

SURVEI PELAYANAN KESEHATAN DAN PENDIDIKAN

IR, POS, MAA, IM, NA, BM, CP

BUKU 1D ANAK 0-36 BULAN

ID ANAK 0-36 BULAN

4
 EA QX DESA RT ART SPLIT ART

Responden adalah ibu kandung atau pengasuh dari semua anak umur 0-36 bulan

COV1. Nama Responden:	No urut ART: <input type="text"/> <input type="text"/> (KODE "51" JIKA BUKAN ART)
COV2. Hubungan responden dengan [NAMA ANAK]	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;">1. Ibu</div> <div style="width: 33%;">5. Kakek/Nenek</div> <div style="width: 33%;">95. Lainnya, <input type="text"/></div> <div style="width: 33%;">2. Ayah</div> <div style="width: 33%;">6. Famili lainnya</div> <div style="width: 33%;">3. Kakak</div> <div style="width: 33%;">7. Orang tua angkat</div> <div style="width: 33%;">4. Paman/Bibi</div> <div style="width: 33%;">8. Ibu Tiri</div> </div>
COV3. PEWAWANCARA PERIKSA FORM PR: STATUS [NAMA ANAK] UNTUK BUKU 1D?	1. RESPONDEN PANEL 2007 2. RESPONDEN PANEL 2008 3. RESPONDEN BARU

ENUMERATOR, EDITOR DAN SUPERVISOR

	Enumerator	Editor	Supervisor
Nama dan Kode Petugas	<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"/> <input type="text"/>

HASIL KUNJUNGAN

	Kunjungan Pertama	Kunjungan Kedua	Kunjungan Ketiga
Tanggal	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2009	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2009	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2009
Jam Mulai / Jam Selesai	<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"/> <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"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
Hasil Kunjungan	1. Selesai 2. Selesai sebagian, <input type="text"/> 3. Responden menolak/tidak ada/berhalangan	1. Selesai 2. Selesai sebagian, <input type="text"/> 3. Responden menolak/tidak ada/berhalangan	1. Selesai 2. Selesai sebagian, <input type="text"/> 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

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?

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 (KODE “51” JIKA BUKAN ART)		

POS01	Apakah [NAMA ANAK] pernah dibawa ke Posyandu dalam <u>3 bulan terakhir</u> ?	1. Ya <input type="text"/> kali	3. Tidak ➔ SEKSI MAA
POS02	Apakah Posyandu terletak dalam lingkungan RT?	1. Ya ➔ POS04a	3. Tidak 6. TIDAK BERLAKU
POS03	Apakah Posyandu terletak dalam lingkungan RW/Dusun/Lingkungan?	1. Ya ➔ POS04a	3. Tidak 6. TIDAK BERLAKU
POS04	Apakah Posyandu terletak dalam lingkungan Desa/Kelurahan?	1. Ya	3. Tidak
POS04a	Sebutkan nama Posyandu yang dikunjungi oleh [NAMA ANAK]!	<input type="text"/>	
POS04b	Apakah pernah dikunjungi oleh kader posyandu atau pemberi pelayanan untuk membawa [NAMA ANAK] ke posyandu?	1. Ya	3. Tidak 8. TIDAK TAHU
POS05	Berapa kali [NAMA ANAK] ditimbang berat badan dalam <u>3 bulan terakhir</u> ?	<input type="text"/> kali	
POS06	Kapan <u>terakhir kali</u> I/B/S membawa [NAMA ANAK] ke Posyandu?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (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
	h. Pengukuran tinggi badan	1. Ya	3. Tidak

i. Vitamin lainnya	1. Ya	3. Tidak
j. Obat	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>	8. TIDAK TAHU
POS12 Apakah petugas posyandu/kesehatan menjelaskan kondisi kesehatan [NAMA ANAK] pada <u>kunjungan terakhir</u> tersebut?	1. Ya	3. Tidak → POS17
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, _____
POS17 Apakah [NAMA ANAK] menerima Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dari kegiatan Posyandu dalam <u>15 bulan terakhir</u> ?	1. Ya, <u> </u> bulan	3. TIDAK → POS19
POS18 Seberapa sering [NAMA ANAK] menerima PMT dalam jangka waktu tersebut?	<u> </u> kali Per <u> </u>	1. HARI 2. MINGGU 3. BULAN
POS19 Apakah I/B/S menerima penyuluhan kesehatan bayi dan balita untuk pemeliharaan kesehatan [NAMA ANAK] dari kegiatan Posyandu dalam <u>15 bulan terakhir</u> ?	1. Ya, <u> </u> kali	3. Tidak Pernah
POS20 Apakah [NAMA ANAK] mengikuti kegiatan PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini), Play Group, atau TKA (Tumbuh Kembang Anak) di Posyandu dalam <u>15 bulan terakhir</u> ?	1. Ya, <u> </u> kali Per <u> </u> 3. TIDAK	1. HARI 2. MINGGU 3. BULAN 6. TIDAK BERLAKU
POS21 Apakah [NAMA ANAK] mengikuti kegiatan/ program bantuan lainnya dari Posyandu?	1. Ya	3. Tidak Pernah → POS23
POS22 Kegiatan/program bantuan apa yang diikuti?	A. Konsultasi dan Informasi Pendidikan B. Pemantauan kesehatan anak	C. Kegiatan Tumbuh Kembang Balita V. Lainnya, _____
POS23 Seberapa puas I/B/S terhadap pelayanan posyandu?	1. Puas 2. Cukup puas 3. Kurang puas 4. Tidak puas	7. MENOLAK MENJAWAB 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. <input type="text"/> kali		8. TIDAK TAHU
MAA03	Berapa hari lamanya [NAMA ANAK] mencret saat <u>sakit terakhir</u> ?	1. <input type="text"/> 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 → MAA06a	
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	
MAA06a	Selama mengalami mencret, berapa banyak makanan yang diberikan?	1. Normal, seperti biasanya 2. Lebih dari kebiasaan normal 3. Kurang dari kebiasaan normal	4. Menghentikan pemberian makanan 6. TIDAK BERLAKU	
MAA06b	Selama mengalami mencret, berapa banyak minuman yang diberikan?	1. Normal, seperti biasanya 2. Lebih dari kebiasaan normal	3. Kurang dari kebiasaan normal 4. Menghentikan pemberian minuman	
MAA06	Selama mengalami mencret, 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 batuk, 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		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 _____	4. Ada di rumah saudara/keluarga 5. Ada di petugas/fasilitas (bidan, posy, puskesmas/pustu/polindes) 6. TIDAK MEMILIKI KMS DAN BUKU KIA	
IM06	Berapa kali [NAMA ANAK] pernah minum Vitamin A?	1. <input type="text"/> kali (sumber: KMS atau Buku KIA) 2. <input type="text"/> kali (sumber: responden)	8. TIDAK TAHU	
IM06b	Apakah [NAMA ANAK] mendapatkan imunisasi?	1. Ya	3. Tidak → IM12	

