

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
SURVEI KESEHATAN NASIONAL (SURKESNAS)
Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001

Formulir Tindak Lanjut Ibu Hamil (WH1)

Rahasia

Mulai wawancara: jam :

I. PENGENALAN TEMPAT				KODE
Untuk no.urut 1 s/d 9, kutip dari SKRT2001.Mort ds				
1. Provinsi				□ □
2. Kabupaten / kota*)				□ □
3. Kecamatan				□ □ □
4. Desa / kelurahan*)				□ □ □
5. Klasifikasi desa / kelurahan **)	1. Perkotaan	2. Pedesaan		□
6. Nomor blok sensus				
7. Nomor kode sample				□ □ □
8. Nomor urut sampel rumah tangga				□ □
9. Alamat lengkap rumah tangga (nama jalan/gang, nomor rumah, RT / RW / dusun)	_____ No _____ RT RW			
II. KETERANGAN RESPONDEN (IBU)				
Nomor 1 s/d 3, kutip dari SKRT2001.SKIA Blok IV Kolom (2, 9, 5 atau 5a)				
1. Nama responden (ibu)				
2. Nomor Urut Ibu Hamil				□ □
3. Umur responden				□ □
4. Umur kehamilan sekarang bulan			
5. Nama suami responden				
III. KUNJUNGAN PETUGAS				
	1	2	3	Kunjungan Akhir
1. Tanggal wawancara				1. □ □ □ □ □ □
2. Nama pewawancara				2. Nama _____
3. Hasil kunjungan ***)				3. Hasil kunjungan □
4. Kunjungan berikut : Tgl. Jam				4. Jumlah kunjungan □
***) Pilih salah satu dan isikan kode hasil kunjungan :				
1 Selesai	4 Ditolak			
2 Responden tidak ada di rumah	5 Selesai sebagian	9 Lainnya _____		
3 Ditangguhkan	6 Responden tidak/kurang mampu menjawab	(TULISKAN)		
IV. RENCANA TINDAK LANJUT				
	Tgl	Bln	Thn	
1. Hari pertama haid terakhir(HPHT) untuk kehamilan sekarang :	1. □ □	□ □	□ □	
2. Perkiraan ibu melahirkan :	2. □ □	□ □	□ □	
3. Rencana kunjungan kedua (perkiraan melahirkan + 60 hari) :	3. □ □	□ □	□ □	

*) Coret yang tidak sesuai

**) Lingkari salah satu

Petunjuk Pengisian :

1. Lingkari kode jawaban jika kode jawaban berupa angka dan pindahkan pada kotak yang disediakan
2. Jika satu pertanyaan terdiri dari beberapa bagian maka lingkari kode jawaban dari tiap bagian tersebut dan isikan pada kotak yang disediakan;
3. Tuliskan jawaban yang diminta jika terdapat perintah sebutkan atau catatlah;
4. Jika jawaban bukan berupa pilihan maka isilah kotak atau (_____) yang disediakan;
5. Jika kode jawaban berupa abjad, lingkari kode "abjad" tersebut dan jawaban boleh lebih dari satu.

BAGIAN I. KETERANGAN UMUM

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE
101	Apakah ibu pernah hamil yang berakhir dengan kelahiran atau keguguran sebelum kehamilan yang sekarang? 1. Ya → 2. Tidak → P.103	<input type="checkbox"/>

102 Riwayat untuk seluruh kehamilan yang dialami oleh ibu pada waktu yang lalu: (BERURUTAN)							
No. Urut Kehamilan	Hasil Kehamilan (Lihat keterangan di bawah)	Umur kehamilan (bulan)	Nama Anak (bila ada)	Tanggal Lahir atau Tanggal Keguguran	Riwayat Imunisasi TT: Tidak = 0, Tdk tahu= 8, Ya =kali	Status anak / bayi saat ini: (Untuk yang lahir hidup saja) 1 = Hidup 2 = Meninggal	Jika meninggal, Tgl/Bln/Thn meninggal
(1)	2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

HASIL KEHAMILAN :	KODE	HASIL KEHAMILAN :	KODE
KEGUGURAN (≤ 5 BLN).....	1	KEMBAR DUA LAHIR HIDUP.....	4
TUNGGAL LAHIR MATI (> 5 BLN).....	2	KEMBAR DUA LAHIR HIDUP DAN MATI	5
TUNGGAL LAHIR HIDUP.....	3	KEMBAR DUA LAHIR MATI.....	6
		MULTIPLE (LEBIH DARI DUA)	7

SETELAH SELESAI P.102 LANJUTKAN KE P.104

103	Apakah Ibu pernah mendapat imunisasi TT untuk kehamilan pertama ini? Ya, _____ kali (Jika Tidak, isikan kode "0" dan jika Tidak tahu, isikan kode "8")	<input type="checkbox"/>
104	Apakah ibu pernah mendapat imunisasi TT sebelum nikah (pranikah)? Ya, _____ kali (Jika Tidak, isikan kode "0" dan jika Tidak tahu, isikan kode "8")	<input type="checkbox"/>
105	Kehamilan yang sekarang adalah kehamilan yang ke berapa?	<input type="checkbox"/>

LIHAT P.105

BILA "KEHAMILAN KE -2 DSTNYA" dan BILA "KEHAMILAN PERTAMA" BAGIAN III

**BAGIAN II. RIWAYAT MASING-MASING KEHAMILAN YANG BERAKHIR
MULAI JANUARI 1998**

A. PENGALAMAN IBU SELAMA HAMIL

PERTANYAAN		Kehamilan <u>Sebelum</u> kehamilan sekarang	Kehamilan <u>ke-2</u> dari kehamilan sekarang	Kehamilan <u>ke-3</u> dari kehamilan sekarang
201A	Nama anak (Bila ada, kutip dari 102 (kolom 4))	_____	_____	_____
201B	Nomor Urut Kehamilan (Kutip dari 102 (kolom 1))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202	Apakah waktu hamil (NAMA) ibu mengalami gangguan-gangguan sebagai berikut : (P.202A - P.202O)			
202A	Mual-mual dan muntah berlebihan	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202B	Perdarahan berlebihan melalui jalan lahir, pada umur kehamilan?	1 = 0 – 5 bulan 2 = 6 – 9 bulan 3 = 0 – 9 bulan 4 = Tidak ada <input type="checkbox"/>	1 = 0 – 5 bulan 2 = 6 – 9 bulan 3 = 0 – 9 bulan 4 = Tidak ada <input type="checkbox"/>	1 = 0 – 5 bulan 2 = 6 – 9 bulan 3 = 0 – 9 bulan 4 = Tidak ada <input type="checkbox"/>
202C	Tekanan darah tinggi (menurut dokter, bidan atau perawat)?	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202D	Bengkak pada kaki, tangan, dan muka?	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202E	Kejang-kejang?	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202F	Demam/panas tinggi?	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202G	Kencing sakit, sering dan sedikit-sedikit	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202H	Mata atau kulit kekuning-kuningan dan warna air kencing seperti air teh?	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202I	Kunang-kunang atau pucat lesu dan cepat lelah ?	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202J	Mudah lelah, napas terengah-engah, sesak bila kerja/jalan (penyakit jantung)?	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202K	Penyakit kencing manis (Diabetes mellitus) (menurut dokter/bidan)?	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>

