kolom no. (2) s/d (5) kutip dari SKRT 2001 Mort_ds

| NO | ORANG YANG BIASA TINGGAL | HUBUNGAN DENGAN KEPALA RT | JENIS KELAMIN | UMUR | HASIL VERIFIKASI PEWAWANCARA SKRT | | | ART YG MEMENUHI SYARAT WAWANCARA & PENGUKURAN | IBU HAMIL | |
|-----|--|--------------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|----|
| | | | | | ISI KODE PERUBAHAN | CATAT HASIL PERUBAHAN | | | | |
| | Siapakah nama orang-orang yang biasanya tinggal di rumah tangga ini, mulai dengan kepala rt? | Apa hubungan (NAMA) dengan kepala rt | Apakah (NAMA) 1.LAKI LAKI 2.PEREMPUAN | Berapakah Umur (NAMA)? (TAHUN) | ISI KODE PERUBAHAN | CATAT HASIL PERUBAHAN | | LINGKARI NOMOR URUT SEMUA WUS 15-49 THN & BALITA | LINGKARI NOMOR URUT IBU HAMIL | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | | (8) | (9) | |
| | | | | | | 3a | 4a | 5a | | |
| 01 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 01 | 01 |
| 02 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 02 | 02 |
| 03 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 03 | 03 |
| 04 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 04 | 04 |
| 05 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 05 | 05 |
| 06 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 06 | 06 |
| 07 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 07 | 07 |
| 08 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 08 | 08 |
| 09 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 09 | 09 |
| 10 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 | 10 |
| 11 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 | 11 |
| 12 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 | 12 |
| 13 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 | 13 |
| 14 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 | 14 |
| 15 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 | 15 |

KODE KOLOM (3): HUBUNGAN DENGAN KEPALA RUMAH TANGGA:

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 1 = KEPALA RUMAH TANGGA | 4 = MENANTU | 7 = FAMILI LAIN |
| 2 = ISTRI/SUAMI | 5 = CUCU | 8 = PEMBANTU RUMAH TANGGA |
| 3 = ANAK | 6 = ORANG TUA/ MERTUA | 9 = LAINNYA |

KODE KOLOM (6): KODE HASIL VERIFIKASI

- | | |
|--|--|
| 0 = Tidak ada perubahan dari kolom (3),(4),(5) | 4 = Lahir |
| 1 = Ada Perubahan dari kolom (3), (4), (5) | 5 = Belum tercatat/ anggota baru |
| 2 = Meninggal | 6 = Tdk pernah ada dlm rumah tangga terpilih |
| 3 = Pindah/ keluar dari rumah tangga sampel | |

KODE KOLOM (7): KETERANGAN HASIL VERIFIKASI WAWANCARA

Jika kolom (6) berisi nilai "1", tuliskan perubahan kolom (3) pada kotak (3a), perubahan kolom (4) pada kotak (4a), Perubahan kolom (5) pada kotak (5a). Jika tidak ada perubahan, kolom dikosongkan

KODE KOLOM (8)

Lingkari Nomor urut ART yang memenuhi syarat untuk wawancara/ pengukuran status gizi

KODE KOLOM (9)

Lingkari Nomor urut ART Bumil setelah selesai wawancara/ tes kehamilan (P.03 & P.04, Keterangan WUS). **Lanjutkan ke kuesioner WH1**

PETUNJUK PENGISIAN:

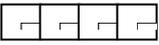
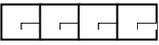
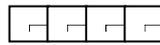
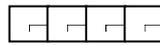
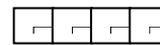
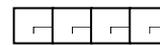
1. Lingkari kode jawaban jika kode jawaban berupa angka dan pindahkan pada kotak yang tersedia
2. Jika satu pertanyaan terdiri dari beberapa bagian maka lingkari kode jawaban dari tiap bagian tersebut dan isikan pada kotak jika disediakan
3. Tulislah jawaban yang diminta jika terdapat perintah tuliskan
4. Jika jawaban bukan berupa pilihan maka isilah kotak atau (_____) yang disediakan
5. Jika kode jawaban berupa "abjad", lingkari kode "abjad" dan jawaban dapat lebih dari satu

