



REPUBLIK INDONESIA  
DEPARTEMEN KESEHATAN  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN



RISET KESEHATAN DASAR 2007

PERTANYAAN RUMAH TANGGA DAN INDIVIDU

RAHASIA

RKD07. RT

I. PENGENALAN TEMPAT			
1	Provinsi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Kabupaten/Kota*)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Kecamatan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Desa/Kelurahan*)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan    2. Perdesaan	<input type="checkbox"/>
6	a. Nomor blok sensus		
	b. Nomor sub blok sensus		
7	Nomor Kode Sampel		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Nomor urut sampel rumah tangga		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Alamat rumah		
II. KETERANGAN RUMAH TANGGA			
1	Nama kepala rumah tangga:		
2	Banyaknya anggota rumah tangga:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Banyaknya anggota rumah tangga yang diwawancarai:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Jumlah balita (umur di bawah 5 tahun):		<input type="checkbox"/>
5	Jumlah kematian ART dlm periode 12 bulan sebelum survei dan dilakukan verbal otopsi:		<input type="checkbox"/>
6	Apakah Rumah tangga menyimpan garam?	1. Ya    2. Tidak → Blok III	<input type="checkbox"/>
7	Lakukan tes cepat Iodium dan catat kandungan Iodiumnya	1. Cukup (biru/ungu tua) 2. Tdk cukup (biru/ ungu muda) 3. Tidak ada Iodium (Tidak berwarna)	<input type="checkbox"/>
SAMPLE GARAM DIAMBIL HANYA UNTUK 30 KAB/ KOTA TERPILIH (LIHAT DAFTAR KAB/ KOTA DI PEDOMAN PENGISIAN)			
8	STIKER NOMOR GARAM (RUMAH TANGGA)	TEMPEL STIKER DI SINI	
III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
1	Nama Pengumpul Data:		4 Nama Ketua Tim:
2	Tgl. Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 Tgl. Pengecekan: (tgl-bln-thn)
3	Tanda tangan Pengumpul Data		6 Tanda tangan Ketua Tim:

\*) coret yang tidak perlu

**IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA**

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga  [KODE]	Jenis Kelamin  1. Laki2 2. Perempuan	Umur (tahun)  Jika umur < 1thn isikan "00" Jika umur ≥ 97 thn isikan "97"	Status Kawin  [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun		Khusus ART perempuan 10-54 tahun  Apakah sedang Hamil?  1. Ya 2. Tidak	ART semalam tidur di dalam kelambu?  1. Ya 2. Tidak → kol.12 8. Tdk Tahu → kol.12	Jika ya, apakah kelambu berinsektisida?  1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Verifikasi
						Pendidikan Tertinggi  [KODE]	Pekerjaan utama  [KODE]				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1.		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 15 ORANG**

Kode kolom 3 Hubungan dengan kepala rumah tangga	Kode kolom 6 Status Kawin	Kode kolom 7 Pendidikan Tertinggi	Kode kolom 8 Pekerjaan Utama	Kode kolom 12 Verifikasi
1 = Kepala rumah tangga 6 = Orang tua/ mertua 2 = Istri/suami 7 = Famili lain 3 = Anak 8 = Pembantu rumah tangga 4 = Menantu 9 = Lainnya 5 = Cucu	1 = Belum kawin 2 = Kawin 3 = Cerai hidup 4 = Cerai mati	1 = Tidak pernah sekolah 2 = Tidak tamat SD 3 = Tamat SD 4 = Tamat SLTP 5 = Tamat SLTA 6 = Tamat Perguruan Tinggi	01 = Tidak kerja 02 = Sekolah 03 = Ibu umah tangga 04 = TNI/Polri 05 = PNS 06 = Pegawai BUMN 07 = Pegawai swasta 08 = Wiraswasta/ Pedagang 09 = Pelayanan Jasa 10 = Petani 11 = Nelayan 12 = Buruh 13 = Lainnya	1= Tidak ada perubahan 2= Ada perubahan 3 = Meninggal 4 = Pindah 5 = Lahir 6 = Anggota baru 7 = Tdk pernah ada dlm RT sampel

**V. MORTALITAS**

Nama ART yang diwawancarai: ..... No. Urut ART yang diwawancarai: (lihat Blok IV kol. 1)

**KEJADIAN KEMATIAN SEJAK 1 JULI 2004 (TERMASUK KEJADIAN BAYI LAHIR MATI) ---- HANYA DALAM RUMAH TANGGA**

1	APAKAH ADA KEJADIAN KEMATIAN SEJAK 1 JULI 2004 KARENA PENYAKIT DI BAWAH INI: <b>(BACAKAN PILIHAN PENYAKIT) ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>							
	a. Diare	<input type="checkbox"/>	e. Malaria	<input type="checkbox"/>	i. Hipertensi / Jantung	<input type="checkbox"/>	m. Kecelakaan/ cedera	<input type="checkbox"/>
	b. ISPA/ Pneumonia	<input type="checkbox"/>	f. DBD	<input type="checkbox"/>	j. Stroke	<input type="checkbox"/>	n. Hamil/ Bersalin/ Nifas	<input type="checkbox"/>
	c. Campak	<input type="checkbox"/>	g. Sakit kuning	<input type="checkbox"/>	k. Kencing manis	<input type="checkbox"/>	o. Bayi lahir mati	<input type="checkbox"/>
	d. TBC	<input type="checkbox"/>	h. Typhus	<input type="checkbox"/>	l. Kanker/ Tumor	<input type="checkbox"/>	p. Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>

**JIKA TIDAK ADA KEJADIAN KEMATIAN SEJAK 1 JULI 2004 LANGSUNG KE BLOK VI**

No. Urut	Nama yang Meninggal	Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga [KODE]	Bulan dan Tahun Kejadian Kematian sejak 1 Juli 2004	Jenis kelamin 1. Lk 2. Pr	Umur Saat Meninggal ⇒ < 1 th tulis dalam bulan ⇒ < 1 bulan tulis dalam hari ⇒ < 1 hari tulis 00 pada kolom Hari ⇒ Lahir mati tulis 98 pada kolom hari ⇒ ≥ 97 thn tulis 97 pada kolom thn [ISI SALAH SATU BARIS: HARI ATAU BULAN ATAU TAHUN]	Penyebab Utama Kematian [KODE]	Untuk wanita umur 10 - 54 thn yang meninggal, apakah terjadi pada: 1. Kehamilan 2. Keguguran 3. Melahirkan 4. Masa nifas (60 hr setelah bersalin) 5. Lainnya
(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1.		<input type="checkbox"/>	Bln <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
2.		<input type="checkbox"/>	Bln <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
3.		<input type="checkbox"/>	Bln <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
4.		<input type="checkbox"/>	Bln <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....

**Jika terdapat kematian dalam periode 12 bulan sebelum survei sampai dengan survei berlangsung, maka lanjutkan dengan menggunakan kuesioner RKD07.AV dengan melihat kolom 7 (umur saat meninggal) untuk memilih jenis kuesioner**

<p><b>Kode kolom 4 Hubungan dengan kepala RT</b></p> <p>1 = Kepala rumah tangga    6 = Orang tua/mertua                  2 = Istri/suami                7 = Famili lain                  3 = Anak                        8 = Pembantu rumah tangga                  4 = Menantu                    9 = Lainnya                  5 = Cucu</p>	<p align="center"><b>Kode kolom 8 Penyebab Kematian</b></p> <p>01 = Diare                        06 = Demam berdarah            11 = Kencing manis                  02 = ISPA/radang paru       07 = Sakit kuning                12 = Kanker/Tumor                  03 = Campak                    08 = Tifus                        13 = Kecelakaan/Cedera                  04 = TBC                         09 = Hipertensi/Jantung       14 = Hamil/Bersalin/Nifas                  05 = Malaria                    10 = Stroke                       15 = bayi lahir mati                      16 = penyakit lainnya.....</p>	<p align="center"><b>Kolom 7 Umur saat meninggal GUNAKAN KUESIONER:</b></p> <p>&lt; 29 hari (NEONATAL):  <b>RKD07.AV1</b>                  29 hari - &lt; 5 thn:  <b>RKD07.AV2</b>                  5 thn ke atas :  <b>RKD07.AV3</b></p>
--	---	---

VI. AKSES DAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN			
1a	Berapa jarak yang harus ditempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu, Dokter praktek, Bidan Praktek)?	.....Km .....meter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1b	Berapa waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu, Dokter praktek, Bidan Praktek)?	..... menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2a	Berapa jarak yang harus ditempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (Posyandu, Poskesdes, Polindes)?	.....Km .....meter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2b	Berapa waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (Posyandu, Poskesdes, Polindes)?	..... menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Apakah tersedia angkutan umum ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat? ( <b>berlaku untuk P.1a dan P.2a</b> )	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4	Apakah rumah tangga ini pernah memanfaatkan pelayanan Posyandu/ Poskesdes dalam 3 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak → P.6	<input type="checkbox"/>
5	<p>Jika ya, jenis pelayanan apa saja yang diterima: (<b>BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN i</b>) <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA 2=TIDAK 7=TIDAK BERLAKU</b></p> <p>a. Penimbangan <input type="checkbox"/>      d. KIA <input type="checkbox"/>      g. Pemberian Makanan Tambahan <input type="checkbox"/></p> <p>b. Penyuluhan <input type="checkbox"/>      e. KB <input type="checkbox"/>      h. Suplementasi gizi (Vit A, Fe, Multi gizi mikro) <input type="checkbox"/></p> <p>c. Imunisasi <input type="checkbox"/>      f. Pengobatan <input type="checkbox"/>      i. Konsultasi risiko penyakit <input type="checkbox"/></p>		
<b>LANJUTKAN KE P.7</b>			
6	<p>Jika tidak memanfaatkan pelayanan Posyandu/ Poskesdes, apakah alasan utamanya?</p> <p>1. Letak posyandu jauh    2. Tidak ada posyandu    3. Pelayanan tidak lengkap    4. Lainnya: .....</p>		<input type="checkbox"/>
7	Apakah rumah tangga ini pernah memanfaatkan pelayanan Polindes/ Bidan Desa dalam 3 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak → P.9	<input type="checkbox"/>
8	<p>Jika ya, jenis pelayanan apa saja yang diterima: (<b>BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN f</b>) <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA 2=TIDAK 7= TIDAK BERLAKU</b></p> <p>a. Pemeriksaan kehamilan <input type="checkbox"/>    c. Pemeriksaan ibu nifas <input type="checkbox"/>    e. Pemeriksaan bayi (1-11 bulan) dan/ atau anak balita (1- 4 tahun) <input type="checkbox"/></p> <p>b. Persalinan <input type="checkbox"/>    d. Pemeriksaan neonatus (&lt;1 bulan) <input type="checkbox"/>    f. Pengobatan <input type="checkbox"/></p>		
<b>LANJUTKAN KE P.10</b>			
9	<p>Jika tidak memanfaatkan pelayanan Polindes/ Bidan Desa, apakah alasan utamanya?</p> <p>1. Letak polindes/ bidan desa jauh    3. Pelayanan tidak lengkap    5. Lainnya: .....</p> <p>2. Tidak ada polindes/ bidan desa    4. Tidak membutuhkan</p>		<input type="checkbox"/>
10	Apakah rumah tangga ini pernah Memanfaatkan pelayanan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat desa (WOD) dalam 3 bulan terakhir?	1. Ya → VII 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
11	<p>Jika tidak memanfaatkan POD/ WOD, apakah alasan utamanya?</p> <p>1. Lokasi jauh    3. Obat tidak lengkap    5. Lainnya: .....</p> <p>2. Tidak ada POD/ WOD    4. Tidak membutuhkan</p>		<input type="checkbox"/>

