

DEPARTEMEN KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN SOSIAL RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
SURVEI KESEHATAN NASIONAL 2001
SURVEI KESEHATAN RUMAH TANGGA

Studi Mortalitas

I. PENGENALAN TEMPAT			
1	Propinsi		□ □
2	Kabupaten/kota *)		□ □
3	Kecamatan		□ □ □
4	Desa/kelurahan *)		□ □ □
5	Klasifikasi desa/kelurahan : Perkotaan 1; Perdesaan 2 **)		□
6	Nomor blok sensus		
7	Nomor kode sampel		□ □ □
8	Nomor unit sampel rumah tangga		□ □
9	Alamat lengkap (Nama jalan/gang, RT/RW, No. Rumah)		
II. KETERANGAN RUMAH TANGGA			
1	Nama kepala rumah tangga		
2	Banyaknya anggota rumah tangga		□ □
3	Banyaknya anak usia 0-4 tahun		□ □
III. KETERANGAN PENCACAHAN			
1	Tgl pencacahan Susenas (tgl/bl)		□ □ □ □
Kunjungan pewawancara Studi Mortalitas 2001			
Apabila responden tidak ada di rumah harus dikunjungi ulang sampai 3 kali		Pertama	Kedua
		Ketiga	
2	Tgl kunjungan (tg/bl/th)	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
3	Hasil kunjungan	□	□ □
4	Nama pewawancara	<i>Kode hasil kunjungan :</i> 1. Selesai 2. Tidak ada responden yang mampu jawab saat kunjungan 3. Rumah tangga tidak ada 4. Ditangguhkan 5. Ditolak 6. Bangunan kosong 7. Bangunan dibongkar 8. Bangunan tidak ditemukan 9. Lainnya	
5	Tanda tangan pewawancara		
6	Nama koordinator Surkesnas Propinsi		
7	Tanda tangan koordinator		

*) Coret yang tidak perlu

**) Lingkari salah satu

IV A. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA				Wawancara mulai jam :	
Kutip keterangan nama dan anggota rumah tangga dari SKRT2001.Mort_ds				□□ : □□	
No. ART	Nama anggota rumah tangga	Susenas 2001			
		Hub dgn KRT (kode)	Jenis Kelamin 1. Lk 2. Pr	Umur (thn)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
01		□	□	□□	
02		□	□	□□	
03		□	□	□□	
04		□	□	□□	
05		□	□	□□	
06		□	□	□□	
07		□	□	□□	
08		□	□	□□	
09		□	□	□□	
10		□	□	□□	
11		□	□	□□	
12		□	□	□□	
13		□	□	□□	
14		□	□	□□	
15		□	□	□□	

IV B. KEJADIAN KEMATIAN SEJAK JANUARI 2000 (TERMASUK KEJADIAN LAHIR MATI)					
No. Urut	Nama yang meninggal	Hubungan dengan KRT (Kode)	Jenis Kelamin 1. Lk 2. Pr	Tahun Kejadian sejak Januari 2000 (kode)	Umur saat meninggal (lihat keterangan kode kolom 6)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					Tahun Bulan □□ □□
01		□	□	□	□□ □□
02		□	□	□	□□ □□
03		□	□	□	□□ □□
04		□	□	□	□□ □□

PETUNJUK PENGISIAN MENGGISI BLOK IV B.
Semua kejadian kematian di rumah tangga dikutip dari formulir SKRT2001.Mort_ds

Kode kolom (3)	Kode kolom (5)	Kode kolom (6)
Kepala RT 1 Orangtua/mertua 6	Kematian tahun 2000 0	Kolom tahun diisi jika yang meninggal berumur 2 tahun atau lebih. Kolom bulan diisi jika yang meninggal umurnya kurang dari 2 tahun. (Pembulatan ke bawah). Jika lahir mati, kolom (6) diisi 00, dan tulis LAHIR MATI pada kolom 2.
Istri/Suami 2 Famili lain 7	Kematian tahun 2001 1	
Anak 3 Pembantu RT 8		
Menantu 4 Lainnya 9		
Cucu 5		

V. KETERANGAN UMUM		
A. Karakteristik Responden :		
1	Nama responden : No. ART __	<input type="text"/> <input type="text"/>
2	Hubungan responden dengan almarhum/ah: Kakek/nenek 1 Cucu 5 Istri/Suami 2 Orang tua/mertua 6 Anak 3 Famili lain 7 Menantu 4 Lainnya 8	<input type="checkbox"/>
3	Jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan responden ? Tdk /blm tamat SD 1 Tamat SD 2 Tamat SLTP 3 Tamat SLTA umum/Kejuruan 4 Tamat Perguruan tinggi 5	<input type="checkbox"/>
4	Berapa umur responden ? _____ tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>
5	Jenis kelamin responden ? Laki-laki 1; Perempuan 2	<input type="checkbox"/>
6	Apakah responden mengetahui tanggal kejadian kematian almarhum/ah? Ya 1; Tidak 2 <i>(Jika jawaban 2 ke P.8)</i>	<input type="checkbox"/>
7	Kalau ya, kapan tanggal kejadian kematian almarhum/ah ? Tgl __ Bln __ Thn __	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Sudah berapa bulan yang lalu kejadian kematian dari yang meninggal tersebut ? __ bulan	<input type="text"/> <input type="text"/>
B. Karakteristik yang meninggal (almarhum/ah) :		
9	Nama almarhum/ah : No. urutan __	<input type="text"/> <input type="text"/>
10	Jenis kelamin almarhum/ah ? Laki-laki 1; Perempuan 2	<input type="checkbox"/>
11	Apakah responden mengetahui tanggal lahir almarhum/ah? Ya 1; Tidak 2; <i>(Jika jawaban 2 ke P.13)</i>	<input type="checkbox"/>
12	Bila ya, tanggal berapa lahirnya ? Tgl __ Bln __ Thn __	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13	Berapa umur almarhum/ah waktu meninggal ? <i>(Jika lahir mati beri kode 0, pada kolom lahir mati)</i> --- Jam --- Hari --- Bulan --- Tahun <i>(Jika umur kurang dari 10 tahun ke P. 15)</i>	Lahir mati <input type="checkbox"/> Jam <input type="text"/> <input type="text"/> Hari <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> <input type="text"/>
14	Status perkawinan almarhum/ah sebelum meninggal ? Belum kawin 1 Kawin 2 Cerai hidup 3 Cerai mati 4 Tidak tahu 8	<input type="checkbox"/>
15	Menurut bapak/ibu, almarhum/ah meninggal karena sakit apa ?	

