



REPUBLIC INDONESIA
DEPARTEMEN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
SURVEI KESEHATAN RUMAH TANGGA 2004
PERTANYAAN RUMAH TANGGA DAN RESPONDEN TERPILIH



RAHASIA

SKRT2004

BLOK I DAN II DIKUTIP DARI VSEN2004.MPK			
I. PENGENALAN TEMPAT			
1.	Provinsi		□ □
2.	Kabupaten/kota ^{*)}		□ □
3.	Kecamatan		□ □ □
4.	Desa/kelurahan ^{*)}		□ □ □
5.	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	□
6.	a. Nomor blok sensus		
	b. Nomor sub blok sensus		
7.	Nomor Kode Sampel		□ □ □ □
8.	Nomor urut sampel rumah tangga		□ □
9.	Alamat rumah (dikutip dari VSEN2004.DSRT)		
II. KETERANGAN RUMAH TANGGA			
1	Nama kepala rumah tangga:		
2	Banyaknya anggota rumah tangga:		□ □
3	Jumlah balita:		□ □
4	Nama responden terpilih:		
5	No. urut ART responden terpilih:		□ □
III. KETERANGAN KUNJUNGAN PEWAWANCARA SUSENAS 2004 MODUL (BPS)			
1	Apakah rumah tangga ini pernah diwawancarai oleh petugas pewawancara Susenas 2004 modul (VSEN2004.MPK) ?	1. Ya 2. Tidak	□
IV. KETERANGAN WAWANCARA			
Apabila responden tidak ada di rumah, harus dikunjungi ulang sampai 3 kali	Pertama	Kedua	Kunjungan akhir
1. Tanggal kunjungan: tgl/bln/thn	□ □ - □ □ - □ □	□ □ - □ □ - □ □	□ □ - □ □ - □ □
2. Hasil kunjungan	□	□	□
3. Nama Pewawancara		Kode Hasil kunjungan:	
4. Tanda tangan Pewawancara		1. Selesai	4. Responden tidak ditemukan
5. Nama Pemeriksa (Ketua Tim)		2. Ditangguhkan	5. Ditolak
6. Tanggal pemeriksaan	□ □ - □ □ - □ □	3. Tidak selesai	6. Lainnya
7. Tanda tangan Pemeriksa (Ketua Tim)		} → Tuliskan alasan/penjelasan pada tempat yang disediakan (blok IV.2)	

*) coret yang tidak perlu

Waktu mulai wawancara: :

V. KETERANGAN. ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama anggota rumah tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga [kode]	Jenis kelamin 1. Laki ² 2. Perempuan	Umur (tahun)	Hasil verifikasi pewawancara			Status kawin [kode]	Khusus ART perempuan ≥10 tahun. Apakah sedang hamil? 1. Ya 2. Tidak	Khusus ART ≥15 th. Apakah pernah/ sedang bekerja atau mengikuti pendidikan/pelatihan di lapangan pekerjaan kesehatan? [kode]	
					Kode	Keterangan					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			(8)	(9)	(10)
						(3a)	(4a)	(5a)			
1		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kode kolom 3 : Hubungan dengan kepala rumah tangga 1 = Kepala rumah tangga 2 = Istri/suami 3 = Anak 4 = Menantu 5 = Cucu 6 = Orang tua/mertua 7 = Famili lain 8 = Pembantu rumah tangga 9 = Lainnya	Kode kolom 6 : Hasil verifikasi 0 = Tidak ada perubahan 1 = Ada perubahan isian dari kolom (3), (4), (5) 2 = Meninggal 3 = Pindah/keluar dari rumah tangga sampel 4 = Lahir 5 = Belum tercatat/anggota baru 6 = Tidak pernah ada dalam rumah tangga terpilih	Kolom 7 : Keterangan hasil verifikasi ART Jika kolom (6) berisi kode "1", "4" atau "5", tuliskan : perubahan kolom (3) pada kotak (3a) perubahan kolom (4) pada kotak (4a) perubahan kolom (5) pada kotak (5a)	Kode kolom 8 Status perkawinan 1 = Belum kawin 2 = Kawin 3 = Cerai hidup 4 = Cerai mati	Kode kolom 10 Lapangan pekerja kesehatan 1 = Ya, pernah/ sedang bekerja dengan latar belakang pendidikan/pelatihan kesehatan 2 = Ya, pernah/ sedang bekerja tetapi tidak mendapat pendidikan/pelatihan kesehatan 3 = Belum/tidak pernah
---	--	---	--	---

(ART)									
Responden terpilih	Apakah ART ada kesulitan/gangguan dalam kegiatan sehari-hari tanpa alat bantu dalam melihat, mendengar, merawat diri sendiri, komunikasi dan bergerak? 1. Ya 2. Tidak → (17)	Jika kolom 12 = 1 (Ya)				Apakah ART biasanya tidur menggunakan kelambu ? 1. Ya 2. Tidak	Jika kolom 17=Ya apakah kelambu yg dipakai dicelup insektisida? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Jika kolom 18=Ya, kapan terakhir kelambu dicelup insektisida ? [kode]	
		Jenis kesulitan/gangguan yang mengganggu kegiatan sehari-hari	Penyebab kesulitan/gangguan yang dialami	Adanya kesulitan/gangguan ini, apakah ART memakai/membutuhkan alat bantu untuk kegiatan sehari-hari memakai 1. Ya → (16) 2. Tidak	Adanya kesulitan/gangguan ini, apakah ART membutuhkan bantuan orang lain untuk kegiatan sehari-hari? 1. Ya 2. Tidak [kode]				
(11)	(12)	(13)	(14)	(15a)	(15b)	(16)	(17)	(18)	(19)
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Kolom 11</p> <p>Lingkari No. urut ART yang terpilih sebagai responden sesuai dengan VSEN2004.MPK. Jika hasil verifikasi untuk ART terpilih (kolom 6) berkode "2", "3" atau "6", pilih kembali responden dengan Tabel Kish (lihat pedoman). Lingkari No ART responden terpilih yang baru dan coret No. ART responden terpilih yang lama.</p>	<p>Kolom 13</p> <p>Jawaban bisa lebih dari 1 dan jumlahkan kode jawabannya.</p> <p>Jenis kesulitan/gangguan:</p> <p>001 = Penglihatan 002 = Pendengaran 004 = Komunikasi/pembicaraan 008 = Penggunaan lengan dan/atau tangan 016 = Penggunaan tungkai dan/atau kaki 032 = Ingatan/kesadaran 064 = mental</p>	<p>Kolom 14</p> <p>Jawaban bisa lebih dari 1 dan jumlahkan kode jawabannya.</p> <p>Penyebab kesulitan/gangguan yg dialami:</p> <p>01 = Bawaan sejak lahir 02 = Kecelakaan/kerusakan 04 = Bencana alam 08 = Penyakit 16 = Umur (tua/muda)</p>	<p>Kode kolom 16</p> <p>1 = Ya, selalu 2 = Ya, kadang-kadang 3 = Tidak</p>	<p>Kode kolom 19</p> <p>Waktu terakhir kali kelambu dicelup insektisida:</p> <p>1 = 6 bulan terakhir 2 = 7 bulan – 1 tahun 3 = Lebih dari 1 tahun 8 = Tidak tahu</p>
--	---	---	--	---

VI. RUMAH TANGGA

A. PENYAKIT MALARIA PADA BALITA

HANYA UNTUK RT YANG MEMPUNYAI BALITA. JIKA TIDAK ADA BALITA LANJUTKAN KE B. LAPANGAN PEKERJAAN KESEHATAN

A01	Jumlah balita di RT (Lihat Blok II.3 setelah diverifikasi)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Jika ada lebih dari satu balita, tanyakan untuk balita 1 dari A02-A09, kemudian balita 2 dan seterusnya			Balita 1	Balita 2	Balita 3
A02	a1. Nama ART yang diwawancarai				
	a2. No urut ART yang diwawancarai		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b1. Nama ibu kandung balita				
	b2. No urut ART ibu kandung balita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A03	a. Nama balita				
	b. No. urut ART balita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c. Umur balita		<input type="text"/> bulan	<input type="text"/> bulan	<input type="text"/> bulan
A04	Kapan terakhir [balita] menderita demam?	1. Dalam 2 minggu terakhir 2. 2 minggu - 1 bulan yang lalu 3. 1 bulan-3 bulan yang lalu 4. Lebih 3 bulan yang lalu 5. Tidak pernah demam → A07 8. Tidak tahu → A07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A05	Selama [balita] sakit panas/demam, apakah diberi obat ?	1. Ya 2. Tidak → A07 8. Tidak Tahu → A07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A06	Jika Ya, obat apa yang diminum? (jawaban bisa lebih dari 1)	1. Obat anti malaria (diberi oleh Nakes) 2. Obat anti malaria yg dibeli sendiri/warung 3. Jamu/obat dari tanaman buatan sendiri 4. Obat tradisional dari sinthe atau tabib 5. Lainnya (lingkari pada kolom jawaban yang sesuai dan tuliskan nama obat)	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.
A07	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [balita] pernah sakit malaria?	1. Ya 2. Tidak → A09a 8. Tidak tahu → A09a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A08	Selama [balita] sakit malaria yang terakhir, apakah diberi obat malaria ?	1. Ya 2. Tidak → A09a 8. Tidak tahu → A09a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A09	Jika Ya, obat apa yang diminum? (jawaban bisa lebih dari 1)	1. Obat anti malaria (diberi oleh Nakes) 2. Obat anti malaria yg dibeli sendiri/warung 3. Jamu/obat dari tanaman buatan sendiri 4. Obat tradisional dari sinthe atau tabib 5. Lainnya (lingkari pada kolom jawaban yang sesuai dan tuliskan nama obat)	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.