V. KETERANGAN PERORANGAN

**A. KETERANGAN BALITA (ANAK UMUR 0-4 TAHUN)
(JIKA LEBIH DARI 3 BALITA, GUNAKAN KUESIONER TAMBAHAN)**

RIWAYAT KELAHIRAN & PEMBERIAN ASI

| NO | PERTANYAAN | BALITA I | BALITA II | BALITA III |
|----|---|--|--|--|
| 01 | NAMA DAN NOMOR URUT Masing-masing balita <i>(LIAT DAFTAR ART)</i> | NAMA _____ NOMOR URUT <input type="text"/> | NAMA _____ NOMOR URUT <input type="text"/> | NAMA _____ NOMOR URUT <input type="text"/> |
| 02 | NAMA DAN NOMOR URUT RESPONDEN <i>(LIHAT DAFTAR ART)</i> | NAMA _____ NOMOR URUT <input type="text"/> | NAMA _____ NOMOR URUT <input type="text"/> | NAMA _____ NOMOR URUT <input type="text"/> |
| 03 | Apa hubungan Balita (NAMA) dengan responden ? | <input type="text"/> Ibu kandung 1, ke P.05 Ayah kandung... 2 Nenek /kakek ... 3 Lainnya _____ 4 | <input type="text"/> Ibu kandung 1, keP.05 Ayah kandung... 2 Nenek /kakek 3 Lainnya _____ 4 | <input type="text"/> Ibu kandung 1, ke P. 05 Ayah kandung.. 2 Nenek /kakek .. 3 Lainnya _____ 4 |
| 04 | Apa Ibu kandung (NAMA) masih hidup? | <input type="text"/> YA.....1 TIDAK2, ke P. 06 | <input type="text"/> YA.....1 TIDAK2, ke P. 06 | <input type="text"/> YA.....1 TIDAK2, ke P. 06 |
| 05 | Apakah Ibu kandung tinggal dalam RT ini? <i>Jika YA,</i> CATAT NOMOR URUT IBU KANDUNG. | <input type="text"/> YA.....1 TIDAK.....2 NOMOR URUT <input type="text"/> | <input type="text"/> YA.....1 TIDAK.....2 NOMOR URUT <input type="text"/> | <input type="text"/> YA.....1 TIDAK.....2 NOMOR URUT <input type="text"/> |
| 06 | Tanggal, bulan dan tahun berapa (NAMA) lahir? | Tanggal <input type="text"/> Bulan..... <input type="text"/> Tahun..... <input type="text"/> | Tanggal <input type="text"/> Bulan..... <input type="text"/> Tahun..... <input type="text"/> | Tanggal <input type="text"/> Bulan..... <input type="text"/> Tahun..... <input type="text"/> |
| 07 | Dimana (NAMA) dilahirkan? | <input type="text"/> RUMAH RUMAH SENDIRI 11 RUMAH ORANG LAIN 12 PEMERINTAH RUMAH SAKIT 21 PUSKESMAS..... 22 POLINDES 23 LAINNYA 24 (TULISKAN) SWASTA RUMAH SAKIT 31 KLINIK 32 LAINNYA 33 (TULISKAN) | <input type="text"/> RUMAH RUMAH SENDIRI 11 RUMAH ORANG LAIN . 12 PEMERINTAH RUMAH SAKIT 21 PUSKESMAS..... 22 POLINDES 23 LAINNYA 24 (TULISKAN) SWASTA RUMAH SAKIT 31 KLINIK 32 LAINNYA 33 (TULISKAN) | <input type="text"/> RUMAH RUMAH SENDIRI 11 RUMAH ORANG LAIN . 12 PEMERINTAH RUMAH SAKIT 21 PUSKESMAS..... 22 POLINDES 23 LAINNYA 24 (TULISKAN) SWASTA RUMAH SAKIT 31 KLINIK 32 LAINNYA 33 (TULISKAN) |