C. Pola Upaya Pencarian Pengobatan		
16	Apakah almarhum/ah pernah berobat jalan selama sakit sebelum meninggal ? Ya 1; Tidak 2; Tidak tahu 8 (Jika jawaban 2 ke P.23, jika 8 ke P.27)	<input type="checkbox"/>
17	Dimana almarhum/ah berobat jalan terakhir ketika sakit? (1 jawaban) Rumah Sakit Pemerintah 01 Rumah Sakit Swasta 02 Praktek dokter 03 Puskesmas 04 Puskesmas Pembantu 05 Poliklinik/rumah bersalin 06 Praktek petugas kesehatan 07 Praktek pengobatan tradisional 08 Polindes 09 Posyandu 10 Lainnya 11	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai tempat berobat tersebut? ___ jam ___ menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	Berapa jarak ke tempat berobat tersebut ? ___ Km	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	Sebelum berobat jalan terakhir apakah almarhum/ah pernah dibawa berobat ke tempat berobat lain ? Ya 1; Tidak 2; Tidak tahu 8 (Jika jawaban 2 atau 8 ke P.24)	<input type="checkbox"/>
21	Dimana saja almarhum/ah berobat ketika itu (sebelum berobat terakhir)? (jawaban dapat lebih dari satu pelayanan kesehatan) a. Rumah Sakit Pemerintah b. Rumah Sakit Swasta c. Praktek dokter d. Puskesmas e. Puskesmas Pembantu f. Poliklinik/rumah bersalin g. Praktek petugas kesehatan h. Praktek pengobatan tradisional i. Polindes j. Posyandu k. Lainnya	Ya 1 Tidak 2 TT 8 a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/> k. <input type="checkbox"/>
22	Apa alasan utama ganti tempat berobat ke(dari jawaban P.17)? Dirujuk 1 Kemauan sendiri/keluarga 2 Lainnya, 3 Tidak tahu 8 → Lanjutkan ke P.24	<input type="checkbox"/>
23	Apa alasan utama tidak berobat jalan ? Biaya mahal 1 Jarak jauh 2 Langsung di rawat inap 3 Tidak mau berobat 4 Mendadak meninggal 5 Lainnya, 6 Tidak tahu 8 → Lanjutkan ke P.25	<input type="checkbox"/>
24	Apakah almarhum/ah pernah dirawat inap sebelum meninggal ? Ya 1; Tidak 2; Tidak tahu 8 (Jika jawaban 2 atau 8 ke P.27)	<input type="checkbox"/>

