



<b>PNEUMONIA/RADANG PARU</b>						
A06	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita radang paru (Pneumonia) dengan atau tanpa <b>dilakukan foto dada (foto rontgen)</b> oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan)?		1. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir → <b>A09</b> 2. Ya, > 1 bulan – 12 bulan → <b>A09</b>	3. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
A07	Apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit demam, batuk, kesulitan bernapas dengan atau tanpa nyeri dada ?		1. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir 2. Ya, > 1 bulan – 12 bulan	3. Tidak→ <b>A09</b> 8. Tidak tahu→ <b>A09</b>	<input type="checkbox"/>	
A08	Bila ya, bagaimana kesulitan napas yang dialami?( <b>BACAKAN POINT PERTANYAAN DAN PERLIHATKAN GAMBAR</b> ) <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>					
	a. Napas cepat	<input type="checkbox"/>	c. Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam		<input type="checkbox"/>	
	b. Napas cuping hidung	<input type="checkbox"/>				
<b>MALARIA</b>						
A09	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Malaria yang sudah dipastikan dengan pemeriksaan darah oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?		1. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir 2. Ya, > 1 bulan – 12 bulan	3. Tidak→ <b>A14</b> 8. Tidak tahu → <b>A14</b>	<input type="checkbox"/>	
A10	Jenis malaria apa yang ditemukan dalam pemeriksaa darah? <b>(JAWABAN BISA &gt; 1, JIKA &gt; 1 JUMLAHKAN KODE JAWABAN)</b>		1. Malaria tropica (P. falciparum) 2. Malaria tertiana (P. vivax)	4. Malaria lainnya 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
A11	Apakah [NAMA] mendapat pengobatan obat program kombinasi artemisinin (ACT, lihat alat peraga)?		1. Ya 2. Tidak→ <b>A16</b>	8. Tidak tahu→ <b>A16</b>	<input type="checkbox"/>	
A12	Kapan[NAMA] mendapat pengobatan obat program kombinasi artemisinin (ACT) tersebut		1. dalam 24 jam pertama menderita panas 2. Lebih dari 24 jam pertama menderita panas		<input type="checkbox"/>	
A13	Apakah [NAMA] diberi pengobatan kombinasi artemisinin (ACT) selama 3 hari?		1. Ya, diminum habis dalam 3 hari 2. Ya, diminum tidak habis dalam 3 hari	3. Tidak	<input type="checkbox"/>	
<b>LANJUT KE A16</b>						
A14	Apakah [NAMA] pernah menderita panas disertai menggigil atau panas naik turun secara berkala, dapat disertai sakit kepala, berkeringat,mual, muntah?		1. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir 2. Ya, > 1 bulan – 12 bulan	3. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
A15	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah minum obat anti malaria dengan atau tanpa gejala panas?		1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
<b>TUBERKULOSIS PARU (TB PARU)</b>						
A16	Apakah akhir-akhir ini [NAMA] batuk?		1. Ya, < 2 minggu 3. Tidak→ <b>A18</b>	2. Ya, ≥ 2 minggu	<input type="checkbox"/>	
A17	Jika ya, apakah batuk tersebut disertai gejala <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>					
	a. Dahak	<input type="checkbox"/>	c. Demam	<input type="checkbox"/>	f. Berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik	<input type="checkbox"/>
	b. Darah/ Dahak bercampur darah	<input type="checkbox"/>	d. Nyeri dada	<input type="checkbox"/>	g. Nafsu makan menurun	<input type="checkbox"/>
			e. Sesak nafas	<input type="checkbox"/>	h. Berat badan menurun/ sulit bertambah	<input type="checkbox"/>
A18	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis TB Paru oleh tenaga kesehatan		1. Ya, dalam ≤ 1 tahun terakhir 2. Ya, > 1 tahun	3. Tidak→ <b>A21</b>	<input type="checkbox"/>	
A19	Hasil Pemeriksaan apa yang digunakan untuk menegakkan diagnosis <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA 2=TIDAK 3= TIDAK DIPERIKSA 4. TUNGGU HASIL 8. TIDAK TAHU</b>					
	a. Pemeriksaan dahak menunjukkan TB	<input type="checkbox"/>	b. Pemeriksaan foto dada (Rontgen) menunjukkan TB		<input type="checkbox"/>	
A20	Apakah mendapat obat anti TB (OAT) <b>LIHAT ALAT PERAGA</b>		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
<b>HEPATITIS/ SAKIT LIVER/ SAKIT KUNING</b>						
A21	Dalam <b>12 bulan terakhir</b> , apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita sakit liver (Hepatitis) melalui pemeriksaan darah oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?		1. Ya	2. Tidak→ <b>A23</b> 8. Tidak tahu→ <b>A23</b>	<input type="checkbox"/>	
A22	Jenis hepatitis yang [NAMA] derita menurut tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan) adalah? 1. Hepatitis A → <b>B01</b> 2. Hepatitis B → <b>B01</b> 3. Hepatitis C → <b>B01</b> 4. Hepatitis lainnya → <b>B01</b> 8. Tidak tahu → <b>B01</b>				<input type="checkbox"/>	
A23	Dalam <b>12 bulan terakhir</b> apakah [NAMA] pernah menderita demam, lemah, mata atau kulit berwarna kuning, gangguan saluran cerna (mual, muntah, tidak nafsu makan), nyeri pada perut kanan atas, disertai urin warna seperti air teh pekat?		1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu		<input type="checkbox"/>	

**B. PENYAKIT TIDAK MENULAR**

**ASMA/ MENGI/ BENGEK dan PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) ---- (PERTANYAAN B01 – B05 UNTUK SEMUA UMUR)**

B01	Apakah [NAMA] pernah mengalami gejala sesak napas	1. Ya	2. Tidak → B07	<input type="checkbox"/>
B02	Apakah gejala sesak napas tersebut terjadi pada kondisi berikut: <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. terpapar udara dingin	<input type="checkbox"/>	c. asap rokok	<input type="checkbox"/>
	b. debu	<input type="checkbox"/>	d. stres	<input type="checkbox"/>
			e. flu atau infeksi	<input type="checkbox"/>
			f. kelelahan	<input type="checkbox"/>
			g. alergi obat	<input type="checkbox"/>
			h. alergi makanan	<input type="checkbox"/>
B03	Apakah gejala sesak napas disertai kondisi di bawah ini: <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. Mengi	<input type="checkbox"/>	c. sesak napas berkurang atau menghilang <b>tanpa pengobatan</b>	<input type="checkbox"/>
	b. sesak napas berkurang atau menghilang <b>dengan pengobatan</b>	<input type="checkbox"/>	d. sesak napas lebih berat dirasakan pada malam hari atau menjelang pagi	<input type="checkbox"/>
B04	Umur berapa mulai merasakan keluhan sesak pertama kali?	.....Tahun		<input type="checkbox"/>
B05	Apakah sesak napas [NAMA] pernah kambuh dalam 12 bulan terakhir?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

**PERTANYAAN B06 DITANYAKAN JIKA ≥ 30 Tahun**

B06	Apakah dalam satu bulan terakhir [NAMA] mengalami gejala-gejala sebagai berikut? <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1 = YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. Batuk berdahak	<input type="checkbox"/>	b. Sesak napas bertambah ketika beraktifitas	<input type="checkbox"/>
			c. Sesak napas bertambah dengan meningkatnya usia	<input type="checkbox"/>

**KANKER (UNTUK SEMUA UMUR)**

B07	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit kanker oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak → B11	<input type="checkbox"/>
B08	Kapan [NAMA] didiagnosis kanker tersebut pertama kali?	Tahun .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B09	Kanker apa yang [NAMA] alami? <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 7=TIDAK BERLAKU</b>			
	a. Kanker leher rahim (cervix uteri)	<input type="checkbox"/>	d. Kanker kolorektal/usus besar	<input type="checkbox"/>
	b. Kanker payudara	<input type="checkbox"/>	e. Kanker paru dan bronkus	<input type="checkbox"/>
	c. Kanker prostat	<input type="checkbox"/>	f. Kanker nasofaring	<input type="checkbox"/>
			g. Kanker getah bening	<input type="checkbox"/>
			h. Kanker darah/leukemia	<input type="checkbox"/>
			i. Kanker lainnya, sebutkan .....	<input type="checkbox"/>
B10	Apakah [NAMA] telah menjalani pengobatan kanker seperti di bawah ini : <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. pembedahan/operasi	<input type="checkbox"/>	b. Radiasi/penyinaran	<input type="checkbox"/>
			c. Kemoterapi	<input type="checkbox"/>
			d. Lainnya, Sebutkan .....	<input type="checkbox"/>

**B11 JIKA ART BERUMUR ≥ 15 TAHUN KE PERTANYAAN B12  
JIKA ART BERUMUR <15 KE BLOK C**

**PENYAKIT KENCING MANIS (DIABETES MELITUS) UNTUK ART ≥ 15 TAHUN**

B12	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak → B14	<input type="checkbox"/>
B13	Apakah [NAMA] saat ini melakukan hal-hal dibawah ini untuk mengendalikan penyakit kencing manis <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. Diet	<input type="checkbox"/>	b. Olah Raga	<input type="checkbox"/>
			c. Minum Obat anti diabetik	<input type="checkbox"/>
			d. Injeksi insulin	<input type="checkbox"/>
B14	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: <b>(BACAAN POINT a - d)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2 =TIDAK</b>			
	a. Sering lapar	<input type="checkbox"/>	b. sering haus	<input type="checkbox"/>
			c. sering buang air kecil & jumlah banyak	<input type="checkbox"/>
			d. Berat badan turun	<input type="checkbox"/>

**PENYAKIT HIPERTIROID (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)**

B15	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis hipertiroid oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B16	Apakah [NAMA] mengalami pembesaran kelenjar gondok di leher? (berdasarkan laporan responden dan/ atau observasi)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B17	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala:	a. Jantung berdebar-debar	1. Ya	2. Tidak
		b. berkeringat banyak	1. Ya	2. Tidak