| NO | NAMA MASING-MASING BALITA DARI DAFTAR ART | BALITA I | | BALITA II | | BALITA III | |
|----|---|--|---|---|--|--|---|
| | | NAMA _____ | | NAMA _____ | | NAMA _____ | |
| 08 | Siapa saja yang menolong kelahiran (NAMA)? Ada orang lain? TANYAKAN JENIS PENOLONG PERSALINAN DAN CATAT SEMUA YANG MENOLONG PERSALINAN | DOKTER..... A BIDAN B DUKUN BERANAK C KELUARGA D LAINNYA _____ X (TULISKAN) TDK ADA YG MENOLONG Y | A B C D X (TULISKAN) Y | DOKTER..... A BIDAN B DUKUN BERANAK C KELUARGA D LAINNYA _____ X (TULISKAN) TDK ADA YG MENOLONG Y | A B C D X (TULISKAN) Y | DOKTER..... A BIDAN B DUKUN BERANAK C KELUARGA D LAINNYA _____ X (TULISKAN) TDK ADA YG MENOLONG Y | A B C D X (TULISKAN) Y |
| 09 | Apakah (NAMA) waktu dilahirkan cukup bulan atau sebelum waktunya? | <input type="checkbox"/> CUKUP BULAN..... 1 SEBELUM WAKTUNYA 2 TIDAK TAHU..... 8 | <input type="checkbox"/> 1 2 8 | <input type="checkbox"/> CUKUP BULAN..... 1 SEBELUM WAKTUNYA 2 TIDAK TAHU..... 8 | <input type="checkbox"/> 1 2 8 | <input type="checkbox"/> CUKUP BULAN..... 1 SEBELUM WAKTUNYA 2 TIDAK TAHU..... 8 | <input type="checkbox"/> 1 2 8 |
| 10 | Apakah (NAMA) ditimbang waktu lahir ? | <input type="checkbox"/> YA..... 1 TIDAK..... 2, ke P.12 | <input type="checkbox"/> 1 2, ke P.12 | <input type="checkbox"/> Ya..... 1 Tidak 2, ke P. 12 | <input type="checkbox"/> 1 2, ke P. 12 | <input type="checkbox"/> Ya..... 1 Tidak 2, ke P. 12 | <input type="checkbox"/> 1 2, ke P. 12 |
| 11 | Berapakah berat badan (NAMA) ketika di lahirkan? CATAT BERAT BADAN DARI KARTU MENUJU SEHAT (KMS), JIKA ADA ATAU BERDASARKAN INGATAN RESPONDEN | <input type="checkbox"/> GRAM DARI KMS .. 1 GRAM BERDASARKAN INGATAN RESPONDEN..... 2 TIDAK TAHU..... 8  (Tulis BB lahir dlm gram) | <input type="checkbox"/> 1 2 8  (Tulis BB lahir dlm gram) | <input type="checkbox"/> GRAM DARI KMS .. 1 GRAM BERDASARKAN INGATAN RESPONDEN..... 2 TIDAK TAHU..... 8  (Tulis BB lahir dlm gram) | <input type="checkbox"/> 1 2 8  (Tulis BB lahir dlm gram) | <input type="checkbox"/> GRAM DARI KMS .. 1 GRAM BERDASARKAN INGATAN RESPONDEN..... 2 TIDAK TAHU..... 8  (Tulis BB lahir dlm gram) | <input type="checkbox"/> 1 2 8  (Tulis BB lahir dlm gram) |
| 12 | Apakah (NAMA) pernah diberi ASI? | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P. 17 | <input type="checkbox"/> 1 2, ke P. 17 | <input type="checkbox"/> Ya.....1 Tidak2, ke P. 17 | <input type="checkbox"/> 1 2, ke P. 17 | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P.17 | <input type="checkbox"/> 1 2, ke P.17 |
| 13 | Apakah (NAMA) masih diberi ASI? | <input type="checkbox"/> YA1, ke P.15 TIDAK 2 | <input type="checkbox"/> 1, ke P.15 2 | <input type="checkbox"/> YA1, ke P.15 TIDAK 2 | <input type="checkbox"/> 1, ke P.15 2 | <input type="checkbox"/> YA 1, ke 15 TIDAK2 | <input type="checkbox"/> 1, ke 15 2 |
| 14 | Berapa bulan (NAMA) diberi ASI? | <input type="checkbox"/> BULAN..... TIDAK TAHU ...98, ke P. 17 | <input type="checkbox"/> 98, ke P. 17 | <input type="checkbox"/> BULAN TIDAK TAHU ...98, ke P.17 | <input type="checkbox"/> 98, ke P.17 | <input type="checkbox"/> BULAN TIDAK TAHU.....98, ke P.17 | <input type="checkbox"/> 98, ke P.17 |

