

Nama File:

DATA ANGGOTA KELUARGA

Tanggal Pengisian (HHBBTTTT)

Jam Mulai Mendata (JJ:MM)

I. Kependudukan

Provinsi	Kab/ Kota	Kec.	Kelurahan	Dusun/RW	RT	No. Rumah/ Rumah Tangga	No. Urut Keluarga	Kode Pos
----------	-----------	------	-----------	----------	----	-------------------------	-------------------	----------

NIK (16 digit)

1
2
3
4
5
6
7

NAMA

Tanggal Lahir (HHBBTTTT)

Umur

Hubungan Dengan KK	Jenis Kelamin	Agama
KK	Laki-laki	Islam
Istri	Perempuan	Kristen
Anak		Katolik
Lain-lain		Hindu

Pendidikan									
Sekolah									
Tidak Tamat SD/MI	Masih SD/MI	Tamat SD/MI	Masih SLTP/MTSN	Tamat SLTP/MTSN	Masih SLTA/MA	Tamat SLTA/MA	Masih PT/Akademi	Tamat PT/Akademi	Tidak/Belum Sekolah

Pekerjaan									
Bekerja									
Petani	Nelayan	Pedagang	PNS/TNI/Poli	Pegawai Swasta	Wiraswasta	Pensiunan	Pekerja Lepas	Lainnya	Tidak/Belum Bekerja

Status Kawin				JKN			
Memiliki				Memiliki			
Belum Kawin	Kawin	Janda/Duda	Tidak Memiliki	BPJS-PBI	BPJS-NonPBI	Non BPJS	

RINGKASAN
Jumlah Jiwa

* Jumlah Laki-laki

* Jumlah Perempuan

1
2
3
4
5
6
7

1
2
3
4
5
6
7

1
2
3
4
5
6
7

Jumlah PUS

* Peserta KB

* Bukan Peserta KB

: "PROFILE UMUM ANGGOTA KELUARGA

NO. HP	TEMPAT LAHIR	SUKU
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Anggota Keluarga :	1	2	3	4	5	6	7					
Pilihan jawaban	Ya	Tidak										
1 Punya Akte Lahir?												
2 WNA?												
3 Putus Sekolah?												
4 Ikut PAUD/ Sejenisnya?												
5 Ikut Kelompok Belajar?												
Jika Ya, pilih jenis paket A, B, C atau KF	A KF	B C										
6 Punya Tabungan?												
7 Ikut Koperasi?												
Jika Ya, tuliskan jenis												
8 Usia Subur?												
9 Hamil?												
10 Disabilitas?												
Jika Ya, tuliskan jenis												

G. PROFILE KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA (1)

Pemeliharaan Kebersihan Diri	Anggota Keluarga							Kondisi dan Riwayat Kesehatan Diri	Anggota Keluarga												
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7						
Perilaku Higienis								Penggunaan Tembakau													
1 Selalu mencuci tangan pakai sabun?	< Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >							1 Merokok selama 1 bulan terakhir?	< Pilih satu jawaban saja >												
a. Sebelum menyiapkan makanan							a. Ya, setiap hari														
b. Setiap kali tangan kotor (pegang uang, binatang, berkebun)							b. Ya, kadang-kadang														
c. Setelah buang air besar							c. Tidak, tapi dulu merokok setiap hari														
d. Setelah mencebok bayi							d. Tidak, tapi dulu kadang-kadang														
e. Setelah menggunakan pestisida/insektisida							e. Tidak pernah sama sekali														
f. Sebelum menyusui bayi							Umur berapa...	< Jawaban dalam Tahun >													
2 Lokasi biasa buang air besar?	< Pilih satu jawaban saja >							2 Mulai merokok setiap hari?													
a. Jamban							3 Pertama kali merokok?														
b. Kolam/ Sawah/ Selokan							4 Untuk jawaban "Ya" di pertanyaan no. 1, jumlah batang rokok dikonsumsi per hari?														
c. Sungai/ Danau/ Laut																					
d. Lubang tanah																					
e. Pantai/ Tanah Lapangan/ Kebun/ Halaman																					
3 Sikat gigi setiap hari? (Ya atau Tidak)																					
4 Kapan menyikat gigi?	< Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >							Konsumsi Minuman							Berapa gelas per hari?						
a. Saat mandi pagi							Anggota Keluarga														
b. Saat mandi sore							1	2	3	4	5	6	7								
c. Sesudah makan pagi																					
d. Sesudah bangun pagi																					
e. Sebelum tidur malam																					
f. Sesudah makan siang																					