PERTANYAAN		Kehamilan <u>Sebelum</u> kehamilan sekarang	Kehamilan <u>ke-2</u> dari kehamilan sekarang	Kehamilan <u>ke-3</u> dari kehamilan sekarang
202L	Sesak napas disertai napas berbunyi (Asma)?	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202M	Penyakit batuk darah dan atau menahun (TBC)?	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
202N	Ketika ibu mulai terlambat haid untuk kehamilan ini, apakah ada upaya untuk melancarkan haid atau akan mengakhiri kehamilan ini ?	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/> → P.203A	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/> → P.203A	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/> → P.203A
202O	Jika Ya, upaya apa saja yang ibu lakukan ? (Jawaban dapat lebih dari 1)	Kerja fisik berat..... A Minum jamu/ramuan..... B Minum pil/tab/kapsul..... C Pijat pada perut..... D Memasukkan benda..... E Disuntik..... F Disedot (MR)..... G Lainnya..... X	Kerja fisik berat..... A Minum jamu/ramuan..... B Minum pil/tab/kapsul..... C Pijat pada perut..... D Memasukkan benda..... E Disuntik..... F Disedot (MR)..... G Lainnya..... X	Kerja fisik berat..... A Minum jamu/ramuan..... B Minum pil/tab/kapsul..... C Pijat pada perut..... D Memasukkan benda..... E Disuntik..... F Disedot (MR)..... G Lainnya..... X
203A	Pada saat ibu mengandung (NAMA), apakah Ibu pernah periksa hamil?	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak → ke.P.204 <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak → ke.P.204 <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak → ke.P.204 <input type="checkbox"/>
203B	Siapa saja yang pernah memeriksa kehamilan Ibu ? (Jawaban dapat lebih dari 1)	Petugas Kesehatan : Dokter..... A Bidan / Perawat..... B Orang Lain: Dukun C Lainnya..... X	Petugas Kesehatan : Dokter..... A Bidan / Perawat..... B Orang Lain: Dukun C Lainnya..... X	Petugas Kesehatan Dokter..... A Bidan / Perawat..... B Orang Lain: Dukun C Lainnya..... X
203C	(Jika pemeriksa > 1 orang), Siapa yang memeriksa kehamilan ini untuk pertama kali, setelah ibu mengetahui hamil ?	1 = Dokter <input type="checkbox"/> 2 = Bidan / Perawat <input type="checkbox"/> 3 = Dukun <input type="checkbox"/>	1 = Dokter <input type="checkbox"/> 2 = Bidan / Perawat <input type="checkbox"/> 3 = Dukun <input type="checkbox"/>	1 = Dokter <input type="checkbox"/> 2 = Bidan / Perawat <input type="checkbox"/> 3 = Dukun <input type="checkbox"/>

LIHAT 203B

- JIKA PERNAH DIPERIKSA OLEH PETUGAS KESEHATAN KE P.203D
- JIKA TIDAK PERNAH DIPERIKSA OLEH PETUGAS KESEHATAN KE P.204

203D	Pada umur kandungan berapa bulan, pemeriksaan pertama dilakukan oleh petugas kesehatan?	_____ bulan <input type="text"/> 98 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	_____ bulan <input type="text"/> 98 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	_____ bulan <input type="text"/> 98 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
203E	Apakah Ibu diberi Kartu (KMS) ibu hamil atau buku KIA atau kartu sejenisnya pada kehamilan (NAMA)?	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/> → P.203G	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/> → P.203G	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/> → P.203G
203F	Kalau Ya, apakah diberikan Kartu/Buku pada pemeriksaan pertama ?	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
203G	Berapa kali Ibu memeriksakan kehamilannya ke petugas kesehatan ?	_____ kali <input type="text"/> 98 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	_____ kali <input type="text"/> 98 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	_____ kali <input type="text"/> 98 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
203H	Pada umur-umur kandungan berikut, berapa kali Ibu memeriksakan kehamilan ke petugas kesehatan ?	<u>Umur kand.:</u> <u>Jml periksa:</u> 0-3 bulan..... <input type="checkbox"/> 4-6 bulan..... <input type="checkbox"/> 7 bulan +..... <input type="checkbox"/>	<u>Umur kand.:</u> <u>Jml periksa:</u> 0-3 bulan..... <input type="checkbox"/> 4-6 bulan..... <input type="checkbox"/> 7 bulan +..... <input type="checkbox"/>	<u>Umur kand.:</u> <u>Jml periksa:</u> 0-3 bulan..... <input type="checkbox"/> 4-6 bulan..... <input type="checkbox"/> 7 bulan +..... <input type="checkbox"/>

PERTANYAAN		Kehamilan Sebelum kehamilan sekarang		Kehamilan ke-2 dari kehamilan sekarang		Kehamilan ke-3 dari kehamilan sekarang	
203I	Kemana Ibu memeriksakan kehamilan tersebut ? (Jawaban dapat lebih dari 1)	RS/RB Pemerintah... A		RS/RB Pemerintah..... A		RS/RB Pemerintah... A	
		Puskesmas/Pustu..... B		Puskesmas/Pustu..... B		Puskesmas/Pustu B	
		RS/RB Swasta..... C		RS/RB Swasta..... C		RS/RB Swasta C	
		Klinik swasta..... D		Klinik swasta..... D		Klinik swasta D	
		Tempat Praktek Dokter (umum/kandungan)..... E		Tempat Praktek Dokter (umum/kandungan)..... E		Tempat Praktek Dokter (umum/kandungan).... E	
		Tempat Praktek Bidan/Perawat F		Tempat Praktek Bidan/Perawat F		Tempat Praktek Bidan/Perawat F	
		Polindes..... G		Polindes..... G		Polindes..... G	
		Lainnya..... X		Lainnya..... X		Lainnya..... X	
203J	Apakah Ibu mendapatkan pelayanan kesehatan berikut ini paling sedikit <u>satu kali</u> waktu Ibu memeriksakan kehamilan pada dokter, bidan atau perawat ? (Bacakan setiap jenis pemeriksaan dan lingkari jawaban responden yg sesuai)						
		Ya Tdk Tdk Tahu		Ya Tdk Tdk Tahu		Ya Tdk Tdk Tahu	
	a. Tinggi badan.....	1 2 8 a. <input type="checkbox"/>		1 2 8 a. <input type="checkbox"/>		1 2 8 a. <input type="checkbox"/>	
	b. Tekanan darah.....	1 2 8 b. <input type="checkbox"/>		1 2 8 b. <input type="checkbox"/>		1 2 8 b. <input type="checkbox"/>	
	c. Periksa perut	1 2 8 c. <input type="checkbox"/>		1 2 8 c. <input type="checkbox"/>		1 2 8 c. <input type="checkbox"/>	
	d. Pemberian tablet Fe.....	1 2 8 d. <input type="checkbox"/>		1 2 8 d. <input type="checkbox"/>		1 2 8 d. <input type="checkbox"/>	
	e. Pemberian imunisasi TT	1 2 8 e. <input type="checkbox"/>		1 2 8 e. <input type="checkbox"/>		1 2 8 e. <input type="checkbox"/>	
	f. Berat badan.....	1 2 8 f. <input type="checkbox"/>		1 2 8 f. <input type="checkbox"/>		1 2 8 f. <input type="checkbox"/>	
	g. Pemeriksaan Darah.....	1 2 8 g. <input type="checkbox"/>		1 2 8 g. <input type="checkbox"/>		1 2 8 g. <input type="checkbox"/>	
	h. Pemeriksaan Urine.....	1 2 8 h. <input type="checkbox"/>		1 2 8 h. <input type="checkbox"/>		1 2 8 h. <input type="checkbox"/>	

B. PENGALAMAN IBU WAKTU MELAHIRKAN / KEGUGURAN

PERTANYAAN		Kehamilan Sebelum kehamilan sekarang		Kehamilan ke-2 dari kehamilan sekarang		Kehamilan ke-3 dari kehamilan sekarang	
204	Pada waktu melahirkan (NAMA) atau keguguran, apakah ibu mengalami keadaan sebagai berikut: (P.204A – P.204E)						
204A	Perdarahan banyak (lebih dari 3 kain) melalui jalan lahir	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
204B	Tekanan darah tinggi (menurut dokter/bidan/perawat)	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
204C	Demam/panas tinggi	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
204D	Kejang – kejang	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>
204E	Bengkak pada kaki, tangan, dan muka	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>	1 = Ya <input type="checkbox"/>	2 = Tidak <input type="checkbox"/>	8 = Tidak tahu <input type="checkbox"/>