P. 15-17 BERIKUT INI HANYA UNTUK:

Jika jawaban P03 adalah "1" (IBU KANDUNG SEBAGAI RESPONDEN) dan Jika jawaban P06 adalah anak berumur < 2 tahun

JIKA BUKAN KRITERIA DI ATAS:

- Jawaban P03 IBU KANDUNG SEBAGAI RESPONDEN dan P06 adalah anak berumur 2-4 tahun, maka ke P18 ATAU
- Jawaban P03 BUKAN IBU KANDUNG SEBAGAI RESPONDEN dan P06 adalah anak berumur 2-4 tahun maka ke P20

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 15 | Berapa kali (NAMA) diberi ASI tadi malam (sejak matahari terbenam sampai matahari terbit)? JIKA JAWABAN RESPONDEN TIDAK BERUPA ANGKA, TANYAKAN JUMLAH TEPATNYA. | JUMLAH DIBERI ASI TADI MALAM <input type="checkbox"/> | JUMLAH DIBERI ASI TADI MALAM <input type="checkbox"/> | JUMLAH DIBERI ASI TADI MALAM <input type="checkbox"/> |
| 16 | Berapa kali (NAMA) diberi ASI kemarin selama siang hari? JIKA JAWABAN RESPONDEN TIDAK BERUPA ANGKA, TANYAKAN JUMLAH TEPATNYA. | JUMLAH DIBERI ASI KEMARIN SIANG..... <input type="checkbox"/> | JUMLAH DIBERI ASI KEMARIN SIANG..... <input type="checkbox"/> | JUMLAH DIBERI ASI KEMARIN SIANG..... <input type="checkbox"/> |

| NO | NAMA MASING-MASING BALITA DARI DAFTAR ART | BALITA I | | | BALITA II | | | BALITA III | | |
|----|--|------------|--------------|-----------------------------|------------|--------------|-----------------------------|------------|--------------|-----------------------------|
| | | NAMA _____ | | | NAMA _____ | | | NAMA _____ | | |
| 17 | Kemarin dan tadi malam, apakah (NAMA) diberi makanan/minuman /pendamping ASI (BACAKAN): | | | | | | | | | |
| | | Ya | Tidak | | Ya | Tidak | | Ya | Tidak | |
| | a) Air putih? | 1 | 2 | a. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | a. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | a. <input type="checkbox"/> |
| | b) Air gula? | 1 | 2 | b. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | b. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | b. <input type="checkbox"/> |
| | c) Air buah/pepaya/pisang/jeruk/ tomat? | 1 | 2 | c. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | c. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | c. <input type="checkbox"/> |
| | d) Madu/air madu? | 1 | 2 | d. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | d. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | d. <input type="checkbox"/> |
| | e) Air teh? | 1 | 2 | e. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | e. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | e. <input type="checkbox"/> |
| | f) Susu segar? | 1 | 2 | f. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | f. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | f. <input type="checkbox"/> |
| | g) Susu kental manis? | 1 | 2 | g. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | g. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | g. <input type="checkbox"/> |
| | h) Susu bubuk? | 1 | 2 | h. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | h. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | h. <input type="checkbox"/> |
| | i) Air tajin/air lainnya? | 1 | 2 | i. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | i. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | i. <input type="checkbox"/> |
| | j) Makanan lunak/padat atau bubur? | 1 | 2 | j. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | j. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | j. <input type="checkbox"/> |
| | k) Ikan/telur/ati? | 1 | 2 | k. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | k. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | k. <input type="checkbox"/> |
| | l) Daging? | 1 | 2 | l. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | l. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | l. <input type="checkbox"/> |
| | m) Makanan lainnya? | 1 | 2 | m. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | m. <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | m. <input type="checkbox"/> |