G. PROFILE KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA (2)

Kondisi & Riwayat Kesehatan Diri	Anggota Keluarga							Kondisi & Riwayat Kesehatan Diri	Anggota Keluarga						
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
Pneumonia/ Radang Paru								Tuberkulosis Paru (TB Paru)							
1 Pernah didiagnosa dengan atau tanpa foto dada (rontgen) oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	< Pilih satu jawaban saja >							1 Akhir-akhir ini batuk?	< Pilih satu jawaban saja >						
a. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir								a. Ya, < 2 minggu terakhir							
b. Ya, > 1 bulan - 12 bulan								b. Ya, ≥ 2 minggu							
c. Tidak								c. Tidak							
d. Tidak tahu															
2 Mengalami gejala penyakit demam, batuk, kesulitan bernafas dengan atau tanpa nyeri dada?	< Pilih satu jawaban saja >							2 Jika iya, batuk disertai gejala?	< Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >						
a. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir								a. Dahak							
b. Ya, > 1 bulan - 12 bulan								b. Darah/ Dahak campur darah							
c. Tidak								c. Demam							
d. Tidak tahu								d. Nyeri Dada							
3 Jika ya, kesulitan yang dialami?	< Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >							e. Sesak Nafas							
a. Napas cepat								f. Berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik							
b. Napas cuping hidung								g. Nafsu Makan menurun							
c. Tarikan dinding dada bawah ke dalam								h. Berat badan menurun/ sulit bertambah							
Penyakit Ginjal, untuk berumur ≥ 15 tahun								3 Perlu didiagnosa TB Paru oleh tenaga kesehatan?	< Pilih satu jawaban saja >						
1 Pernah didiagnosa menderita penyakit gagal ginjal kronis (min. sakit selama 3 bulan berturut-turut) oleh dokter?	< Pilih satu jawaban saja >							a. Ya, dalam ≤ 1 tahun terakhir							
a. Ya								b. Ya, > 1 tahun							
b. Tidak								c. Tidak							
2 Pernah didiagnosa mengalami penyakit batu ginjal oleh dokter?	< Pilih satu jawaban saja >							4 Pemeriksaan yang digunakan untuk menegakkan diagnosa TB?	< Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >						
a. Ya								a. Pemeriksaan dahak							
b. Tidak								b. Pemeriksaan foto dada (Rontgen)							

G. PROFILE KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA (3)

Kondisi & Riwayat Kesehatan Diri		Anggota Keluarga							Kondisi & Riwayat Kesehatan Diri		Anggota Keluarga						
		1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7
Kanker									Asma/ Mengi/ Bengkek dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)								
1	Pernah didiagnosa menderita penyakit kanker oleh dokter? < Pilih satu jawaban saja>								1	Pernah mengalami gejala sesak napas? < Pilih satu jawaban saja>							
	a. Ya							b. Tidak									
2	Didiagnosa kanker pertama kali pada tahun?								2	Gejala sesak napas terjadi pada kondisi? < Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >							
3	Jenis kanker? < Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >								a. Terpapar udara dingin								
	a. Kanker leher rahim (cervix uteri)							b. Debu									
	b. Kanker Payudara							c. Asap rokok									
	c. Kanker prostat							d. Stress									
	d. Kanker kolorektal/ usus besar							e. Flu atau infeksi									
	e. Kanker paru dan bronkus							f. Kelelahan									
	f. Kanker nasofaring							g. Alergi obat									
	g. Kanker getah bening							h. Alergi makanan									
4	Lainnya. Jenis: _____								3	Gejala sesak napas disertai kondisi < Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >							
5	Sudah pernah test IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat)? < Pilih satu jawaban saja>								a. Mengi								
	a. Ya							b. Sesak napas berkurang atau menghilang dengan pengobatan									
6	Tidak							c. Sesak napas berkurang atau menghilang tanpa pengobatan									
	Pengobatan kanker yang telah dijalani? < Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >								d. Sesak napas lebih berat dirasakan pada malam hari atau menjelang pagi								
	a. Pembedahan/ operasi							4	Umur berapa mulai merasakan keluhan sesak pertama kali?								
	b. Radiasi/ penyinaran							5	Sesak napas pernah kambuh dalam 12 bulan terakhir? < Pilih satu jawaban saja>								
c. Kemoterapi							a. Ya										
d. Lainnya. Jenis: _____							b. Tidak										