25	Dimana saja almarhum/ah pernah dirawat inap untuk sakitnya yang menyebabkan dia meninggal? a. Rumah Sakit Pemerintah b. Rumah Sakit Swasta c. Praktek dokter d. Puskesmas e. Puskesmas Pembantu f. Poliklinik/rumah bersalin g. Praktek petugas kesehatan h. Praktek pengobatan tradisional i. Polindes j. Lainnya, <i>(Jika hanya "j" dijawab "ya (1)" lanjutkan ke P. 27)</i>	Ya 1 Tidak 2 a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/>																																																																									
26	Berapa jumlah seluruh biaya untuk rawat inap ? Rp. (Dalam ribuan rupiah)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
27	Dimana almarhum/ah meninggal? Rumah Sakit Pemerintah 01 Rumah Sakit Swasta 02 Praktek dokter 03 Puskesmas 04 Puskesmas pembantu 05 Poliklinik/rumah bersalin 06 Praktek petugas kesehatan 07 Praktek pengobatan tradisional 08 Polindes 09 Rumah sendiri 10 Lainnya, 11 <i>(Jika jawaban 10 atau 11, lanjutkan ke P. 29)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
28	Sebutkan alamat lengkap tempat meninggalnya almarhum/ah Nama : Alamat:																																																																										
29	KEJADIAN KEMATIAN Lahir mati atau umur 0 - 7 hari1 (lanjutkan ke Blok VII) Umur 8 hari sampai 5 tahun 2 ➔ (lanjutkan ke Blok VI) Wanita umur 10 - 49 tahun 3 ➔ (lanjutkan ke Blok VIII) Lainnya 4 ➔ SERTIFIKAT KEMATIAN UMUM	<input type="checkbox"/>																																																																									
VI. KEMATIAN UMUR 8 HARI SAMPAI 5 TAHUN																																																																											
30	Jenis imunisasi yang pernah diberikan pada anak / bayi yang meninggal (nama :) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>a BCG</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>b Polio 1</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>c Polio 2</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>d Polio 3</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>e Polio 4</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>f DPT 1</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>g DPT 2</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>h DPT 3</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>i Hepatitis B1</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>j Hepatitis B2</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>k Hepatitis B3</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> <tr> <td>l Campak</td> <td>1. Pernah</td> <td>2. Tidak pernah</td> <td>8. TT</td> </tr> </table>		a BCG	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	b Polio 1	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	c Polio 2	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	d Polio 3	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	e Polio 4	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	f DPT 1	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	g DPT 2	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	h DPT 3	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	i Hepatitis B1	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	j Hepatitis B2	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	k Hepatitis B3	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	l Campak	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>a.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>j.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>k.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>l.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>	f.	<input type="checkbox"/>	g.	<input type="checkbox"/>	h.	<input type="checkbox"/>	i.	<input type="checkbox"/>	j.	<input type="checkbox"/>	k.	<input type="checkbox"/>	l.	<input type="checkbox"/>
a BCG	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
b Polio 1	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
c Polio 2	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
d Polio 3	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
e Polio 4	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
f DPT 1	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
g DPT 2	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
h DPT 3	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
i Hepatitis B1	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
j Hepatitis B2	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
k Hepatitis B3	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
l Campak	1. Pernah	2. Tidak pernah	8. TT																																																																								
a.	<input type="checkbox"/>																																																																										
b.	<input type="checkbox"/>																																																																										
c.	<input type="checkbox"/>																																																																										
d.	<input type="checkbox"/>																																																																										
e.	<input type="checkbox"/>																																																																										
f.	<input type="checkbox"/>																																																																										
g.	<input type="checkbox"/>																																																																										
h.	<input type="checkbox"/>																																																																										
i.	<input type="checkbox"/>																																																																										
j.	<input type="checkbox"/>																																																																										
k.	<input type="checkbox"/>																																																																										
l.	<input type="checkbox"/>																																																																										

31	Apakah anak tersebut (nama :) pernah diberikan ASI ? Ya 1; Tidak 2; Tidak tahu 8 (Jawaban 2 ke P.33, jika 8 ke P.34)	<input type="checkbox"/>
32	Bila ya, sampai usia berapa diberikan ? hari , bulan (Jika jawaban P.32 = usia meninggal lanjutkan ke P.34)	Hari <input type="text"/> <input type="text"/> bulan <input type="text"/> <input type="text"/>
33	Mengapa ibu berhenti/tidak pernah memberikan ASI ? a. Anak sakit/lemah b. Ibu sakit/lemah c. Masalah puting susu/payudara d. ASI tidak keluar e. Ibu bekerja f. Anak tidak mau g. Umur sapihan h. Hamil i. Mulai pakai kontrasepsi j. Lainnya, sebutkan	Ya 1, Tidak 2, TT 8 a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/>
34	KEJADIAN KEMATIAN Umur di bawah 1 tahun 1 ➔ (lanjutkan ke Blok VII) Umur 1 - 4 tahun 2 ➔ SERTIFIKAT KEMATIAN UMUM	<input type="checkbox"/>
VII. KEMATIAN DIBAWAH 1 TAHUN DAN LAHIR MATI		
A. Keadaan Ibu :		
35	Berapa umur ibu pada saat melahirkan bayi yang meninggal? __ tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>
36	Berapa jumlah kehamilan, persalinan dan keguguran yang dialami ibu almarhum semasa hidupnya ? Kehamilan __ kali Persalinan __ kali Keguguran __ kali	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
37	Dari jumlah persalinan tersebut, berapa yang lahir hidup dan lahir mati ? __ Lahir hidup __ Lahir mati	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
38	Berapa jumlah anak yang masih hidup sekarang ? __ anak	<input type="text"/> <input type="text"/>
39	Umur kehamilan pada saat melahirkan bayi yang meninggal __ bulan	<input type="text"/> <input type="text"/>
40	Apakah ibu pernah memeriksakan kehamilan pada dokter/bidan selama mengandung bayi yang meninggal ? Ya 1; Tidak 2; Tidak tahu 8 (Jawaban 2 ke P.47, jika 8 ke P.48)	<input type="checkbox"/>
41	Bila ya, pada umur kehamilan berapa pemeriksaan kehamilan pertama kali dilakukan? __ Bulan	<input type="text"/> <input type="text"/>
42	Bila ya, berapa kali periksa kehamilan selama mengandung bayi yang meninggal ? __ Kali	<input type="text"/> <input type="text"/>
43	Berapa kali pemeriksaan kehamilan pada : - trimester I (0-3 bulan) __ kali - trimester II (4-6 bulan) __ kali - trimester III (7-9 bulan) __ kali	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

