

SURVEI PELAYANAN KESEHATAN DAN PENDIDIKAN

IR, RH, CH, KB, SP, FKS, FPD, CP

BUKU 1B **WANITA PERNAH MENIKAH 16-49 TAHUN**

ID WANITA 16-49 TAHUN

_____ 2 _____
 EA QX DESA RT ART SPLIT ART

Responden adalah wanita pernah menikah umur 16-49 tahun.

COV1. Nama Responden:

No urut ART: ____

COV3. PEWAWANCARA PERIKSA FORM PR:
STATUS RESPONDEN UNTUK BUKU 1B?

1. RESPONDEN PANEL 2007
2. RESPONDEN PANEL 2008
3. RESPONDEN BARU

ENUMERATOR, EDITOR DAN SUPERVISOR

	Enumerator	Editor	Supervisor
Nama dan Kode Petugas	_____	_____	_____

HASIL KUNJUNGAN

	Kunjungan Pertama	Kunjungan Kedua	Kunjungan Ketiga
Tanggal	____/____/2009	____/____/2009	____/____/2009
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	<input type="text"/> 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: <input type="text"/> b. Perempuan: <input type="text"/> c. Total: <input type="text"/>	
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: <input type="text"/> b. Perempuan: <input type="text"/> c. Total: <input type="text"/>	

	[1]	[2]	[3]	[4]
RH07X KODE	51	52	53	54
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	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 ↓	1. >4 → SUPLEMEN RH07 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: ____ b. Perempuan: ____ c. Total: ____

	[1]	[2]	[3]	[4]
RH13X KODE	61	62	63	64
RH13 Kapan anak tersebut dilahirkan?	Bulan ____ / Tahun ____	Bulan ____ / Tahun ____	Bulan ____ / Tahun ____	Bulan ____ / Tahun ____
RH13a Kapan anak tersebut meninggal dunia?	Bulan ____ / Tahun ____	Bulan ____ / Tahun ____	Bulan ____ / Tahun ____	Bulan ____ / Tahun ____
RH14 Jenis kelamin	1. Laki-laki 3. Perempuan	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 ____ 2. Jam 5. Tahun 3. Hari	1. Menit 4. Bulan ____ 2. Jam 5. Tahun 3. Hari	1. Menit 4. Bulan ____ 2. Jam 5. Tahun 3. Hari	1. Menit 4. Bulan ____ 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 ↓	1. >4 → SUPLEMEN RH13 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?	____

	[1]	[2]	[3]	[4]
RH19X KODE	71	72	73	74
RH19 Kapan kejadian 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"/>
RH19a Berapa usia kehamilan ibu saat kejadian tsb terjadi?	<input type="text"/> Minggu	<input type="text"/> Minggu	<input type="text"/> Minggu	<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 ↓	1. >4 → SUPLEMEN RH19 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/bayi yang dilahirkan 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
CH03	Nama anak / No. Urut ART / KODE (KODE ANAK TIDAK TINGGAL DI RUMAH (51 – 54), LAHIR HIDUP TETAPI KEMUDIAN MENINGGAL DUNIA (61 – 64), ATAU LAHIR KEADAAN MENINGGAL (71 – 74))		
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
CH04	Berapa usia kehamilan Ibu ketika anak lahir?	___ minggu → CH07	___ minggu → CH07
CH05	Berapa usia kehamilan Ibu ketika keguguran?	___ minggu → CH07	___ minggu → CH07
CH06	Berapa usia kehamilan Ibu sekarang?	___ minggu	___ minggu
CH07	Selama kehamilan, apakah Ibu pernah memeriksakan kehamilan?	1. Ya 3. Tidak → CH18	1. Ya 3. Tidak → CH18
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. ___ kali	A. ___ kali	A. ___ kali
B. Rumah Sakit Swasta	B. ___ kali	B. ___ kali	B. ___ kali
C. Puskesmas/Pustu	C. ___ kali	C. ___ kali	C. ___ kali
D. Polindes/Bidan Desa	D. ___ kali	D. ___ kali	D. ___ kali
E. Klinik/tempat praktik/rumah Dokter Swasta	E. ___ kali	E. ___ kali	E. ___ kali
F. Klinik/tempat praktik/rumah Bidan Swasta	F. ___ kali	F. ___ kali	F. ___ kali
G. Rumah Dukun Bayi	G. ___ kali	G. ___ kali	G. ___ kali
H. Posyandu	H. ___ kali	H. ___ kali	H. ___ kali
I. Klinik/tempat praktik/rumah perawat/mantri	I. ___ kali	I. ___ kali	I. ___ 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
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 3 bulan kedua usia kandungan, di mana dan berapa kali ibu memeriksakan kehamilan? (USIA KANDUNGAN 14-26 MINGGU)			
	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
	I. Klinik/tempat praktik/rumah perawat/mantri	I. <input type="text"/> kali	I. <input type="text"/> kali	I. <input type="text"/> kali
	V. Lainnya, <input type="text"/>	V. <input type="text"/> kali	V. <input type="text"/> kali	V. <input type="text"/> kali
	W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA	W. TIDAK PERNAH PERIKSA
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