G. PROFILE KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA (4)

Kondisi & Riwayat Kesehatan Diri		Anggota Keluarga							Kondisi & Riwayat Kesehatan Diri		Anggota Keluarga												
		1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7						
Kencing Manis (Diabetes Melitus), untuk berumur ≥ 15 tahun												Penyakit Jantung Koroner, untuk berumur ≥ 15 tahun											
1	Pernah didiagnosa menderita kencing manis oleh dokter? < Pilih satu jawaban saja>								1	Pernah didiagnosa menderita penyakit jantung koroner (Angina Pektoris dan/atau Infark Miokard) oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)? < Pilih satu jawaban saja>													
	a. Ya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Tidak		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2	Hal-hal untuk mengendalikan penyakit? < Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >								2	Tahun berapa didiagnosa pertama kali?													
	a. Diet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Olah raga		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	c. Minum obat anti diabetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Injeksi insulin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	3	Gejala dialami dalam 1 bulan terakhir? < Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >								3	Gejala/ riwayat yang pernah dialami? < Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >												
a. Sering lapar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Sering haus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
c. Sering buang air kecil & jumlah banyak		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Berat badan turun	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Hipertensi/ Tekanan Darah Tinggi, untuk berumur ≥ 15 tahun																							
1	Pernah didiagnosa menderita hipertensi/ penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)? < Pilih satu jawaban saja>								1	Stroke, untuk berumur ≥ 15 tahun													
	a. Ya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Tidak		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2	Tahun berapa didiagnosa pertama kali?								2	Tahun berapa didiagnosa pertama kali?													
3	Sedang minum obat medis untuk tekanan darah tinggi? < Pilih satu jawaban saja>								3	Pernah alami keluhan secara mendadak < Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >													
	a. Ya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Tidak		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

G. PROFILE KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA (5)

Kesehatan Jiwa Untuk berumur ≥ 15 tahun	Anggota Keluarga							Kondisi & Riwayat Kesehatan Diri	Anggota Keluarga						
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
	< Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >								< Jawaban boleh dipilih lebih dari satu >						
1 Sering menderita sakit kepala?								11	Merasa sulit menikmati kegiatan sehari-hari?						
2 Tidak nafsu makan?								12	Sulit mengambil keputusan?						
3 Sulit tidur?								13	Pekerjaan sehari-hari terganggu?						
4 Mudah takut?								14	Tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?						
5 Merasa tegang, cemas atau kuatir?								15	Kehilangan minat dalam berbagai hal?						
6 Tangan gemetar?								16	Merasa tidak berharga?						
7 Perceraian terganggu/ buruk?								17	Mempunya pikiran untuk mengakhiri hidup?						
8 Sulit berpikir jernih?								18	Merasa lelah sepanjang waktu?						
9 Merasa tidak bahagia?								19	Mengalami rasa tidak enak di perut?						
10 Menangis lebih sering?								20	Mudah lelah?						
21 Untuk semua keluhan 1 s/d 20, pernah melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan/ tenaga kesehatan?								< Pilih satu jawaban saja >							
a. Ya															
b. Tidak															
22 Jika pernah melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan/ tenaga kesehatan, apakah dalam 2 minggu terakhir?															
a. Ya															
b. Tidak															

G. PROFILE KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA (6)

Anggota Keluarga	Status Imunisasi	Aktivitas		TTV (Tanda-Tanda Vital)				Antropometri			Conjunctiva		Riwayat Kesehatan	Analisa Masalah Kesehatan
		Olahraga	Tidur	TD	N	P	S	TB	BB	Status Gizi	Pucat	Normal		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

