

**INSTRUMENT REVIEW KEMATIAN BALITA
(USIA > 28 HARI SAMPAI < 5 TAHUN) DI FASILITAS KESEHATAN**

1. IDENTITAS BALITA

No	<i>Beri tanda checklist (✓) dan atau isi pada tempat yang sesuai</i>	
1.1	Nama balita	.....
1.2	Umur balita	.....Tahun/ .....Bulan
1.3	Tanggal lahir balita	...../...../.....(hh/bb/tttt)
1.4	Jenis kelamin balita	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Ambigu
1.5	Urutan balita ke-	.....
1.6	Jumlah balita yang dilahirkan (hidup)	.....
1.7	Nama ibu	.....
1.8	Umur ibu	.....Tahun
1.9	Pekerjaan ibu	<input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Pekerja rumah tangga <input type="checkbox"/> Mahasiswa <input type="checkbox"/> TNI/Polri <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Wiraswasta/ Pelayanan jasa/Dagang <input type="checkbox"/> Pegawai swasta <input type="checkbox"/> Petani <input type="checkbox"/> Buruh Pabrik <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan.....
1.10	Pendidikan ibu	<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah <input type="checkbox"/> Tidak tamat SD <input type="checkbox"/> Tamat SD <input type="checkbox"/> Tamat SMP <input type="checkbox"/> Tamat SMA <input type="checkbox"/> Tamat Akademi/Universitas <input type="checkbox"/> Tidak tahu
1.11	Nama ayah	.....
1.12	Umur ayah	..... tahun

No	<i>Beri tanda checklist (✓) dan atau isi pada tempat yang sesuai</i>	
1.13	Pekerjaan ayah	<input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Sopir/ ojek <input type="checkbox"/> Pekerja rumah tangga <input type="checkbox"/> Mahasiswa <input type="checkbox"/> TNI/Polri <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Wiraswasta/ Pelayanan jasa/ Dagang <input type="checkbox"/> Pegawai swasta <input type="checkbox"/> Petani <input type="checkbox"/> Buruh pabrik <input type="checkbox"/> Buruh bangunan <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan.....
1.14	Pendidikan Ayah	<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah <input type="checkbox"/> Tidak tamat SD <input type="checkbox"/> Tamat SD <input type="checkbox"/> Tamat SMP <input type="checkbox"/> Tamat SMA <input type="checkbox"/> Tamat Akademi/Universitas <input type="checkbox"/> Tidak tahu
1.15	Alamat	Desa/Kelurahan : RT/RW : Kecamatan : Kabupaten/Kota: Provinsi :
1.16	Nomor Telephone	
1.17	Penghasilan Keluarga	Rp.

2. FAKTOR INTRINSIK BALITA

No	Beri tanda checklist (✓) dan atau isi pada tempat yang sesuai							
2.1	Berat badan lahir Gram						
2.2	Berat badan saat ini Gram/Kg* <i>*Coret salah satu satuan yang tidak sesuai</i>						
2.3	Tinggi badan/Panjang badan saat ini Cm						
2.4	Cara Persalinan	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Vaginam dengan tindakan: <input type="checkbox"/> Vacuum <input type="checkbox"/> Forcep						
2.5	Usia kehamilan saat lahir:mingguhari* <i>*jika diketahui</i>						
2.6	Riwayat pemberian ASI: a. IMD b. ASI saja c. Jika tidak,	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya, sampaibulan</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ASI + Susu formula</td> <td><input type="checkbox"/> Susu formula</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, sampaibulan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> ASI + Susu formula	<input type="checkbox"/> Susu formula
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak							
<input type="checkbox"/> Ya, sampaibulan	<input type="checkbox"/> Tidak							
<input type="checkbox"/> ASI + Susu formula	<input type="checkbox"/> Susu formula							
2.7	Status nutrisi:	<input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Buruk <input type="checkbox"/> Tidak ada informasi						
2.7	Riwayat Pemberian Imunisasi	<input type="checkbox"/> Tidak/ belum pernah diberikan <input type="checkbox"/> < 24 Jam : Hepatitis, HB0 <input type="checkbox"/> 1 Bulan : BCG,OPV1 <input type="checkbox"/> 2 Bulan : DPT-HB-Hib1,OPV2 <input type="checkbox"/> 3 Bulan : DPT-HB-Hib2,OPV3 <input type="checkbox"/> 4 Bulan : DPT-HB-Hib3,OPV4,IPV <input type="checkbox"/> 9 Bulan : MR <input type="checkbox"/> 18 Bulan : MR,DPT-HB-Hib						