	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
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
I. Klinik/tempat praktik/rumah perawat/mantri	I. <input type="text"/> kali	I. <input type="text"/> kali	I. <input type="text"/> kali
V. Lainnya, <input type="text"/>	V. <input type="text"/> kali	V. <input type="text"/> kali	V. <input type="text"/> 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: <input type="text"/> b. Alamat: <input type="text"/> c. ID Fasilitas: <input type="text"/> d. KODE FASILITAS: <input type="text"/>	a. Nama fasilitas: <input type="text"/> b. Alamat: <input type="text"/> c. ID Fasilitas: <input type="text"/> d. KODE FASILITAS: <input type="text"/>	a. Nama fasilitas: <input type="text"/> b. Alamat: <input type="text"/> c. ID Fasilitas: <input type="text"/> d. KODE FASILITAS: <input type="text"/>
CH14a Apakah pelayanan pemeriksaan kehamilan ini dalam rangka pelayanan pemerintah atau swasta?	1. Pelayanan pemerintah 3. Pelayanan swasta 8. TIDAK TAHU	1. Pelayanan pemerintah 3. Pelayanan swasta 8. TIDAK TAHU	1. Pelayanan pemerintah 3. Pelayanan swasta 8. TIDAK TAHU
CH14b Selama pelayanan pemeriksaan kehamilan tersebut, apakah ibu diberi obat generik atau non-generik ?	A. Generik Y. TT B. Non generik W. TB	A. Generik Y. TT B. Non generik W. TB	A. Generik Y. TT B. Non generik W. TB

CH14c	Apakah ibu puas, agak puas, kurang puas, tidak puas dengan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang paling sering ibu kunjungi tersebut?	1. Puas 2. Cukup puas 3. Kurang puas 4. Tidak puas 7. MENOLAK MENJAWAB 8. TIDAK TAHU	1. Puas 2. Cukup puas 3. Kurang puas 4. Tidak puas 7. MENOLAK MENJAWAB 8. TIDAK TAHU	1. Puas 2. Cukup puas 3. Kurang puas 4. Tidak puas 7. MENOLAK MENJAWAB 8. TIDAK TAHU
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
	i. Diperiksa air seni (Urine)	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
CH15a	Apakah petugas kesehatan memberikan informasi kepada ibu tentang makanan yang bergizi untuk ibu hamil?	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU
CH15b	Apakah petugas kesehatan memberikan rekomendasi tentang persalinan di fasilitas kesehatan atau rumah sakit?	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 → CH17a	1. Ya 3. Tidak → CH17a	1. Ya 3. Tidak → CH17a
CH17	Apakah petugas kesehatan memberikan informasi kepada Ibu tentang apa yang harus dilakukan, jika Ibu merasakan adanya komplikasi kehamilan?	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU	1. Ya 3. Tidak 8. TIDAK TAHU

