



REPUBLIK INDONESIA  
KEMENTERIAN KESEHATAN  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
**RISET KESEHATAN DASAR 2013**  
PERTANYAAN RUMAH TANGGA DAN INDIVIDU

RAHASIA

RKD13. RT

**I. PENGENALAN TEMPAT**

1	Provinsi			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2	Kabupaten/Kota*)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3	Kecamatan			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	Desa/Kelurahan*)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan	2. Perdesaan		<input type="checkbox"/>					
6	Nomor Kode Sampel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	No Bangunan Sensus & Jml Rumah Tangga			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Nama kepala rumah tangga:			No. Urut Sampel Rumah Tangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	Apakah Rumah tangga menyimpan garam?	1. Ya	2. Tidak → P.11	<input type="checkbox"/>						
10	<b>Lakukan tes cepat lodium di seluruh rumah tangga</b> dan catat kandungan lodiumnya berdasarkan perubahan warna	1. Cukup (biru tua / ungu tua)	2. Tidak cukup (biru muda / ungu muda)	3. Tidak ada lodium (Tidak berwarna)	<input type="checkbox"/>					
11	Terpilih sampel provinsi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>						
12	Terpilih sampel nasional	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>						

**SAMPEL GARAM UNTUK TITRASI DIAMBIL DARI SAMPEL RUMAH TANGGA NASIONAL**

13	Apakah diambil sampel garam?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<b>TEMPEL STIKER GARAM DI SINI (RXXXXXX)</b>
14	Apakah diambil sampel air?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<b>TEMPEL STIKER AIR DI SINI (RXXXXXX)</b>

**II. KETERANGAN RUMAH TANGGA**

1	Alamat rumah (Tulis dengan huruf kapital)		
2	Banyaknya anggota rumah tangga:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Banyaknya balita (0-59 bulan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Banyaknya anggota rumah tangga yang diwawancarai:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA**

1	Nama Pengumpul Data:		4	Nama Ketua Tim:							
2	Tanggal Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	<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	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. Laki 2. Perempuan	Status Kawin  [KODE]	Tanggal Lahir	Umur Jika umur <1bln isikan dalam kotak"Hari" Jika umur <5thn isikan dlm kotak"Bulan" Jika umur ≥5 thn isikan dlm kotak "Tahun" dan umur ≥ 97 thn isikan "97"	Khusus ART >5 tahun  Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan  [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun  Status Pekerjaan  [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun  Jika Status Pekerjaan=2 Sebutkan Jenis Pekerjaan utama  [KODE]	Khusus ART perempuan 10-54 tahun  Apakah sedang Hamil?  1. Ya 2. Tidak	Apakah ART semalam tidur menggunakan kelambu  1. Ya 2.Tidak→ <b>kolom 14</b>	Jika "ya" Apakah kelambu ber-insektisida?  1. Ya 2.Tidak 8. Tidak tahu	ART diwawancara?  1.Ya 2.Ya, didampingi 3.Ya, diwakili 4.Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<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"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<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"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<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"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GUNAKAN HALAMAN 3 APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG**

Kode kolom 3: Hubungan dg kepala rumah tangga			Kode kolom 5: Status Kawin		Kode kolom 8: Pendidikan Tertinggi		Kode Kolom 9		Kode kolom 10: Jenis Pekerjaan Utama	
01= Kepala RT	04= Anak angkat/tiri	08= Famili lain	1= Belum menikah	4= Cerai hidup	1= Tidak/ belum pernah sekolah	5= Tamat SLTA/MA	1= Tidak bekerja	1= PNS/ TNI/Polri/BUMN/BUMD	4= Petani	
02= Istri/suami	05= Menantu	09= Pembantu rumah tangga	2= Menikah	5= Hidup terpisah	2= Tidak tamat SD/MI	6= Tamat D1/D2/D3	2= Bekerja	2= Pegawai swasta	5= Nelayan	
03= Anak kandung	06= Cucu	10= Lainnya	3= Hidup bersama	6= Cerai mati	3= Tamat SD/MI	7= Tamat PT	3= Sedang mencari kerja	3= Wiraswasta	6= Buruh	
	07= Orang tua/ mertua				4= Tamat SLTP/MTS		4= Sekolah		7= Lainnya	

**IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA**

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga  [KODE]	Jenis Kelamin  1. Laki 2. Perempuan	Status Kawin  [KODE]	Tanggal Lahir	Umur Jika umur <1bln isikan dalam kotak"Hari" Jika umur <5thn isikan dlm kotak"Bulan" Jika umur ≥5 thn isikan dlm kotak "Tahun" dan umur ≥ 97 thn isikan "97"	Khusus ART >5 tahun  Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan  [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun  Status Pekerjaan  [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun  Jika Status Pekerjaan=2 Sebutkan Jenis Pekerjaan utama  [KODE]	Khusus ART perempuan 10-54 tahun  Apakah sedang Hamil?  1. Ya 2. Tidak	Apakah ART semalam tidur menggunakan kelambu  1. Ya 2.Tidak→ <b>kolom 14</b>	Jika "ya" Apakah kelambu ber-insektisida?  1. Ya 2.Tidak 8. Tidak tahu	ART diwawancara?  1.Ya 2.Ya, didampingi 3.Ya, diwakili 4.Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
5		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<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"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<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"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<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"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<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 > 8 ORANG**

<b>Kode kolom 3: Hubungan dg kepala rumah tangga</b>			<b>Kode kolom 5: Status Kawin</b>		<b>Kode kolom 8: Pendidikan Tertinggi</b>		<b>Kode Kolom 9</b>		<b>Kode kolom 10: Jenis Pekerjaan Utama</b>	
01= Kepala RT	04= Anak angkat/tiri	08= Famili lain	1= Belum menikah	4 = Cerai hidup	1= Tidak/belum pernah sekolah	5= Tamat SLTA/MA	1= Tidak bekerja	1= PNS/ TNI/Polri/BUMN/BUMD	4= Petani	
02= Istri/suami	05= Menantu	09= Pembantu rumah tangga	2= Menikah	5= Hidup terpisah	2= Tidak tamat SD/MI	6= Tamat D1/D2/D3	2= Bekerja	2= Pegawai swasta	5= Nelayan	
03= Anak kandung	06= Cucu	10= Lainnya	3= Hidup bersama	6= Cerai mati	3= Tamat SD/MI	7= Tamat PT	3= Sedang mencari kerja	3= Wiraswasta	6= Buruh	
	07= Orang tua/ mertua				4= Tamat SLTP/MTS		4= Sekolah		7= Lainnya	

### V. AKSES DAN PELAYANAN KESEHATAN

Sekarang kami akan menanyakan jenis fasilitas kesehatan **terdekat** termasuk alat transportasi, waktu tempuh, dan perkiraan ongkos dari rumah ke setiap pelayanan kesehatan terdekat tersebut:

(Pengertian dekat: bisa dalam satu atau beda kabupaten/ kota, kecamatan, kelurahan, desa dimana rumah tangga berada)

Jenis Fasilitas Kesehatan	Apakah mengetahui ketersediaan fasilitas	Alat transportasi yang bisa digunakan <b>sekali jalan</b> dari rumah ke fasilitas kesehatan tersebut		Waktu tempuh		Kira-kira berapa ongkos perjalanan dari rumah ke fasilitas kesehatan tersebut (Rp)
	1 Ya 2. Tidak	1.Mobil pribadi 2.Kendaraan umum 4.Jalan kaki 8.Sepeda motor	16.Sepeda 32.Perahu 64.Transportasi Udara 128. Lainnya	Jam	Menit	
	<b>Jika jawaban berkode '2' lanjut ke JENIS FASILITAS KESEHATAN berikutnya</b>	<b>Bila jawaban lebih dari 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan</b>				
	(1)	(2)		(3)	(4)	(5)
1) Rumah Sakit pemerintah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Rumah Sakit swasta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Puskesmas/Puskesmas Pembantu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Praktek dokter/klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Praktek bidan/ Rumah Bersalin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Posyandu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Poskesdes/Poskestren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Polindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VI. FARMASI DAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL**

**VI.A. OBAT dan OBAT TRADISIONAL (OT) DI RUMAH TANGGA**

1	Apakah di rumah tangga ini sekarang <b>menyimpan</b> obat dan/atau obat tradisional untuk pengobatan sendiri	1.Ya	2.Tidak→PVI.B	<input type="checkbox"/>
---	--	------	---------------	--------------------------