<b>HIPERTENSI / TEKANAN DARAH TINGGI (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)</b>				
B18	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita hipertensi/ penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya	2. Tidak → B20	<input type="checkbox"/>
B19	Kapan didiagnosis pertama kali	Tahun .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B20	Apakah saat ini [NAMA] sedang minum obat medis untuk tekanan darah tinggi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>PENYAKIT JANTUNG KORONER (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)</b>				
B21	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit jantung koroner (Angina Pektoris dan/atau Infark Miokard) oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak → B23	<input type="checkbox"/>
B22	Kapan didiagnosis pertama kali?	Tahun .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B23	Apakah [NAMA] pernah mengalami gejala/ riwayat:			
	a. Nyeri di dalam dada/ rasa tertekan berat/ tidak nyaman di dada	1. Ya	2. Tidak → B24	<input type="checkbox"/>
	b. Nyeri / tidak nyaman di dada dirasakan di dada bagian tengah / dada kiri depan / menjalar ke lengan kiri	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Nyeri / tidak nyaman di dada dirasakan ketika mendaki/ naik tangga /berjalan tergesa-gesa	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Nyeri/ tidak nyaman di dada hilang ketika menghentikan aktifitas/ istirahat?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>PENYAKIT GAGAL JANTUNG (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)</b>				
B24	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung (Decompensatio Cordis) oleh dokter ?	1. Ya	2. Tidak → B26	<input type="checkbox"/>
B25	Kapan didiagnosis pertama kali?	Tahun .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B26	Apakah [NAMA] mengalami gejala/ riwayat:			
	a. Sesak napas pada saat aktifitas	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Sesak napas saat tidur terlentang tanpa bantal	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Kapasitas aktivitas fisik menurun/ mudah lelah	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Tungkai bawah bengkak	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>PENYAKIT GINJAL (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)</b>				
B27	Apakah [NAMA] didiagnosis menderita penyakit gagal ginjal kronis (minimal sakit selama 3 bulan berturut-turut) oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B28	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis mengalami penyakit batu ginjal oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>PENYAKIT SENDI / REMATIK / ENCOK (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)</b>				
B29	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit sendi/ rematik/ encok oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B30	Apakah [NAMA] ketika bangun tidur pagi hari pernah menderita (bacakan pilihan jawaban a-d) di persendian yang timbul bukan karena kecelakaan? <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. Sakit/ Nyeri	<input type="checkbox"/>	b. Merah	<input type="checkbox"/>
	c. Kaku	<input type="checkbox"/>	d. Bengkak	<input type="checkbox"/>
<b>STROKE (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)</b>				
B31	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit <i>stroke</i> oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya	2. Tidak → B33	<input type="checkbox"/>
B32	Kapan didiagnosis pertama kali?	Tahun .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B33	Apakah [NAMA] pernah mengalami keluhan secara <b>mendadak</b> seperti di bawah ini: <b>ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. kelumpuhan pada satu sisi tubuh	<input type="checkbox"/>	d. bicara pelo	<input type="checkbox"/>
	b. kesemutan atau baal satu sisi tubuh	<input type="checkbox"/>	e. Sulit bicara/ komunikasi dan atau tidak mengerti pembicaraan	<input type="checkbox"/>
	c. mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata	<input type="checkbox"/>		

C.CEDERA (UNTUK SEMUA UMUR)						
C01	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami peristiwa (seperti kecelakaan, kekerasan, jatuh) yang mengakibatkan cedera <b>SEHINGGA KEGIATAN SEHARI-HARI TERGANGGU?</b>			1. Ya 2. Tidak → D01	<input type="checkbox"/>	
C02	Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] mengalami cedera?			..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C03	Apakah dirawat ?	1.Ya 2.Tidak → <b>point berikutnya</b>		Lama rawat jalan (hari)	Lama rawat inap (hari)	
	a. Tenaga kesehatan	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b. Pengobat tradisional	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	c. Diobati sendiri	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>APABILA KEJADIAN CEDERA LEBIH DARI 1 KALI, TANYAKAN CEDERA YANG PALING PARAH MENURUT PENGAKUAN RESPONDEN</b>						
C04	Bagian tubuh yang terkena cedera: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN f) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>					
	a. Kepala	<input type="checkbox"/>	c. Punggung	<input type="checkbox"/>	e. Anggota gerak atas	<input type="checkbox"/>
	b. Dada	<input type="checkbox"/>	d. Perut/ organ dalam	<input type="checkbox"/>	f. Anggota gerak bawah	<input type="checkbox"/>
C05	Jenis cedera yang dialami: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>					
	a. Lecet/ lebam/ memar	<input type="checkbox"/>	c. Patah tulang	<input type="checkbox"/>	e. Anggota tubuh terputus	<input type="checkbox"/>
	b. Luka iris/ robek	<input type="checkbox"/>	d. Terkilir, teregang	<input type="checkbox"/>	f. Cedera mata	<input type="checkbox"/>
C06	Apakah cedera yang terjadi mengakibatkan kecacatan fisik yang permanen pada bagian tubuh seperti dibawah ini? <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN c) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>					
	a. Panca indera tidak berfungsi (buta, tuli, bisu, dll)	<input type="checkbox"/>	b. Kehilangan sebagian anggota badan (jari/tangan/kaki putus, dll)	<input type="checkbox"/>		
			c. Bekas luka permanen yang mengganggu kenyamanan	<input type="checkbox"/>		
C07	Tempat terjadinya cedera: 1. Rumah dan Lingkungannya 2. Lingkungan sekolah 3. Tempat Olah Raga 4. Jalan Raya 5. Area bisnis/jasa/perkantoran/tempat umum 6. Area industri & konstruksi 7. Area Pertanian 8. Lainnya, tuliskan.....				<input type="checkbox"/>	
C08	Penyebab cedera: 1. Kecelakaan transportasi darat sepeda motor →C09 2. Kecelakaan transportasi darat lainnya→C10 3. Jatuh (terpeleset, terjatuh dari ketinggian)→ C10 4. Terkena benda tajam, tumpul, mesin, dsb→ C10 5. Terbakar/ terkena air panas/ bahan kimia→ C10 6. Tergigit/ tersengat/ diserang hewan →C10 7. Kejatuhan/ terkena lemparan benda →C10 8. Keracunan→ C10 9.Lainnya, tuliskan..... → C10				<input type="checkbox"/>	
C09	Bila kecelakaan transportasi darat sepeda motor, apakah pengguna sepeda motor memakai helm? <b>GUNAKAN KARTU PERAGA GAMBAR JENIS HELM</b> 1. Memakai helm standar terkancing 2. Memakai helm standar tidak terkancing 3. Memakai helm tidak standar (helm untuk: sepeda, proyek, tentara) 4. Tidak memakai helm 7. Tidak berlaku (bukan pengendara sepeda motor, misal: pejalan kaki tertabrak sepeda motor)				<input type="checkbox"/>	
C10	Penyebab cedera timbul karena kondisi: 1. Tindakan/ kejadian kekerasan 2. Usaha bunuh diri 3. Bencana alam 4. Kelalaian/ ketidaksengajaan 5. Lainnya				<input type="checkbox"/>	
D. GIGI DAN MULUT (SEMUA UMUR)						
D01	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah dengan gigi dan/ atau mulut?			1. Ya 2.Tidak →D07	<input type="checkbox"/>	
D02	Apakah [NAMA] merasa terganggu dengan masalah gigi dan/ atau mulut yang dialami?			1. Ya 2.Tidak →D04	<input type="checkbox"/>	
D03	Rata-rata, berapa lama aktivitas sehari-hari [NAMA] terganggu akibat masalah gigi dan/ atau mulut tersebut?			..... Hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D04	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] menerima perawatan atau pengobatan gigi dan/ atau mulut?			1. Ya 2.Tidak→D07	<input type="checkbox"/>	

D05	Kemana [NAMA] pergi berobat? <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>					
	a. Dokter Gigi Spesialis	<input type="checkbox"/>	c. Perawat Gigi	<input type="checkbox"/>	e. Tukang Gigi	<input type="checkbox"/>
	b. Dokter Gigi	<input type="checkbox"/>	d. Paramedik Lainnya	<input type="checkbox"/>	f. Lainnya, Sebutkan .....	<input type="checkbox"/>

D06	Jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk masalah gigi dan mulut? <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN I) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>					
	a. Penumpatan	<input type="checkbox"/>	e. Scaling	<input type="checkbox"/>	i. Pemasangan gigi tanam (implant denture)	<input type="checkbox"/>
	b. Pengobatan	<input type="checkbox"/>	f. Pemasangan gigi palsu lepas sebagian (protesa)	<input type="checkbox"/>	j. Konseling tentang perawatan kebersihan mulut	<input type="checkbox"/>
	c. Pencabutan	<input type="checkbox"/>	g. Pemasangan gigi palsu lepas penuh (full denture)	<input type="checkbox"/>	k. Perawatan ortodonsia	<input type="checkbox"/>
	d. Bedah Mulut	<input type="checkbox"/>	h. Pemasangan gigi tiruan cekat	<input type="checkbox"/>	l. Perawatan gusi/ periodontal treatment	<input type="checkbox"/>

<b>PERTANYAAN D07 KHUSUS UNTUK ART UMUR ≥ 12 TAHUN</b>						
D07	Apakah (nama) telah kehilangan seluruh gigi asli?			1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

**JIKA ART BERUMUR < 9 TAHUN LANJUT KE BLOK H. PEMBIAYAAN KESEHATAN  
 JIKA ART BERUMUR 10–14 TAHUN LANJUT KE BLOK G. PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU  
 JIKA ART BERUMUR ≥ 15 TAHUN LANJUT KE BLOK E. DISABILITAS/KETIDAKMAMPUAN**

**E. DISABILITAS/ KETIDAKMAMPUAN (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)**

**Sekarang saya akan menanyakan keadaan kesehatan menurut penilaian [NAMA] sendiri.  
 Yang dimaksud dengan keadaan kesehatan disini adalah keadaan fisik dan mental [NAMA]**

E01	Selama 1 bulan terakhir, secara umum, bagaimana kondisi kesehatan [NAMA]?	1. Baik	2. Cukup	3. Buruk	<input type="checkbox"/>
-----	---	---------	----------	----------	--------------------------

**BACAKAN:** Untuk lebih mengerti kondisi kesehatan [NAMA] kami akan mengajukan 15 pertanyaan. Kalau [NAMA] kurang mengerti kami akan membacakan sekali lagi, namun kami tidak akan menjelaskan/ mendiskusikan. Jika [NAMA] ada pertanyaan akan kita bicarakan setelah selesai menjawab ke 15 pertanyaan.