44	<p>Kemana ibu memeriksakan kehamilan saat mengandung bayi yang meninggal ?</p> <p>a. Rumah Sakit Pemerintah b. Rumah Sakit Swasta c. Praktek dokter d. Puskesmas e. Puskesmas Pembantu f. Poliklinik/rumah bersalin g. Praktek petugas kesehatan h. Praktek pengobatan tradisional i. Polindes j. Posyandu k. Lainnya -----</p>	<p>Ya 1 Tidak 2 TT 8</p> <p>a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/> k. <input type="checkbox"/></p>																								
45	<p>Selama mengandung bayi yang meninggal, apakah ibu dari almarhum/ah pernah dapat suntikan TT (Tetanus Toxoid) ? Ya 1; Tidak 2; Tidak tahu 8 <i>(Jika jawaban 2 atau 8 ke P.48)</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p>																								
46	<p>Berapa kali mendapatkan suntikan TT tersebut ? __ kali</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																								
47	<p>Selama kurun waktu 3 tahun sebelum hamil, apakah ibu dari almarhum/ah pernah mendapat suntikan TT? Ya 1; Tidak 2; Tidak tahu 8</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																								
48	<p>Dimana bayi yang meninggal (nama :.....) dilahirkan ?</p> <p><i>Rumah</i> Rumah sendiri 01 Rumah orang lain 02</p> <p><i>Pemerintah</i> Rumah sakit 03 Puskesmas 04 Polindes/rumah bersalin 05 Lainnya 06</p> <p><i>Swasta</i> Rumah sakit/klinik 07 Lainnya 08</p> <p><i>Lainnya</i> 09</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>																								
49	<p>Siapa yang pertama dan terakhir melakukan pertolongan persalinan bayi yang meninggal tersebut ?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">b</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dokter</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bidan/paramedis lain</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dukun</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lain-lain _____</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak ada yang menolong</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> </table>		a	b		Dokter	1	1		Bidan/paramedis lain	2	2		Dukun	3	3		Lain-lain _____	4	4		Tidak ada yang menolong	5	5		<p>a. Yang pertama a. <input type="checkbox"/> b. Yang terakhir b. <input type="checkbox"/></p>
	a	b																								
Dokter	1	1																								
Bidan/paramedis lain	2	2																								
Dukun	3	3																								
Lain-lain _____	4	4																								
Tidak ada yang menolong	5	5																								
50	<p>Apakah persalinan tersebut dilakukan dengan :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Operasi/seksio sesaria</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="7" style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <p>→ <i>(Jika 2 s/d 7 lanjutkan ke P. 53)</i></p> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ekstraksi Vacuum</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Forcep</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Versi Ekstrasi</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Embriotomi</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lain-lain</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Persalinan normal</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td></td> </tr> </table>	Operasi/seksio sesaria	1	<p>→ <i>(Jika 2 s/d 7 lanjutkan ke P. 53)</i></p>		Ekstraksi Vacuum	2		Forcep	3		Versi Ekstrasi	4		Embriotomi	5		Lain-lain	6		Persalinan normal	7		<p><input type="checkbox"/></p>		
Operasi/seksio sesaria	1	<p>→ <i>(Jika 2 s/d 7 lanjutkan ke P. 53)</i></p>																								
Ekstraksi Vacuum	2																									
Forcep	3																									
Versi Ekstrasi	4																									
Embriotomi	5																									
Lain-lain	6																									
Persalinan normal	7																									
51	<p>Bila dilakukan operasi /seksio sesaria apakah diketahui alasannya ? Ya 1; Tidak 2; <i>(Jika jawaban 2 ke P.53)</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p>																								

52	Bila ya, apakah alasan utama dilakukan operasi/seksio sesaria ? Panggul sempit 01 Letak lintang 02 Letak sungsang 03 Operasi seksio berulang 04 Ibu sakit berat 05 Bayi lemah 06 Ibu tidak bisa mengejan 07 Usia kehamilan lewat bulan 08 Tidak ada kemajuan dalam persalinan 09 Lain-lain 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53	Selama mengandung bayi yang meninggal, apakah ibu dari almarhum pernah mengalami gangguan kehamilan ? a. Mual, muntah berlebihan, pusing kepala (hiperemesis) b. Perdarahan banyak melalui jalan lahir : 1) Kehamilan : 0-5 bln 2) Kehamilan : 6-9 bln c. Kejang-kejang d. Bengkak pada tungkai, lengan, dan muka. e. Tekanan darah tinggi (menurut dokter/paramedis) f. Demam tinggi selama 3 hr. sebelum kehamilan berakhir (<i>infeksi intra partum</i>)	Ya 1, Tidak 2, TT 8 a. <input type="checkbox"/> b.1 <input type="checkbox"/> b.2 <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/>
54	Apakah selama mengandung bayi yang meninggal, ibu pernah sakit : a. Malaria (panas dingin menggigil, pada waktu-waktu tertentu) b. Sakit kuning (mata, kulit berwarna kuning, kencing berwarna coklat) c. Penyakit saluran kencing (kencing sedikit dan nyeri, rasa panas, kadang-kadang berdarah) d. Penyakit menular seksual (<i>Gonorrhoea</i>) e. Tifus perut (demam > 1 mg, sakit kepala, lesu, tidak nafsu makan) f. Pneumonia (batuk demam disertai sesak nafas) g. Muntah dan berak (muntaber) h. Kecelakaan (jatuh, dianiaya, rudapaksa, dll) i. TBC (batuk darah, kurang nafsu makan, badan kurus/ pucat) j. Kencing manis (sering haus dan lapar kencing lebih dari kebiasaan) k. Sakit jantung (cepat lelah, jantung berdebar-debar, sesak nafas, kaki/bagian badan lain bengkak-bengkak) l. Sakit asma/bengek (nafas sesak, berbunyi, batuk-batuk) m. Anemia (pucat dan pusing, lemah dan cepat lelah) n. Goiter (kelenjar gondok membesar) o. Riwayat sakit ayan/epilepsi	Ya 1, Tidak 2, TT 8 a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/> k. <input type="checkbox"/> l. <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> n. <input type="checkbox"/> o. <input type="checkbox"/>
B. Riwayat Dari Bayi Yang Lahir / Keguguran Sebelumnya		
Bila bayi yang meninggal ini merupakan kehamilan pertama lanjutkan ke P. 59		
55	Bagaimana hasil kehamilan sebelum mengandung bayi yang meninggal ? Lahir hidup 1 Lahir mati 2 Keguguran 3	<input type="checkbox"/>
56	Apakah ibu mengetahui tanggal kelahiran/keguguran tersebut di atas ? Ya 1; Tidak 2; (<i>Jika jawaban 2 ke P.59</i>)	<input type="checkbox"/>
57	Kapan tanggal berakhirnya kelahiran/keguguran tersebut di atas? Tgl ___ bln ___ :thn___	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58	Berapa jarak waktu kelahiran dari bayi yang meninggal dengan kelahiran/keguguran sebelumnya ? ___ bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