A09a	LANJUTKAN KE BALITA BERIKUTNYA JIKA TIDAK ADA LAGI BALITA LANJUTKAN KE B. LAPANGAN PEKERJAAN KESEHATAN
------	---

JIKA LEBIH DARI 3 BALITA GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN

B. LAPANGAN PEKERJAAN KESEHATAN (MERUJUK BLOK V KOLOM 10)				
HANYA UNTUK ART YANG PERNAH/SEDANG BEKERJA ATAU MENGIKUTI PENDIDIKAN/PELATIHAN KESEHATAN JIKA TIDAK ADA PEKERJA KESEHATAN LANJUTKAN KE BLOK VII. RESPONDEN TERPILIH				
B01	Jumlah anggota rumah tangga (ART) yang pernah bekerja/mengikuti pendidikan/pelatihan di bidang kesehatan (jumlahkan kode 1 dari Blok V kolom 10)			<input type="text"/> <input type="text"/>
Jika lebih dari 1 pekerja kesehatan, tanyakan pada pekerja kesehatan 1 dari B02-B16, kemudian pekerja kesehatan 2 dan seterusnya		Pekerja kes 1	Pekerja kes 2	Pekerja kes 3
B02	Nama ART			
B03	No. urut ART			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B04	a. Pendidikan kesehatan formal tertinggi yang pernah/ sedang diikuti [nama] :	01. Dokter, dokter gigi, dokter spesialis 02. Perawat 03. Bidan 04. Kefarmasian 05. Sarjana kes. masyarakat 06. Sanitarian/kesehatan lingkungan 07. Tenaga gizi 08. Tenaga keterampilan fisik 09. Keteknisian medik 10. Tidak pernah JIKA JAWABAN 01-09 → B05	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	b. Pelatihan kesehatan yang pernah/ sedang diikuti [nama] :	01. Akupunktur 02. Peracik obat tradisional 03. Dukun bayi 04. Kader kesehatan 05. Teknisi gigi 06. Teknisi refraksi 07. PPPK 08. Tranfusi 09. Lainnya (<i>sebutkan!</i>) 10. Tidak pernah	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B05	Apakah lapangan pekerjaan kesehatan utama di bidang kesehatan yang pernah/ sedang dilakukan [nama] ?	01. Dokter, dokter gigi, dokter spesialis 02. Perawat 03. Bidan 04. Kefarmasian 05. Sarjana kes. masyarakat 06. Sanitarian/kesehatan lingkungan 07. Tenaga gizi 08. Tenaga keterampilan fisik 09. Keteknisian medik 10. Kader kesehatan 11. Paranormal/dukun/sinse 12. Petugas lainnya yang menunjang bidang kesehatan (termasuk sopir, administrasi, pembersih) 13. Petugas lain yang bekerja di bidang kesehatan (<i>sebutkan!</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B06	Apakah [nama] masih bekerja pada lapangan pekerjaan kesehatan yang berkaitan dengan jawaban B05 dalam 1 tahun terakhir ?	1. Ya → B08 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B07	Jika tidak, alasan utamanya:	1. Sedang mencari pekerjaan 2. Hanya sebagai tenaga sukarela 3. Mengikuti pendidikan 4. Merawat keluarga 5. Pensiun 6. Alasan kesehatan 7. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
KE PEKERJA KESEHATAN BERIKUTNYA ATAU BLOK VII. RESPONDEN TERPILIH				

			Pekerja kes 1	Pekerja kes 2	Pekerja kes 3	
B08	Dimana tempat utama [nama] bekerja di lapangan pekerjaan kesehatan dalam 1 tahun terakhir?	Pemerintah 11. Rumah sakit 12. RSB/Rumah bersalin 13. Puskesmas 14. Klinik/BP/Polindes 15. Pendidikan, pelatihan & penelitian 16. Laboratorium 17. Apotek 18. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	Swasta 21. Rumah sakit 22. RSB/Rumah bersalin 23. Balai kes masyarakat 24. Klinik/BP/Praktek pribadi 25. Pendidikan, pelatihan & penelitian 26. Laboratorium 27. Apotek 28. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B09	Berapa lama biasanya [nama] bekerja dalam 1 minggu, tidak termasuk waktu istirahat/lembur yang tidak dibayar?	a. Jumlah hari dalam 1 minggu: hari b. Jumlah jam dalam 1 hari: jam		B09a. <input type="checkbox"/> hari B09b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jam	B09a. <input type="checkbox"/> hari B09b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jam	B09a. <input type="checkbox"/> hari B09b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jam
B10	Pilih 2 jenis kegiatan pada pekerjaan utama yang sering dikerjakan [nama] di tempat tersebut :	1. Pelayanan langsung pada pasien 2. Administrasi/supervisi/koordinasi 3. Mengajar/peneliti kesehatan 4. Laboran/pelaksana 5. Menyediakan obat 6. Aktivitas lain yg berhubungan dgn kes 7. Profesional atau biro jasa lainnya 8. Aktivitas lain yg tidak berhub dgn kes.		B10a. <input type="checkbox"/> Kegiatan pertama B10b. <input type="checkbox"/> Kegiatan kedua	B10a. <input type="checkbox"/> Kegiatan pertama B10b. <input type="checkbox"/> Kegiatan kedua	B10a. <input type="checkbox"/> Kegiatan pertama B10b. <input type="checkbox"/> Kegiatan kedua
B11	Bagaimana cara [nama] memperoleh pembayaran upah pekerjaan utama yang biasanya dilakukan di tempat tersebut ?	1. Gaji 2. Gaji dan bonus 3. Jasa pelayanan 4. Kapitasi 5. Kapitasi dan jasa 6. Cara lain 7. Tidak dibayar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12	Selain pekerjaan utama, apakah [nama] bekerja di bidang kesehatan di tempat lain?	1. Ya → B13 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KE PEKERJA KESEHATAN SELANJUTNYA ATAU BLOK VII. RESPONDEN TERPILIH

B13	Dimana tempat [nama] bekerja sampingan dalam 1 tahun terakhir?	Pemerintah 11. Rumah sakit 12. RSB/Rumah bersalin 13. Puskesmas 14. Klinik/BP/Polindes 15. Pendidikan, pelatihan & penelitian 16. Laboratorium 17. Apotek 18. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	Swasta 21. Rumah sakit 22. RSB/Rumah bersalin 23. Balai kes masyarakat 24. Klinik/BP/Praktek pribadi 25. Pendidikan, pelatihan & penelitian 26. Laboratorium 27. Apotek 28. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B14	Berapa lama biasanya [nama] bekerja dalam 1 minggu, tidak termasuk waktu istirahat/ lembur yg tidak dibayar ?	a. Jumlah hari dalam 1 minggu: hari b. Jumlah jam dalam 1 hari: jam		B14a. <input type="checkbox"/> hari B14b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jam	B14a. <input type="checkbox"/> hari B14b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jam	B14a. <input type="checkbox"/> hari B14b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jam
B15	Pilih 2 jenis kegiatan pada pekerjaan tambahan yang sering dikerjakan [nama] di tempat tersebut?	1. Pelayanan pasien langsung 2. Administrasi/supervisi/koordinasi 3. Mengajar/peneliti kesehatan 4. Laboran/pelaksana 5. Menyediakan obat 6. Aktivitas lain yg berhubungan dgn kes 7. Profesional atau biro jasa lainnya 8. Aktivitas lain yg tidak berhub dgn kes.		B15a. <input type="checkbox"/> Kegiatan pertama B15b. <input type="checkbox"/> Kegiatan kedua	B15a. <input type="checkbox"/> Kegiatan pertama B15b. <input type="checkbox"/> Kegiatan Kedua	B15a. <input type="checkbox"/> Kegiatan pertama B15b. <input type="checkbox"/> Kegiatan kedua
B16	Bagaimana cara [nama] memperoleh pembayaran upah pekerjaan tambahan yang biasanya dilakukan di tempat tersebut ?	1. Gaji 2. Gaji dan bonus 3. Jasa pelayanan 4. Kapitasi 5. Kapitasi dan jasa 6. Cara lain 7. Tidak dibayar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JIKA LEBIH DARI 3 PEKERJA KESEHATAN GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN

VII. RESPONDEN TERPILIH

C. KETERANGAN RESPONDEN TERPILIH

C01	a. Nama :			
	b. No. urut ART responden terpilih:			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C02	Apakah Saudara pernah diwawancarai oleh petugas pewawancara Susenas 2004 Modul (VSEN2004.MPK)?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C03	Ijazah/STTB tertinggi yang dimiliki:	1. Tidak punya 2. SD/MI/ sederajat 3. SLTP/MT/ sederajat 4. SMU/MA/ sederajat 5. SMK (kejuruan)	6. Diploma I/II 7. Diploma III/Sarjana muda 8. Diploma IV/S1 9. S2/S3	<input type="checkbox"/>
C04	Status perkawinan : (kutip dari Blok V kolom 8)	1. Belum kawin ➔ D 2. Kawin	3. Cerai hidup ➔ D 4. Cerai mati ➔ D	<input type="checkbox"/>
C05	Apakah pasangan Saudara tinggal di rumah tangga ini?	1. Ya	2. Tidak ➔ D	<input type="checkbox"/>
C06	Jika Ya, No. urut ART pasangan responden :			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

D. DESKRIPSI STATUS KESEHATAN

Sekarang saya ingin menanyakan keadaan kesehatan menurut PENILAIAN SAUDARA SENDIRI

Kesehatan menyeluruh

D01	Secara umum, bagaimana kondisi <u>kesehatan Saudara hari ini</u> ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Cukup	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
-----	--	---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------

Mobilitas

D02	Dalam 1 bulan terakhir , seberapa besar Saudara mengalami kesulitan dalam <u>berjalan di dalam maupun di luar rumah</u> ?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang	4. Sulit 5. Sangat sulit	<input type="checkbox"/>
-----	--	--	-----------------------------	--------------------------

Perawatan diri

D03	Dalam 1 bulan terakhir , seberapa besar Saudara mengalami kesulitan dalam <u>merawat diri sendiri</u> (misal mandi atau berpakaian)?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang	4. Sulit 5. Sangat sulit	<input type="checkbox"/>
-----	---	--	-----------------------------	--------------------------

Nyeri dan rasa tidak nyaman

D04	Dalam 1 bulan terakhir , seberapa besar Saudara <u>merasakan sakit/pegal linu atau nyeri</u> ?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang	4. Berat 5. Sangat berat	<input type="checkbox"/>
-----	---	--	-----------------------------	--------------------------

Kognitif (Ingatan)

D05	Dalam 1 bulan terakhir , seberapa sulit Saudara dapat <u>memusatkan pikiran pada kegiatan atau mengingat sesuatu</u> ?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang	4. Sulit 5. Sangat sulit	<input type="checkbox"/>
-----	---	--	-----------------------------	--------------------------