<b>UNTUK PERTANYAAN E02 – E13 , BACAKAN PERTANYAAN &amp; ALTERNATIF JAWABAN. ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:</b>							
		<b>1. TIDAK ADA</b>	<b>2. RINGAN</b>	<b>3. SEDANG</b>	<b>4. BERAT</b>	<b>5. SANGAT BERAT</b>	
E02	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] untuk berdiri dalam waktu lama misalnya 30 menit?	<input type="checkbox"/>			E08	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] dapat berjalan jarak jauh misalnya 1 kilometer?	<input type="checkbox"/>
E03	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] untuk melaksanakan atau mengerjakan kegiatan rumah tangga yang menjadi tanggung jawabnya?	<input type="checkbox"/>			E09	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] membersihkan seluruh tubuhnya/ mandi?	<input type="checkbox"/>
E04	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] mempelajari/ mengerjakan hal-hal baru, seperti untuk menemukan tempat/alamat baru?	<input type="checkbox"/>			E10	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] mengenakan pakaian?	<input type="checkbox"/>
E05	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?	<input type="checkbox"/>			E11	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] berinteraksi/ bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya?	<input type="checkbox"/>
E06	Dalam 1 bulan terakhir seberapa besar masalah kesehatan yang dialami mempengaruhi keadaan emosi [NAMA]?	<input type="checkbox"/>			E12	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] memelihara persahabatan?	<input type="checkbox"/>
E07	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] memusatkan pikiran dalam melakukan sesuatu selama 10 menit?	<input type="checkbox"/>			E13	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] mengerjakan pekerjaan sehari-hari?	<input type="checkbox"/>

**JIKA SEMUA JAWABAN E02-E13 BERKODE “1” → BLOK F. KESEHATAN JIWA  
 JIKA E02-E13 ADA YANG BERKODE “2”, “3”, “4”, “5” → KE E14**

<b>UNTUK PERTANYAAN E14-E16 BACAKAN &amp; ISIKAN JUMLAH HARI MENGALAMI KESULITAN</b>			
E14	Dalam 1 bulan terakhir, berapa hari [NAMA] mengalami kesulitan tersebut?	....Hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E15	Dalam 1 bulan terakhir, berapa hari [NAMA] sama sekali tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari karena kondisi kesehatan?	....Hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E16	Dalam 1 bulan terakhir, tanpa menghitung hari [NAMA] mengalami total ketidakmampuan, berapa hari [NAMA] mengurangi kegiatan sehari-hari karena kondisi kesehatan?	...Hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



G06	Berapa umur [NAMA] mulai merokok setiap hari? <b>ISIKAN DENGAN "98" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT</b>	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G07	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali merokok? <b>ISIKAN DENGAN "98" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT</b>	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**PERTANYAAN G08 KOLOM (1) DIISI JIKA G05 BERKODE 1 ATAU 3  
PERTANYAAN G08 KOLOM (2) DIISI JIKA G05 BERKODE 2 ATAU 4**

G08	Rata-rata berapa batang rokok/ cerutu/ cangklong (buah) yang [NAMA] hisap perhari atau per minggu?	Batang/hari	Batang/mgg					
		(1)	(2)					
	a. Rokok (kretek, putih, dan linting)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	b. Cerutu/ cangklong	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
G09	Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN d)</b> <b>ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>							
	a. Rokok kretek	<input type="checkbox"/>	b. Rokok putih	<input type="checkbox"/>	c. Rokok linting	<input type="checkbox"/>	d. Cangklong/ Cerutu	<input type="checkbox"/>

**JIKA G05 BERKODE 1 ATAU 2 LANJUT KE PERTANYAAN G10  
JIKA G05 BERKODE 3 ATAU 4 LANJUT KE PERTANYAAN G12**

G10	Dimanakah [NAMA] biasanya merokok?			
	a. Di dalam gedung/ ruangan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Di luar gedung/ ruangan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
G11	Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah ketika bersama ART lain?	1. Ya → G14	2. Tidak → G14	<input type="checkbox"/>
G12	Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/ tidak merokok sama sekali? <b>ISIKAN DENGAN "98" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT</b>	..... tahun		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G13	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, kadang-kadang 3. Tidak pernah sama sekali		<input type="checkbox"/>
G14	Apakah [NAMA] MENGUNYAH TEMBAKAU (nginang, nyirih, susur) selama 1 bulan terakhir? <b>(BACAKAN JAWABAN)</b> 1. Ya, setiap hari 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak, namun sebelumnya pernah mengunyah tembakau tiap hari 4. Tidak, namun sebelumnya pernah mengunyah tembakau kadang-kadang 5. Tidak pernah sama sekali			<input type="checkbox"/>
G15	Apakah [NAMA] setuju dengan kebijakan <b>Kawasan Tanpa Rokok (KTR)</b> ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

**AKTIVITAS FISIK (GUNAKAN KARTU PERAGA)**

Berikut adalah pertanyaan aktivitas fisik/ kegiatan jasmani yang berkaitan dengan pekerjaan dan waktu senggang

G16	Apakah [NAMA] biasa melakukan <b>aktivitas fisik berat</b> , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya	2. Tidak → G19	<input type="checkbox"/>
G17	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan <b>aktivitas fisik berat</b> tersebut?	.....hari		<input type="checkbox"/>
G18	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan <b>aktivitas fisik berat</b> tersebut?	.....Jam <input type="checkbox"/>	.....Menit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G19	Apakah [NAMA] biasa melakukan <b>aktivitas fisik sedang</b> , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kalinya?	1. Ya	2. Tidak → G22	<input type="checkbox"/>
G20	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan <b>aktivitas fisik sedang</b> tersebut?	.....hari		<input type="checkbox"/>
G21	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan <b>aktivitas fisik sedang</b> tersebut?	.....Jam <input type="checkbox"/>	.....Menit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G22	Biasanya berapa lama [NAMA] melakukan duduk-duduk atau berbaring dalam sehari-hari? (baik di tempat kerja, di rumah, di perjalanan (transportasi), termasuk waktu berbincang-bincang, transportasi dengan kendaraan, bis, kereta, membaca, main games atau nonton televisi tetapi tidak termasuk waktu tidur <b>[ JIKA ≥ 10 JAM MAKA ISIKAN ANGKA "9" PADA JAM DAN "60" PADA MENIT ]</b>	.....Jam <input type="checkbox"/>	.....Menit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

PERILAKU KONSUMSI			
BUAH DAN SAYUR			
G23	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] makan buah-buahan segar? (GUNAKAN KARTU PERAGA) JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 → LANJUT KE G25	..... hari	<input type="checkbox"/>
G24	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengkonsumsi buah-buahan segar dalam satu hari dari hari-hari tersebut? (GUNAKAN KARTU PERAGA)	..... porsi	<input type="checkbox"/>
G25	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] mengkonsumsi sayur-sayuran? (GUNAKAN KARTU PERAGA) JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 → LANJUT KE G27	..... hari	<input type="checkbox"/>
G26	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengkonsumsi sayur-sayuran dalam satu hari dari hari-hari tersebut? (GUNAKAN KARTU PERAGA)	.....porsi	<input type="checkbox"/>

MAKANAN BERISIKO			
TANYAKAN G27 TANPA KARTU PERAGA DAN ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:			
1. > 1 kali per hari		3. 3 – 6 kali per minggu	5. < 3 kali per bulan
2. 1 kali per hari		4. 1 – 2 kali per minggu	6. Tidak pernah

G27	Biasanya berapa kali [nama] mengkonsumsi makanan berikut: (BACAKAN POINT a - h)			
	a. Makanan/minuman manis	<input type="checkbox"/>	e. Makanan daging/ ayam/ ikan olahan dgn pengawet	<input type="checkbox"/>
	b. Makanan asin	<input type="checkbox"/>	f. Bumbu penyedap	<input type="checkbox"/>
	c. Makanan berlemak/ berkolesterol/ gorengan	<input type="checkbox"/>	g. Kopi	<input type="checkbox"/>
	d. Makanan yang dibakar	<input type="checkbox"/>	h. Minuman berkafein buatan bukan kopi	<input type="checkbox"/>

KONSUMSI MAKANAN OLAHAN DARI TEPUNG TERIGU (Mie Instant/Roti/Biskuit)				
G28	Biasanya berapa kali [Nama] mengkonsumsi Mie Instant, Mie Basah, Biskuit, Roti ISIKAN KODE PILIHAN:			
	1. > 1 kali per hari	3. 3 – 6 kali per minggu	5. < 3 kali per bulan	
	2. 1 kali per hari	4. 1 – 2 kali per minggu	6. Tidak pernah	
	a. Mie Instant	<input type="checkbox"/>	c. Roti	<input type="checkbox"/>
	b. Mie basah	<input type="checkbox"/>	d. Biskuit	<input type="checkbox"/>

### H. PEMBIAYAAN KESEHATAN (UNTUK SEMUA UMUR)

#### Ha.KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN

Ha01	Apakah [NAMA] mempunyai jaminan pembiayaan kesehatan untuk keperluan berobat jalan/inap dibawah ini? ISIKAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	Jenis jaminan pembiayaan kesehatan		Kepemilikan	Penggunaan
	a. Askes/JPK PNS/Veteran/Pensiun	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. JPK Jamsostek	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Asuransi kesehatan swasta	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Tunjangan kesehatan perusahaan	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Jamkesmas	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Jamkesda	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Hb. RAWAT JALAN

Hb01	Apakah dalam satu bulan terakhir, [NAMA] pernah mengobati sendiri (dengan membeli obat di apotik / toko obat?	1. Ya      2. Tidak →P.Hb03	<input type="checkbox"/>
Hb02	Berapa biaya yang dikeluarkan untuk membeli obat tersebut?	Rp. ....	<input type="text"/>

Hb03	Apakah [Nama] dalam 1 bulan terakhir memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk rawat jalan karena [NAMA] mengalami gangguan kesehatan				1. Ya 2. Tidak → P.Hc01		<input type="checkbox"/>
	Jenis Fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan			Berapa frekuensi selama 1 bln	Berapa biaya selama 1 bulan (termasuk biaya medis dan obat)		Dari mana biaya tersebut diperoleh
	1			2	3		4
	a. RS Pemerintah	1. Ya 2. Tidak → Hb03b	<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"/>
	b. RS Swasta	1. Ya 2. Tidak → Hb03c	<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"/>
	c. RS Bersalin	1. Ya 2. Tidak → Hb03d	<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"/>
	d. Puskesmas/Pustu	1. Ya 2. Tidak → Hb03e	<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"/>
	e. Praktek dokter	1. Ya 2. Tidak → Hb03f	<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"/>
	f. Praktek bidan	1. Ya 2. Tidak → Hb03g	<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"/>
	g. Polindes/ Poskesdes	1. Ya 2. Tidak → Hb03h	<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"/>
h. Praktek Nakes lainnya	1. Ya 2. Tidak → Hb03i	<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"/>	
i. Fasilitas Kes di LN	1. Ya 2. Tidak → Hc01	<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"/>	