	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
CH17a Selama kehamilan [...], apakah Ibu/Sdr pernah mengalami komplikasi?	A. Pembengkakan kaki B. Kesulitan melihat pada siang hari C. Kesulitan melihat pada malam hari D. Pendarahan E. Demam F. Kejang-kejang dan pingsan G. Kesakitan karena mau melahirkan sebelum usia kehamilan 9 bulan V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA KOMPLIKASI	A. Pembengkakan kaki B. Kesulitan melihat pada siang hari C. Kesulitan melihat pada malam hari D. Pendarahan E. Demam F. Kejang-kejang dan pingsan G. Kesakitan karena mau melahirkan sebelum usia kehamilan 9 bulan V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA KOMPLIKASI	A. Pembengkakan kaki B. Kesulitan melihat pada siang hari C. Kesulitan melihat pada malam hari D. Pendarahan E. Demam F. Kejang-kejang dan pingsan G. Kesakitan karena mau melahirkan sebelum usia kehamilan 9 bulan V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA KOMPLIKASI
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. <input type="text"/> kali 8. TIDAK TAHU	1. <input type="text"/> kali 8. TIDAK TAHU	1. <input type="text"/> 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 meminum 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
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 → CH36 3. CH02 = 3 ATAU 4

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
CH24 Dimana ibu melakukan persalinan? (Lokasi terakhir yang jadi rujukan)	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah sendiri/rumah keluarga 9. Klinik/praktik/rumah perawat/mantri 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah sendiri/rumah keluarga 9. Klinik/praktik/rumah perawat/mantri 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah sendiri/rumah keluarga 9. Klinik/praktik/rumah perawat/mantri 95. Lainnya, _____
CH24a Apakah ibu dirujuk/disarankan untuk ke fasilitas tempat melakukan persalinan?	1. Ya 3. Tidak → CH25	1. Ya 3. Tidak → CH25	1. Ya 3. Tidak → CH25
CH24b Darimana ibu mendapatkan rujukan tersebut?	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 9. Klinik/praktik/rumah Perawat/mantri 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 9. Klinik/praktik/rumah Perawat/mantri 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 9. Klinik/praktik/rumah Perawat/mantri 95. Lainnya, _____
CH25 Siapa yang membantu persalinan? [MEMBANTU PERSALINAN = MEMBERIKAN BANTUAN SECARA MEDIS/NON MEDIS UNTUK PROSES PERSALINAN BAYI]	A. Dokter B. Bidan C. Perawat/mantri D. Dukun Bayi E. Anggota Keluarga F. Asisten Bidan/Perawat G. Kader Posyandu H. Tetangga V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA	A. Dokter B. Bidan C. Perawat/mantri D. Dukun Bayi E. Anggota Keluarga F. Asisten Bidan/Perawat G. Kader Posyandu H. Tetangga V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA	A. Dokter B. Bidan C. Perawat/mantri D. Dukun Bayi E. Anggota Keluarga F. Asisten Bidan/Perawat G. Kader Posyandu H. Tetangga V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA
CH25b Apakah pelayanan persalinan ini dalam rangka pelayanan pemerintah atau swasta?	1. Pelayanan pemerintah 3. Pelayanan swasta 8. TIDAK TAHU	1. Pelayanan pemerintah 3. Pelayanan swasta 8. TIDAK TAHU	1. Pelayanan pemerintah 3. Pelayanan swasta 8. TIDAK TAHU

