

SUSENAS


 REPUBLIK INDONESIA  
 BADAN PUSAT STATISTIK

VSEN2004.MPK

**SURVEI SOSIAL EKONOMI NASIONAL 2004**

 KETERANGAN POKOK PERUMAHAN & PERMUKIMAN  
 DAN KESEHATAN

Rahasia

I. PENGENALAN TEMPAT			
1	Propinsi		<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>
2	Kabupaten/Kota*)		
3	Kecamatan		
4	Desa/Kelurahan*)		
5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan      2. Perdesaan	
6	a. Nomor blok sensus		<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>
	b. Nomor sub blok sensus		
7	Nomor kode sampel		<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>
8	Nomor urut sampel rumah tangga		<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>

II. KETERANGAN RUMAH TANGGA		
1	Nama kepala rumah tangga	
2	Banyaknya anggota rumah tangga	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>
3	Jumlah balita	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div><input type="text"/></div> </div>

III. KETERANGAN PENCACAHAN			
1	Nama dan NIP pencacah: <input type="text"/>	5	Nama dan NIP pengawas/pemeriksa: <input type="text"/>
2	Jabatan pencacah: 1. Staf BPS Propinsi      3. Mantis <input type="checkbox"/> 2. Staf BPS Kab/Kota      4. Mitra	6	Jabatan pengawas/pemeriksa: 1. Staf BPS Propinsi      3. Mantis <input type="checkbox"/> 2. Staf BPS Kab/Kota      4. Mitra
3	Tgl. pencacahan: ..... s.d. ....	7	Tgl. pengawasan/pemeriksaan: ..... s.d. ....
4	Tanda tangan pencacah:	8	Tanda tangan pengawas/pemeriksa:

\*) Coret yang tidak perlu.

## IV. KETERANGAN ANGGOTA

Disalin dari VSEN2004.K, Blok IV.A Kolom (1) s.d. (5)					Art 15 Tahun ke Atas		Untuk semua umur
No. urut	Nama anggota rumah tangga (art)	Hubungan dengan kepala rumah tangga (krt) (Kode)	Jenis kelamin 1. Lk 2. Pr	Umur (Tahun)	Benarkan tanda cek (✓) untuk laki-laki dan silang (X) untuk perempuan	No. urut calon responden dan pemilihan responden [Lihat Penjelasan]	Apakah ayah/ibu kandung masih hidup? 1. Ya 2. Tidak 9. Tidak tahu
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
01		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayah Ibu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09		<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"/>

**Penjelasan Pengisian Kolom 7 (Nomor urut calon responden dan pemilihan responden):**

1. Tuliskan no. urut dimulai dari no. urut 1 utk laki-laki tertua sampai yg termuda dilanjutkan utk perempuan tertua sampai yg termuda
2. Lingkari no. urut tersebut sebagai responden terpilih berdasarkan Tabel KISH dengan ketentuan sbb:

No. urut sampel rt (Blok I R.8)	Jumlah ART 15 Tahun ke Atas					
	1	2	3	4	5	6 atau lebih
	Nomor responden terpilih					
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	2	2
5	1	1	1	2	2	2
6	1	1	1	2	2	2
7	1	1	2	2	3	3
8	1	1	2	2	3	3

No. urut sampel rt (Blok I R.8)	Jumlah ART 15 Tahun ke Atas					
	1	2	3	4	5	6 atau lebih
	Nomor responden terpilih					
9	1	2	2	3	4	4
10	1	2	2	3	4	4
11	1	2	2	3	4	4
12	1	2	3	3	3	5
13	1	2	3	4	5	5
14	1	2	3	4	5	5
15	1	2	3	4	5	6
16	1	2	3	4	5	6

