

SURKESNAS-SKRT 2004
DAFTAR VARIABEL SURVEI KESEHATAN RUMAH TANGGA 2004

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
BLOK I	PENGENALAN TEMPAT				
	IDRT	Variabel Kunci Rumah Tangga		String	17
	ENTRI	Nama Pengentri		String	5
	NOMER	Nomor Kuesioner		Number	6
	PROP	Nama Provinsi		String	30
1	B1R1	Kode Provinsi		Number	2
	KABU	Nama Kabupaten/kota		String	30
2	B1R2	Kode Kabupaten/kota		String	2
	KECA	Nama Kecamatan		String	30
3	B1R3	Kode Kecamatan		String	3
	DESA1	Nama Desa/Kelurahan		String	30
4	B1R4	Kode Desa/Kelurahan		String	3
5	B1R5	Klasifikasi desa/ kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	Number	1
6	B1R6A	Nomor blok sensus		String	4
	B1R6B	Nomor sub blok sensus		String	4
7	B1R7	Nomor Kode Sampel		String	4
8	B1R8	Nomor urut sampel rumah tangga		String	2
9	B1R9A	Alamat rumah		String	70
	B1R9B	Alamat rumah		String	70
BLOK II	KETERANGAN RUMAH TANGGA				
1	B2R1	Nama kepala rumah tangga		String	35
2	B2R2	Banyaknya anggota rumah tangga		Number	2
3	B2R3	Jumlah balita		Number	2
4	B2R4	Nama responden terpilih		String	35
5	B2R5	No. urut ART responden terpilih		Number	2
BLOK III	KETERANGAN KUNJUNGAN PEWAWANCARA SUSENAS 2004 MODUL (BPS)				
	B3R1	Apakah rumah tangga ini pernah diwawancarai oleh petugas Susenas 2004 modul (VSEN2004.MPK)	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu	Number	1
BLOK IV	KETERANGAN WAWANCARA				
	B3TG1	Tanggal Kunjungan Pertama		Number	2
	B3BL1	Bulan Kunjungan Pertama		Number	2
	B3TH1	Tahun Kunjungan Pertama		Number	4
	B3R21	Hasil Kunjungan Pertama	1. Selesai 2. Ditangguhkan 3. Tidak selesai 4. Responden tidak ditemukan 5. Ditolak 6. Lainnya	Number	1
	B3TG2	Tanggal Kunjungan Kedua		Number	2

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
	B3BL2	Bulan Kunjungan Kedua		Number	2
	B3TH2	Tahun Kunjungan Kedua		Number	4
	B3R22	Hasil Kunjungan Kedua	1. Selesai 2. Ditangguhkan	Number	1
			3. Tidak selesai 4. Responden tidak ditemukan 5. Ditolak 6. Lainnya		
	B3TG3	Tanggal Kunjungan Akhir		Number	2
	B3BL3	Bulan Kunjungan Akhir		Number	2
	B3TH3	Tahun Kunjungan Akhir		Number	4
	B3R23	Hasil Kunjungan Akhir	1. Selesai 2. Ditangguhkan 3. Tidak selesai 4. Responden tidak ditemukan 5. Ditolak 6. Lainnya	Number	1
	B3R21L	Alasan/penjelasan lainnya		String	49
	B3R6TG	Tanggal pemeriksaan		Number	2
	B3R6BL	Bulan Pemeriksaan		Number	2
	B3R6TH	Tahun pemeriksaan		Number	4
	HASIL	Hasil pemeriksaan	1. Selesai 2. Ditangguhkan 3. Tidak selesai 4. Responden tidak ditemukan 5. Ditolak 6. Lainnya	Number	8
	ALASAN	Alasan/penjelasan lainnya		String	49
BLOK V KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA (ART) DAN LAB					
	NOMER	Nomor Kuesioner		Number	6
	STRATA	STRATA		String	3
	PSU	PSU		String	8
	IDRT	Variabel Kunci Rumah Tangga		String	17
	IDART	Variabel Kunci Anggota Rumah Tangga		String	19
	B1R1	Kode Propinsi		String	2
	B1R2	Kode Kabupaten/kota		String	2
	B1R3	Kode Kecamatan		String	3
	B1R4	Kode Desa/kelurahan		String	3
	B1R5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	String	1
	B1R6A	Nomor blok sensus		String	4
	B1R7	Nomor Kode Sampel		String	4
	B1R8	Nomor urut sampel rumah tangga		String	2
	B5	Keterangan ART (Jumlah ART)		Number	2
1	B5N1	No Urut ART		String	2
2	B5N2	Nama ART		String	25
3	B5N3	Hub dgn Kepala Rumah Tangga	1. Kepala Rumah Tangga 2. Istri/Suami 3. Anak	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			4. Menantu 5. Cucu 6. Orang tua/mertua 7. Famili lain 8. Pembantu rumah tangga 9. Lainnya		
4	B5N4	Jenis kelamin	1. laki-laki 2. Perempuan	Number	1
5	B5N5	Umur		Number	2
6	B5N6	Kode Hasil verifikasi	0. Tidak ada perubahan 1. Ada perubahan isian dari kolom 2. Meninggal 3. Pindah/keluar dari rumah tangga sampel 4. Lahir 5. Belum tercatat/anggota baru 6. Tidak pernah ada dalam RT terpilih	Number	1
	B5_3A	Perubahan Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga	1. Kepala Rumah Tangga 2. Istri/Suami 3. Anak 4. Menantu 5. Cucu 6. Orang tua/mertua 7. Famili lain 8. Pembantu rumah tangga 9. Lainnya	Number	1
	B5_4A	Perubahan Kode Jenis Kelamin	1. laki-laki 2. Perempuan	Number	1
	B5_5A	Perubahan pada Umur		Number	2
7	HUB_K_OK	Hub dgn Kepala Rumah Tangga (verifikasi)	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	Number	1
	JENKE_OK	Jenis kelamin (verifikasi)	1. laki-laki 2. Perempuan	Number	1
	USIA_OK	Umur (verifikasi)		Number	2
8	KAWIN_OK	Status kawin ART	1. Belum kawin 2. Kawin 3. Cerai hidup 4. Cerai mati	Number	1
	INF_ART	Inflate ART		Number	4
9	BUMIL_OK	Khusus ART perempuan = 10 tahun Apakah sedang hamil ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	INF_BMIL	Inflate Bumil		Number	4
10	KERJA_OK	Khusus ART = 15 tahun, Apakah pernah/sedang bekerja atau mengikuti pendidikan/pelatihan di lapangan	1. Ya 2. Tidak	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
		pekerjaan kesehatan ?			
	INF_KJA	Inflate Pekerja		Number	4
11	B5N11	Responden terpilih	1. Ya 2. Tidak	Number	1
12	B5N12	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	Number	1
13	B5N13	Jenis kesulitan/gangguan yang mengganggu kegiatan sehari-hari	001. Penglihatan 002. Pendengaran 004. Komunikasi/pembicaraan 008. Penggunaan lengan dan/atau tangan	Number	3
			016. Penggunaan tungkai dan/atau tangan 032. Ingatan/kesadaran 064. Mental Cth: 003 = Penglihatan & Pendengaran		
		Ket: Jawaban bisa lbh dari 1 dan jumlahkan kode jwbannya			
14	B5N14	Penyebab kesulitan gangguan yang dialami	01. Bawaan sejak lahir 02. Kecelakaan/kerusakan 04. Bencana alam 08. Penyakit 16. Umur (tua/muda) Cth.: 03 = Bawaan sejak lahir & kecelakaan/kerusakan	Number	2
		Ket: Jawaban bisa lbh dari 1 dan jumlahkan kode jawabannya			
15		Adanya kesulitan/gangguan ini, apakah ART memakai/ membutuhkan alat bantu unt kegiatan sehari-hari			
	B5N15A	Memakai	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	B5N15B	Membutuhkan	1. Ya 2. Tidak	Number	1
16	B5N16	Adanya kesulitan/gangguan ini, apakah ART membutuhkan bantuan orang lain untuk kegiatan sehari-hari ?	1. Ya selalu 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak	Number	1
17	B5N17	Apakah ART biasanya tidur menggunakan kelambu ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
18	B5N18	Jika kolom 17=Ya, apakah kelambu yang dipakai dicelup insektisida ?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu	Number	1
19	B5N19	Jika kolom 18=Ya, kapan kelambu dicelup insektisida ?	1. 6 bulan terakhir 2. 7 bulan - 1 tahun 3. Lebih dari 1 tahun 4. Tidak tahu	Number	1
	MLAI_JAM	Waktu mulai wawancara (jam)		Number	2
	MLAI_MNT	Waktu mulai wawancara (menit)		Number	2
	File Ket-ART-SKRT-RT				
	Infartrt	Inflate ART dgn rumah tangga KOR Susenas			
	Infmilrt	Inflate bumil dgn rumah tangga KOR Susenas			
	Infkjart	Inflate pekerja kesehatan dgn rumah tangga KOR Susenas			
	File Ket-ART-SKRT-Ind				
	Infalind	Inflate ART dgn individu KOR Susenas			
	lfmilind	Inflate bumil dgn individu KOR Susenas			

