

SURVEI PELAYANAN KESEHATAN DAN PENDIDIKAN		
IR, RH, CH, KB, SP, PK, CP	BUKU 1B WANITA PERNAH MENIKAH 16-49 TAHUN	ID WANITA 15-49 TAHUN ____ 2 ____

Responden adalah wanita pernah menikah umur 16-49 tahun.	
Nama Responden:	No urut ART: ____

ENUMERATOR, EDITOR DAN SUPERVISOR

	Enumerator	Editor	Supervisor
Nama dan Kode Petugas	_____	_____	_____

HASIL KUNJUNGAN

	Kunjungan Pertama	Kunjungan Kedua	Kunjungan Ketiga
Tanggal	____/____/2007	____/____/2007	____/____/2007
Jam Mulai / Jam Selesai	____:____ / ____:____	____:____ / ____:____	____:____ / ____:____
Hasil Kunjungan	1. Selesai 2. Selesai sebagian, _____ 3. Responden menolak/tidak ada/berhalangan	1. Selesai 2. Selesai sebagian, _____ 3. Responden menolak/tidak ada/berhalangan	1. Selesai 2. Selesai sebagian, _____ 3. Responden menolak/tidak ada/berhalangan

HASIL PEMERIKSAAN

Pemeriksaan oleh Supervisor	Pengamatan oleh Supervisor	Pemeriksaan oleh Editor
1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Dientri, tanpa kesalahan 3. Dientri dan dikoreksi

PENGANTAR

Berikut ini kami akan menanyakan kepada Ibu perihal kondisi kesehatan Ibu, riwayat dan pengalaman kehamilan dan melahirkan, keluarga berencana, dan gizi keluarga Ibu. Kami menjamin bahwa keterangan yang Ibu berikan, akan kami jaga kerahasiaannya. Boleh kami mulai wawancara sekarang?

IR. IDENTITAS RESPONDEN

IR01	Umur	___ tahun
------	------	-----------

RH. RIWAYAT KEHAMILAN

Berikut ini kami ingin menanyakan riwayat kehamilan ibu.

RH01	Apakah Ibu pernah hamil baik yang berakhir dengan lahir hidup, lahir mati maupun keguguran?	1. Ya	3. Tidak → RH26
RH02	Apakah Ibu pernah melahirkan?	1. Ya	3. Tidak → RH11
RH03	Apakah Ibu mempunyai anak laki-laki atau anak perempuan yang Ibu lahirkan dan sekarang tinggal bersama Ibu?	1. Ya	3. Tidak → RH05
RH04	Berapa jumlah anak laki-laki dan perempuan yang ibu lahirkan dan tinggal bersama ibu?	a. Laki-laki ___	b. Perempuan: ___ c. Total ___
COCOKKAN DENGAN DAFTAR ANGGOTA RUMAH TANGGA UNTUK MELIHAT JUMLAH ANAK YANG DILAHIRKAN RESPONDEN YANG HIDUP DALAM RUMAH TANGGA INI. JIKA JUMLAH RH04 TIDAK SAMA DENGAN JUMLAH ANAK YANG DILAHIRKAN RESPONDEN DALAM DAFTAR ANGGOTA RUMAH TANGGA, LAKUKAN PROBING UNTUK MEMASTIKAN JUMLAH ITU. ULANGI PERTANYAAN DENGAN MENYEBUT NAMA ANAK YANG DILAHIRKAN RESPONDEN YANG ADA DALAM DAFTAR ANGGOTA RUMAH TANGGA (AR01). JIKA JUMLAH ANAK YANG DISEBUTKAN RESPONDEN LEBIH BESAR DARI DAFTAR AR, MAKA PERBAIKI DAFTAR AR TERSEBUT.			
RH05	Apakah Ibu mempunyai anak laki-laki atau perempuan yang Ibu lahirkan, yang sekarang masih hidup tetapi tidak tinggal bersama Ibu?	1. Ya	3. Tidak → RH11
RH06	Berapa jumlah anak laki-laki dan perempuan yang Ibu lahirkan yang masih hidup tetapi tidak tinggal bersama Ibu?	a. Laki-laki ___	b. Perempuan: ___ c. Total ___