BILA KEHAMILAN BERAKHIR DENGAN KEGUGURAN LANGSUNG KE P.214

PERTANYAAN		Kehamilan <u>Sebelum</u> kehamilan sekarang	Kehamilan <u>ke-2</u> dari kehamilan sekarang	Kehamilan <u>ke-3</u> dari kehamilan sekarang
205	Apakah ibu mengalami mules yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam (>24 jam) menjelang melahirkan (NAMA)	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu
206	Apakah (NAMA) dilahirkan dalam waktu > 6 jam, setelah ketuban pecah ?	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu
207	Siapa saja yang menolong kelahiran (NAMA)? (Jawaban dapat lebih dari 1)	Dokter..... A Bidan/Perawat..... B Dukun..... C Keluarga..... D Lainnya..... X	Dokter..... A Bidan/Perawat..... B Dukun..... C Keluarga..... D Lainnya..... X	Dokter..... A Bidan/Perawat..... B Dukun..... C Keluarga..... D Lainnya..... X
208	Untuk membantu persalinan (NAMA), apakah digunakan?	1 = Operasi Seksio <input type="checkbox"/> 2 = Disidot <input type="checkbox"/> 3 = Pakai tang <input type="checkbox"/> 4 = Spontan Normal <input type="checkbox"/> P.210 ←	1 = Operasi Seksio <input type="checkbox"/> 2 = Disidot <input type="checkbox"/> 3 = Pakai tang <input type="checkbox"/> 4 = Spontan Normal <input type="checkbox"/> P.210 ←	1 = Operasi Seksio <input type="checkbox"/> 2 = Disidot <input type="checkbox"/> 3 = Pakai tang <input type="checkbox"/> 4 = Spontan Normal <input type="checkbox"/> P.210 ←
209	Apakah operasi seksio atas permintaan sendiri atau saran dokter / bidan ?	1 = Sendiri <input type="checkbox"/> 2 = Dokter/bidan 8 = Tidak tahu	1 = Sendiri <input type="checkbox"/> 2 = Dokter/bidan 8 = Tidak tahu	1 = Sendiri <input type="checkbox"/> 2 = Dokter/bidan 8 = Tidak tahu

SETELAH SELESAI P.209 LANJUTKAN KE P.214

210	Apakah tali pusat keluar lebih dahulu sebelum (NAMA) lahir ?	1 = Ya 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu	1 = Ya 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu	1 = Ya 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu
211	Apakah terjadi robekan spontan pada jalan lahir ketika ibu melahirkan (NAMA)? (TIDAK TERMASUK EPISIOTOMI)	1 = Ya 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu	1 = Ya 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu	1 = Ya 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu
212	Apakah ari-ari segera keluar dalam waktu lebih 1 jam setelah (NAMA) lahir ?	1 = Ya 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu → ke P.214	1 = Ya 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu → ke P.214	1 = Ya 2 = Tidak <input type="checkbox"/> 8 = Tidak tahu → ke P.214
213	Apakah ari-ari dikeluarkan dengan cara memasukkan tangan penolong ke dalam jalan lahir?	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu
214	Di mana (NAMA) dilahirkan ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RUMAH Rumah sendiri 11 Rumah orang lain 12 PEMERINTAH RS/RB 21 Puskesmas/Pustu 22 Polindes 23 Lainnya..... 24 SWASTA RS/RB 31 Klinik 32 Lainnya..... 33	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RUMAH Rumah sendiri 11 Rumah orang lain 12 PEMERINTAH RS/RB 21 Puskesmas/Pustu 22 Polindes 23 Lainnya..... 24 SWASTA RS/RB 31 Klinik 32 Lainnya..... 33	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RUMAH Rumah sendiri 11 Rumah orang lain 12 PEMERINTAH RS/RB 21 Puskesmas/Pustu 22 Polindes 23 Lainnya..... 24 SWASTA RS/RB 31 Klinik 32 Lainnya..... 33

C. PENGALAMAN IBU DALAM WAKTU 42 HARI SETELAH MELAHIRKAN ATAU KEGUGURAN				
PERTANYAAN		Kehamilan <u>Sebelum</u> kehamilan sekarang	Kehamilan <u>ke-2</u> dari kehamilan sekarang	Kehamilan <u>ke-3</u> dari kehamilan sekarang
215	Dalam kurun waktu 6 minggu setelah melahirkan (NAMA) atau keguguran apakah ibu mengalami (P.215A-P.215E):			
215A	Perdarahan banyak melalui jalan lahir (> 3 kain)	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu
215B	Kejang-kejang	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu
215C	Demam/panas tinggi	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu → P.215F	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu → P.215F	1 = Ya <input type="checkbox"/> 2 = Tidak 8 = Tidak tahu → Bagian III
215D	Apakah demam disertai dengan:	Ya Tdk Tdk Tahu	Ya Tdk Tdk Tahu	Ya Tdk Tdk Tahu
	a) Keluar cairan yang berbau dari jalan lahir	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>
	b) Nyeri perut bagian bawah (pada uterus)	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>
	c) Nyeri pinggul (pelvis)	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>
	d) Nyeri pinggang (ginjal)	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>
	e) Sakit waktu kencing (Cystitis)	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>
	f) Payudara bengkak dan sakit (mastitis)	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>	1 2 8 <input type="checkbox"/>
215E	Lain- lain, Sebutlah.....			

**215F. JIKA ADA ANAK BERIKUTNYA, KEMBALI KE BAGIAN II UNTUK ANAK YANG BERSANGKUTAN
JIKA TIDAK ADA ANAK BERIKUTNYA, LANJUTKAN KE BAGIAN III**

BAGIAN III. RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

301	Ketika Ibu mulai terlambat haid (pada kehamilan sekarang ini), apakah pernah berupaya untuk melancarkan haid, misalnya minum jamu/obat atau dipijit/diurut,dll. ? 1. Ya 2. Tidak → KE P.303	<input type="checkbox"/>	
302	Upaya apa yang Ibu lakukan ?	Ya Tidak	
	a. Kerja fisik berat	1 2	a. <input type="checkbox"/>
	b. Minum jamu/ramuan tradisional : Jika Ya, SEBUTKAN JENISNYA: _____	1 2	b. <input type="checkbox"/>
	c. Minum pil/tablet/kapsul	1 2	c. <input type="checkbox"/>
	d. Pijat pada bagian perut Jika Ya, SEBUTKAN OLEH SIAPA: _____	1 2	d. <input type="checkbox"/>
	e. Memasukkan sesuatu benda/cairan dalam kandungan/jalan lahir Jika Ya, SEBUTKAN OLEH SIAPA _____	1 2	e. <input type="checkbox"/>
	f. Disuntik Jika Ya, SEBUTKAN OLEH SIAPA _____	1 2	f. <input type="checkbox"/>

303	Untuk kehamilan sekarang, apakah ibu pernah periksa hamil ? 1. Ya 2. Tidak → Ke P. 310	<input type="checkbox"/>																				
304	Siapa yang pernah memeriksa kehamilan ibu? <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ya</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Tidak</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PETUGAS KESEHATAN: a. Dokter.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>a. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Bidan/ Perawat.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>b. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORANG LAIN: c. Dukun.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>c. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Lain-lain, Sebutkan.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>d. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ya	Tidak		PETUGAS KESEHATAN: a. Dokter.....	1	2	a. <input type="checkbox"/>	b. Bidan/ Perawat.....	1	2	b. <input type="checkbox"/>	ORANG LAIN: c. Dukun.....	1	2	c. <input type="checkbox"/>	d. Lain-lain, Sebutkan.....	1	2	d. <input type="checkbox"/>	
	Ya	Tidak																				
PETUGAS KESEHATAN: a. Dokter.....	1	2	a. <input type="checkbox"/>																			
b. Bidan/ Perawat.....	1	2	b. <input type="checkbox"/>																			
ORANG LAIN: c. Dukun.....	1	2	c. <input type="checkbox"/>																			
d. Lain-lain, Sebutkan.....	1	2	d. <input type="checkbox"/>																			
305	Siapa yang periksa kehamilan ibu untuk yang pertama kali ? Dokter..... 1 Bidan / Perawat 2 Dukun 3 Lain-lain ,Sebutkan..... 4	<input type="checkbox"/>																				

LIHAT P.304

Kalau pernah periksa ke petugas kesehatan, lanjutkan ke P.306
Kalau Tidak pernah periksa ke petugas kesehatan, lanjutkan ke P.310