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
	lfkjaind	Inflate pekerja kesehatan dgn individu KOR Susenas			
	LAB_01	No Urut Pemeriksaan Laboratorium		Number	2
	LAB_02	Nama Anggota Rumah Tangga		String	25
	LAB_03	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	Number	1
	LAB_04	Umur Anggota Rumah Tangga		Number	2
	LAB_ART	No Urut Anggota Rumah Tangga		String	2
	LAB_05	Berat badan		Number	6
	INF_BB	Inflate BB		Number	8
	LAB_06	Tinggi Badan		Number	6
	INF_TB	Inflate TB		Number	8
	LAB_07	LILA		Number	5
	INF_LILA	Inflate LILA		Number	8
	LAB_08	Sistol		Number	3
	LAB_09	Diastol		Number	3
	LAB_10	Nadi		Number	3
	INF_8_10	Inflate Systol, Diastol, Nadi		Number	8
	LAB_12	Kadar Hb (gr/dl)I		Number	2
	LAB_12B	Kadar Hb (gr/dl)II		Number	2
	INFHB	Inflate HB		Number	8
	LAB_13	Gula Darah		Number	3
	INF_GUL	Inflate Gula		Number	8
	LAB_14	Kolesterol		Number	3
	INF_KOLE	Inflate Kolesterol		Number	8
	LAB_15J	Waktu Terakhir Makan (jam)		Number	2
	LAB_15M	Waktu Terakhir Makan (menit)		Number	2
	LAB_16J	Waktu Minum Obat (jam)		Number	2
	LAB_16M	Waktu Minum Obat (menit)		Number	2
	LAB_17J	Waktu Pemeriksaan (Jam)		Number	2
	LAB_17M	Waktu Pemeriksaan (menit)		Number	2
	MKN_OBAT	Makan obat		Number	2
	J_PERIKSA	Jam Periksa		Number	2
	PUASA_JM	Lama Puasa		Number	8
	File Lab-SKRT-Ind				
	infallind	Inflate ART dgn individu KOR susenas			
	infbbind	Inflate berat badan dgn individu KOR susenas			
	infbind	Inflate tinggi badan dgn individu KOR susenas			
	inflilind	Inflate Lila dgn individu KOR susenas			
	In810ind	Inflate sistole/diastole/nadi dgn individu KOR susenas			
	infhbind	Inflate HB dgn individu KOR susenas			
	Infgdind	Inflate gula darah dgn individu KOR susenas			
	Infkoid	Inflate kolesterol dgn individu KOR susenas			
	File Lab-SKRT-RT				
	Infallrt	Inflate ART dgn rumah tangga KOR susenas			
	Infbb_rt	Inflate berat badan dgn rumah tangga KOR susenas			
	Infbt_rt	Inflate tinggi badan dgn rumah tangga KOR susenas			
	Infilrt	Inflate Lila dgn rumah tangga KOR susenas			
	In810rt	Inflate sistole/diastole/nadi dgn rumah tangga KOR susenas			
	Infhb_rt	Inflate HB dgn rumah tangga KOR susenas			
	Infgd_rt	Inflate gula darah dgn rumah tangga KOR susenas			

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
	Infko_rt	Inflate kolesterol dgn rumah tangga KOR susenas			
BLOK VI RUMAH TANGGA					
Hanya untuk RT yang memiliki balita, jika tidak ada balita lanjutkan ke B. Lapangan Pekerjaan Kesehatan					
BLOK VI.A PENYAKIT MALARIA PADA BALITA					
	STRATA	STRATA		String	3
	PSU	PSU		String	8
	INF_LITA	Inflate Balita		Number	15
	NOMER	Nomor Kuesioner		Number	6
	IDRT	Variabel Kunci Rumah Tangga		String	17
	IDART	Variabel Kunci Anggota Rumah Tangga		String	19
	IDIBU	Variabel Kunci Ibu Kandung Balita		String	19
	IDRESP	Variabel Kunci ART yang diwawancarai		String	19
	B1R1	Kode Propinsi		String	2
	B1R2	Kode Kabupaten/kota		String	2
	B1R3	Kode Kecamatan		String	3
	B1R4	Kode Desa/kelurahan		String	3
	B1R5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	String	1
	B1R6A	Nomor blok sensus		String	4
	B1R7	Nomor blok sensus		String	4
	B1R8	Nomor urut sampel rumah tangga		String	2
	HUB_K_OK	Hub dgn Kepala Rumah Tangga (verifikasi)	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	Number	1
	JENKE_OK	Jenis Kelamin balita	1. Laki-laki 2. Perempuan	Number	1
	USIA_OK	Umur balita		Number	2
	KAWIN_OK	Status kawin balita	1. Belum kawin 2. Kawin 3. Cerai hidup 4. Cerai mati	Number	1
1	A01	Jumlah balita di RT		Number	2
2	A02A1	Nama ART yang diwawancarai		String	20
	A02A2	No urut ART yang diwawancarai		String	2
	A02B1	Nama ibu kandung balita		String	20
	A02B2	No urut ART ibu kandung balita		String	2
3	BALITA	Nama balita		String	20
	NO_BAL	No. urut ART balita		String	2
	UMUR_BAL	Umur balita		Number	2
4	A04	Kapan terahir (balita) menderita demam ?	1. Dalam 2 minggu terahir 2. 2 minggu - 1 bulan yang lalu 3. 1 bulan - 3 bulan yang lalu 4. Lebih 3 bulan yang lalu	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
			5. Tidak pernah demam 8. Tidak tahu		
5	A05	Selama [balita] sakit panas/demam, apakah diberi obat	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
6	A06	Jika Ya, obat apa yang diminum ?			
	A061A	Obat anti malaria (diberi oleh Nakes)		Number	1
	A061	Nama obat anti malaria (Nakes)		String	20
	RC_A06_1	Kode Nama Obat yang diberi Nakes	Lampiran 1	Number	8
	A062A	Obat anti malaria yg dibeli sendiri/warung		Number	1
	A062	Nama obat anti malaria (Warung)		String	20
	RC_A06_2	Kode Nama Obat yang dibeli sendiri/warung	Lampiran 2	Number	8
	A063A	Jamu/obat dari tanaman buatan sendiri		Number	1
	A063	Nama obat dari tanaman buatan sendiri		String	20
	RC_A06_3	Kode Nama Obat dari tanaman buatan sendiri	Lampiran 3	Number	8
	A064A	Obat tradisional dari sinshe atau tabib		Number	1
	A064	Nama obat dari shinshe/tabib		String	20
	RC_A06_4	Kode Nama Obat dari shinshe atau tabib	Lampiran 4	Number	8
	A065A	Lainnya		Number	1
	A065	Nama obat lainnya		String	20
	RC_A06_5	Kode Nama Obat lainnya	Lampiran 5	Number	8
7	A07	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [balita] pernah sakit malaria	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu	Number	1
8	A08	Selama [balita] sakit malaria yang terakhir, apakah diberi obat malaria	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu	Number	1
9	A09	Jika Ya, obat apa yang diminum ?			
	A091A	Obat anti malaria (diberi oleh Nakes)		Number	1
	A091	Nama obat anti malaria (Nakes)		String	20
	RC_A09_1	Kode Nama Obat yang diberi Nakes	Lampiran 6	Number	8
	A092A	Obat anti malaria yg dibeli sendiri/warung		Number	1
	A092	Nama obat anti malaria (Warung)		String	20
	RC_A09_2	Kode Nama Obat yang dibeli sendiri/warung	Lampiran 7	Number	8
	A093A	Jamu/obat dari tanaman buatan sendiri		Number	1
	A093	Nama obat dari tanaman anti malaria		String	20
	RC_A09_3	Kode Nama Obat dari tanaman buatan sendiri	Lampiran 8	Number	8
	A094A	Obat tradisional dari sinshe atau tabib		Number	1
	A094	Nama obat dari shinshe/tabib		String	20
	RC_A09_4	Kode nama obat tradisional dari sinshe atau tabib	Lampiran 9	Number	8
	A095A	Lainnya		Number	1
	A095	Nama obat lainnya		String	20
	RC_A09_5	Kode Nama Obat Lainnya	Lampiran 10	Number	8
	ENTRI	Nama Pengentri		String	5
	File Balita-SKRT-Ind				
	lfbalind	Inflate balita dgn individu ibunya di KOR susenas			
	File Balita-SKRT-RT				
	lflitart	Inflate balita dgn rumah tangga KOR susenas			
BLOK VI.B LAPANGAN PEKERJAAN KESEHATAN					

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
Hanya untuk ART yang pernah/sedang bekerja atau mengikuti pendidikan/ pelatihan kesehatan. Jika tidak ada pekerja kesehatan lanjutkan ke blok VII. Responden Terpilih					
	STRATA	STRATA		String	3
	PSU	PSU		String	8
	INFLATE	Inflate pekerja		Number	15
	NOMER	Nomor Kuesioner		Number	6
	IDRT	Variabel Kunci Rumah Tangga		String	17
	IDART	Variabel Kunci Anggota Rumah Tangga		String	19
	B1R1	Kode Propinsi		String	2
	B1R2	Kode Kabupaten/kota		String	2
	B1R3	Kode Kecamatan		String	3
	B1R4	Kode Desa/kelurahan		String	3
	B1R5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	String	1
	B1R6A	Nomor blok sensus		String	4
	B1R7	Nomor blok sensus		String	4
	B1R8	Nomor urut sampel rumah tangga		String	2
	B5	Jumlah ART yang tertera dalam daftar		Number	2
	B5N1	Nomor urut ART		String	2
	B5N2	Nama ART		String	25
	HUB_K_OK	Hub dgn Kepala Rumah Tangga (verifikasi)	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	Number	1
	JENKE_OK	Jenis Kelamin ART (Verifikasi)	1. Laki-laki 2. Perempuan	Number	1
	USIA_OK	Umur ART (Verifikasi)		Number	2
	KAWIN_OK	Status kawin ART (verifikasi)	1. Belum kawin 2. Kawin 3. Cerai hidup 4. Cerai mati	Number	1
	BUMIL_OK	Khusus ART perempuan = 10 tahun Apakah sedang hamil ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	ENTRI	Nama Pengentri		String	5
1	B01	Jumlah anggota rumah tangga (ART) yg pernah bekerja/ mengikuti pendidikan/pelatihan di bidang kesehatan		Number	1
2	B02	Nama ART		String	20
3	B03	No. urut ART		Number	2
4	B04_A	Pendidikan kesehatan formal tertinggi yang pernah/sedang diikuti	1. Dokter, dokter gigi, dokter spesialis 2. Perawat 3. Bidan 4. Kefarmasian 5. Sarjana kes. Masyarakat 6. Sanitarian/kesehatan lingkungan 7. Tenaga gizi	Number	2