VII. SANITASI LINGKUNGAN			
1.	Berapa jumlah pemakaian air untuk keperluan Rumah Tangga?	..... liter/hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Berapa jarak/lama waktu yang dibutuhkan untuk memperoleh air (pulang-pergi)?	a. Jarak ....Km b. Lama... Menit	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Apakah di sekitar sumber air dalam radius <10 meter terdapat sumber pencemaran (air limbah/ cubluk/ tangki septik/ sampah)?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak ada sumber air	<input type="checkbox"/>
4.	Apakah air untuk semua kebutuhan rumah tangga diperoleh dengan mudah sepanjang tahun?	1. Ya (mudah) 2. Sulit di musim kemarau 3. Sulit sepanjang tahun	<input type="checkbox"/>
5.	Bila sumber air terletak di luar pekarangan rumah, siapa yang biasanya mengambil air untuk keperluan Rumah Tangga	1. Orang dewasa perempuan 2. Orang dewasa laki-laki 3. Anak laki-laki 4. Anak perempuan 5. Sumber air di dalam pekarangan rumah	<input type="checkbox"/>
6.	Bagaimana kualitas fisik air minum? <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b> a. Keruh <input type="checkbox"/> b. Berwarna <input type="checkbox"/> c. Berasa <input type="checkbox"/> d. Berbusa <input type="checkbox"/> e. Berbau <input type="checkbox"/>		
7.	Apakah jenis sarana/ tempat penampungan air minum sebelum dimasak? 1. Tidak ada/langsung dari sumber 2. Wadah/tandon terbuka 3. Wadah/tandon tertutup		<input type="checkbox"/>
8.	Bagaimana pengolahan air minum sebelum diminum/ digunakan? <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b> a. Langsung diminum <input type="checkbox"/> b. Dimasak <input type="checkbox"/> c. Disaring <input type="checkbox"/> d. Diberi bahan kimia <input type="checkbox"/> e. Lainnya: ..... <input type="checkbox"/>		
9.	Dimana tempat penampungan air limbah dari kamar mandi/ tempat cuci/ dapur? 1. Penampungan tertutup di pekarangan/ SPAL 3. Penampungan di luar pekarangan 2. Penampungan terbuka di pekarangan 4. Tanpa penampungan (di tanah) 5. Langsung ke got/ sungai		<input type="checkbox"/>
10.	Bagaimana saluran pembuangan air limbah dari kamar mandi/ dapur/ tempat cuci? 1. Saluran terbuka 2. Saluran tertutup 3. Tanpa saluran		<input type="checkbox"/>
11.	Apakah tersedia tempat pembuangan sampah di luar rumah?		1. Ya 2. Tidak →P.13 <input type="checkbox"/>
12.	Bila ya, apa jenis tempat pengumpulan/ penampungan sampah rumah tangga di luar rumah tersebut? <b>(BACAKAN POINT a DAN b)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>		a. Tempat sampah tertutup <input type="checkbox"/> b. Tempat sampah terbuka <input type="checkbox"/>
13.	Apakah tersedia tempat penampungan sampah basah (organik) di dalam rumah?		1. Ya 2. Tidak →P.15 <input type="checkbox"/>
14.	Bila ya, apa jenis tempat pengumpulan/ penampungan sampah basah (organik) di dalam rumah? <b>(BACAKAN POINT a DAN b)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>		a. Tempat sampah tertutup <input type="checkbox"/> b. Tempat sampah terbuka <input type="checkbox"/>
15.	Apakah Rumah Tangga ini selama sebulan yang lalu menggunakan bahan kimia yang termasuk dalam golongan bahan berbahaya dan beracun (B3) di dalam rumah <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>		
	a. Pengharum ruangan (spray)	<input type="checkbox"/>	e. Penghilang noda pakaian <input type="checkbox"/>
	b. Spray rambut/ deodorant spray	<input type="checkbox"/>	f. Aki (Accu) <input type="checkbox"/>
	c. Pembersih lantai	<input type="checkbox"/>	g. Cat <input type="checkbox"/>
	d. Pengkilap kaca/ kayu/ logam	<input type="checkbox"/>	h. Racun serangga/ Pembasmi hama <input type="checkbox"/>

16.	Apa jenis ternak yang dipelihara?				
	Ternak/hewan peliharaan	Dipelihara?		Dipelihara di :	
		1. Ya 2. Tidak → ternak berikutnya	1. Kandang dalam rumah 2. Kandang luar rumah	3. Rumah tanpa kandang 4. Luar rumah tanpa kandang	
		(1)	(2)		
	a. Unggas (ayam, bebek, burung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. Ternak sedang (kambing, domba, babi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Ternak besar (sapi, kerbau, kuda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d. Anjing, kucing, kelinci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17.	Jarak rumah ke sumber pencemaran? <b>JIKA TIDAK TAHU JARAK KE SUMBER PENCEMARAN → ISIKAN "8888" PADA KOLOM (2) JARAK (METER)</b> <b>JIKA TIDAK ADA SUMBER PENCEMARAN → ISIKAN "9999" PADA KOLOM (2) JARAK (METER)</b>				
	Sumber Pencemaran	Jarak (meter)	Sumber Pencemaran	Jarak (meter)	
	(1)	(2)	(1)	(2)	
	a. Jalan raya/ rel kereta api	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Terminal/stasiun kereta api/ bandara	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b. Tempat Pembuangan Sampah (Akhir/Sementara)/Incinerator/IPAL RS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Bengkel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	c. Industri/pabrik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Jaringan listrik tegangan tinggi (SUTT/ SUTET)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	d. Pasar tradisional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. Peternakan/ Rumah Potong Hewan (termasuk unggas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**CATATAN PENGUMPUL DATA**





## PENGENALAN TEMPAT

Prov	Kab/ Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	No. Blok Sensus	No. Sub Blok Sensus	No Kode Sampel	No. urut sampel RT

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RKD07.RT

## IX. KETERANGAN WAWANCARA INDIVIDU

1.	Tanggal kunjungan pertama: Tgl -Bln-Thn	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	3.	Nama Pengumpul data	
2.	Tanggal kunjungan akhir: Tgl -Bln-Thn	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	4.	Tanda tangan Pengumpul data	

## X. KETERANGAN INDIVIDU

## A. IDENTIFIKASI RESPONDEN

A01	Tuliskan nama dan nomor urut Anggota Rumah Tangga (ART)	Nama ART .....	Nomor urut ART: <input type="text"/> <input type="text"/>
A02	Untuk ART pada A01 < 15 tahun/ kondisi sakit/ orang tua yang perlu didampingi, tuliskan nama dan nomor urut ART yang mendampingi	Nama ART .....	Nomor urut ART: <input type="text"/> <input type="text"/>

## B. PENYAKIT MENULAR, TIDAK MENULAR, DAN RIWAYAT PENYAKIT TURUNAN

[NAMA] pada pertanyaan di bawah ini merujuk pada NAMA yang tercatat pada pertanyaan A01  
**PERTANYAAN B01-B40 DITANYAKAN PADA SEMUA UMUR**

INFEKSI SALURAN PERNAFASAN AKUT (ISPA)/ INFLUENZA/ RADANG TENGGOROKAN			
B01	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita ISPA oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B03 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B02	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas disertai batuk berdahak/ kering atau pilek?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
PNEUMONIA/ RADANG PARU			
B03	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Pneumonia oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B05 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B04	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas tinggi disertai batuk berdahak dan napas lebih cepat dan pendek dari biasa (cuping hidung) / sesak nafas dengan tanda tarikan dinding dada bagian bawah?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
DEMAM TYPHOID (TIFUS PERUT)			
B05	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Demam Typhoid oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B07 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B06	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas terutama pada sore malam hari > 1 minggu disertai sakit kepala, lidah kotor dengan pinggir merah, diare atau tidak bisa BAB?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
MALARIA			
B07	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Malaria yang sudah dikonfirmasi dengan pemeriksaan darah oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B09 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B08	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas tinggi disertai menggigil (perasaan dingin), panas naik turun secara berkala, berkeringat, sakit kepala atau tanpa gejala malaria tetapi sudah minum obat anti malaria?	1. Ya 2. Tidak → B10	<input type="checkbox"/>
B09	Jika Ya, apakah [NAMA] mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam pertama menderita panas?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
DIARE/ MENCRET			
B10	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Diare oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B12 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B11	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita buang air besar lebih dari 3 kali dalam sehari dengan kotoran/ tinja lembek atau cair?	1. Ya 2. Tidak → B13	<input type="checkbox"/>
B12	Apakah pada saat diare, diatasi dengan pemberian Oralit/ pemberian larutan gula garam/ cairan rumah tangga?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

<b>CAMPAK/ MORBILI</b>			
B13	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita campak oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B15 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B14	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas tinggi disertai mata merah dengan banyak kotoran pada mata, ruam merah pada kulit terutama pada leher dan dada?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>TUBERKULOSIS PARU (TB PARU)</b>			
B15	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita TB Paru oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B17 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B16	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita batuk ≥ 2 minggu disertai dahak atau dahak bercampur darah/ batuk berdarah dan berat badan sulit bertambah/ menurun?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)</b>			
B17	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Demam Berdarah Dengue oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B19 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B18	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita demam/panas, sakit kepala/ pusing disertai nyeri di uluhati/ perut kiri atas, mual dan muntah, lemas kadang-kadang disertai bintik-bintik merah di bawah kulit dan/ atau mimisan, kaki/ tangan dingin?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>HEPATITIS/ SAKIT LIVER/ SAKIT KUNING</b>			
B19	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Hepatitis oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B21 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B20	Dalam 12 bulan terakhir apakah [NAMA] pernah menderita demam, lemah, gangguan saluran cerna, (mual, muntah, tidak nafsu makan), nyeri pada perut kanan atas, disertai urin warna seperti air teh pekat, mata atau kulit berwarna kuning?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>FILARIASIS/ PENYAKIT KAKI GAJAH</b>			
B21	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Filariasis oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B23 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B22	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita radang pada kelenjar di pangkal paha secara berulang, atau pembesaran alat kelamin/ payudara/ tungkai bawah dan atau atas (Filariasis/ kaki gajah)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>ASMA/ MENGI/ BENGEK</b>			
B23	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Asma oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B25 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B24	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami sesak napas disertai bunyi (mengi)/ Rasa tertekan di dada/ Terbangun karena dada terasa tertekan di pagi hari atau waktu lainnya, Serangan sesak napas/terengah-engah tanpa sebab yang jelas ketika tidak sedang berolah raga atau melakukan aktivitas fisik lainnya?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>GIGI DAN MULUT</b>			
B25	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah dengan gigi dan/atau mulut?	1. Ya 2. Tidak → B28	<input type="checkbox"/>
B26	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] menerima perawatan atau pengobatan dari perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis?	1. Ya 2. Tidak → B28	<input type="checkbox"/>
B27	Jenis perawatan atau pengobatan apa saja yang diterima untuk masalah gigi dan mulut yang [NAMA] alami? <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>		
	a. Pengobatan <input type="checkbox"/>	c. Pemasangan gigi palsu lepasan (protesa) atau gigi palsu cekat (bridge) <input type="checkbox"/>	e. Perawatan gigi lainnya. Ya, sebutkan..... <input type="checkbox"/>
	b. Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi atau mulut <input type="checkbox"/>	d. Konseling tentang perawatan/ kebersihan gigi dan mulut <input type="checkbox"/>	
B28	Apakah [NAMA] telah kehilangan seluruh gigi asli?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

<b>CEDERA</b>				
B29	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami cedera sehingga kegiatan sehari-hari terganggu?	1. Ya 2. Tidak → B33	<input type="checkbox"/>	
B30	Penyebab cedera: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN p)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. Kecelakaan transportasi di darat (bus/ truk, kereta api, motor, mobil)	<input type="checkbox"/>	i. Bencana alam (gempa bumi, tsunami)	<input type="checkbox"/>
	b. Kecelakaan transportasi laut	<input type="checkbox"/>	j. Usaha bunuh diri (mekanik, kimia)	<input type="checkbox"/>
	c. Kecelakaan transportasi udara	<input type="checkbox"/>	k. Tenggelam	<input type="checkbox"/>
	d. Jatuh	<input type="checkbox"/>	l. Mesin elektrik, radiasi	<input type="checkbox"/>
	e. Terluka karena benda tajam, benda tumpul	<input type="checkbox"/>	m. Terbakar, terkurung asap	<input type="checkbox"/>
	f. Penyerangan (benda tumpul/ tajam, bahan kimia, dll)	<input type="checkbox"/>	n. Asfiksia (terpendam, tercekik, dll.)	<input type="checkbox"/>
	g. Ditembak dengan senjata api	<input type="checkbox"/>	o. Komplikasi tindakan medis	<input type="checkbox"/>
	h. Kontak dengan bahan beracun (binatang, tumbuhan, kimia)	<input type="checkbox"/>	p. Lainnya, Sebutkan .....	<input type="checkbox"/>
B31	Bagian tubuh yang terkena cedera: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN j)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. Kepala	<input type="checkbox"/>	d. Bagian perut, tulang punggung, tulang panggul	<input type="checkbox"/>
	b. Leher	<input type="checkbox"/>	e. Bagian bahu dan lengan atas	<input type="checkbox"/>
	c. Bagian dada	<input type="checkbox"/>	f. Bagian siku, lengan bawah	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	g. Bagian pergelangan tangan, dan tangan	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	h. Bagian pinggul dan tungkai atas	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	i. Bagian lutut dan tungkai bawah	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	j. Bagian tumit dan kaki	<input type="checkbox"/>
B32	Jenis cedera yang dialami : <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN i)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. Benturan/ Luka memar	<input type="checkbox"/>	c. Luka terbuka	<input type="checkbox"/>
	b. Luka lecet	<input type="checkbox"/>	d. Luka bakar	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	e. Terkilir, teregang	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	f. Patah tulang	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	g. Anggota gerak terputus	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	h. Keracunan	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	i. Lainnya: .....	<input type="checkbox"/>
<b>PENYAKIT JANTUNG</b>				
B33	Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis menderita penyakit jantung oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B35 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
B34	Apakah [NAMA] pernah ada gejala/ riwayat: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>			
	a. Bibir kebiruan saat menangis atau melakukan aktifitas	<input type="checkbox"/>	c. Jantung berdebar-debar tanpa sebab	<input type="checkbox"/>
	b. Nyeri dada/ rasa tertekan berat/ sesak nafas ketika berjalan terburu-buru/ mendaki/ berjalan biasa di jalan datar/ kerja berat/ jalan jauh	<input type="checkbox"/>	d. Sesak nafas pada saat tidur tanpa bantal	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	e. Tungkai bawah bengkak	<input type="checkbox"/>
<b>PENYAKIT KENCING MANIS (DIABETES MELLITUS)</b>				
B35	Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B37 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
B36	Apakah [NAMA] selama ini pernah mengalami gejala banyak makan, banyak kencing, banyak minum, lemas dan berat badan turun atau menggunakan obat untuk kencing manis?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	

