

SURVEI PELAYANAN KESEHATAN DAN PENDIDIKAN		
IR, POS, MAA, IM, NA, US, CP	BUKU 1D ANAK 0-36 BULAN	ID ANAK 0-36 BULAN ____ ____ 4 ____ ____ ____ ____

Responden adalah <u>ibu kandung</u> atau <u>pengasuh</u> dari <u>semua</u> anak umur 0-36 bulan yang <u>tinggal</u> di rumah <u>tangga</u> ini.		
Nama Responden:	No urut ART: ____	
Hubungan responden dengan [NAMA ANAK]	1. Ibu 2. Ayah 3. Kakak 4. Paman/Bibi	5. Kakek/Nenek 6. Famili lainnya 95. Lainnya, _____ 96. ANAK YANG BERSANGKUTAN

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 riwayat kesehatan dan nutrisi anak Ibu. Kami menjamin bahwa keterangan yang Ibu berikan , akan kami jaga kerahasiaannya. Boleh kami mulai wawancara sekarang?

PENGANTAR

Berikut ini kami akan menanyakan kepada Ibu perihal riwayat kesehatan dan nutrisi anak Ibu. Kami menjamin bahwa keterangan yang Ibu berikan , akan kami jaga kerahasiaannya. Boleh kami mulai wawancara sekarang?

IR. IDENTITAS RESPONDEN

IR01	Nama anak / No. urut ART	_____ / ____
IR02	Jenis kelamin [NAMA ANAK]	1. Laki-laki 3. Perempuan
IR03	Tanggal Lahir [NAMA ANAK]	____/____/____ (Tanggal/Bulan/Tahun)
IR04	Nama orang tua/dewasa yang bertanggung jawab terhadap [NAMA ANAK]/ No. urut ART	_____ / ____

POS. KUNJUNGAN KE POSYANDU

POS01	Apakah [NAMA ANAK] pernah dibawa ke Posyandu dalam <u>3 bulan terakhir</u> ?	1. Ya	3. Tidak → Seksi MAA
POS02	Apakah Posyandu terletak dalam lingkungan RT?	1. Ya → POS05	3. Tidak 6. TIDAK BERLAKU
POS03	Apakah Posyandu terletak dalam lingkungan RW/Dusun/Lingkungan?	1. Ya → POS05	3. Tidak 6. TIDAK BERLAKU
POS04	Apakah Posyandu terletak dalam lingkungan Desa/Kelurahan?	1. Ya	3. Tidak
POS05	Berapa kali [NAMA ANAK] mengunjungi Posyandu di dalam <u>3 bulan terakhir</u> ?	<u> </u> kali	
POS06	Kapan <u>terakhir kali</u> I/B/S membawa [NAMA ANAK] ke Posyandu?	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> (Tanggal/Bulan/Tahun)	
POS07	Apakah [NAMA ANAK] menerima pelayanan [...] pada <u>kunjungan terakhir</u> tersebut?		
	a. Penimbangan berat badan	1. Ya	3. Tidak
	b. Makanan tambahan (PMT)	1. Ya	3. Tidak
	c. Pil Vitamin A	1. Ya	3. Tidak
	d. Garam ber-Yodium	1. Ya	3. Tidak
	e. Imunisasi	1. Ya	3. Tidak
	f. Pemeriksaan kesehatan	1. Ya	3. Tidak
	g. Penyuluhan kesehatan	1. Ya	3. Tidak
	v. Lainnya, sebutkan _____	1. Ya	3. Tidak
POS08	Apakah ada Bidan atau Petugas Puskesmas pada <u>kunjungan terakhir</u> tersebut?	1. Ya	3. Tidak → POS10