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			8. Tenaga keterampilan fisik 9. Keteknisian medik 10. Lainnya (sebutkan) 11. Tidak pernah		
	B04AL	Lainnya		String	20
	B04_B	Pelatihan kesehatan yang pernah /sedang diikuti	1. Akupuntur 2. Peracik obat tradisional 3. Dukun bayi	Number	2
			4. Kader kesehatan 5. Teknis gigi 6. Teknis refraksi 7. PPPK 8. Transfusi 9. Lainnya (sebutkan) 10. Tidak pernah		
	B04BL	Lainnya		String	20
5	B05	Apakah lapangan pekerjaan kesehatan utama di bidang kesehatan yang pernah/sedang dilakukan [nama] ?	1. Dokter, dokter gigi, dokter spesialis 2. Perawat 3. Bidan 4. Kefarmasian 5. Sarjana kes. Masyarakat 6. Sanitarian/kesehatan lingkungan 7. Tenaga gizi 8. Tenaga keterampilan fisik 9. 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 (sebutkan)	Number	2
			14. Tidak pernah bekerja di bidang kesehatan		
	B05L	Lainnya		String	20
6	B06	Apakah [nama] masih bekerja pada lapangan pekerjaan kesehatan yang berkaitan dengan jawaban B05 dalam 1 tahun terakhir ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
7	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 (sebutkan)	Number	1
	B07L	Lainnya		String	20
8	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	Number	2

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			15. Pendidikan, pelatihan & penelitian 16. Laboratorium 17. Apotek 18. Lainnya (sebutkan) Swasta 21. Rumah sakit 22. RSB/Rumah bersalin 23. Balai kes. Masyarakat 24. Klinik/BP/Praktek pribadi 25. Pendidikan, pelatihan & penelitian 26. Laboraterium 27. Apotek 28. Lainnya (sebutkan)		
	B08L	Lainnya		String	20
9	B09	Berapa lama biasanya [nama] bekerja dalam 1 minggu, tidak termasuk waktu istirahat/lembur yang tidak dibayar ?			
	B09A	a. Jumlah hari dalam 1 miggsu		Number	1
	B09B	b. Jumlah jam dalam 1 hari		Number	2
10	B10	Pilih 2 jenis kegiatan pada pekerjaan utama yang sering dikerjakan [nama] di tempat tersebut			
	B10A	Kegiatan pertama	1. Pelayanan langsung pada pasien 2. Administrasi/supervisi/koordinasi 3. Mengajar/peneliti kesehatan 4. Laboran/pelaksana 5. Menyediakan obat 6. Aktivitas lain yang berhubungan dengan kesehatan 7. Profesional atau biro jasa lainnya 8. Aktivitas lain yg tidak berhubungan dengan kesehatan	Number	1
	B10B	Kegiatan kedua	1. Pelayanan langsung pada pasien 2. Administrasi/supervisi/koordinasi 3. Mengajar/peneliti kesehatan 4. Laboran/pelaksana 5. Menyediakan obat 6. Aktivitas lain yang berhubungan dengan kesehatan 7. Profesional atau biro jasa lainnya 8. Aktivitas lain yg tidak berhubungan dengan kesehatan	Number	1
			kesehatan 7. Profesional atau biro jasa lainnya 8. Aktivitas lain yg tidak berhubungan dengan kesehatan		
11	B11	Bagaimana cara [nama] memperoleh pembayaran upah pekerjaan utama yang biasanya dilakukan di tempat tsb ?	1. Gaji 2. Gaji dan bonus 3. Jasa pelayanan 4. Kapitasi 5. Kapitasi dan jasa 6. Cara lain 7. Tidak dibayar	Number	1
12	B12	Selain pekerjaan utama, apakah [nama] bekerja di bidang kesehatan tempat lain ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
13	B13	Dimana tempat [nama] bekerja sampingan dalam 1 tahun	Pemerintah	Number	2

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
		terahir ?	11. Rumah sakit 12. RSB/Rumah bersalin 13. Puskesmas 14. Klinik/BP/Polindes 15. Pendidikan, pelatihan & penelitian 16. Laboratorium 17. Apotik 18. Lainnya (sebutkan) Swasta 21. Rumah sakit 22. RSB/Rumah sakit 23. Balai kes masyarakat 24. Klinik/BP/Praktek pribadi 25. Pendidikan, pelatihan & penelitian 26. Laboratorium 27. Apotek 28. Lainnya (sebutkan)		
	B13L			String	20
14	B14	Berapa lama biasanya [nama] bekerja dalam 1 minggu, tidak termasuk waktu istirahat/lembur yang tidak dibayar ?			
	B14A	a. Jumlah hari dalam 1 minggu		Number	1
	B14B	b. Jumlah jam dalam 1 hari		Number	2
15	B15	Pilih 2 jenis kegiatan pada pekerjaan pekerjaan tambahan yang sering dikerjakan [nama] di tempat tersebut			
	B15A	Pekerjaan Sampingan Pertama	1. Pelayanan pasien langsung 2. Administrasi/supervisi/koordinasi	Number	1
			3. Mengajar/peneliti kesehatan 4. Laboran/pelaksana 5. Menyediakan obat 6. Aktivitas lain yang berhubungan dengan kes 7. Profesional atau biro jasa lainnya 8. Aktivitas lain yg tidak berhubungan dgn kes		
	B15B	Pekerjaan sampingan kedua	1. Pelayanan pasien langsung 2. Administrasi/supervisi/koordinasi 3. Mengajar/peneliti kesehatan 4. Laboran/pelaksana 5. Menyediakan obat 6. Aktivitas lain yang berhubungan dengan kes 7. Profesional atau biro jasa lainnya 8. Aktivitas lain yg tidak berhubungan dgn kes	Number	1
16	B16	Bagaimana cara [nama] memperoleh pembayaran upah pekerjaan tambahan yang biasanya dilakukan di tempat tsb :	1. Gaji 2. Gaji dan bonus 3. Jasa pelayanan 4. Kapitasi 5. Kapitasi dan jasa 6. Cara lain 7. Tidak dibayar	Number	1
	File Pekerja-SKRT-Ind				
	lfkjaind	Inflate pekerja kesehatan dgn individu KOR susenas			
	File Pekerja-SKRT-RT				