TD: Tekanan Darah

P: Pernapasan

TB: Tinggi Badan

N: Nadi

S: Suhu

BB: Berat Badan

II. Keluarga Berencana

1. Usia kawin pertama
a. Suami

 tahun
b. Istri

 tahun

2. Jumlah anak
a. Yang pernah dilahirkan hidup

 orang
b. Yang masih hidup

 orang

 orang

3. Kesertaan ber-KB
 Sedang Pernah Tidak Pernah

4. Metode kontrasepsi yang sedang/pernah digunakan terakhir kali

IUD	MOP	Suntik	Kondom	Batal
MOW	Implan	Pil	Tradisional	Pilih Jawaban

5. Bila sedang ber-KB, sudah berapa lama gunakan metode kontrasepsi tsb:

 tahun

 bulan

6. Apakah ingin punya anak lagi
 Ya, segera (kurang dari 2 tahun)
 Ya, kemudian (lebih dari 2 tahun)
 Tidak ingin punya anak lagi

7. Alasan tidak ber-KB

Sedang hamil	Takut efek samping
Alasan fertilitas	Pelayanan KB jauh
Tidak menyetujui KB	Tidak mampu/mahal
Tidak tahu tentang KB	Lainnya

8. Tempat Pelayanan KB

RSUP/RSD	Puskesmas	Pustu/Pusling/Bidan Desa
RS TNI	Klinik Pratama	Poskesdes/Polindes
RS POLRI	Praktek Dokter	Praktek Bidan
RS Swasta	RS Pratama	Pelayanan Bergerak
Klinik Utama		Lainnya

III. Pembangunan Keluarga

- | | Ya | Tidak | Tidak berlaku |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Keluarga membeli satu stel pakaian baru untuk seluruh anggota keluarga min. 1 tahun sekali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Seluruh anggota keluarga makan min. 2 x sehari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seluruh anggota keluarga bila sakit berobat ke fasilitas kesehatan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Seluruh anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah dan berpergian | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seluruh anggota keluarga makan daging/ikan/ telur minimal 1 minggu 1 kali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Seluruh anggota keluarga menjalankan ibadah agama sesuai ketentuan agama yang dianut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pasangan usia subur dengan dua anak atau lebih menjadi peserta KB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Keluarga memiliki tabungan dalam bentuk uang/emas/tanah/hewan min. senilai Rp. 1.000.000 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Keluarga memiliki kebiasaan berkommunikasi dengan seluruh anggota keluarga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Keluarga ikut kegiatan sosial di lingkungan RT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keluarga memiliki akses informasi dari surat kabar/majalah/radio/TV/lainnya | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Keluarga memiliki anggota yang menjadi pengurus kegiatan sosial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Keluarga mempunyai balita ikut kegiatan Posyandu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Keluarga mempunyai balita ikut kegiatan BKB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Keluarga mempunyai remaja ikut kegiatan BKR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ada anggota keluarga masih remaja ikut PIK-R/M | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Keluarga lansia atau mempunyai lansia ikut BKL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Keluarga mengikuti kegiatan UPPKS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jam Selesai Mendaftar (JJ:MM)

--	--	--	--

Nama Koordinator

Nama & Tanda Tangan Pendata

19. Apakah jenis atap rumah terluas

Daun/Rumbia	Genteng/Sirap
Seng/Asbes	Lainnya

20. Jenis dinding rumah terluas

Tembok	Bambu
Kayu/Seng	Lainnya

21. Jenis lantai rumah terluas

Ubin/Keramik/Marmer	Tanah
Semen/Papan	Lainnya

22. Sumber penerangan utama

Listrik	Lampu Minyak
Genset/Diesel	Lainnya

23. Sumber air minum utama

Ledeng/Kemasan	Air hujan/ sungai
Sumur terlindung/ Pompa	Lainnya

24. Bahan bakar utama untuk memasak

Listrik/ Gas	Arang/ Kayu
Minyak Tanah	Lainnya

25. Fasilitas tempat buang air besar

Jamban sendiri	Jamban umum
Jamban bersama	Lainnya

26. Status kepemilikan rumah/bangunan tempat tinggal

Milik sendiri	Menumpang
Sewa/Kontrak	Lainnya

27. Luas rumah/ bangunan keseluruhan:

--	--	--	--

 m²

28. Orang yang tinggal dan menetap di rumah/bangunan ini:

--	--

 orang

Semua data berwarna merah harus lengkap terisi sebelum bisa mengirimkan form ini.