RIWAYAT IMUNISASI TT IBU

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 18 | TANYAKAN P18 BERIKUT INI SEBELUM MEMINTA KMS IBU HAMIL <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Selama (NAMA) dikandung, apakah ibunya pernah mendapatkan suntikan di lengan atas utk mencegah bayi dari penyakit tetanus (kejang2) setelah lahir? | YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU . 8 } ke P. 20 | YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU . 8 } ke P. 20 | YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU . 8 } ke P. 20 |
| 19 | Berapa kali ibunya mendapatkan suntikan tsb? | KALI <input type="checkbox"/> TIDAK TAHU8 | KALI <input type="checkbox"/> TIDAK TAHU8 | KALI <input type="checkbox"/> TIDAK TAHU8 |
| 20 | Apakah Ibu dari (NAMA) mempunyai kartu imunisasi/KMS Bumil atau sejenisnya? Jika YA, bolehkah saya lihat? | <input type="checkbox"/> YA, DAPAT MENUNJUKKAN..1 TIDAK DAPAT MENUNJUKKAN...2 } ke P. 22 TIDAK PUNYA....3 } | <input type="checkbox"/> YA, DAPAT MENUNJUKKAN..1 TIDAK DAPAT MENUNJUKKAN...2 } ke P. 22 TIDAK PUNYA....3 } | <input type="checkbox"/> YA, DAPAT MENUNJUKKAN..1 TIDAK DAPAT MENUNJUKKAN...2 } ke P. 22 TIDAK PUNYA....3 } |
| 21 | SALIN DARI KARTU IMUNISASI BERAPA KALI PEMBERIAN TT. | KALI <input type="checkbox"/> KOSONG..... 0 | KALI <input type="checkbox"/> KOSONG..... 0 | KALI <input type="checkbox"/> KOSONG..... 0 |

RIWAYAT IMUNISASI DAN KESEHATAN BALITA

| NO | NAMA MASING-MASING BALITA DARI DAFTAR ART | BALITA I | | | BALITA II | | | BALITA III | | | | | |
|---------------------------------|--|--|-----|--------------------------|--|----|-----|--|--------------------------|----|-----|--------------------------|--------------------------|
| | | NAMA _____ | | | NAMA _____ | | | NAMA _____ | | | | | |
| 22 | TANYAKAN P22 BERIKUT INI SEBELUM MEMINTA KMS BALITA | | | | | | | | | | | | |
| | Apakah (NAMA) pernah mendapat imunisasi dan Vit. A | | | | | | | | | | | | |
| | a. BCG | Ya | Tdk | TT | a. | Ya | Tdk | TT | a. | Ya | Tdk | TT | a. |
| | b. POLIO 1 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | c. POLIO 2 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | d. POLIO 3 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | e. POLIO 4 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | f. DPT 1 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | g. DPT 2 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | h. DPT 3 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | i. CAMPAK | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | j. HEPATITIS B1 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | k. HEPATITIS B2 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | l. HEPATITIS B3 | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> |
| m. Vitamin A (6 bulan terakhir) | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 | <input type="checkbox"/> | |
| 23 | Apakah Balita mempunyai kartu imunisasi/KMS atau sejenisnya untuk (NAMA)? | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | Jika YA, bolehkah saya lihat? | YA, DAPAT MENUNJUKKAN..1 TIDAK DAPAT MENUNJUKKAN....2 } ke P. 25 TIDAK PUNYA....3 } | | | YA, DAPAT MENUNJUKKAN..1 TIDAK DAPAT MENUNJUKKAN....2 } ke P. 25 TIDAK PUNYA....3 } | | | YA, DAPAT MENUNJUKKAN..1 TIDAK DAPAT MENUNJUKKAN....2 } ke P. 25 TIDAK PUNYA....3 } | | | | | |
| 24 | SALIN DARI KARTU IMUNISASI UNTUK SETIAP IMUNISASI (TULIS "00" JIKA TGL/BLN/THN TIDAK ADA DAN KOSONG JIKA IMUNISASI TIDAK ADA) | TGL BLN THN a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> | | | TGL BLN THN a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> | | | TGL BLN THN a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> | | | | | |