# RUMAH TANGGA

Art 1 Tahun ke Atas	Art 5-14 Tahun					
Apakah pernah mendapatkan pemeriksaan/perawatan gigi dan mulut oleh dokter/perawat gigi selama 6 bulan terakhir? (Kode)	Apakah bekerja paling sedikit 1 jam selama seminggu yang lalu? 1. Ya 2. Tidak → [Kol.13]	Jika "Ya" (Kol. 10 = 1) bekerja dilakukan pada usaha (yang utama) 1. Sendiri 2. Rt sendiri 3. Orang/pihak lain dg dibayar 4. Orang/pihak lain tidak dibayar	Pekerjaan utama selama seminggu yang lalu (Kode)	Apakah melakukan kegiatan yang menghasilkan uang seperti mengamen/mengemis, membersihkan mobil ketika berhenti di lampu lalu lintas dsb., selama seminggu yang lalu? 1. Ya 2. Tidak	Apakah membantu pekerjaan rumah tangga (memasak, belanja, mencuci, ambil air, mengasuh adik/art lain, dll.) selama seminggu yang lalu? 1. Ya 2. Tidak	Jika "Ya" (Kol. 14 = 1), berapa jam rata-rata melakukan kegiatan tersebut per hari?
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Kode Kolom 3

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

## Kode Kolom 9

Apakah pernah mendapatkan pemeriksaan/perawatan gigi dan mulut oleh dokter/perawat?

1. Ya, untuk pengobatan
2. Ya, untuk check up/perawatan
3. Ya, untuk pengobatan & check up
4. Tidak

## Kode Kolom 12

Pekerjaan utama:

1. Berdagang keliling
2. Berdagang dengan tempat tetap
3. Menulung
4. Bekerja di sektor industri kecil/rumah tangga
5. Bekerja di sektor industri sedang/besar
6. Bekerja di sektor pertanian
7. Bekerja di sektor angkutan
8. Bekerja di sektor jasa
9. Lainnya



11. b. Keadaan ruangan menurut fungsinya:				17. b. Bila sumber penerangan listrik PLN (R.17.a=1), berapa daya listrik terpasang?		<input type="checkbox"/>
Fungsi Ruangan	Jumlah	Jika Kolom 2 = 0, isikan kode 1 bila "Ya", kode 2 bila "Tidak"		1. 450 watt      4. 2200 watt 2. 900 watt      5. > 2200 watt 3. 1300 watt      6. Tanpa meteran		
(1)	(2)	(3)	(4)	18. Barang yang dikuasai rumah tangga ini: [Isikan kode 1 bila "Ya", kode 2 bila "Tidak"]		
1. Ruang Tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Kompor gas	<input type="checkbox"/>	f. Komputer
2. Ruang Keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Radio/tape	<input type="checkbox"/>	g. Spd motor/perahu motor tempel
3. Ruang Tamu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Televisi/video	<input type="checkbox"/>	h. Mobil/kapal motor
4. Ruang Makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Lemari es/kulkas	<input type="checkbox"/>	i. Antena parabola
5. Ruang Campuran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Teleponi/handphone	<input type="checkbox"/>	
6. Dapur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c. Apakah mempunyai kamar mandi? 1. Ya      2. Tidak				<input type="checkbox"/>		
12. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk memperoleh air minum (pulang-pergi)? 1. < 5 menit      4. 60-89 menit 2. 5-29 menit      5. > 90 menit 3. 30-59 menit				<input type="checkbox"/>		
13. Kualitas air minum: [Isikan kode 1 bila "Ya", kode 2 bila "Tidak"] a. Jernih/bening      d. Berbusa b. Berwarna      e. Berbau c. Berasa				<input type="checkbox"/>		
14. Apakah di rumah tangga ini tersedia air paling sedikit 20 liter per anggota rumah tangga per hari untuk mandi, cuci, minum dan masak? 1. Ya      2. Tidak				<input type="checkbox"/>		
15. a. Apakah rt ini menggunakan kayu sebagai bahan bakar selama sebulan yang lalu? 1. Ya      2. Tidak > [R.17]				<input type="checkbox"/>		
b. Sejak kapan rt ini mulai menggunakan kayu sebagai bahan bakar? Bulan:      Tahun: <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"/>						
c. Cara memperoleh kayu bakar: 1. Pembelian      4. Pemberian 2. Mencari sendiri      8. Lainnya				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
16. a. Apakah rt ini merencanakan penggantian bahan bakar kayu dengan bahan bakar lain? 1. Ya      2. Tidak > [R.17.a]				<input type="checkbox"/>		
b. Jika R.16.a = 1, jenis bahan bakar pengganti kayu tersebut adalah: 1. Listrik      4. Arang kayu/ tempurung 2. Gas/LPG      5. Lainnya 3. Minyak tanah				<input type="checkbox"/>		
17. a. Sumber penerangan (sesuai isian VSEN2004.K, Blok VI R.11): 1. Listrik PLN      2. Selain listrik PLN > [R.18]				<input type="checkbox"/>		
19. Lokasi rumah/bangunan tempat tinggal: 1. Permukiman baru      3. Lainnya 2. Permukiman lama				<input type="checkbox"/>		
20. a. Apakah rumah terletak di tepian/di atas sungai/danau/laut? 1. Ya      2. Tidak b. Apakah rumah terletak di pinggir/dalam hutan? 1. Ya      2. Tidak c. Apakah rumah berlokasi di wilayah rawan bencana? 1. Ya      2. Tidak > [R.21.a] d. Jika R.20.c = 1, jenis bencana yang sering terjadi: 1. Banjir      5. Angin topan/ 2. Tanah longsor      tsunami 3. Kebakaran      6. Gunung meletus 4. Gempa      7. Lainnya				<input type="checkbox"/>		
21. a. Apakah rumah berlokasi di pinggir jalan/gang/lorong? 1. Ya      2. Tidak > [R.22] b. Lebar jalan/gang/lorong: ..... m c. Jenis permukaan jalan/gang/lorong: 1. Aspal      4. Kayu/bambu 2. Semen/konblok      5. Tanah/pasir 3. Kenik/diperkeras      6. Lainnya				<input type="checkbox"/>		
22. Apakah di lingkungan tempat tinggal Saudara terdapat lampu listrik untuk penerangan jalan? 1. Ya      2. Tidak				<input type="checkbox"/>		
23. Tempat penampungan air limbah/mandi/dapur/cuci: 1. Penampungan tertutup di pekarangan 2. Penampungan terbuka di pekarangan 3. Penampungan di luar pekarangan 4. Tanpa penampungan/langsung ke got/sungai				<input type="checkbox"/>		
24. Sarana pembuangan air limbah mandi/dapur/cuci: 1. Dgn saluran terbuka      3. Tanpa saluran 2. Dgn saluran tertutup				<input type="checkbox"/>		