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 6. TIDAK BERLAKU	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, namun sekarang ada juga Imunisasi Polio yang berupa suntikan.	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	1. / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
E4. Hep B4		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK 6. TIDAK BERLAKU	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 6. TIDAK BERLAKU	1. / / 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. Rp . 6. SUDAH TERMASUK DI BIAYA DI ATAS 8. TIDAK TAHU
V2. Lainnya, _____		1. Ya 3. Tidak ↓ 8. TT ↓	1. YA 3. TIDAK 6. TIDAK BERLAKU	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
------	---	-------------------

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. / / 6. TIDAK BERLAKU ↓	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"/> menit 2. <input type="text"/> jam	3. <input type="text"/> hari 8. TIDAK TAHU
NA03	Berapa lama [NAMA ANAK] diberi ASI?	1. <input type="text"/> Bulan	6. MASIH DIBERI ASI → NA05 8. TIDAK TAHU
NA04	Mengapa [NAMA ANAK] berhenti/tidak diberi ASI?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> 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 menyusu lagi I. Anak tidak bisa menghisap susu J. Anjuran dokter / petugas kesehatan K. Anak sudah besar/disapih </div> <div style="width: 48%;"> L. Agar Anak mau makan M. Adat N. Anak punya adik O. Anjuran orang tua P. Ibu tidak mau menyusui lagi/capek/malas/malu Q. Ibu meninggal dunia R. Anak angkat V. Lainnya, _____ Y. TIDAK TAHU </div> </div>	
NA05	Pada umur berapa [NAMA ANAK] pertama kali diberikan minum air (tawar, gula, madu, air beras, atau teh)?	1. <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"/> 6. BELUM DIBERIKAN 8. TIDAK TAHU	1. Hari 2. Minggu 3. Bulan

NA07	APAKAH UMUR [NAMA ANAK] \geq 18 BULAN ?	1. YA	3. TIDAK → SEKSI BM
------	---	-------	---------------------

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

BM. PERKEMBANGAN MOTORIK

BMTYPE	BM01	BM02
Jenis Kegiatan	Apakah [NAMA ANAK] bisa [...]?	Kapan [NAMA ANAK] bisa [..]? (Bulan/Tahun)
a. Duduk sendiri tanpa penyangga lebih dari 10 detik	1. Ya 3. Tidak ↓	1. / 8. TT
b. Merangkak dengan tangan dan lutut (Tanpa perut menyentuh lantai)	1. Ya 3. Tidak ↓	1. / 8. TT
c. Berdiri dengan penyangga lebih dari 10 detik	1. Ya 3. Tidak ↓	1. / 8. TT
d. Berjalan dengan penyangga lebih dari 5 langkah	1. Ya 3. Tidak ↓	1. / 8. TT
e. Berdiri sendiri lebih dari 10 detik	1. Ya 3. Tidak ↓	1. / 8. TT
f. Berjalan sendiri lebih dari 5 langkah	1. Ya 3. Tidak ↓	1. / 8. TT

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, <input type="checkbox"/> , _____ (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		
CP04	BAGAIMANA PENILAIAN ENUMERATOR TERHADAP KETEPATAN JAWABAN RESPONDEN?	D. ANAK BERUMUR < 5 TAHUN E. ORANG DEWASA, ART F. ORANG DEWASA, BUKAN ART		
CP05	BAGAIMANA PENILAIAN ENUMERATOR TERHADAP KESUNGGUHAN PERHATIAN RESPONDEN?	1. SANGAT BAIK 2. BAIK 3. CUKUP BAIK		
CP06	PERTANYAAN MANA YANG MEMBUAT RESPONDEN MERASA SULIT, MALU, ATAU BINGUNG DALAM MENJAWAB? (TULIS SEKSI DAN NOMOR PERTANYAANNYA)	4. TIDAK BAIK 5. SANGAT TIDAK BAIK		
		_____ _____ _____		

SEKSI	NO PERTANYAAN	CATATAN PEWAWANCARA