<b>TUMOR / KANKER</b>			
B37	Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis menderita penyakit tumor/ kanker oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1.Ya 2.Tidak → B40	<input type="checkbox"/>
B38	Sejak kapan [NAMA] didiagnosis tumor tersebut? Tahun.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B39	Dimana lokasi tumor/ kanker tersebut: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN m)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 7=TIDAK BERLAKU</b> a. Mata, otak, dan bagian susunan syaraf pusat <input type="checkbox"/> f. Saluran cerna (usus, hati) <input type="checkbox"/> k. Jaringan lunak <input type="checkbox"/> b. Bibir, rongga mulut dan tenggorokan <input type="checkbox"/> g. Saluran kemih <input type="checkbox"/> l. Tulang, tulang rawan <input type="checkbox"/> c. Kelenjar gondok dan kelenjar endokrin lain <input type="checkbox"/> h. Alat kelamin wanita: ovarium, cervix uteri <input type="checkbox"/> m. Darah <input type="checkbox"/> d. Saluran pernafasan (paru- paru) <input type="checkbox"/> i. Alat kelamin pria: Prostat <input type="checkbox"/> e. Payudara <input type="checkbox"/> j. Kulit <input type="checkbox"/>		
<b>PENYAKIT Keturunan/GENETIK</b>			
B40	Apakah [NAMA] ada riwayat keluhan menderita sebagai berikut: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b> a. Gangguan jiwa (schizophrenia)(observasi) <input type="checkbox"/> d. Bibir sumbing (observasi) <input type="checkbox"/> g. Talasemia <input type="checkbox"/> b. Butawarna <input type="checkbox"/> e. Alergi dermatitis <input type="checkbox"/> h. Hemofilia <input type="checkbox"/> c. Glaukoma <input type="checkbox"/> f. Alergi rhinitis <input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• JIKA ART UMUR ≥ 15 TAHUN → B41</li> <li>• JIKA ART UMUR ≤ 14 TAHUN → KE BAGIAN C. KETANGGAPAN PELAYANAN KESEHATAN</li> </ul>			
<b>PERTANYAAN B41-B50, KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN</b>			
<b>PENYAKIT SENDI/ REMATIK/ ENCOK</b>			
B41	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit sendi/ rematik/ encok oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B43 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B42	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita sakit/ nyeri/ kaku/ bengkak di sekitar persendian, kaku di persendian ketika bangun tidur atau setelah istirahat lama, yang timbul bukan karena kecelakaan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>HIPERTENSI/ PENYAKIT TEKANAN DARAH TINGGI</b>			
B43	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita hipertensi/ penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B45 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B44	Apakah saat ini [NAMA] masih minum obat antihipertensi?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<b>STROKE</b>			
B45	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1.Ya → B47 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B46	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau pada otot wajah, atau gangguan pada suara (pelo) secara mendadak?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• JIKA ART UMUR ≥ 30 TAHUN → B47</li> <li>• JIKA ART UMUR ≤ 29 TAHUN → KE BAGIAN C. KETANGGAPAN PELAYANAN KESEHATAN</li> </ul>			
<b>KATARAK (KHUSUS ART ≥ 30 TAHUN)</b>			
B47	Dalam 12 bulan terakhir, apakah salah satu atau kedua mata [NAMA] pernah didiagnosis/ dinyatakan katarak (lensa mata keruh) oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B49 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>

B48	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] mengalami: <b>(BACAKAN POINT a DAN b)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>		
	a. Penglihatan berkabut/ berasap/ berembun atau tidak jelas?		a. <input type="checkbox"/>
	b. Mempunyai masalah penglihatan berkaitan dengan sinar, seperti silau pada lampu/pencahayaan yang terang?		b. <input type="checkbox"/>
B49	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah operasi katarak?	1. Ya 2. Tidak → C	<input type="checkbox"/>
B50	Apakah setelah operasi katarak [NAMA] memakai kacamata?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

### C. KETANGGAPAN PELAYANAN KESEHATAN

#### Ca. KETANGGAPAN PELAYANAN RAWAT INAP

Ca01	Dalam 5 tahun terakhir, dimana [NAMA] menjalani rawat inap terakhir?		<input type="checkbox"/>
	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Rumah Sakit Di Luar Negeri 4. Rumah Sakit Bersalin/ Rumah Bersalin 5. Puskesmas	6. Praktek tenaga kesehatan 7. Pengobat Tradisional 8. Lainnya (Sebutkan.....) 9. Tidak Pernah menjalani rawat inap → Cb01	
Ca02	Berapa biaya yang dikeluarkan untuk rawat inap terakhir (dalam 5 tahun terakhir sebelum survei)? 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"/>	
Ca03	Darimana sumber biaya untuk rawat inap tersebut? <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN I)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>		
	a. Biaya sendiri <input type="checkbox"/>	e. Askes Swasta <input type="checkbox"/>	i. Kartu Sehat <input type="checkbox"/>
	b. PT ASKES (pegawai) <input type="checkbox"/>	f. Dana Sehat/ JPKM <input type="checkbox"/>	j. Penggantian biaya oleh perusahaan <input type="checkbox"/>
	c. PT ASTEK/ Jamsostek <input type="checkbox"/>	g. Askeskin <input type="checkbox"/>	k. Surat Keterangan Tidak Mampu/ SKTM <input type="checkbox"/>
	d. ASABRI <input type="checkbox"/>	h. Jaminan Kesehatan Pemda <input type="checkbox"/>	l. Sumber lain, Sebutkan ..... <input type="checkbox"/>
<b>Untuk pelayanan rawat inap yang terakhir, berilah penilaian dalam berbagai aspek dengan pilihan jawaban sbb:</b> <b>1. SANGAT BAIK</b> <b>2. BAIK</b> <b>3. SEDANG</b> <b>4. BURUK</b> <b>5. SANGAT BURUK</b>			
Ca04	Bagaimana [NAMA] menilai <b>lama waktu menunggu</b> sebelum mendapat pelayanan rawat inap?		<input type="checkbox"/>
Ca05	Bagaimana [NAMA] menilai <b>keramahan</b> dari petugas kesehatan dalam menyapa dan berbicara?		<input type="checkbox"/>
Ca06	Bagaimana [NAMA] menilai pengalaman mendapatkan <b>kejelasan tentang informasi</b> yang terkait dengan penyakitnya dari petugas kesehatan?		<input type="checkbox"/>
Ca07	Bagaimana [NAMA] menilai pengalaman <b>ikut serta dalam pengambilan keputusan</b> tentang perawatan kesehatan atau pengobatannya?		<input type="checkbox"/>
Ca08	Bagaimana [NAMA] menilai cara pelayanan kesehatan menjamin kerahasiaan atau dapat <b>berbicara secara pribadi</b> mengenai penyakitnya?		<input type="checkbox"/>
Ca09	Bagaimana [NAMA] menilai <b>kebebasan memilih</b> fasilitas, sarana dan petugas kesehatan?		<input type="checkbox"/>
Ca10	Bagaimana [NAMA] menilai <b>kebersihan</b> ruang rawat inap termasuk kamar mandi?		<input type="checkbox"/>
Ca11	Bagaimana [NAMA] menilai <b>kemudahan dikunjungi</b> oleh keluarga atau teman <b>ketika masih dirawat di fasilitas kesehatan</b> ?		<input type="checkbox"/>

Cb. KETANGGAPAN PELAYANAN BEROBAT JALAN			
Cb01	Dalam 1 tahun terakhir, dimana [NAMA] menjalani berobat jalan terakhir? 01. Rumah Sakit Pemerintah                      06. Praktek tenaga kesehatan 02. Rumah Sakit Swasta                            07. Pengobat Tradisional 03. Rumah Sakit Bersalin/ Rumah Bersalin    08. Lainnya (Sebutkan.....) 04. Puskesmas/ Pustu/ Pusling/ Posyandu    09. Di rumah 05. Poliklinik/ Balai Pengobatan Swasta      10. Tidak Pernah menjalani berobat jalan →Cb10a		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cb02	Berapa biaya yang dikeluarkan untuk berobat jalan terakhir (dalam 1 tahun terakhir sebelum survei)? Rp. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cb03	Darimana sumber biaya untuk berobat jalan tersebut? <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN I)</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>		
	a. Biaya sendiri <input type="checkbox"/>	e. Askes Swasta <input type="checkbox"/>	i. Kartu Sehat <input type="checkbox"/>
	b. PT ASKES (pegawai) <input type="checkbox"/>	f. Dana Sehat/ JPKM <input type="checkbox"/>	j. Penggantian biaya oleh perusahaan <input type="checkbox"/>
	c. PT ASTEK/ Jamsostek <input type="checkbox"/>	g. Askeskin <input type="checkbox"/>	k. Surat Keterangan Tidak Mampu/ SKTM <input type="checkbox"/>
	d. ASABRI <input type="checkbox"/>	h. Jaminan Kesehatan Pemda <input type="checkbox"/>	l. Sumber lain, Sebutkan ..... <input type="checkbox"/>
<b>Untuk pelayanan berobat jalan yang terakhir, berilah penilaian dalam berbagai aspek dengan pilihan jawaban sbb:</b> <b>1. SANGAT BAIK    2. BAIK    3. SEDANG    4. BURUK    5. SANGAT BURUK</b>			
Cb04	Bagaimana [NAMA] menilai <b>lama waktu menunggu</b> sebelum mendapat pelayanan berobat jalan?		<input type="checkbox"/>
Cb05	Bagaimana [NAMA] menilai <b>keramahan</b> dari petugas kesehatan dalam menyapa dan berbicara?		<input type="checkbox"/>
Cb06	Bagaimana [NAMA] menilai pengalaman mendapatkan <b>kejelasan tentang informasi</b> yang terkait dengan penyakitnya dari petugas kesehatan?		<input type="checkbox"/>
Cb07	Bagaimana [NAMA] menilai pengalaman <b>ikut serta dalam pengambilan keputusan</b> tentang perawatan kesehatan atau pengobatannya?		<input type="checkbox"/>
Cb08	Bagaimana [NAMA] menilai cara pelayanan kesehatan menjamin <b>kerahasiaan</b> atau dapat <b>berbicara secara pribadi</b> mengenai penyakitnya?		<input type="checkbox"/>
Cb09	Bagaimana [NAMA] menilai <b>kebebasan memilih</b> fasilitas, sarana dan petugas kesehatan?		<input type="checkbox"/>
Cb10	Bagaimana [NAMA] menilai <b>kebersihan</b> ruang pelayanan berobat jalan termasuk kamar mandi? <b>ISIKAN KODE "7" JIKA TEMPAT MENJALANI BEROBAT JALAN (Cb01) "DI RUMAH"</b>		<input type="checkbox"/>
Cb10a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JIKA ART UMUR 0 - 4 TAHUN → G. IMUNISASI DAN PEMANTAUAN PERTUMBUHAN</li> <li>• JIKA ART UMUR 5 - 9 TAHUN → XI. PENGUKURAN dan PEMERIKSAAN</li> <li>• JIKA ART UMUR ≥10 TAHUN → D. PENGETAHUAN, SIKAP dan PERILAKU</li> </ul>		
D. PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU (SEMUA ART UMUR ≥ 10 TAHUN)			
PENYAKIT FLU BURUNG			
D01	Apakah [NAMA] pernah mendengar tentang penyakit flu burung pada manusia?	1. Ya 2. Tidak → D04	<input type="checkbox"/>
D02	Sebutkan melalui apa saja penularan kepada manusia? <b>(POINT "a" SAMPAI "g" TIDAK DIBACAKAN).</b> <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>		
	a. Udara <input type="checkbox"/>	d. Kontak dengan unggas sakit <input type="checkbox"/>	g. Lainnya, sebutkan ..... <input type="checkbox"/>
	b. Berdekatan dengan penderita <input type="checkbox"/>	e. Kontak kotoran unggas/Pupuk kandang <input type="checkbox"/>	
	c. Lalat <input type="checkbox"/>	f. Makanan <input type="checkbox"/>	