**Kode Sumber biaya untuk kolom 4**

<b>1 = Biaya Sendiri</b> <b>2 = PT ASKES (pegawai)</b>	<b>4 = PT ASTEK/ Jamsostek</b> <b>8 = ASABRI</b>	<b>16 = Askes Swasta</b> <b>32 = Jamkesmas</b>	<b>64 = Jaminan Kesehatan Daerah</b> <b>128 = Biaya dari perusahaan</b>	<b>256= lainnya</b>
---	---	---	--	---------------------

**Hc. RAWAT INAP**

Hc01	Apakah [Nama] dalam 12 bulan (1 tahun) terakhir memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk rawat inap karena [NAMA] mengalami gangguan kesehatan?				1. Ya 2. Tidak → Hc02		<input type="checkbox"/>
	Jenis fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan			Jumlah hari rawat inap	Berapa biaya selama 1 tahun (termasuk biaya medis dan obat)		Dari mana sumber biaya tersebut diperoleh
	1			2	3		4
	a. RS Pemerintah	1. Ya 2. Tidak → Hc01b	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. RS Swasta	1. Ya 2. Tidak → Hc01c	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. RS Bersalin	1. Ya 2. Tidak → Hc01d	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Puskesmas/Pustu	1. Ya 2. Tidak → Hc01e	<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"/> <input type="checkbox"/>
	e. Praktek dokter	1. Ya 2. Tidak → Hc01f	<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"/> <input type="checkbox"/>
	f. Praktek bidan	1. Ya 2. Tidak → Hc01g	<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"/> <input type="checkbox"/>
	g. Polindes/ Poskesdes	1. Ya 2. Tidak → Hc01h	<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"/> <input type="checkbox"/>
h. Praktek Nakes lainnya	1. Ya 2. Tidak → Hc01i	<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"/> <input type="checkbox"/>	
i. Fasilitas Kes di LN	1. Ya 2. Tidak → Hc02	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**Kode Sumber biaya untuk kolom 4**

<b>1 = Biaya Sendiri</b> <b>2 = PT ASKES (pegawai)</b>	<b>4 = PT ASTEK/ Jamsostek</b> <b>8 = ASABRI</b>	<b>16 = Askes Swasta</b> <b>32 = Jamkesmas</b>	<b>64 = Jaminan Kesehatan Daerah</b> <b>128 = Biaya dari perusahaan</b>	<b>256= lainnya</b>
---	---	---	--	---------------------

**Hc02. CEK UMUR ANGGOTA RUMAH TANGGA**

ART 0 – 59 BULAN → BLOK J	PEREMPUAN 10 – 54 TAHUN → BLOK I
PEREMPUAN 5 – 9 TAHUN → BLOK Jc	ART LAINNYA → BLOK K (PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN)

## I. KESEHATAN REPRODUKSI (KHUSUS UNTUK RESPONDEN PEREMPUAN 10-54 TAHUN)

### Ia. ALAT/ CARA KB

*Kami akan mencatat tentang penggunaan alat/cara KB kepada semua perempuan 10-54 tahun. Untuk itu mohon maaf apabila [NAMA] belum pernah ber KB sama sekali dan mohon pertanyaan ini dapat tetap dijawab sesuai keadaan [NAMA]*

Ia01	Apakah [NAMA] atau pasangan, sekarang menggunakan alat/cara KB untuk mencegah atau menunda kehamilan?	1. Ya, sekarang menggunakan 2. Ya, pernah tetapi tidak menggunakan lagi → <b>Ia06</b> 3. Tidak pernah menggunakan sama sekali → <b>Ia07</b>	<input type="checkbox"/>					
Ia02	Apa sajakah alat/ cara KB, yang sedang [NAMA] atau pasangan gunakan? <b>BACAKAN POIN a SAMPAI j</b> <b>ISIKAN KODE 1=YA ATAU 2 = TIDAK</b>							
	a. Kondom pria	<input type="checkbox"/>	d. IUD/AKDR/Spiral	<input type="checkbox"/>	g. Kondom wanita/ Intravag	<input type="checkbox"/>	i. Susuk / implant	<input type="checkbox"/>
	b. Sterilisasi pria	<input type="checkbox"/>	e. Suntikan	<input type="checkbox"/>	h. Diafragma	<input type="checkbox"/>	j. Jamu	<input type="checkbox"/>
	c. Pil	<input type="checkbox"/>	f. Sterilisasi wanita	<input type="checkbox"/>				

**JIKA JAWABAN POIN a SAMPAI j BERKODE 2 SEMUA → Ia05**

Ia03	Dimana <b>biasanya</b> mendapat pelayanan alat/cara KB tersebut? <b>CATATAN: JIKA ALAT/ CARA KB YANG DIGUNAKAN 2 JENIS, PILIH KODE JAWABAN BERIKUT UNTUK ALAT/ CARA KB YANG DIGUNAKAN PEREMPUAN</b> 01. RS Pemerintah      05. Puskesmas Pembantu      09. Bidan Praktek      12. Posyandu 02. RS Swasta      06. Klinik/Balai Pengobatan      10. Perawat Praktek      13. Apotik / Toko Obat → <b>Ia05</b> 03. RS Bersalin      07. Tim KB Keliling/Tim Medis Keliling      11. Polindes/Poskesdes      14. Lainnya → <b>Ia05</b> 04. Puskesmas      08. Dokter Praktek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ia04	Siapa yang biasanya memberi pelayanan alat/ cara KB tersebut?	1. Dokter kandungan      3. Bidan 2. Dokter umum      4. Perawat	<input type="checkbox"/>			
Ia05	Apa [NAMA] atau pasangan menggunakan alat/ cara KB alamiah? <b>BACAKAN POIN a SAMPAI c. ISIKAN KODE 1=YA ATAU 2 = TIDAK</b>					
	a. Metode menyusui alami	<input type="checkbox"/>	b. Pantang berkala/ kalender	<input type="checkbox"/>	c. Sanggama terputus	<input type="checkbox"/>

### LANJUTKAN KE BLOK Ib

Ia06	Kapan terakhir [NAMA] menggunakan alat/cara KB?	BLN/THN: ...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ia07	Alasan utama tidak menggunakan alat/cara KB ? <b>JANGAN MEMBACAKAN ALTERNATIF JAWABAN</b>				
	<b>Alasan status</b> 1. Belum menikah/Cerai 2. Belum haid 3. Sedang hamil 4. Sedang menyusui <b>Kurang pengetahuan:</b> 5. Tidak tahu metode 6. Tidak tahu sumber mendapat KB	<b>Alasan Fertilitas</b> 7. Jarang/ puasa kumpul 8. Menopause/ histerektomi 9. Tidak subur/mandul 10. Tidak bisa hamil lagi setelah melahirkan terakhir 11. Belum punya anak 12. Ingin punya anak lagi 13. Kepercayaan	<b>Menentang memakai</b> 14. Tidak ingin KB/ responden menentang 15. Dilarang pasangan 16. Dilarang orang 17. Dilarang agama	<b>Alasan alat/cara KB:</b> 18. Menjadi gemuk/ kurus 19. Sulit diperoleh 20. Mahal 21. Alat/cara KB yang diinginkan tidak ada 22. Tidak nyaman 23. Kesehatan/ takut efek samping lain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Ib. RIWAYAT KEHAMILAN SEUMUR HIDUP RESPONDEN</b>					
Ib01	Berapa umur [NAMA] ketika menikah atau hidup bersama pertama kali? <b>JIKA BELUM MENIKAH/ BELUM PERNAH HIDUP BERSAMA, ISIKAN KODE "77"</b>	Umur ..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ib02	Berapa umur [NAMA] pertama kali melakukan hubungan seksual <b>JIKA BELUM PERNAH MELAKUKAN HUBUNGAN SEKSUAL, ISIKAN KODE "77"</b>	Umur ..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ib03	Apakah sekarang [NAMA] tinggal satu rumah bersama suami/ pasangan atau tinggal terpisah?	1. Tinggal bersama      7. Tidak Berlaku 2. Tinggal terpisah	<input type="checkbox"/>		
Ib04	Apakah [NAMA] pernah/ sedang hamil?	1. Ya      2. Belum pernah → <b>Ic41</b> 3. Tidak bisa hamil → <b>Ic41</b>	<input type="checkbox"/>		
Ib05	Seumur hidup [NAMA] berapa jumlah kehamilan (termasuk yg sedang hamil), jumlah keguguran, jumlah lahir hidup, dan jumlah lahir mati?				
	a. Jumlah seluruh kehamilan.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Jumlah lahir hidup.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b. Jumlah keguguran.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Jumlah lahir mati .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ib06	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali hamil?	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

### Ic. RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN MASA NIFAS

#### KHUSUS PEREMPUAN 10-54 TAHUN YANG PERNAH HAMIL DALAM PERIODE 3 TAHUN SEBELUM SURVEI

Ic01	Apakah [NAMA] pernah hamil <b>yang berakhir</b> pada periode 1 Januari 2010 sampai dengan sekarang (termasuk yg sekarang sedang hamil)?	1. Ya 2. Tidak → <b>Ic41</b>	<input type="checkbox"/>
Ic02	JIKA YA, jumlah kehamilan sejak 1 Januari 2010 sampai dengan sekarang? <b>JIKA KEHAMILAN KEMBAR DIHITUNG BERDASARKAN JUMLAH KEMBAR</b>	..... kali	<input type="checkbox"/>

*Sekarang saya akan menanyakan tentang riwayat perawatan kehamilan, persalinan dan masa nifas yang terjadi selama periode 1 Januari 2010 sampai saat ini*