	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
CH25c Apakah dalam pelayanan persalinan ini ibu diberi obat generik atau non-generik	A. Generik W. TIDAK BERLAKU B. Non generik Y. TIDAK TAHU	A. Generik W. TIDAK BERLAKU B. Non generik Y. TIDAK TAHU	A. Generik W. TIDAK BERLAKU B. Non generik Y. TIDAK TAHU
CH25d Apakah ibu puas, agak puas, kurang puas, atau tidak puas dengan pelayanan persalinan tersebut?	1. Puas 2. Cukup puas 3. Kurang puas 4. Tidak puas 7. MENOLAK MENJAWAB 8. TIDAK TAHU	1. Puas 2. Cukup puas 3. Kurang puas 4. Tidak puas 7. MENOLAK MENJAWAB 8. TIDAK TAHU	1. Puas 2. Cukup puas 3. Kurang puas 4. Tidak puas 7. MENOLAK MENJAWAB 8. TIDAK TAHU
CH25a Dimana tempat bersalin yang ibu inginkan untuk melahirkan [...]?	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah sendiri/rumah keluarga 9. Klinik/praktik/rumah perawat/mantri 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah sendiri/rumah keluarga 9. Klinik/praktik/rumah perawat/mantri 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah sendiri/rumah keluarga 9. Klinik/praktik/rumah perawat/mantri 95. Lainnya, _____
CH26 PEWAWANCARA PERIKSA CH02.	1. CH02 = 3 → CH31 3. CH02 = 4	1. CH02 = 3 → CH31 3. CH02 = 4	1. CH02 = 3 → CH31 3. CH02 = 4
CH27 Bagaimana proses persalinan ibu?	1. Normal 3. Mengalami komplikasi	1. Normal 3. Mengalami komplikasi	1. Normal 3. Mengalami komplikasi
CH27b Pada saat melahirkan [...], apakah Ibu mengalami:			
a. Mules yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam?	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT
b. Pendarahan lebih banyak dibandingkan dengan biasanya (lebih dari 3 kain)	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT
c. Suhu badan tinggi dan mengeluarkan lendir yang berbau tidak sedap dari jalan lahir?	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT
d. Kejang-kejang	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT
v. Lainnya, _____	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT	1. Ya 3. Tidak 8. TT
CH27c Apakah [...] dilahirkan dengan operasi caesar?	1. Ya 3. Tidak → CH28	1. Ya 3. Tidak → CH28	1. Ya 3. Tidak → CH28

	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
CH27d Apakah operasi caesar tersebut dilakukan karena komplikasi?	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
CH28 Berapa biaya yang Ibu keluarkan untuk pelayanan 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"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CH29 Apakah anak ditimbang ketika lahir ?	1. Ya 3. Tidak → CH31 8.TT → CH31	1. Ya 3. Tidak → CH31 8.TT → CH31	1. Ya 3. Tidak → CH31 8.TT → CH31
CH30 Berapa berat anak waktu lahir?	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gram	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gram	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gram
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 → CH36
CH32 Selama 7 hari pertama setelah anak ibu lahir berapa kali ibu/anak menerima perawatan lanjutan dari [...]?			
A. Rumah Sakit Pemerintah	A. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	A. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	A. <input type="text"/> <input type="text"/> kali
B. Rumah Sakit Swasta	B. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	B. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	B. <input type="text"/> <input type="text"/> kali
C. Puskesmas/Pustu	C. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	C. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	C. <input type="text"/> <input type="text"/> kali
D. Polindes/Bidan Desa	D. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	D. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	D. <input type="text"/> <input type="text"/> kali
E. Dokter Swasta	E. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	E. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	E. <input type="text"/> <input type="text"/> kali
F. Bidan Swasta	F. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	F. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	F. <input type="text"/> <input type="text"/> kali
G. Dukun Bayi	G. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	G. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	G. <input type="text"/> <input type="text"/> kali
H. Posyandu	H. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	H. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	H. <input type="text"/> <input type="text"/> kali
I. perawat/mantri	I. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	I. <input type="text"/> <input type="text"/> kali	I. <input type="text"/> <input type="text"/> kali
V. Lainnya, _____	V. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> kali	V. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> kali	V. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> 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
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="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. Dokter Swasta	E. <input type="text"/> kali	E. <input type="text"/> kali	E. <input type="text"/> kali
F. Bidan Swasta	F. <input type="text"/> kali	F. <input type="text"/> kali	F. <input type="text"/> kali
G. 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
I. perawat/mantri	I. <input type="text"/> kali	I. <input type="text"/> kali	I. <input type="text"/> kali
V. Lainnya, _____	V. _____ kali	V. _____ kali	V. _____ kali
W. TIDAK MENDAPATKAN PELAYANAN	W	W	W
CH34 Rata-rata, berapa biaya yang Ibu keluarkan untuk pelayanan perawatan setelah persalinan?	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
CH35 PERIKSA CH01 ATAU JUMLAH BAYI YANG DILAHIRKAN	1. SATU ↓ 2. DUA → CH02, Kolom 2 (Hal. 4) 3. TIGA → CH02, Kolom 2 (Hal. 4) 4. KEMBAR → CH02, Kolom 2 (Hal.4)	2. DUA ↓ 3. TIGA → CH02, Kolom 3 (Hal. 4) 4. KEMBAR → CH02, Kolom 3 (Hal.4)	

