



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"/> |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <p>Kode kolom 3 :</p> <p>Hubungan dengan kepala rumah tangga</p> <p>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</p> | <p>Kode kolom 6 :</p> <p>Hasil verifikasi</p> <p>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</p> | <p>Kolom 7 :</p> <p>Keterangan hasil verifikasi ART</p> <p>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)</p> | <p>Kode kolom 8</p> <p>Status perkawinan</p> <p>1 = Belum kawin 2 = Kawin 3 = Cerai hidup 4 = Cerai mati</p> | <p>Kode kolom 10</p> <p>Lapangan pekerja kesehatan</p> <p>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</p> |
|---|--|--|---|---|

| (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 | | | | |
| (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"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 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 berhubungan 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 berhubungan 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 08. Asma 02. Imunisasi 09. Sakit jantung 03. Pemeriksaan kehamilan 10. Kecelakaan/cedera 04. KB 11. Kencing manis 05. Depresi 12. Lainnya (<i>sebutkan!</i>) 06. Pengobatan gigi dan mulut 07. Radang persendian | <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) | (4) | (5) |
| 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Jb05 | Pada rawat inap terakhir , berapa lama waktu yg di butuhkan untuk mencapai fasilitas rawat inap tersebut? | menit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 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="checkbox"/> | <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="checkbox"/> | <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="checkbox"/> | <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="checkbox"/> | <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="checkbox"/> | <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"/> |

| | | | | |
|------|--|--|---|--------------------------|
| 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>ikuserta</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"/> |
| 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"/> |

**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"/> |
| M13 | Sudah berapa lama [nama] meninggal? | dalam tahun | <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"/> |

**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"/> |
| 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"/> |

| 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"/> |
| M18 | Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera? | 1. Ya 2. Tidak → M21a 8. Tidak tahu → M21a | <input type="checkbox"/> |
| M19 | Apakah penyebab [nama] meninggal? | 1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena perang 5. Bencana alam | <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"/> |
| | | | 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"/> |
| | | | 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"/> |
| M23 | Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum dia meninggal? | 1. Ya 2. Tidak → M25 8. Tidak tahu → M25 | <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"/> |
| 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"/> |
| M26 | Jika "Ya" apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M27 | Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| M29 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat ? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |

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"/> |
| M32 | Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul? | 1. Ya, terus menerus 2. Ya, hilang timbul 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M33 | Apakah demam tersebut disertai dengan kedinginan/menggigil? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M34 | Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| M36 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M37 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah batuk? | 1. Ya 2. Tidak → M39 8. Tidak tahu → M39 | <input type="checkbox"/> |
| M38 | Jika "Ya" apa jenis batuknya? | 1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 8. Tidak tahu | <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"/> |
| M40 | Apakah pernafasan itu disertai dengan penarikan ke dalam dari dinding dada bagian bawah? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M41 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare? | 1. Ya 2. Tidak → M42a 8. Tidak tahu → M42a | <input type="checkbox"/> |
| M42 | Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N07 | Tanggal lahir | Tanggal | <input type="text"/> |
| | | Bulan | <input type="text"/> |
| | | Tahun | <input type="text"/> |
| N08 | Berapa <u>perbedaan umur</u> (dalam tahun) antara Saudara dengan [nama]? | dalam tahun | <input type="text"/> |
| N09 | Apakah [nama] <u>masih</u> hidup? | 1. Ya 2. Tidak → N12 | <input type="checkbox"/> |
| N10 | Jika [nama] masih hidup, berapa <u>umur</u> [nama] saat ini? | dalam tahun | <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"/> |

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"/> |
| N13 | Sudah berapa lama [nama] meninggal? | dalam tahun | <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"/> |