TANYA SATU PERSATU RIWAYAT KEHAMILAN DIMULAI DARI KEHAMILAN TERAKHIR . UNTUK PERTANYAAN Ic03 – Ic40. JIKA > 1 KEHAMILAN ULANGI PERTANYAAN Ic03-Ic40 UNTUK KEHAMILAN SEBELUMNYA (KOLOM BERIKUTNYA). JIKA > 3 KEHAMILAN → GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN		Kehamilan Terakhir	Kehamilan Sebelumnya	Kehamilan Sebelumnya	
		(1)	(2)	(3)	
Ic03	Nomor urutan kehamilan dari keseluruhan kehamilan	URUTAN KEHAMILAN KE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic04	Nama Anak	<b>JIKA BELUM BERNAMA TULISKAN "NN"</b>	.....	.....	.....
Ic05	Nomor Urut Anak dalam RT (MERUJUK/SESUAI BLOK IV)	<b>JIKA BUKAN ART / TIDAK ADA PADA BLOK IV TULISKAN "00"</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic06	Bagaimana hasil kehamilan?	1. Lahir Hidup 2. Lahir Mati 3. Keguguran 4. Sedang hamil → <b>Ic08</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic07	Apakah kehamilan tunggal atau kembar?	1. Tunggal    2. Kembar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic08	Usia kandungan saat kehamilan berakhir? <b>JIKA SEDANG HAMIL, ISIKAN USIA KANDUNGAN SAAT WAWANCARA</b>	..... MINGGU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic09	Selama kehamilan ini, apakah [NAMA] pernah memeriksakan kehamilan ke tenaga kesehatan (Dokter kandungan, dokter umum, bidan atau perawat)?	1. Ya 2. Tidak → <b>Ic14</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic10	Berapa bulan umur kandungan [NAMA] saat memeriksakan kehamilan pertama kali?	..... BULAN <b>ISIKAN "88" JIKA TIDAK TAHU</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic11	Selama kehamilan ini, berapa kali [NAMA] memeriksakan kehamilan pada:  <b>JIKA KEHAMILAN BERAKHIR DENGAN KEGUGURAN/ PREMATUR/MASIH HAMIL ISIKAN KODE "77" PADA UMUR KEHAMILAN YANG BELUM DILALUI</b>	a. Umur 0 – 3 bln ..... kali	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		b. Umur 4 – 6 bln ..... kali	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c. Umur 7 bln-melahirkan ..... kali	c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic12	Siapa yang paling sering memeriksa kehamilan?	1. Dokter Kandungan    3. Bidan 2. Dokter Umum        4. Perawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic13	Dimana biasanya [NAMA] memeriksakan kehamilan tersebut?	1. RS Pemerintah        6. Praktek Bidan 2. RS Swasta            7 Poskesdes/ Polindes 3. Rumah Bersalin      8. Posyandu 4. Puskesmas/ Pustu    9. Lainnya 5. Praktek Dokter/ Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic14	Selama kehamilan apakah [NAMA] mengkonsumsi pil zat besi (Fe)/ tablet tambah darah? <b>PERLIHATKAN KARTU PERAGA</b>	1. Ya 2. Tidak → <b>Ic16</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic15	Selama kehamilan ini, berapa hari [NAMA] minum pil zat besi (Fe)/ tablet tambah darah? <b>JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "998"</b>	..... HARI	<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"/>
Ic16	Apakah Ibu memiliki Buku KIA? <b>JIKA YA: bolehkah saya lihat?</b>	1. Ya, bisa menunjukkan 2. Ya, tidak bisa menunjukkan → <b>Ic18</b> 3. Tidak punya → <b>Ic18</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic17	JIKA DAPAT MENUNJUKKAN BUKU KIA, LAKUKAN OBSERVASI HALAMAN 13 DARI BUKU KIA. 1. Ada Isian 2. Tidak ada isian	a. Penolong persalinan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		b. Dana Persalinan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		c. Kendaraan/ ambulans desa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		d. Metode KB setelah melahirkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		e. Sumbangan Darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ic18		KEHAMILAN YANG SUDAH BERAKHIR (Ic06 = 1-3) → Ic19 JIKA SEDANG HAMIL (Ic06 = 4) → KE Ic31				
TANYA SATU PERSATU RIWAYAT KEHAMILAN DIMULAI DARI KEHAMILAN TERAKHIR . UNTUK PERTANYAAN Ic03 – Ic40. JIKA > 3 KEHAMILAN → GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN		Kehamilan Terakhir	Kehamilan Sebelumnya	Kehamilan Sebelumnya		
		(1)	(2)	(3)		
Ic19	Pada bulan dan tahun berapa kehamilan berakhir?	BLN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	BLN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	BLN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	BLN/THN ..... / .....	THN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	THN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	THN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ic20	Bagaimana keluarnya bayi/ janin? 1. Normal      3. Forcep      5. Abortus Spontan      7. Lainnya 2. Vakum      4. Operasi perut/ sesar      6. Kuretase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ic21	Siapa saja yang menolong [NAMA] pada saat persalinan/ keguguran/ pengguguran ? <b>(JIKA LEBIH DARI SATU, TULISKAN HURUF-HURUF KODE JENIS PENOLONG)</b> A Dokter kandungan      C. Bidan      E. Dukun beranak B. Dokter umum      D. Perawat/nakes lainnya      F. Anggota keluarga/ Lainnya Z. Tidak ada yang menolong	-----	-----	-----		
Ic22	Dimana tempat [NAMA] melahirkan/ keguguran? <b>PILIH SALAH SATU JAWABAN TEMPAT MELAHIRKAN / KEGUGURAN</b>	01. RS Pemerintah 02. RS Swasta 03. Rumah Bersalin 04. Klinik 05. Praktek Nakes	06. Puskesmas 07. Puskesmas Pembantu 08. Polindes/Poskesdes 09. Rumah → <b>Ic24</b> 10. Lainnya → <b>Ic24</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ic23	Berapa lama [NAMA] dirawat di faskes dari sejak anak dilahirkan/ kejadian keguguran sampai pulang ?	..... HARI <b>JIKA &lt;SEHARI ISIKAN '00'</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ic24	Apakah setelah melahirkan/keguguran, [NAMA] mengunjungi fasilitas kesehatan atau dikunjungi petugas kesehatan pada periode berikut?					
	a. 6 jam-3 hari setelah melahirkan	1. Ya 2. Tidak → <b>Ic24c</b>	a. <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/>		
	b. Jika Ya, Dimana mendapat pelayanan petugas kesehatan	<b>Lihat Kode dibawah</b>	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	c. 4 hari-6 hari setelah melahirkan	1. Ya 2. Tidak → <b>Ic24e</b> 7. Tidak Berlaku → <b>Ic25</b>	c. <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/>		
	d. Jika Ya, Dimana mendapat pelayanan petugas kesehatan	<b>Lihat Kode dibawah</b>	d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	e. 7 hari -28 hari setelah melahirkan	1. Ya 2. Tidak → <b>Ic24g</b> 7. Tidak Berlaku → <b>Ic25</b>	e. <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>		
	f. Jika Ya, Dimana mendapat pelayanan petugas kesehatan	<b>Lihat Kode dibawah</b>	f. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	g. 29 hari – 42 hari setelah melahirkan	1. Ya 2. Tidak → <b>Ic25</b> 7. Tidak berlaku → <b>Ic25</b>	g. <input type="checkbox"/>	g. <input type="checkbox"/>		
	h. Jika Ya, dimana mendapat pelayanan petugas kesehatan	<b>Lihat Kode dibawah</b>	h. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Kode Ic24b, Ic24d, Ic24f, Ic24h</b>		01. RS Pemerintah 02. RS Swasta	03. Rumah Bersalin 04. Klinik	05. Praktek Dokter 06. Praktek Bidan	07. Puskesmas 08. Polindes/Poskesdes	09. Rumah 10. Lainnya
Ic25	Apakah pada periode sampai 2 bulan setelah melahirkan/ keguguran, [NAMA] mendapat pelayanan pemasangan alat/ cara KB?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>JIKA LAHIR HIDUP (Ic06 BERKODE 1) → LANJUTKAN PERTANYAAN Ic26 JIKA SEDANG HAMIL/ KEGUGURAN/ LAHIR MATI (Ic06 KODE 2, 3 ATAU 4) → Ic30</b>						
		Kehamilan Terakhir	Kehamilan Sebelumnya	Kehamilan Sebelumnya		
		(1)	(2)	(3)		
Ic26	Apakah [NAMA ANAK] sekarang masih hidup?	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ic27	Berapa umur [NAMA ANAK] saat ini? <b>(JIKA SUDAH MENINGGAL, Berapa umur saat meninggal?)</b>	<b>KODE:</b> 1. Hari    2. Bulan	KODE <input type="checkbox"/>	KODE <input type="checkbox"/>		
	UMUR: .....		UMUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	UMUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