<p>25. Keadaan air got/selokan di sekitar rumah:</p> <p>1. Lancar                      3. Tergenang</p> <p>2. Mengalir sangat lambat      4. Tidak ada got</p>	<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>VI. BIAYA KESEHATAN RUMAH TANGGA</b></p> <p>1. Biaya yang dikeluarkan rumah tangga (tidak termasuk yang dibayarkan oleh asuransi dan pihak lain) selama 1 bulan terakhir untuk:</p> <p>a. Rawat inap di fasilitas kesehatan:</p> <p>Rp. ....</p> <p>b. Rawat jalan ke fasilitas/tenaga kesehatan:</p> <p>Rp. ....</p> <p>c. Pengobatan tradisional (rawat jalan dan rawat inap):</p> <p>Rp. ....</p> <p>d. Mengobati sendiri:</p> <p>Rp. ....</p> <p>e. Produk dan jasa kesehatan lainnya (selain R.1.a-R.1.d) (konsultasi, periksa hamil, khitan, beli kacamata, gigi palsu, dsb.):</p> <p>Rp. ....</p>																																																								
<p>26. Cara pembuangan sampah:</p> <p>1. Diangkut petugas      5. Dibuang ke kali/selokan</p> <p>2. Ditimbun                      6. Dibuang sembarangan</p> <p>3. Dibuang kompos      7. Lainnya</p> <p>4. Dibakar</p>	<input type="checkbox"/>	<p>2. a. Berapa kali anggota rumah tangga telah menjalani rawat inap selama 1 th terakhir? (Tuliskan jumlah total untuk semua art, jika tidak ada tulis "00")</p> <p>..... kali</p> <p>[Bila isian R.2.a = 00, langsung ke R.3]</p> <p>b. Berapa biaya yang dikeluarkan rumah tangga untuk biaya rawat inap selama 1 tahun terakhir? (Tidak termasuk yang dibayarkan oleh asuransi dan pihak lain)</p> <p>Rp. ....</p>																																																								
<p>27. Rumah tangga ini selama sebulan yang lalu menggunakan [Isikan kode 1 bila "Ya", kode 2 bila "Tidak"]</p> <p>a. Pengharum ruangan (spray)      e. Penghilang noda pakaian</p> <p>b. Spray rambut/deodoran spray      f. Aki (accu)</p> <p>c. Pembersih lantai      g. Cat</p> <p>d. Pengkilap kaca/kayu/logam      h. Racun serangga/pembasmi hama</p>	<input type="checkbox"/>	<p>3. Sumber dana yang digunakan utk pembiayaan kesehatan rt selama 1 tahun terakhir [Isikan kode 1 bila "Ya", kode 2 bila "Tidak"]</p> <p>a. Penghasilan rumah tangga</p> <p>b. Tabungan</p> <p>c. Menjual barang/harta</p> <p>d. Meminjam/menggadaikan barang</p> <p>e. Bantuan dari anggota keluarga atau teman di luar rumah tangga</p> <p>f. Klaim asuransi atau perusahaan/kantor</p> <p>g. JPKM, kartu sehat, surat miskin, dan dana sehat</p> <p>h. Lainnya</p>																																																								
<p>28. Apakah ada art yang merasa terganggu oleh jenis polusi di bawah ini? [Isikan kode 1 bila "Ya", kode 2 bila "Tidak"]</p> <p>a. Asap/bau/suara pabrik</p> <p>b. Asap/bau/suara bengkel</p> <p>c. Bunyi-bunyian dari tetangga terus menerus</p> <p>d. Suara kendaraan bermotor</p> <p>e. Bau sampah</p> <p>f. Bau saluran/got/sungai</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kode Kolom 4. Transportasi umum yang dapat digunakan</p> <p>1. Kendaraan umum bermotor</p> <p>2. Kendaraan umum tidak bermotor</p> <p>3. Tidak ada kendaraan umum</p>																																																								
