

**STUDI SEROSURVEI ANTIBODI COVID-19 BERBASIS
KOMUNITAS DAN USIA DI 25 PROVINSI DI INDONESIA**

A. PENGENALAN TEMPAT			
01	Nomor Kode Klaster	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	Nama Pengumpul Data	<input type="text"/>	
03	Tanggal Pengumpulan Data	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
04	Tanda Tangan Pengumpul Data	<input type="text"/>	
05	Provinsi	<input type="text"/> <input type="text"/>	
06	Kabupaten/Kota	<input type="text"/> <input type="text"/>	
07	Kecamatan	<input type="text"/> <input type="text"/>	
08	Desa/Kelurahan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B. KETERANGAN RESPONDEN			
01	Nomor responden	TEMPEL STIKER DI SINI	
02	Nama lengkap	<input type="text"/>	
03	Tanggal lahir	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
04	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan <input type="checkbox"/>	
05	Nomor HP	<input type="text"/>	
06	Alamat tempat tinggal	<input type="text"/>	
07	RT/RW/Kode Pos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
08	Pendidikan	1. Tidak/Belum sekolah 2. SD/ sederajat 3. SMP/ sederajat 4. SMA/ sederajat 5. PT <input type="checkbox"/>	
09	Jenis kepesertaan BPJS Kes	1. PBI 2. Non PBI 3. Tidak Punya 4. Tidak Tau <input type="checkbox"/>	
10	Status pernikahan	1. Belum menikah 2. Menikah 3. Cerai hidup 4. Cerai Mati <input type="checkbox"/>	
C. KEGIATAN SEHARI-HARI			
01	Apa kegiatan [NAMA] seminggu terakhir?	1. Bekerja 2. Mengurus rumah tangga 3. Sekolah 4. Lainnya <input type="checkbox"/>	
02	Dalam seminggu terakhir apakah [NAMA] melakukan aktivitas di luar rumah (bekerja,	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	

	belanja, olahraga, ibadah, berobat									
	Jika Ya, kemana saja? (Isikan kode 1 “Ya” dan kode 2 “Tidak”									
03	Pasar tradisional	<input type="checkbox"/>	08	Fasilitas kesehatan	<input type="checkbox"/>					
04	Pasar modern (minimarket, swalayan)	<input type="checkbox"/>	09	Tempat rekreasi/taman	<input type="checkbox"/>					
05	Mall	<input type="checkbox"/>	10	Tempat olahraga tertutup/gimnasium	<input type="checkbox"/>					
06	Tempat ibadah	<input type="checkbox"/>	11	Tempat kerja/kantor	<input type="checkbox"/>					
07	Apotik / toko obat	<input type="checkbox"/>	12	sekolah	<input type="checkbox"/>					
	Moda transportasi yang [NAMA] gunakan seminggu terakhir (Isikan kode 1 “Ya”, kode 2 “Tidak”									
13	Kendaraan umum	<input type="checkbox"/>	14	Kendaraan pribadi	<input type="checkbox"/>					
D. RIWAYAT GEJALA										
	Dalam 1 bulan terakhir, pernahkah [NAMA] mengalami gejala berikut? (Isikan kode 1 “Ya”; kode 2 “Tidak” dan kode 3 “Tidak Tahu”)									
01	Demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam	<input type="checkbox"/>	10	Konjungtivitis	<input type="checkbox"/>					
02	Nyeri tenggorokan	<input type="checkbox"/>	11	Nyeri otot	<input type="checkbox"/>					
03	Pilek	<input type="checkbox"/>	12	Nyeri sendi	<input type="checkbox"/>					
04	Batuk	<input type="checkbox"/>	13	Tidak nafsu makan	<input type="checkbox"/>					
05	Sesak napas	<input type="checkbox"/>	14	Tidak dapat mencium bau/hilang rasa	<input type="checkbox"/>					
06	Gejala pernapasan lain	<input type="checkbox"/>	15	Lelah	<input type="checkbox"/>					
07	Mual muntah	<input type="checkbox"/>	16	Diare	<input type="checkbox"/>					
08	Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	17	Gejala neurologis lain	<input type="checkbox"/>					
09	Ruam	<input type="checkbox"/>	18	Gejala lain	<input type="checkbox"/>					
E. GEJALA PASIEN KOMPLIKASI										
	Ditanyakan jika responden mempunyai gejala yang disebutkan pada blok D									
01	Apakah gejala yang dialami, membuat [NAMA] tidak sekolah/bekerja/beraktivitas?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak		<input type="checkbox"/>						
02	Apakah gejala yang dialami, membuat [NAMA] mencari pertolongan ke Faskes?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak		<input type="checkbox"/>						
03	Apakah gejala yang dialami, membuat [NAMA] dirawat di rumah sakit?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak		<input type="checkbox"/>						
F. COVID-19										
01	APAKAH [NAMA] pernah kontak dengan suspek atau kasus terkonfirmasi COVID-19	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu		<input type="checkbox"/>						
02	Apakah [NAMA] perlu melakukan ISOMAN?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>						
03	Apa [NAMA] melakukan pemeriksaan PCR?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>						
04	Apa [NAMA] melakukan pemeriksaan rapid antigen?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>						
05	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis COVID-19?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu		<input type="checkbox"/>						
06	Jika Ya, kapan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>					