**JIKA JAWABAN 'YA', MINTA IZIN PADA RESPONDEN UNTUK MELAKUKAN OBSERVASI OBAT/OT DAN MENANYAKAN PEMANFAATANNYA.**

**CATAT MAKSIMAL 18 OBAT/OT YANG DISIMPAN**

(1)	Nama Obat/OT (2)	Jenis [KODE] (3)	Obat/OT digunakan untuk penyakit/keluhan: [KODE] (4)	Dibeli/diperoleh dari mana? [KODE] (5)	Apakah dibeli dengan resep dokter? 1. Ya 2. Tidak (6)	"Status" Obat/OT di Rumah Tangga [KODE] (7)	Biasanya digunakan untuk pengobatan berapa lama? [KODE] (8)	Penilaian terhadap kondisi obat/OT yang disimpan [KODE] (9)
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

**GUNAKAN HALAMAN 6 APABILA JUMLAH OBAT/OT YANG DISIMPAN > 9 MACAM**

Kode Kolom 3	Kode Kolom 4	Kode kolom 5	Kode kolom 7	Kode Kolom 8	Kode Kolom 9
1 = Obat keras (logo merah bertanda K) 2 = Obat bebas/terbatas (logo hijau/biru) 3 = Antibiotika 4 = Obat "telanjang", tanpa logo 5 = Obat Tradisional 8 = Tidak tahu	01= influenza, pilek, masuk angin 02= batuk, sakit tenggorokan 03= asma, bengek, sesak napas 04= nyeri/pegal2,rematik, asam urat, sakit .kepala, sakit .gigi 05= demam 06= tuberkulosis 07= malaria 08= infeksi kulit, luka 09= alergi, gatal-gatal 10= darah tinggi 11= kencing manis/diabetes 12= peny.jantung & pembuluh darah 13= KB, memperlancar haid 14= diare 15= sembelit, wasir (ambeien) 16= sakit maag,kembung 17= mual, muntah 18= sakit mata 19= sakit telinga 20= sariawan, bibir pecah2 21= vitamin, suplemen, tonikum, kebugaran/kesehatan 22= kecacingan 23= infeksi virus (DBD, campak, hepatitis, dsb) 24= gangguan tiroid (hiper/hipotiroid) 25= dislipidemia, menurunkan kolesterol 26= lainnya 88= tidak tahu	1= apotek 2= toko obat/warung 3= pemberian orang lain 4= pelayanan kesehatan formal (puskesmas, RS, klinik) 5= Nakes (dokter, apoteker, bidan, mantri,perawat) 6= pelayanan kesehatan Tradisional 7= penjual jamu/OT keliling	1= sedang digunakan untuk pengobatan saat ini 2= obat sisa pengobatan sebelumnya 3= disimpan untuk persediaan jika sakit	1 = 1 – 3 hari 2 = 4 – 7 hari 3 = Lebih dari 7 hari 4 = Lebih dari sebulan/rutin 5 = kalau perlu saja 8 = tidak tahu	1= Baik (wadah bersih dan kemasan tertutup rapat, dan utuh, dan kondisi obat tidak basah/ tidak lembab, dan jika obat cair tidak ada gumpalan, dan jika obat krim atau suspensi tidak pecah atau memisah, dan jika obat tradisional jamu yang <b>berbentuk segar</b> dibuat baru/ <i>recentus paratus</i> , dan etiket/label jelas) 2= Tidak baik (wadah kotor, kemasan tidak utuh; kondisi obat basah, lembab,keruh, ada endapan/pemisahan, etiket/label tidak jelas, dan kadaluarsa)