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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| N18 | Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera? | 1. Ya 2. Tidak → N21a 8. Tidak tahu → N21a | <input type="checkbox"/> |
| N19 | Apakah penyebab [nama] meninggal? | 1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena Perang 5. Bencana alam | <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"/> |
| | | 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"/> |
| | | | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| N21 a | 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 | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| N23 | Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum dia meninggal? | 1. Ya 2. Tidak → N25 8. Tidak tahu → N25 | <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"/> |
| 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"/> |
| N26 | Jika "Ya", apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N27 | Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N29 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N30 | Apakah [nama] sebelum meninggal menderita sariawan yang terus menerus? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N32 | Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul? | 1. Ya, terus menerus 2. Ya, hilang timbul 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N33 | Apakah demam tersebut disertai dengan kedinginan/menggigil? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N34 | Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N36 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N38 | Jika "Ya" apa jenis batuknya? | 1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 8. Tiak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N39 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah bernafas cepat? | 1. Ya 2. Tidak → N41 8. Tidak tahu → N41 | <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"/> |
| N41 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare? | 1. Ya 2. Tidak → N42a 8. Tidak tahu → N42a | <input type="checkbox"/> |
| N42 | Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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 SEKANDUNG I FRIBI DARI 9. GUNAKAN 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** \geq 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"/> |
| M07 | Tanggal lahir | Tanggal | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | | Bulan | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | | Tahun | <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"/> |
| M09 | Apakah [nama] <u>masih</u> hidup? | 1. Ya 2. Tidak → M12 | <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"/> |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
|-----|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**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"/> |

**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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| M18 | Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera? | 1. Ya 2. Tidak → M21a 8. Tidak tahu → M21a | <input type="checkbox"/> |
| M19 | Apakah penyebab [nama] meninggal? | 1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena perang 5. Bencana alam | <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"/> |
| 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"/> |
| | | | 12..... | 12..... | 12..... | 12..... | 12..... | 12..... | 12..... | 12..... | 12..... |
| | | | <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"/> |
| M23 | Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum dia meninggal? | 1. Ya 2. Tidak → M25 8. Tidak tahu → M25 | <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"/> |
| 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"/> |
| M26 | Jika "Ya" apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M27 | Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| M29 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat ? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |

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"/> |
| M32 | Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul? | 1. Ya, terus menerus 2. Ya, hilang timbul 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M33 | Apakah demam tersebut disertai dengan kedinginan/menggigil? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M34 | Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| M36 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M37 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah batuk? | 1. Ya 2. Tidak → M39 8. Tidak tahu → M39 | <input type="checkbox"/> |
| M38 | Jika "Ya" apa jenis batuknya? | 1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 8. Tidak tahu | <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"/> |
| M40 | Apakah pernafasan itu disertai dengan penarikan ke dalam dari dinding dada bagian bawah? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| M41 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare? | 1. Ya 2. Tidak → M42a 8. Tidak tahu → M42a | <input type="checkbox"/> |
| M42 | Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N07 | Tanggal lahir | Tanggal | <input type="text"/> |
| | | Bulan | <input type="text"/> |
| | | Tahun | <input type="text"/> |
| N08 | Berapa <u>perbedaan umur</u> (dalam tahun) antara Saudara dengan [nama]? | dalam tahun | <input type="text"/> |
| N09 | Apakah [nama] <u>masih</u> hidup? | 1. Ya 2. Tidak → N12 | <input type="checkbox"/> |
| N10 | Jika [nama] masih hidup, berapa <u>umur</u> [nama] saat ini? | dalam tahun | <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"/> |

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"/> |
| N13 | Sudah berapa lama [nama] meninggal? | dalam tahun | <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"/> |

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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| N18 | Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera? | 1. Ya 2. Tidak → N21a 8. Tidak tahu → N21a | <input type="checkbox"/> |
| N19 | Apakah penyebab [nama] meninggal? | 1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena Perang 5. Bencana alam | <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"/> |
| | | 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"/> |
| | | | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... | 10..... |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| N21 a | 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 | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| N23 | Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum dia meninggal? | 1. Ya 2. Tidak → N25 8. Tidak tahu → N25 | <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"/> |
| 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"/> |
| N26 | Jika "Ya", apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N27 | Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N29 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N30 | Apakah [nama] sebelum meninggal menderita sariawan yang terus menerus? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N32 | Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul? | 1. Ya, terus menerus 2. Ya, hilang timbul 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N33 | Apakah demam tersebut disertai dengan kedinginan/menggigil? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N34 | Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N36 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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"/> |
| N38 | Jika "Ya" apa jenis batuknya? | 1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 8. Tiak tahu | <input type="checkbox"/> |
| N39 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah bernafas cepat? | 1. Ya 2. Tidak → N41 8. Tidak tahu → N41 | <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"/> |
| N41 | Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare? | 1. Ya 2. Tidak → N42a 8. Tidak tahu → N42a | <input type="checkbox"/> |
| N42 | Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya? | 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu | <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.