	[1]	[2]	[3]	[4]
RH07	Nama anak yang dilahirkan dan masih hidup namun tidak tinggal bersama Ibu			
RH08	Tanggal lahir	___/___/_____	___/___/_____	___/___/_____
RH09	Jenis kelamin	1. Laki-laki 3. Perempuan	1. Laki-laki 3. Perempuan	1. Laki-laki 3. Perempuan
RH10	PEWAWANCARA PERIKSA: RH06c	1. >1 → KOLOM 2 3. TIDAK ↓	1. >2 → KOLOM 3 3. TIDAK ↓	1. >3 → KOLOM 4 3. TIDAK ↓

RH11	Apakah Ibu pernah melahirkan anak laki-laki atau anak perempuan yang hidup, tetapi kemudian meninggal dunia? PROBING : APAKAH IBU PERNAH MELAHIRKAN ANAK YANG MENANGIS ATAU ADA ISYARAT KEHIDUPAN TETAPI TIDAK HIDUP LEBIH LAMA?	1. Ya 3. Tidak → RH17
RH12	Berapa jumlah anak laki-laki dan perempuan yang Ibu lahirkan hidup, tetapi kemudian meninggal tersebut?	a. Laki-laki <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. Perempuan: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c. Total <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

	[1]	[2]	[3]	[4]
RH13	Kapan anak tersebut dilahirkan?	Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
RH14	Jenis kelamin	1. Laki-laki 3. Perempuan	1. Laki-laki 3. Perempuan	1. Laki-laki 3. Perempuan
RH15	Berapa lama anak Ibu bertahan hidup?	1. Menit 4. Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Jam 5. Tahun 3. Hari	1. Menit 4. Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Jam 5. Tahun 3. Hari	1. Menit 4. Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Jam 5. Tahun 3. Hari
RH16	PEWAWANCARA PERIKSA: RH12c	1. >1 → KOLOM 2 3. TIDAK ↓	1. >2 → KOLOM 3 3. TIDAK ↓	1. >3 → KOLOM 4 3. TIDAK ↓

RH17	Apakah Ibu pernah hamil tapi bayi itu lahir dalam keadaan meninggal?	1. Ya 3. Tidak → RH21
RH18	Berapa kali Ibu melahirkan bayi sudah dalam keadaan meninggal?	<input type="text"/>

	[1]	[2]	[3]	[4]
RH19	Kapan kejadian tersebut terjadi?	Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
RH19a	Berapa usia kehamilan ibu saat kejadian tsb terjadi?	<input type="text"/> <input type="text"/> Minggu	<input type="text"/> <input type="text"/> Minggu	<input type="text"/> <input type="text"/> Minggu
RH20	PEWAWANCARA PERIKSA: RH18	1. >1 → KOLOM 2 3. TIDAK ↓	1. >2 → KOLOM 3 3. TIDAK ↓	1. >3 → KOLOM 4 3. TIDAK ↓

RH21	(Selain kelahiran tersebut) Apakah Ibu pernah keguguran?	1. Ya 3. Tidak → RH25
RH22	Berapa kali Ibu keguguran?	<input type="text"/>

	[1]	[2]	[3]	[4]
RH23 Kapan keguguran tersebut terjadi?	Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/>	Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/>	Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/>	Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/>
RH23a Berapa usia kehamilan ibu saat kejadian tsb terjadi?	<input type="text"/> Minggu	<input type="text"/> Minggu	<input type="text"/> Minggu	<input type="text"/> Minggu
RH24 PEWAWANCARA PERIKSA: RH22	1. >1 → KOLOM 2 3. TIDAK ↓	1. >2 → KOLOM 3 3. TIDAK ↓	1. >3 → KOLOM 4 3. TIDAK ↓	1. >4 → SUPLEMEN RH23 3. TIDAK ↓