**VI.A. OBAT dan OBAT TRADISIONAL (OT) DI RUMAH TANGGA {LANJUTAN}**

(1)	Nama Obat/OT (2)	Jenis	Obat/OT digunakan untuk penyakit/keluhan:	Dibeli/diperoleh dari mana?	Apakah dibeli dengan resep dokter?	"Status" Obat/OT di Rumah Tangga	Biasanya digunakan untuk pengobatan berapa lama?	Penilaian terhadap kondisi obat/ OT yang disimpan
		[KODE] (3)	[KODE] (4)	[KODE] (5)	1. Ya 2. Tidak (6)	[KODE] (7)	[KODE] (8)	[KODE] (9)
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kode Kolom 3	Kode Kolom 4		Kode kolom 5	Kode kolom 7	Kode Kolom 8	Kode Kolom 9
1 = Obat keras (logo merah bertanda K) 2 = Obat bebas/terbatas (logo hijau/biru) 3= Antibiotika 4 = Obat "telanjang", tanpa logo 5 = Obat Tradisional 8 = Tidak tahu	01= influenza, pilek, masuk angin 02= batuk, sakit tenggorokan 03= asma, bengek, sesak napas 04= nyeri/pegal2,rematik, asam urat, sakit kepala, sakit gigi 05= demam 06= tuberkulosis 07= malaria 08= infeksi kulit, luka 09= alergi, gatal-gatal 10= darah tinggi 11= kencing manis/diabetes 12= peny.jantung & pembuluh darah 13= KB, memperlancar haid	14= diare 15= sembelit, wasir (ambeien) 16= sakit maag,kembung 17= mual, muntah 18= sakit mata 19= sakit telinga 20= sariawan, bibir pecah2 21= vitamin, suplemen, tonikum, kebugaran/kesehatan 22= kecacingan 23= infeksi virus (DBD, campak, hepatitis, dsb) 24= gangguan tiroid (hiper/hipotiroid) 25= dislipidemia, menurunkan kolesterol 26= lainnya 88= tidak tahu	1= apotek 2= toko obat/warung 3= pemberian orang lain 4= pelayanan kesehatan formal (puskesmas, RS, klinik) 5= Nakes (dokter, apoteker, bidan, mantri,perawat) 6= pelayanan kesehatan tradisional 7= penjual jamu/OT keliling	1= sedang digunakan untuk pengobatan saat ini 2= obat sisa pengobatan sebelumnya 3= disimpan untuk persediaan jika sakit	1 = 1 – 3 hari 2 = 4 – 7 hari 3 = Lebih dari 7 hari 4 = Lebih dari sebulan/rutin 5 = kalau perlu saja 8 = tidak tahu	1= Baik (wadah bersih dan kemasan tertutup rapat, dan utuh, dan kondisi obat tidak basah/ tidak lembab, dan jika obat cair tidak ada gumpalan, dan jika obat krim atau suspensi tidak pecah atau memisah, dan jika obat tradisional jamu yang <b>berbentuk segar</b> dibuat baru/ <i>recentus paratus</i> , dan etiket/label jelas) 2= Tidak baik (wadah kotor, kemasan tidak utuh; kondisi obat basah, lembab, keruh, ada endapan/ pemisahan, etiket/label tidak jelas, dan kadaluarsa)

VI.B. PENGETAHUAN TENTANG OBAT GENERIK						
1	Apakah Anda mengetahui tentang Obat Generik?		1. Ya      2. Tidak → PVI.C	<input type="checkbox"/>		
2	Apa saja yang Anda ketahui mengenai Obat Generik (OG) (POINT a – g DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU					
	a. Obat gratis	<input type="checkbox"/>	c. Obat bagi pasien miskin	<input type="checkbox"/>	e. Obat tanpa merek dagang	<input type="checkbox"/>
	b. Obat murah	<input type="checkbox"/>	d. Obat yang dapat dibeli di warung	<input type="checkbox"/>	f. Khasiatnya sama dengan obat bermerek	<input type="checkbox"/>
					g. Obat Program Pemerintah	<input type="checkbox"/>
3	Dari manakah Anda mendapatkan informasi mengenai Obat Generik ? (POINT a-f TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK					
	a. Media cetak (koran, leaflet, brosur)	<input type="checkbox"/>	d. Kader , Tokoh Masyarakat	<input type="checkbox"/>		
	b. Media elektronik (radio, tv, internet)	<input type="checkbox"/>	e. Teman, kerabat	<input type="checkbox"/>		
	c. Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/>	f. Pendidikan (sekolah, kursus dll.)	<input type="checkbox"/>		