C. Berat Badan Bayi dan Kelainan pada Bayi		
59	Apakah bayi yang meninggal waktu lahir ditimbang (24 jam pertama) ? Ya 1; Tidak 2; Tidak tahu 8 (Jika jawaban 2 atau 8 ke P.61)	<input type="checkbox"/>
60	Berapa berat badannya ketika dilahirkan gram (Lanjutkan ke P.62)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
61	Bila tak ditimbang ketika almarhum/ah (nama ...) lahir, apakah ia sangat besar, lebih besar dari rata-rata, lebih kecil dari rata-rata atau sangat kecil? Sangat besar 1 Lebih besar dari rata-rata 2 Rata-rata 3 Lebih kecil dari rata-rata 4 Sangat kecil 5 Tidak tahu 8	<input type="checkbox"/>
62	Apakah ada kelainan bawaan (kongenital) ? a. Bibir/langit-langit sumbing b. Kaki pengkor (<i>club foot</i>) c. Bercak besar & tumbuh rambut di bawah tulang punggung d. Ada jaringan yg menonjol dari tulang tengkorak e. Kepala besar (<i>hydrocephalus</i>) f. Lain-lain, (tidak mempunyai kepala bagian belakang, benjolan pada dinding perut sekitar pusar, tidak ada lubang dubur) sebutkan	Ya 1, Tidak 2, TT 8 a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/>
63	Apakah bayi yang meninggal mengalami gangguan atau kelainan disebabkan kesalahan pertolongan persalinan berupa : a. Patah tulang selangka (<i>clavicula</i>) atau tungkai (femur), dll b. Lumpuh anggota badan, wajah c. Terbentuk kaput (<i>Caput, Succedaneum</i>) d. Lainnya, sebutkan	Ya 1, Tidak 2, TT 8 a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>
64	KEJADIAN KEMATIAN Lahir mati 1 ➔ SERTIFIKAT KEMATIAN PERINATAL Bayi umur 0 - <12 bulan 2 ➔ Lanjutkan ke P.65	<input type="checkbox"/>
D. Pola Makan Dan Gejala Yang Diderita Pada Minggu Pertama		
65	Apakah pernah diberikan makan minum seperti di bawah ini ? Pada umur berapa mulai diberikan ? Isi lajur ini dengan; Ya 1, Tidak 2, Tidak Tahu 8	Bila ya, umur berapa ? ↓ Hari Bulan
	a. ASI b. Air putih c. Air gula d. Air buah/pepaya/pisang/jeruk/tomat e. Madu/air madu f. Air teh g. Susu bayi (susu formula) h. Susu bubuk/fullcream atau susu segar i. Susu kental manis j. Air tajin/air lainnya k. Makanan lumat/padat/bubur l. Ikan/telur/hati m. Daging n. Makanan lainnya	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> k. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> n. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