306	Pemeriksaan pertama oleh petugas kesehatan dilakukan pada umur kehamilan ? _____ Bulan	<input type="checkbox"/>																																								
307	Apakah ibu diberi Kartu / Buku catatan pemeriksaan ibu hamil ketika ibu pertama kali memeriksakan kehamilan ini ke petugas kesehatan tersebut ? 1. Ya 2. Tidak → Ke P. 309A	<input type="checkbox"/>																																								
308	Kartu / Buku catatan apa yang ibu dapat ? (Bila ada tunjukkan Kartu/ Buku tersebut) <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ya</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Tidak</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Kartu Menuju Sehat (KMS) Bumil.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>a. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Buku Kesehatan Ibu Anak (buku KIA).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>b. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Kartu Periksa Ibu Hamil.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>c. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Lain-lain ,Sebutkan.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>d. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ya	Tidak		a. Kartu Menuju Sehat (KMS) Bumil.....	1	2	a. <input type="checkbox"/>	b. Buku Kesehatan Ibu Anak (buku KIA).....	1	2	b. <input type="checkbox"/>	c. Kartu Periksa Ibu Hamil.....	1	2	c. <input type="checkbox"/>	d. Lain-lain ,Sebutkan.....	1	2	d. <input type="checkbox"/>																					
	Ya	Tidak																																								
a. Kartu Menuju Sehat (KMS) Bumil.....	1	2	a. <input type="checkbox"/>																																							
b. Buku Kesehatan Ibu Anak (buku KIA).....	1	2	b. <input type="checkbox"/>																																							
c. Kartu Periksa Ibu Hamil.....	1	2	c. <input type="checkbox"/>																																							
d. Lain-lain ,Sebutkan.....	1	2	d. <input type="checkbox"/>																																							
309A	Pada umur kandungan ini, berapa kali Ibu memeriksakan kehamilan di petugas kesehatan ? Umur kandungan: a. 0 – 3 bulan: _____ kali b. 4 – 6 bulan: _____ kali (Jika hamil < 4 bulan diisi angka '98') c. 7 bulan + : _____ kali (Jika hamil < 7 bulan diisi angka '98')	a. <input type="text"/> kali b. <input type="text"/> kali c. <input type="text"/> kali																																								
309B	Dimana ibu pernah memeriksakan kehamilan yang sekarang ini ? <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ya</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Tidak</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. RS Pemerintah / RB Pemerintah</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>a. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Puskesmas / Puskesmas Pembantu</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>b. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Polindes</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>c. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Posyandu</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>d. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Rumah Sakit Swasta / RB Swasta</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>e. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Klinik Swasta</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>f. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Praktek Dokter Umum / Kandungan</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>g. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Praktek Bidan / Pembantu Bidan</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>h. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Lain-lain, SEBUTKAN.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>i. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ya	Tidak		a. RS Pemerintah / RB Pemerintah	1	2	a. <input type="checkbox"/>	b. Puskesmas / Puskesmas Pembantu	1	2	b. <input type="checkbox"/>	c. Polindes	1	2	c. <input type="checkbox"/>	d. Posyandu	1	2	d. <input type="checkbox"/>	e. Rumah Sakit Swasta / RB Swasta	1	2	e. <input type="checkbox"/>	f. Klinik Swasta	1	2	f. <input type="checkbox"/>	g. Praktek Dokter Umum / Kandungan	1	2	g. <input type="checkbox"/>	h. Praktek Bidan / Pembantu Bidan	1	2	h. <input type="checkbox"/>	i. Lain-lain, SEBUTKAN.....	1	2	i. <input type="checkbox"/>	
	Ya	Tidak																																								
a. RS Pemerintah / RB Pemerintah	1	2	a. <input type="checkbox"/>																																							
b. Puskesmas / Puskesmas Pembantu	1	2	b. <input type="checkbox"/>																																							
c. Polindes	1	2	c. <input type="checkbox"/>																																							
d. Posyandu	1	2	d. <input type="checkbox"/>																																							
e. Rumah Sakit Swasta / RB Swasta	1	2	e. <input type="checkbox"/>																																							
f. Klinik Swasta	1	2	f. <input type="checkbox"/>																																							
g. Praktek Dokter Umum / Kandungan	1	2	g. <input type="checkbox"/>																																							
h. Praktek Bidan / Pembantu Bidan	1	2	h. <input type="checkbox"/>																																							
i. Lain-lain, SEBUTKAN.....	1	2	i. <input type="checkbox"/>																																							

310. Pada kehamilan sekarang, apakah ibu mengalami keluhan atau gangguan sebagai berikut:	311. Apakah mencari pertolongan / pengobatan ?	312. Jika Ya, kemana mencari pertolongan yang terakhir? (LIHAT KODE JAWABAN DI BAWAH)
310A. Mual-mual dan muntah berlebihan? 1 = Ya → P.311A 2 = Tidak → P.310B	311A. 1 = Ya → P.312A 2 = Tidak → P.310B	312A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310B
310B. Perdarahan melalui jalan lahir, pada umur kehamilan : 1 = 0 – 5 bulan 2 = 6 – 9 bulan 3 = 0 – 9 bulan 4 = Tidak ada → P.310C	311B. 1 = Ya → P.312B 2 = Tidak → P.310C	312B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310C
310C. Tekanan darah tinggi (menurut dokter/bidan/perawat)? 1 = Ya → P.311C 2 = Tidak → P.310D	311C. 1 = Ya → P.312C 2 = Tidak → P.310D	312C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310D
310D. Bengkak pada kaki, tangan dan muka ? 1 = Ya → P.311D 2 = Tidak → P.310E	311D. 1 = Ya → P.312D 2 = Tidak → P.310E	312D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310E
310E. Kejang-kejang ? 1 = Ya → P.311E 2 = Tidak → P.310F	311E. 1 = Ya → P.312E 2 = Tidak → P.310F	312E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310F
310F. Demam / panas tinggi ? 1 = Ya → P.311F 2 = Tidak → P.310G	311F. 1 = Ya → P.312F 2 = Tidak → P.310G	312F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310G
310G. Kencing sakit, sering dan sedikit-sedikit ? 1 = Ya → P.311G 2 = Tidak → P.310H	311G. 1 = Ya → P.312G 2 = Tidak → P.310H	312G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310H
310H. Mata atau kulit kekuning-kuningan dan warna air kencing seperti air teh ? 1 = Ya → P.311H 2 = Tidak → P.310I	311H. 1 = Ya → P.312H 2 = Tidak → P.310I	312H <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310I
310I. Kunang-kunang, pucat, lesu dan cepat lelah ? 1 = Ya → P.311I 2 = Tidak → P.310J	311I. 1 = Ya → P.312I 2 = Tidak → P.310J	312I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310J
310J. Mudah lelah dan napas terengah-engah bila bekerja atau berjalan ? 1 = Ya → P.311J 2 = Tidak → P.310K	311J. 1 = Ya → P.312J 2 = Tidak → P.310K	312J <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310K
310K. Sakit kencing manis/ Diabetes mellitus ? 1 = Ya → P.311K 2 = Tidak → P.310L	311K 1 = Ya → P.312K 2 = Tidak → P.310L	312K <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310L

KODE JAWABAN PERTANYAAN (312A-312N)			
Rumah Sakit/Rumah Bersalin Pemerintah.....	01	Polindes.....	07
Puskesmas./Puskesmas Pembantu.....	02	Posyandu.....	08
Rumah Sakit/Rumah Bersalin Swasta.....	03	Kader kesehatan.....	09
Klinik swasta.....	04	Dukun / Sinshe.....	10
Dokter praktek.....	05	Apotik.....	11
Perawat/Bidan praktek.....	06	Warung/toko obat.....	12
		Lainnya.....	13