RH25 PETUNJUK PEWAWANCARA: JUMLAHKAN: RH04c + RH06c + RH12c = <input type="text"/> Untuk menyakinkan apakah jawaban yang saya peroleh benar, Ibu mempunyai <input type="text"/> anak lahir hidup, apakah itu benar?	1. Ya 3. Tidak → KOREKSI RH01-RH15
RH26 Apakah Ibu saat ini sedang hamil?	1. Ya 3. Tidak

CH. CATATAN KEHAMILAN

CH01 Berapa jumlah kehamilan ibu dalam 24 bulan terakhir, baik yang berakhir dengan lahir hidup, lahir mati maupun keguguran, termasuk kehamilan yang sekarang?	1. Satu 2. Dua 3. Tiga 6. TIDAK ADA → SEKSI KB
---	--

	1. Kehamilan saat ini / terakhir dalam 24 bulan terakhir	2. Kehamilan kedua terakhir dalam 24 bulan terakhir	3. Kehamilan ketiga terakhir dalam 24 bulan terakhir
CH02 Jenis hasil kehamilan	1. Sedang hamil → CH06 2. Keguguran → CH05 3. Lahir mati → CH04 4. Lahir hidup	1. Sedang hamil → CH06 2. Keguguran → CH05 3. Lahir mati → CH04 4. Lahir hidup	1. Sedang hamil → CH06 2. Keguguran → CH05 3. Lahir mati → CH04 4. Lahir hidup
CH03 Nama anak / No. Urut ART (ISI 51 JIKA ANAK TIDAK TINGGAL DIRUMAH)	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
CH04 Berapa usia kehamilan Ibu ketika anak lahir?	<input type="text"/> minggu → CH07	<input type="text"/> minggu → CH07	<input type="text"/> minggu → CH07
CH05 Berapa usia kehamilan Ibu ketika keguguran?	<input type="text"/> minggu → CH07	<input type="text"/> minggu → CH07	<input type="text"/> minggu → CH07
CH06 Berapa usia kehamilan Ibu sekarang?	<input type="text"/> minggu	<input type="text"/> minggu	<input type="text"/> minggu
CH07 Selama kehamilan, apakah Ibu pernah memeriksakan kehamilan?	1. Ya 3. Tidak → CH18	1. Ya 3. Tidak → CH18	1. Ya 3. Tidak → CH18

	1. Kehamilan saat ini / terakhir dalam 24 bulan terakhir	2. Kehamilan kedua terakhir dalam 24 bulan terakhir	3. Kehamilan ketiga terakhir dalam 24 bulan terakhir
CH08 Dalam <u>3 bulan pertama</u> usia kandungan, di mana dan berapa kali ibu memeriksakan kehamilan? (USIA KANDUNGAN 1-13 MINGGU)			
A. Rumah Sakit Pemerintah	A. <input type="checkbox"/> kali	A. <input type="checkbox"/> kali	A. <input type="checkbox"/> kali
B. Rumah Sakit Swasta	B. <input type="checkbox"/> kali	B. <input type="checkbox"/> kali	B. <input type="checkbox"/> kali
C. Puskesmas/Pustu	C. <input type="checkbox"/> kali	C. <input type="checkbox"/> kali	C. <input type="checkbox"/> kali
D. Polindes/Bidan Desa	D. <input type="checkbox"/> kali	D. <input type="checkbox"/> kali	D. <input type="checkbox"/> kali
E. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta	E. <input type="checkbox"/> kali	E. <input type="checkbox"/> kali	E. <input type="checkbox"/> kali
F. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta	F. <input type="checkbox"/> kali	F. <input type="checkbox"/> kali	F. <input type="checkbox"/> kali
G. Rumah Dukun Bayi	G. <input type="checkbox"/> kali	G. <input type="checkbox"/> kali	G. <input type="checkbox"/> kali
H. Posyandu	H. <input type="checkbox"/> kali	H. <input type="checkbox"/> kali	H. <input type="checkbox"/> kali
V. Lainnya, _____	V. _____ kali	V. _____ kali	V. _____ kali
W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA
CH09 PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH CH04 ATAU CH05 ATAU CH06 > 13 MINGGU?	1. YA 3. TIDAK → CH13	1. YA 3. TIDAK → CH13	1. YA 3. TIDAK → CH13
CH10 Dalam <u>3 bulan kedua</u> usia kandungan, di mana dan berapa kali ibu memeriksakan kehamilan? (USIA KANDUNGAN 14-26 MINGGU)			
A. Rumah Sakit Pemerintah	A. <input type="checkbox"/> kali	A. <input type="checkbox"/> kali	A. <input type="checkbox"/> kali
B. Rumah Sakit Swasta	B. <input type="checkbox"/> kali	B. <input type="checkbox"/> kali	B. <input type="checkbox"/> kali
C. Puskesmas/Pustu	C. <input type="checkbox"/> kali	C. <input type="checkbox"/> kali	C. <input type="checkbox"/> kali
D. Polindes/Bidan Desa	D. <input type="checkbox"/> kali	D. <input type="checkbox"/> kali	D. <input type="checkbox"/> kali
E. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta	E. <input type="checkbox"/> kali	E. <input type="checkbox"/> kali	E. <input type="checkbox"/> kali
F. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta	F. <input type="checkbox"/> kali	F. <input type="checkbox"/> kali	F. <input type="checkbox"/> kali
G. Rumah Dukun Bayi	G. <input type="checkbox"/> kali	G. <input type="checkbox"/> kali	G. <input type="checkbox"/> kali
H. Posyandu	H. <input type="checkbox"/> kali	H. <input type="checkbox"/> kali	H. <input type="checkbox"/> kali
V. Lainnya, _____	V. _____ kali	V. _____ kali	V. _____ kali
W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA

	1. Kehamilan saat ini / terakhir dalam 24 bulan terakhir	2. Kehamilan kedua terakhir dalam 24 bulan terakhir	3. Kehamilan ketiga terakhir dalam 24 bulan terakhir
CH11 PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH CH04 ATAU CH05 ATAU CH06 > 26 MINGGU?	1. YA 3. TIDAK → CH13	1. YA 3. TIDAK → CH13	1. YA 3. TIDAK → CH13
CH12 Dalam 3 bulan ketiga usia kandungan, di mana dan berapa kali ibu memeriksakan kehamilan? (USIA KANDUNGAN 27 MINGGU SAMPAI MELAHIRKAN)			
A. Rumah Sakit Pemerintah	A. <input type="text"/> kali	A. <input type="text"/> kali	A. <input type="text"/> kali
B. Rumah Sakit Swasta	B. <input type="text"/> kali	B. <input type="text"/> kali	B. <input type="text"/> kali
C. Puskesmas/Pustu	C. <input type="text"/> kali	C. <input type="text"/> kali	C. <input type="text"/> kali
D. Polindes/Bidan Desa	D. <input type="text"/> kali	D. <input type="text"/> kali	D. <input type="text"/> kali
E. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta	E. <input type="text"/> kali	E. <input type="text"/> kali	E. <input type="text"/> kali
F. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta	F. <input type="text"/> kali	F. <input type="text"/> kali	F. <input type="text"/> kali
G. Rumah Dukun Bayi	G. <input type="text"/> kali	G. <input type="text"/> kali	G. <input type="text"/> kali
H. Posyandu	H. <input type="text"/> kali	H. <input type="text"/> kali	H. <input type="text"/> kali
V. Lainnya, _____	V. _____ kali	V. _____ kali	V. _____ kali
W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA
CH13 Rata-rata, berapa biaya yang Ibu keluarkan untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan?	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/>
CH14 Fasilitas kesehatan mana yang paling sering dikunjungi untuk mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan?	a. Nama fasilitas: _____ b. Alamat: _____ _____ c. ID Fasilitas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Nama fasilitas: _____ b. Alamat: _____ _____ c. ID Fasilitas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Nama fasilitas: _____ b. Alamat: _____ _____ c. ID Fasilitas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