3. INFORMASI KEMATIAN

No	<i>Beri tanda checklist (✓) dan atau isi pada tempat yang sesuai</i>	
3.1	Usia balita saat meninggal	..... / ..... / .....(tahun/bulan/hari)
	Tanggal kematian (hh/bb/tttt)/...../.....
	Jam meninggal (jj:mm):.....
	Nama fasilitas kesehatan tempat kematian	.....
3.3	Apakah balita dibawa dari rumah ke fasilitas kesehatan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
3.4	Apakah balita dirujuk dari fasilitas kesehatan lain?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu

4. PENYEBAB KEMATIAN MEDIS

No	Penyebab Kematian	Kategori Penyebab Kematian (Sumber: IDC-Coding)	Diagnosis*	KODE ICD
4.1	Penyakit penyebab utama kematian:	<input type="checkbox"/> Pernafasan	<input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Bronkiektasis <input type="checkbox"/> Abses paru <input type="checkbox"/> Pneumotoraks <input type="checkbox"/> Batuk rejan <input type="checkbox"/> Croup <input type="checkbox"/> Epiglottitis <input type="checkbox"/> Bronkiolitis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Asma akut parah atau status asthmaticus <input type="checkbox"/> Otitis media akut <input type="checkbox"/> Otitis media serosa kronis <input type="checkbox"/> Pernafasan, lain-lain (sebutkan.....)	J18 J47 J85 J93 A37 J05.0 J05.1 J21 J45 J46 H66.9 H66.3 J98.9
		<input type="checkbox"/> Gastrontestinal	<input type="checkbox"/> Diare encer akut <input type="checkbox"/> Diare persisten <input type="checkbox"/> Disentri (Shigella) <input type="checkbox"/> Disentri (Amubiasis) <input type="checkbox"/> Kolera	A09.9 A03 A06.0 A00

No	Penyebab Kematian	Kategori Penyebab Kematian (Sumber: IDC-Coding)	Diagnosis*	KODE ICD
			<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hepatitis (kronis) <input type="checkbox"/> Hepatitis (A) <input type="checkbox"/> Hepatitis (B) <input type="checkbox"/> Hepatitis (virus akut lainnya) <input type="checkbox"/> Tifus <input type="checkbox"/> Gastrointestinal, lain-lain	K75.9 K73 B15 B16 B17 A01.0 K92.9
		<input type="checkbox"/> Gizi	<input type="checkbox"/> Malnutrisi akut berat <input type="checkbox"/> Marasmus <input type="checkbox"/> Kwashiorkor <input type="checkbox"/> Defisiensi vitamin A. <input type="checkbox"/> Beri beri (defisiensi tiamin) <input type="checkbox"/> Defisiensi zat besi <input type="checkbox"/> Gangguan gizi lainnya (sebutkan)	E43 E41 E40 E55 E51 D50 E46
		<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Malaria, tanpa komplikasi (falciparum) <input type="checkbox"/> Malaria, tanpa komplikasi (klinis) <input type="checkbox"/> Malaria, berat (dengan komplikasi) <input type="checkbox"/> Malaria serebral	B50.9 B54 B50.8 B50.0
		<input type="checkbox"/> Neurologis kronis	<input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Hidrosefalus <input type="checkbox"/> Cerebralpalsy <input type="checkbox"/> Keterlambatan perkembangan <input type="checkbox"/> Neurologis, lain-lain	G40 G91 G80 R62.0 R29.8
		<input type="checkbox"/> Neurologis akut	<input type="checkbox"/> Meningitis, <i>Haemophilus influenzae</i> <input type="checkbox"/> Meningitis, <i>Streptococcus pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> Meningitis, <i>Neisseria meningitides</i> <input type="checkbox"/> Meningitis, <i>Cryptococcus</i>	G00.0 G00.2 A39.0 B45.1