66	<p>Pada satu minggu pertama setelah bayi yang meninggal dilahirkan, apakah menderita gejala-gejala sebagai berikut, hari ke berapa ?</p> <p style="text-align: center;">Ya 1, Tidak 2, Tidak Tahu 8</p> <p>a. Tidak bisa menyusui/menghisap b. Muntah-muntah c. Mencret/Diare d. Bayi sangat lemah e. Radang selaput lendir f. Gelembung berair/bernanah pada kulit g. Radang tali pusat h. Demam tinggi i. Suhu badan bayi turun/dingin (Hypothermi) j. Kejang-kejang k. Sesak nafas l. Selaput lendir/kulit kebiruan (cyanosis) m. Perdarahan tali pusat n. Mata dan kulit berwarna kuning o. Perut kembung</p>	<p style="text-align: right;">↓ Hari</p> <p>a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> k. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> n. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> o. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
67	<p>KEJADIAN KEMATIAN</p> <p>Bayi umur 0 - 7 hari 1 ➔ SERTIFIKAT KEMATIAN PERINATAL</p> <p>Bayi umur 8 hari - <12 bulan 2 ➔ SERTIFIKAT KEMATIAN UMUM</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
VIII. KEMATIAN WANITA UMUR 10 - 49 TAHUN		
68	<p>Ketika almarhumah meninggal, apakah terjadi pada saat ?</p> <p>Sedang hamil 1 Keguguran 2 Saat Bersalin 3 Saat masa nifas 4 Lainnya 5 ➔ SERTIFIKAT KEMATIAN UMUM</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
69	Berapa umur kehamilan yang terakhir sebelum meninggal ? __ bulan	<p style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
70	<p>Berapa jumlah kehamilan, persalinan dan keguguran yang dialami almarhumah semasa hidupnya ?</p> <p style="text-align: right;">Kehamilan ___ kali Persalinan ___ kali Keguguran ___ kali</p>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
71	<p>Dari jumlah persalinan tersebut, berapa bayi lahir hidup dan lahir mati ?</p> <p style="text-align: right;">__ Lahir hidup __ Lahir mati</p>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
72	Berapa jumlah anak yang masih hidup sekarang ? __ anak	<p style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
73	Berapa jarak dari kejadian berakhirnya kehamilan terakhir dengan kelahiran/ keguguran sebelumnya? __ bulan	<p style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
74	<p>Apakah almarhumah pernah memeriksakan kehamilan selama mengandung yang terakhir?</p> <p>Ya 1, Tidak 2, Tidak tahu 8 <i>(Jika jawaban 2 atau 8 ke P. 77)</i></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
75	Bila ya, pada umur kehamilan berapa pemeriksaan kehamilan pertama kali dilakukan? __ Bulan <i>(Tidak tahu 98)</i>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
76	<p>Berapa kali periksa kehamilan untuk kehamilan yang terakhir ? __ kali</p> <p style="text-align: right;">Tidak tahu 98</p>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>

77	<p>Siapa yang menolong pada kejadian yang menyebabkan meninggalnya almarhumah?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">a.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">b.</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Dokter</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bidan/paramedis lain</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dukun</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Keluarga/tetangga</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak ada yang menolong</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>Jika almarhumah meninggal saat hamil, lanjutkan ke P.80</i></p>		a.	b.		Dokter	1	1		Bidan/paramedis lain	2	2		Dukun	3	3		Keluarga/tetangga	4	4		Tidak ada yang menolong	5	5		<p>a. Yang pertama a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. Yang terakhir b. <input type="checkbox"/></p>						
	a.	b.																														
Dokter	1	1																														
Bidan/paramedis lain	2	2																														
Dukun	3	3																														
Keluarga/tetangga	4	4																														
Tidak ada yang menolong	5	5																														
78	<p>Apakah persalinan terakhir/ pertolongan tersebut dilakukan dengan :</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Seksio sesaria</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Eks. Vacuum</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td rowspan="8" style="vertical-align: middle; text-align: center;">} → <i>Jika 2 s/d 8 lanjutkan ke P. 80</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Forcep</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Versi Ekstraksi</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Embriotomi</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kuret</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lain-lain</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Persalinan normal</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </table>	Seksio sesaria	1			Eks. Vacuum	2	} → <i>Jika 2 s/d 8 lanjutkan ke P. 80</i>		Forcep	3		Versi Ekstraksi	4		Embriotomi	5		Kuret	6		Lain-lain	7		Persalinan normal	8		<input type="checkbox"/>				
Seksio sesaria	1																															
Eks. Vacuum	2	} → <i>Jika 2 s/d 8 lanjutkan ke P. 80</i>																														
Forcep	3																															
Versi Ekstraksi	4																															
Embriotomi	5																															
Kuret	6																															
Lain-lain	7																															
Persalinan normal	8																															
79	<p>Bila dilakukan dengan operasi seksio sesaria apakah penyebab utamanya</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Panggul sempit</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Letak lintang</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Letak sungsang</td> <td style="text-align: center;">03</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Operasi seksio berulang</td> <td style="text-align: center;">04</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ibu sakit berat</td> <td style="text-align: center;">05</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bayi lemah</td> <td style="text-align: center;">06</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ibu tidak bisa mengejan</td> <td style="text-align: center;">07</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Usia bayi lewat bulan</td> <td style="text-align: center;">08</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak ada kemajuan dalam persalinan</td> <td style="text-align: center;">09</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lain-lain, sebutkan _____</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> </tr> </table>		Panggul sempit	01		Letak lintang	02		Letak sungsang	03		Operasi seksio berulang	04		Ibu sakit berat	05		Bayi lemah	06		Ibu tidak bisa mengejan	07		Usia bayi lewat bulan	08		Tidak ada kemajuan dalam persalinan	09		Lain-lain, sebutkan _____	10	
Panggul sempit	01																															
Letak lintang	02																															
Letak sungsang	03																															
Operasi seksio berulang	04																															
Ibu sakit berat	05																															
Bayi lemah	06																															
Ibu tidak bisa mengejan	07																															
Usia bayi lewat bulan	08																															
Tidak ada kemajuan dalam persalinan	09																															
Lain-lain, sebutkan _____	10																															
A. Gangguan / Komplikasi Waktu Hamil Yang Terakhir																																
80	<p>Selama mengandung, kehamilan terakhir apakah almarhumah pernah mengalami gangguan kehamilan seperti berikut ini?</p> <p>a. Mual, muntah, pusing kepala (hiperemesis)</p> <p>b. Perdarahan banyak melalui (jalan lahir) 1. kehamilan : 0-5 bln 2. kehamilan : 6-9 bln</p> <p>c. Kejang-kejang</p> <p>d. Bengkak pada tungkai, lengan dan muka</p> <p>e. Tekanan darah tinggi (menurut dokter/paramedis)</p> <p>f. Demam tinggi selama 3 hari sebelum kehamilan berakhir (<i>infeksi intra partum</i>)</p>	<p>Ya 1, Tidak 2, TT 8</p> <p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b.1. <input type="checkbox"/></p> <p>b.2. <input type="checkbox"/></p> <p>c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. <input type="checkbox"/></p> <p>e. <input type="checkbox"/></p> <p>f. <input type="checkbox"/></p>																														
81	<p>Selama mengandung pada kehamilan terakhir, apakah almarhumah pernah sakit :</p> <p>a. Malaria (panas dingin menggigil, pada waktu-waktu tertentu)</p> <p>b. Sakit kuning (mata dan kulit berwarna kuning, kencing berwarna coklat)</p> <p>c. Penyakit saluran kencing (kencing sedikit dan nyeri, kadang-kadang berdarah/ bernanah)</p> <p>d. Penyakit menular seksual (seperti kencing bernanah pada <i>Gonorrhoea</i>)</p> <p>e. Tifis perut (demam lebih dari 1 mg, sakit kepala, lesu, tidak nafsu makan)</p> <p>f. Pnemonia (batuk disertai demam disertai sesak nafas)</p> <p>g. Muntah dan berak (muntaber)</p>	<p>Ya 1, Tidak 2, TT 8</p> <p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. <input type="checkbox"/></p> <p>e. <input type="checkbox"/></p> <p>f. <input type="checkbox"/></p> <p>g. <input type="checkbox"/></p>																														