	1. Kehamilan saat ini / terakhir dalam 24 bulan terakhir	2. Kehamilan kedua terakhir dalam 24 bulan terakhir	3. Kehamilan ketiga terakhir dalam 24 bulan terakhir
CH15 Apakah Ibu mendapatkan pelayanan kesehatan [...] paling sedikit satu kali selama kehamilan?			
a. Pengukuran berat badan	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
b. Pengukuran tinggi badan	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
c. Pengukuran tekanan darah	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
d. Pemeriksaan darah (Hb, golongan darah, dsb.)	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
e. Pengukuran tinggi perut	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
f. Mendengarkan bunyi jantung bayi	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
g. Pemeriksaan dalam	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
h. Pengukuran panggul luar	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
CH16 Apakah petugas kesehatan memberikan informasi kepada ibu tentang tanda-tanda komplikasi kehamilan?	1. Ya 3. Tidak → CH18	1. Ya 3. Tidak → CH18	1. Ya 3. Tidak → CH18
CH17 Apakah petugas kesehatan memberikan informasi kepada Ibu tentang apa yang harus dilakukan, jika Ibu merasakan adanya komplikasi kehamilan?	1. Ya 8. TIDAK TAHU 3. Tidak	1. Ya 8. TIDAK TAHU 3. Tidak	1. Ya 8. TIDAK TAHU 3. Tidak
CH18 Selama kehamilan, apakah Ibu pernah mendapat suntikan Tetanus Toxoid (TT)/ imunisasi ibu hamil untuk mencegah bayi dari penyakit tetanus, atau kejang-kejang setelah lahir?	1. Ya 3. Tidak → CH20	1. Ya 3. Tidak → CH20	1. Ya 3. Tidak → CH20
CH19 Berapa kali ibu mendapatkan suntikan TT tersebut?	1. 1 kali 8. TIDAK TAHU	1. 1 kali 8. TIDAK TAHU	1. 1 kali 8. TIDAK TAHU
CH20 Apakah Ibu mendapat pil zat besi (penambah darah) selama kehamilan?	1. Ya 3. Tidak → CH23	1. Ya 3. Tidak → CH23	1. Ya 3. Tidak → CH23
CH21 Berapa jumlah pil zat besi yang ibu terima/dapatkan?	1. 1-30 pil 4. > 90 pil 2. 31-60 pil 8. TIDAK TAHU 3. 61-90 pil	1. 1-30 pil 4. > 90 pil 2. 31-60 pil 8. TIDAK TAHU 3. 61-90 pil	1. 1-30 pil 4. > 90 pil 2. 31-60 pil 8. TIDAK TAHU 3. 61-90 pil
CH22 Apakah ibu minum semua pil zat besi yang ibu terima/dapatkan?	1. Ya, semua 2. Ya, sebagian besar 3. Ya, sebagian kecil 6. Tidak sama sekali	1. Ya, semua 2. Ya, sebagian besar 3. Ya, sebagian kecil 6. Tidak sama sekali	1. Ya, semua 2. Ya, sebagian besar 3. Ya, sebagian kecil 6. Tidak sama sekali

Perawatan Pasca Melahirkan			
	1. Kehamilan saat ini / terakhir dalam 24 bulan terakhir	2. Kehamilan kedua terakhir dalam 24 bulan terakhir	3. Kehamilan ketiga terakhir dalam 24 bulan terakhir
CH23 PEWAWANCARA PERIKSA CH02.	1. CH02 = 1 ATAU 2 → CH35 3. CH02 = 3 ATAU 4	1. CH02 = 1 ATAU 2 → CH35 3. CH02 = 3 ATAU 4	1. CH02 = 1 ATAU 2 → Seksi KB 3. CH02 = 3 ATAU 4
CH24 Di mana ibu melakukan persalinan?	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah sendiri/rumah keluarga 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah sendiri/rumah keluarga 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah sendiri/rumah keluarga 95. Lainnya, _____
CH25 Siapa yang membantu persalinan?	A. Dokter B. Bidan C. Perawat/mantri D. Dukun Bayi E. Anggota Keluarga V. Lainnya, _____	A. Dokter B. Bidan C. Perawat/mantri D. Dukun Bayi E. Anggota Keluarga V. Lainnya, _____	A. Dokter B. Bidan C. Perawat/mantri D. Dukun Bayi E. Anggota Keluarga V. Lainnya, _____
CH26 PEWAWANCARA PERIKSA CH02.	1. CH02 = 3 → CH31 3. CH02 = 4	1. CH02 = 1 ATAU 2 → CH31 3. CH02 = 3 ATAU 4	1. CH02 = 1 ATAU 2 → CH31 3. CH02 = 3 ATAU 4
CH27 Bagaimana proses persalinan ibu?	1. Normal 3. Mengalami komplikasi	1. Normal 3. Mengalami komplikasi	1. Normal 3. Mengalami komplikasi
CH28 Berapa biaya yang Ibu keluarkan untuk pelayanan persalinan?	Rp	Rp	Rp
CH29 Apakah anak ditimbang ketika lahir ?	1. Ya 3. Tidak → CH31 8. TIDAK TAHU → CH31	1. Ya 3. Tidak → CH31 8. TIDAK TAHU → CH31	1. Ya 3. Tidak → CH31 8. TIDAK TAHU → CH31
CH30 Berapa berat anak waktu lahir? gram gram gram