No	Penyebab Kematian	Kategori Penyebab Kematian (Sumber: IDC-Coding)	Diagnosis*	KODE ICD
			<input type="checkbox"/> Meningitis, tidak ada penyebab yang teridentifikasi atau aseptik <input type="checkbox"/> Kejang akut <input type="checkbox"/> Ensefalitis, ensefalitis Jepang <input type="checkbox"/> Ensefalitis, lain-lain	G03.9 R56 A83.0 G04.9
		<input type="checkbox"/> Tuberkulosis	<input type="checkbox"/> Tuberkulosis paru <input type="checkbox"/> Tuberkulosis paru yang belum dikonfirmasi <input type="checkbox"/> Meningitis tuberkulosis <input type="checkbox"/> Tuberkulosis kelenjar getah bening <input type="checkbox"/> Tuberkulosis kelenjar getah bening intratoraks yang dikonfirmasi <input type="checkbox"/> Tuberkulosis tulang dan sendi (termasuk penyakit tulang belakang Potts) <input type="checkbox"/> Tuberkulosis tulang belakang (penyakit Potts) <input type="checkbox"/> Artritis tuberkulosis <input type="checkbox"/> Tuberkulosis abdomen <input type="checkbox"/> Tuberkulosis milier <input type="checkbox"/> Tuberkulosis, efusi perikardial <input type="checkbox"/> Tuberkulosis diseminata (termasuk tuberkulosis milier) <input type="checkbox"/> Tuberkulosis yang resistan terhadap berbagai obat (Multi- drug-resistant tuberculosis)	A15 A16 A17.0 A18.2 A15.4 A18.0 A18.0 A18.0 A18.3 A19 A18.8 A19.1 U84.3
		<input type="checkbox"/> Ruam dan demam/ Infeksi akut	<input type="checkbox"/> Sepsis (termasuk bakteremia) <input type="checkbox"/> Campak <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Varicella, cacar air	A41.9 B05 B06 B01

No	Penyebab Kematian	Kategori Penyebab Kematian (Sumber: IDC-Coding)	Diagnosis*	KODE ICD
			<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Demam Dengue <input type="checkbox"/> Sindrom syok demam dengue (<i>Dengue shock syndrome</i>) <input type="checkbox"/> Demam berdarah dengue <input type="checkbox"/> Selulitis (sepsis kulit) <input type="checkbox"/> Osteomielitis (infeksi tulang) <input type="checkbox"/> Artritis septik (infeksi sendi) <input type="checkbox"/> Pyomyositis (infeksi otot atau abses)	B17.9 A97 A97.2 A97.1 L03 M86 M00 M60.0
		<input type="checkbox"/> Infeksi HIV	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Pneumonia pneumocystis <input type="checkbox"/> Diare persllkk/,isten terkait HIV <input type="checkbox"/> Penyakit paru kronis terkait HIV	B24 B59
		<input type="checkbox"/> Darurat, bedah	<input type="checkbox"/> Radang usus buntu <input type="checkbox"/> Obstruksi usus, pembedahan <input type="checkbox"/> Luka bakar <input type="checkbox"/> Tenggelam <input type="checkbox"/> Keracunan <input type="checkbox"/> Gigitan ular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Bedah, lain-lain <input type="checkbox"/> Kecelakaan, terkait transport	K35 K56.6 T29 W74 T65.9 T63.0 T07 A35 Y83.9 V99
		<input type="checkbox"/> Ginjal	<input type="checkbox"/> Infeksi saluran kemih <input type="checkbox"/> Glomerulonefritis <input type="checkbox"/> Gagal ginjal akut <input type="checkbox"/> Penyakit ginjal kronis <input type="checkbox"/> Ginjal, lain-lain	N39.0 N08 N17 N18 N28.9
		<input type="checkbox"/> Kelenjar endokrin	<input type="checkbox"/> Diabetes tipe 1 <input type="checkbox"/> Diabetes tipe 2 <input type="checkbox"/> Hipoglikemia <input type="checkbox"/> Penyakit tiroid	E10 E11 E161 E07.9

