

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
2	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	
3	Tanggal Lahir	Tanggal ___/ bulan ___/ tahun ___	□□/□□/□□□□
4	Tanggal meninggal	Tanggal ___/ bulan ___/ tahun ___	□□/□□/□□□□

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 □□	b. _____ hari □□
6	Di mana tempat meninggal?	1. Di fasilitas kesehatan 2. Di rumah	3. Di perjalanan 4. Lainnya, _____

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		□□
2.	Bagaimana kesehatan ibu neonatal saat ini? 1. Sehat 2. Sakit 3. Meninggal, penyebabnya _____ 8. Tidak tahu		□
3.	Umur ibu pada saat melahirkan bayi yang meninggal? _____ tahun		□□
4.	Berapa jumlah kehamilan (G), persalinan (P), keguguran (A) yang dialami ibu?	G □ P □ A □	
5.	Siapa saja yang menolong ibu ketika melahirkan bayi tersebut? 1. Dokter 2. Bidan/Tenaga paramedis lainnya 3. Dukun 4. Family/keluarga 5. Lainnya	a. Penolong Pertama □	b. Penolong Terakhir □

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	□□
	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	□

	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"/>
IVB. KEADAAN BAYI KETIKA SAKIT [Jelaskan secara rinci SIFAT dan LAMA SAKIT (jam/hari)]			
12.	Ceritakan gejala awal dan utama bayi ketika sakit? (kejang, demam, tubuh dingin, sesak, muntah, lainnya) TANYAKAN DAN CATAT LAMANYA SAKIT	<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. Belek, _____ 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.	Ketika ibu hamil , apakah mengalami komplikasi?	Tanyakan satu persatu gangguan/komplikasi di bawah ini			
	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.	Ketika ibu bersalin , apakah mengalami komplikasi?	Tanyakan satu persatu gangguan/komplikasi di bawah ini			
	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.	Diagnosis Penyebab Kematian Bayi Usia 0-6 hari (diisi oleh dokter)	Kode ICD 10
	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.	Diagnosis Penyebab Kematian Bayi Usia 7 hari – 28 hari (diisi oleh dokter)	Kode ICD 10
	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="checkbox"/>	
	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="checkbox"/>	
3.	a. Apakah [NAMA] menderita cacat bawaan?	1. Ya 2. Tidak→P4a 8. Tidak tahu→P4a <input type="checkbox"/>	
	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 6. Pisang 2. Air madu/gula 7. Makanan bayi siap saji 3. Air putih 8. Bubur 4. Air buah 9. Nasi 5. Susu formula 10. Lainnya, _____	

	c. Apakah [NAMA] pernah diimunisasi sebagai berikut:		
	Diphtheri, 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.	Diagnosis Penyebab Kematian Bayi/ Balita (29 hari - < 5 tahun) (DIISI OLEH DOKTER)	Kode ICD 10
	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
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	_____ tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>
6	Di mana tempat meninggal?	1. Di fasilitas kesehatan 2. Di Rumah	3. Di perjalanan 4. Lainnya _____

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"> • Jika YANG MENINGGAL adalah Perempuan Umur 10 Tahun Ke Atas → IIIB • Jika YANG MENINGGAL adalah Laki-Laki Umur 15 Tahun Ke Atas → IIID • Jika YANG MENINGGAL adalah Perempuan Umur 5-9 Tahun atau Laki-Laki Umur 5-14 Tahun → IV.RESUME
-----------	--

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-arinya 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: _____

