



REPUBLIK INDONESIA
DEPARTEMEN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN



RISET KESEHATAN DASAR 2007

PERTANYAAN RUMAH TANGGA DAN INDIVIDU

RAHASIA

RKD07. RT

I. PENGENALAN TEMPAT			
1	Provinsi		<input type="text"/> <input type="text"/>
2	Kabupaten/Kota*)		<input type="text"/> <input type="text"/>
3	Kecamatan		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Desa/Kelurahan*)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	<input type="text"/>
6	a. Nomor blok sensus		
	b. Nomor sub blok sensus		
7	Nomor Kode Sampel		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Nomor urut sampel rumah tangga		<input type="text"/> <input type="text"/>
9	Alamat rumah		
II. KETERANGAN RUMAH TANGGA			
1	Nama kepala rumah tangga:		
2	Banyaknya anggota rumah tangga:		<input type="text"/> <input type="text"/>
3	Banyaknya anggota rumah tangga yang diwawancarai:		<input type="text"/> <input type="text"/>
4	Jumlah balita (umur di bawah 5 tahun):		<input type="text"/>
5	Jumlah kematian ART dlm periode 12 bulan sebelum survei dan dilakukan verbal otopsi:		<input type="text"/>
6	Apakah Rumah tangga menyimpan garam?	1. Ya 2. Tidak → Blok III	<input type="text"/>
7	Lakukan tes cepat iodium dan catat kandungan Iodiumnya	1. Cukup (biru/ungu tua) 2. Tdk cukup (biru/ ungu muda) 3. Tidak ada iodium (Tidak berwarna)	<input type="text"/>
SAMPSEL GARAM DIAMBIL HANYA UNTUK 30 KAB/ KOTA TERPILIH (LIHAT DAFTAR KAB/ KOTA DI PEDOMAN PENGISIAN)			
8	STIKER NOMOR GARAM (RUMAH TANGGA)	TEMPEL STIKER DI SINI	
III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
1	Nama Pengumpul Data:		4 Nama Ketua Tim:
2	Tgl. Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	5 Tgl. Pengecekan: (tgl-bln-thn)
3	Tanda tangan Pengumpul Data		6 Tanda tangan Ketua Tim:

*) coret yang tidak perlu

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki2 2. Perempuan	Umur (tahun) Jika umur < 1th isikan "00" Jika umur ≥ 97 thn isikan "97"	Status Kawin [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun		Khusus ART perempuan 10-54 tahun Apakah sedang Hamil? 1. Ya 2. Tidak	ART semalam tidur di dalam kelambu? 1. Ya 2. Tidak → kol.12 8. Tdk Tahu → kol.12	Jika ya, apakah kelambu berinsektisida? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Verifikasi
						Pendidikan Tertinggi [KODE]	Pekerjaan utama [KODE]				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1.		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 15 ORANG

Kode kolom 3 Hubungan dengan kepala rumah tangga	Kode kolom 6 Status Kawin	Kode kolom 7 Pendidikan Tertinggi	Kode kolom 8 Pekerjaan Utama	Kode kolom 12 Verifikasi
1 = Kepala rumah tangga 6 = Orang tua/ mertua 2 = Istri/suami 7 = Famili lain 3 = Anak 8 = Pembantu rumah tangga 4 = Menantu 9 = Lainnya 5 = Cucu	1 = Belum kawin 2 = Kawin 3 = Cerai hidup 4 = Cerai mati	1 = Tidak pernah sekolah 2 = Tidak tamat SD 3 = Tamat SD 4 = Tamat SLTP 5 = Tamat SLTA 6 = Tamat Perguruan Tinggi	01 = Tidak kerja 02 = Sekolah 03 = Ibu umah tangga 04 = TNI/Polri 05 = PNS 06 = Pegawai BUMN 07 = Pegawai swasta 08 = Wiraswasta/ Pedagang 09 = Pelayanan Jasa 10 = Petani 11 = Nelayan 12 = Buruh 13 = Lainnya	1= Tidak ada perubahan 2= Ada perubahan 3 = Meninggal 4 = Pindah 5 = Lahir 6 = Anggota baru 7 = Tdk pernah ada dlm RT sampel

XI. PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN

PENGUKURAN ANTHROPOMETRI, TEKANAN DARAH, LINGKAR PERUT, DAN LILA

SEMUA UMUR

1. Berat badan (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	2a. Tinggi Badan/ Panjang Badan (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	2b. Khusus untuk balita, Posisi Pengukuran TB/PB 1. Berdiri 2. Telentang <input type="checkbox"/>
---	---	---

KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN

3	Tekanan darah (mmHg)					
	PEMERIKSAAN 1		PEMERIKSAAN 2		PEMERIKSAAN 3	
	a. Sistolik 1	b. Diastolik 1	d. Sistolik 2	e. Diastolik 2	Hanya dilakukan bila selisih pengukuran tekanan darah 1 dan 2 > 10 mmHg	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g. Sistolik 3	h. Diastolik 3			
	c. Nadi 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	f. Nadi 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	i. Nadi 3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4 Lingkar perut cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
------------------------	----------	--

KHUSUS WANITA USIA SUBUR (15 – 45 TAHUN) TERMASUK IBU HAMIL

5 Lingkar lengan atas (LILA) cm	<input type="text"/> <input type="text"/> ,
-------------------------------------	----------	---

PEMERIKSAAN VISUS (KHUSUS ART > 5 TAHUN)

6	Apakah mata [NAMA] mengalami gangguan: (LAKUKAN PENGAMATAN)						
		KANAN			KIRI		
	a. Juling	1. Ya	2. Tidak	a1. <input type="checkbox"/>	1. Ya	2. Tidak	a2. <input type="checkbox"/>
	b. Pterigium	1. Ya	2. Tidak	b1. <input type="checkbox"/>	1. Ya	2. Tidak	b2. <input type="checkbox"/>
	c. Parut kornea	1. Ya	2. Tidak	c1. <input type="checkbox"/>	1. Ya	2. Tidak	c2. <input type="checkbox"/>
d. Lensa keruh/Katarak	1. Ya	2. Tidak	d1. <input type="checkbox"/>	1. Ya	2. Tidak	d2. <input type="checkbox"/>	
7. Menggunakan kacamata (jauh dan atau dekat)?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>				

PEMERIKSAAN VISUS:
1. Jika [NAMA] tidak menggunakan kacamata tetap lakukan pemeriksaan visus
2. Jika [NAMA] menggunakan kacamata, lakukan pemeriksaan visus dengan tetap memakai kacamata

8. Tanpa Pinhole	a. Kanan: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Kiri: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Dengan Pinhole	a. Kanan: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Kiri: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

CATATAN UNTUK RESPONDEN YANG TIDAK DAPAT MELIHAT KARTU SNELLEN ATAU KARTU E → LAKUKAN HITUNG JARI:

1. Jika [NAMA] dapat melihat HITUNG JARI pada jarak 3 meter → TULIS 03/060
2. Jika [NAMA] dapat melihat HITUNG JARI pada jarak 2 meter → TULIS 02/060
3. Jika [NAMA] dapat melihat HITUNG JARI pada jarak 1 meter → TULIS 01/060
4. Jika [NAMA] hanya dapat melihat GOYANGAN TANGAN pada jarak 1 meter → TULIS 01/300
5. Jika [NAMA] hanya dapat melihat SINAR SENTER → TULIS 01/888
6. Jika [NAMA] tidak dapat melihat sinar (BUTA TOTAL) → TULIS 00/000