POS09	Siapa Petugas Puskesmas yang memberikan pelayanan pada <u>kunjungan terakhir</u> tersebut?	A. DOKTER B. BIDAN PUSKESMAS ATAU BIDAN DESA C. PERAWAT / MANTRI	D. TENAGA KESEHATAN LAIN V. LAINNYA, _____ Y. TIDAK TAHU
POS10	Apakah I/B/S membayar untuk pelayanan pada <u>kunjungan terakhir</u> tersebut?	1. Ya	3. Tidak → POS12
POS11	Berapa biaya pelayanan tersebut?	1. Rp <u> </u> . <u> </u> <u> </u>	8. TIDAK TAHU
POS12	Apakah petugas posyandu/kesehatan menjelaskan kondisi kesehatan [NAMA ANAK] pada <u>kunjungan terakhir</u> tersebut?	1. Ya	3. Tidak → POS14
POS13	Apa saja yang dijelaskan petugas posyandu/kesehatan mengenai kondisi [NAMA ANAK]?	A. SEHAT B. TIDAK SEHAT C. KURANG GIZI D. IMUNISASI BELUM LENGKAP	E. BERAT BADAN TIDAK NAIK/TETAP F. BERAT BADAN TURUN V. LAINNYA, _____
POS14	Pada <u>kunjungan terakhir</u> tersebut, apakah petugas posyandu/kesehatan menjelaskan/menganjurkan apa yang harus I/B/S lakukan untuk [NAMA ANAK]?	1. Ya	3. Tidak → POS16
POS15	Apa yang dianjurkan oleh petugas posyandu/kesehatan?	A. MENAMBAH MAKANAN SECARA UMUM B. MENAMBAH MAKANAN TERTENTU, SEPERTI DAGING, SAYURAN, SUSU, DSB. C. HARUS KE DOKTER PUSKESMAS D. HARUS KE BIDAN DESA V. LAINNYA, _____	
POS16	Menurut I/B/S, bagaimana kondisi kesehatan [NAMA ANAK] saat <u>kunjungan terakhir</u> tersebut?	1. Sehat sekali 2. Cukup sehat	3. Tidak sehat / sakit 8. TIDAK TAHU

MAA. MORBIDITAS AKUT ANAK

MAA01	Apakah [NAMA ANAK] pernah <u>sakit mencret</u> dalam <u>1 bulan terakhir</u> ?	1. Ya	3. Tidak → MAA07	8. TIDAK TAHU → MAA07
MAA02	Berapa kali [NAMA ANAK] <u>sakit mencret</u> dalam <u>1 bulan terakhir</u> ?	1. <u> </u> kali	8. TIDAK TAHU	
MAA03	Berapa hari lamanya [NAMA ANAK] mencret saat <u>sakit terakhir</u> ?	1. <u> </u> hari	8. TIDAK TAHU	
MAA04	Apakah [NAMA ANAK] mendatangi/didatangi fasilitas/petugas kesehatan untuk mengobati mencret saat <u>sakit terakhir</u> ?	1. Ya	3. Tidak → MAA06	
MAA05	Ke mana berkunjung / siapa yang datang berkunjung?	A. Rumah Sakit Pemerintah B. Rumah Sakit Swasta C. Puskesmas/Pustu D. Poliklinik, Klinik Swasta, BKIA E. Polindes/Bidan Desa F. Dokter Praktik Swasta	G. Bidan Praktik Swasta H. Perawat/Mantri Praktik I. Posyandu J. Tenaga Kesehatan Tradisional V. Lainnya, _____ Y. TIDAK TAHU	

MAA06	Selama mengalami muncet, apakah [NAMA ANAK] mendapatkan Oralit atau Pemberian Cairan Tambahan (Terapi Oral Rehydration) lainnya?	1. Ya	3. Tidak	8. TIDAK TAHU
MAA07	Apakah [NAMA ANAK] pernah sakit <u>demam</u> dalam <u>1 bulan terakhir</u> ?	1. Ya	3. Tidak	8. TIDAK TAHU
MAA08	Apakah [NAMA ANAK] pernah sakit <u>batuk</u> dalam <u>1 bulan terakhir</u> ?	1. Ya	3. Tidak → SEKSI IM	8. TIDAK TAHU → SEKSI IM
MAA09	Ketika [NAMA ANAK] mengalami sakit <u>batuk</u> , apakah [NAMA ANAK] bernafas lebih cepat dari biasanya dengan nafas pendek dan cepat?	1. Ya	3. Tidak	8. TIDAK TAHU
MAA10	Apakah [NAMA ANAK] mendatangi/didatangi fasilitas/petugas kesehatan untuk mengobati sakit demam/batuk tersebut?	1. Ya	3. Tidak → SEKSI IM	
MAA11	Ke mana berkunjung / siapa yang datang berkunjung?	A. Rumah Sakit Pemerintah B. Rumah Sakit Swasta C. Puskesmas/Pustu D. Poliklinik, Klinik Swasta, BKIA E. Polindes/Bidan Desa F. Dokter Praktik Swasta G. Bidan Praktik Swasta H. Perawat/Mantri Praktik I. Posyandu J. Tenaga Kesehatan Tradisional V. Lainnya, _____ Y. TIDAK TAHU		