Hubungan dengan masyarakat

D06	Dalam 1 bulan terakhir , seberapa besar Saudara mengalami kesulitan dalam <u>pergaulan atau melibatkan diri dalam kegiatan kemasyarakatan</u> ?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang	4. Sulit 5. Sangat sulit	<input type="checkbox"/>
-----	--	--	-----------------------------	--------------------------

Penglihatan

D07	Apakah Saudara <u>memakai kaca mata atau lensa kontak</u> ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-----	---	-------	----------	--------------------------

**CATATAN : JIKA RESPONDEN MEMAKAI KACAMATA/LENSA KONTAK,
PERTANYAAN D08 UNTUK KONDISI RESPONDEN SAAT MEMAKAI KACAMATA/LENSA KONTAK**

D08	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit Saudara melihat dan mengenali orang di seberang jalan (kira-kira dalam jarak 20 m)?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang	4. Sulit 5. Sangat sulit	<input type="checkbox"/>
Tidur dan tenaga				
D09	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa parah Saudara mengalami gangguan tidur (misal mudah tertidur, sering terbangun pada malam hari atau bangun lebih awal daripada biasanya)?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang	4. Berat 5. Sangat berat	<input type="checkbox"/>
Perasaan				
D10	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa parah Saudara merasa sedih, rendah diri atau tertekan?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang	4. Berat 5. Sangat berat	<input type="checkbox"/>

E. SKETSA DESKRIPSI STATUS KESEHATAN

SIAPKAN BUKU SKETSA UNTUK BLOK INI. PILIH SET SKETSA SESUAI KETENTUAN

E00	LINGKARI SET SKETSA YANG TERPILIH:				<input type="checkbox"/>			
	A	B	C	D				
<p><i>Saya akan membacakan cerita yang terjadi pada seseorang dengan berbagai tingkat kesulitan pada kondisi kesehatan yang berbeda. Orang dalam contoh ini mempunyai umur, karakteristik dan latar belakang seperti Saudara. Seperti cara Saudara menilai kondisi kesehatan Saudara tadi, mohon Saudara dapat memberikan penilaian terhadap kondisi kesehatan orang tersebut.</i></p>								
BACAKAN CERITA DAN PERTANYAAN PADA BUKU SKETSA DAN LINGKARI JAWABAN RESPONDEN YANG SESUAI								
E01	Sketsa 1	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E02	Sketsa 2	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E03	Sketsa 3	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E04	Sketsa 4	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E05	Sketsa 5	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E06	Sketsa 6	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E07	Sketsa 7	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E08	Sketsa 8	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E09	Sketsa 9	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E10	Sketsa 10	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

F. CAKUPAN SISTEM KESEHATAN

*Sekarang saya akan menanyakan masalah kesehatan yang mungkin pernah (Saudara) alami dan pengobatannya.
Mohon maaf pertanyaan ini harus ditanyakan secara rinci dan berulang-ulang*

Penyakit Persendian					
F01	Apakah Saudara pernah <u>didiagnosis/dinyatakan</u> menderita sakit persendian (reumatik/encok) oleh tenaga kesehatan?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
F02	Apakah Saudara pernah menjalani pengobatan penyakit persendian (reumatik/encok)?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
F03	Dalam 2 minggu terakhir , apakah Saudara menjalani pengobatan atau perawatan untuk penyakit tersebut?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
F04	Dalam 1 tahun terakhir , apakah Saudara mengalami hal-hal berikut?				
	a. Sakit, nyeri, kaku-kaku atau pembengkakan di sekitar persendian lengan, tangan, tungkai, dan kaki serta berlangsung selama sebulan lebih yang timbul bukan karena kecelakaan atau luka?	1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	b. Kaku-kaku di persendian ketika bangun tidur, atau setelah istirahat lama tanpa bergerak?	1. Ya	2. Tidak → F05		<input type="checkbox"/>
	c. Jika ya, berapa lama kaku-kaku tersebut berlangsung?	1. ≤ 30 menit	2. > 30 menit		<input type="checkbox"/>
	d. Apakah kaku-kaku itu hilang setelah Saudara menggerakkan sendi-sendi tersebut?	1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
F05	a. Dalam 1 bulan terakhir , apakah Saudara pernah menderita sakit punggung (sepanjang tulang belakang)?	1. Ya	2. Tidak → F06		<input type="checkbox"/>
	b. Berapa hari Saudara menderita sakit punggung tersebut?	..... hari			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penyakit Jantung					
F06	Apakah Saudara pernah <u>didiagnosis/dinyatakan</u> menderita penyakit jantung oleh tenaga kesehatan?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
F07	Apakah Saudara pernah menjalani pengobatan penyakit jantung?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
F08	Dalam 2 minggu terakhir , apakah Saudara menjalani pengobatan atau perawatan untuk penyakit tersebut?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
F09	Dalam 1 tahun terakhir , apakah Saudara mengalami hal-hal berikut?				
	a. Nyeri atau sesak di dada ketika Saudara berjalan terburu-buru atau mendaki?	1. Ya	2. Tidak 3. Tidak pernah berjalan terburu-buru atau mendaki		<input type="checkbox"/>
	b. Nyeri atau sesak di dada ketika Saudara berjalan biasa di jalan datar?	1. Ya → F09c	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
Jika F09.a=2 atau 3 dan F09.b=2, lanjutkan ke F.10					
	c. Pada saat Saudara mengalami nyeri atau sesak ketika berjalan, apa yang segera Saudara lakukan?	1. Berhenti atau memperlambat langkah 2. Terus berjalan setelah meletakkan obat di bawah lidah 3. Terus berjalan			<input type="checkbox"/>
	d. Jika Saudara berhenti berjalan dan tetap berdiri, apa yang terjadi dengan rasa nyeri atau sesak tersebut?	1. Mereda	2. Tidak mereda		<input type="checkbox"/>

F09	e. Mohon Saudara tunjukkan di bagian mana Saudara biasa merasakan nyeri atau sesak tersebut?	1. Dada bagian atas atau tengah 2. Dada bagian bawah	3. Lengan kiri 4. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/>	
Cedera					
F10	a. Dalam 1 tahun terakhir , apakah Saudara pernah mengalami keracunan, tenggelam, tindak kekerasan, terbakar, dll, yang mengakibatkan cedera sehingga kegiatan sehari-hari terganggu?	1. Ya	2. Tidak → F11	<input type="checkbox"/>	
	b. Kapan kejadian tersebut (yang terakhir) terjadi?	..... bulan lalu		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Apakah saat itu Saudara mendapatkan pertolongan medis?	1. Ya	2. Tidak → F11	<input type="checkbox"/>	
	d. Di mana Saudara mendapatkan pertolongan medis tersebut (yang pertama kali)?	1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. Praktek dokter 4. Puskesmas/Pustu	5. Poliklinik 6. Praktek nakes 7. Praktek/klinik Batra 8. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/>	
	e. Berapa lama setelah kejadian tersebut Saudara mendapatkan pertolongan medis (yang pertama kali)?	..... jam		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kecelakaan lalu lintas					
F11	a. Dalam 1 tahun terakhir , apakah Saudara pernah mengalami cedera karena kecelakaan lalu lintas?	1. Ya	2. Tidak → F12	<input type="checkbox"/>	
	b. Kapan kecelakaan tersebut (yang terakhir) terjadi?	..... bulan yang lalu		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Apakah pada saat itu Saudara mendapatkan pertolongan medis?	1. Ya	2. Tidak → F12	<input type="checkbox"/>	
	d. Dimana Saudara mendapat pertolongan medis tersebut (yang pertama kali)?	1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. Praktek dokter 4. Puskesmas/Pustu	5. Poliklinik 6. Praktek nakes 7. Praktek/klinik Batra 8. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/>	
	e. Berapa lama setelah kejadian tersebut Saudara mendapatkan pertolongan medis (yang pertama kali)?	..... jam		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asma					
F12	Apakah Saudara pernah <u>didagnosis/dinyatakan</u> menderita asma (penyakit saluran napas karena alergi) oleh tenaga kesehatan?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
F13	Apakah Saudara pernah menjalani pengobatan asma?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
F14	Dalam 2 minggu terakhir , apakah Saudara minum obat atau menjalani pengobatan asma?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
F15	Dalam 1 tahun terakhir , apakah Saudara mengalami:				
	a. Serangan <u>napas berbunyi seperti peluit</u> ?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	b. <u>Napas berbunyi setelah selesai berolah raga atau aktivitas fisik lainnya?</u>	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Rasa <u>tertekan di dada?</u>	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	d. <u>Terbangun karena dada terasa tertekan</u> di pagi hari atau waktu lainnya?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	e. <u>Serangan sesak napas/terengah-engah tanpa sebab yang jelas</u> ketika Saudara tidak sedang berolah raga atau melakukan aktivitas fisik lainnya?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>

Kencing Manis (Diabetes mellitus)					
F16	Apakah Saudara pernah <u>didiagnosis/dinyatakan</u> menderita kencing manis oleh tenaga kesehatan?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
F17	Apakah Saudara menjalani pengobatan kencing manis?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
F18	Dalam 2 minggu terakhir , apakah Saudara sedang dalam menjalani pengobatan insulin atau pengobatan lain untuk kencing manis?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
F19	Apakah saat ini Saudara melakukan diet khusus, olah raga teratur atau program pengontrol berat badan untuk kencing manis?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>

Depresi					
F20	Apakah Saudara pernah <u>didiagnosis/dinyatakan</u> menderita <u>depresi</u> oleh tenaga kesehatan?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
F21	Apakah Saudara <u>pernah</u> menjalani pengobatan untuk depresi?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
F22	Dalam 2 minggu terakhir , apakah Saudara <u>minum obat atau menjalani</u> pengobatan untuk depresi?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
F23	Dalam 1 tahun terakhir :				
	a. Apakah Saudara merasa <u>sedih, hampa atau tertekan</u> yang berlangsung selama beberapa hari?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah Saudara <u>kehilangan minat</u> dalam hampir semua hal yang biasanya menyenangkan bagi Saudara seperti hobi, hubungan pribadi atau pekerjaan yang berlangsung selama beberapa hari?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Apakah Saudara <u>merasa kurang bersemangat atau lelah</u> sepanjang waktu selama beberapa hari?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>