Berikut ini kami akan menanyakan mengenai pengalaman ibu hamil/melahirkan terakhir kali selama 24 bulan terakhir

CH36	Selama kehamilan terakhir, apakah ibu menerima bantuan secara tunai, barang atau informasi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan?	1. Ya 3. Tidak → CH43	8. TIDAK TAHU → CH43
CH37	Apa Jenis bantuan yang diterima?	A. Biaya transportasi B. Biaya subsidi pelayanan C. Penyuluhan tentang pelayanan kesehatan D. Dukungan dari masyarakat (seperti ajakan ke posyandu, di datangi oleh kader posyandu)	E. Buku KIA F. Pil Fe/tambah darah G. Pil Vitamin H. Obat-obatan V. Lainnya, _____
CH38	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH ADA JAWABAN A ATAU B DI CH37 ?	1. YA	3. TIDAK → CH43
CH39	Kapan terakhir kali bantuan [A] atau [B] tersebut ibu terima?	1. Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/>	8. TIDAK TAHU
CH40	Berapa besarnya jumlah [A] atau [B] yang Ibu terima terakhir?	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
CH41	Berapa kali Ibu mendapatkan [A] atau [B] tersebut?	1. <input type="text"/> kali	8. TIDAK TAHU
CH42	Selama kehamilan, berapa jumlah total [A] atau [B] yang Ibu terima/dapatkan?	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
CH43	PEWAWANCARA PERIKSA CH02: APAKAH KOLOM CH02. JENIS HASIL KEHAMILAN = 4. LAHIR HIDUP?	1. YA	3. TIDAK → SEKSI KB
CH44	Pada proses persalinan anak terakhir, apakah ibu menerima bantuan tunai atau barang atau penyuluhan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan?	1. Ya 3. Tidak → SEKSI KB	8. TIDAK TAHU → SEKSI KB
CH45	Apa Jenis bantuan yang diterima?	A. Biaya transportasi B. Biaya subsidi pelayanan C. Penyuluhan tentang pelayanan kesehatan D. Dukungan dari masyarakat (seperti ajakan ke posyandu, di datangi oleh kader posyandu)	E. Buku KIA F. Pil Fe/tambah darah G. Pil Vitamin H. Obat-obatan V. Lainnya, _____
CH46	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH ADA JAWABAN A ATAU B DI CH45 ?	1. YA	3. TIDAK → SEKSI KB
CH47	Jika Ibu mendapat bantuan keuangan [A] atau [B], kapan terakhir kali bantuan tersebut diterima?	1. Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> 8. TIDAK TAHU	
CH48	Berapa besarnya jumlah bantuan keuangan [A] atau [B] yang diterima oleh Ibu terakhir?	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
CH49	Berapa kali Ibu mendapat bantuan keuangan [A] atau [B] tersebut?	1. <input type="text"/> kali	8. TIDAK TAHU
CH50	Pada persalinan terakhir kali, berapa jumlah total bantuan keuangan [A] atau [B] yang Ibu terima/dapatkan?	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	

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 ?	<div> 1. Pil 2. Suntikan 1 bulan 3. Suntikan 3 bulan 4. Intravag 5. Kondom (Co) 6. IUD/AKDR/Spiral 7. Norplant/Implant/Susuk KB </div> <div> 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 </div>
KB04	Kapankah terakhir kali Ibu/Suami ibu menerima alat kontrasepsi yang sekarang dipakai?	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 Ibu/Suami ibu keluarkan 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"/> 8. TIDAK TAHU
KB06	Dari mana Ibu/Suami Ibu menerima alat kontrasepsi ini?	<div> 1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Puskesmas 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 </div> <div> 11. PLKB/BKKBN/BKKN/PPKBN/POS KB Desa 12. Perangkat Kelurahan/Desa/Dusun/Lingkungan/RT/RW 13. Warung/Kios 14. Pasar 15. Pedagang Keliling 16. SAFARI KB/Program Gratis 95. Lainnya, _____ 98. TIDAK TAHU/TIDAK INGAT </div>

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		

FKS. FASILITAS KESEHATAN

Berikut kami akan menanyakan pendapat Ibu mengenai masalah pelayanan kesehatan di desa/kelurahan ini dan pemberian ASI/makanan tambahan pada bayi serta asupan makanan dan minuman pada anak yang sakit mencret.