h. Kecelakaan (jatuh, dianiaya, rudapaksa, dll)	h. <input type="checkbox"/>
i. TBC (batuk darah, kurang nafsu makan, badan kurus/ pucat)	i. <input type="checkbox"/>
j. Kencing manis (sering haus dan lapar, kencing lebih dari kebiasaan)	j. <input type="checkbox"/>
k. Sakit jantung (cepat lelah, jantung berdebar-debar, sesak nafas, kaki/bagian badan lain bengkak)	k. <input type="checkbox"/>
l. Sakit asma/bengek (nafas sesak, nafas berbunyi, batuk-batuk)	l. <input type="checkbox"/>
m. Anemia (pucat dan pusing, lemah dan cepat lelah)	m. <input type="checkbox"/>
n. Goiter (kelenjar gondok membesar)	n. <input type="checkbox"/>
o. Riwayat sakit ayan (epilepsi)	o. <input type="checkbox"/>

KEJADIAN KEMATIAN

Pada waktu hamil

*SERTIFIKAT KEMATIAN UMUM*

Lainnya



Lanjutkan ke P. 82

B. Gangguan/Komplikasi Waktu Keguguran/Melahirkan

82	Sewaktu keguguran atau melahirkan apakah almarhumah mengalami :	Ya 1, Tidak 2, TT 8
	a. Perdarahan banyak (lebih dari 3 kain)	a. <input type="checkbox"/>
	b. Demam/panas tinggi	b. <input type="checkbox"/>
	c. Kejang-kejang	c. <input type="checkbox"/>
	d. Bengkak di tungkai, lengan dan muka	d. <input type="checkbox"/>
	e. Nyeri kepala hebat	e. <input type="checkbox"/>
	f. Mules yang kuat teratur lebih dari sehari semalam	f. <input type="checkbox"/>
	g. Sakit perut hebat disertai dengan shock	g. <input type="checkbox"/>
	h. Robekan jalan lahir	h. <input type="checkbox"/>
	i. Ari-ari tidak keluar atau tidak lengkap dalam kurun waktu 1 jam	i. <input type="checkbox"/>

KEJADIAN KEMATIAN

Pada waktu keguguran, melahirkan ➔

SERTIFIKAT KEMATIAN UMUM

Lainnya ➔

Lanjutkan ke P. 83

C. Gangguan/Komplikasi Saat Masa Nifas

83	Gangguan/gejala apa yang dialami almarhumah pada masa nifas?	Ya 1, Tidak 2, TT 8
	a. Demam/panas tinggi	a. <input type="checkbox"/>
	b. Keluar cairan berbau dari jalan lahir	b. <input type="checkbox"/>
	c. Nyeri perut bagian bawah	c. <input type="checkbox"/>
	d. Nyeri panggul	d. <input type="checkbox"/>
	e. Nyeri pinggang	e. <input type="checkbox"/>
	f. Sakit waktu kencing	f. <input type="checkbox"/>
	g. Payudara bengkak dan sakit	g. <input type="checkbox"/>
	h. Perdarahan banyak melalui jalan lahir	h. <input type="checkbox"/>
	i. Kejang-kejang	i. <input type="checkbox"/>

Lanjutkan ke SERTIFIKAT KEMATIAN UMUM

A. RIWAYAT SAKIT SEBELUM MENINGGAL

Catat riwayat perjalanan penyakit almarhum dan riwayat penyakit/kelainan yang diderita sebelumnya selengkap-lengkapnyanya dan disusun secara kronologis. Tanyakan gejala utama dan lainnya secara sistematis sebagai berikut : *mulainya* gejala tersebut (onset of illness) *lamanya* (duration of illness) dan gejala tersebut.