		1. Kehamilan saat ini / terakhir dalam 24 bulan terakhir	2. Kehamilan kedua terakhir dalam 24 bulan terakhir	3. Kehamilan ketiga terakhir dalam 24 bulan terakhir
CH31	Apakah Ibu/bayi Ibu menerima perawatan lanjutan setelah melahirkan selama 40 hari pertama?	1. Ya 3. Tidak → CH35	1. Ya 3. Tidak → CH35	1. Ya 3.Tidak → Seksi KB
CH32	Selama 7 hari pertama setelah anak ibu lahir berapa kali ibu/anak menerima perawatan lanjutan dari [...]?			
	A. Rumah Sakit Pemerintah	A. <input type="checkbox"/> kali	A. <input type="checkbox"/> kali	A. <input type="checkbox"/> kali
	B. Rumah Sakit Swasta	B. <input type="checkbox"/> kali	B. <input type="checkbox"/> kali	B. <input type="checkbox"/> kali
	C. Puskesmas/Pustu	C. <input type="checkbox"/> kali	C. <input type="checkbox"/> kali	C. <input type="checkbox"/> kali
	D. Polindes/Bidan Desa	D. <input type="checkbox"/> kali	D. <input type="checkbox"/> kali	D. <input type="checkbox"/> kali
	E. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta	E. <input type="checkbox"/> kali	E. <input type="checkbox"/> kali	E. <input type="checkbox"/> kali
	F. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta	F. <input type="checkbox"/> kali	F. <input type="checkbox"/> kali	F. <input type="checkbox"/> kali
	G. Rumah Dukun Bayi	G. <input type="checkbox"/> kali	G. <input type="checkbox"/> kali	G. <input type="checkbox"/> kali
	H. Posyandu	H. <input type="checkbox"/> kali	H. <input type="checkbox"/> kali	H. <input type="checkbox"/> kali
	V. Lainnya, _____	V. _____ <input type="checkbox"/> kali	V. _____ <input type="checkbox"/> kali	V. _____ <input type="checkbox"/> kali
	W. TIDAK MENDAPATKAN PELAYANAN	W.	W.	W.
CH33	Selama 8 - 40 hari pertama setelah anak ibu lahir berapa kali ibu/anak dapat menerima perawatan lanjutan dari [...]?			
	A. Rumah Sakit Pemerintah	A. <input type="checkbox"/> kali	A. <input type="checkbox"/> kali	A. <input type="checkbox"/> kali
	B. Rumah Sakit Swasta	B. <input type="checkbox"/> kali	B. <input type="checkbox"/> kali	B. <input type="checkbox"/> kali
	C. Puskesmas/Pustu	C. <input type="checkbox"/> kali	C. <input type="checkbox"/> kali	C. <input type="checkbox"/> kali
	D. Polindes/Bidan Desa	D. <input type="checkbox"/> kali	D. <input type="checkbox"/> kali	D. <input type="checkbox"/> kali
	E. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta	E. <input type="checkbox"/> kali	E. <input type="checkbox"/> kali	E. <input type="checkbox"/> kali
	F. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta	F. <input type="checkbox"/> kali	F. <input type="checkbox"/> kali	F. <input type="checkbox"/> kali
	G. Rumah Dukun Bayi	G. <input type="checkbox"/> kali	G. <input type="checkbox"/> kali	G. <input type="checkbox"/> kali
	H. Posyandu	H. <input type="checkbox"/> kali	H. <input type="checkbox"/> kali	H. <input type="checkbox"/> kali
	V. Lainnya, _____	V. _____ <input type="checkbox"/> kali	V. _____ <input type="checkbox"/> kali	V. _____ <input type="checkbox"/> kali
	W. TIDAK MENDAPATKAN PELAYANAN	W	W	W