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
	Infkjart	Inflate pekerja kesehatan dgn rumah tangga KOR susenas			
BLOK VII RESPONDEN TERPILIH					
BLOK VII.C KETERANGAN RESPONDEN TERPILIH					
	NOMER	Nomor Kuesioner		Number	6
	STRATA	STRATA		String	3
	PSU	PSU		String	8
	IDRT	Variabel Kunci Rumah Tangga		String	17
	IDART	Variabel Kunci Anggota Rumah Tangga		String	19
	B1R1	Kode Propinsi		String	2
	B1R2	Kode Kabupaten/kota		String	2
	B1R3	Kode Kecamatan		String	3
	B1R4	Kode Desa/kelurahan		String	3
	B1R5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	String	1
	B1R6A	Nomor blok sensus		String	4
	B1R7	Nomor blok sensus		String	4
	B1R8	Nomorurut sampel rumah tangga		String	2
	B5N1	Nomorurut ART		String	2
	B5N2	Nama ART		String	25
	HUB_K_OK	Hub dgn Kepala Rumah Tangga (verifikasi)	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	Number	1
	JENKE_OK	Jenis Kelamin Responden(Verifikasi)	1. Laki-laki 2. Perempuan	Number	1
	USIA_OK	Umur Responden		Number	2
	BUMIL_OK	Khusus ART perempuan = 10 tahun Apakah sedang hamil ?	1. Ya 2. Tidak	Number	2
	KERJA_OK	Khusus ART = 15 tahun, Apakah pernah/sedang bekerja atau mengikuti pendidikan/pelatihan di lapangan pekerjaan kesehatan ?	1. Ya 2. Tidak	Number	2
	INF_KJA	Inflate Pekerja		Number	15
1	C01A	a. Nama responden terpilih		String	25
	C01B	b. No. urut ART responden terpilih		Number	2
2	C02	Apakah Saudara pernah diwawancarai oleh petugas pewawancara Susenas 2004 Modul (VSEN2004.MPK) ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
3	C03	Ijazah/STTB tertinggi yang dimiliki :	1. Tidak punya 2. SD/MI/ sederajat 3. SLTP/MT/ sederajat 4. SMU/MA/ sederajat 5. SMK (keuruan) 6. Diploma I/II 7. Diploma III/Sarjana muda 8. Diploma IV/S1	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN			9. S2/S3		
4	C04	Status perkawinan	1. Belum kawin 2. Kawin 3. Cerai hidup 4. Cerai mati	Number	1
5	C05	Apakah pasangan anda tinggal di rumah tangga ini ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
6	C06	Jika Ya, No. urut ART pasangan responden :		Number	2
	INFLATE	Inflate Responden		Number	5
File Responden-SKRT-Ind					
	lfrspind	Inflate responden terpilih dgn individu di Modul susenas			
File Responden-SKRT-RT					
	lfrsprt	Inflate responden terpilih dgn rumah tangga KOR susenas			
BLOK VII.D					
DESKRIPSI STATUS KESEHATAN					
Kesehatan menyeluruh					
1	D01	Secara umum, bagaimana kondisi kesehatan Saudara hari ini ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Cukup 4. Buruk 5. Sangat buruk	Number	1
Mobilitas					
2	D02	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar Saudara mengalami kesulitan dalam berjalan di dalam maupun di luar rumah ?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Sulit 5. Sangat sulit	Number	1
Perawatan diri					
3	D03	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar Saudara mengalami kesulitan dalam merawat diri sendiri (misal mandi atau berpakaian) ?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Sulit 5. Sangat sulit	Number	1
Nyeri dan rasa tidak nyaman					
4	D04	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar Saudara merasakan sakit/pegal linu atau nyeri	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat berat	Number	1
Kognitif (Ingatan)					
5	D05	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit Saudara dapat memusatkan pikiran pada kegiatan atau mengingat sesuatu?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Sulit 5. Sangat sulit	Number	1
Hubungan dengan masyarakat					
6	D06	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar Saudara mengalami kesulitan dalam pergaulan atau melibatkan diri dalam kegiatan kemasyarakatan ?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Sulit	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			5. Sangat sulit		
	Penglihatan				
7	D07	Apakah saudara memakai kaca mata atau lensa kontak ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
8	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	Number	1
	Tidur dan tenaga				
9	D09	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa parah Saudara mengalami gangguan tidur (misal mudah tertidur, sering terbangun pada malam hari atau bangun lebih awal dari pada biasanya ?	1. Tidak ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Berat 5. Sangat berat	Number	1
	Perasaan				
10	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	Number	1
BLOK VII.E SKETSA DESKRIPSI STATUS KESEHATAN					
	E00	Set Sketsa	A, B, C atau D	String	1
	E01	Sketsa 1		Number	1
	E02	Sketsa 2		Number	1
	E03	Sketsa 3		Number	1
	E04	Sketsa 4		Number	1
	E05	Sketsa 5		Number	1
	E06	Sketsa 6		Number	1
	E07	Sketsa 7		Number	1
	E08	Sketsa 8		Number	1
	E09	Sketsa 9		Number	1
	E10	Sketsa 10		Number	1
	(LAMPIRAN 11 : SKETSA DESKRIPSI STATUS KESEHATAN)				
BLOK VII.F CAKUPAN SISTEM KESEHATAN					
	Penyakit Persendian				
1	F01	Apakah Saudara pernah didiagnosis/dinyatakan menderita sakit persendian (rematik/encok) oleh tenaga kesehatan ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
2	F02	Apakah Saudara pernah menjalani pengobatan penyakit persendian (rematik/encok) ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
3	F03	Dalam 2 minggu terakhir, apakah Saudara menjalani pengobatan atau perawatan untuk penyakit tersebut ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
4	FA04	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara mengalami hal-hal berikut			
	F04A	Sakit ,nyeri, kaku-kaku atau pembengkakan disekitar persendian lengan, tangan, tungkai dan kaki serta	1. Ya 2. Tidak	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
		berlangsung selama sebulan lebih yang timbul bukan karena kecelakaan atau luka?			
	F04B	Kaku-kaku di persendiaan ketika bangun tidur, atau setelah istirahat lama tanpa bergerak ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F04C	Jika ya, berapa lama kaku-kaku tersebut berlangsung ?	1. = 30 menit 2. > 30 menit	Number	1
	F04D	Apakah kaku-kaku itu hilang setelah Saudara menggerakkan sendi-sendi tersebut ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
5	F05A	Dalam 1 bulan terakhir, apakah Saudara pernah menderita sakit punggung (sepanjang tulang belakang) ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F05B	Berapa hari Saudara menderita sakit punggung tersebut ?	..... hari	Number	3
Penyakit Jantung					
6	F06	Apakah Saudara pernah didiagnosa/dinyatakan menderita penyakit jantung oleh tenaga kesehatan ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
7	F07	Apakah Saudara pernah menjalani pengobatan penyakit jantung?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
8	F08	Dalam 2 minggu terakhir, apakah Saudara menjalani pengobatan atau perawatan untuk penyakit tersebut ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
9	F09	Dalam 1 tahun terakhir apakah Saudara mengalami hal-hal berikut			
	F09A	Nyeri atau sesak didada ketika Saudara berjalan terburu-buru atau mendaki ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak pernah bejalan terburu-buru atau mendaki	Number	1
	F09B	Nyeri atau sesak didada ketika Saudara berjalan biasa di jalan datar ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F09C	Pada saat Saudara mengalami nyeri atau sesak ketika berjalan, apakah yang segera Saudara lakukan ?	1. Berhenti atau memperlambat langkah 2. Terus berjalan setelah meletakkan obat dibawah lidah 3. Terus berjalan	Number	1
	F09D	Jika Saudara berhenti berjalan dan tetap berdiri, apa yang terjadi dengan rasa nyeri atau sesak tersebut ?	1. Mereda 2. Tidak mereda	Number	1
	F09E	Mohon Saudara tunjukkan dibagian mana Saudara biasa merasakan nyeri atau sesak tersebut ?	1. Dada bagian atas atau tengah 2. Dada bagian bawah 3. Lengan kiri 4. Lainnya (sebutkan)	Number	1
	F09EL			String	20
Cedera					
10	F10A	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara pernah mengalami keracunan, tenggalam, tindak kekerasan, terbakar, dll, yang mengakibatkan cedera sehingga kegiatan sehari-hari terganggu?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F10B	Kapan kejadian tersebut (yang terakhir) terjadi ?	..... bulan lalu	Number	2
	F10C	Apakah saat itu Saudara mendapatkan pertolongan medis ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F10D	Dimana Saudara mendapatkan pertolongan medis tersebut (yang pertama kali) ?	1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. Praktek dokter	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			4. Puskesmas/Pustu 5. Poliklinik 6. Proktek nakes 7. Praktek/Klinik Batara 8. Lainnya (sebutkan)		
	F10DL	Lainnya		String	20
	F10E	Berapa lama setelah kejadian tersebut Saudara mendapatkan pertolongan medis (yang pertama kali)	..... jam	Number	2
Kecelakaan lalu lintas					
11	F11A	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara pernah mengalami cedera karena kecelakaan lalu lintas ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F11B	Kapan kecelakaan tersebut (yang terakhir) terjadi ?	..... bulan yang lalu	Number	2
	F11C	Apakah pada saat itu Saudara mendapatkan pertolongan medis?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F11D	Dimana Saudara mendapatkan pertolongan medis tersebut (yang pertama kali) ?	1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. Praktek dokter 4. Puskesmas/Pustu 5. Poliklinik 6. Proktek nakes 7. Praktek/Klinik Batara 8. Lainnya (sebutkan)	Number	1
	F11DL	Lainnya		String	20
	F11E	Berapa lama setelah kejadian tersebut Saudara mendapatkan pertolongan medis (yang pertama kali) ?	..... jam	Number	2
Asma					
12	F12	Apakah Saudara pernah didiagnosis/dinyatakan menderita asma (penyakit saluran napas karena alergi) oleh tenaga kesehatan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
13	F13	Apakah Saudara pernah menjalani pengobatan asma ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
14	F14	Dalam 2 minggu terakhir apakah Saudara minum obat atau menjalani pengobatan asma ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
15	F15	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara mengalami :			
	F15A	Serangan napas berbunyi seperti peluit ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	F15B	Napas berbunyi setelah selesai berolahraga atau aktivitas fisik lainnya ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	F15C	Rasa tertekan di dada ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	F15D	Terbangun karena dada terasa tertekan di pagi hari atau waktu lainnya ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	F15E	Serangan sesak napas/terengah-engah tanpa sebab yang jelas ketika Saudara tidak sedang berolahraga atau	1. Ya 2. Tidak	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
		melakukan aktivitas fisik lainnya ?	8. Tidak tahu		
Kencing Manis (Diabetes melitius)					
16	F16	Apakah Saudara pernah didiagnosis/dinyatakan menderita kencing manis oleh tenaga kesehatan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
17	F17	Apakah Saudara menjalani pengobatan kencing manis ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
18	F18	Dalam 2 minggu terakhir, apakah Saudara sedang dalam pengobatan insulin atau pengobatan lain untuk kencing manis?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
19	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	Number	1
Depresi					
20	F20	Apakah Saudara pernah didiagnosa/dinyatakan menderita depresi oleh tenaga kesehatan ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
21	F21	Apakah Saudara pernah menjalani pengobatan untuk depresi?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
22	F22	Dalam 2 minggu terakhir, apakah Saudara minum obat atau menjalani pengobatan untuk depresi ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
23	F23	Dalam 1 tahun terakhir :			
	F23A	Apakah Saudara merasa sedih, hampa atau tertekan yang berlangsung selama beberapa hari ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	F23B	Apakah Saudara kehilangan minat 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	Number	1
	F23C	Apakah Saudara merasa kurang bersemangat atau lelah sepanjang waktu selama beberapa hari ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	F23D	Apakah kehilangan minat atau bersemangat tersebut lebih dari 2 minggu ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	F23E	Apakah kehilangan minat atau kurang bersemangat tersebut sepanjang hari dan hampir setiap hari ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	F23F	Selama periode kehilangan minat atau kurang bersemangat tersebut, apakah Saudara kehilangan selera makan ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	F23G	Selama periode kehilangan minat atau kurang bersemangat tersebut, apakah Saudara merasa lamban dalam berpikir ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
Persediaan Obat					
24	F24	Apakah Saudara menyimpan obat-obatan di rumah ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
25	F25A	Dalam 2 minggu terakhir, apakah Saudara masih menggunakan obat-obatan tersebut ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F25B	Bolehkah saya melihat obat-obatan yang Saudara gunakan tersebut ?	1. Boleh 2. Menolak	Number	1
26	F26A	Sakit persendian			
	F26A3	Obat 1 (catat nama obat)		String	20
	RCESENDI1	Kode Nama Obat 1 sakit Persendian	Lampiran 12	Number	8
	F26A4	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26A5	Obat 2 (catat nama obat)		String	20
	RCESENDI2	Kode Nama Obat 2 sakit Persendian	Lampiran 13	Number	8
	F26A6	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
F26A7	Obat 3 (catat nama obat)		String	20	
RCESENDI3	Kode Nama Obat 3 sakit Persendian	Lampiran 14	Number	8	
F26A8	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1	
F26B	Sakit jantung				
F26B3	Obat 1 (catat nama obat)		String	20	
RCJANTUNG1	Kode Nama Obat 1 Jantung	Lampiran 15	Number	8	
F26B4	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1	
F26B5	Obat 2 (catat nama obat)		String	20	
RCJANTUNG2	Kode Nama Obat 2 Jantung	Lampiran 16	Number	8	
F26B6	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1	
F26B7	Obat 3 (catat nama obat)		String	20	
RCJANTUNG3	Kode Nama Obat 3 Jantung	Lampiran 17	Number	8	
F26B8	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1	
F26C	Cedera/Kecelakaan				
F26C3	Obat 1 (catat nama obat)		String	20	
RCCEDERA1	Kode Nama Obat 1 Cedera	Lampiran 18	Number	8	
F26C4	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1	
F26C5	Obat 2 (catat nama obat)		String	20	
RCCEDERA2	Kode Nama Obat 2 Cedera	Lampiran 19	Number	8	
F26C6	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1	
F26C7	Obat 3 (catat nama obat)		String	20	
RCCEDERA3	Kode Nama Obat 3 Cedera	Lampiran 20	Number	8	
F26C8	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1	
F26D	Asma				
F26D3	Obat 1 (catat nama obat)		String	20	
RCASMA1	Kode Nama Obat 1 Asma	Lampiran 21	Number	8	
F26D4	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1	
F26D5	Obat 2 (catat nama obat)		String	20	
RCASMA2	Kode Nama Obat 2 Asma	Lampiran 22	Number	8	