<p>29. Akses ke fasilitas umum (fasum).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Jenis Fasilitas Umum</th> <th style="width: 25%;">Keberadaan fasum di kecamatan sendiri 1. Ada 2. Tdk ada</th> <th style="width: 25%;">Jarak terdekat dari rumah (Km)</th> <th style="width: 25%;">Transportasi umum yang dapat digunakan (Kode)</th> </tr> <tr> <th>(1)</th> <th>(2)</th> <th>(3)</th> <th>(4)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Angkutan bertrayek</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Puskesmas/Poliklinik</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Kantor Pos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Pos Polisi</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Pasar tradisional</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Telepon umum/wartel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. SD/ sederajat</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. SLTP/ sederajat</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. SMU/ sederajat</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j. Tempat ibadah</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>k. Kantor kecamatan</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>l. Tempat bekerja krt/ pasangannya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jenis Fasilitas Umum	Keberadaan fasum di kecamatan sendiri 1. Ada 2. Tdk ada	Jarak terdekat dari rumah (Km)	Transportasi umum yang dapat digunakan (Kode)	(1)	(2)	(3)	(4)	a. Angkutan bertrayek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Puskesmas/Poliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Kantor Pos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Pos Polisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Pasar tradisional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Telepon umum/wartel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. SD/ sederajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. SLTP/ sederajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. SMU/ sederajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Tempat ibadah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Kantor kecamatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Tempat bekerja krt/ pasangannya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Kode Kolom 4. Transportasi umum yang dapat digunakan</p> <p>1. Kendaraan umum bermotor</p> <p>2. Kendaraan umum tidak bermotor</p> <p>3. Tidak ada kendaraan umum</p>
Jenis Fasilitas Umum	Keberadaan fasum di kecamatan sendiri 1. Ada 2. Tdk ada	Jarak terdekat dari rumah (Km)	Transportasi umum yang dapat digunakan (Kode)																																																							
(1)	(2)	(3)	(4)																																																							
a. Angkutan bertrayek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
b. Puskesmas/Poliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
c. Kantor Pos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
d. Pos Polisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
e. Pasar tradisional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
f. Telepon umum/wartel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
g. SD/ sederajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
h. SLTP/ sederajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
i. SMU/ sederajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
j. Tempat ibadah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
k. Kantor kecamatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
l. Tempat bekerja krt/ pasangannya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							