		1. Kehamilan saat ini / terakhir dalam 24 bulan terakhir	2. Kehamilan kedua terakhir dalam 24 bulan terakhir	3. Kehamilan ketiga terakhir dalam 24 bulan terakhir
CH34	Rata-rata, berapa biaya yang Ibu keluarkan untuk pelayanan perawatan setelah persalinan?	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CH35	PERIKSA CH01	1. SATU ↓ 2. DUA → CH02, Kolom 2 (Hal. 4) 3. TIGA → CH02, Kolom 2 (Hal. 4)	2. DUA ↓ 3. TIGA → CH02, Kolom 2 (Hal. 4)	

KB. KELUARGA BERENCANA

KB01	PEWAWANCARA PERIKSA: STATUS PERKAWINAN (BUKU 1A, PERTANYAAN AR07)	1. RESPONDEN BERSTATUS KAWIN (AR07 = 2) 3. RESPONDEN BERSTATUS TIDAK KAWIN → SEKSI SP	
KB02	Apakah Ibu/Suami Ibu sekarang memakai suatu cara/alat KB untuk menunda atau mencegah kehamilan?	1. Ya	3. Tidak → SEKSI SP
KB03	Alat/cara KB apa yang sekarang Ibu/Suami Ibu pakai ?	1. Pil 2. Suntikan 1 bulan 3. Suntikan 3 bulan 4. Intravag 5. Kondom 6. IUD/AKDR/Spiral 7. Norplant/Implant/Susuk KB	8. Sterilisasi Wanita/Tubektomi 9. Sterilisasi Pria/Vasektomi 10. Pantang Berkala → SEKSI SP 11. Senggama Terputus → SEKSI SP 12. Jamu tradisional → SEKSI SP 13. Pijat tradisional → SEKSI SP 95. Lainnya, _____ → SEKSI SP
KB04	Kapankah terakhir kali Ibu/Suami ibu menerima alat kontrasepsi yang sekarang Ibu pakai ini?	1. Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	8. TIDAK TAHU
KB05	Berapa biaya yang keluarkan responden untuk ber-KB terakhir (termasuk biaya bahan-bahan, pelayanan dan biaya lain yang berkaitan)?	1. Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	8. TIDAK TAHU
KB06	Dari mana Ibu/Suami Ibu menerima alat kontrasepsi ini?	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Puskemas Pembantu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta 7. Klinik/tempat praktik/rumah/Perawat/Paramedis	8. Posyandu 9. Toko Obat/Apotik 10. Toko Swalayan/Supermarket 95. Lainnya, _____ 98. TIDAK TAHU/INGAT

SP. STATUS PEREMPUAN

SP01	Dalam rumah tangga ini, siapa yang membuat keputusan mengenai [...] dalam kaitannya dengan anak Ibu?	A. Responden B. Pasangan Responden C. ART lain D. Orang di luar rumah tangga W. TIDAK BERLAKU			
	a. Pendidikan (seperti menyekolahkan ke sekolah mana, berhenti sekolah, dsb.)	A	B	C	D W
	b. Kesehatan (seperti membawa anak ke fasilitas kesehatan mana, dsb.)	A	B	C	D W
	c. Kedisiplinan anak	A	B	C	D W
	d. Untuk mempunyai anak lagi	A	B	C	D W
SP02	Apakah Ibu harus meminta ijin dengan ART lain untuk membeli [...]?				
	a. Sayur mayur atau buah-buahan	1. Ya	3. Tidak	6. BELUM PERNAH MEMBELI	
	b. Pakaian untuk Ibu sendiri	1. Ya	3. Tidak	6. BELUM PERNAH MEMBELI	
	c. Obat-obatan untuk Ibu sendiri	1. Ya	3. Tidak	6. BELUM PERNAH MEMBELI	
	d. Peralatan pribadi (sabun, sampo, pasta gigi, pembalut wanita, dsb.)	1. Ya	3. Tidak	6. BELUM PERNAH MEMBELI	