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
	F26D6	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26D7	Obat 3 (catat nama obat)		String	20
	RCASMA3	Kode Nama Obat 3 Asma	Lampiran 23	Number	8
	F26D8	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26E	Kencing manis			
	F26E3	Obat 1 (catat nama obat)		String	20
	RCDIABET1	Kode Nama Obat1 Kencing Manis	Lampiran 24	Number	8
	F26E4	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26E5	Obat 2 (catat nama obat)		String	20
	RCDIABET2	Kode Nama Obat 2 Kencing manis	Lampiran 25	Number	8
	F26E6	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26E7	Obat 3 (catat nama obat)		String	20
	RCDIABET3	Kode Nama Obat 3 Kencing Manis	Lampiran 26	Number	8
	F26E8	Diresepkan oleh nakes	1. Ya	Number	1
			2. Tidak		
	F26F	Depresi/stress			
	F26F3	Obat 1 (catat nama obat)		String	20
	RCSTRESS1	Kode Nama Obat 1 stress	Lampiran 27	Number	8
	F26F4	Dresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26F5	Obat 2 (catat nama obat)		String	20
	RCSTRESS2	Kode Nama Obat 2 stress	Lampiran 28	Number	8
	F26F6	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26F7	Obat 3 (catat nama obat)		String	20
	RCSTRESS3	Kode Nama Obat 3 stress	Lampiran 29	Number	8
	F26F8	Dresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26GL	Lainnya			
	F26G3	Obat 1 (catat nama obat)		String	20
	RCLAIN1	Kode Nama Obat 1 Lainnya	Lampiran 30	Number	8
	F26G4	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26G5	Obat 2 (catat nama obat)		String	20
	RCLAIN2	Kode Nama Obat 2 Lainnya	Lampiran 31	Number	8
	F26G6	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	F26G7	Obat 3 (catat nama obat)		String	20
	RCLAIN3	Kode Nama Obat 3 Lainnya	Lampiran 32	Number	8
	F26G8	Diresepkan oleh nakes	1. Ya 2. Tidak	Number	1
BLOK VII.G PERAWATAN DAN PEMERIKSAAN KESEHATAN					
Perawatan Gigi dan Mulut					
1	G01	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara mempunyai masalah dengan gigi dan/atau mulut ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
2	G02	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara menerima perawatan atau pengobatan dari perawat gigi atau dokter spesialis kesehatan gigi dan mulut ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
3	G03	Perawatan atau pengobatan apa yang diterima untuk masalah gigi dan mulut yang Saudara alami ?			
	G03A	Pengobatan ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	G03B	Bedah gigi atau mulut/penambalan/penempatan gigi ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	G03C	Gigi palsu lepasan (protesa) atau gigi palsu cekat (bridge) ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	G03D	Informasi/konseling tentang perawatan/kebersihan gigi dan mu	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	G03E	Perawatan gigi lainnya ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	G03L	Lainnya		String	35
4	G04	Apakah Saudara telah kehilangan seluruh gigi asli ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
Pemeriksaan Mata (Khusus Responden \geq 30 tahun)					
5	G05	Kapan Saudara terakhir kali memeriksakan mata ke dokter umum atau spesialis mata ?	1. < 1 tahun yg lalu 2. 1 - < 2 tahun yg lalu 3. 2 - < 3 tahun yg lalu	Number	1
			4. 3 - < 5 tahun yg lalu 5. = 5 tahun yg lalu 6. Tidak pernah 8. Tidak tahu		
6	G06	Dalam 5 tahun terakhir, apakah salah satu atau kedua mata Saudara pernah didiagnosa/dinyatakan katarak (lensa mata keruh) oleh tenaga kesehatan ?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu	Number	1
7	G07	Dalam 5 tahun terakhir, apakah Saudara pernah operasi katarak?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
8	G08	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara mengalami :			
	G08A	Penglihatan berkabut atau tidak jelas	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	G08B	Mempunyai masalah penglihatan berkaitan dengan sinar, seperti silau pada lampu/pencahayaan yang terang atau terlihat bayangan cincin di sekitar cahaya (halo) ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
BLOK VII.H DETEKSI DINI KANKER PAYUDARA & MULUT RAHIM (KHUSUS RESPONDEN PEREMPUAN USIA \geq 15 TAHUN)					
1	H01	Apakah Saudari pernah melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
2	H02	Kapan terakhir Saudari melakukan pemeriksaan mamografi (pemeriksaan payudara dengan sinar X atau rontgen) ?	1. < 3 tahun yl 2. 3 - 5 tahun yl 3. > 5 tahun yl 4. Tidak pernah	Number	1
3	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	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
4	H04	Dalam 3 tahun yl, apakah Saudara pernah melakukan tes Pap Smear? (yaitu pengambilan apus jaringan mulut rahim yang dilakukan oleh dokter/bidang, untuk kemudian diperiksa ke laboratorium)	1. Ya 2. Tidak	Number	1
BAB VII.J KETANGGAPAN SISTEM KESEHATAN					
1	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	Number	1
2	I02	Siapa yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang terakhir, Saudara atau anak Saudara berusia = 12 tahun ?	1. Responden 2. Anak responden	Number	1
3	I03	Pada waktu terakhir kali Saudara atau anak Saudara berusia = 12 tahun membutuhkan pelayanan kesehatan, berapa banyak pelayanan kesehatan yang bisa dipilih ? (Lakukan pertanyaan berjenjang untuk mendapatkan jumlah pilihan pelayanan kesehatan yang disebutkan. Jika lebih dari 9, isikan 9	..... pelayanan kesehatan	Number	1
4	I04	Apa alasan utama Saudara atau anak Saudara yang berusia = 12 tahun membutuhkan pelayanan kesehatan saat itu ? (Pilih hanya satu jawaban, yang paling utama)	01. Panas tinggi/diare berat/batuk 02. Imunisasi 03. Pemeriksaan kehamilan 04. KB 05. Depresi	Number	2
			06. Pengobatan gigi dan mulut 07. Radang persendian 08. Asma 09. Sakit jantung 10. Kecelakaan/cedera 11. Kencing manis 12. Lainnya (sebutkan)		
	I04L	Lainnya		String	35
5	I05	Pada saat tersebut, apakah Saudara atau anak Saudara yang berusia = 12 tahun mendapatkan pelayanan kesehatan ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
6	I06	Jika tidak, apa alasannya : (bacakan setiap alasan)			
	I06A	Tidak punya biaya untuk berkunjung	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06B	Tidak ada sarana transportasi	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06C	Tidak ada biaya transportasi	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06D	Obat dan peralatan petugas kesehatan tidak memadai	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06E	Keterampilan tenaga kesehatan tidak memadai	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06F	Pernah mendapatkan pelayanan yang buruk	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06G	Tidak dapat izin dari atasan atau ada janji lain	1. Ya	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			2. Tidak		
	I06H	Tidak tahu harus pergi kemana	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06I	Penyakit tidak terlalu berat	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06J	Sudah pergi ke pelayanan kesehatan tapi ditolak	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06K	Lainnya (sebutkan)	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I06KL	Lainnya		String	35
7	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 3. Rumah	Number	1
8	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 (sebutkan)	Number	1
	I08L			String	30
9	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/Rumah bersalin 4. Puskesmas 5. Klinik swasta 6. Bidan atau Polindes 7. Rawat inap tradisional	Number	1
			8. Lainnya (sebutkan)		
	I09L	Lainnya		String	30
10	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	Number	1
11	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 yang tidak tinggal serumah 3. Tidak	Number	1
12	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	Number	1
13	I13	Selama menggunakan atau memperoleh asuransi, apakah Saudara pernah mendapat kesulitan sebagai berikut			
	I13A	Untuk mendapatkan pembebasan pembayaran atau hak mendapat potongan harga dalam pembayaran pelayanan kesehatan ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I13B	Pengisian formulir asuransi	1. Ya	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
			2. Tidak		
	I13C	Mendapatkan manfaat atau keuntungan yang dicantumkan oleh asuransi kesehatan	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	I13D	Menguangkan kembali pembayaran yang harus ditanggung asuransi ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1