Jika F23b dan F23c jawaban KEDUANYA "Tidak" atau "Tidak Tahu" lanjutkan ke F24

	d. Apakah kehilangan minat atau kurang bersemangat tersebut lebih dari 2 minggu ?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Apakah kehilangan minat atau kurang bersemangat tersebut sepanjang hari dan hampir setiap hari?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	f. Selama periode kehilangan minat atau kurang bersemangat tersebut, apakah Saudara kehilangan selera makan?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	g. Selama periode kehilangan minat atau kurang bersemangat tersebut, apakah Saudara merasa lebih lamban dalam berpikir?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>

Persediaan Obat					
<i>Sekarang saya ingin mengetahui tentang ketersediaan dan penggunaan obat-obatan. Informasi ini kami rahasiakan dan hanya untuk kepentingan survei.</i>					
F24	Apakah Saudara menyimpan obat-obatan di rumah?	1. Ya	2. Tidak ➔ G		<input type="checkbox"/>
F25	a. Dalam 2 minggu terakhir , apakah Saudara masih menggunakan obat-obatan tersebut ?	1. Ya	2. Tidak ➔ G		<input type="checkbox"/>
	b. Bolehkah saya melihat obat-obatan yang masih Saudara gunakan tersebut?	1. Boleh	2. Menolak ➔ G		<input type="checkbox"/>

F26	Catatlah obat-obatan yang diperlihatkan responden pada baris sesuai kondisi di kolom (2). Lengkapi tabel tersebut sampai dengan 3 obat yang paling banyak dipakai untuk tiap kondisi.						
No	Kondisi	Obat 1 (catat nama Obat)	Diresepkan oleh nakes? 1. Ya 2. Tidak	Obat 2 (catat nama obat)	Diresepkan oleh nakes? 1. Ya 2. Tidak	Obat 3 (catat nama obat)	Diresepkan oleh nakes? 1. Ya 2. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
a	Sakit persendian		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
b	Sakit jantung		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
c	Cedera/Kecelakaan		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
d	Asma		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
e	Kencing manis		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
f	Depresi/stress		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
g	Lainnya		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
G. PERAWATAN dan PEMERIKSAAN KESEHATAN							
Perawatan Gigi dan Mulut							
<i>Saya akan menanyakan pada Saudara beberapa pertanyaan mengenai kondisi gigi dan mulut</i>							
G01	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara mempunyai masalah dengan gigi dan/atau mulut?			1. Ya	2. Tidak → G04		<input type="checkbox"/>
G02	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara menerima perawatan atau pengobatan dari perawat gigi, dokter gigi atau dokter spesialis kesehatan gigi dan mulut?			1. Ya	2. Tidak → G04		<input type="checkbox"/>
G03	Perawatan atau pengobatan apa yang diterima untuk masalah gigi dan mulut yang Saudara alami?						
	a. Pengobatan?			1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	b. Bedah gigi atau mulut/penambalan/penempatan gigi?			1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	c. Gigi palsu lepasan (<i>protesa</i>) atau gigi palsu cekat (<i>bridge</i>)?			1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	d. Informasi/konseling tentang perawatan/ kebersihan gigi dan mulut?			1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	e. Perawatan gigi lainnya?			1. Ya (<i>sebutkan !</i>).....	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
G04	Apakah Saudara telah kehilangan seluruh gigi asli?			1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
Pemeriksaan Mata (Khusus Responden ≥ 30 tahun)							
G05	Kapan Saudara terakhir kali memeriksakan <u>mata</u> ke dokter umum atau spesialis mata?			1. < 1 tahun yg lalu 2. 1 - < 2 tahun yg lalu 3. 2 - < 3 tahun yg lalu 4. 3 - < 5 tahun yg lalu	5. ≥ 5 tahun yg lalu 6. Tidak pernah 8. Tidak tahu	→ G08	<input type="checkbox"/>
G06	Dalam 5 tahun terakhir, apakah salah satu atau kedua mata Saudara pernah <u>didagnosis/dinyatakan katarak</u> (lensa mata keruh) oleh tenaga kesehatan?			1. Ya 2. Tidak → G.08 8. Tidak tahu → G.08			<input type="checkbox"/>
G07	Dalam 5 tahun terakhir, apakah Saudara pernah <u>operasi katarak</u> ?			1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
G08	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara mengalami:						
	a. Penglihatan berkabut atau tidak jelas?			1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	b. Mempunyai masalah penglihatan berkaitan dengan sinar, seperti silau pada lampu/pencahayaan yang terang atau terlihat bayangan cincin di sekitar cahaya (<i>halo</i>)?			1. Ya	2. Tidak		<input type="checkbox"/>

**H. DETEKSI DINI KANKER PAYUDARA & MULUT RAHIM
(KHUSUS RESPONDEN PEREMPUAN USIA ≥ 15 TAHUN)**

Sekarang saya akan menanyakan beberapa pemeriksaan kesehatan yang mungkin Saudari lakukan/ terima

H01	Apakah Saudari pernah melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
H02	Kapan terakhir Saudari melakukan pemeriksaan mamografi (pemeriksaan payudara dengan sinar X atau rontgen)?	1. < 3 tahun yl 3. > 5 tahun yl 2. 3 - 5 tahun yl 4. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>
H03	Kapan terakhir Saudari melakukan pemeriksaan panggul bagian dalam (mulut rahim) yang dilakukan oleh dokter atau bidan)?	1. < 3 tahun yl 2. 3 - 5 tahun yl 3. > 5 tahun yl 4. Tidak pernah 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
H04	Dalam 3 tahun yl, apakah Saudari pernah melakukan tes Pap Smear? (yaitu pengambilan apus jaringan mulut rahim yang dilakukan oleh dokter/bidan, untuk kemudian diperiksa ke laboratorium)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

I. KETANGGAPAN SISTEM KESEHATAN

I01	Kapan terakhir Saudara atau anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun membutuhkan pelayanan kesehatan?	1. Dalam 1 bulan terakhir 2. Lebih dari 1 bulan - < 1 tahun yang lalu 3. 1 - < 2 tahun yang lalu 4. 2 - < 3 tahun yang lalu 5. 3 - < 5 tahun yang lalu 6. ≥ 5 tahun yang lalu 7. Tidak membutuhkan pelayanan kesehatan → I10	<input type="checkbox"/>
I02	Siapa yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang terakhir, Saudara atau anak Saudara berusia ≤ 12 tahun?	1. Responden 2. Anak responden	<input type="checkbox"/>
I03	Pada waktu terakhir kali Saudara atau anak Saudara berusia ≤ 12 tahun membutuhkan pelayanan kesehatan, <u>berapa banyak pelayanan kesehatan</u> yang bisa dipilih? (Lakukan pertanyaan secara berjenjang untuk mendapatkan jumlah pilihan pelayanan kesehatan yang disebutkan. Jika lebih dari 9, isikan 9)	..... pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/>
I04	Apa alasan utama Saudara atau anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun membutuhkan pelayanan kesehatan saat itu? (Pilih hanya satu jawaban, yang paling utama)	01. Panas tinggi/diare berat/batuk 02. Imunisasi 03. Pemeriksaan kehamilan 04. KB 05. Depresi 06. Pengobatan gigi dan mulut 07. Radang persendian 08. Asma 09. Sakit jantung 10. Kecelakaan/cedera 11. Kencing manis 12. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I05	Pada saat tersebut, apakah Saudara atau anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun mendapatkan pelayanan kesehatan?	1. Ya → I 07 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
I06	Jika tidak , apa alasannya: (bacakan setiap alasan)		
	a. Tidak punya biaya untuk berkunjung:	1. Ya 2. Tidak	a <input type="checkbox"/>
	b. Tidak ada sarana transportasi:	1. Ya 2. Tidak	b <input type="checkbox"/>
	c. Tidak ada biaya transportasi:	1. Ya 2. Tidak	c <input type="checkbox"/>
	d. Obat dan peralatan petugas kesehatan tidak memadai:	1. Ya 2. Tidak	d <input type="checkbox"/>
	e. Ketrampilan petugas kesehatan tidak memadai:	1. Ya 2. Tidak	e <input type="checkbox"/>
f. Pernah mendapatkan pelayanan yang buruk:	1. Ya 2. Tidak	f <input type="checkbox"/>	

I06	g. Tidak dapat izin dari atasan atau ada janji lain:	1. Ya	2. Tidak	g <input type="checkbox"/>
	h. Tidak tahu harus pergi kemana	1. Ya	2. Tidak	h <input type="checkbox"/>
	i. Penyakit tidak terlalu berat	1. Ya	2. Tidak	i <input type="checkbox"/>
	j. Sudah pergi ke pelayanan kesehatan tapi ditolak	1. Ya	2. Tidak	j <input type="checkbox"/>
	k. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	1. Ya	2. Tidak	k <input type="checkbox"/>

SETELAH SELESAI MENANYAKAN I06a - I06k LANJUTKAN KE I.10

I07	Pada saat Saudara atau anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun menggunakan pelayanan kesehatan yang terakhir , apakah berobat jalan, rawat inap atau di rumah?	1. Berobat jalan 2. Rawat inap → I09 3. Rumah → I10	<input type="checkbox"/>
I08	Kemana Saudara atau anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun berobat jalan?	1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. RSB/Rumah bersalin 4. Praktek dokter 5. Praktek petugas kes. lain 6. Puskesmas 7. Poliklinik/BP 8. Praktek/klinik Batra 9. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/>

LANJUTKAN KE I.10

I09	Jika menjalani rawat inap, dimana Saudara atau anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun menjalani rawat inap?	1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. RSB/RB 4. Puskesmas 5. Klinik swasta 6. Bidan atau Polindes 7. Rawat inap tradisional 8. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/>
I10	Secara umum menurut pendapat Saudara bagaimana pelaksanaan pelayanan kesehatan saat ini dijalankan?	1. Sangat memuaskan 2. Memuaskan 3. Sedang 4. Tidak memuaskan 5. Sangat tidak memuaskan	<input type="checkbox"/>
I11	Dalam 1 tahun terakhir , apakah Saudara pernah memberikan perawatan pada kerabat atau teman (dewasa atau anak) yang menderita penyakit menahun, kejiwaan, cacat fisik atau menderita penyakit karena tua dan lemah (tanpa dibayar)?	1. Ya, orang yang tinggal serumah 2. Ya, orang tidak tinggal serumah 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
I12	Selama Saudara berurusan dengan pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta, apakah Saudara pernah menggunakan atau memperoleh jasa asuransi?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak pernah berurusan] → J	
I13	Selama menggunakan atau memperoleh asuransi, apakah Saudara pernah mendapat kesulitan sebagai berikut:		
	a. Untuk mendapatkan pembebasan pembayaran atau hak mendapat potongan harga dalam pembayaran pelayanan kesehatan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Pengisian formulir asuransi?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Mendapatkan manfaat atau keuntungan yang dicantumkan oleh asuransi kesehatan ?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Menguangkan kembali pembayaran yang harus ditanggung asuransi ?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