VII. BALITA TERMUDA	
NAMA: .....	
No. urut ART (balita termuda): .....	<input type="text"/>
Umur: ..... bulan	<input type="text"/>
1. Apakah ( <i>nama balita termuda</i> ) mendapat vit. A dosis tinggi selama 1 tahun terakhir (seperti contoh)? 1. Ya 2. Tidak 9. Tidak tahu Jika R.1 = 2 atau 9, langsung ke R.3	<input type="checkbox"/>
2. Jika ya (R.1 = 1), berapa kali? 1. 1 kali 3. > 2 kali 2. 2 kali 9. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
3. Apakah balita ditimbang selama 1 bln terakhir? 1. Ya 2. Tidak 9. Tidak tahu } > [R.5]	<input type="checkbox"/>
4. Jika ya (R.3=1), berat badan pada penimbangan terakhir: ..... kg	<input type="text"/>
5. Berapa kali ( <i>balita termuda</i> ) diperiksa (bukan berobat) oleh tenaga kesehatan selama 1 tahun terakhir? ..... kali	<input type="checkbox"/>
6. Pada saat ( <i>balita termuda</i> ) berumur sampai dengan 1 bulan, apakah pernah diperiksa (bukan berobat) oleh tenaga kesehatan? 1. Ya 2. Tidak 9. Tidak tahu } > [R.8]	<input type="checkbox"/>
7. Jika ya (R.6=1), berapa kali diperiksa? a. Ketika balita berusia 0-7 hari: ..... kali b. Ketika balita berusia 8-28 hari: ..... kali	<input type="checkbox"/>
IBU KANDUNG BALITA TERMUDA	
8. Apakah ibu kandung balita tinggal di rt ini? 1. Ya 2. Tidak } > [BLOK VIII]	<input type="checkbox"/>
NAMA: .....	
No. urut ART (ibu kandung balita termuda): .....	<input type="text"/>
9. Ketika ibu mengandung ( <i>nama balita termuda</i> ), apakah memeriksakan kehamilan ke tenaga kesehatan? 1. Ya 2. Tidak 9. Tidak tahu } > [R.11]	<input type="checkbox"/>
10. Jika ya, berapa kali ibu memeriksakannya? a. Ketika kehamilan berusia 0-3 bulan: ..... kali b. Ketika kehamilan berusia 4-6 bulan: ..... kali c. Ketika kehamilan berusia 7 bulan ke atas: ..... kali d. Total pemeriksaan (R.10.a s.d. R.10.c): ..... kali	<input type="checkbox"/>
11. Selama mengandung ( <i>nama balita termuda</i> ), apakah ibu pernah minum pil zat besi/pil tambah darah (seperti contoh)? 1. Ya 2. Tidak 9. Tidak tahu } > [BLOK VIII]	<input type="checkbox"/>
12. Jika ya (R.11=1), berapa jumlah pil zat besi yang diminum? 1. < 90 tablet 9. Tidak tahu 2. 90 tablet atau lebih	<input type="checkbox"/>
VIII. KETERANGAN RESPONDEN TERPILIH	
NAMA: .....	
No. urut ART: .....	<input type="text"/>
1. Status perkawinan (sesuai isian VSEN2004.K, Blok IV.A, Kolom 6): 1. Belum kawin 3. Cerai hidup 2. Kawin 4. Cerai mati	<input type="checkbox"/>
2. Ijazah/STTB tertinggi yang dimiliki (sesuai isian VSEN2004.K, Blok V.C, Rincian 22): 1. Tidak punya 6. Diploma III 2. SD/ sederajat 7. Diploma III/Sarjana 3. SLTP/ sederajat 8. Mude 4. SMU/ sederajat 8. Diploma IV/S1 5. SM Kejuruan 9. S2/S3	<input type="checkbox"/>
VIII.A. STATUS KESEHATAN	
Sekarang saya akan menanyakan tentang keadaan kesehatan secara umum (fisik dan mental) [bacakan alternatif jawaban!]	
1. Secara umum, bagaimana kondisi kesehatan (nama) saat ini (baik fisik maupun mental)? 1. Sangat baik 4. Buruk 2. Baik 5. Sangat buruk 3. Cukup	<input type="checkbox"/>
2. Seberapa besar (nama) mengalami kesulitan dalam berjalan di dalam maupun di luar rumah selama 1 bulan terakhir? 1. Tdk ada masalah 4. Sangat bermasalah 2. Sedikit masalah 5. Tidak bisa berjalan/bergerak 3. Sering bermasalah	<input type="checkbox"/>
3. Seberapa besar (nama) mengalami kesulitan dalam merawat diri sendiri (mandi, berpakaian) selama 1 bulan terakhir? 1. Tdk ada masalah 4. Sangat bermasalah 2. Sedikit masalah 5. Tidak dapat merawat diri sendiri 3. Sering bermasalah	<input type="checkbox"/>
4. Seberapa berat (nama) merasakan sakit atau tidak enak badan selama 1 bulan terakhir? 1. Tidak sakit 4. Berat 2. Ringan 5. Parah/sangat berat 3. Sedang	<input type="checkbox"/>