IM. IMUNISASI

IM01	Apakah [NAMA ANAK] memiliki KMS?	1. Ya	3. Tidak → IM03	8. TIDAK TAHU → IM03
IM02	Berapa biaya yang I/B/S keluarkan untuk memperoleh KMS?	1. Rp <u> </u> . <u> </u>		8. TIDAK TAHU
IM03	Apakah [NAMA ANAK] memiliki Buku KIA?	1. Ya	3. Tidak → IM05	8. TIDAK TAHU → IM05
IM04	Berapa biaya yang I/B/S keluarkan untuk memperoleh Buku KIA?	1. Rp <u> </u> . <u> </u>		8. TIDAK TAHU
IM05	Bolehkah saya melihat KMS atau Buku KIA untuk [NAMA ANAK]?	1. Diperlihatkan dan ada isinya 2. Diperlihatkan tapi kartu/buku kosong	3. Tidak diperlihatkan, karena _____ 6. TIDAK MEMILIKI KMS DAN BUKU KIA	
IM06	Berapa kali [NAMA ANAK] pernah minum Vitamin A?	1. <u> </u> kali (sumber: KMS atau Buku KIA) 2. <u> </u> kali (sumber: responden)	8. TIDAK TAHU	

PETUNJUK WAWANCARA: SALIN INFORMASI IMUNISASI DARI KMS ATAU BUKU KIA ATAU TANYAKAN PADA RESPONDEN UNTUK IMUNISASI YANG TIDAK TERCATAT DI KMS/BUKU KIA.

IM1TYPE		IM07	IM08	IM09	IM10	IM11
Jenis Imunisasi	Petunjuk Wawancara	Apakah [NAMA ANAK] menerima imunisasi [...] ?	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH IMUNISASI [...] DICATAT DALAM KMS ATAU BUKU KIA?	Kapan [NAMA ANAK] menerima imunisasi [...] ? (Tanggal/Bulan/Tahun)	Apakah I/B/S membayar untuk pelayanan [...]?	Berapa biaya yang I/B/S keluarkan?
A. BCG	Imunisasi BCG untuk mencegah dari penyakit TBC, adalah suntikan yang diberikan di lengan kiri atas dan meninggalkan bekas di kulit.	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. ____/____/ ____ 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp ____. 8. TIDAK TAHU
B1. Polio 1	Imunisasi Polio, adalah cairan berwarna putih atau merah muda yang diteteskan di mulut.	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. ____/____/ ____ 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp ____. 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
B2. Polio 2		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. ____/____/ ____ 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp ____. 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
B3. Polio 3		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. ____/____/ ____ 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp ____. 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
B4. Polio 4		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. ____/____/ ____ 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp ____. 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
C1. DPT 1	Imunisasi DPT adalah suntikan yang biasanya diberikan bersamaan dengan pemberian Polio.	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. ____/____/ ____ 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp ____. 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU

IM1TYPE		IM07	IM08	IM09	IM10	IM11
Jenis Imunisasi	Petunjuk Wawancara	Apakah [NAMA ANAK] menerima imunisasi [...] ?	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH IMUNISASI [...] DICATAT DALAM KMS ATAU BUKU KIA?	Kapan [NAMA ANAK] menerima imunisasi [...] ? (Tanggal/Bulan/Tahun)	Apakah I/B/S membayar untuk pelayanan [...] ?	Berapa biaya yang I/B/S keluarkan?
C2. DPT 2		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. / / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
C3. DPT 3		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. / / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
D. Campak	Suntikan untuk menjaga dari penyakit Campak.	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. / / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
E1. Hep B1	Suntikan Anti Hepatitis B	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. / / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
E2. Hep B2		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. / / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
E3. Hep B3		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. / / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
V1. Lainnya, _____		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. / / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU

IM1TYPE		IM07	IM08	IM09	IM10	IM11
Jenis Imunisasi	Petunjuk Wawancara	Apakah [NAMA ANAK] menerima imunisasi [...] ?	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH IMUNISASI [...] DICATAT DALAM KMS ATAU BUKU KIA?	Kapan [NAMA ANAK] menerima imunisasi [...] ? (Tanggal/Bulan/Tahun)	Apakah I/B/S membayar untuk pelayanan [...] ?	Berapa biaya yang I/B/S keluarkan?
V2. Lainnya, _____		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK	1. / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU

IM12	PETUNJUK PEWAWANCARA: APAKAH IM01 = 1 (MEMILIKI BUKU KMS) ATAU IM03 = 1 (MEMILIKI BUKU KIA)?	1. YA 3. TIDAK → SEKSI NA
------	---	-------------------------------------

CATATAN PEWAWANCARA: Salin informasi berat badan dari KMS atau Buku KIA untuk tiga kunjungan terakhir. Mulai dari kunjungan terakhir.