VI.C. PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL				
1	Apakah rumah tangga ini pernah berobat ke Pelayanan kesehatan tradisional dalam 1 tahun terakhir?		1.Ya 2.Tidak → Blok VII	<input type="checkbox"/>
2	Jenis Pelayanan kesehatan tradisional (DIBACAKAN)	1. Ya 2. Tidak → lanjut ke baris berikutnya	Alasan utama memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional (TIDAK DIBACAKAN) [LIHAT KODE KOLOM 4]	
(1)	(2)	(3)	(4)	
a.	Pelayanan kesehatan tradisional ramuan (Jamu, aromaterapi, gurah, homeopati, spa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Pelayanan kesehatan tradisional keterampilan menggunakan alat (Akupunktur, Chiropraksi, Kop/Bekam, Apiterapi, Ceragem, Akupresur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Pelayanan kesehatan tradisional keterampilan tanpa alat (Pijat –urut, Pijat -urut bayi, Patah Tulang, Refleksi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Pelayanan kesehatan tradisional keterampilan dengan pikiran (Hipnoterapi, Meditasi, Prana, Tenaga dalam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Kode Kolom 4: Alasan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Tradisional</b>				
1. Tradisi/kepercayaan		4. Lebih manjur	7. Biaya murah	
2. Putus asa dengan pengobatan moderen		5. Penyakit belum parah	8. Coba-coba	
3. Tidak ada sarana pelayanan kesehatan lainnya		6. Lebih aman	9. Menjaga kesehatan/kebugaran	

VII. GANGGUAN JIWA BERAT DALAM KELUARGA				
1	Apakah ada ART yang pernah menderita gangguan jiwa?		1. Ya 2. Tidak → Blok VIII	<input type="checkbox"/>
2	Apakah ART menderita <b>gangguan jiwa berat (Skizofrenia/Psikosis)</b> ?		1. Ya 2. Tidak → Blok VIII	<input type="checkbox"/>
3	Apakah ART pernah didiagnosis menderita <b>gangguan jiwa berat (Skizofrenia/Psikosis)</b> oleh tenaga kesehatan?		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4	Jika No 2 dan/atau No 3 ya, berapa ART?		----- orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Apakah pernah berobat ke Rumah Sakit Jiwa dan atau tenaga kesehatan		1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>
6	Apakah pernah dipasung/diasingkan/dikekang atau tindakan mirip pasung?		1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>