<p>5. Seberapa sulit (nama) mengingat sesuatu atau memusatkan perhatian pada kegiatan selama <b>1 bulan terakhir</b>?</p> <p>1. Tdk ada masalah      4. Sangat bermasalah 2. Sedikit masalah      5. Tidak bisa 3. Sering bermasalah</p>	<input type="checkbox"/>	<p>17. a. Berapa hari dalam <b>1 minggu</b> (nama) biasa mengonsumsi buah-buahan?</p> <p>..... hari</p> <p>[Jika isiananya "0", lanjutkan ke Rincian 18.a]</p> <p>b. Jika R.17.a ≠ 0, berapa porsi rata-rata dalam sehari?</p> <p>..... porsi</p> <p>[Tunjukkan kartu konsumsi kpd responden]</p>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Seberapa besar hambatan yang (nama) hadapi dalam pergaulan atau melibatkan diri dalam kegiatan kemasyarakatan selama <b>1 bln terakhir</b>?</p> <p>1. Tidak ada      4. Banyak 2. Sedikit      5. Sangat banyak 3. Kadang-kadang</p>	<input type="checkbox"/>	<p>18. a. Berapa hari dalam <b>1 minggu</b> (nama) biasa mengonsumsi sayur-sayuran (berkuah, tumis, lalapan)?</p> <p>..... hari</p> <p>[Jika isiananya "0", lanjutkan ke Rincian 19.a]</p> <p>b. Jika R.17.a ≠ 0, berapa porsi rata-rata dalam sehari?</p> <p>..... porsi</p> <p>[Tunjukkan kartu konsumsi kpd responden]</p>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Seberapa parah (nama) mengalami gangguan tidur (sulit tidur, sering terbangun pada malam hari, atau bangun lebih awal dari biasanya) selama <b>1 bulan terakhir</b>?</p> <p>1. Tidak ada masalah      4. Berat 2. Ringan      5. Parah/sangat berat 3. Sedang</p>	<input type="checkbox"/>	<p>19. a. Berapa hari (nama) melakukan aktivitas berat (tunjukkan kartu aktivitas fisik) paling sedikit 10 menit tanpa henti selama <b>1 minggu terakhir</b>?</p> <p>..... hari</p> <p>[Jika isiananya "0", lanjutkan ke Rincian 20.a]</p> <p>b. Berapa lama rata-rata (nama) melakukan aktivitas berat pada hari-hari tersebut?</p> <p>..... menit</p>	<input type="checkbox"/>
<p>8. Seberapa parah (nama) merasa cemas secara berlebihan atau cemas tanpa sebab yang jelas selama <b>1 bulan terakhir</b>?</p> <p>1. Tidak ada masalah      4. Berat 2. Ringan      5. Parah/sangat berat 3. Sedang</p>	<input type="checkbox"/>	<p>20. a. Berapa hari (nama) melakukan aktivitas sedang (tunjukkan kartu aktivitas fisik) paling sedikit 10 menit tanpa henti selama <b>1 minggu terakhir</b>?</p> <p>..... hari</p> <p>[Jika isiananya "0", lanjutkan ke Rincian 21.a]</p> <p>b. Berapa lama rata-rata (nama) melakukan aktivitas sedang pada hari-hari tersebut?</p> <p>..... menit</p>	<input type="checkbox"/>
<p>9. Apakah (nama) memakai kacamata atau lensa kontak?</p> <p>1. Ya      2. Tidak</p>	<input type="checkbox"/>	<p>21. a. Berapa hari (nama) berjalan paling sedikit 10 menit tanpa henti selama <b>1 minggu terakhir</b>?</p> <p>..... hari</p> <p>[Jika isiananya "0", lanjutkan ke R.22]</p> <p>b. Berapa lama rata-rata (nama) berjalan pada hari-hari tsb?</p> <p>..... menit</p>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Seberapa sulit (nama) membaca atau melihat objek sejauh lengan (sekitar 30 cm) selama <b>1 bulan terakhir</b>?</p> <p>1. Tidak ada masalah      4. Sangat bermasalah 2. Sedikit masalah      5. Tidak bisa melihat 3. Sering bermasalah</p>	<input type="checkbox"/>		
<b>VIII.B. PERILAKU BERISIKO</b>			
<p>11. Apakah (nama) merokok selama <b>1 bulan terakhir</b>?</p> <p>1. Ya, setiap hari 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak, sebelumnya pernah } &gt; [R.14] 4. Tidak pernah sama sekali } &gt; [R.15]</p>	<input type="checkbox"/>		
<p>12. Jika ya (R.11=1), berapa batang rokok yang (nama) hisap <b>per hari</b>?</p> <p>..... batang</p>	<input type="checkbox"/>		
<p>13. Pada usia berapa (nama) mulai merokok <b>setiap hari</b>?</p> <p>..... tahun</p>	<input type="checkbox"/>		
<p>14. Pada usia berapa (nama) <b>pertama kali</b> merokok?</p> <p>..... tahun</p>	<input type="checkbox"/>		
<p>15. Apakah ada art lain yang merokok dalam <b>1 bulan terakhir</b>?</p> <p>1. Ya      2. Tidak</p>	<input type="checkbox"/>		
[Jika R.11 = 3 atau 4, dan R.15 = 2, langsung ke R.17]			
<p>16. Apakah (nama)/art biasa merokok di dalam rumah ketika bersama art lain?</p> <p>1. Ya      2. Tidak</p>	<input type="checkbox"/>		
<b>VIII.C. PELAYANAN KESEHATAN</b>			
<p>22. a. Apakah (nama)/anak (nama) yang berusia 12 tahun ke bawah berobat jalan selama <b>1 tahun terakhir</b>?</p> <p>1. Ya      2. Tidak &gt; [R.23.a]</p> <p>b. Jika ya (R.22.a=1), di mana (nama)/anak (nama) yang berusia 12 tahun ke bawah berobat jalan terakhir?</p> <p>1. RS pemerintah      6. Praktek petugas kesehatan 2. RS swasta      7. Batra 3. Praktek dokter      8. Lainnya 4. Puskesmas/Pustu      5. Poliklinik</p>	<input type="checkbox"/>		