<p>FKS01a Tolong ibu sebutkan 3 masalah utama kesehatan/pelayanan kesehatan di Desa/Kelurahan ini dalam 12 bulan terakhir, mulai dari masalah yang paling serius! (PETUNJUK WAWANCARA: PILIHAN JAWABAN JANGAN DIBACAKAN CUKUP TULISKAN KODENYA SAJA KECUALI OPTION 95)</p>		
<p>01. FASILITAS KESEHATAN TIDAK ADA/JAUH</p> <p>02. OBAT/PERALATAN MEDIS/SARANA-PRASARANA TIDAK MEMADAI</p> <p>03. TENAGA KESEHATAN ATAU MEDIS MASIH KURANG</p> <p>04. GIZI RENDAH</p> <p>05. MASIH ADA WABAH PENYAKIT</p> <p>06. BIAYA BEROBAT MAHAL</p> <p>07. ASKESKIN/KARTU SEHAT TIDAK DIBAGI SECARA MERATA/ADA YANG SALAH TARGET</p> <p>08. POSYANDU MASIH KURANG</p> <p>09. KESADARAN MASYARAKAT TENTANG KESEHATAN MASIH KURANG</p>	<p>10. FASILITAS AIR BERSIH MASIH KURANG</p> <p>11. MASALAH TRANSPORTASI KE FASILITAS KESEHATAN</p> <p>12. KESEJAHTERAAN KADER POSYANDU MASIH RENDAH</p> <p>13. ALOKASI DANA KESEHATAN MASIH RENDAH</p> <p>14. FASILITAS SANITASI MASIH KURANG</p> <p>95. LAINNYA, _____</p> <p>96. TIDAK BERLAKU</p> <p>98. TIDAK TAHU</p>	<p>a. <input type="text"/></p> <p>b. <input type="text"/></p> <p>c. <input type="text"/></p>

FKS01	Menurut Ibu, minimal berapa kali <u>seharusnya</u> seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya?	1. <input type="text"/> kali	8. TIDAK TAHU
FKS02	Kapan <u>seharusnya</u> setelah kelahiran bayi harus diberikan ASI?	1. 30 menit / segera setelah bayi lahir 2. Dalam satu hari setelah bayi lahir 3. Setelah satu hari sejak bayi lahir	4. Satu minggu setelah bayi lahir 8. TIDAK TAHU
FKS03	Kapan <u>seharusnya</u> pemberian air atau cairan lain dapat diberikan kepada bayi setelah lahir?	1. <input type="text"/> hari setelah bayi lahir	8. TIDAK TAHU
FSK03a	Berapa lama <u>seharusnya</u> Ibu menyusui bayinya?	1. <input type="text"/> 8. TIDAK TAHU	1. Hari 2. Bulan 3. Tahun
FKS04	Sewaktu anak mengalami muncet, <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
FKS05	Sewaktu anak mengalami muncet, <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
FKS06	Apakah ada kegiatan penyuluhan kesehatan yang ibu ikuti dalam <u>12 bulan terakhir</u> ?	1. Ya	3. Tidak → SEKSI FPD
FKS07	Berapa kali ibu ikut kegiatan penyuluhan kesehatan itu?	<input type="text"/> kali	
FKS08	Siapa yang melaksanakan kegiatan penyuluhan kesehatan itu?	A. Dokter B. Bidan C. Perawat/mantri D. Dukun Bayi	E. Kader Posyandu F. Kepala desa G. Aparat desa selain dari kepala desa H. Tokoh Masyarakat I. Tetangga V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA

FPD. PENGETAHUAN PENDIDIKAN

Berikut kami akan menanyakan pendapat Ibu mengenai masalah pelayanan pendidikan di desa/kelurahan ini