D14	Sebutkan jenis rokok/ tembakau yang biasa [NAMA] hisap/ kunyah: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h)</b> <b>ISIKAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU</b>		
	a. Rokok kretek dengan filter <input type="checkbox"/>	d. Rokok liting <input type="checkbox"/>	g. Tembakau dikunyah (susur, nyirih, nginang) <input type="checkbox"/>
	b. Rokok kretek tanpa filter <input type="checkbox"/>	e. Cangklong <input type="checkbox"/>	h. Lainnya: ..... <input type="checkbox"/>
	c. Rokok putih <input type="checkbox"/>	f. Cerutu <input type="checkbox"/>	
D15	Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah ketika bersama ART lain?	1. Ya → D17	2. Tidak → D17 <input type="checkbox"/>
D16	Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/ tidak merokok/ tidak mengunyah tembakau sama sekali? <b>ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT</b>	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D17	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali merokok/ mengunyah tembakau? <b>ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT</b>	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>ALKOHOL</b>			
<b>Catatan (GUNAKAN KARTU PERAGA):</b> 1 satuan minuman standard yang mengandung 8 – 13 g etanol, misalnya terdapat dalam: 1 gelas/ botol kecil/ kaleng (285 – 330 ml) bir 1 gelas kerucut (60 ml) aperitif 1 sloki (30 ml) whiskey 1 gelas kerucut (120 ml) anggur			
D18	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] mengkonsumsi minuman yang mengandung alkohol (minuman alkohol bermerk: contohnya bir, whiskey, vodka, anggur/ wine, dll dan minuman tradisional: contohnya tuak, poteng, sopi)?	1. Ya 2. Tidak → D22	<input type="checkbox"/>
D19	Apakah dalam 1 bulan terakhir [NAMA] pernah mengkonsumsi minuman yang mengandung alkohol?	1. Ya 2. Tidak → D22	<input type="checkbox"/>
D20	Dalam 1 bulan terakhir <b>seberapa sering</b> [NAMA] minum minuman beralkohol? <b>(BACAKAN PILIHAN JAWABAN)</b> 1. 5 hari atau lebih tiap minggu 2. 1 – 4 hari tiap minggu 3. 1 – 3 hari tiap bulan 4. < 1x tiap bulan		<input type="checkbox"/>
D21a	Jenis minuman beralkohol yang paling banyak dikonsumsi:	1. Bir 2. Whiskey/ Vodka 3. anggur/wine 4. minuman tradisional	<input type="checkbox"/>
D21b	Ketika minum minuman beralkohol, <b>biasanya berapa rata-rata</b> satuan minuman standar [NAMA] minum dalam satu hari? <b>ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK TAHU</b>	.....satuan <b>(GUNAKAN KARTU PERAGA)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>AKTIVITAS FISIK (GUNAKAN KARTU PERAGA)</b>			
<b>Berikut adalah pertanyaan aktivitas fisik/ kegiatan jasmani yang berkaitan dengan pekerjaan, waktu senggang dan transportasi</b>			
D22	Apakah [NAMA] biasa melakukan <b>aktivitas fisik berat</b> , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya 2. Tidak → D25	<input type="checkbox"/>
D23	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan <b>aktivitas fisik berat</b> tersebut?	.....hari	<input type="checkbox"/>
D24	Biasanya pada hari ketika [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat, berapa total waktu yang digunakan untuk melakukan seluruh kegiatan tersebut? <b>(ISI DALAM JAM DAN MENIT)</b>	.....jam .....menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D25	Apakah [NAMA] biasa melakukan <b>aktivitas fisik sedang</b> , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kalinya?	1. Ya 2. Tidak → D28	<input type="checkbox"/>
D26	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan <b>aktivitas fisik sedang</b> tersebut?	.....hari	<input type="checkbox"/>
D27	Biasanya pada hari ketika [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang, berapa total waktu yang digunakan untuk melakukan seluruh kegiatan tersebut? <b>(ISI DALAM JAM DAN MENIT)</b>	.....jam .....menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D28	Apakah [NAMA] biasa berjalan kaki atau menggunakan sepeda kayuh yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kalinya?	1. Ya 2. Tidak → D31	<input type="checkbox"/>
D29	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] berjalan kaki atau bersepeda selama paling sedikit 10 menit terus-menerus setiap kalinya?	.....hari	<input type="checkbox"/>

D30	Biasanya dalam sehari, berapa total waktu yang [NAMA] gunakan untuk berjalan kaki atau bersepeda? (ISI DALAM JAM DAN MENIT)	.....jam .....menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------	--

**PERILAKU KONSUMSI**

D31	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] makan buah-buahan segar? (GUNAKAN KARTU PERAGA) JIKA JAWABAN "0" → D33	..... hari	<input type="checkbox"/>
D32	Berapa porsi rata-rata [NAMA] makan buah-buahan segar dalam satu hari dari hari-hari tersebut? (GUNAKAN KARTU PERAGA)	.....porsi	<input type="checkbox"/>
D33	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran segar? (GUNAKAN KARTU PERAGA) JIKA JAWABAN "0" → D35	.....hari	<input type="checkbox"/>
D34	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran segar dalam sehari? (GUNAKAN KARTU PERAGA)	.....porsi	<input type="checkbox"/>

**TANYAKAN D35 TANPA KARTU PERAGA DAN ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:**

1. > 1 kali per hari      3. 3 – 6 kali per minggu      5. < 3 kali per bulan  
2. 1 kali per hari      4. 1 – 2 kali per minggu      6. Tidak pernah

D35	Biasanya berapa kali [NAMA] mengonsumsi makanan berikut: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h)		
a. Makanan/ minuman manis	<input type="checkbox"/>	d. Jeroan (usus, babat, paru)	<input type="checkbox"/>
b. Makanan asin	<input type="checkbox"/>	e. Makanan dibakar/dipanggang	<input type="checkbox"/>
c. Makanan berlemak	<input type="checkbox"/>	f. Makanan yang diawetkan	<input type="checkbox"/>
		g. Minuman berkafein (kopi, dll)	<input type="checkbox"/>
		h. Bumbu penyedap (vetsin, kecap, trasi)	<input type="checkbox"/>

D35a	<ul style="list-style-type: none"> <li>JIKA ART UMUR 10 - 14 TAHUN → XI. PENGUKURAN dan PEMERIKSAAN</li> <li>JIKA ART UMUR ≥ 15 TAHUN → E. DISABILITAS/ KETIDAKMAMPUAN</li> </ul>
------	---

**Sekarang saya akan menanyakan keadaan kesehatan menurut penilaian [NAMA] sendiri. Yang dimaksud dengan keadaan kesehatan disini adalah keadaan fisik dan mental [NAMA]**

**E. DISABILITAS/ KETIDAKMAMPUAN (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)**

<b>UNTUK PERTANYAAN E01 – E11, BACAKAN PERTANYAAN &amp; ALTERNATIF JAWABAN. ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:</b> 1. TIDAK ADA      3. SEDANG      5. SANGAT BERAT 2. RINGAN      4. BERAT		E06	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] merasakan napas pendek setelah melakukan latihan ringan. Misalnya naik tangga 12 trap?	<input type="checkbox"/>	
E01	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] melihat dan mengenali orang di seberang jalan (kira-kira dalam jarak 20 meter) walaupun telah menggunakan kaca mata/ lensa kontak?	<input type="checkbox"/>	E07	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] menderita batuk atau bersin selama 10 menit atau lebih dalam satu serangan?	<input type="checkbox"/>
E02	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] melihat dan mengenali obyek sepanjang lengan/ jarak baca (30 cm) walaupun telah menggunakan kaca mata/ lensa kontak?	<input type="checkbox"/>	E08	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sering [NAMA] mengalami gangguan tidur (misal mudah ngantuk, sering terbangun pada malam hari atau bangun lebih awal daripada biasanya)	<input type="checkbox"/>
E03	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mendengar orang berbicara dengan suara normal yang berdiri di sisi lain dalam satu ruangan, walaupun telah menggunakan alat bantu dengar?	<input type="checkbox"/>	E09	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sering [NAMA] mengalami masalah kesehatan yang mempengaruhi keadaan emosi berupa rasa sedih dan tertekan?	<input type="checkbox"/>
E04	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mendengar orang berbicara dengan orang lain dalam ruangan yang sunyi, walaupun telah menggunakan alat bantu dengar?	<input type="checkbox"/>	E10	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] mengalami kesulitan berdiri dalam waktu 30 menit?	<input type="checkbox"/>
E05	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] merasakan nyeri/ rasa tidak nyaman?	<input type="checkbox"/>	E11	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] mengalami kesulitan berjalan jauh sekitar satu kilometer?	<input type="checkbox"/>

**UNTUK PERTANYAAN E12 – E20, BACAKAN PERTANYAAN & ALTERNATIF JAWABAN. ISIKAN DENGAN KODE PILIHAN JAWABAN:  
1. TIDAK ADA 2. RINGAN 3. SEDANG 4. SULIT 5. SANGAT SULIT/ TIDAK DAPAT MELAKUKAN**

E12	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat memusatkan pikiran pada kegiatan atau mengingat sesuatu selama 10 menit?	<input type="checkbox"/>	E17	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] berinteraksi/ bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya?	<input type="checkbox"/>
E13	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] membersihkan seluruh tubuh seperti mandi?	<input type="checkbox"/>	E18	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat memelihara persahabatan?	<input type="checkbox"/>
E14	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mengenakan pakaian?	<input type="checkbox"/>	E19	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat melakukan pekerjaan yang menjadi tanggungjawabnya sebagai anggota rumah tangga?	<input type="checkbox"/>
E15	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat mengerjakan pekerjaan sehari-hari?	<input type="checkbox"/>	E20	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat berperan serta dalam kegiatan kemasyarakatan (arisan, pengajian, keagamaan, atau kegiatan lain)?	<input type="checkbox"/>
E16	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat memahami pembicaraan orang lain?	<input type="checkbox"/>			

**UNTUK PERTANYAAN E21 – E23, BACAKAN & ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK**

E21	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] membutuhkan bantuan orang lain untuk merawat diri (makan, mandi, berpakaian, dll)	<input type="checkbox"/>
E22	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktivitas/ gerak (misalnya bangun tidur, berjalan dalam rumah atau keluar rumah)?	<input type="checkbox"/>
E23	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] membutuhkan bantuan orang lain untuk berkomunikasi (berbicara dan dimengerti oleh lawan bicara)?	<input type="checkbox"/>

**F. KESEHATAN MENTAL (SEMUA ART UMUR ≥ 15 TAHUN)**

**DITANYAKAN UNTUK KONDISI 1 BULAN TERAKHIR**  
 Untuk lebih mengerti kondisi kesehatan [NAMA] kami akan mengajukan 20 pertanyaan yang memerlukan jawaban "Ya" atau "Tidak". Kalau [NAMA] kurang mengerti kami akan membacakan sekali lagi, namun kami tidak akan menjelaskan/ mendiskusikan. Jika [NAMA] ada pertanyaan akan kita bicarakan setelah selesai menjawab ke 20 pertanyaan.

**ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK**

F01	Apakah [NAMA] sering menderita sakit kepala?	<input type="checkbox"/>	F11	Apakah [NAMA] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	<input type="checkbox"/>
F02	Apakah [NAMA] tidak nafsu makan?	<input type="checkbox"/>	F12	Apakah [NAMA] sulit untuk mengambil keputusan?	<input type="checkbox"/>
F03	Apakah [NAMA] sulit tidur?	<input type="checkbox"/>	F13	Apakah pekerjaan [NAMA] sehari-hari terganggu?	<input type="checkbox"/>
F04	Apakah [NAMA] mudah takut?	<input type="checkbox"/>	F14	Apakah [NAMA] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	<input type="checkbox"/>
F05	Apakah [NAMA] merasa tegang, cemas atau kuatir?	<input type="checkbox"/>	F15	Apakah [NAMA] kehilangan minat pada berbagai hal?	<input type="checkbox"/>
F06	Apakah tangan [NAMA] gemetar?	<input type="checkbox"/>	F16	Apakah [NAMA] merasa tidak berharga?	<input type="checkbox"/>
F07	Apakah pencernaan [NAMA] terganggu/ buruk?	<input type="checkbox"/>	F17	Apakah [NAMA] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	<input type="checkbox"/>
F08	Apakah [NAMA] sulit untuk berpikir jernih?	<input type="checkbox"/>	F18	Apakah [NAMA] merasa lelah sepanjang waktu?	<input type="checkbox"/>
F09	Apakah [NAMA] merasa tidak bahagia?	<input type="checkbox"/>	F19	Apakah [NAMA] mengalami rasa tidak enak di perut?	<input type="checkbox"/>
F10	Apakah [NAMA] menangis lebih sering?	<input type="checkbox"/>	F20	Apakah [NAMA] mudah lelah?	<input type="checkbox"/>

**PERIKSA KEMBALI, PERTANYAAN F01 SAMPAI DENGAN F20 HARUS TERJAWAB  
LANJUTKAN KE → BLOK XI. PENGUKURAN dan PEMERIKSAAN**