### VIII. KESEHATAN LINGKUNGAN

1	a. Jenis sumber air yang utama untuk seluruh keperluan rumah tangga: 1. Air ledeng/PDAM 2. Air ledeng eceran/membeli 3. Sumur bor/pompa 4. Sumur gali terlindung 5. Sumur gali tak terlindung 6. Mata air terlindung 7. Mata air tidak terlindung 8. Penampungan air hujan 9. Air sungai/danau/irigasi → <b>P.2</b>	<input type="checkbox"/>			
	b. Berapa jumlah pemakaian air untuk seluruh keperluan rumah tangga seperti untuk minum, masak, MCK, dan keperluan lainnya (misalnya menyiram tanaman, mencuci, dll) dalam sehari semalam? ..... liter/hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2	Jenis sumber air utama untuk kebutuhan minum? 01. Air kemasan 02. Air isi ulang 03. Air ledeng/PDAM 04. Air ledeng eceran/membeli 05. Sumur bor/pompa 06. Sumur gali terlindung 07. Sumur gali tak terlindung 08. Mata air terlindung 09. Mata air tidak terlindung 10. Penampungan air hujan 11. Air sungai/danau/irigasi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3	a. Apakah [RUMAH TANGGA] melakukan pengolahan air minum sebelum diminum?	1. Ya      2. Tidak → <b>P.3c</b>	<input type="checkbox"/>		
	b. Bagaimana cara pengolahan air sebelum diminum/ konsumsi oleh rumah tangga 1. Dengan pemanasan/dimasak      3. Ditambah larutan tawas/klorin 2. Dengan penyinaran matahari/UV      4. Disaring dan ditambah larutan tawas/klorin 5. Disaring/filtrasi saja		<input type="checkbox"/>		
	c. Apa jenis sarana/tempat penyimpanan air siap minum? 1. Dispenser      3. Kendi 2. Teko/ceret/termos/jerigen      4. Ember/panci tertutup 5. Ember/panci terbuka		<input type="checkbox"/>		
4	Bagaimana kualitas fisik air minum? ( <b>BACAKAN dan OBSERVASI POINT a SAMPAI DENGAN e</b> ) <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>				
	a. Keruh <input type="checkbox"/>	b. Berwarna <input type="checkbox"/>	c. Berasa <input type="checkbox"/>	d. Berbusa <input type="checkbox"/>	e. Berbau <input type="checkbox"/>
5	Bila jawaban <b>P.2 = 05 s.d 09 (pompa/sumur/mata air)</b> , berapa jarak ke tempat penampungan kotoran/ tinja terdekat? 1. <10 meter      2. ≥10 meter      8. Tidak tahu			<input type="checkbox"/>	
6	Berapa jarak dan lama waktu yang diperlukan untuk memperoleh air kebutuhan minum?				
	a. Jarak :    1. Dalam rumah      2. ≤100 meter      3. 101-1000 meter      4. >1000 meter		a. <input type="checkbox"/>		
	b. Waktu:    1. < 6 menit      2. 6-30 menit      3. 31-60 menit      4. >60 menit		b. <input type="checkbox"/>		
7	Bila jawaban <b>P.6a = 2 s.d 4</b> , siapa yang biasanya mengambil air untuk kebutuhan minum tersebut dari sumbernya? 1. Orang dewasa perempuan      3. Anak perempuan (di bawah 15 tahun) 2. Orang dewasa laki-laki      4. Anak laki-laki (di bawah 15 tahun)			<input type="checkbox"/>	
8	Apa jenis tempat pengumpulan/ penampungan sampah basah (organik) di dalam rumah? ( <b>BACAKAN POINT a DAN b</b> )	a. Tempat sampah tertutup      1. Ya      2. Tidak	a. <input type="checkbox"/>		
		b. Tempat sampah terbuka      1. Ya      2. Tidak	b. <input type="checkbox"/>		
9	Bagaimana cara penanganan sampah rumah tangga?	1. Diangkut petugas      3. Dibuat kompos      5. Dibuang ke kali/ parit/ laut 2. Ditimbun dalam tanah      4. Dibakar      6. Dibuang sembarangan	<input type="checkbox"/>		
10	Dimana tempat pembuangan air limbah dari kamar mandi/ tempat cuci/ dapur? 1. Penampungan tertutup di pekarangan/ SPAL      3. Penampungan di luar pekarangan 2. Penampungan terbuka di pekarangan      4. Tanpa penampungan (di tanah)      5. Langsung ke got/ sungai → <b>P.12</b>			<input type="checkbox"/>	
11	Bagaimana sarana pembuangan air limbah dari kamar mandi /dapur/ tempat cuci?	1. Sendiri/ rumah tangga 2. Bersama/ komunal	<input type="checkbox"/>		
12	Apa jenis bahan bakar/energi utama yang digunakan untuk memasak?	1. Listrik      3. Minyak tanah 2. Gas/elpiji      4. Arang/briket/batok kelapa      5. Kayu bakar	<input type="checkbox"/>		
13	Apakah [RUMAH TANGGA] selama sebelum yang lalu menggunakan/ menyimpan pestisida/ insektisida/ pupuk kimia di dalam rumah	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
14	Apa yang biasa [RUMAH TANGGA] lakukan selama ini untuk mencegah penularan penyakit akibat gigitan nyamuk? ( <b>JAWABAN TIDAK DIBACAKAN, LAKUKAN PROBING</b> ). <b>ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>				
	a. Tidur menggunakan kelambu <input type="checkbox"/>	d. Menggunakan repelen/ bahan-bahan pencegah gigitan nyamuk <input type="checkbox"/>			
	b. Memakai obat nyamuk bakar/elektrik <input type="checkbox"/>	e. Rumah disemprot obat nyamuk/insektisida <input type="checkbox"/>			
	c. Ventilasi menggunakan kasa nyamuk <input type="checkbox"/>	f. Minum obat pencegahan bila bermalam di daerah endemis malaria <input type="checkbox"/>			
15	Berapa kali [RUMAH TANGGA] menguras bak mandi dalam seminggu?	1. Sekali      3. Tidak pernah 2. Lebih dari satu kali      7. Tidak Berlaku (jika tidak menggunakan bak)	<input type="checkbox"/>		
16	Apakah rumah tinggal berada di daerah kumuh? (OBSERVASI)	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>		