No	Penyebab Kematian	Kategori Penyebab Kematian (Sumber: IDC-Coding)	Diagnosis*	KODE ICD
			<input type="checkbox"/> Endokrin, lain-lain	E34.9
		<input type="checkbox"/> Hematologi	<input type="checkbox"/> Anemia berat <input type="checkbox"/> Anemia (aplastic) <input type="checkbox"/> Anemia sel sabit <input type="checkbox"/> Anemia (hemolysis yang didapat) <input type="checkbox"/> Gangguan pendarahan <input type="checkbox"/> Thalasemia <input type="checkbox"/> Hematologis, lain-lain (Sebutkan.....)	D61 D57 D59 D68.9 D56
		<input type="checkbox"/> Penyakit Jantung	<input type="checkbox"/> Penyakit jantung, bawaan <input type="checkbox"/> Penyakit jantung, reumatik <input type="checkbox"/> Penyakit jantung, lain-lain	Q24.9 I01 I51.9
		<input type="checkbox"/> Kanker	<input type="checkbox"/> Tumor Wilms <input type="checkbox"/> Leukemia <input type="checkbox"/> Limfoma (Hodgkins) <input type="checkbox"/> Limfoma (non-Hodgkins) <input type="checkbox"/> Retinoblastoma <input type="checkbox"/> Tumor sistem saraf pusat <input type="checkbox"/> Neuroblastoma (kelenjar adrenal) <input type="checkbox"/> Kanker, lain-lain (sebutkan)	C64 C95.9 C81 C85 C69.2 C72.9 C74.9 D48.9
		<input type="checkbox"/> Perlindungan balita	<input type="checkbox"/> Pelecehan fisik <input type="checkbox"/> Pelecehan seksual <input type="checkbox"/> Terlantar <input type="checkbox"/> Pembunuhan <input type="checkbox"/> Bunuh diri	Y07 Y07 Y06 Y09 X84
		<input type="checkbox"/> Riwayat balita saat dilahirkan :		
		<input type="checkbox"/> BBLR	<input type="checkbox"/> 1500 g – 2500 g <input type="checkbox"/> 1000 g – 1499 g <input type="checkbox"/> <1000 g	P07.1 P07.1 P07.0
		<input type="checkbox"/> Prematuritas		
		<input type="checkbox"/> Infeksi neonatal	<input type="checkbox"/> Radang paru <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Sepsis, neonatal <input type="checkbox"/> Sepsis tali pusat	P23 G03.9 P36 P38

No	Penyebab Kematian	Kategori Penyebab Kematian (Sumber: IDC-Coding)	Diagnosis*	KODE ICD
			<input type="checkbox"/> Sepsis kulit <input type="checkbox"/> Sifilis kongenital <input type="checkbox"/> Malaria kongenital <input type="checkbox"/> Sindrom rubella kongenital <input type="checkbox"/> Tetanus neonatal <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Infeksi neonatal, lain-lain	P39.4 A50 P37 P35.0 A33 P78.3 P39.9
		<input type="checkbox"/> Kondisi perinatal	<input type="checkbox"/> Asfiksia lahir <input type="checkbox"/> Aspirasi Mekonium <input type="checkbox"/> Sindrom gangguan pernapasan <input type="checkbox"/> Penyakit kuning <input type="checkbox"/> Obstruksi usus <input type="checkbox"/> Entero kolitis nekrotikans <input type="checkbox"/> Neonatal, lain-lain	P21 P24 P22 P59 P76 P77 P96.9
		<input type="checkbox"/> Malformasi congenital	<input type="checkbox"/> Penyakit jantung bawaan <input type="checkbox"/> Anus imperforate <input type="checkbox"/> Penyakit Hirschsprung <input type="checkbox"/> Malrotasi <input type="checkbox"/> Malformasi gastrointestinal: omphalocele, gastroschisis <input type="checkbox"/> Multipel	Q24.9 Q42.3 Q43.1 Q43.3 Q79.2 / Q79.3 Q89.9
No	Penyebab Kematian	Jawaban		
4.2	Gejala penyakit yang dirasakan sampai dengan kematian <i>Jawaban boleh lebih dari satu</i>	<input type="checkbox"/> Panas <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Sesak nafas <input type="checkbox"/> Nafas cepat <input type="checkbox"/> Tarikan dinding dada <input type="checkbox"/> Cuping hidung pernafasan <input type="checkbox"/> Nafas berbunyi <input type="checkbox"/> Tampak kebiruan <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Kejang <input type="checkbox"/> Letargi <input type="checkbox"/> Tidak sadar <input type="checkbox"/> Tidak bias minum <input type="checkbox"/> Pendarahan <input type="checkbox"/> Lainnya:	lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari lama hari	