G. IMUNISASI DAN PEMANTAUAN PERTUMBUHAN (KHUSUS ART UMUR 0 - 59 BULAN/ BALITA)			
G01	a1. Umur [NAMA] dalam bulan	<input type="text"/> <input type="text"/>	a2. Jika Umur [NAMA] < 1 bulan, tuliskan Umur dalam hari
	b. Tanggal lahir: (Tgl-Bln-Thn)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
G02	Dalam 6 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] ditimbang? <b>JIKA TDK PERNAH DITIMBANG, ISI KODE "00" ATAU JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88" → KE G04</b>		..... kali
G03	Dimana [NAMA] paling sering ditimbang? 1. Di RS    2. Puskesmas/ Pustu    3. Polindes    4. Posyandu    5. Lainnya: .....		<input type="text"/>
G04	Apakah dalam 6 bulan terakhir [NAMA] mendapatkan kapsul vitamin A (GUNAKAN KARTU PERAGA)	1. Ya    2. Tidak	<input type="text"/>
G05	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi seperti: <b>(INFORMASI DAPAT DIPEROLEH DARI BERBAGAI SUMBER)</b>		
	a. Imunisasi BCG terhadap TBC, yang biasanya mulai diberikan umur 1 hari dan disuntikkan di lengan atas atau paha serta meninggalkan bekas (scar)?	1. Ya    2. Tidak → G05.c 8. Tidak tahu → G05.c	<input type="text"/>
	b. Pada umur berapa [NAMA] diimunisasi BCG? <b>(ISI HARI ATAU BULAN) (JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK HARI DAN BULAN)</b>	..... Hari <input type="text"/> <input type="text"/> ..... Bulan <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	c. Imunisasi polio, cairan merah muda atau putih yang biasanya mulai diberikan umur 2 bulan dan diteteskan ke mulut?	1. Ya    2. Tidak → G05.f 8. Tidak tahu → G05.f	<input type="text"/>
	d. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi polio? <b>(JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK BULAN)</b>	..... Bulan <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	e. Berapa kali [NAMA] diimunisasi polio?	..... Kali	<input type="text"/>
	f. Imunisasi DPT yang biasanya disuntikkan di paha dan biasanya mulai diberikan umur 2 bulan bersama dengan imunisasi polio?	1. Ya    2. Tidak → G05.h 8. Tidak tahu → G05.h	<input type="text"/>
	g. Berapa kali [NAMA] diimunisasi DPT?	..... Kali	<input type="text"/>
	h. Imunisasi campak yang biasanya mulai diberikan umur 9 bulan dan disuntikkan di paha serta diberikan satu kali?	1. Ya    2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="text"/>
	i. Imunisasi Hepatitis B yang biasanya mulai diberikan umur 1 hari dan disuntikkan di paha?	1. Ya    2. Tidak → G06 8. Tidak tahu → G06	<input type="text"/>
	j. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi Hepatitis B? <b>(ISI HARI ATAU BULAN) (JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK HARI DAN BULAN)</b>	..... Hari <input type="text"/> <input type="text"/> ..... Bulan <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
k. Berapa kali [NAMA] diimunisasi Hepatitis B?	..... Kali	<input type="text"/>	
G06	Di antara imunisasi yang [NAMA] dapatkan dalam dua tahun terakhir apakah ada yang diperoleh pada saat PIN?	1. Ya    3. Tidak pernah imunisasi 2. Tidak    8. Tidak tahu	<input type="text"/>
G07	Apakah [NAMA] mempunyai KMS? <b>(Minta ditunjukkan KMS)</b> 1. Ya, dapat menunjukkan dengan catatan imunisasi.    3. Ya, tidak dapat menunjukkan → G09 2. Ya, dapat menunjukkan tanpa catatan imunisasi → G09    4. Tidak punya → G09		<input type="text"/>
G08	Salin dari KMS, tanggal..../ bulan.../ tahun.... imunisasi untuk setiap jenis imunisasi. <b>TULIS '88' DI KOLOM 'TGL/BLN/THN', JIKA KARTU MENUNJUKKAN BAHWA IMUNISASI DIBERIKAN, TETAPI TANGGAL/ BULAN/ TAHUN -NYA TIDAK ADA. TULIS '99' JIKA IMUNISASI TIDAK DIBERIKAN</b>		
	a. BCG	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	g. DPT2
	b. Polio 1	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	h. DPT3
	c. Polio 2	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	i. Campak
	d. Polio 3	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	j. Hepatitis B1
	e. Polio 4	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	k. Hepatitis B2
	f. DPT1	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	l. Hepatitis B3

G09	Apakah [NAMA] mempunyai buku KIA? <i>(Minta ditunjukkan Buku KIA)</i>	1. Ya, dapat menunjukkan <b>dengan</b> catatan imunisasi 2. Ya, dapat menunjukkan <b>tanpa</b> catatan imunisasi → <b>G11a</b> 3. Ya, tidak dapat menunjukkan → <b>G11</b> 4. Tidak punya → <b>Blok G11a</b>	<input type="checkbox"/>	
G10	Salin dari Buku KIA, tanggal...../ bulan...../ tahun..... imunisasi untuk setiap jenis imunisasi. <b>TULIS '88' DI KOLOM 'TGL/BLN/THN', JIKA KARTU MENUNJUKKAN BAHWA IMUNISASI DIBERIKAN, TETAPI TANGGAL/ BULAN/ TAHUN -NYA TIDAK ADA. TULIS '99' JIKA IMUNISASI TIDAK DIBERIKAN</b>			
	a. BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. DPT2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Polio 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. DPT3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Polio 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. Campak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Polio 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. Hepatitis B1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Polio 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	k. Hepatitis B2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f. DPT1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	l. Hepatitis B3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G11	Bila tidak dapat menunjukkan, siapakah yang menyimpan KMS/buku KIA tersebut? 1. Bidan/ tenaga kesehatan      2. Kader Posyandu      3. Lainnya .....		<input type="checkbox"/>	

<b>G11a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JIKA ART UMUR 0 – 11 BULAN → LANJUT KE H01</li> <li>• JIKA ART UMUR 12 - 59 BULAN → XI. PENGUKURAN dan PEMERIKSAAN</li> </ul>
-------------	--

<b>H. KESEHATAN BAYI (KHUSUS UNTUK BAYI BERUMUR &lt; 12 BULAN)</b>				
H01	Menurut Saudara, Berat Badan [NAMA] ketika lahir : 1. Sangat kecil      2. Kecil      3. Normal      4. Besar      5. Sangat Besar		<input type="checkbox"/>	
H02	Apakah waktu lahir [NAMA] ditimbang	1. Ya      2. Tidak → <b>H05</b>	<input type="checkbox"/>	
H03	Bila H02=Ya, berat lahir [NAMA] dalam ukuran (gram) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
H04	Darimana sumber informasi berat [NAMA] lahir: 1. Buku KIA/ KMS/ catatan kelahiran      2. Pengakuan atau ingatan Ibu/ ART lain		<input type="checkbox"/>	
H05	Apakah ketika ibu mengandung bayi [NAMA] pernah memeriksakan kehamilan pada dokter, bidan, atau perawat?	1. Ya      2. Tidak → <b>H07</b>	<input type="checkbox"/>	
H06	Jika Ya, pelayanan kesehatan apakah yang diterima saat memeriksakan kehamilan pada dokter, bidan atau perawat? <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h) ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU</b>			
	a. Pengukuran tinggi badan	<input type="checkbox"/>	e. Pemberian imunisasi TT	<input type="checkbox"/>
	b. Pemeriksaan tekanan darah	<input type="checkbox"/>	f. Penimbangan berat badan	<input type="checkbox"/>
	c. Pemeriksaan tinggi fundus (perut)	<input type="checkbox"/>	g. Pemeriksaan hemoglobin	<input type="checkbox"/>
	d. Pemberian tablet Fe	<input type="checkbox"/>	h. Pemeriksaan urin	<input type="checkbox"/>
H07	Apakah [NAMA] mendapat pelayanan kesehatan (dikunjungi/ mengunjungi) pada: <b>(BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN b)</b> <b>ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>	a. 1 – 7 hari setelah lahir b. 8 – 28 hari setelah lahir	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/>	

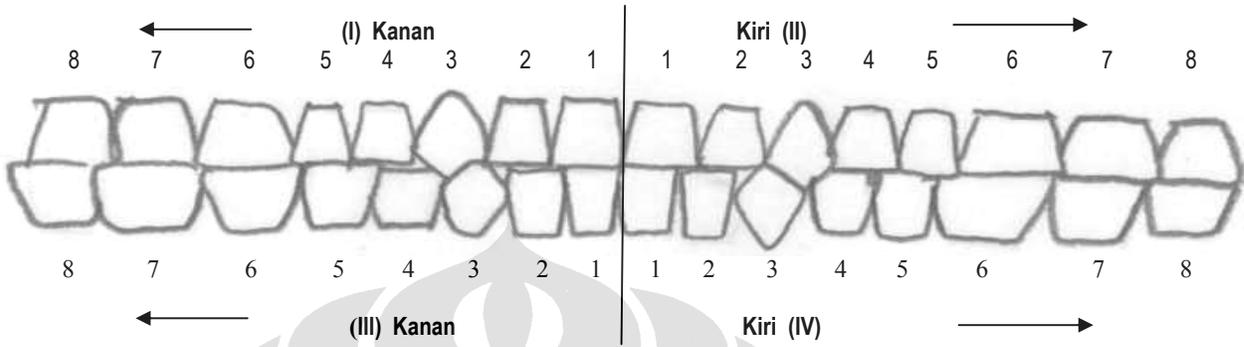
XI. PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN						
PENGUKURAN ANTHROPOMETRI, TEKANAN DARAH, LINGKAR PERUT, DAN LILA						
SEMUA UMUR						
1. Berat badan (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	2a. Tinggi Badan/ Panjang Badan (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	2b. Khusus untuk balita, Posisi Pengukuran TB/PB <input type="checkbox"/>				
<b>1. Berdiri    2. Telentang</b>						
KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN						
3	Tekanan darah (mmHg)					
	PEMERIKSAAN 1		PEMERIKSAAN 2		PEMERIKSAAN 3	
	a. Sistolik 1	b. Diastolik 1	d. Sistolik 2	e. Diastolik 2	Hanya dilakukan bila selisih pengukuran tekanan darah 1 dan 2 > 10 mmHg	
	<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"/>	g. Sistolik 3                      h. Diastolik 3	
	<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"/>	
c. Nadi 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	f. Nadi 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	i. Nadi 3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4	Lingkar perut	..... cm			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	
KHUSUS WANITA USIA SUBUR (15 – 45 TAHUN) TERMASUK IBU HAMIL						
5	Lingkar lengan atas (LILA)	..... cm			<input type="text"/> <input type="text"/> ,	
PEMERIKSAAN VISUS (KHUSUS ART > 5 TAHUN)						
6	Apakah mata [NAMA] mengalami gangguan: (LAKUKAN PENGAMATAN)					
		KANAN			KIRI	
	a. Juling	1. Ya    2. Tidak	a1. <input type="checkbox"/>	1. Ya    2. Tidak	a2. <input type="checkbox"/>	
	b. Pterigium	1. Ya    2. Tidak	b1. <input type="checkbox"/>	1. Ya    2. Tidak	b2. <input type="checkbox"/>	
	c. Parut kornea	1. Ya    2. Tidak	c1. <input type="checkbox"/>	1. Ya    2. Tidak	c2. <input type="checkbox"/>	
d. Lensa keruh/Katarak	1. Ya    2. Tidak	d1. <input type="checkbox"/>	1. Ya    2. Tidak	d2. <input type="checkbox"/>		
7.	Menggunakan kacamata (jauh dan atau dekat)?	1. Ya    2. Tidak			<input type="checkbox"/>	
PEMERIKSAAN VISUS:						
1. Jika [NAMA] tidak menggunakan kacamata tetap lakukan pemeriksaan visus						
2. Jika [NAMA] menggunakan kacamata, lakukan pemeriksaan visus dengan tetap memakai kacamata						
8.	Tanpa Pinhole	a. Kanan: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Kiri: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
9.	Dengan Pinhole	a. Kanan: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Kiri: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
CATATAN UNTUK RESPONDEN YANG TIDAK DAPAT MELIHAT KARTU SNELLEN ATAU KARTU E → LAKUKAN HITUNG JARI:						
1. Jika [NAMA] dapat melihat HITUNG JARI pada jarak 3 meter → TULIS 03/060						
2. Jika [NAMA] dapat melihat HITUNG JARI pada jarak 2 meter → TULIS 02/060						
3. Jika [NAMA] dapat melihat HITUNG JARI pada jarak 1 meter → TULIS 01/060						
4. Jika [NAMA] hanya dapat melihat GOYANGAN TANGAN pada jarak 1 meter → TULIS 01/300						
5. Jika [NAMA] hanya dapat melihat SINAR SENTER → TULIS 01/888						
6. Jika [NAMA] tidak dapat melihat sinar (BUTA TOTAL) → TULIS 00/000						

**PEMERIKSAAN GIGI PERMANEN (KHUSUS ART ≥ 12 TAHUN)**

10. Berilah kode **D,M**, atau **F** pada setiap ruang dentogram di bawah ini:

- D (decayed)** = gigi berlubang
- M (missing)** = gigi telah dicabut/ tinggal akar
- F (filling)** = gigi ditambal

**CATATAN: JIKA PADA GIGI YANG SAMA TERDAPAT LUBANG DAN JUGA TAMBALAN MAKA TULISKAN "DF" PADA SATU RUANG DENTOGRAM TERSEBUT**



**DIISI OLEH PENGUMPUL DATA**

$\Sigma$ D-T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	$\Sigma$ M-T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	$\Sigma$ F-T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--

- |                               |                                  |                               |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 1 = Incisivus 1 (gigi seri 1) | 4 = Premolar 1 (geraham kecil 1) | 7 = Molar 2 (geraham besar 2) |
| 2 = Incisivus 2 (gigi seri 2) | 5 = Premolar 2 (geraham kecil 2) | 8 = Molar 3 (geraham besar 3) |
| 3 = Caninus (taring)          | 6 = Molar 1 (geraham besar 1)    |                               |