310. Pada kehamilan sekarang, apakah ibu mengalami keluhan atau gangguan sebagai berikut:	311. Apakah mencari pertolongan / pengobatan?	312. Jika Ya, kemana mencari pertolongan yang terakhir? (LIHAT KODE JAWABAN DI BAWAH)
310L. Sesak napas disertai napas bunyi (Asma)? 1 = Ya → P.311L 2 = Tidak → P.310M	311L. 1 = Ya → P.312L 2 = Tidak → P.310M	312L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310M
310M. Penyakit batuk darah dan atau menahun (TBC)? 1 = Ya → P.311M 2 = Tidak → P.310N	311M. 1 = Ya → P.312M 2 = Tidak → P.310N	312M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.310N
310N. Lainnya, 1 = Ya → P.311N 2 = Tidak → P.313 Jika Ya, SEBUTKAN _____ _____	311N. 1 = Ya → P.312N 2 = Tidak → P.313	312N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.313

KODE JAWABAN PERTANYAAN (312A-312N)		
Rumah Sakit/Rumah Bersalin Pemerintah.....	01	Polindes..... 07
Puskesmas./Puskesmas Pembantu.....	02	Posyandu..... 08
Rumah Sakit/Rumah Bersalin Swasta.....	03	Kader kesehatan..... 09
Klinik swasta.....	04	Dukun / Sinshe..... 10
Dokter praktek.....	05	Apotik..... 11
Perawat/Bidan praktek.....	06	Warung/toko obat..... 12
		Lainnya..... 13

313	Pada kehamilan sekarang, apakah ibu mempunyai kebiasaan :			
		Ya	Tidak	
	a. Meminum minuman beralkohol (mis.bir,anggur,tuak,sopi,dll?	1	2	a. <input type="checkbox"/>
	c. Meminum obat-obatan untuk mengobati penyakit tertentu?	1	2	b. <input type="checkbox"/>
	c. Meminum jamu-jamu / ramuan tradisional tertentu?.....	1	2	c. <input type="checkbox"/>
	d1. Merokok?.....	1	2	d1. <input type="checkbox"/>
d2. Jika Ya merokok, berapa batang per hari _____ batang			d2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> btg	
e. Lainnya, SEBUTKAN _____	1	2	e. <input type="checkbox"/>	

506B. Perdarahan melalui jalan lahir, pada umur kehamilan : <input type="checkbox"/> 1 = 0 – 5 bulan 2 = 6 – 9 bulan 3 = 0 – 9 bulan 4 = Tidak ada → ke P.506C	507B. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508B 2 = Tidak → P.506C	508B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506C
--	---	---

506. Pada kehamilan terakhir, apakah ibu mengalami keluhan atau gangguan sebagai berikut:	507. Apakah mencari pertolongan / pengobatan ?	508. Jika Ya, kemana mencari pertolongan yang terakhir? (LIHAT KODE JAWABAN DI HAL.2)
506C. Tekanan darah tinggi (menurut dokter/bidan/perawat)? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507C 2 = Tidak → P.506D	507C. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508C 2 = Tidak → P.506D	508C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506D
506D. Bengkak pada kaki, tangan dan muka ? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507D 2 = Tidak → P.506E	507D. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508D 2 = Tidak → P.506E	508D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506E
506E. Kejang-kejang ? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507E 2 = Tidak → P.506F	507E. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508E 2 = Tidak → P.506F	508E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506F
506F. Demam / panas tinggi ? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507F 2 = Tidak → P.506G	507F. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508F 2 = Tidak → P.506G	508F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506G
506G. Kencing sakit, sering dan sedikit-sedikit ? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507G 2 = Tidak → P.506H	507G. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.506G 2 = Tidak → P.507H	508G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506H
506H. Mata atau kulit kekuning-kuningan dan warna air kencing seperti air teh ? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507H 2 = Tidak → P.506I	507H. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508H 2 = Tidak → P.506I	508H <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506I
506I. Kunang-kunang, pucat, lesu dan cepat lelah ? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507I 2 = Tidak → P.506J	507I. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508I 2 = Tidak → P.506J	508I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506J
506J. Mudah lelah dan napas terengah-engah bila bekerja atau berjalan ? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507J 2 = Tidak → P.506K	507J. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508J 2 = Tidak → P.506K	508J <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506K
506K. Sakit kencing manis/ Diabetes mellitus ? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507K 2 = Tidak → P.506L	507K <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508K 2 = Tidak → P.506L	508K <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506L
506L. Sesak napas disertai napas bunyi (Asma)? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507L 2 = Tidak → P.506M	507L. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508L 2 = Tidak → P.506M	508L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506M
506M. Penyakit batuk darah dan atau menahun (TBC)? <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507M 2 = Tidak → P.506N	507M. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508M 2 = Tidak → P.506N	508M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.506N
506N. Lainnya, <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.507N 2 = Tidak → P.509 Jika Ya, SEBUTKAN _____	507N. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.508N 2 = Tidak → P.509	508N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.509

509	Pada kehamilan terakhir, apakah ibu mempunyai kebiasaan :			
		Ya	Tidak	
	a. Meminum minuman beralkohol (mis.bir,anggur,tuak,sopi,dll)?	1	2	a. <input type="checkbox"/>
	c. Meminum obat-obatan untuk mengobati penyakit tertentu?	1	2	b. <input type="checkbox"/>
	c. Meminum jamu-jamu / ramuan tradisional tertentu?.....	1	2	c. <input type="checkbox"/>
	d1. Merokok?.....	1	2	d1. <input type="checkbox"/>
	d2. Jika Ya merokok, berapa batang per hari _____ batang			d2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> btg
	e. Lainnya, SEBUTKAN _____	1	2	e. <input type="checkbox"/>
510	Untuk kehamilan terakhir, apakah ibu pernah periksa hamil ?			<input type="checkbox"/>
	1. Ya 2. Tidak → Ke P. 519			
511	Siapa yang pernah memeriksa kehamilan ibu?			
		Ya	Tidak	
	PETUGAS KESEHATAN: a. Dokter.....	1	2	a. <input type="checkbox"/>
	b. Bidan/ Perawat.....	1	2	b. <input type="checkbox"/>
	ORANG LAIN: c. Dukun.....	1	2	c. <input type="checkbox"/>
	d. Lain-lain, Sebutkan _____	1	2	d. <input type="checkbox"/>
512	Siapa yang periksa kehamilan ibu untuk yang pertama kali ?			<input type="checkbox"/>
	Dokter.....	1		
	Bidan / Perawat	2		
	Dukun	3		
	Lain-lain,Sebutkan _____	4		

LIHAT P.511

Kalau pernah periksa ke petugas kesehatan, lanjutkan ke P.513
Kalau Tidak pernah periksa ke petugas kesehatan, lanjutkan ke P.519

513	Pemeriksaan pertama oleh petugas kesehatan dilakukan pada umur kehamilan ? _____ Bulan			<input type="checkbox"/>
514	Apakah ibu diberi Kartu / Buku catatan pemeriksaan ibu hamil ketika ibu pertama kali memeriksakan kehamilan ini ke petugas kesehatan tersebut ?			<input type="checkbox"/>
	1. Ya 2. Tidak → Ke P. 516			
515	Kartu / Buku catatan apa yang ibu dapat ? (Bila ada tunjukan Kartu/ Buku tersebut)			
		Ya	Tidak	
	a. Kartu Menuju Sehat (KMS) Bumil.....	1	2	a. <input type="checkbox"/>
	b. Buku Kesehatan Ibu Anak (buku KIA).....	1	2	b. <input type="checkbox"/>
	c. Kartu Periksa Ibu Hamil.....	1	2	c. <input type="checkbox"/>
	d. Lain-lain ,Sebutkan _____	1	2	d. <input type="checkbox"/>
516	Pada umur kandungan ini, berapa kali Ibu memeriksakan kehamilan terakhir di petugas kesehatan ?			
	Umur kandungan: a. 0 – 3 bulan: _____ kali			a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali
	b. 4 – 6 bulan: _____ kali (Jika umur hamil < 4 bulan diisi angka '98')			b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali
	c. 7 bulan + : _____ kali (Jika umur hamil < 7 bulan diisi angka '98')			c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali

517	Dimana ibu pernah memeriksakan kehamilan yang terakhir ini ?	Ya	Tidak		
	a. RS Pemerintah / RB Pemerintah	1	2	a. <input type="checkbox"/>	
	b. Puskesmas / Puskesmas Pembantu	1	2	b. <input type="checkbox"/>	
	c. Polindes	1	2	c. <input type="checkbox"/>	
	d. Posyandu	1	2	d. <input type="checkbox"/>	
	e. Rumah Sakit Swasta / RB Swasta	1	2	e. <input type="checkbox"/>	
	f. Klinik Swasta	1	2	f. <input type="checkbox"/>	
	g. Praktek Dokter Umum / Kandungan	1	2	g. <input type="checkbox"/>	
	h. Praktek Bidan / Pembantu Bidan	1	2	h. <input type="checkbox"/>	
	i. Lain-lain, SEBUTKAN _____	1	2	i. <input type="checkbox"/>	
518	Apakah Ibu mendapatkan pelayanan kesehatan berikut ini paling sedikit <u>satu kali</u> waktu Ibu memeriksakan kehamilan pada dokter, bidan atau perawat ? (Bacakan setiap jenis pemeriksaan dan lingkari jawaban responden yg sesuai)	Ya	Tdk	Tdk Tahu	
	a. Tinggi badan.....	1	2	8	a. <input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah.....	1	2	8	b. <input type="checkbox"/>
	c. Periksa perut	1	2	8	c. <input type="checkbox"/>
	d. Pemberian tablet Fe.....	1	2	8	d. <input type="checkbox"/>
	e. Pemberian imunisasi TT	1	2	8	e. <input type="checkbox"/>
	f. Berat badan.....	1	2	8	f. <input type="checkbox"/>
	g. Pemeriksaan Darah.....	1	2	8	g. <input type="checkbox"/>
	h. Pemeriksaan Urine.....	1	2	8	h. <input type="checkbox"/>

**JIKA IBU MENINGGAL SAAT HAMIL, LANJUTKAN KE (BAGIAN VI) VERBAL AUTOPSY MATERNAL
JIKA IBU TIDAK MENINGGAL ATAU MENINGGAL SAAT MELAHIRKAN/ KEGUGURAN/ NIFAS,
LANJUTKAN KE BAGIAN V.B**

V.B. PENGALAMAN IBU WAKTU MELAHIRKAN ATAU KEGUGURAN

519	Pada waktu melahirkan (NAMA) atau keguguran, apakah ibu mengalami keadaan sebagai berikut:	Ya	Tidak	Tdk Tahu	
	a. Perdarahan banyak (lebih dari 3 kain) melalui jalan lahir	1	2	8	a. <input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah tinggi (menurut dokter/bidan/perawat)	1	2	8	b. <input type="checkbox"/>
	c. Demam/panas tinggi	1	2	8	c. <input type="checkbox"/>
	d. Kejang – kejang	1	2	8	d. <input type="checkbox"/>
	e. Bengkak pada kaki, tangan, dan muka	1	2	8	e. <input type="checkbox"/>

BILA KEHAMILAN BERAKHIR DENGAN KEGUGURAN LANGSUNG KE P.528

520	Pada waktu melahirkan (NAMA) , apakah ibu mengalami keadaan sebagai berikut:				
		Ya	Tida k	Tdk Tahu	
	a. Apakah ibu mengalami mules yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam (>24 jam) menjelang melahirkan (NAMA)	1	2	8	a. <input type="checkbox"/>
	b. Apakah (NAMA) dilahirkan dalam waktu > 6 jam, setelah ketuban pecah ?	1	2	8	b. <input type="checkbox"/>
	c. Persalinan sulit, sakit perut hebat dan tegang serta tiba-tiba gelap	1	2	8	c. <input type="checkbox"/>
521	Untuk membantu persalinan (Nama), apakah digunakan ?				<input type="checkbox"/>
	1 = Operasi Seksio sesaria				
	2 = Disedot (Vakum ekstraksi)				
	3 = Pakai Tang (Forseps)				
	4 = Versi ekstraksi/Embriotomi				
	5 = Persalinan Spontan(Normal)				
				→ ke P. 523	
522	Apakah operasi seksio atas permintaan sendiri atau saran dokter / bidan ?				<input type="checkbox"/>
	1 = Sendiri 2 = Dokter/Bidan 8 = Tidak Tahu				
	(SETELAH SELESAI LANJUTKAN KE P.527)				
523	Apakah tali pusat keluar lebih dahulu sebelum (Nama) lahir ?				<input type="checkbox"/>
	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak Tahu				
524	Apakah terjadi robekan jalan lahir secara spontan, ketika ibu melahirkan (Nama)? (TIDAK TERMASUK TINDAKAN EPISIOTOMI)				<input type="checkbox"/>
	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak Tahu				
525	Apakah ari-ari segera keluar dalam waktu > 1 jam setelah (Nama) lahir ?				<input type="checkbox"/>
	1 = Ya 2 = Tidak → ke P. 527 8 = Tidak Tahu				
526	Apakah ari-ari dikeluarkan dengan cara memasukkan tangan penolong ke dalam jalan lahir?				<input type="checkbox"/>
	1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak Tahu				
527	Dimana Ibu melahirkan (sampai dipotong tali pusat) atau keguguran ?				<input type="checkbox"/>
	1 = Rumah sendiri 3 = RS/ RB Pemerintah 5 = Polindes 13= Klinik				
	2 = Rumah orang lain 4 = Puskesmas/Pustu 6 = RS/ RB Swasta 14= Lainnya _____				
528	Siapakah yang menolong/ membantu Ibu waktu melahirkan (Nama) atau keguguran? (Jawaban dapat lebih dari 1)				
			Dokter.....	A	
			Bidan.....	B	
			Dukun.....	C	
			Keluarga.....	D	
			Sendiri.....	E	

**JIKA IBU MENINGGAL SAAT MELAHIRKAN/ KEGUGURAN, LANGSUNG KE (BAGIAN VI) VERBAL AUTOPSY MATERNAL
JIKA IBU TIDAK MENINGGAL ATAU MENINGGAL SAAT NIFAS, LANJUTKAN KE BAGIAN V.C**

V.C. PENGALAMAN IBU DALAM WAKTU 42 HARI SETELAH MELAHIRKAN ATAU KEGUGURAN

529	Setelah melahirkan atau keguguran, apakah Ibu pernah periksa ke dokter / bidan / perawat kesehatan ? 1. Ya pernah 2. Tidak pernah → ke. 531 → a. 1 – 7 hari, dalam minggu pertama _____ kali b. 8 – 42 hari, dalam minggu ke-2 s/d ke-6 _____ kali	<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kali b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kali																																								
530	Pemeriksaan atau nasihat atau pemberian apa saja yang diberikan oleh dokter / bidan / perawat tersebut ? (Jawaban dapat lebih dari 1) Pemeriksaan perut/kandungannya..... Pemeriksaan payudara..... Nasihat KB..... Nasihat pemberian ASI..... Nasihat pemberian makanan..... Diberikan kapsul vitamin A..... Diberikan tablet zat besi/Fe..... Lain-lain:.....	A B C D E F G X																																								
531	Dalam kurun waktu 6 minggu setelah melahirkan (NAMA) atau keguguran apakah ibu mengalami: a. Perdarahan banyak melalui jalan lahir (> 3 kain) b. Kejang-kejang c. Demam/panas tinggi	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> <th>Tdk Tahu</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(ke P.533)</td> <td>(ke P.533)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Ya	Tidak	Tdk Tahu		a.	1	2	8	<input type="checkbox"/>	b.	1	2	8	<input type="checkbox"/>	c.	1	2	8	<input type="checkbox"/>			(ke P.533)	(ke P.533)																
	Ya	Tidak	Tdk Tahu																																							
a.	1	2	8	<input type="checkbox"/>																																						
b.	1	2	8	<input type="checkbox"/>																																						
c.	1	2	8	<input type="checkbox"/>																																						
		(ke P.533)	(ke P.533)																																							
532	Apakah demam disertai dengan: g) Keluar cairan yang berbau dari jalan lahir..... h) Nyeri perut bagian bawah (pada uterus)..... i) Nyeri pinggul (pelvis)..... j) Nyeri pinggang (ginjal)..... k) Sakit waktu kencing (Cystitis)..... l) Payudara bengkak dan sakit (mastitis)..... m) Lain-lain, Sebutkan.....	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ya</th> <th>Tdk</th> <th>Tdk Tahu</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g.</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ya	Tdk	Tdk Tahu		a.	1	2	8	<input type="checkbox"/>	b.	1	2	8	<input type="checkbox"/>	c.	1	2	8	<input type="checkbox"/>	d.	1	2	8	<input type="checkbox"/>	e.	1	2	8	<input type="checkbox"/>	f.	1	2	8	<input type="checkbox"/>	g.		2	8	<input type="checkbox"/>
	Ya	Tdk	Tdk Tahu																																							
a.	1	2	8	<input type="checkbox"/>																																						
b.	1	2	8	<input type="checkbox"/>																																						
c.	1	2	8	<input type="checkbox"/>																																						
d.	1	2	8	<input type="checkbox"/>																																						
e.	1	2	8	<input type="checkbox"/>																																						
f.	1	2	8	<input type="checkbox"/>																																						
g.		2	8	<input type="checkbox"/>																																						