No	Penyebab Kematian	Kategori Penyebab Kematian (Sumber: IDC-Coding)	Diagnosis*	KODE ICD
4.3	Kondisi kronis atau komorbiditas yang mendasari	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Kelainan kongenital <input type="checkbox"/> Penyakit jantung <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Palsiserebral <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Penyakit ginjal <input type="checkbox"/> Sindrom <input type="checkbox"/> Kekerasan <input type="checkbox"/> Lainnya:.....		
4.4	Riwayat penyakit atau kondisi balita/ balita sebelum meninggal <i>Dapat merujuk ke rekam medis</i>	*** Ket: 1. Berdasarkan cerita ibu/keluarga Di isi oleh petugas kesehatan		
4.5	Apakah balita memiliki gangguan pertumbuhan dan perkembangan lainnya pada saat kematian?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diketahui <i>Jika ya, berikan detailnya di bagian narasi di bawah ini (4.7)</i>		
4.6	Apakah balita tersebut memiliki gangguan kesehatan mental yang sudah ada sebelumnya pada saat kematian?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diketahui <i>Jika ya, berikan detailnya di bagian narasi di bawah ini (4.7)</i>		
4.7	Faktor intrinsik balita : Harap berikan (jika perlu) detail naratif yang berkaitan dengan pertanyaan 4.5 dan 4.6 dan juga kebutuhan kesehatan lain yang diketahui (Faktor yang teridentifikasi pada balita yang mungkin berkontribusi terhadap kematian.)			

*Ket:

1. Pengisian bersifat optional
2. Sesuai dengan diagnosis tambahan dari dokter
3. Pengisi Dokter: menentukan sampai diagnosis
4. Pengisi Bidan, Perawat atau tenaga Kesehatan lain menentukan pilihan penyebab tanpa sampai diagnosis

5. PENYEBAB KEMATIAN NON MEDIS

No	Penyebab Kematian	Jawaban	
5.1	Faktor lingkungan atau sosial apa yang terlibat dalam kematian balita tersebut?	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ibu atau kedua orang tua meninggal <input type="checkbox"/> Sanitasi rumah yang buruk <input type="checkbox"/> Adopsi yang dilakukan tidak resmi <input type="checkbox"/> Kekerasan rumah tangga <input type="checkbox"/> Kematian saudara kandung sebelumnya <input type="checkbox"/> Lingkungan rumah yang tidak aman <input type="checkbox"/> Kemungkinan pengabaian/ penelantaran <input type="checkbox"/> Kurangnya pengawasan orang dewasa yang memadai <input type="checkbox"/> Keluarga hidup dalam kemiskinan yang ekstrim <input type="checkbox"/> Bencana Alam <input type="checkbox"/> Lainnya:.....	
5.2	Penyebab lain:	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Kekerasan Fisik/penganiayaan <input type="checkbox"/> Pelecehan Seksual <input type="checkbox"/> Pembunuhan <input type="checkbox"/> Kebakaran/lukabakar <input type="checkbox"/> Sengatan Listrik <input type="checkbox"/> Serangan Binatang <input type="checkbox"/> Kecelakaan Lalu Lintas <input type="checkbox"/> Lainnya:.....	
No	Sistem	Kondisi	Jawaban
5.3	Personal/ Keluarga/ Masyarakat	Terlambat mencari bantuan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
		Menolak pengobatan atau dirawat	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
		Kepemilikan Asuransi	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada:..... (nama asuransi)
5.4	Fasilitas (termasuk berfungsinya fasilitas)	Kurangnya fasilitas, peralatan atau bahan yang diperlukan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
5.5	Tindakan yang diberikan selama di fasyankes	Apakah balita diberikan antibiotik?	<input type="checkbox"/> Ya Alasan: <input type="checkbox"/> Tidak Alasan:

		Apakah balita diberikan intravena?	<input type="checkbox"/> Ya Alasan: <input type="checkbox"/> Tidak Alasan:
		Apakah ada pendamping atau konsultan dalam pelaksanaan tindakan	<input type="checkbox"/> Ya Alasan: <input type="checkbox"/> Tidak Alasan:
		Kondisi parenteral:	
		<input type="checkbox"/> Pemberian Nutrisi	<input type="checkbox"/> Ya Alasan: <input type="checkbox"/> Tidak Alasan:
		<input type="checkbox"/> Pemberian Obat	<input type="checkbox"/> Ya Detail Pengobatan: <input type="checkbox"/> Tidak Alasan:
		<input type="checkbox"/> Pemberian Cairan	<input type="checkbox"/> Ya Alasan: <input type="checkbox"/> Tidak Alasan:
		Apakah terdapat tindakan operasi?	<input type="checkbox"/> Ya Jelaskan: <input type="checkbox"/> Tidak Alasan:
		Apakah ada komplikasi dari perawatan yang diberikan?	<input type="checkbox"/> Ya Jelaskan: <input type="checkbox"/> Tidak Alasan:
		Apakah ada tindakan yang dibutuhkan tetapi tidak tersedia?	<input type="checkbox"/> Ya Jelaskan: <input type="checkbox"/> Tidak Alasan:

5.6	Masalah tenaga kesehatan (termasuk berfungsinya petugas)	Kurangnya sumber daya manusia	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
5.7	Administrasi	Kesulitan dalam pengurusan Surat Keterangan Tidak Mampu atau akses terhadap JKN KIS	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
5.8	Lainnya	Apakah ada investigasi insiden serius yang bersifat formal atau investigasi internal lembaga lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
		Apakah kematian balita ini termasuk kasus serius (perlindungan balita)/ tinjauan praktik perlindungan balita lokal atau nasional?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
		Apakah kematian balita ini termasuk kasus hukum lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
		Apakah kematian balita ini masuk pada penyelidikan kriminal atau polisi?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu
		Jika salah satu dari investigasi di atas berlaku, berikan rincian	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu

6. MUTU FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN (FASYANKES)

No	Komponen Mutu	Penjelasan
6.1	Masalah tenaga kesehatan (termasuk berfungsinya petugas)	
6.2	Siaga (kesiapsiagaan bertindak)	<input type="checkbox"/> Tidak Siaga <input type="checkbox"/> Siaga Penjelasan:
6.3	<i>Respon time</i>	<input type="checkbox"/> Tidak Tepat <input type="checkbox"/> Tepat Penjelasan:
6.4	Pelayanan Administrasi	
6.5	Kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan SOP di wilayah kerjanya	
6.5	Ketersediaan farmasi	<input type="checkbox"/> Tidak Tersedia <input type="checkbox"/> Tersedia Penjelasan:
6.6	Ketersedian alat kesehatan/penunjang pemeriksaan laboratorium di fasilitas pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada Penjelasan:

KESIMPULAN

Penyebab Kematian

1. Penyebab langsung :
2. Penyebab antara/ *underlying* :
3. Penyebab dasar/ lainnya :

INSTRUMEN INI DISELESAIKAN OLEH:

Nama			
Jabatan			
Telepon		Fax	
Tanggal		Tanda tangan:	