**PEMERIKSAAN DARAH DAN URIN**

11. Apakah diambil spesimen darah      1. Ya    2. Tidak → **KE XI.13 atau KE CATATAN PENGUMPUL DATA**     

12. **STIKER NOMOR DARAH**      **TEMPEL STIKER DI SINI**

13. Apakah diambil Urin (khusus ART umur 6 – 12 thn)      1. Ya    2. Tidak → **KE CATATAN PENGUMPUL DATA**     

14. **STIKER NOMOR URIN**      **TEMPEL STIKER DI SINI**

**CATATAN PENGUMPUL DATA**

RISET KESEHATAN DASAR (RISKESDAS 2007)

KUESIONER AUTOPSI VERBAL (AV)  
UNTUK UMUR < 29 HARI

RAHASIA

RKD07. AV1

I. PENGENALAN TEMPAT

Prov	Kab/ Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	No. Blok Sensus	No. Sub Blok Sensus	No Kode Sampel	No. urut sampel RT

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RKD07.RT

II. KETERANGAN YANG MENINGGAL

1a.	Nama yang meninggal		1b. No.urut yg meninggal: _____ Kutip dari RKD07.RT Blok V kolom 2	<input type="checkbox"/>
2	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan		<input type="checkbox"/>
3	Tanggal Lahir	Tanggal ___/ bulan ___/ tahun ___	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4	Tanggal meninggal	Tanggal ___/ bulan ___/ tahun ___	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Jika tanggal lahir dan tanggal yang meninggal sama, **apakah bayi ketika lahir sempat bernafas, merintih/menangis lemah atau bergerak?**

Jika TIDAK → BAYI LAHIR MATI, tuliskan angka 98 pada P5a, 5b

Jika YA → BAYI LAHIR HIDUP, tanya umur bayi saat meninggal TULISKAN "88" BILA TIDAK TAHU

5	Umur saat meninggal	a. _____ jam <input type="text"/> <input type="text"/> b. _____ hari <input type="text"/> <input type="text"/>	
6	Di mana tempat meninggal?	1. Di fasilitas kesehatan 3. Di perjalanan 2. Di rumah 4. Lainnya, _____.	<input type="checkbox"/>

III. KARAKTERISTIK IBU NEONATAL

(BILA IBU NEONATAL MENINGGAL, TANYAKAN KEPADA ART YANG MERAWAT BAYI/ YANG MEWAKILI)

1.	Nomor urut responden (Kutip dari RKD07.RT Blok IV Kolom 1) Isikan 00 jika responden tidak tinggal di rumah tangga ini		<input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Bagaimana kesehatan ibu neonatal saat ini? 1. Sehat 2. Sakit 3. Meninggal, penyebabnya _____ 8. Tidak tahu		<input type="checkbox"/>
3.	Umur ibu pada saat melahirkan bayi yang meninggal? _____ tahun		<input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Berapa jumlah kehamilan (G), persalinan (P), keguguran (A) yang dialami ibu?	G <input type="text"/> P <input type="text"/> A <input type="text"/>	
5.	Siapa saja yang menolong ibu ketika melahirkan bayi tersebut? 1. Dokter 4. Family/keluarga 2. Bidan/Tenaga paramedis lainnya 5. Lainnya 3. Dukun	a. Penolong Pertama <input type="checkbox"/>	b. Penolong Terakhir <input type="checkbox"/>

JIKA LAHIR MATI (JAWABAN BLOK II P 5A DAN P 5B ADALAH 98) → LANJUTKAN KE BLOK V P24

IV. AUTOPSI VERBAL BAYI MENINGGAL BERUMUR 0-28 HARI

IVA. KEADAAN BAYI KETIKA LAHIR

6.	a. Berapa bulan umur bayi di kandungan?	_____ bulan	<input type="text"/> <input type="text"/>
	b. Bagaimana proses kelahiran bayi?	1. Normal 2. Cepat 3. Lama/sulit	
	c. Apakah bayi lahir normal atau dengan bantuan alat atau operasi?	1. Normal 2. Vakum 3. Operasi	<input type="checkbox"/>

	d. Apakah ada trauma lahir sehingga bayi terluka? Sebutkan	1. Ada, _____ 2. Tidak ada 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Apakah saluran nafas bayi dibersihkan segera setelah lahir?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	f. Apakah bayi dibedong segera setelah lahir?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
7.	a. Bagian tubuh apa yang pertama keluar ketika bayi lahir?	1. Kepala 2. Bokong/kaki 3. Bahu/tangan 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah bayi lahir kembar?	1. Tunggal 2. Kembar	<input type="checkbox"/>
8.	a. Tali pusar bayi dipotong dengan apa?	1. Gunting 2. Silet/pisau 3. Bambu 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah tali pusar keluar sebelum bayi lahir?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Apakah ada lilitan tali pusar di leher bayi?	1. Ada 2. Tidak ada 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Tali pusar diobati dengan apa?	1. Tidak diberi apa-apa 2. Alkohol/ betadine 3. Ramuan daun/abu 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
9.	a. Apakah bayi segera menangis setelah lahir?	1. Segera 2. Lambat 3. Tidak menangis 8. Tidak tahu	→ P9c → P9c
	b. Jika menangis, apakah suaranya keras/ lemah?	1. Keras 2. Lemah 3. Merintih 8. Tidak tahu	
	c. Bagaimana nafas bayi ketika lahir?	1. Normal 2. Sesak nafas 3. Tidak bernafas 8. Tidak tahu	
	d. Apakah bayi bergerak aktif atau lumpuh/ lunglai?	1. Aktif 2. Lumpuh/lunglai 8. Tidak tahu	
	e. Bagaimana warna kulit bayi ketika lahir?	1. Kemerahan 2. Pucat 3. Kebiruan 4. Kuning 8. Tidak tahu	
	f. Apakah warna air ketuban?	1. Jernih 2. Keruh 3. Kehijauan 8. Tidak tahu	
	g. Apakah kulit bayi terkelupas ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	
10.	a. Apakah bayi ditimbang segera setelah lahir?	1. Ya 2. Tidak → P10c 8. Tidak tahu → P10c	<input type="checkbox"/>
	b. Jika ya, berapa berat badan bayi?	_____ gram → P11	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Jika tidak ditimbang, apakah bayi sangat kecil, lebih kecil, rata-rata, lebih besar atau sangat besar?	1. Sangat kecil 2. Lebih kecil dari rata-rata 3. Rata-rata/normal 4. Lebih besar 5. Sangat besar 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
11.	Apakah bayi dilahirkan dengan cacat bawaan: (Tanyakan satu persatu kepada ibu/keluarga yang mendampingi)		
	a. Bibir/langit-langit sumbing	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Kepala besar (hidrosefalus)	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Tidak ada tulang kepala belakang (anencephalus)	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Benjolan pada dinding perut sekitar pusar (omphalocele)	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Tidak ada lubang dubur (atresia ani)	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	f. Lainnya (tuliskan) _____	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
<b>IVB. KEADAAN BAYI KETIKA SAKIT [Jelaskan secara rinci SIFAT dan LAMA SAKIT (jam/hari)]</b>			
12.	Ceritakan gejala awal dan utama bayi ketika sakit? (kejang, demam, tubuh dingin, sesak, muntah, lainnya) <b>TANYAKAN DAN CATAT LAMANYA SAKIT</b>	<hr/> <hr/> <hr/>	

13.	a. Bagaimana suara tangisan bayi?	1. Normal 2. Melemah, _____ hari 3. Tidak menangis, ____ hari 4. Menangis dgn suara melengking tiba-tiba dan terus-menerus 8. Tidak tahu		
	b. Apakah ubun-ubun bayi menonjol?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
14.	a. Apakah warna tubuh bayi?	1. Merah muda 2. Pucat	3. Kebiruan 4. Kuning	8. Tidak tahu
	b. Apakah warna kaki/ tangan bayi?	1. Merah muda 2. Pucat	3. Kebiruan 4. Kuning	8. Tidak tahu
	c. Apakah kulit bayi bergelembung?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak → P15	8. Tidak tahu → P15
	d. Jika ya, gelembung berisi apa?	1. Cairan jernih	2. Cairan keruh/nanah	8. Tidak tahu
15.	a. Bagaimana sifat pernafasan bayi?	1. Nafas normal 2. Nafas cepat/ megap-megap, _____ hari 8. Tidak tahu		
	b. Apakah ada batuk?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
	c. Apakah cuping hidung kembang kempis ketika nafas?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
	d. Apakah ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
16.	a. Apakah bayi kejang?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
	b. Apakah bayi mengalami penurunan kesadaran? (bayi dibangunkan tetapi tidur terus)	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
17.	Bagaimana keadaan mata bayi?	1. Normal, _____ hari 2. Cekung, _____ hari 3. Belekan, _____ hari	4. Warna kuning, _____ hari 8. Tidak Tahu	
18.	a. Apakah mulut bayi mencucu, seperti mulut ikan?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
	b. Apakah bibir berwarna kebiruan?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
	c. Apakah mengeluarkan air liur terus-menerus?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
	d. Apakah ada luka/bercak putih di dinding rongga mulut?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
19.	a. Apakah bayi demam?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
	b. Apakah tubuh bayi dingin?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
20.	a. Apakah bayi muntah?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak → P21a	8. Tidak tahu → P21a
	b. Bagaimana muntah tersebut terjadinya?	1. Sehabis minum ASI, _____ hari	2. Berulang-ulang, _____ hari	
21.	a. Apakah perut bayi kembung?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
	b. Apakah terlihat ada benjolan di perut?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak	8. Tidak tahu
22.	a. Apakah ada gangguan dalam buang air besar (BAB)?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak → P23a	8. Tidak tahu → P23a
	b. Jika ya, apakah gangguannya?	1. Diare, _____ hari	2. Tidak bisa BAB, _____ hari	
23.	a. Apakah diberi Air Susu Ibu (ASI)?	1. Ya, _____ hari	2. Tidak → P23c	8. Tidak tahu → P23c
	b. Bagaimana bayi mengisap ASI?	1. Kuat	2. Lemah	3. Tidak bisa mengisap
	c. Apakah diberikan minuman/makanan lain sebagai berikut? (jawaban dapat lebih dari satu)	1. Air putih 2. Air madu/gula 3. Air tajin	4. Air buah 5. Susu formula 6. Pisang	7. Nasi 8. Lainnya, _____

**V. AUTOPSI VERBAL KESEHATAN IBU NEONATAL KETIKA HAMIL DAN BERSALIN**

24.	<b>Ketika ibu hamil, apakah mengalami komplikasi?</b>	<b>Tanyakan satu persatu gangguan/komplikasi di bawah ini</b>			
	a. Tekanan darah tinggi dan atau bengkak	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Perdarahan	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Nyeri perut hebat	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Pusing, lemah, lesu, kunang-kunang	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Ibu kurus (kurang energi kronis)	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	f. Demam	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	g. Sesak napas, asthma, sakit jantung	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	h. Radang paru, tuberculosis	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	i. Sakit kuning	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	j. Cedera/kecelakaan	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	k. Kejang	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
l. Lainnya, _____	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
25.	<b>Ketika ibu bersalin, apakah mengalami komplikasi?</b>	<b>Tanyakan satu persatu gangguan/komplikasi di bawah ini</b>			
	a. Sulit ketika melahirkan	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Perdarahan	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Ketuban pecah dini	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Kejang/ eklampsi	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Tekanan darah tinggi	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	f. Nyeri perut hebat	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	g. Demam	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	h. Sesak nafas	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	i. Lainnya _____	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>

**VI. RESUME RIWAYAT SAKIT**

**VIA. BAYI USIA 0-28 HARI TERMASUK LAHIR MATI (DIISI OLEH PEWAWANCARA)**

**Jenis kelamin dan umur bayi ketika dikandung:**

**Berat badan lahir:**

**Keadaan waktu lahir dan bagian tubuh yang keluar lebih dulu:**

**Riwayat sakit:**

**VIB. RESUME KEADAAN IBU (DIISI OLEH PEWAWANCARA)**

Umur ibu ketika melahirkan:

GPA:

Penolong persalinan:

Proses persalinan:

Komplikasi kehamilan:

Komplikasi persalinan:

26.	<b>Diagnosis Penyebab Kematian Bayi Usia 0-6 hari (diisi oleh dokter)</b>	<b>Kode ICD 10</b>
	a. Penyakit atau keadaan utama janin/bayi yang menyebabkan kematian: _____	□ □ □ . □
	b. Penyakit atau keadaan lain janin/bayi yang menyebabkan kematian: _____	□ □ □ . □
	c. Penyakit/keadaan utama ibu yang mempengaruhi kematian bayi _____	□ □ □ . □
	d. Penyakit/keadaan lain ibu yang mempengaruhi kematian bayi _____	□ □ □ . □
	e. Keadaan relevan lain yang menyebabkan kematian bayi/lain, tetapi tidak berkaitan dengan penyakit/keadaan janin/bayi maupun ibunya: _____	□ □ □ . □
27.	<b>Diagnosis Penyebab Kematian Bayi Usia 7 hari – 28 hari (diisi oleh dokter)</b>	<b>Kode ICD 10</b>
	a. Penyakit penyebab kematian langsung ( <i>Direct Cause</i> ) _____	□ □ □ . □
	b. Penyakit perantara ( <i>Intervening antecedent cause</i> ) _____	□ □ □ . □
	c. Penyakit penyebab utama kematian ( <i>Underlying cause of death</i> ) _____	□ □ □ . □
	d. Penyakit yang berkontribusi terhadap kematian, tetapi tidak berhubungan dengan penyakit pada Rangkaian a-c _____	□ □ □ . □

Telah diperiksa oleh Ketua Tim,

Nama:.....