<p>29. Apakah (nama) pernah didiagnosa menderita penyakit jantung oleh tenaga kesehatan ?</p> <p>1. Ya      2. Tidak      9. Tidak tahu</p>	<p>33. d. Di mana (nama) mendapat pertolongan medis tersebut (<b>yang pertama kali</b>)?</p> <p>1. RS Pemerintah      5. Poliklinik 2. RS Swasta      6. Praktek nakes 3. Praktek Dokter      7. Batra 4. Puskesmas/Pustu      8. Lainnya</p>
<p>30. Apakah (nama) pernah diobati untuk penyakit jantung?</p> <p>1. Ya      2. Tidak      9. Tidak tahu</p>	<p>e. Berapa lama setelah kejadian tersebut (nama) mendapatkan pertolongan medis (<b>yang pertama kali</b>)?</p> <p>1. &lt; 1 jam      2. 1-24 jam      3. &gt; 24 jam</p>
<p>31. Apakah (nama) menjalani pengobatan atau perawatan untuk penyakit tersebut selama 2 minggu terakhir?</p> <p>1. Ya      2. Tidak      9. Tidak tahu</p>	<p>34. a. Selama 1 tahun terakhir pernahkah (nama) mengalami keracunan, tenggelam, keke- rasan, terbakar, dll, yang mengakibatkan cedera sehingga terganggunya kegiatan sehari-hari?</p> <p>1. Ya      2. Tidak &gt; [R.35.a]</p>
<p>32. Apakah (nama) mengalami hal-hal berikut selama 1 tahun terakhir:</p> <p>a. Nyeri atau sesak di dada ketika (nama) berjalan terburu-buru atau mendaki?</p> <p>1. Ya      2. Tidak</p> <p>3. Tidak pernah berjalan terburu-buru atau mendaki</p> <p>b. Nyeri atau sesak di dada ketika (nama) berjalan tidak terburu-buru di jalan datar?</p> <p>1. Ya      2. Tidak</p> <p><b>[Jika R.32.a = 2 atau 3 dan R.32.b = 2, langsung R.33.a]</b></p> <p>c. Apa yang (nama) lakukan saat (nama) meng- alami nyeri atau sesak ketika berjalan tsb?</p> <p>1. Berhenti atau memperlambat langkah 2. Terus berjalan setelah meletakkan obat di bawah lidah 3. Terus berjalan</p> <p>d. Apa yang terjadi dengan rasa nyeri atau sesak tersebut, jika (nama) berhenti berjalan?</p> <p>1. Mereda      2. Tidak mereda</p> <p>e. Mohon (nama) tunjukkan di bagian mana (nama) biasa merasakan nyeri atau sesak tsb?</p> <p>1. Dada bagian atas atau tengah 2. Dada bagian bawah 3. Lengan kiri 8. Lainnya</p>	<p>b. Kapan kejadian tsb (<b>yang terakhir</b>) terjadi?</p> <p>..... bulan yang lalu</p> <p>c. Apakah saat itu (nama) mendapatkan per- tolongan medis?</p> <p>1. Ya      2. Tidak &gt; [R.35.a]</p> <p>d. Di mana (nama) mendapat pertolongan medis tersebut (<b>yang pertama kali</b>)?</p> <p>1. RS Pemerintah      5. Poliklinik 2. RS Swasta      6. Praktek nakes 3. Praktek Dokter      7. Batra 4. Puskesmas/Pustu      8. Lainnya</p> <p>e. Berapa lama setelah kejadian tersebut (nama) mendapatkan pertolongan medis (<b>yang pertama kali</b>)?</p> <p>1. &lt; 1 jam      2. 1-24 jam      3. &gt; 24 jam</p>
<p>33. a. Pernahkah (nama) mengalami cedera karena kecelakaan lalu lintas selama 1 tahun terakhir?</p> <p>1. Ya      2. Tidak &gt; [R.34.a]</p> <p>b. Kapan kecelakaan tersebut (<b>yang terakhir</b>) terjadi?</p> <p>..... bulan yang lalu</p> <p>c. Apakah pada saat itu (nama) mendapatkan pertolongan medis?</p> <p>1. Ya      2. Tidak &gt; [R.34.a]</p>	<p>35. Apakah (nama) pernah mengalami hal berikut selama 1 tahun terakhir:</p> <p>a. Batuk selama 3 minggu atau lebih?</p> <p>1. Ya      2. Tidak</p> <p>b. Batuk disertai banyak berkerengat pada waktu tidur di malam hari?</p> <p>1. Ya      2. Tidak</p> <p>c. Batuk darah atau dahak berdarah?</p> <p>1. Ya      2. Tidak</p> <p>d. Menjalani tes TBC/penyakit paru, yaitu periksa dahak di laboratorium atau rontgen paru?</p> <p>1. Ya      2. Tidak &gt; [R.55.f]</p> <p>e. Jika ya (R.35.d=1), bagaimana hasilnya?</p> <p>1. Positif      2. Negatif      9. Tidak tahu</p> <p>f. Apakah pernah mendapat obat TBC (menyebabkan air seni berwarna merah)?</p> <p>1. Ya      2. Tidak</p>

## IX. CATATAN