07	Jika Ya, apakah ada gejala saat sakit COVID-19?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
08	Apakah [NAMA] telah mendapatkan vaksinasi dosis 1?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
09	Kapan [NAMA] mendapatkan vaksinasi dosis 1? (hh/bb/tttt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10	Apa merek vaksin yang diberikan kepada [NAMA]?	1. Sinovac 3. Moderna 5. Pfizer 2. Astra Zanecca 3. Sinopharm 6. Lainnya	<input type="checkbox"/>
11	Apakah [NAMA] dapat menunjukkan kartu vaksinasi?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
12	Apakah [NAMA] telah mendapatkan vaksinasi dosis 2?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
13	Kapan [NAMA] mendapatkan vaksinasi dosis 2? (hh/bb/tttt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14	Apa merek vaksin yang diberikan kepada [NAMA]?	1. Sinovac 3. Moderna 5. Pfizer 2. Astra Zanecca 3. Sinopharm 6. Lainnya	<input type="checkbox"/>
15	Apakah [NAMA] dapat menunjukkan kartu vaksinasi?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
G. FAKTOR RISIKO DAN PENCEGAHAN COVID-19			
01	Apakah [NAMA] pernah merokok?	1. Ya, sekarang masih merokok 2. Ya, sudah tidak merokok lagi 3. Tidak pernah meroko	<input type="checkbox"/>
02	Apakah ada anggota rumah tangga lain yang merokok?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
03	Frekuensi aktivitas fisik (minimal 30 menit)	1. Minimal 3x per minggu 2. Kurang dari 3x per minggu	<input type="checkbox"/>
04	Porsi konsumsi buah/sayur?	1. Minimal 5 porsi per hari 2. Kurang 5 porsi per hari	<input type="checkbox"/>
05	Konsumsi alkohol?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
06	Apakah [NAMA] tahu cara pencegahan tertular COVID-19	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
07	Jika G6 menjawab Ya : Cara pencegahan COVID-19 yang dilakukan responden? Pilihan jawaban jangan dibacakan (Boleh menjawab lebih dari 1) Isikan 1 jika jawaban disebutkan responden dan 2 jika jawaban tidak di sebutkan responden	1. Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun 2. Menggunakan masker 3. Menjaga jarak 4. Menghindari kerumunan 5. Mengurangi mobilitas 6. Disinfeksi rutin 7. Konsumsi vitamin 8. Konsumsi obat dan jamu 9. Lainnya	<input type="checkbox"/>