PETUNJUK WAWANCARA: JIKA DI KMS ATAU BUKU KIA TIDAK TERCATAT BERAT BADAN, MAKA TANYAKAN PADA KADER POSYANDU, KEMUNGKINAN BERAT BADAN TERCATAT DI BUKU LAIN.

IM13	IM14	IM15	IM16	IM17
No.	Tanggal kunjungan	Apakah berat badan [NAMA ANAK] diukur?	Kenapa tidak diukur?	Berat badan [NAMA ANAK]
1	1. / /	1. Ya → IM17 3. Tidak	1. Sakit ↓ 2. Berhalangan ↓ 3. Tidak mau ↓ 95. Lainnya, _____ ↓	1. , kg 8. TIDAK TAHU
2	1. / / 6. TIDAK BERLAKU ↓	1. Ya → IM17 3. Tidak	1. Sakit ↓ 2. Berhalangan ↓ 3. Tidak mau ↓ 95. Lainnya, _____ ↓	1. , kg 8. TIDAK TAHU
3	1. / / 6. TIDAK BERLAKU ↓	1. Ya → IM17 3. Tidak	1. Sakit ↓ 2. Berhalangan ↓ 3. Tidak mau ↓ 95. Lainnya, _____ ↓	1. , kg 8. TIDAK TAHU

NA. NUTRISI ANAK

NA01	Apakah [NAMA ANAK] pernah diberi ASI?	1. YA	3. TIDAK → NA04
NA02	Berapa lama setelah [NAMA ANAK] lahir, mulai diberi ASI?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> menit 2. <input type="text"/> <input type="text"/> jam	3. <input type="text"/> <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
NA03	Berapa lama [NAMA ANAK] diberi ASI?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan	6. MASIH DIBERI ASI → NA05 8. TIDAK TAHU
NA04	Mengapa [NAMA ANAK] berhenti/tidak diberi ASI?	A. Ibu sakit / ibu lemah B. Payudara ibu sakit C. Ibu bekerja D. Ibu minum pil KB E. Ibu ingin hamil lagi / Ibu hamil lagi F. ASI tidak keluar/tidak cukup	G. Anak sakit H. Anak tidak mau menyusui lagi I. Anak tidak bisa menghisap susu J. Anjuran dokter / petugas kesehatan V. Lainnya, _____ Y. TIDAK TAHU
NA05	Pada umur berapa [NAMA ANAK] pertama kali diberikan minum air (tawar, gula, madu, air beras, atau teh)?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 6. BELUM DIBERIKAN 8. TIDAK TAHU	1. Hari 2. Minggu 3. Bulan
NA06	Pada umur berapa [NAMA ANAK] secara teratur (setiap hari) diberikan makanan/minuman lain selain ASI?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 6. BELUM DIBERIKAN 8. TIDAK TAHU	1. Hari 2. Minggu 3. Bulan

NA07	APAKAH UMUR [NAMA ANAK] > 24 BULAN ?	1. YA	3. TIDAK → SEKSI US
------	--------------------------------------	-------	---------------------

NATYPE	NA08	NA09
Jenis makanan	Apakah [NAMA ANAK] mengonsumsi [...] dalam 1 minggu terakhir?	Berapa hari mengonsumsi [...]?
a. Susu	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
b. Telur	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
c. Daging sapi	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
d. Daging babi	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
e. Ayam atau bebek	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
f. Ikan	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
g. Nasi	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
h. Padi-padian yang lain	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
i. Umbi-umbian	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
j. Sayur-sayuran	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
k. Buah-buahan	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
l. Mie instan (Supermie, Indomie, dsb.)	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
m. Cemilan	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
n. Permen, coklat, dsb.	1. Ya 3. Tidak ↓	1. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU

US. PENGUKURAN KESEHATAN

US01	TINGGI BADAN (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
US02	BAGAIMANA CARA PENGUKURAN TINGGI BADAN?	1. ANAK BERBARING 2. ANAK BERDIRI
US03	BERAT BADAN (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> kg
US04	LINGKAR LENGAN (mm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
US05	APAKAH ADA BEKAS IMUNISASI BCG DI KULIT LENGAN ATAS?	1. YA 3. TIDAK

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, <u> </u> , _____ (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 ≥ 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)	_____ _____ _____		

[illegible]