<p>FPD01 Tolong ibu sebutkan 3 masalah utama pendidikan/pelayanan pendidikan tingkat Sekolah Dasar di Desa/Kelurahan ini dalam <u>12 bulan terakhir</u>, mulai dari masalah yang paling serius! (PETUNJUK WAWANCARA: PILIHAN JAWABAN JANGAN DIBACAKAN DAN CUKUP TULISKAN KODENYA SAJA KECUALI OPTION 95)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>01. FASILITAS PENDIDIKAN KURANG/TIDAK ADA/JAUH</p> <p>02. SARANA PRASARANA SEKOLAH TIDAK MEMADAI</p> <p>03. TENAGA PENGAJAR KURANG BANYAK</p> <p>04. KUALITAS PENGAJAR RENDAH</p> <p>05. BIAYA PENDIDIKAN MAHAL</p> <p>06. KESADARAN MASYARAKAT TENTANG PENDIDIKAN RENDAH</p> <p>07. ABSENSI KEHADIRAN SISWA RENDAH</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>08. DANA BOS/BEASISWA KURANG</p> <p>09. MASALAH TRANSPORTASI</p> <p>10. ABSENSI KEHADIRAN TENAGA PENGAJAR RENDAH</p> <p>11. MASALAH DROP OUT</p> <p>12. MASALAH TINGGAL KELAS (TIDAK NAIK KELAS)</p> <p>95. LAINNYA, _____</p> <p>96. TIDAK BERLAKU</p> <p>98. TIDAK TAHU</p> </div> </div>	<p>a. <input type="text"/> _____</p> <p>b. <input type="text"/> _____</p> <p>c. <input type="text"/> _____</p>
<p>FPD02 Tolong ibu sebutkan 3 masalah utama pendidikan/pelayanan pendidikan tingkat Sekolah Menengah Pertama di Desa/Kelurahan ini dalam <u>12 bulan terakhir</u>, mulai dari masalah yang paling serius! (PETUNJUK WAWANCARA: PILIHAN JAWABAN JANGAN DIBACAKAN DAN CUKUP TULISKAN KODENYA SAJA KECUALI OPTION 95)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>01. FASILITAS PENDIDIKAN KURANG/TIDAK ADA/JAUH</p> <p>02. SARANA PRASARANA SEKOLAH TIDAK MEMADAI</p> <p>03. TENAGA PENGAJAR KURANG BANYAK</p> <p>04. KUALITAS PENGAJAR RENDAH</p> <p>05. BIAYA PENDIDIKAN MAHAL</p> <p>06. KESADARAN MASYARAKAT TENTANG PENDIDIKAN RENDAH</p> <p>07. ABSENSI KEHADIRAN SISWA RENDAH</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>08. DANA BOS/BEASISWA KURANG</p> <p>09. MASALAH TRANSPORTASI</p> <p>10. ABSENSI KEHADIRAN TENAGA PENGAJAR RENDAH</p> <p>11. MASALAH DROP OUT</p> <p>12. MASALAH TINGGAL KELAS (TIDAK NAIK KELAS)</p> <p>95. LAINNYA, _____</p> <p>96. TIDAK BERLAKU</p> <p>98. TIDAK TAHU</p> </div> </div>	<p>a. <input type="text"/> _____</p> <p>b. <input type="text"/> _____</p> <p>c. <input type="text"/> _____</p>
<p>FPD03 Apakah ada kegiatan penyuluhan tentang pentingnya pendidikan yang ibu ikut di dalam <u>12 bulan terakhir</u>?</p>	<p>1. Ya 3. Tidak → SEKSI CP</p>
<p>FPD04 Berapa kali ibu ikut kegiatan penyuluhan tentang pentingnya pendidikan itu?</p>	<p><input type="text"/> kali</p>
<p>FPD05 Siapakah yang melaksanakan kegiatan penyuluhan tentang pentingnya pendidikan itu?</p>	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;">A. Kepala Sekolah</div> <div style="width: 33%;">E. Kepala desa</div> <div style="width: 33%;">H. Tetangga</div> <div style="width: 33%;">B. Guru sekolah</div> <div style="width: 33%;">F. Aparat desa selain dari kepala desa</div> <div style="width: 33%;">V. Lainnya, _____</div> <div style="width: 33%;">C. Komite sekolah</div> <div style="width: 33%;">G. Tokoh Masyarakat</div> <div style="width: 33%;">W. TIDAK ADA</div> <div style="width: 33%;">D. Kader Posyandu</div> </div>

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 \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