J. PENGALAMAN PELAYANAN DI FASILITAS KESEHATAN

PERHATIAN UNTUK RAWAT INAP MAUPUN RAWAT JALAN

Jika responden dan anak responden berusia ≤ 12 tahun, menjalani rawat inap (5 tahun terakhir) atau rawat jalan (1 tahun terakhir)
→ informasi yang diambil adalah Responden

Jika > 1 anak responden berusia ≤ 12 tahun menjalani rawat inap (5 tahun terakhir) atau rawat jalan (1 tahun terakhir):

- jika dalam waktu yg tidak bersamaan → diambil informasi yang dijalani terakhir
- jika dalam waktu yang bersamaan → diambil informasi anak termuda

J01	Dalam 5 tahun terakhir, apakah Saudara menjalani rawat inap?	1. Ya → Jb (Rawat inap) 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
J02	Dalam 5 tahun terakhir, apakah anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun menjalani rawat inap?	1. Ya 2. Tidak → J05 9. TB → J05	<input type="checkbox"/>
J03	Jenis kelamin anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun?	1. Laki-laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/>
J04	Tanggal lahir anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun?	tanggal/bulan/tahun	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

LANJUTKAN KE Jb (RAWAT INAP)

J05	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara berobat jalan?	1. Ya → Ja (Rawat jalan) 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
J06	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara menemani anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun berobat jalan?	1. Ya 2. Tidak → K 9. TB → K	<input type="checkbox"/>
J07	Jenis kelamin anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun?	1. Laki-laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/>
J08	Tanggal lahir anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun?	tanggal/bulan/tahun	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Ja. RAWAT JALAN

Khusus untuk kondisi kunjungan terakhir dalam 1 tahun terakhir

Ja01	Dalam 1 tahun terakhir, di mana Saudara atau anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun berobat jalan terakhir?	4-01. RS Pemerintah 2-02. RS Swasta 03. RSB/RB 04. Praktek dokter 05. Praktek petugas kesehatan lain 06. Puskesmas/Pustu/Pusling 07. Poliklinik 08. Polindes/posyandu 09. Praktek/klinik batra 10. Di rumah 11. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/>
Ja02	Siapa yang memeriksa?	1. Dokter 5. Ahli fisioterapis 2. Perawat 6. Pengobat tradisional 3. Bidan 7. Lainnya (<i>sebutkan!</i>) 4. Dokter gigi 	<input type="checkbox"/>
Ja03	Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai fasilitas rawat jalan tersebut?	..... Menit	<input type="text"/>
Ja04	Pada kunjungan rawat jalan terakhir, dari mana saja sumber biaya untuk pengobatan?		
	a. Asuransi kesehatan (Askes):	1. Ya 2. Tidak	a <input type="checkbox"/>
	b. Astek/jamsostek:	1. Ya 2. Tidak	b <input type="checkbox"/>
	c. Asuransi kesehatan lain/asuransi kecelakaan/Jasa Raharja:	1. Ya 2. Tidak	c <input type="checkbox"/>
	d. Perusahaan/kantor:	1. Ya 2. Tidak	d <input type="checkbox"/>
	e. JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kes. Masyarakat):	1. Ya 2. Tidak	e <input type="checkbox"/>
	f. Dana sehat:	1. Ya 2. Tidak	f <input type="checkbox"/>
	g. Kartu sehat:	1. Ya 2. Tidak	g <input type="checkbox"/>
	h. Uang sendiri:	1. Ya 2. Tidak	h <input type="checkbox"/>
	i. Pihak lain:	1. Ya 2. Tidak	i <input type="checkbox"/>
	j. Tidak bayar/gratis:	1. Ya 2. Tidak	j <input type="checkbox"/>

Formatted: Bullets and Numbering

Jenis pengeluaran	Jumlah Pengeluaran			
	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT		Biaya dari sumber lain	
	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB	Jika jawaban kolom (2) = ya Jumlah yang dibayarkan (dalam rupiah)	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB	Jika jawaban kolom (4) = ya Jumlah yang dibayarkan (dalam rupiah)
	(1)	(2)	(3)	(4)
a. Biaya tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. Obat-obatan	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. Laboratorium, radiologi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. Transportasi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. Kir/imunisasi/periksa kehamilan (ANC)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
f. Total (a+b+c+d+e)		<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ja06	Pada kunjungan terakhir , bagaimana Saudara menilai <u>lama waktu menunggu</u> sebelum mendapat pelayanan?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat Buruk	<input type="checkbox"/>
Ja07	Pada kunjungan terakhir , bagaimana Saudara menilai <u>keramahan</u> dari petugas dalam menyapa dan berbicara?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Ja08	Pada kunjungan terakhir , bagaimana Saudara menilai pengalaman tentang seberapa jelas <u>petugas kesehatan menerangkan segala sesuatu</u> kepada Saudara?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Ja09	Pada kunjungan terakhir , bagaimana Saudara menilai pengalaman <u>ikutserta</u> dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan atau pengobatannya?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Ja10	Pada kunjungan terakhir , bagaimana Saudara menilai cara pelayanan kesehatan menjamin atau meyakinkan bahwa Saudara dapat <u>berbicara secara pribadi</u> dengan petugas kesehatan?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Ja11	Pada kunjungan terakhir , bagaimana Saudara menilai tentang <u>kebebasan memilih</u> tempat dan petugas pelayanan kesehatan?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Ja12	Pada kunjungan terakhir , bagaimana Saudara menilai tentang <u>kebersihan</u> ruangan fasilitas kesehatan termasuk kamar mandi?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk 9. TB (jika rawat rumah)	<input type="checkbox"/>

LANJUTKAN KE K. SKETSA KETANGGAPAN SISTEM KESEHATAN

Jb. RAWAT INAP

PERAWATAN TERAKHIR DALAM KURUN WAKTU 5 TAHUN TERAKHIR

Jb01	Dalam 5 tahun terakhir, dimana Saudara atau anak Saudara berusia ≤ 12 tahun menjalani rawat inap yang terakhir?	1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. RSB/RB 4. Klinik swasta	5. Puskesmas 6. Rawat inap tradisional 7. Polindes/Rumah Bidan 8. Lainnya (sebutkan!).....	<input type="checkbox"/>
------	---	---	---	--------------------------

Jb02	Pada rawat inap terakhir , kapan Saudara atau anak Saudara berusia ≤ 12 tahun dirawat inap?	1. Dalam 1 bulan terakhir 2. Lebih dari 1 bulan - <1 tahun yang lalu 3. 1 - < 2 tahun yang lalu 4. 2 - < 3 tahun yang lalu 5. 3 - < 5 tahun yang lalu	<input type="checkbox"/>		
Jb03	Pada rawat inap terakhir , gejala/gangguan utama apa yang menyebabkan Saudara atau anak Saudara berusia ≤ 12 tahun dirawat inap?	1. Demam tinggi/diare berat/batuk 2. Melahirkan 3. Radang sendi 4. Asma 5. Sakit jantung 6. Kencing manis 7. Kecelakaan 8. Operasi 9. Lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/>		
Jb04	Pada rawat inap terakhir , berapa lama Saudara atau anak Saudara berusia ≤ 12 tahun menjalani rawat inap?	..... hari	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Jb05	Pada rawat inap terakhir , berapa lama waktu yg di butuhkan untuk mencapai fasilitas rawat inap tersebut?	..... menit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Jb06	Pada rawat inap terakhir , berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan tempat perawatan?	1. Hari itu juga 2. 2 - 6 hari 3. 7 hari - < 1 bulan 4. 1 bulan - < 3 bulan 5. 3 bulan atau lebih	<input type="checkbox"/>		
Jb07	Pada rawat inap terakhir , darimana saja sumber biaya untuk perawatan diperoleh ?				
	a. Asuransi kesehatan (Askes):	1. Ya 2. Tidak	a <input type="checkbox"/>		
	b. Astek/jamsostek:	1. Ya 2. Tidak	b <input type="checkbox"/>		
	c. Asuransi kes. lain/asuransi kecelakaan/Jasa Raharja:	1. Ya 2. Tidak	c <input type="checkbox"/>		
	d. Perusahaan/kantor:	1. Ya 2. Tidak	d <input type="checkbox"/>		
	e. JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kes. Masyarakat):	1. Ya 2. Tidak	e <input type="checkbox"/>		
	f. Dana sehat:	1. Ya 2. Tidak	f <input type="checkbox"/>		
	g. Kartu sehat:	1. Ya 2. Tidak	g <input type="checkbox"/>		
	h. Uang sendiri:	1. Ya 2. Tidak	h <input type="checkbox"/>		
	i. Pihak lain:	1. Ya 2. Tidak	i <input type="checkbox"/>		
	j. Tidak bayar/gratis:	1. Ya 2. Tidak	i <input type="checkbox"/>		
Jb08	Pada rawat inap yang terakhir , jenis dan jumlah biaya yang dikeluarkan Saudara atau rumah tangga Saudara dan atau sumber lain				
	Jenis pengeluaran	Jumlah Pengeluaran			
		Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT		Biaya dari sumber lain	
		1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB	Jika jawaban kolom (2) = ya Jumlah yang dibayarkan (dalam rupiah)	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB	Jika jawaban kolom (4) = ya Jumlah yang dibayarkan (dalam rupiah)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	a. Tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	b. Obat-obatan	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	c. Laboratorium, radiologi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	d. Kamar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	e. Transportasi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	f. Total (a+b+c+d+e)		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Jb09	Pada rawat inap terakhir , berapa pasien lain yang tidur sekamar dengan Saudara atau anak Saudara berusia ≤ 12 tahun?	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Jb10	Pada rawat inap terakhir , bagaimana Saudara menilai tentang <u>lama waktu menunggu</u> sebelum mendapat tempat perawatan?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Jb11	Pada rawat inap terakhir , bagaimana Saudara menilai <u>keramahan</u> dari petugas kesehatan dalam menyapa dan berbicara?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Jb12	Pada rawat inap terakhir , bagaimana Saudara menilai pengalaman tentang seberapa jelas <u>petugas kesehatan menerangkan segala sesuatu</u> kepada Saudara?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Jb13	Pada rawat inap terakhir , bagaimana Saudara menilai pengalaman <u>ikuserita</u> dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan atau pengobatan?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Jb14	Pada rawat inap terakhir , bagaimana Saudara menilai pengalaman cara petugas kesehatan menjamin atau meyakinkan bahwa Saudara dapat <u>berbicara secara pribadi</u> dengan petugas?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Jb15	Pada rawat inap terakhir , bagaimana Saudara menilai <u>kebebasan memilih</u> tempat dan petugas kesehatan?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Jb16	Pada rawat inap terakhir , bagaimana Saudara menilai <u>kebersihan</u> ruang rawat inap termasuk kamar mandi?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>
Jb17	Pada rawat inap terakhir , bagaimana Saudara menilai tentang <u>kemudahan dikunjungi</u> oleh keluarga dan atau teman-teman?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	4. Buruk 5. Sangat buruk	<input type="checkbox"/>