| NO | NAMA MASING-MASING BALITA DARI DAFTAR ART | BALITA I | BALITA II | BALITA III |
|----|--|---|--|--|
| | | NAMA _____ | NAMA _____ | NAMA _____ |
| 25 | Apakah (NAMA) pernah sakit panas dalam dua minggu terakhir? | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU 8 |
| 26 | Apakah (NAMA) pernah sakit batuk dalam dua minggu terakhir? | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU... 8 } ke P. 28 | <input type="checkbox"/> YA TIDAK TIDAK TAHU... } ke P. 28 | <input type="checkbox"/> YA TIDAK TIDAK TAHU... } ke P. 28 |
| 27 | Ketika(NAMA) sakit batuk,apakah ia bernafas lebih cepat,atau tersengal-sengal? | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU 8 |
| 28 | Apakah(NAMA) pernah buang buang air (mencret/diare) dalam dua minggu terakhir? | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU... 8 } ke P.33 | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU... 8 } ke P.33 | <input type="checkbox"/> YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU... 8 } ke P.33 |

LIHAT P.13 APAKAH (NAMA) MASIH DIBERI ASI YA → ke P.29
 TIDAK → ke P.31

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| 29 | Selama (NAMA) mencret/diare, apakah pola pemberian ASI dirubah? | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P.31 | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P.31 | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P.31 |
| 30 | Apakah dikurangi, ditambah atau dihentikan sama sekali? | <input type="checkbox"/> DIKURANGI..... 1 DITAMBAH..... 2 DIHENTIKAN..... 3 | <input type="checkbox"/> DIKURANGI..... 1 DITAMBAH..... 2 DIHENTIKAN..... 3 | <input type="checkbox"/> DIKURANGI..... 1 DITAMBAH..... 2 DIHENTIKAN..... 3 |
| 31 | Apakah (NAMA)di beri minum (selain ASI) lebih sedikit, sama,atau lebih banyak di bandingkan sebelum mencret? | <input type="checkbox"/> LEBIH SEDIKIT..... 1 SAMA 2 LEBIH BANYAK 3 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> LEBIH SEDIKIT..... 1 SAMA 2 LEBIH BANYAK 3 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> LEBIH SEDIKIT..... 1 SAMA 2 LEBIH BANYAK 3 TIDAK TAHU 8 |
| 32 | Apakah (NAMA)di beri makanan lebih sedikit, sama,atau lebih banyak dibandingkan sebelum mencret? | <input type="checkbox"/> LEBIH SEDIKIT..... 1 SAMA 2 LEBIH BANYAK 3 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> LEBIH SEDIKIT..... 1 SAMA 2 LEBIH BANYAK 3 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> LEBIH SEDIKIT..... 1 SAMA 2 LEBIH BANYAK 3 TIDAK TAHU 8 |

PENGUKURAN ANTHROPOMETRI DAN HEMOGLOBIN
(Kutip dari formulir laboratorium)

| NO | NAMA MASING-MASING BALITA DARI DAFTAR ART | BALITA I | BALITA II | BALITA III |
|----|---|---|---|---|
| | | NAMA _____ | NAMA _____ | NAMA _____ |
| 33 | UKURAN BERAT BADAN (kg) | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| 34 | UKURAN TINGGI BADAN UTK UMUR ≥ 2 THN ATAU PANJANG BADAN UTK UMUR < 2 THN (cm) | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| 35 | KADAR HEMOGLOBIN (gr/dl) | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> |