BLOK VII.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 Reponden

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

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

1	J01	Dalam 5 tahun terakhir, apakah Saudara menjalani rawat inap?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
2	J02	Dalam 5 tahun terakhir, apakah anak Saudara yang berusia = 12 tahun menjalani rawat inap ?	1. Ya 2. Tidak 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
3	J03	Jenis kelamin anak Saudara yang berusia = 12 tahun ?	1. Laki-laki 2. Perempuan	Number	1
4	J04TG	Tanggal lahir anak Saudara yang berusia = 12 tahun ?		Number	2
	J04BL	Bulan lahir anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun ?		Number	2
	J04TH	Tahun lahir anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun ?		Number	4
5	J05	Dalam 1 tahun terakhir apakah Saudara berobat jalan ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
6	J06	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Saudara menemani anak saudara yang berusia = 12 tahun berobat jalan ?	1. Ya 2. Tidak 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
7	J07	Jenis kelamin anak Saudara yang berusia = 12 tahun ?	1. Laki-laki 2. Perempuan	Number	1
8	J08TG	Tanggal lahir anak Saudara yang berusia = 12 tahun ?		Number	2
	J08BL	Bulan lahir anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun ?		Number	2
	J08TH	Tahun lahir anak Saudara yang berusia ≤ 12 tahun ?		Number	4

BLOK VII.Ja RAWAT JALAN

Khusus untuk kondisi kunjungan terakhir dalam 1 tahun terakhir

1	JA01	Dalam 1 tahun terakhir, dimana Saudara atau anak Saudara yang berusia = 12 tahun berobat jalan terakhir ?	01. RS Pemerintah 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 (sebutkan)	Number	2
	JA01L	Lainnya		String	30
2	JA02	Siapa yang memeriksa ?	1. Dokter 2. Perawat	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			3. Bidan 4. Dokter gigi 5. Ahli fisioterapis 6. Pengobatan tradisional 7. Lainnya (sebutkan)		
	JA02L	Lainnya		String	30
3	JA03	Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai fasilitas rawat jalan tersebut ?	..... menit	Number	4
4	Ja04	Pada kunjungan rawat jalan terakhir, dari mana saja sumber biaya untuk pengobatan ?			
	JA4A	Asuransi kesehatan (Askes)	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JA4B	Astek/jamsostek	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JA4C	Asuransi kesehatan lain/asuransi kecelakaan/Jasa Raharja	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JA4D	Perusahaan/kantor	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JA4E	JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JA4F	Dana sehat	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JA4G	Kartu sehat	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JA4H	Uang sendiri	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JA4I	Pihak lain	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JA4J	Tidak bayar/gratis	1. Ya 2. Tidak	Number	1
5	JA05	Pada kunjungan terakhir, jenis dan jumlah biaya yang dikeluarkan Saudara atau rumah tangga Saudara dan atau sumber lain			
	JA5A	Biaya tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidang, dll)			
	JA5A1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5A2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (djm rupiah)		Number	7
	JA5A3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5A4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (djm rupiah)		Number	7
	JA5B	Obat-obatan			
	JA5B1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5B2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (djm rupiah)		Number	7

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
	JA5B3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5B4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JA5C	Laboratorium, radiologi			
	JA5C1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5C2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JA5C3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5C4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JA5D	Transportasi			
	JA5D1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5D2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JA5D3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5D4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JA5E	Kir/imunisasi/periksa kehamilan (ANC)			
	JA5E1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5E2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JA5E3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JA5E4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JA5F1	Total biaya yang dikeluarkan sendiri/RT		Number	7
	JA5F2	Total biaya dari sumber lain		Number	7
6	JA06	Pada kunjungan terahir, bagaimana Saudara menilai lama waktu menunggu sebelum mendapat pelayanan ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat Buruk	Number	1
7	JA07	Pada kunjungan terahir, bagaimana Saudara menilai keramahan dari petugas dalam menyapa dan berbicara ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat Buruk	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
8	JA08	Pada kunjungan terakhir, bagaimana Saudara menilai pengalaman tentang seberapa jelas petugas kesehatan menerangkan segala sesuatu kepada Saudara ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat Buruk	Number	1
9	JA09	Pada kunjungan terakhir, bagaimana Saudara menilai pengalaman ikut serta dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan atau pengobatannya ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat Buruk	Number	1
10	JA10	Pada kunjungan terakhir, bagaimana Saudara menilai cara pelayanan kesehatan menjamin atau meyakinkan bahwa Saudara dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat Buruk	Number	1
11	JA11	Pada kunjungan terakhir, bagaimana Saudara menilai tentang kebebasan memilih tempat dan petugas pelayanan kesehatan ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat Buruk	Number	1
12	JA12	Pada kunjungan terakhir, bagaimana Saudara menilai tentang kebersihan ruangan fasilitas kesehatan termasuk kamar mandi?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat Buruk 9. TB (jika rawat rumah)	Number	1
BLOK VII.Jb RAWAT INAP					
Perawatan terakhir dalam kurun waktu 5 tahun terakhir					
1	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 Bidang 8. Lainnya (sebutkan)	Number	1
	JB01L	Lainnya		String	30
2	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	Number	1
3	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	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			8. Operasi 9. Lainnya (sebutkan)		
	JB03L	Lainnya		String	50
4	JB04	Pada rawat inap terahir, berapa lama Saudara atau anak saudara berusia = 12 tahun menjalani rawat inap ?	..... hari	Number	3
5	JB05	Pada rawat inap terahir, berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai fasilitas rawat inap tersebut ?	..... menit	Number	4
6	JB06	Pada rawat inap terahir, berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan tempat perawatan ?	1. Hari itu juga 2. 2 - 6 hari 3. 7 hari - < 1bulan 4. 1 bulan - < 3 bulan 5. 3 bulan atau lebih	Number	1
7	JB07	Pada rawat inap terahir, darimana saja sumber biaya untuk perawatan diperoleh ?			
	JB7A	Asuransi kesehatan (Askes)	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB7B	Astek/jamsostek	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB7C	Asuransi kes. Lain/asuransi kecelakaan/Jasa Raharja	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB7D	Perusahaan/kantor	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB7E	JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB7F	Dana sehat	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB7G	Kartu sehat	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB7H	Uang sendiri	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB7I	Pihak lain	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB7J	Tidak bayar/gratis	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	JB08	Pada rawat inap yang terakhir, jenis dan jumlah biaya yang dikeluarkan Saudara atau rumah tangga Saudara dan atau sumber lain			
	JB8A	Biaya tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidang, dll)			
	JB8A1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JB8A2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8A3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JB8A4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8B	Obat-obatan			
	JB8B1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)		
	JB8B2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8B3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JB8B4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8C	Laboratorium, radiologi			
	JB8C1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JB8C2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8C3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JB8C4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8D	Kamar			
	JB8D1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JB8D2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8D3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JB8D4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8E	Transportasi			
	JB8E1	Biaya yang dikeluarkan sendiri/RT	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JB8E2	Jika jawaban kolom (2)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8E3	Biaya dari sumber lain	1. Ya 2. Tidak 8. TT 9. TB (tidak berlaku)	Number	1
	JB8E4	Jika jawaban kolom (4)=ya. Jumlah yg dibayarkan (dlm rupiah)		Number	7
	JB8F1	Total biaya yang dikeluarkan sendiri/RT		Number	7
	JB8F2	Total biaya dari sumber lain		Number	7
	JB09	Pada rawat inap terakhir, berapa pasien lain yang tidur se-kamar dengan Saudara atau anak Saudara berusia ≤ 12 tahun	..... orang	Number	2
	JB10	Pada rawat inap terakhir, bagaimana Saudara menilai tentang lama waktu menunggu sebelum mendapat tempat perawatan?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			5. Sangat buruk		
	JB11	Pada rawat inap terakhir, bagaimana saudara menilai keramahan dari petugas kesehatan dalam menyapa dan berbicara?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang	Number	1
			4. Buruk 5. Sangat buruk		
	JB12	Pada rawat inap terakhir, bagaimana Saudara menilai pengalaman tentang seberapa jelas petugas kesehatan menerangkan segala sesuatu kepada Saudara ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat buruk	Number	1
	JB13	Pada rawat inap terakhir, bagaimana Saudara menilai pengalaman ikut serta dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan atau pengobatan	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat buruk	Number	1
	JB14	Pada rawat inap terakhir, bagaimana Saudara menilai pengalaman cara petugas kesehatan menjamin atau meyakinkan bahwa Saudara dapat berbicara secara pribadi dengan petugas	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat buruk	Number	1
	JB15	Pada rawat inap terakhir, bagaimana Saudara menilai kebebasan memilih tempat dan petugas kesehatan ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat buruk	Number	1
	JB16	Pada rawat inap terakhir, bagaimana Saudara menilai kebersihan ruang rawat inap termasuk kamar mandi ?	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat buruk	Number	1
	JB17	Pada rawat inap terakhir, bagaimana Saudara menilai tentang kemudahan dikunjungi oleh keluarga dan atau teman-teman	1. Sangat baik 2. Baik 3. Sedang 4. Buruk 5. Sangat buruk	Number	1
BLOK VII.K SKETSA KETANGGAPAN SISTEM KESEHATAN					
	K00	Set Sketsa	A, B, C atau D	String	1
	K01	Sketsa 1		Number	1
	K02	Sketsa 2		Number	1
	K03	Sketsa 3		Number	1
	K04	Sketsa 4		Number	1
	K05	Sketsa 5		Number	1
	K06	Sketsa 6		Number	1
	K07	Sketsa 7		Number	1
	K08	Sketsa 8		Number	1
	K09	Sketsa 9		Number	1
	K10	Sketsa 10		Number	1
(LAMPIRAN 33 : SKETSA KETANGGAPAN SISTEM KESEHATAN)					