Tanda tangan:.....

Tanggal: .....

RISET KESEHATAN DASAR (RISKESDAS 2007)

**KUESIONER AUTOPSI VERBAL (AV)**  
UNTUK UMUR 29 hari - < 5 tahun

RAHASIA

RKD07. AV2

I. PENGENALAN TEMPAT												
Prov	Kab/ Kota	Kec		Desa/Kel		D/K	No. Blok Sensus	No. Sub Blok Sensus	No Kode Sampel			No. urut sampel RT

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RKD07.RT

II. KETERANGAN YANG MENINGGAL			
1a	Nama yang meninggal		1b. No.urut yg meninggal: ..... Kutip dari RKD07.RT Blok V kolom 2
2	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	
3	Tanggal Lahir	Tanggal ____/ bulan ____/ tahun ____	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Tanggal meninggal	Tanggal ____/ bulan ____/ tahun ____	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Umur saat meninggal	a.....hari (<30 hari) <input type="text"/> <input type="text"/> b. ....bulan (< 5 tahun) <input type="text"/> <input type="text"/>	
6	Di mana tempat meninggal?	1. Di fasilitas kesehatan      3. Di perjalanan 2. Di Rumah      4. Lainnya, _____	

III. AUTOPSI VERBAL RIWAYAT SAKIT BALITA (29 hari - <5 tahun)			
Jelaskan secara rinci SIFAT dan LAMA SAKIT (hari/bulan)			
1.	a. Nomor urut responden (Kutip dari RKD07.RT Blok IV Kolom 1) Isikan 00 jika responden tidak tinggal di rumah tangga ini		<input type="text"/> <input type="text"/>
	b. Menurut responden, apa penyebab kematian [NAMA]? (termasuk keterangan dari perawat, bidan, dokter)		
	c. Ceritakan riwayat sakit sebelum meninggal:		
2.	a. Apakah [NAMA] ketika lahir kecil atau berat badan kurang dari 2500 gram?	1. Ya    2. Tidak → P2c    8. Tidak tahu → P2c	<input type="text"/>
	b. Jika ya, berapa berat badan ketika lahir	_____ gram	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	c. Apakah [NAMA] lahir prematur?	1. Ya, _____ bln    2. Tidak    8. Tidak tahu	<input type="text"/>
3.	a. Apakah [NAMA] menderita cacat bawaan?	1. Ya    2. Tidak → P4a    8. Tidak tahu → P4a	<input type="text"/>
	b. Jika ya, sebutkan jenis cacatnya		
4.	a. Apakah [NAMA] minum ASI ketika sakit?	1. Ya, menyusu kuat      3. Tidak bisa menyusu 2. Ya, menyusu Lemah      4. Sudah tidak minum ASI	
	b. Jenis minuman/ makanan apa lagi yang diberikan?  (jawaban dapat lebih dari satu)	1. ASI saja 2. Air madu/gula 3. Air putih 4. Air buah 5. Susu formula	6. Pisang 7. Makanan bayi siap saji 8. Bubur 9. Nasi 10. Lainnya, _____

	c. Apakah [NAMA] pernah diimunisasi sebagai berikut:		
	Difteri, Pertusis, Tetanus	1. Ya, usia _____, _____, _____ bulan	2. Tidak 8. Tidak Tahu
	Campak	1. Ya, usia _____ bulan	2. Tidak 8. Tidak Tahu
	Hepatitis	1. Ya, usia _____ bulan	2. Tidak 8. Tidak Tahu
	d. Apakah [NAMA] ada parut BCG	1. Ya	2. Tidak 8. Tidak Tahu
5.	a. Apakah [NAMA] mengalami demam sebelum meninggal?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak →P6 8. Tidak tahu → P6
	b. Bagaimana sifat demamnya?	1. Terus menerus 2. Naik turun	3. Menggigil 4. Berulang disertai keringat malam 8. Tidak tahu
	c. Apakah [NAMA] pernah periksa darah utk mengetahui sakit malaria?	1. Ya	2. Tidak →P6 8. Tidak tahu → P6
	d. Bagaimana hasilnya? Jika positif, kapan diperiksa?	1. Positif, _____ hr	2. Negatif 8. Tidak tahu
	e. Jika positif malaria, apakah diberi obat?	1. Ya	2. Tidak 8. Tidak tahu
6.	Apakah [NAMA] kejang?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
7.	a. Apakah [NAMA] batuk?	1. Ya, _____ hr _____ bln	2. Tidak →P8 8. Tidak tahu →P8
	b. Jika ya, apakah sifat batuknya	1. Kering 2. Berdahak	3. Batuk terus menerus 8. Tidak tahu
	c. Apakah pernah minum obat anti TBC yang menyebabkan air seni berwarna merah? Jika ya, kapan obat mulai diberikan?	1. Ya, _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu
8.	Apakah [NAMA] sesak nafas/ sulit bernafas?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
9.	Apakah [NAMA] nafas dengan cepat?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
10.	Apakah dinding dada bagian bawah tertarik ke dalam sewaktu menarik nafas?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
11.	Apakah [NAMA] sakit di daerah perut?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
12.	a. Apakah [NAMA] muntah-muntah?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak →P13 8. Tidak tahu →P13
	b. Jika ya, apakah muntah disertai dengan darah berwarna kehitaman?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
13.	a. Apakah ada benjolan di sekitar leher?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
	b. Apakah ada benjolan yang tidak normal di perutnya?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
14.	Apakah perut [NAMA] membesar/membuncit?	1. Ya, _____ hr _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu
15.	a. Apakah [NAMA] diare?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak →P17 8. Tidak tahu →P17
	b. Apakah diare disertai lendir dan atau darah?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
16.	Apakah mata [NAMA] cekung/ haus/ kulit mengkerut/ tidak kencing?	1. Ya, _____ hr	2. Tidak 8. Tidak tahu
17.	a. Apakah [NAMA] kurang gizi sebelum sakit?	1. Ya, _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu
	b. Apakah dalam beberapa bulan terakhir sebelum meninggal berat badan [NAMA] tidak naik?	1. Ya	2. Tidak 8. Tidak tahu
	c. Apakah [NAMA] terlihat pucat terutama di bibir atau telapak tangan?	1. Ya, _____ hr _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu
	d. Apakah [NAMA] luka/sariawan di rongga mulut?	1. Ya, _____ hr _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu
18.	Apakah warna putih mata jadi kuning?	1. Ya, _____ hr _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu
19.	Apakah tubuh [NAMA] berwarna biru setelah beraktifitas atau menangis?	1. Ya, _____ hr _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu
20.	Apakah muka [NAMA] bengkak, terutama kelopak mata?	1. Ya, _____ hr _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu
21.	Apakah seluruh tubuh [NAMA] bengkak?	1. Ya, _____ hr _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu
22.	Apakah pergelangan kaki/persendian lain bengkak?	1. Ya, _____ hr _____ bln	2. Tidak 8. Tidak tahu

23.	Apakah [NAMA] menderita campak sebelum meninggal?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
24.	Apakah ada bintik-bintik merah di kulit?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
25.	Apakah [NAMA] mimisan?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
26.	Apakah [NAMA] sering ngantuk bukan pd jam tidur?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
27.	Apakah [NAMA] kaku kuduk (kaku di leher)?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
28.	Apakah [NAMA] mengeluh sakit kepala?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
29.	Apakah seluruh tubuh [NAMA] kaku?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
30.	Apakah [NAMA] mengalami penurunan kesadaran?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
31.	Apakah [NAMA] mengalami lumpuh satu atau dua tungkai?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
32.	Apakah [NAMA] mengalami gangguan kencing?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
33.	Apakah kencing bercampur darah?	1. Ya, ____hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
34.	a. Apakah [NAMA] pernah digigit anjing 6 bulan sebelum meninggal atau oleh binatang lainnya?	1. Ya, ____hr	2. Tidak → P35	8. Tidak tahu → P35
	b. Jika ya, sebut jenis binatang apa (anjing, kera, ular, kalajengking, dll)?	_____		
35.	a. Apakah [NAMA] pernah cedera karena kecelakaan lalu lintas atau lainnya (jatuh, tenggelam, terbakar, dll)?	1. Ya, ____hr ____bln	2. Tidak → IV	8. Tidak tahu → IV
	b. Jika ya, sebut jenis kecelakaan dengan rinci	_____		
	c. Jika ya, sebut jenis cedera	_____		

#### IV. RESUME RIWAYAT SAKIT BAYI/ BALITA (DIISI OLEH PEWAWANCARA)

Umur balita: \_\_\_\_\_ Berat badan lahir: \_\_\_\_\_ gram Prematur/ Cukup bulan: \_\_\_\_\_

Cacat bawaan:

Riwayat sakit (tanda, gejala, lama sakit):

36.	<b>Diagnosis Penyebab Kematian Bayi/ Balita (29 hari - &lt; 5 tahun) (DIISI OLEH DOKTER)</b>	<b>Kode ICD 10</b>
	a. Penyakit penyebab kematian langsung ( <i>Direct Cause</i> )	□ □ □ . □
	b. Penyakit perantara ( <i>Intervening antecedent cause</i> )	□ □ □ . □
	c. Penyakit penyebab utama kematian ( <i>Underlying cause of death</i> )	□ □ □ . □
	d. Penyakit yang berkontribusi terhadap kematian, tetapi tidak berhubungan dengan penyakit pada rangkaian a-c	□ □ □ . □

Telah diperiksa oleh Ketua Tim,

Nama: .....

Tanda tangan: .....

Tanggal: \_\_\_\_\_

RISET KESEHATAN DASAR (RISKESDAS 2007)

KUESIONER AUTOPSI VERBAL (AV)  
UNTUK UMUR 5 TAHUN KE ATAS

RAHASIA

RKD07. AV3

I. PENGENALAN TEMPAT												
Prov	Kab/ Kota	Kec		Desa/Kel		D/K	No. Blok Sensus	No. Sub Blok Sensus	No Kode Sampel			No. urut sampel RT

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RKD07.RT

II. KETERANGAN YANG MENINGGAL			
1a	Nama yang meninggal		1b. No.urut yg meninggal: ..... Kutip dari RKD07.RT Blok V kolom 2 <input type="checkbox"/>
2	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan <input type="checkbox"/>	
3	Tanggal Lahir	Tanggal ___/ bulan ___/ tahun ___	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Tanggal meninggal	Tanggal ___/ bulan ___/ tahun ___	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Umur saat meninggal	___ tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>
6	Di mana tempat meninggal?	1. Di fasilitas kesehatan 3. Di perjalanan 2. Di Rumah 4. Lainnya _____ <input type="checkbox"/>	

III. AUTOPSI VERBAL RIWAYAT SAKIT

III A. AUTOPSI VERBAL UNTUK UMUR 5 TAHUN KE ATAS  
Jelaskan secara rinci SIFAT dan LAMA SAKIT (jam/ hari)

1a. Nomor responden (Kutip dari RKD07.RT Blok IV Kolom 1) Isikan 00 jika responden tidak tinggal di rumah tangga ini ... .... <input type="text"/> <input type="text"/>	
b. Menurut responden, apa penyebab kematiannya? (termasuk keterangan dari perawat dan dokter) _____.	
c. Ceritakan riwayat sakit sebelum meninggal: _____	
1.	Apakah [NAMA] demam/ panas tinggi sebelum meninggal? 1. Ya, _____hr 2. Tidak 8. Tidak tahu
2.	a. Bagaimana sifat demamnya? 1. Terus menerus 3. Naik turun disertai menggigil 8. Tidak tahu 2. Naik turun 4. Berulang disertai keringat malam
	b. Apakah [NAMA] pernah periksa darah utk mengetahui sakit malaria? 1. Ya 2. Tidak →P3 8. Tidak tahu → P3
	c. Bagaimana hasilnya? Jika positif, kapan diperiksa? 1. Positif, _____ hr 2. Negatif 8. Tidak tahu
	d. Jika positif malaria, apakah diberi obat? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu
3.	Apakah [NAMA] sesak nafas ketika melakukan pekerjaan ringan? 1. Ya, ___hr ___bln 2. Kadang-kadang 8. Tidak/ Tidak tahu
4.	Apakah [NAMA] sesak nafas ketika tidur sehingga harus diganjil dengan beberapa bantal? 1. Ya, ___hr ___bln 2. Tidak 8. Tidak tahu
5.	Apakah [NAMA] pernah mengeluh jantung berdebar-debar? 1. Ya, ___hr ___bln 2. Tidak 8. Tidak tahu
6.	Apakah seluruh tubuh [NAMA] bengkak? 1. Ya, ___hr ___bln 2. Tidak 8. Tidak tahu