TANYA SATU PERSATU RIWAYAT KEHAMILAN DIMULAI DARI KEHAMILAN TERAKHIR . UNTUK PERTANYAAN Ic03 – Ic40. JIKA > 3 KEHAMILAN → GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN			Kehamilan Terakhir	Kehamilan Sebelumnya	Kehamilan Sebelumnya
			(1)	(2)	(3)
Ic28	Apakah [NAMA ANAK] mempunyai catatan/dokumen berat badan lahir?	1. Ya 2. Tidak → <b>Ic30</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic29	Berapa berat badan [NAMA ANAK] waktu lahir?	..... gram	<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"/>
Ic30	Apakah selama kehamilan, saat persalinan dan masa nifas [NAMA] mengalami gangguan-gangguan/ komplikasi sbb: A.Pernafasan sesak G. Perdarahan (>2 kain) B. Kejang H. Masalah pada janin X. Lainnya C. Demam/ panas I. Bengkak kaki/ badan Z. <b>Tidak ada komplikasi</b> D. Anemia J. Ketuban pecah dini E. Nyeri kepala hebat K.Persalinan > 24 jam F. Nyeri perut hebat L. Hipertensi  <b>JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU, TULISKAN KODE/ HURUF JENIS-JENIS KOMPLIKASI YG DIALAMI ATAU HURUF “Z” JIKA TIDAK ADA KOMPLIKASI</b>	a. Masa hamil	a. ....	a. ....	a. ....
		b.Saat persalinan	b. ....	b. ....	b. ....
		c. Masa nifas	c. ....	c. ....	c. ....
Ic31	Pada kehamilan, apakah [NAMA] mendapat jaminan pembiayaan persalinan (Jampersal) dari pemerintah?	1. Ya 2. Tidak → <b>Ic33</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic32	Apakah [NAMA] menggunakan jampersal pada saat:				
	a. Pemeriksaan kehamilan/ penanganan komplikasi kehamilan	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Persalinan/ penanganan komplikasi	1. Ya      7. Tidak Berlaku 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Pemeriksaan kesehatan ibu setelah melahirkan (0-42 hr)	1. Ya      7. Tidak Berlaku 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Pemeriksaan kesehatan neonatal (0-28 hari)	1. Ya      7. Tidak Berlaku 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. KB setelah melahirkan (KB Pasca Persalinan)	1. Ya      7. Tidak Berlaku 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ic33	Apakah pada kehamilan ini [NAMA] sudah menginginkan hamil waktu itu/ ingin menunda/ tidak menginginkan sama sekali?	1.Menginginkan waktu itu → <b>Ic35</b> 2. Ingin Menunda → <b>Ic34</b> 3.Tidak menginginkan sama sekali → <b>Ic35</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic34	Jika ingin menunda, berapa lama jarak kelahiran yang ibu harapkan sebelum punya [NAMA] ini?	..... BULAN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic35	Apakah ada upaya (NAMA) untuk mengakhiri kehamilan tersebut?	1. Ya      2. Tidak → <b>Ic38</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic36	JIKA YA, Apakah alasan utama [NAMA] ingin mengakhiri kehamilan tersebut? <b>(JAWABAN JANGAN DIBACAKAN)</b> 1. Belum lama melahirkan/keguguran      4. Alasan pekerjaan      7. Lainnya, sebutkan.... 2. Umur masih muda      5. Alasan ekonomi 3. Jumlah anak sudah cukup      6. Umur Sudah Tua		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic37	Upaya apa yang dilakukan [NAMA] untuk mengakhiri kehamilan tsb? <b>JAWABAN BOLEH LEBIH DARI SATU, TULISKAN KODE/ HURUF</b>	A. Jamu      E. Sedot B. Pil      F. Kuret C. Pijat      X. Lainnya, sebutkan..... D. Suntik	.....	.....	.....
Ic38	Setelah kehamilan terakhir ini, kapan [NAMA] mendapat haid terakhir? <b>JIKA SEDANG HAMIL ISIKAN KODE “2” DAN “00”</b>	KODE: 1. HARI    2. BULAN	KODE <input type="checkbox"/>		
		HAID TERAKHIR : ..... YANG LALU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ic39	Setelah kehamilan terakhir, apakah [NAMA] masih menginginkan anak lagi?	1. Ingin punya anak lagi 2. Tidak ingin punya anak lagi → <b>Ic41</b> 3. Belum mempunyai rencana → <b>Ic41</b>	<input type="checkbox"/>		
Ic40	Jika masih ingin anak lagi, berapa jarak kelahiran yang diharapkan untuk anak berikutnya?	..... bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**JIKA LEBIH DARI 1 RIWAYAT KEHAMILAN KEMBALI KE PERTANYAAN Ic03 UNTUK RIWAYAT KEHAMILAN SEBELUMNYA**

Ic41

**ART PEREMPUAN UMUR 10 – 11 TAHUN → BLOK Jc (SUNAT PEREMPUAN)  
ART PEREMPUAN 12-54 TAHUN → BLOK K (PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN)**

## J. KESEHATAN ANAK DAN IMUNISASI

### Ja. KESEHATAN BAYI DAN ANAK BALITA (KHUSUS ART UMUR 0 – 59 BULAN)

Ja01	Apakah [NAMA] mempunyai catatan/dokumen berat badan lahir? ( <i>Berat badan lahir adalah berat badan yang ditimbang dalam kurun waktu 24 jam setelah dilahirkan</i> )	1.Ya    2. Tidak → <b>Ja03</b>	<input type="checkbox"/>
Ja02	Salin dari catatan/dokumen berat badan lahir [NAMA]	..... gram	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja03	Apakah [NAMA] mempunyai catatan/dokumen panjang badan lahir? ( <i>Panjang badan lahir adalah panjang badan yang diukur dalam kurun waktu 24 jam setelah dilahirkan</i> )	1.Ya    2. Tidak → <b>Ja05</b>	<input type="checkbox"/>
Ja04	Salin dari catatan/dokumen panjang badan lahir [NAMA]	..... cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja05	Apa jenis obat/ramuan apa yang digunakan untuk merawat tali pusar [NAMA] saat baru lahir 1. Tidak diberi apa-apa                      3. Obat tabur (berbentuk bubuk)                      8. Tidak tahu 2. Betadine/ alkohol                      4. Ramuan/obat tradisional		<input type="checkbox"/>
Ja06	Apakah [NAMA] pernah dilakukan pemeriksaan neonatus (bayi baru lahir) oleh tenaga kesehatan pada saat umur 0-28 hari?	1. Ya → <b>Ja08</b> 8. Tidak Tahu → <b>Ja10</b> 2. Tidak Pernah	<input type="checkbox"/>
Ja07	Mengapa <b>TIDAK PERNAH</b> dilakukan pemeriksaan neonatus oleh tenaga kesehatan pada saat [NAMA] berumur 0-28 hari? <b>JAWABAN DAPAT LEBIH DARI SATU. JIKA LEBIH DARI SATU, JUMLAH KODE JAWABAN</b>  01. Bayi tidak sakit/baik-baik saja                      04. Tempat pelayanan jauh 02. Bayi tidak boleh dibawa pergi jauh                      08. Tidak punya biaya		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### LANJUTKAN KE PERTANYAAN Ja10

Ja08	Apakah [NAMA] pernah dilakukan pemeriksaan neonatus (bayi baru lahir) oleh tenaga kesehatan pada saat?	Ja09. Dimana [NAMA] mendapat pemeriksaan kesehatan pada saat itu? ( <b>ISI DENGAN PILIHAN KODE JAWABAN</b> )	
	a. 6-48 jam setelah lahir	1. Ya → <b>Ja09</b> 7. Tidak Berlaku 2. Tidak            8. Tidak Tahu a. <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/>	1. Rumah Sakit Pemerintah    6. Poliklinik Swasta 2. Rumah Sakit Swasta        7. Praktik Tenaga Kesehatan 3. Rumah Sakit Bersalin        8. Di Rumah 4. Puskesmas/ Pustu/ Pusling 5. Posyandu/Poskesdes/ Polindes
	b. 3-7 hari setelah lahir	1. Ya → <b>Ja09</b> 7. Tidak Berlaku 2. Tidak            8. Tidak Tahu b. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/>	
	c. 8-28 hari setelah lahir	1. Ya → <b>Ja09</b> 7. Tidak Berlaku 2. Tidak            8. Tidak Tahu c. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/>	
Ja10	Apakah sejak dilahirkan sampai berumur 28 hari, [NAMA] pernah menderita sakit?	1. Ya                      8. Tidak tahu → <b>Ja13</b> 2. Tidak → <b>Ja13</b>	<input type="checkbox"/>
Ja11	Apa keluhan/sakit yang diderita pada saat [NAMA] berumur 0-28 hari <b>JAWABAN DAPAT LEBIH DARI SATU. JIKA LEBIH DARI SATU, JUMLAH KODE JAWABAN</b> 1. Bayi kuning            4. Sulit bernapas/asfiksia            16. Tali pusar memerah            64. Lainnya, sebutkan..... 2. Kejang                      8. Bayi biru                      32. Tali pusar bernanah		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja12	Pada saat [NAMA] sakit ketika usia 0-28 hari, apakah berobat ke tenaga kesehatan?	1.Ya    2. Tidak    8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
Ja13	Apakah [NAMA] mempunyai akte kelahiran	1.Ya → <b>CEK tgl lahir pada Blok IV</b> 2. Tidak    8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
Ja14	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi	1.Ya → <b>Ja16</b> 2. Tidak pernah    8. Tidak tahu → <b>Ja16</b>	<input type="checkbox"/>
Ja15	Apa alasan [NAMA] "TIDAK PERNAH" mendapat imunisasi? <b>JAWABAN DAPAT LEBIH DARI SATU. JIKA LEBIH DARI SATU, JUMLAH KODE JAWABAN</b> 01. Keluarga tidak mengijinkan            04. Anak sering sakit                      16. Tempat imunisasi jauh 02. Takut anak menjadi panas            08. Tidak tahu tempat imunisasi            32. Sibuk/repot		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja16	Apakah [NAMA] memiliki KMS (Kartu Menuju Sehat)? 1. Ya, dapat menunjukkan                      3. Pernah memiliki, tetapi sudah hilang 2. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan kader/bidan/di Posyandu)                      4. Tidak pernah memiliki		<input type="checkbox"/>
Ja17	Apakah [NAMA] memiliki Buku KIA (Buku Kesehatan Ibu dan Anak ? 1. Ya, dapat menunjukkan                      3. Pernah memiliki, tetapi sudah hilang 2. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan kader/bidan/di Posyandu)                      4. Tidak pernah memiliki		<input type="checkbox"/>
Ja18	Apakah [NAMA] memiliki <i>Buku Catatan Kesehatan Anak selain KMS dan Buku KIA</i> ? 1. Ya, dapat menunjukkan                      3. Pernah memiliki, tetapi sudah hilang 2. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan di tempat lain)                      4. Tidak pernah memiliki		<input type="checkbox"/>

JIKA KODE JAWABAN Ja14 ADALAH KODE 2 = Tidak pernah → Ja24  
 JIKA KODE JAWABAN Ja16 S/D Ja18 SEMUANYA BERKODE 2 ATAU 3 ATAU 4 → Ja21  
 JIKA SALAH SATU JAWABAN Ja16 S/D Ja18 BERKODE 1 → Ja19

Ja19	Apakah di dalam KMS/ Buku KIA/ Buku Catatan Kesehatan Anak [NAMA] ada catatan imunisasi	1. Ya 2. Tidak → Ja21	<input type="checkbox"/>			
Ja20	Salin dari KMS/Buku KIA/Buku Catatan Kesehatan Anak, tanggal/ bulan/ tahun, untuk setiap jenis imunisasi. <b>KODE KOLOM (2):</b> 1. Diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi → KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak → KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA 8. Ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/ bln/ thn tidak ada → KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA					
	JENIS IMUNISASI	KET.	TG/ BLN/ THN IMUNISASI	JENIS IMUNISASI	KET.	TG/ BLN/ THN IMUNISASI
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
	a. Hepatitis B 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Polio 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Polio 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. DPT-HB Combo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. Polio 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. DPT-HB Combo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. Polio 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. DPT-HB Combo 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. Campak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