K. SKETSA KETANGGAPAN SISTEM KESEHATAN

SIAPKAN BUKU SKETSA UNTUK BLOK INI. PILIH SET SKETSA SESUAI KETENTUAN

K00	LINGKARI SET SKETSA YANG TERPILIH : A B C D	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------

Saya akan membacakan cerita tentang pengalaman seseorang terhadap pelayanan kesehatan. Seandainya orang tersebut adalah Saudara, bagaimana penilaian Saudara terhadap kejadian dalam cerita tersebut, apakah :
1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat buruk

BACAKAN CERITA DAN PERTANYAAN PADA BUKU SKETSA DAN LINGKARI JAWABAN RESPONDEN YANG SESUAI

K01	Sketsa 1	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
K02	Sketsa 2	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
K03	Sketsa 3	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
K04	Sketsa 4	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
K05	Sketsa 5	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
K06	Sketsa 6	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
K07	Sketsa 7	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
K08	Sketsa 8	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

K09	Sketsa 9	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
K10	Sketsa 10	Pertanyaan	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

L. TUJUAN SISTEM KESEHATAN

POTENSI DAN TEKANAN SOSIAL

L01	Dalam satu bulan terakhir, seberapa sering Saudara merasakan tidak dapat mengontrol hal-hal yang penting dalam hidup (seperti pekerjaan, keluarga, kesehatan)?	1. Tidak pernah 2. Hampir tidak pernah 3. Kadang-kadang	4. Sering 5. Sangat sering	<input type="checkbox"/>
L02	Dalam satu bulan terakhir, seberapa sering Saudara tidak dapat mengatasi/menyelesaikan semua kegiatan yang seharusnya diselesaikan (seperti tidak dapat menyelesaikan tugas sekolah/pekerjaan, tidak dapat menyelesaikan pekerjaan keluarga)?	1. Tidak pernah 2. Hampir tidak pernah 3. Kadang-kadang	4. Sering 5. Sangat sering	<input type="checkbox"/>

PENILAIAN JENJANG KARTU SKETSA TUJUAN SISTEM KESEHATAN

SIAPKAN KARTU SKETSA

Jelaskan kepada responden bahwa Sistem Kesehatan diupayakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat dicapai melalui pencapaian 5 tujuan utama yaitu dengan :

1. Meningkatkan kesehatan
2. Memperkecil ketidakmerataan tingkat kesehatan antar anggota masyarakat
3. Meningkatkan ketanggapan sistem kesehatan.

Ketanggapan mencakup berbagai aspek lama waktu menunggu, keramahan petugas, kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu, keikutsertaan pasien dalam pengambilan keputusan, berbicara secara pribadi, kebebasan memilih fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, kebersihan fasilitas kesehatan dan kemudahan dikunjungi pada saat dirawat.

4. Memperkecil ketidakmerataan dalam ketanggapan sistem kesehatan
5. Keadilan dalam pendanaan kesehatan (setiap rumah tangga harus berkontribusi dalam pendanaan sistem kesehatan secara adil)

BACAKAN SETIAP KARTU SKETSA KEPADA RESPONDEN

Saya ingin Saudara membandingkan tiap kartu dengan kartu lainnya, selanjutnya urutkan kartu-kartu ini dari keadaan yang menurut Saudara **paling penting** sampai keadaan yang **paling tidak penting**

Saya akan membaca sekali lagi, setelah itu Saudara urutkan;		kode kartu*
L03	Jenjang 1 : paling penting	<input type="checkbox"/>
L04	Jenjang 2 :	<input type="checkbox"/>
L05	Jenjang 3 :	<input type="checkbox"/>
L06	Jenjang 4 :	<input type="checkbox"/>
L07	Jenjang 5 : paling tidak penting	<input type="checkbox"/>

Keterangan *: setelah responden selesai menyusun kartu sketsa, lihat kode abjad di balik kartu dan tulis kode tersebut pada kotak sesuai urutan yang dipilih.

LANJUTKAN KE BLOK VIII. KEMATIAN ORANG DEWASA

			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M10	Jika [nama] masih hidup, berapa <u>umur</u> [nama] saat ini?	dalam tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
M11	Seberapa sering Saudara berkomunikasi dengan [nama] tersebut?	1. Tiap hari 2. Tiap minggu 3. Tiap bulan 4. Tiap tahun 5. Tiap 2-3 tahun 6. Lebih dari 3 th 7. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG LAINNYA LANJUTKAN KE M05.
JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG LAINNYA LANJUTKAN KE BLOK VIII.N. PASANGAN RESPONDEN ATAU
JIKA TIDAK PUNYA PASANGAN KE BLOK IX. O. PENGAMATAN PEWAWANCARA**

M12	Jika meninggal, berapa umur [nama] saat meninggal?	dalam tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
M13	Sudah berapa lama [nama] meninggal?	dalam tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
M14	Seberapa sering Saudara berkomunikasi dengan [nama] sebelum meninggal?	1. Tiap hari 2. Tiap minggu 3. Tiap bulan 4. Tiap tahun 5. Tiap 2-3 tahun 6. Lebih dari 3 th 7. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M15-M17 KHUSUS SAUDARA SEKANDUNG PEREMPUAN YANG MENINGGAL PADA USIA 15-49 TAHUN (WUS)
SELAIN WUS LANJUTKAN KE M.18**

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M15	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49 tahun, apakah dia sedang hamil saat meninggal?	1. Ya → M18 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M16	Jika [nama] meninggal dunia seorang wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal saat melahirkan	1. Ya → M18 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M17	Jika [nama] meninggal dunia seorang wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal dalam 2 bulan setelah melahirkan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M18	Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera?	1. Ya 2. Tidak → M21a 8. Tidak tahu → M21a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M19	Apakah penyebab [nama] meninggal?	1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena perang 5. Bencana alam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M20	Pilih yang paling sesuai dari cara yang menyebabkan [nama] cedera?	01. Kendaraan bermotor/mobil 02. Berjalan kaki ditabrak kendaraan 03. Sepeda motor 04. Sepeda 05. Jatuh 06. Tembakan, yang berhubungan dengan senjata api 07. Ranjau/bom 08. Bacokan/tikaman/ tusuk 09. Api/terbakar 10. Keracunan 11. Tenggelam 12. Penyebab lain (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....
M21	Dimana tempat terjadinya [nama] cedera?	01. Rumah 02. Sekolah 03. Jalan/jalan raya 04. Tempat parkir 05. Tempat perbelanjaan dan tempat pelayanan (toko/bank/dll) 06. Sawah 07. Sungai/danau/lautan 08. Daerah industri/bangunan 09. Gedung umum lain 10. Tempat lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....

M21a	JIKA SAUDARA SEKANDUNG MENINGGAL PADA USIA BALITA LANJUTKAN KE M.31 PERTANYAAN M22-M30 KHUSUS UNTUK SAUDARA SEKANDUNG MENINGGAL PADA USIA 5 TAHUN KE ATAS
------	--

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M22	Apakah [nama] pernah mengalami nyeri dada selama < 24 jam dalam 1 bulan terakhir sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M23	Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum dia meninggal?	1. Ya 2. Tidak → M25 8. Tidak tahu → M25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M24	Jika "Ya", apakah lumpuh tersebut disertai atau diikuti oleh kehilangan kesadaran secara mendadak?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M25	Apakah [nama] mengalami batuk terus menerus lebih dari 3 minggu sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak → M27 8. Tidak tahu → M27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M26	Jika "Ya" apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M27	Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M28	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare lebih dari 1 bulan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M29	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M30	Apakah [nama] sebelum meninggal menderita sariawan yang terus menerus?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE M05

JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE VIII.N. PASANGAN RESPONDEN ATAU

JIKA TIDAK PUNYA PASANGAN KE IX. O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

M31	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami demam?	1. Ya 2. Tidak → M34 8. Tidak tahu → M34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M32	Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul?	1. Ya, terus menerus 2. Ya, hilang timbul 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M33	Apakah demam tersebut disertai dengan kedinginan/menggigil?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M34	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M35	Apakah [nama] tidak sadarkan diri lebih dari satu hari selama sakit sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M36	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M37	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah batuk?	1. Ya 2. Tidak → M39 8. Tidak tahu → M39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M38	Jika "Ya" apa jenis batuknya?	1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M39	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah bernafas cepat?	1. Ya 2. Tidak → M41 8. Tidak tahu → M41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M40	Apakah pernafasan itu disertai dengan penarikan ke dalam dari dinding dada bagian bawah?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M41	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare?	1. Ya 2. Tidak → M42a 8. Tidak tahu → M42a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M42	Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M42a JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE M05.
**JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG DAN PUNYA PASANGAN LANJUTKAN KE BAGIAN VIII. N. PASANGAN RESPONDEN ATAU
 JIKA TIDAK PUNYA PASANGAN KE IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA**