7.	Apakah pergelangan kakinya bengkok?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak	8. Tidak tahu	
8.	Apakah persendian lainnya bengkok?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak	8. Tidak tahu	
9.	Apakah [NAMA] nafasnya berbunyi/ mengi?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak	8. Tidak tahu	
10.	Apakah [NAMA] batuk lebih dari 2 minggu?	1. Ya, _____ bln	2. Tidak → P12	8. Tidak tahu → P12	
11.	Jika ya, bagaimana sifat batuknya?	1. Kering 2. Berdahak	3. Dahak + darah 4. Ada darah	8. Tidak tahu	
12.	Apakah [NAMA] pernah minum obat anti TBC yang menyebabkan air seni berwarna merah?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak	8. Tidak tahu	
13.	a. Apakah [NAMA] mengeluh nyeri dada hebat?	1. Ya	2. Tidak → P14	8. Tidak tahu → P14	
	b. Jika ya, di bagian mana?	1. Kanan	2. Tengah	3. Kiri	8. Tidak tahu
	c. Bagaimana sifat nyerinya?	1. Hilang timbul	2. Terus-menerus	8. Tidak tahu	
14.	Apakah [NAMA] nafasnya pendek-pendek dan cepat?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	
15.	Apakah ada tarikan dinding dada bagian bawah ketika bernafas?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	
16.	Apakah [NAMA] perokok berat? Berapa lama merokok?	1. Ya, ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu	
17.	a. Apakah [NAMA] menderita diare?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak → P19	8. Tidak tahu → P19	
	b. Jika ya, apakah tinja bercampur dengan darah dan lendir?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	
18.	Apakah [NAMA] kekurangan cairan tubuh?	1. Ya, ___ hr	2. Tidak	8. Tidak tahu	
19.	Apakah [NAMA] mengeluh sulit menelan?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak	8. Tidak tahu	
20.	Apakah [NAMA] sakit kepala?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak	8. Tidak tahu	
21.	a. Apakah [NAMA] ada gangguan Buang Air Kecil (BAK)/ kencing?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak → P22	8. Tidak tahu → P22	
	b. Jika ya, gangguannya apa?	1. Tak dapat BAK 2. Sedikit-sedikit	3. Ngompol 4. Lainnya, _____	8. Tidak tahu	
22.	Apakah [NAMA] nyeri ketika BAK/kencing?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak	8. Tidak tahu	
23.	Apakah air seninya berwarna merah?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak	8. Tidak tahu	
24.	Apakah [NAMA] banyak makan, minum, dan sering BAK/ kencing?	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu	
25.	Apakah [NAMA] pernah ada luka yang sulit sembuh?	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu	
26.	Apakah [NAMA] ada rasa kesemutan di kaki/ tangan?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak	8. Tidak tahu	
27.	a. Apakah [NAMA] mengalami nyeri perut?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak → P28	8. Tidak tahu → P28	
	b. Jika ya, pada perut bagian mana?	1. Di atas 2. Di bawah	3. Seluruh perut	8. Tidak tahu	
28.	a. Apakah ada benjolan di perutnya (tumor)?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak → P29	8. Tidak tahu → P29	
	b. Jika ya, pada perut bagian mana?	1. Di atas 2. Di bawah	3. Di tengah	8. Tidak tahu	
29.	a. Apakah perut [NAMA] membuncit/ membesar?	1. Ya, ___ hr ___ bln	2. Tidak → P30	8. Tidak tahu → P30	
	b. Jika ya, bagaimana timbulnya?	1. tiba-tiba < 1minggu	2. bertahap ≥ 1 minggu	8. Tidak tahu	

30.	a. Apakah [NAMA] muntah-muntah ketika sakit?	1. Ya, ___hr	2. Tidak → P31	8. Tidak tahu→ P31
	b. Jika ya, apakah muntahnya campur darah?	1. Ya, ___hr	2. Tidak	8. Tidak tahu
31.	Apakah [NAMA] bicara kacau selama sakit parah?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
32.	a. Apakah [NAMA] mengalami penurunan kesadaran?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak → P33	8. Tidak tahu→ P33
	b. Jika ya, bagaimana proses penurunan kesadaran?	1. Mendadak	2. Bertahap beberapa hari	8. Tidak tahu
33.	a. Apakah ada bagian tubuh [NAMA] yang lumpuh?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak → P34	8. Tidak tahu→ P34
	b. Jika ya, bagian tubuh mana yang lumpuh? (jawaban dapat lebih dari satu)	1. Lengan kanan 2. Lengan kiri	3. Tungkai kanan	4. Tungkai kiri
34.	a. Apakah seluruh tubuh [NAMA] kaku?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
	b. Apakah ada kaku kuduk?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
35.	a. Apakah [NAMA] menderita kejang?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak→P36	8. Tidak tahu→P36
	b. Jika ya, berapa kali dalam sehari kejang?	_____.kali/ hari		
36.	Apakah berat badan [NAMA] turun secara mencolok sebelum meninggal?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
37.	Apakah [NAMA] mengalami sariawan luas di mulut sebelum meninggal?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
38.	a. Apakah [NAMA] menderita penyakit kulit?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak→P38c	8. Tidak tahu→P38c
	b. Jika ya, jelaskan gejala yang timbul pada kulit	_____		
	c. Apakah ada benjolan di sekitar leher	1. Ya, ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
39.	Apakah [NAMA] tampak pucat?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
40.	Apakah muka [NAMA] bengkak/ sembab?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
41.	Apakah mata [NAMA] berubah jadi kuning?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
42.	a. Apakah [NAMA] pernah cedera akibat kecelakaan lalu lintas atau kecelakaan lainnya (jatuh, tenggelam, terbakar, ditusuk, keracunan, dll)?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak→P43	8. Tidak tahu→P43
	b. Jika ya, sebut jenis kecelakaan dengan rinci	_____		
	c. Jika ya, sebut jenis cedera (patah tulang, gegar otak dll)	_____		
43.	a. Apakah [NAMA] pernah digigit oleh anjing 6 bulan sebelum meninggal atau oleh binatang lainnya?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak→P44	8. Tidak tahu→P44
	b. Jika ya, sebut jenis binatang (kera, anjing, ular, kalajengking, serangga lain)	_____		

44	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika YANG MENINGGAL adalah Perempuan Umur 10 Tahun Ke Atas → IIIB</li> <li>• Jika YANG MENINGGAL adalah Laki-Laki Umur 15 Tahun Ke Atas → IIID</li> <li>• Jika YANG MENINGGAL adalah Perempuan Umur 5-9 Tahun atau Laki-Laki Umur 5-14 Tahun → IV.RESUME</li> </ul>
----	--

III B. AUTOPSI VERBAL UNTUK PEREMPUAN UMUR 10 THN KE ATAS				
45.	Apakah [NAMA] ada luka atau benjolan pada payudara atau kulit payudara berkerut seperti kulit jeruk dan atau puting payudara keluar cairan kemerahan?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
46.	Apakah [NAMA] keluar darah berlebihan pada saat datang bulan/ menstruasi?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu

47.	a. Apakah [NAMA] mengalami perdarahan dari jalan lahir di luar siklus menstruasinya?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
	b. Jika ya, apakah perdarahan masih terus sampai meninggal?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
48.	Apakah [NAMA] mengeluarkan cairan tidak normal dari jalan lahir?	1. Ya, ___hr ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu

**Jika YANG MENINGGAL adalah Perempuan Umur 10 - 54 Tahun PERNAH KAWIN → IIIC  
Jika YANG MENINGGAL adalah Perempuan Umur 10 - 54 Tahun BELUM KAWIN → P.67  
Jika YANG MENINGGAL adalah Perempuan Umur 55 Ke Atas → IIID**

### III C. AUTOPSI VERBAL UNTUK PEREMPUAN PERNAH KAWIN UMUR 10-54 TAHUN

49.	Apakah [NAMA] meninggal ketika <u>sedang hamil</u> ?	1. Ya, ___bln	2. Tidak → P52	8. Tidak tahu → P52
50.	Apakah [NAMA] menderita tekanan darah tinggi ketika hamil (dikatakan oleh tenaga medis) atau kejang ?	1. Ya, hamil ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu
51.	Apakah [NAMA] mengalami perdarahan hebat ketika hamil?	1. Ya, hamil ___bln	2. Tidak	8. Tidak tahu

### LANJUTKAN KE P67

52.	Apakah [NAMA] mengalami <u>keguguran</u> (umur kehamilan < 22 minggu/ 5 bulan) sebelum meninggal?	1. Ya → P67	2. Tidak	8. Tidak tahu
53.	Apakah [NAMA] meninggal pada <u>saat melahirkan</u> ?	1. Ya	2. Tidak → P60	8. Tidak tahu → P60
54.	Apakah [NAMA] demam tinggi saat melahirkan?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu
55.	Apakah [NAMA] kejang saat melahirkan?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu
56.	Apakah [NAMA] mengalami perdarahan banyak sebelum bayi lahir?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu
57.	Apakah [NAMA] sulit/ lama (lebih dari 12 jam) ketika melahirkan?	1. Ya, ___jam	2. Tidak	8. Tidak tahu
58.	Apakah ari-aryanya sulit lahir?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu
59.	Apakah [NAMA] mengalami perdarahan banyak (lebih dari 3 kain) setelah bayi lahir?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu

### LANJUTKAN KE P65a

60.	Apakah [NAMA] meninggal <u>setelah ari-ari keluar sampai 60 hari</u> ?	1. Ya, hari ke ___	2. Tidak → P67	8. Tidak tahu → P67a	
61.	Apakah [NAMA] kejang setelah ari-ari keluar sampai 60 hari?	1. Ya, hari ke ___	2. Tidak	8. Tidak tahu	
62.	Apakah [NAMA] perdarahan setelah ari-ari keluar sampai 60 hari?	1. Ya, hari ke ___	2. Tidak	8. Tidak tahu	
63.	Apakah [NAMA] demam tinggi setelah melahirkan?	1. Ya, hari ke ___	2. Tidak	8. Tidak tahu	
64.	Apakah ada cairan berbau busuk keluar dr jalan lahir setelah melahirkan?	1. Ya, hari ke ___	2. Tidak	8. Tidak tahu	
65.	a. Siapa saja yang menolong persalinan?	1. Dukun	2. Bidan	3. Dokter	4. Keluarga
	b. Dengan cara apa bayi dilahirkan?	1. Lahir spontan	2. Vakum → P66a	3. Opeasi Sectio → P66a	8. Tidak Tahu → P66a
66.	c. Pada <u>waktu bayi lahir</u> , bagian tubuh mana yang keluar lebih dahulu?	1. Kepala	2. Bokong	3. Lengan/ kaki	8. Tidak tahu
	a. Apakah [NAMA] melahirkan tunggal atau kembar?	1. Tunggal	2. Kembar		
67.	b. Bagaimana kondisi bayi [NAMA] setelah lahir?	1. Hidup	2. Meninggal	3. Kembar, satu bayi meninggal	4. Kembar, semua bayi meninggal

67

- Jika YANG MENINGGAL adalah Perempuan Umur 15 Tahun Ke Atas → IIID
- Jika YANG MENINGGAL adalah Perempuan Umur 10-14 Tahun → IV.RESUME

**III D. AUTOPSI VERBAL UNTUK LAKI-LAKI ATAU PEREMPUAN YANG BERUMUR 15 TAHUN KE ATAS**

68	Apakah [NAMA] mempunyai riwayat/ pernah sakit:	Jika ya, berapa lama ?		
	a. Darah tinggi/ sakit jantung	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	b. Kencing manis	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	c. Sakit radang sendi (arthritis)	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	d. Sakit lambung/ maag	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	e. Sakit kuning	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	f. Tuberkulosis/ Flek paru	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	g. Asthma	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	h. Kegemukan (Obesitas)	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	i. Tumor/ kanker	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	j. Peminum alkohol kronik	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	k. Pengguna narkoba suntik atau pil	1. Ya, ___ bln ___ thn	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>

**IV. RESUME RIWAYAT SAKIT 5 TAHUN KE ATAS (DIISI OLEH PEWAWANCARA)**

Umur almarhum/ah:

Jenis kelamin:

Penyakit yang diderita dan lamanya (Blok III D):

Riwayat sakit (Blok III A-C. untuk tanda, gejala, lama sakit):

69.	Diagnosis Penyebab Kematian Umur 5 Tahun Ke atas (diisi oleh dokter)	Kode ICD 10
	a. Penyakit penyebab kematian langsung ( <i>Direct Cause</i> ) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
	b. Penyakit perantara ( <i>Intervening antecedent cause</i> ) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
	c. Penyakit penyebab utama kematian ( <i>Underlying cause of death</i> ) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
	d. Penyakit yang berkontribusi terhadap kematian, tetapi tidak berhubungan dengan penyakit pada rangkaian a- c _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

Telah diperiksa oleh Ketua Tim,

Nama: \_\_\_\_\_

Tanda tangan: \_\_\_\_\_

Tanggal: \_\_\_\_\_