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
BLOK VII.L TUJUAN SISTEM KESEHATAN					
	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	Number	1
	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	Number	1
PENILAIAN JENJANG KARTU SKETSA TUJUAN SISTEM KESEHATAN					
	L03	Jenjang 1		String	1
	L04	Jenjang 2		String	1
	L05	Jenjang 3		String	1
	L06	Jenjang 4		String	1
	L07	Jenjang 5		String	1
(LAMPIRAN 34: SKETSA TUJUAN SISTEM KESEHATAN)					
BLOK VIII KEMATIAN SAUDARA SEKANDUNG DARI RESPONDEN TERPILIH DAN PASANGANNYA					
BLOK VIII.M Responden Terpilih					
	NOMER	Nomor Kuesioner		Number	6
	IDART	Variabel Kunci Anggota Rumah Tangga		String	19
	SEX_RES	Jenis kelamin Responden		Number	1
	TH_RES	Tahun Lahir Responden		Number	4
	USIA_RES	Usia Responden		Number	2
	B1R1	Kode Propinsi		Number	2
	B1R2	Kode Kabupaten/kota		Number	2
	B1R3	Kode Kecamatan		Number	3
	B1R4	Kode Desa/kelurahan		Number	3
	B1R5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	Number	1
	B1R6A	Nomor blok sensus		String	4
	B1R7	Nomor blok sensus		Number	4
	B1R8	Nomor urut sampel rumah tangga		Number	2
	INF_MORT	Inflate Mortalitas			
1	M_01	No. Urut ART responden terpilih		Number	2
2	M_02	Berapa jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu kandung Saudara termasuk Saudara ?	Jumlah seluruh kelahiran	Number	2
3	M_03	Berapa kakak saudara yang dilahirkan ibu kandung Saudara?	Jumlah kelahiran sebelum kelahiran Saud	Number	2
<p>Jika jawaban M_02 ≥ 2, lanjutkan ke M_05, <u>MULAI DARI SAUDARA TERTUA YANG DILAHIRKAN OLEH IBU KANDUNG SAUDARA</u> Jika M_02=1 lanjutkan ke VII. N. pasangan responden, atau jika tidak punya pasangan ke IX.O. Pengamatan pewawancara</p>					
4	M_04	Berapa adik Saudara yang dilahirkan oleh ibu kandung saudara?	Jumlah kelahiran sesudah kelahiran Saud	Number	2
	NO_URUT	No. Urut saudara responden terpilih		Number	2
5	M_05	Nama saudara kandung		String	25
6	M_06	Jenis kelamin	1. Laki-laki	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			2. Perempuan		
7	M07TG M07BL M_07TH	Tanggal lahir Bulan lahir Tahun lahir		Number Number Number	2 2 4
8	M_08	Berapa perbedaan umur (dalam tahun) antara Saudara dengan [nama] ?		Number	2
9	M_09	Apakah [nama] masih hidup	1. Ya 2. Tidak	Number	1
10	M_10	Jika [nama] masih hidup, berapa umur [nama] saat ini ?		Number	2
11	M_11	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 tahun 7. Tidak pernah	Number	1
12	M_12	Jika meninggal, berapa umur [nama] saat meninggal		Number	1
13	M_13	Sudah berapa lama [nama] meninggal ?		Number	1
14	M_14	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 tahun 7. Tidak pernah	Number	1
M_15-M_17 khusus saudara sekandung perempuan yang meninggal pada usia 15-49 tahun (WUS) Selain WUS lanjutkan ke M_18					
	ST_MATI	Status kematian	0. Mati lainnya 1. Balita 2. WUS	Number	8
15	M_15	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49 tahun, apakah dia sedang hamil saat meninggal ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
16	M_16	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal saat melahirkan ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
17	M_17	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal 2 bulan setelah melahirkan ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
18	M_18	Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number Number	1 1
19	M_19	Apakah penyebab [nama] meninggal ?	1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena perang 5. Bencana alam		
20	M_20	Pilih yang paling sesuai dari cara yang menyebabkan [nama] cidera ?	01. Kendaraan bermotor 02. Berjalan kaki ditabrak kendaraan 03. Sepeda motor	Number	2

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
			04. Sepeda 05. Jatuh 06. Tembakan yang berhubungan dengan senjata api 07. Ranjau/bom 08. Bacokan/tikaman/tusukan 09. Api/terbakar 10. Keracunan 11. Tenggelam 12. Penyebab lain (sebutkan)		
	M_20L	Lainnya		String	25
21	M_21	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)	Number	2
			06. Sawah 07. Sungai/danau/lautan 08. Daerah industri 09. Gedung umum lain 10. Tempat lainnya (sebutkan)		
	M_21L	Lainnya		String	25
Jika saudara sekandung meninggal pada usia balita lanjutkan ke M_31 Pertanyaan M_22-M_30 khusus untuk saudara sekandung meninggal pada usia 5 tahun keatas					
22	M_22	Apakah [nama] pernah mengalami nyeri dada selama < 24 jam dalam 1 bulan terakhir sebelum meninggal ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
23	M_23	Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
24	M_24	Jika "Ya", apakah lumpuh tersebut disertai atau diikuti oleh kehilangan kesadaran secara mendadak ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
25	M_25	Apakah [nama] mengalami batuk terus menerus lebih dari 3 minggu sebelum meninggal ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
26	M_26	Jika "Ya", apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
27	M_27	Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
28	M_28	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare lebih dari 1 bulan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
29	M_29	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
30	M_30	Apakah [nama] sebelum meninggal menderita sariawan	1. Ya	Number	1

NOMOR PERTANYAAN	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
31	M_31	yang terus menerus Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami demam ?	2. Tidak 8. Tidak tahu 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
32	M_32	Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
33	M_33	Apakah demam tersebut disertai dengan kedinginan/ menggigil?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
34	M_34	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
35	M_35	Apakah [nama] tidak sadarkan diri lebih dari satu hari selama sakit sebelum meninggal	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
36	M_36	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
37	M_37	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah batuk ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
38	M_38	Jika "Ya" apa jenis batuknya ?	1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 4. Tidak tahu	Number	1
39	M_39	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah bernapas cepat ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
40	M_40	Apakah pernapasan itu disertai dengan penarikan kedalam dari dinding dada bagian bawah ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
41	M_41	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
42	M_42	Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	ENTRI	Nama Pengentri		String	5
BLOK VIII.N Pasangan Responden Terpilih					
	NOMER	Nomor Kuesioner		Number	6
	IDART	Variabel Kunci Anggota Rumah Tangga		String	19
	SEX_RES	Jenis Kelamin Responden		Number	1
	TH_RES	Tahun Lahir Responden		Number	4
	USIA_RES	Usia Responden		Number	2
	B1R1	Kode Propinsi		Number	2
	B1R2	Kode Kabupaten/kota		Number	2
	B1R3	Kode Kecamatan		Number	3