JIKA SAUDARA SEKANDUNG LEBIH DARI 9 GUNAKAN FORMIR TAMBAHAN

N. Pasangan Responden Terpilih		
N00	Apakah pasangan responden tinggal satu rumah ? (Cek jawaban blok VII.C05)	1. Ya Tidak → IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA <input type="checkbox"/>
N01	Tulis No. urut ART pasangan responden terpilih (salin Blok V Kolom 1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Sekarang saya akan bertanya tentang saudara kandung laki – laki atau perempuan Saudara yang seibu (baik satu ayah atau tidak), yang tinggal serumah atau tinggal ditempat lain, yang masih hidup, maupun yang telah meninggal.</i>		
N02	Berapa jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu kandung Saudara <u>termasuk Saudara</u> ?	Jumlah seluruh kelahiran : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N03	Berapa kakak Saudara yang dilahirkan Ibu kandung Saudara?	Jumlah kelahiran sebelum kelahiran Saudara : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N04	Berapa adik Saudara yang dilahirkan oleh ibu kandung Saudara?	Jumlah kelahiran sesudah kelahiran Saudara : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

JIKA JAWABAN **N02 ≥ 2**, LANJUTKAN KE N05, MULAI DARI SAUDARA TERTUA YANG DILAHIRKAN OLEH IBU KANDUNG SAUDARA.
 JIKA N02=1 LANJUTKAN KE IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

		Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N05	Nama saudara kandung									
N06	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N07	Tanggal lahir	Tanggal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Bulan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N08	Berapa <u>perbedaan umur</u> (dalam tahun) antara Saudara dengan [nama]?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N09	Apakah [nama] <u>masih</u> hidup?	1. Ya 2. Tidak → N12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N10	Jika [nama] masih hidup, berapa <u>umur</u> [nama] saat ini?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N11	Seberapa sering Saudara berkomunikasi dengan [nama] tersebut?	1. Tiap hari 2. Tiap minggu 3. Tiap bulan 4. Tiap tahun 5. Tiap 2-3 tahun 6. Lebih dari 3 th 7. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG LAINNYA LANJUTKAN KE N05.

JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG LAINNYA LANJUTKAN KE BLOK IX. O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

N12	Jika meninggal, berapa umur [nama] saat meninggal?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N13	Sudah berapa lama [nama] meninggal?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N14	Seberapa sering Saudara berkomunikasi dengan [nama] sebelum meninggal?	1. Tiap hari 2. Tiap minggu 3. Tiap bulan 4. Tiap tahun 5. Tiap 2-3 tahun 6. Lebih dari 3 th 7. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N15-N17 KHUSUS SAUDARA SEKANDUNG PEREMPUAN YANG MENINGGAL PADA USIA 15-49 TAHUN (WUS)
SELAIN WUS LANJUTKAN KE N18

AUTOPSI VERBAL		Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N15	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49 tahun, apakah dia sedang hamil saat meninggal?	1. Ya → N18 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N16	Jika [nama] meninggal dunia seorang wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal saat melahirkan?	1. Ya → N18 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N17	Jika [nama] meninggal dunia seorang wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal dalam 2 bulan setelah melahirkan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N18	Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera?	1. Ya 2. Tidak → N21a 8. Tidak tahu → N21a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N19	Apakah penyebab [nama] meninggal?	1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena Perang 5. Bencana alam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N20	Pilih yang paling sesuai dari cara yang menyebabkan [nama] cedera?	01. Kendaraan bermotor/mobil 02. Berjalan kaki ditabrak kendaraan 03. Sepeda motor 04. Sepeda 05. Jatuh 06. Tembakan, yang berhubungan dengan senjata api 07. Ranjau/bom 08. Bacokan/tikaman/ tusuk 09. Api/terbakar 10. Keracunan 11. Tenggelam 12. Penyebab lain (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N21	Dimana tempat terjadinya [nama] cedera?	01. Rumah 02. Sekolah 03. Jalan/jalan raya 04. Tempat parkir 05. Tempat perbelanjaan dan tempat pelayanan (toko/bank/dll) 06. Sawah 07. Sungai/danau/lautan 08. Daerah industri/bangunan 09. Gedung umum lain 10. Tempat lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....

N21 a	<p style="text-align: center;">JIKA SAUDARA SEKANDUNG MENINGGAL PADA USIA BALITA LANJUTKAN KE N.31 PERTANYAAN N22-N30 KHUSUS UNTUK SAUDARA SEKANDUNG MENINGGAL PADA USIA 5 TAHUN KE ATAS</p>										
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N22	Apakah [nama] pernah mengalami nyeri dada selama < 24 jam dalam 1 bulan terakhir sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N23	Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum dia meninggal?	1. Ya 2. Tidak → N25 8. Tidak tahu → N25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N24	Jika "Ya", apakah lumpuh tersebut disertai atau diikuti oleh kehilangan kesadaran secara mendadak?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N25	Apakah [nama] mengalami batuk terus menerus lebih dari 3 minggu sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak → N27 8. Tidak tahu → N27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N26	Jika "Ya", apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N27	Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N28	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare lebih dari 1 bulan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N29	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N30	Apakah [nama] sebelum meninggal menderita sariawan yang terus menerus?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE N05

JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

N31	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami demam?	1. Ya 2. Tidak → N34 8. Tidak tahu → N34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N32	Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul?	1. Ya, terus menerus 2. Ya, hilang timbul 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N33	Apakah demam tersebut disertai dengan kedinginan/menggigil?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N34	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N35	Apakah [nama] tidak sadarkan diri lebih dari satu hari selama sakit sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N36	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N37	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah batuk?	1. Ya 2. Tidak → N39 8. Tidak tahu → N39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N38	Jika "Ya" apa jenis batuknya?	1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 8. Tiak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N39	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah bernafas cepat?	1. Ya 2. Tidak → N41 8. Tidak tahu → N41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N40	Apakah pernafasan itu disertai dengan penarikan ke dalam dari dinding dada bagian bawah?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N41	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare?	1. Ya 2. Tidak → N42a 8. Tidak tahu → N42a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N42	Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N42a **JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE N05.
JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG LANJUTKAN KE IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA**

.JIKA SAUDARA SFKANDUNG I FRIH DARI 9. GUJNAKAN I FMBAR TAMBAHAN

VIII. KEMATIAN SAUDARA SEKANDUNG DARI RESPONDEN TERPILIH DAN PASANGANNYA	
M. Responden Terpilih	
M01	Tulis No. urut ART responden terpilih (salin Blok V Kolom 11) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sekarang saya akan bertanya tentang saudara kandung laki - laki atau perempuan Saudara yang seibu (baik satu ayah atau tidak), yang tinggal serumah atau tinggal ditempat lain, yang masih hidup maupun yang telah meninggal

M02	Berapa jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu kandung Saudara <u>termasuk Saudara</u> ?	Jumlah seluruh kelahiran :	<input type="text"/> <input type="text"/>
M03	Berapa kakak Saudara yang dilahirkan Ibu kandung Saudara?	Jumlah kelahiran sebelum kelahiran Saudara :	<input type="text"/> <input type="text"/>
M04	Berapa adik Saudara yang dilahirkan oleh ibu kandung Saudara?	Jumlah kelahiran sesudah kelahiran Saudara :	<input type="text"/> <input type="text"/>

**JIKA JAWABAN M02 ≥ 2, LANJUTKAN KE M05, MULAI DARI SAUDARA TERTUA YANG DILAHIRKAN OLEH IBU KANDUNG SAUDARA.
 JIKA M02 = 1 LANJUTKAN KE VII. N. PASANGAN RESPONDEN, ATAU
 JIKA TIDAK PUNYA PASANGAN KE IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA**

		Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M05	Nama saudara kandung									
M06	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M07	Tanggal lahir	Tanggal	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Bulan	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
M08	Berapa <u>perbedaan umur</u> (dalam tahun) antara Saudara dengan [nama]?	dalam tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
M09	Apakah [nama] <u>masih</u> hidup?	1. Ya 2. Tidak → M12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M10	Jika [nama] masih hidup, berapa <u>umur</u> [nama] saat ini?	dalam tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

M11	Seberapa sering Saudara berkomunikasi dengan [nama] tersebut?	1. Tiap hari 2. Tiap minggu 3. Tiap bulan	4. Tiap tahun 5. Tiap 2-3 tahun 6. Lebih dari 3 th 7. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	---	---	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG LAINNYA LANJUTKAN KE M05.
JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG LAINNYA LANJUTKAN KE BLOK VIII.N. PASANGAN RESPONDEN ATAU
JIKA TIDAK PUNYA PASANGAN KE BLOK IX. O. PENGAMATAN PEWAWANCARA**

M12	Jika meninggal, berapa umur [nama] saat meninggal?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M13	Sudah berapa lama [nama] meninggal?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M14	Seberapa sering Saudara berkomunikasi dengan [nama] sebelum meninggal?	1. Tiap hari 2. Tiap minggu 3. Tiap bulan	4. Tiap tahun 5. Tiap 2-3 tahun 6. Lebih dari 3 th 7. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M15-M17 KHUSUS SAUDARA SEKANDUNG PEREMPUAN YANG MENINGGAL PADA USIA 15-49 TAHUN (WUS)
SELAIN WUS LANJUTKAN KE M.18**

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M15	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49 tahun, apakah dia sedang hamil saat meninggal?	1. Ya → M18 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M16	Jika [nama] meninggal dunia seorang wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal saat melahirkan	1. Ya → M18 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9

M17	Jika [nama] meninggal dunia seorang wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal dalam 2 bulan setelah melahirkan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M18	Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera?	1. Ya 2. Tidak → M21a 8. Tidak tahu → M21a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M19	Apakah penyebab [nama] meninggal?	1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena perang 5. Bencana alam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M20	Pilih yang paling sesuai dari cara yang menyebabkan [nama] cedera?	01. Kendaraan bermotor/mobil 02. Berjalan kaki ditabrak kendaraan 03. Sepeda motor 04. Sepeda 05. Jatuh 06. Tembakan, yang berhubungan dengan senjata api 07. Ranjau/bom 08. Bacokan/tikaman/ tusuk 09. Api/terbakar 10. Keracunan 11. Tenggelam 12. Penyebab lain (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M21	Dimana tempat terjadinya [nama] cedera?	01. Rumah 02. Sekolah 03. Jalan/jalan raya 04. Tempat parkir 05. Tempat perbelanjaan dan tempat pelayanan (toko/bank/dll) 06. Sawah 07. Sungai/danau/lautan 08. Daerah industri/bangunan 09. Gedung umum lain 10. Tempat lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....
			10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....