KODE JAWABAN PERTANYAAN (535A-535N)			
		Polindes.....	07
Rumah Sakit/Rumah Bersalin Pemerintah.....	01	Posyandu.....	08
Puskesmas./Puskesmas Pembantu.....	02	Kader kesehatan.....	09
Rumah Sakit/Rumah Bersalin Swasta.....	03	Dukun / Sinshe.....	10
Klinik swasta.....	04	Apotik.....	11
Dokter praktek.....	05	Warung/toko obat.....	12
Perawat/Bidan praktek.....	06	Lainnya.....	13

533. Apakah selama hamil yang terakhir sampai nifas Ibu pernah menderita sakit sbb:	534. Apakah mencari pertolongan/ pengobatan?	535. Jika Ya, kemana/ cara mencari pertolongan? (LIHAT KODE JAWABAN DI ATAS)
533A. Penyakit Jantung (mudah lelah napas terengah-engah, bila bekerja atau berjalan ? <input type="checkbox"/> 1. Ya → P.534A 2. Tidak → P.533B	534A. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.535A 2 = Tidak → P.533B	535A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533B
533B. Diabetes mellitus(sakit kencing manis, sering haus, lapar dan sering kencing) ? <input type="checkbox"/> 1. Ya → P.534B 2. Tidak → P.533C	534B. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.535B 2 = Tidak → P.533C	535B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533C
533C. Asma(sakit sesak napas), terutama/ menjelang subuh; disertai napas bunyi ? <input type="checkbox"/> 1. Ya → P.534C 2. Tidak → P.533D	534C. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.535C 2 = Tidak → P.533D	535C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533D
533D. TB Paru(sakit batuk darah, nafsu makan, kurus)? <input type="checkbox"/> 1. Ya → P.534D 2. Tidak → P.533E	534D. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.535D 2 = Tidak → P.533E	535D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533E
533E. Malaria(panas dingin, menggigil pada waktu tertentu) <input type="checkbox"/> 1. Ya → P.534E 2. Tidak → P.533F	534E. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.535E 2 = Tidak → P.533F	535E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533F
533F. Goiter (kelenjar gondok membesar) <input type="checkbox"/> 1. Ya → P.534F 2. Tidak → P.533G	534F. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.535F 2 = Tidak → P.533G	535F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533G
533G. Typhus (demam > 1 minggu, sakit kepala, lesu)? <input type="checkbox"/> 1. Ya → P.534G 2. Tidak → P.533H	534G. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.535G 2 = Tidak → P.533H	535G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533H
KODE JAWABAN PERTANYAAN (535A-535N)	Polindes.....	07
Rumah Sakit/Rumah Bersalin Pemerintah..... 01	Posyandu.....	08
Puskesmas./Puskesmas Pembantu..... 02	Kader kesehatan.....	09
Rumah Sakit/Rumah Bersalin Swasta..... 03	Dukun / Sinshe.....	10
Klinik swasta..... 04	Apotik.....	11
Dokter praktek..... 05	Warung/toko obat.....	12
Perawat/Bidan praktek..... 06	Lainnya.....	13

533. Apakah selama hamil yang terakhir sampai nifas Ibu pernah menderita sakit sbb:	534. Apakah mencari pertolongan/ pengobatan?	535. Jika Ya, kemana/ cara mencari pertolongan? (LIHAT KODE JAWABAN DI ATAS)
533H. Radang paru-paru (bronchitis), batuk disertai demam)? <input type="checkbox"/> 1. Ya → P.534H 2. Tidak → P.533I	534H. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.535H 2 = Tidak → P.533I	535H <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533I
533I. Diare(muntah dan berak)? <input type="checkbox"/> 1. Ya → P.534I 2. Tidak → P.533J	534I. <input type="checkbox"/> 1 = Ya → P.535I 2 = Tidak → P.533J	535I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533J

533J. Kecelakaan (jatuh,dianiaya, rudapaksa)? 1. Ya → P.534J 2. Tidak → P.533K	<input type="checkbox"/>	534J. 1 = Ya → P.535J 2 = Tidak→P.533K	<input type="checkbox"/>	535J <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533K
533K. Tekanan darah tinggi (menurut dokter/bidan/perawat)? 1. Ya → P.534K 2. Tidak → P.533L	<input type="checkbox"/>	534K. 1 = Ya → P.535K 2 = Tidak→P.533L	<input type="checkbox"/>	535K <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533L
533L. Mata atau kulit kekuning-kuningan dan warna air kencing spt air teh? 1. Ya → P.534L 2. Tidak → P.533M	<input type="checkbox"/>	534L. 1 = Ya → P.535L 2 = Tidak→P.533M	<input type="checkbox"/>	535L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533M
533M. Kunang-kunang, pucat, lesu, dan cepat lelah(Anemia)? 1. Ya → P.534M 2. Tidak → P.533N	<input type="checkbox"/>	534M. 1 = Ya → P.535M 2 = Tidak→P.533N	<input type="checkbox"/>	535M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533N
533N. Penyakit saluran kencing (kencing sedikit-sedikit dan nyeri, berdarah dan bemanah) ? 1. Ya → P.534N 2. Tidak → P.533O	<input type="checkbox"/>	534N. 1 = Ya → P.535N 2 = Tidak→P.533O	<input type="checkbox"/>	535N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.533O
533O. Lain-lain: 1. Ya → P.534O 2. Tidak → P.536 (Sebutkan)_____	<input type="checkbox"/>	534O. 1 = Ya → P.535O 2 = Tidak→P.536	<input type="checkbox"/>	535O <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LANJUTKAN KE P.536
536	Apakah Ibu minum jamu habis bersalin atau ramuan tradisional lain setelah melahirkan (NAMA) atau keguguran? 1. Ya , Sebutkan_____		2. Tidak	<input type="checkbox"/>
537	Apakah ada cara tradisional yang dilakukan oleh ibu untuk memulihkan kondisi fisik setelah melahirkan/keguguran? 1. Ya, Sebutkan_____		2. Tidak	<input type="checkbox"/>

JIKA IBU TIDAK MENINGGAL, LANJUTKAN KE (BAGIAN VII) KEADAAN BAYI

JIKA IBU MENINGGAL SAAT NIFAS, LANJUTKAN KE (BAGIAN VI) VERBAL AUTOPSY MATERNAL

BAGIAN VIII. VERBAL AUTOPSY UNTUK PERINATAL DAN NEONATAL

LINGKARI KODE KATEGORI KONDISI YANG DITEMUKAN

KONDISI	KATEGORI
801. Umur kehamilan	_____ Bulan (Kutip dari P.504)
802. Berat badan lahir	_____ Gram (Kutip dari P.704)
803. Umur Bayi	_____ Hari (Kutip dari P.702)
804. Cedera kelahiran	a. tidak b. ada
805. Kelainan bawaan (Kutip dari P.707) (Jika ada kelainan, jawaban dapat lebih dari satu)	a. Tidak ada/normal b. Bibir/langit-langit sumbing c. Tangan/kaki(pengkor/polydactili) d. Spina bifida e. Hydrocephalus(kepala besar) f. Tidak ada anus/Atresia ani