**B. KETERANGAN WUS (WANITA USIA SUBUR, (15-49 TAHUN)
(JIKA LEBIH DARI 3 WUS, GUNAKAN KUESIONER TAMBAHAN)**

KEHAMILAN

| | | WUS I | WUS II | WUS III |
|----|---|---|---|---|
| 01 | NAMA DAN NO. URUT WUS DARI DAFTAR ART | NAMA NO. URUT..... <input type="text"/> | NAMA NO. URUT..... <input type="text"/> | NAMA NO. URUT..... <input type="text"/> |
| 02 | Apakah status perkawinan (NAMA)? | <input type="checkbox"/> KAWIN..... 1 BELUM KAWIN. 2, ke P.10 CERAI HIDUP... 3 CERAI MATI..... 4 } ke P. 04 | <input type="checkbox"/> KAWIN..... 1 BELUM KAWIN. 2, ke P.10 CERAI HIDUP... 3 CERAI MATI..... 4 } ke P. 04 | <input type="checkbox"/> KAWIN..... 1 BELUM KAWIN. 2, ke P.10 CERAI HIDUP... 3 CERAI MATI..... 4 } ke P. 04 |
| 03 | Apakah Ibu sedang hamil? | <input type="checkbox"/> YA 1, ke P. 05 TIDAK..... 2 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> YA 1, ke P. 05 TIDAK..... 2 TIDAK TAHU 8 | <input type="checkbox"/> YA 1, ke P. 05 TIDAK..... 2 TIDAK TAHU 8 |
| 04 | Kapan (NAMA) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)? LAKUKAN TES KEHAMILAN JIKA HPHT > 6 MINGGU YANG LALU | TGL BLN TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> HASIL +.....1 HASIL -2 } ke P. 07 TIDAK DI TES...3 } | TGL BLN TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> HASIL +.....1 HASIL -2 } ke P. 07 TIDAK DI TES...3 } | TGL BLN TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> HASIL +.....1 HASIL -2 } ke P. 07 TIDAK DI TES...3 } |
| 05 | Apakah Ibu pernah hamil sebelum kehamilan yang sekarang? | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P. 10 | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P. 10 | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P. 10 |
| 06 | Kehamilan sekarang adalah yang ke berapa? | Kehamilan Ke..... <input type="text"/> ↳ ke P. 08 | Kehamilan Ke..... <input type="text"/> ↳ ke P. 08 | Kehamilan Ke..... <input type="text"/> ↳ ke P. 08 |
| 07 | Apakah Ibu pernah hamil? (UTK IBU YG TIDAK HAMIL SEKARANG) | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P. 10 | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P. 10 | <input type="checkbox"/> YA.....1 TIDAK.....2, ke P. 10 |
| 08 | Jumlah hasil seluruh kehamilan yang lalu | a. Lahir hidup..... <input type="text"/> b. Lahir mati..... <input type="text"/> c. Keguguran..... <input type="text"/> | a. Lahir hidup..... <input type="text"/> b. Lahir mati..... <input type="text"/> c. Keguguran..... <input type="text"/> | a. Lahir hidup..... <input type="text"/> b. Lahir mati..... <input type="text"/> c. Keguguran..... <input type="text"/> |
| 09 | Dari yang lahir hidup, berapa yang masih hidup dan yang sudah meninggal? | a. Masih hidup..... <input type="text"/> b. Sudah meninggal... <input type="text"/> | a. Masih hidup..... <input type="text"/> b. Sudah meninggal... <input type="text"/> | a. Masih hidup..... <input type="text"/> b. Sudah meninggal... <input type="text"/> |
| 10 | UKURAN LILA (cm) | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> |

PENGUKURAN ANTHROPOMETRI DAN HEMOGLOBIN (Kutip dari formulir laboratorium)

| | | | | |
|----|--------------------------|---|---|---|
| 11 | UKURAN BERAT BADAN (kg) | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| 12 | UKURAN TINGGI BADAN (cm) | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| 13 | KADAR HEMOGLOBIN (gr/dl) | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> | <input type="text"/> , <input type="text"/> |

| | | |
|--|-----------------|--|
| _____2001 Ketua Tim _____ (Nama dan tanda tangan) | CATATAN: | Wawancara selesai : <input type="text"/> <input type="text"/> Jam menit |
|--|-----------------|--|