M21a JIKA SAUDARA SEKANDUNG MENINGGAL PADA USIA BALITA LANJUTKAN KE M.31
PERTANYAAN M22-M30 KHUSUS UNTUK SAUDARA SEKANDUNG MENINGGAL PADA USIA 5 TAHUN KE ATAS

AUTOPSI VERBAL		Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M22	Apakah [nama] pernah mengalami nyeri dada selama < 24 jam dalam 1 bulan terakhir sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M23	Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum dia meninggal?	1. Ya 2. Tidak → M25 8. Tidak tahu → M25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M24	Jika "Ya", apakah lumpuh tersebut disertai atau diikuti oleh kehilangan kesadaran secara mendadak?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M25	Apakah [nama] mengalami batuk terus menerus lebih dari 3 minggu sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak → M27 8. Tidak tahu → M27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M26	Jika "Ya" apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M27	Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M28	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare lebih dari 1 bulan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M29	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M30	Apakah [nama] sebelum meninggal menderita sariawan yang terus menerus?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE M05

JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE VIII.N. PASANGAN RESPONDEN ATAU

JIKA TIDAK PUNYA PASANGAN KE IX. O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

M31	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami demam?	3. Ya 4. Tidak → M34 8. Tidak tahu → M34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M32	Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul?	1. Ya, terus menerus 2. Ya, hilang timbul 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M33	Apakah demam tersebut disertai dengan kedinginan/menggigil?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M34	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M35	Apakah [nama] tidak sadarkan diri lebih dari satu hari selama sakit sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M36	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M37	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah batuk?	1. Ya 2. Tidak → M39 8. Tidak tahu → M39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M38	Jika "Ya" apa jenis batuknya?	1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
M39	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah bernafas cepat?	1. Ya 2. Tidak → M41 8. Tidak tahu → M41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M40	Apakah pernafasan itu disertai dengan penarikan ke dalam dari dinding dada bagian bawah?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M41	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare?	1. Ya 2. Tidak → M42a 8. Tidak tahu → M42a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M42	Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M42a JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE M05.
**JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG DAN PUNYA PASANGAN LANJUTKAN KE BAGIAN VIII. N. PASANGAN RESPONDEN ATAU
 JIKA TIDAK PUNYA PASANGAN KE IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA**

JIKA SAUDARA SEKANDUNG LEBIH DARI 9 GUNAKAN FORMIR TAMBAHAN

N. Pasangan Responden Terpilih		
N00	Apakah pasangan responden tinggal satu rumah ? (Cek jawaban blok VII.C05)	2. Ya Tidak → IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA <input type="checkbox"/>
N01	Tulis No. urut ART pasangan responden terpilih (salin Blok V Kolom 1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Sekarang saya akan bertanya tentang saudara kandung laki – laki atau perempuan Saudara yang seibu (baik satu ayah atau tidak), yang tinggal serumah atau tinggal ditempat lain, yang masih hidup, maupun yang telah meninggal.</i>		
N02	Berapa jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu kandung Saudara <u>termasuk Saudara</u> ?	Jumlah seluruh kelahiran : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N03	Berapa kakak Saudara yang dilahirkan Ibu kandung Saudara?	Jumlah kelahiran sebelum kelahiran Saudara : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N04	Berapa adik Saudara yang dilahirkan oleh ibu kandung Saudara?	Jumlah kelahiran sesudah kelahiran Saudara : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

JIKA JAWABAN **N02 ≥ 2**, LANJUTKAN KE N05, MULAI DARI SAUDARA TERTUA YANG DILAHIRKAN OLEH IBU KANDUNG SAUDARA.
 JIKA N02=1 LANJUTKAN KE IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

		Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N05	Nama saudara kandung									
N06	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N07	Tanggal lahir	Tanggal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Bulan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N08	Berapa <u>perbedaan umur</u> (dalam tahun) antara Saudara dengan [nama]?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N09	Apakah [nama] <u>masih</u> hidup?	1. Ya 2. Tidak → N12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N10	Jika [nama] masih hidup, berapa <u>umur</u> [nama] saat ini?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N11	Seberapa sering Saudara berkomunikasi dengan [nama] tersebut?	1. Tiap hari 2. Tiap minggu 3. Tiap bulan 4. Tiap tahun 5. Tiap 2-3 tahun 6. Lebih dari 3 th 7. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG LAINNYA LANJUTKAN KE N05.

JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG LAINNYA LANJUTKAN KE BLOK IX. O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

N12	Jika meninggal, berapa umur [nama] saat meninggal?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N13	Sudah berapa lama [nama] meninggal?	dalam tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N14	Seberapa sering Saudara berkomunikasi dengan [nama] sebelum meninggal?	1. Tiap hari 2. Tiap minggu 3. Tiap bulan 4. Tiap tahun 5. Tiap 2-3 tahun 6. Lebih dari 3 th 7. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N15-N17 KHUSUS SAUDARA SEKANDUNG PEREMPUAN YANG MENINGGAL PADA USIA 15-49 TAHUN (WUS)
SELAIN WUS LANJUTKAN KE N18

AUTOPSI VERBAL		Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N15	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49 tahun, apakah dia sedang hamil saat meninggal?	1. Ya → N18 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N16	Jika [nama] meninggal dunia seorang wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal saat melahirkan?	1. Ya → N18 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N17	Jika [nama] meninggal dunia seorang wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal dalam 2 bulan setelah melahirkan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N18	Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera?	1. Ya 2. Tidak → N21a 8. Tidak tahu → N21a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N19	Apakah penyebab [nama] meninggal?	1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena Perang 5. Bencana alam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N20	Pilih yang paling sesuai dari cara yang menyebabkan [nama] cedera?	01. Kendaraan bermotor/mobil 02. Berjalan kaki ditabrak kendaraan 03. Sepeda motor 04. Sepeda 05. Jatuh 06. Tembakan, yang berhubungan dengan senjata api 07. Ranjau/bom 08. Bacokan/tikaman/ tusuk 09. Api/terbakar 10. Keracunan 11. Tenggelam 12. Penyebab lain (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....	12.....

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N21	Dimana tempat terjadinya [nama] cedera?	01. Rumah 02. Sekolah 03. Jalan/jalan raya 04. Tempat parkir 05. Tempat perbelanjaan dan tempat pelayanan (toko/bank/dll) 06. Sawah 07. Sungai/danau/lautan 08. Daerah industri/bangunan 09. Gedung umum lain 10. Tempat lainnya (<i>sebutkan!</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....	10.....

N21 a	<p style="text-align: center;">JIKA SAUDARA SEKANDUNG MENINGGAL PADA USIA BALITA LANJUTKAN KE N.31 PERTANYAAN N22-N30 KHUSUS UNTUK SAUDARA SEKANDUNG MENINGGAL PADA USIA 5 TAHUN KE ATAS</p>										
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N22	Apakah [nama] pernah mengalami nyeri dada selama < 24 jam dalam 1 bulan terakhir sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N23	Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum dia meninggal?	1. Ya 2. Tidak → N25 8. Tidak tahu → N25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N24	Jika "Ya", apakah lumpuh tersebut disertai atau diikuti oleh kehilangan kesadaran secara mendadak?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N25	Apakah [nama] mengalami batuk terus menerus lebih dari 3 minggu sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak → N27 8. Tidak tahu → N27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N26	Jika "Ya", apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N27	Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N28	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare lebih dari 1 bulan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N29	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N30	Apakah [nama] sebelum meninggal menderita sariawan yang terus menerus?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE N05

JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

N31	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami demam?	3. Ya 4. Tidak → N34 8. Tidak tahu → N34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N32	Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul?	1. Ya, terus menerus 2. Ya, hilang timbul 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N33	Apakah demam tersebut disertai dengan keinginan/menggigil?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N34	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N35	Apakah [nama] tidak sadarkan diri lebih dari satu hari selama sakit sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N36	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOPSI VERBAL			Saudara 1 (tertua)	Saudara 2	Saudara 3	Saudara 4	Saudara 5	Saudara 6	Saudara 7	Saudara 8	Saudara 9
N37	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah batuk?	1. Ya 2. Tidak → N39 8. Tidak tahu → N39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N38	Jika "Ya" apa jenis batuknya?	1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 8. Tiak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N39	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah bernafas cepat?	1. Ya 2. Tidak → N41 8. Tidak tahu → N41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N40	Apakah pernafasan itu disertai dengan penarikan ke dalam dari dinding dada bagian bawah?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N41	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare?	1. Ya 2. Tidak → N42a 8. Tidak tahu → N42a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N42	Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N42a

JIKA MASIH ADA SAUDARA SEKANDUNG BERIKUTNYA LANJUTKAN KE N05.

JIKA SUDAH TIDAK ADA SAUDARA SEKANDUNG LANJUTKAN KE IX.O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

JIKA SAUDARA SFKANDUNG I FRIH DARI 9. GUJAKAN I FMBAR TAMBAHAN

IX. O. PENGAMATAN PEWAWANCARA

Apakah responden ?

O01	Memiliki masalah dengan pendengaran?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O02	Memiliki masalah dengan penglihatan ?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O03	Menggunakan kursi roda ?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O04	Menggunakan tongkat/penopang/alat bantu?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O05	Mengalami kelumpuhan di lengan, tangan atau kaki?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O06	Batuk berkepanjangan ?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O07	Mengalami sesak napas ?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O08	Mengalami masalah kejiwaan ?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O09	Masalah kesehatan lainnya ?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O10	Mengalami amputasi lengan atau bagian lengan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O11	Kerjasama responden ?	1. Luar biasa baik 2. Sangat baik 3. Baik 4. Cukup 5. Kurang	<input type="checkbox"/>
O12	Ketepatan dan kelengkapan jawaban responden:	1. Sangat tinggi 2. Tinggi 3. Sedang 4. Rendah 5. Sangat rendah	<input type="checkbox"/>
O13	Keadaan lain (luar biasa)/kejadian selama wawancara ? _____ _____ _____		
O14	Komentar lainnya? _____ _____ _____		

Waktu selesai wawancara: :

CATATAN

Empty rectangular box for notes.