- **JIKA BAYI “LAHIR MATI”, MAKA WAWANCARA SELESAI (STOP)**
- **JIKA BAYI LAHIR HIDUP dan MENINGGAL SEBELUM UMUR 28 HARI, LANJUTKAN KE P.806**

LINGKARI KODE KATEGORI GEJALA YANG DITEMUKAN

GEJALA-GEJALA	KATEGORI
806. Kejang	a. tidak b. ada
807. Suhu badan	a. normal b. dingin c. panas

RINGKASAN UNTUK PERINATAL DAN NEONATAL (CATATLAH GEJALA-GEJALA YANG DITEMUKAN)

- Umur Kehamilan : _____
- Berat Badan Lahir : _____
- Umur Bayi : _____
- Gejala-Gejala yang ditemukan : _____

GEJALA-GEJALA	KATEGORI
808. Warna	a. normal b. bibir/kulit biru c. mata/kulit kuning
809. Napas	a. normal b. ada sesak bernapas, pucat c. bernapas lebih cepat d. bayi gagal bernapas
810. Menyusu	a. normal b. menolak c. muntah-muntah
811. Buang air besar	a. normal b. diare c. tidak bias/ tidak pernah
812. Kembung perut	a. tidak b. ada
813. Buang air kecil	a. normal b. tidak bisa
814. Kembar	a. tunggal b. kembar 2 atau lebih
815. Menangis	a. menangis kuat b. lemah c. tidak menangis
816. Gerakan kaki/tangan	a. kuat/aktif b. lemah c. tidak bergerak
817. Infeksi/Radang/Demam	a. tidak ada b. tali pusat/pusat infeksi c. radang kulit
818. Jantung	a. normal b. kebiruan/cyanosis c. asfiksia
819. Cedera	a. tidak ada b. ada cedera jatuh terpukul

Wawancara selesai: Jam ____ : ____

SIMPULKAN PENYEBAB KEMATIAN PERINATAL/ NEONATAL BERDASARKAN RINGKASAN GEJALA YANG DITEMUKAN DI ATAS:

**BAGIAN VI. VERBAL AUTOPSY UNTUK
MATERNAL**

LINGKARI KODE KATEGORI GEJALA YANG DITEMUKAN

I. KEADAAN SELAMA HAMIL

GEJALA-GEJALA	KATEGORI
601. Umur kehamilan	_____bulan (Kutip dari P.504)
602. Kesadaran	a. baik/normal b. menurun/pingsan c. tidak sadar/koma
603. Pusing	a. tidak ada b. ada
604. Tekanan darah tinggi	a. tidak b. ada
605. M a t a (Jika ada gejala, jawaban dapat lebih dari satu)	a. normal b. bengkak pada kelopak c. gangguan penglihatan d. kabur
606. Warna	a. tidak b. mata/kulit kuning c. pucat
607. Kejang-kejang	a. tidak b. ada ketika hamil \geq 5 bulan c. ada ketika hamil $<$ 5 bulan
608. Bengkak tungkai, muka dan tangan	a. tidak b. ada
609. Demam (Jika ada gejala, jawaban dapat lebih dari satu)	a. tidak b. hilang timbul, sore/malam c. demam menggigil d. demam tinggi terus menerus
610. Dada	a. tidak nyeri/normal b. nyeri dada c. berdebar-debar d. cepat lelah
611. Napas	a. tidak b. bila jalan jauh sesak c. malam sesak & bunyi
612. Batuk	a. tidak b. kering/dahak c. dahak + darah dan batuk $>$ 2 minggu
613. Perut (Jika ada gejala, jawaban dapat lebih dari satu)	a. normal/tidak ada keluhan b. mual/muntah berlebihan c. diare d. tiba-tiba nyeri perut bgn bawah kiri atau kanan e. sakit perut bagian atas f. mules $>$ 24 jam

614. Kandungan	a. normal/biasa b. lebih besar dari umur kehamilan c. lebih kecil dari umur kehamilan
GEJALA-GEJALA	KATEGORI
615. Perdarahan	a. tidak ada b. ada ketika hamil 0 – 5 bulan c. ada ketika hamil 6 - 9 bulan d. perdarahan warna merah segar e. perdarahan warna kecoklatan f. perdarahan bentuk gelembung seperti anggur
616. Kencing (Jika ada gejala, jawaban dapat lebih dari satu)	a. tidak b. nyeri, sedikit-sedikit c. warna air teh d. kencing manis e. warna keruh
617. Kecelakaan	a. tidak b. ada, sebutkan _____

II. DALAM PERSALINAN

GEJALA-GEJALA	KATEGORI
618. Umur kehamilan	_____ bulan (Kutip dari 504)
619. Tekanan darah tinggi	a. tidak b. ada
620. Bengkak tungkai, muka, tangan	a. tidak b. ada
621. Pusing	a. tidak ada b. ada
622. Kejang-kejang	a. tidak b. ada
623. Kesadaran	a. baik/normal b. menurun/pingsan c. tidak sadar/koma
624. Demam	a. tidak b. demam tinggi saat melahirkan
625. Mules	a. teratur < 24 jam b. teratur > 24 jam c. nyeri tiba-tiba d. mules tidak teratur
626. Kandungan	a. normal b. besar dari umur kehamilan c. kecil dari umur kehamilan
627. Melahirkan lama	a. tidak/normal b. ya, partus lama
628. Ketuban (Jika ada gejala, jawaban dapat lebih dari satu)	a. pecah sendiri/dipecahkan secara normal b. pecah dini > 6 jam c. air ketuban kuning kehijauan d. air ketuban warna jernih e. air ketuban warna keruh f. jumlah air ketuban banyak

629. Tali pusat	a. tidak masalah b. menubung c. melilit
630. Kelainan letak	a. tidak ada(letak kepala) b. sungsang/bokong c. melintang d. kaki/tangan
GEJALA-GEJALA	KATEGORI
631. Melahirkan dengan tindakan	a. normal tanpa tindakan b. versi ekstraksi c. vakum ekstraksi d. forceps e. operasi Caesar f. Embriotomi g. Tidak tahu
632. Perdarahan	a. perdarahan sedikit < 3 kain b. perdarahan banyak \geq 3 kain
633. Placenta/ari-ari	a. keluar segera setelah bayi lahir (< 1 jam) b. keluar \geq 1 jam setelah bayi lahir c. tidak dapat keluar/dikeluarkan
634. Jalan lahir/vagina	d. tidak ada robekan e. ada robekan jalan lahir

III. MASA NIFAS

GEJALA-GEJALA	KATEGORI
635. Tekanan darah tinggi	a. tidak b. ada

RINGKASAN UNTUK MATERNAL (CATATLAH GEJALA-GEJALA YANG DITEMUKAN UNTUK MASING-MASING KEADAAN)

- o Umur Kehamilan :
- o Keadaan selama Hamil :
- o Keadaan dalam Persalinan :
- o Keadaan selama masa nifas :

SIMPULKAN PENYEBAB KEMATIAN MATERNAL BERDASARKAN RINGKASAN GEJALA YANG DITEMUKAN DI ATAS:

GEJALA-GEJALA	KATEGORI
636. Bengkak (Jika ada gejala, jawaban dapat lebih dari satu)	a. tidak ada b. bengkak tungkai c. bengkak kelopak mata d. bengkak seluruh badan
637. Kejang	a. tidak b. ada
638. Demam	a. tidak b. hilang timbul, sore/malam c. demam menggigil d. demam/panas tinggi terus
639. Nyeri (Jika ada gejala, jawaban dapat lebih dari satu)	a. tidak ada keluhan b. nyeri pinggang c. nyeri pinggul d. nyeri perut bagian bawah e. sakit pada jalan lahir f. sakit buang air kecil g. sakit buang air besar
640. Perdarahan	a. tidak b. ada
641. Kecelakaan	a. tidak ada b. ada
642. Lochia/keluar cairan	a. tidak bau b. bau
643. Payudara	a. normal b. bengkak / sakit

CATATAN:

_____, 2001

KETUA TIM

Wawancara selesai: :

(_____)