JIKA CATATAN IMUNISASI ART LENGKAP, LANJUTKAN KE Ja23  
 JIKA IMUNISASI ART TIDAK LENGKAP (KODE KOLOM 2 = 2,7,8) LANJUTKAN KE Ja21

Ja21	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: (INFORMASI BERDASARKAN INGATAN RESPONDEN)		
	a. Imunisasi Hepatitis B-0, biasanya diberikan sesaat setelah bayi lahir sampai bayi berumur 7 hari yang disuntikkan di paha bayi?	1. Ya 2. Tidak → Ja21c 8. Tidak tahu → Ja21c	<input type="checkbox"/>
	b. Pada umur berapa hari [NAMA] diimunisasi Hepatitis B 0?	1. 0 - 24 jam 2. >24 jam - 7 hari 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Imunisasi BCG yang biasanya mulai diberikan umur 1 bulan dan disuntikkan di lengan (kanan) atas serta dapat meninggalkan bekas (scar) di bawah kulit?	1. Ya 2. Tidak → Ja21e 8. Tidak tahu → Ja21e	<input type="checkbox"/>
	d. Pada umur berapa [NAMA] diimunisasi BCG?	1. 0 – 29 hari 2. ≥ 1 bulan 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Imunisasi polio, cairan merah muda atau putih yang biasanya mulai diberikan pada umur 1 bulan dan diteteskan ke mulut?	1. Ya 2. Tidak → Ja21 h 7. Belum waktunya (umur ≤ 1 bulan) → Ja21h 8. Tidak Tahu → Ja21h	<input type="checkbox"/>
	f. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi polio? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK BULAN	..... bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Berapa kali [NAMA] diimunisasi polio?	..... Kali	<input type="checkbox"/>
	h. Imunisasi DPT-HB combo (Difteri Pertusis Tetanus-Hepatitis B combo) yang biasanya disuntikkan di paha dan biasanya mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan Polio 2?	1. Ya 2. Tidak → Ja21k 7. Belum waktunya (umur ≤ 2 bulan) → Ja21k 8. Tidak Tahu → Ja21k	<input type="checkbox"/>
	i. Pada umur berapa (NAMA) pertama kali diimunisasi DPT-HB Combo. JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"	..... bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	j. Berapa kali [NAMA] diimunisasi DPT-HB Combo?	..... kali	<input type="checkbox"/>
	k. Imunisasi campak yang biasanya mulai diberikan umur 9 bulan dan disuntikkan di paha atau lengan kiri atas serta diberikan satu kali?	1. Ya 7. Belum waktunya (umur ≤ 9 bulan) 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>

CEK KELENGKAPAN IMUNISASI DARI Ja20 DAN Ja21 (BCG 1x dan POLIO 4x dan DPT-HB 3x dan CAMPAK 1x)  
 JIKA IMUNISASI ART LENGKAP, LANJUTKAN KE Ja23  
 JIKA IMUNISASI ART TIDAK LENGKAP, LANJUTKAN KE Ja22

Ja22	Apa alasan utama [NAMA] "TIDAK MENDAPAT IMUNISASI LENGKAP"? 1. Takut anak menjadi panas    3. Vaksin tidak tersedia    5. Tempat imunisasi jauh    7. Belum waktunya lengkap (umur < 9 bulan) 2. Anak sering sakit    4. Petugas tidak datang    6. Sibuk/repot	<input type="checkbox"/>
Ja23	Apakah setelah mendapat imunisasi [NAMA] pernah mengalami keluhan <i>Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)</i> seperti berikut: (TULIS KODE : 1 = Ya ATAU 2 = Tidak)	
	a. Demam ringan <input type="checkbox"/> c. Bengkak <input type="checkbox"/> e. Bernanah <input type="checkbox"/> b. Demam tinggi <input type="checkbox"/> d. Kemerahan <input type="checkbox"/> f. Lainnya, sebutkan ..... <input type="checkbox"/>	
Ja24	Apakah dalam 6 bulan terakhir [NAMA] ditimbang	1. Ya    2. Tidak → Ja26 <input type="checkbox"/>
Ja25	Dalam 6 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] ditimbang <b>JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88"</b>	..... Kali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**LANJUTKAN KE Ja27**

Ja26	Mengapa dalam 6 bulan terakhir [NAMA] TIDAK PERNAH DIITIMBANG (JAWABAN Ja24 = 2) sebutkan alasan utamanya: 1. Anak sudah besar (≥1 tahun)    4. Bosan kalau hanya ditimbang    7. Tempatnya jauh 2. Anak sudah selesai imunisasi    5. Lupa/tidak tahu jadwalnya    8. Sibuk/repot 3. Anak tidak mau ditimbang    6. Tidak ada tempat penimbangan    9. Malas	<input type="checkbox"/>
Ja27	Apakah dalam 6 bulan terakhir [NAMA] pernah mendapatkan kapsul vitamin A? (GUNAKAN KARTU PERAGA) 1. Ya    2. Tidak pernah    7. Belum waktunya (umur ≤ 6 bulan)    8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>

**UNTUK PERTANYAAN Ja28 LAKUKAN OBSERVASI ATAU GUNAKAN KARTU PERAGA**

Ja28	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat baik sejak lahir ataupun karena <i>cedera/kecelakaan</i> (TULIS KODE : 1 = Ya ATAU 2 = Tidak)	
	a. Tuna netra (penglihatan) <input type="checkbox"/> c. Tuna wicara (berbicara) <input type="checkbox"/> e. Bibir Sumbing <input type="checkbox"/> b. Tuna rungu (pendengaran) <input type="checkbox"/> d. Tuna daksa (bagian tubuh) <input type="checkbox"/> f. <i>Down Syndrome</i> <input type="checkbox"/>	

**JIKA ART PEREMPUAN BERUMUR 24 – 59 BULAN → SUB BLOK Jc (SUNAT PEREMPUAN)  
 JIKA ART LAKI-LAKI BERUMUR 24 – 59 BULAN → BLOK K (PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN)  
 JIKA ART BERUMUR 0 – 23 BULAN → BLOK Jb**

**Jb. ASI DAN MP-ASI (KHUSUS ART UMUR 0 – 23 BULAN)**

Jb01	Apakah [NAMA] pernah disusui atau diberi ASI (Air Susu Ibu) oleh ibu kandungnya?	1. Ya    2. Tidak → Jb10 <input type="checkbox"/>
Jb02	a. Apakah ketika baru lahir [NAMA] dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	1. Ya    2. Tidak → Jb03 <input type="checkbox"/>
	b. Berapa lama ibu dan bayi melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	1. < 1 jam    2. ≥ 1 jam <input type="checkbox"/>
Jb03	Kapan ibu mulai melakukan proses menyusui untuk yang pertama kali, setelah [NAMA] dilahirkan? <b>JIKA KURANG DARI 1 JAM, TULIS 00;</b> <b>JIKA KURANG DARI 24 JAM, TULIS DALAM JAM;</b> <b>JIKA 24 JAM ATAU LEBIH TULIS DALAM HARI</b>	a. .... jam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. .... hari <input type="checkbox"/>
Jb04	Apa yang dilakukan IBU terhadap kolostrum?	1. Diberikan semua kepada bayi    3. Dibuang semua 2. Dibuang sebagian    8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/>
Jb05	Apakah sebelum disusui yang pertama kali atau sebelum ASI keluar/lancar, [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI?	1. Ya    8. Tidak tahu → Jb07 2. Tidak → Jb07 <input type="checkbox"/>
Jb06	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? (TULIS KODE : 1 = Ya ATAU 2 = Tidak)	
	a. Susu formula <input type="checkbox"/> e. Air Tajin <input type="checkbox"/> i. Air putih <input type="checkbox"/> b. Susu non formula <input type="checkbox"/> f. Air kelapa <input type="checkbox"/> j. Bubur tepung/bubur saring <input type="checkbox"/> c. Madu/ Madu + air <input type="checkbox"/> g. Kopi <input type="checkbox"/> k. Pisang dihaluskan <input type="checkbox"/> d. Air gula <input type="checkbox"/> h. Teh Manis <input type="checkbox"/> l. Nasi dihaluskan <input type="checkbox"/>	

Jb07	Apakah saat ini [NAMA] masih disusui?	1. Ya → Jb09	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
Jb08	Pada umur berapa bulan [NAMA] disapih/mulai tidak disusui lagi? <b>BILA TIDAK TAHU TULIS 88</b>	..... bulan → Jb10		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Jb09	Apakah dalam 24 jam terakhir [NAMA] <b>hanya mendapatkan air susu ibu (ASI)</b> saja dan tidak diberi minuman (cairan) dan atau makanan selain ASI?	1.Ya→Jb12	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
Jb10	Pada saat [NAMA] umur berapa, IBU <b>pertama kali mulai</b> 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	<input type="checkbox"/>	
Jb11	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang <b>pertama kali mulai</b> diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? ( <b>TULIS KODE : 1 = Ya ATAU 2 = Tidak</b> )					
	a. Susu formula	<input type="checkbox"/>	d. Biskuit	<input type="checkbox"/>	g. Pisang dihaluskan	<input type="checkbox"/>
	b. Susu non-formula	<input type="checkbox"/>	e. Bubur tepung/bubur saring	<input type="checkbox"/>	h. Bubur nasi/ nasi tim/nasi dihaluskan	<input type="checkbox"/>
	c. Bubur formula	<input type="checkbox"/>	f. Air tajin	<input type="checkbox"/>		
Jb12	Apakah [NAMA] pernah menggunakan botol/dot/kempengan sebelum usia 6 bulan?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		

**JIKA ART PEREMPUAN BERUMUR 0 – 23 BULAN → SUB BLOK Jc (SUNAT PEREMPUAN)  
JIKA ART LAKI-LAKI BERUMUR 0 – 23 BULAN → BLOK K (PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN)**