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
	B1R4	Kode Desa/kelurahan		Number	3
	B1R5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	Number	1
	B1R6A	Nomor blok sensus		String	4
	B1R7	Nomor blok sensus		Number	4
	B1R8	Nomor urut sampel rumah tangga		Number	2
0	N_00	Apakah pasangan responden tinggal satu rumah ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
1	N_01	Tulis No. urut ART pasangan responden terpilih		Number	2
2	N_02	Berapa jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu kandung Saudara termasuk Saudara	Jumlah seluruh kelahiran	Number	2
3	N_03	Berapa kakak Saudara yang dilahirkan ibu kandung Saudara?	Jumlah kelahiran sebelum kelahiran Saud	Number	2
4	N_04	Berapa adik Saudara yang dilahirkan oleh ibu kandung Saudara?	Jumlah kelahiran sesudah kelahiran Saud	Number	2
Jika jawaban N_02 ≥ 2, lanjutkan ke N_05, MULAI DARI SAUDARA TERTUA YANG DILAHIRKAN OLEH IBU KANDUNG SAUDARA					
Jika N_02=1 lanjutkan ke IX.O. Pengamatan Pewawancara					
	NO_URUT	No. urut saudara pasangan responden		Number	2
5	N_05	Nama saudara kandung		String	25
6	N_06	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	Number	1
7	N07TG	Tanggal lahir		Number	2
	N07BL	Bulan lahir		Number	2
	N_07TH	Tahun lahir		Number	4
8	N_08	Berapa perbedaan umur (dalam tahun) antara Saudara dengan [nama] ?		Number	2
9	N_09	Apakah [nama] masih hidup	1. Ya 2. Tidak	Number	1
10	N_10	Jika [nama] masih hidup, berapa umur [nama] saat ini ?		Number	2
11	N_11	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 tahun 7. Tidak pernah	Number	1
12	N_12	Jika meninggal, berapa umur [nama] saat meninggal		Number	1
13	N_13	Sudah berapa lama [nama] meninggal ?		Number	1
14	N_14	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 tahun 7. Tidak pernah	Number	1
N_15-N_17 khusus saudara sekandung perempuan yang meninggal pada usia 15-49 tahun (WUS) Selain WUS lanjutkan ke N_18					
	ST_MATI	Status kematian	0. Mati lainnya 1. Balita 2. WUS	Number	8
15	N_15	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49	1. Ya	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
		tahun, apakah dia sedang hamil saat meninggal ?	2. Tidak 8. Tidak tahu		
16	N_16	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal saat melahirkan ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
17	N_17	Jika [nama] yang meninggal dunia adalah wanita usia 15-49 tahun, apakah dia meninggal 2 bulan setelah melahirkan ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
18	N_18	Apakah kematian [nama] berhubungan dengan cedera ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
19	N_19	Apakah penyebab [nama] meninggal ?	1. Kecelakaan 2. Bunuh diri 3. Dibunuh 4. Karena perang 5. Bencana alam	Number	1
20	N_20	Pilih yang paling sesuai dari cara yang menyebabkan [nama] cedera ?	01. Kendaraan bermotor 02. Berjalan kaki ditabrak kendaraan 03. Sepeda motor 04. Sepeda 05. Jatuh 06. Tembakan yang berhubungan dengan senjata api 07. Ranjau/bom	Number	2
			08. Bacokan/tikaman/tusukan 09. Api/terbakar 10. Keracunan 11. Tenggelam		
			12. Penyebab lain (sebutkan)		
	N_20L	Lainnya		String	25
<p>Jika saudara sekandung meninggal pada usia balita lanjutkan ke N_31 Pertanyaan N_22-N_30 khusus untuk saudara sekandung meninggal pada usia 5 tahun keatas</p>					
21	N_21	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 09. Gedung umum lain 10. Tempat lainnya (sebutkan)	Number	2
	N_21L	Lainnya		String	25
22	N_22	Apakah [nama] pernah mengalami nyeri dada selama < 24 jam dalam 1 bulan terakhir sebelum meninggal ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
23	N_23	Apakah [nama] mengalami lumpuh sebagian sebelum meninggal?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
24	N_24	Jika "Ya", apakah lumpuh tersebut disertai atau diikuti oleh kehilangan kesadaran secara mendadak ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
25	N_25	Apakah [nama] mengalami batuk terus menerus lebih dari 3 minggu sebelum meninggal ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
26	N_26	Jika "Ya", apakah ada darah di dahak atau batuk mengeluarkan darah ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
27	N_27	Apakah [nama] sebelum meninggal mendapat pengobatan TBC?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
28	N_28	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare lebih dari 1 bulan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
29	N_29	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami penurunan berat badan yang cepat ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
30	N_30	Apakah [nama] sebelum meninggal menderita sariawan yang terus menerus	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
31	N_31	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami demam ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
32	N_32	Apakah demam tersebut terus menerus atau hilang timbul ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
33	N_33	Apakah demam tersebut disertai dengan kedinginan/ menggigil?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
34	N_34	Apakah [nama] sebelum meninggal mengalami kejang-kejang?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
35	N_35	Apakah [nama] tidak sadarkan diri lebih dari satu hari selama sakit sebelum meninggal	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
36	N_36	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami kaku leher ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
37	N_37	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah batuk ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
38	N_38	Jika "Ya" apa jenis batuknya ?	1. Batuk kering 2. Batuk berdahak 3. Batuk berdarah 4. Tidak tahu	Number	1
39	N_39	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah bernapas cepat ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
40	N_40	Apakah pernapasan itu disertai dengan penarikan kedalam	1. Ya	Number	1

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
		dari dinding dada bagian bawah ?	2. Tidak 8. Tidak tahu		
41	N_41	Apakah [nama] sebelum meninggal pernah mengalami diare ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
42	N_42	Apakah [nama] pernah ada darah dalam tinjanya ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Number	1
	ENTRI	Nama Pengentri		String	5
BLOK IX.O PENGAMATAN PEWAWANCARA					
		Apakah responden ?			
	O01	Memiliki masalah dengan pendengaran ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O02	Memiliki masalah dengan penglihatan ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O03	Menggunakan kursi roda ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O04	Menggunakan tongkat/penopang/alat bantu ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O05	Mengalami kelumpuhan di lengan, tangan atau kaki ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O06	Batuk berkepanjangan ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O07	Mengalami sesak napas ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O08	Mengalami masalah kejiwaan ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O09	Masalah kesehatan lainnya ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O10	Mengalami amputasi lengan atau bagian lengan ?	1. Ya 2. Tidak	Number	1
	O11	Kerjasama responden ?	1. Luar biasa baik 2. Sangat baik 3. Baik 4. Cukup 5. Kurang	Number	1
	O12	Ketepatan dan kelengkapan jawaban responden ?	1. Sangat tinggi 2. Tinggi 3. Sedang 4. Rendah 5. Sangat rendah	Number	1
	O13	Keadaan lain (luar biasa)/kejadian selama wawancara?		String	40
	O14	Komentar lainnya ?		String	40
	JAM_SLS	Jam Selesai		Number	2
	MNT_SLS	Menit Selesai		Number	2
	CTTN_1	Catatan 1		String	65
	CTTN_2	Catatan 2		String	65
	CTTN_3	Catatan 3		String	65
	CTTN_4	Catatan 4		String	65

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
	ENTRI	Nama Pengentri		String	5
KETERANGAN HASIL PENGUKURAN ANTROPOMETRI					
	STRATA	STRATA		Number	3
	NOMER	Nomor Kuesioner		Number	6
	PSU	PSU		Number	8
	IDRT	Variabel Kunci Rumah Tangga		String	17
	IDART	Variabel Kunci Anggota Rumah Tangga		String	19
	B1R1	Kode Propinsi		Number	2
	B1R2	Kode Kabupaten/kota		Number	2
	B1R3	Kode Kecamatan		Number	3
	B1R4	Kode Desa/kelurahan		Number	3
	B1R5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	Number	1
	B1R6A	Nomor blok sensus		String	4
	B1R7	Nomor blok sensus		Number	4
	B1R8	Nomor urut sampel rumah tangga		Number	2
	B5N1	Nomor urut ART		String	2
	HUB_K_OK	Hub dgn Kepala Rumah Tangga (verifikasi)	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	Number	1
	JENKE_OK	Jenis Kelamin ART (Verifikasi)	1. Laki-laki 2. Perempuan	Number	1
	USIA_OK	Umur ART		Number	2
	KAWIN_OK	Status kawin ART (verifikasi)	1. Belum kawin 2. Kawin 3. Cerai hidup 4. Cerai mati	Number	1
	BUMIL_OK	Khusus ART perempuan = 10 tahun Apakah sedang hamil ?	1. Ya 2. Tidak	Number	2
	LAB_05	Berat badan (kg)		Number Desimal	2 1
	LAB_06	Tinggi badan (cm)		Number Desimal	2 1
	BMI_18	Body Mass Index usia 18 tahun keatas		Number Desimal	8 2
	BMI_15	Body Mass Index usia 15 tahun keatas		Number Desimal	8 2
	HAP_5_14	TB/U Percentile umur 5-14 tahun		Number Desimal	8 2
	HAP_5_17	TB/U Percentile umur 5-17 tahun		Number Desimal	8 2

NOMOR	VARIABEL	DESKRIPSI	VALUE LABEL	TYPE	WIDTH
PERTANYAAN					
	HAM_5_14	TB/U Median umur 5-14 tahun		Number Desimal	8 2
	HAM_5_17	TB/U Median umur 5-17 tahun		Number Desimal	8 2
	WAP_5_14	BB/U Percentile umur 5-14 tahun		Number Desimal	8 2
	WAP_5_17	BB/U Percentile umur 5-17 tahun		Number Desimal	8 2
	WAM_5_14	BB/U Median umur 5-14 tahun		Number Desimal	8 2
	WAM_5_17	BB/U Median umur 5-17 tahun		Number Desimal	8 2
	WHP_5_14	BB/TB Percentile umur 5-14 tahun		Number Desimal	8 2
	WHP_5_17	BB/TB Percentile umur 5-17 tahun		Number Desimal	8 2
	WHM_5_14	BB/TB Median umur 5-14 tahun		Number Desimal	8 2
	WHM_5_17	BB/TB Median umur 5-17 tahun		Number Desimal	8 2
	UMUR_BLN	Umur balita (bulan)		Number	2
	HAZ	TB/U Z Score		Number Desimal	6 2
	WAZ	BB/U Z Score		Number Desimal	6 2
	WHZ	BB/TB Z score		Number Desimal	6 2
	IFANTH15	Inflate BMI mulai 15 tahun		Number	9
	IFANTH18	Inflate BMI mulai 18 tahun		Number	9
	INF_ANTH	Inflate BMI mulai 5 tahun		Number	9