a. Faktor Risiko (untuk yang meninggal umur 10 tahun keatas):

1. Perilaku 1. Merokok 1. Ya 2. Tidak 8. TT

2. Alkohol 1. Ya 2. Tidak 8. TT

2. Biologi 1. Kegemukan 1. Ya 2. Tidak 8. TT

2. Darah Tinggi 1. Ya 2. Tidak 8. TT

3. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak 8. TT

4. Status gizi kurang 1. Ya 2. Tidak 8. TT

b. Keluhan utama :**c. Keluhan tambahan :****d. Riwayat Perjalanan Penyakit :** (tuliskan waktu timbulnya keluhan/gejala/tanda penyakit)

Lanjutan Riwayat Perjalanan Penyakit

e. Obat yang pernah dimakan selama sakit

f. Hasil Pemeriksaan (jika ada)

1. Rontgen / USG :
2. Laboratorium :
3. EKG :

B. LEMBAR ABSTRAKSI GEJALA

Pindahkan setiap gejala dari lembar Riwayat Sakit Sebelum Meninggal ke lembar ini, berdasar perkiraan penyakit yang diderita almarhum, baca Lampiran IV (Glosary dan kumpulan diagnosa penyakit)

a. Penyakit penyebab kematian langsung

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

b. Penyakit penyebab kematian perantara 1

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

c. Penyakit penyebab kematian perantara 2

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

d. Penyakit penyebab kematian utama

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

e. Keadaan lain yang berperan terhadap kematian

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

Wawancara selesai jam :

 :

C. DIAGNOSIS PENYEBAB KEMATIAN UMUM		
I	Penyebab Kematian	Kode ICD 10
a.	Penyakit penyebab kematian langsung : Jangka waktu antara permulaan sakit dan Kematian : Thn_ _ bln_ _ hari _ _ jam _ _	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
b.	Penyakit perantara 1 : Jangka waktu antara permulaan sakit dan Kematian : Thn_ _ bln_ _ hari _ _ jam _ _	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
c.	Penyakit perantara 2 : Jangka waktu antara permulaan sakit dan Kematian : Thn_ _ bln_ _ hari _ _ jam _ _	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
d.	Penyakit utama : Jangka waktu antara permulaan sakit dan Kematian : Thn_ _ bln_ _ hari _ _ jam _ _	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II	Keadaan Lain Penyebab Kematian	
a.	Keadaan lain : Jangka waktu antara permulaan sakit dan Kematian : Thn_ _ bln_ _ hari _ _ jam _ _	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
b.	Keadaan lain : Jangka waktu antara permulaan sakit dan Kematian : Thn_ _ bln_ _ hari _ _ jam _ _	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

85 **SERTIFIKAT KEMATIAN PERINATAL****A. RIWAYAT SAKIT SEBELUM MENINGGAL**

Catat selengkap-lengkapnya riwayat perjalanan penyakit bayi yang meninggal dan ibunya. Tanyakan gejala utama dan lainnya secara sistematis sebagai berikut : *mulainya* gejala tersebut (onset of illness) *lamanya* (duration of illness), *jenis* dan *sifat* dari gejala tersebut. Kelompokkan gejala untuk **Bayi** yang meninggal saat-saat dilahirkan, saat-saat sebelum *meninggal* dan *kecacatan abnormalitas* yang diderita sejak lahir; untuk almarhumah **Ibu** riwayat *kehamilan/kelahiran* dari bayi atau janin yang meninggal dan riwayat *kelainan/gejala* selama hamil dan melahirkan bayi yang meninggal.

a. KEADAAN BAYI**b. KEADAAN IBU****B LEMBAR ABSTRAKSI GEJALA**

Pindahkan setiap gejala dari lembar Riwayat Sakit Sebelum Meninggal ke lembar ini, berdasar perkiraan penyakit yang diderita almarhum/ah , baca Lampiran IV (Glosary dan kumpulan diagnosa penyakit)

a. Penyakit utama janin / bayi

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

b. Penyakit janin/ bayi lainnya

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

c. Penyakit utama ibu yang mempengaruhi kematian janin/ bayi

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

d. Penyakit ibu lainnya yang mempengaruhi kematian janin/ bayi

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

e. Keadaan relevan lain yang menyebabkan kematian janin/ bayi

Gejala	Lamanya	Jenis dan sifat gejala

Wawancara selesai jam :

:

C. DIAGNOSIS PENYEBAB KEMATIAN PERINATAL		KODE ICD 10
a	Penyakit utama atau keadaan janin/bayi yang menyebabkan kematian:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
b	Penyakit atau keadaan janin/bayi lainnya yang menyebabkan kematian:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
c	Penyakit/keadaan utama ibu yang mempengaruhi kematian janin atau bayi:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
d	Penyakit/keadaan ibu lainnya yang mempengaruhi kematian janin atau bayi:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
e	Keadaan relevan lain yang menyebabkan kematian bayi/lain, tetapi tidak berkaitan dengan penyakit/keadaan baik janin/bayi maupun ibunya :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

BLOK CATATAN

Lembar ini digunakan untuk menampung informasi tambahan yang tidak dapat terekam dalam kuesioner. Juga sebagai catatan bila responden gagal ditemui (*mintakan cap dan tanda tangan pejabat setempat untuk diketahui*).

Nama/tanda tangan dan cap pejabat setempat

Nama dan tanda tangan pewawancara