IX. PEMUKIMAN DAN EKONOMI						
1.	Apakah status penguasaan bangunan tempat tinggal yang ditempati?		1. Milik sendiri 2. Kontrak 3. Sewa	4. Bebas sewa (milik orang lain) 5. Bebas sewa (milik orang tua/sanak/saudara) 6. Rumah dinas 7. Lainnya	<input type="checkbox"/>	
2.	a. Luas Lantai bangunan rumah		.....m <sup>2</sup>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b. Jumlah orang yang tinggal dalam satu bangunan rumah		..... orang		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Keadaan ruangan dalam rumah (OBSERVASI)					
	<b>Jenis Ruangan</b>	<b>Penggunaan</b> 1=Terpisah 2=Tidak Terpisah	<b>Kebersihan</b> 1=Bersih, 2=Tidak bersih	<b>Ketersediaan jendela</b> 1=Ada, dibuka tiap hari; 2=Ada, jarang dibuka; 3=Tidak ada	<b>Ventilasi</b> 1=Ada, luasnya >=10% luas lantai; 2=Ada, luasnya <10% luas lantai; 3=Tidak ada	<b>Pencahayaan alami</b> 1=Cukup 2=Tidak cukup
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a. Tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Masak/dapur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Jenis lantai rumah terluas:		1. Keramik/ ubin/ marmer/ semen 2. Semen plesteran retak	3. Papan/ bambu/ anyaman bambu/ rotan 4. Tanah	<input type="checkbox"/>	
5.	Jenis dinding terluas:		1. Tembok 2. Kayu/ papan/ triplek	3. Bambu 4. Seng	<input type="checkbox"/>	
6.	Jenis plafon/langit-langit rumah terluas:		1. Beton 2. Gypsum 3. Asbes/GRC board	4. Kayu/ tripleks 5. Anyaman bambu 6. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	
7.	Apa jenis sumber penerangan rumah?		1. Listrik PLN 2. Listrik Non-PLN	3. Petromaks/ aladin 4. Pelita/ sentir/ obor	5. Lainnya	<input type="checkbox"/>
8.	a. Penggunaan fasilitas tempat buang air besar sebagian besar anggota rumah tangga:		1. Milik sendiri 2. Milik bersama	3. Umum 4. Tidak ada → P.8c	<input type="checkbox"/>	
	b. Jenis kloset yang digunakan:		1. Leher angsa 2. Plengsengan	3. Cemplung/ cubluk/ lubang tanpa lantai 4. Cemplung/ cubluk/ lubang dengan lantai	<input type="checkbox"/>	
	c. Tempat pembuangan akhir tinja:		1. Tangki septik 2. SPAL	3. Kolam/sawah 4. Sungai/danau/laut	5. Lubang tanah 6. Pantai/tanah lapang/kebun	7. Lainnya <input type="checkbox"/>
9.	Apakah [RUMAH TANGGA] memiliki barang-barang sebagai berikut:					
	a. Sepeda	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Pemanas Air	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Sepeda Motor	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	g. Tabung gas 12 kg atau lebih	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Perahu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	h. Lemari Es/ Kulkas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. TV/TV Kabel	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	i. Perahu Motor	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. AC	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	j. Mobil	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
10.	Apakah [RUMAH TANGGA] mendapat pelayanan kesehatan gratis selama 1 tahun terakhir dengan menggunakan kartu tanpa iuran kepersertaan?				1. Ya 2. Tidak → P.12	<input type="checkbox"/>
11.	Jika Ya, kartu/ surat yang digunakan:		1. Jamkesmas/ Jamkesda 2. Kartu PKH	3. Surat Keterangan Tidak Mampu 4. Kartu Sehat	<input type="checkbox"/>	
12.	Apakah [RUMAH TANGGA] pernah membeli/ mendapat beras miskin (raskin) selama 1 tahun terakhir?				1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

CATATAN