PK. PENGETAHUAN KESEHATAN

Berikut kami akan menanyakan pendapat Ibu mengenai pemberian ASI/makanan tambahan pada bayi serta asupan makanan dan minuman pada anak yang sakit mencret.

PK01	Menurut Ibu, minimal berapa kali <u>seharusnya</u> seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya?	1. 1-3 kali	8. TIDAK TAHU
PK02	Kapan <u>seharusnya</u> setelah kelahiran bayi harus diberikan ASI?	1. 30 menit / segera setelah bayi lahir 2. Satu hari setelah bayi lahir 3. Setelah satu hari sejak bayi lahir	4. Satu minggu setelah bayi lahir 8. TIDAK TAHU
PK03	Kapan <u>seharusnya</u> pemberian air atau cairan lain dapat diberikan kepada bayi setelah lahir?	1. 1-3 hari setelah bayi lahir	8. TIDAK TAHU
PK04	Sewaktu anak mengalami mencret, <u>seharusnya</u> berapa banyak asupan makanan yang diberikan?	1. Normal, seperti biasanya 2. Lebih dari kebiasaan normal 3. Kurang dari kebiasaan normal	4. Menghentikan pemberian asupan makanan 8. TIDAK TAHU
PK05	Sewaktu anak mengalami mencret, <u>seharusnya</u> berapa banyak minuman yang diberikan?	1. Normal, seperti biasanya 2. Lebih dari kebiasaan normal 3. Kurang dari kebiasaan normal	4. Menghentikan pemberian minuman 8. TIDAK TAHU

CP. CATATAN PEWAWANCARA

CP01	BAHASA APA YANG DIGUNAKAN PADA KESELURUHAN/SEBAGIAN BESAR WAWANCARA?	1. INDONESIA 2. BETAWI 3. SUNDA 4. JAWA 5. MADURA 6. SASAK 7. MANDARIN 8. MANADO 9. GORONTALO 10. BUGIS 11. MAKASAR 95. LAINNYA, _____
CP02	ADAKAH BAHASA LAIN YANG DIGUNAKAN?	1. ADA, _____ (KODE PILIHAN SAMA DENGAN CP01) 3. TIDAK ADA
CP03	SIAPA SAJA (ORANG LAIN) SELAIN RESPONDEN YANG HADIR PADA SAAT WAWANCARA BERLANGSUNG?	A. TIDAK ADA B. SUAMI/ISTRI C. ANAK BERUMUR \geq 5 TAHUN D. ANAK BERUMUR < 5 TAHUN E. ORANG DEWASA, ART F. ORANG DEWASA, BUKAN ART
CP04	BAGAIMANA PENILAIAN ENUMERATOR TERHADAP KETEPATAN JAWABAN RESPONDEN?	1. SANGAT BAIK 2. BAIK 3. CUKUP BAIK 4. TIDAK BAIK 5. SANGAT TIDAK BAIK
CP05	BAGAIMANA PENILAIAN ENUMERATOR TERHADAP KESUNGGUHAN PERHATIAN RESPONDEN?	1. SANGAT BAIK 2. BAIK 3. CUKUP BAIK 4. TIDAK BAIK 5. SANGAT TIDAK BAIK
CP06	PERTANYAAN MANA YANG MEMBUAT RESPONDEN MERASA SULIT, MALU, ATAU BINGUNG DALAM MENJAWAB? (TULIS SEKSI DAN NOMOR PERTANYAANNYA)	_____ _____ _____

SEKSI	NO PERTANYAAN	CATATAN PEWAWANCARA