**Jc. SUNAT PEREMPUAN (KHUSUS ART PEREMPUAN USIA 0-11 TAHUN)**

Jc01	Apakah [NAMA] pernah disunat?	1. Ya	2. Tidak → BLOK K	8. Tidak tahu → BLOK K	<input type="checkbox"/>			
Jc02	Pada umur berapa bulan/ tahun [NAMA] disunat?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Satuan umur:	1. Bulan	2. Tahun	<input type="checkbox"/>		
Jc03	Siapa yang menyarankan [NAMA] disunat? ( <b>TULIS KODE 1 = Ya ATAU 2 = Tidak</b> )							
	1. Orang tua	<input type="checkbox"/>	2. Keluarga	<input type="checkbox"/>	3. Tokoh agama	<input type="checkbox"/>	4. Tokoh adat	<input type="checkbox"/>
Jc04	Siapa yang melakukan sunat	1. Tukang sunat	2. Dukun bayi	3. Bidan	4. Nakes lainnya	<input type="checkbox"/>		

**K. PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN**

**BERAT BADAN DAN TINGGI BADAN/ PANJANG BADAN (UNTUK SEMUA UMUR )**

K01	a. Apakah ART ditimbang ?	1. Ya	2. Tidak → K02	<input type="checkbox"/>
	b. Berat Badan (kg)	..... kg		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
K02	a. Apakah ART diukur Tinggi/Panjang Badan?	1. Ya	2. Tidak → K03	<input type="checkbox"/>
	b. Tinggi/Panjang Badan (Cm)	..... cm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
	c. <b>KHUSUS UNTUK BALITA</b> , (Posisi pengukuran TB/PB)	1. Berdiri	2. Telentang	<input type="checkbox"/>

**LINGKAR LENGAN ATAS (LILA) KHUSUS WANITA USIA SUBUR (15-49 TAHUN) DAN/ ATAU WANITA HAMIL**

K03	a. Apakah ART diukur Lingkar Lengan Atas (LILA)	1. Ya	2. Tidak → K04	<input type="checkbox"/>
	b. Lingkar Lengan Atas (LILA)cm	..... cm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>

**LINGKAR PERUT (KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN) KECUALI IBU HAMIL**

K04	a. Apakah ART diukur Lingkar Perut	1. Ya	2. Tidak → K05	<input type="checkbox"/>
	b. Lingkar Perut (Cm)	..... cm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>

TEKANAN DARAH DIUKUR DI LENGAN KIRI ( UNTUK ART UMUR ≥ 15 TAHUN )			
K05	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang pertama:	1. Ya	2. Tidak→L <input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K06	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang kedua :	1. Ya	2. Tidak→L <input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K07	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang ketiga :	1. Ya	2. Tidak→L <input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### L. PEMERIKSAAN MATA

##### PEMERIKSAAN VISUS (UNTUK ART USIA ≥ 6 TAHUN)

L01	Alat bantu apa yang digunakan [NAMA] untuk melihat saat pemeriksaan visus?	1. Tanpa kacamata/ lensa kontak 2. Pakai kacamata 3. Pakai lensa kontak	<input type="checkbox"/>		
L02	<b>Pemeriksaan VISUS</b> 1. Dapat melihat E kecil (jarak 6m) 2. Tidak dapat melihat E kecil, tetapi dapat melihat E sedang (jarak 6m) 3. Tidak dapat melihat E sedang, tetapi dapat melihat E besar (jarak 6m) 4. Tidak dapat melihat E besar (jarak 6m), tetapi dapat melihat E besar (jarak 3m) 5. Tidak dapat melihat E besar pada jarak 3m 6. TIDAK DIPERIKSA	<b>Mata kanan</b>			
		<b>Mata kiri</b>			
		<b>Tanpa pinhole</b>	<b>Dengan pinhole</b>	<b>Tanpa pinhole</b>	<b>Dengan pinhole</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### L03-L05 (UNTUK SEMUA UMUR)

L03	<b>Kelainan Permukaan Mata (LIHAT CONTOH PADA KARTU PERAGA)</b>			
	a. Pterygium	1. Ya, Mata kanan 2. Ya, Mata Kiri	3. Ya, Kedua mata 4. Tidak ada pterygium	<input type="checkbox"/>
	b. Kekeruhan kornea	1. Ya, Mata kanan 2. Ya, Mata Kiri	3. Ya, Kedua mata 4. Tidak ada kornea keruh	<input type="checkbox"/>
L04	Lensa mata:	1. Lensa normal 2. Lensa keruh (katarak) 3. TIDAK DIPERIKSA→ JIKA KEDUA MATA TDK DIPERIKSA KE L06	<b>Mata kanan</b>	<b>Mata kiri</b>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L05	Jika salah satu atau kedua jawaban <b>L04 berkode 2</b> , ditanyakan alasan mengapa [NAMA] belum operasi katarak			
	<b>a. Alasan Utama</b>	<b>b. Alasan Lain</b>	<b>c. Alasan Lain</b>	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Lihat kode</b>	1. Ada 2. Tidak Ada→L06 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Lihat kode</b>	1. Ada 2. Tidak Ada→L06 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Lihat kode</b>
	<b>KODE JAWABAN L05:</b>			
	01. Tidak tahu kalau katarak/tidak tahu kalau bisa dioperasi	02. Fasilitas operasi jauh/tidak dapat dijangkau	03. Kehendak Tuhan yang harus diterima	04. Tidak perlu karena masih dapat melihat dgn satu mata
	05. Diberitahu bahwa katarak belum matang	06. Tidak perlu karena sudah tua	07. Tidak tahu dimana tersedia fasilitas untuk operasi	08. Tidak perlu karena masih bisa bekerja
	09. Tidak diizinkan oleh keluarga	10. Takut dioperasi	11. Kurang penting dibanding prioritas hidup lainnya	12. Takut menjadi lebih buta
	13. Tidak mampu membiayai	14. Kontraindikasi operasi (penyakit lain/penyerta)	15. Tidak ada yang mendampingi	16. Lainnya

##### L06 (UNTUK ART < 5 TAHUN) LIHAT KARTU PERAGA

L06	Pemeriksaan Xeroftalmia: <b>ISIKAN HASILPEMERIKSAAN SESUAI KELAINAN YANG PALING BERAT</b>	<b>Mata Kanan</b>	<b>Mata Kiri</b>
	1. Tidak Ada Kelainan kornea 2. Bagian putih mata kering, kusam, tak bersinar 3. Ada bercak seperti busa sabun 4. Bagian hitam mata kering, kusam, tak bersinar	5. Sebagian dari hitam mata melunak seperti bubur 6. Seluruh bagian hitam mata melunak seperti bubur 7. Bola mata mengecil/mengempis 8. TIDAK DIPERIKSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**M. PEMERIKSAAN THT**

**M01 – M02 (UNTUK ART ≥ 2 TAHUN)**

M01	PENGAMATAN (OBSERVASI)	Telinga Kanan	Telinga Kiri
	a. Anatomi Liang telinga 1. Lapang 2. Sempit 3. Tidak ada liang telinga → M02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Kelainan dalam Liang Telinga <b>BILA TERDAPAT LEBIH DARI SATU KELAINAN, JUMLAHKAN SEMUA KODE JAWABAN YANG SESUAI</b>	00. Tidak Ada kelainan 01. Sekret bening encer 02. Sekret keruh kental 04. Sekret dan darah	08. Jaringan Granulasi 16. Serumen 32. Kolestomatoma 88. TIDAK DIPERIKSA
	c. Gendang telinga	1. Utuh 2. Perforasi	3. Tidak dapat dievaluasi 4. TIDAK DIPERIKSA
	d. Retroaurikuler	1. Normal 2. Fistel	3. Abses 4. Sikatrik 5. TIDAK DIPERIKSA
M02	Apakah [NAMA] mengalami gangguan pendengaran?	1. Ya, satu telinga 2. Ya, kedua telinga	3. Ya, gangguan pendengaran hilang timbul 4. Tidak ada gangguan pendengaran 8. Tidak tahu

**M03 (UNTUK ART ≥ 5 TAHUN)**

M03	<b>Pemeriksaan Konversasi (Dilakukan dalam ruang tertutup)</b> 1. Dapat mendengar dan mengikuti kata-kata yang bisikkan 2. Dapat mendengar dan mengikuti kata-kata dengan volume normal 3. Dapat mendengar dan mengikuti kata-kata volume keras 4. Dapat mendengar dan mengikuti kata-kata yang diucapkan dengan berteriak oleh pemeriksa pada telinga yang pendengarannya lebih baik 5. Tidak dapat mendengar teriakan pemeriksa 7. Tidak Berlaku (Responden Bisu)	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------

**N. PEMERIKSAAN STATUS GIGI PERMANEN ≥ 12 THN**

N01	Apakah dilakukan pemeriksaan gigi?	1. Ya      2. Tidak → O.01	<input type="checkbox"/>	
N02	<b>Berilah kode pada setiap kotak dentogram di bawah ini:</b> <b>D = gigi berlubang (decayed)</b> <b>M = gigi telah dicabut/tinggal akar (missing)</b> <b>F = gigi ditambal (filling)</b>	<b>DF = gigi ditambal dan ada lubang pada gigi tersebut</b> <b>BT = gigi belum terlihat/ belum tumbuh</b> <b>S = gigi tanpa lubang dan tanpa tambalan (sehat)</b>		
		D-T: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M-T: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> F-T: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DF-T: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
N03	<b>Periksa kondisi gigi dan kesehatan mulut</b>			
	a. Gigi Berjejal	1. Ya    2. Tidak <input type="checkbox"/>	d. Sariawan	1. Ya    2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Gigi goyah	1. Ya    2. Tidak <input type="checkbox"/>	e. Diskolorasi stain rokok	1. Ya    2. Tidak <input type="checkbox"/>
	c. Karang gigi	1. Ya    2. Tidak <input type="checkbox"/>	f. Kelainan gusi	1. Ya    2. Tidak <input type="checkbox"/>

**O. PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH DAN SAMPEL URIN**

O.01	Apakah diambil spesimen darah	1. Ya	2. Tidak →O.03	<input type="checkbox"/>
O.02	<b>STIKER NOMOR DARAH</b>	<b>TEMPEL STIKER DI SINI (XXXXXX)</b>		
O.03	Apakah diambil Urin ( <b>ART umur 6 – 12 tahun &amp; ART PEREMPUAN 15-49 tahun</b> )	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O.04	<b>STIKER NOMOR URIN</b>	<b>TEMPEL STIKER DI SINI (XXXXXX)</b>		

**CATATAN PENGUMPUL DATA**