



BUKU
PEDOMAN PENULISAN
PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN (PBL)
PROGRAM STUDI
S.1 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

TIM PENYUSUN

SUSI FEBRIANI YUSUF, M.P.H
LENA JULIANA HARAHAH, M.K.M
JULIANA LUBIS, M.Kes
RAHMAH JULIANI SIREGAR, M.K.M
NURHANIFAH SIREGAR, M.Kes
LISNA KHAIRANI NASUTION, M.K.M
NORMAYANTI RAMBE, M.K.M

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN DARMAIS
PADANGSIDIMPUAN
T.A. 2019/2020

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur dipanjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya lah buku panduan ini dapat diterbitkan. Buku panduan penulisan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) ini diterbitkan agar dapat menjadi panduan atau pegangan bagi mahasiswa dalam penyusunan Laporan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL). Selain itu buku ini juga diharapkan dapat dipergunakan oleh staf pengajar dalam memberikan bimbingan dalam penyusunan laporan mahasiswa.

Buku panduan ini berisikan sistematika penulisan proposal Pengalaman Belajar Lapangan (PBL), cara penulisan, daftar pustaka, dan pengambilan kutipan. Untuk penyempurnaan penyusunan panduan dilakukan dengan cara diskusi dan musyawarah antara tim penyusun dan dosen yang ada di Prodi S.1 Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKes Darmas Padangsidimpuan

Terima kasih kepada semua pihak yang telah turut membantu dalam penyelesaian buku panduan ini. Semoga buku panduan ini bermanfaat bagi mahasiswa penyelesaian pendidikannya.

Padangsidimpuan, 08 Januari 2020

Tim Penyusun



YAYASAN PERGURUAN KARYA BUNDA LANGGA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) DARMAIS PADANGSIDIMPUAN

Jalan Belibis No.1 Perumahan Sopo Indah Sigulang Kec.Padangsidimpuan Tenggara
Telp. (0634) 7020950 Fax : (0634) 28672

SURAT KEPUTUSAN KETUA STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN No. /YPKBL/STIKes/I/2020 TENTANG PEDOMAN PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN (PBL) PROGRAM STUDI S.1 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT TA.2019/2020 STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN


KETUA STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN

- Menimbang** : a. Bahwa untuk penyempurnaan pelaksanaan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) Program Studi S.1 Ilmu Kesehatan Masyarakat TA.2019/2020.
b. Bahwa sehubungan dengan hal diatas perlu ditetapkan Pedoman Pengalaman Belajar lapangan (PBL) TA.2019/2020 dalam satu Surat Keputusan Ketua STIKes Darmais Padangsidimpuan.
- Mengingat** : a. Undang-undang No. 12 Tahun 2012 tentang PendidikanTinggi
b.
c. Statuta STIKes Darmais Padangsidimpuan Tahun 2015
d. Pedoman Akademik Proqram studi S.1 Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKes Darmais Padangsidimpuan Tahun 2019
e. Standar Kurikulum STIKes Darmais Padangsidimpuan Tahun 2015

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : Keputusan Ketua STIKes Darmais Padangsidimpuan tentang Pedoman Pedoman Pengalaman Belajar lapangan (PBL) Program Studi S.1 Ilmu Kesehatan Masyarakat TA.2019/2020
- Pertama** : Pedoman Pengalaman Belajar lapangan (PBL) Program Studi S.1 Ilmu Kesehatan Masyarakat TA.2019/2020 seluruh mahasiswa wajib menggunakan pedoman yang tercantum dalam Pedoman Pengalaman Belajar lapangan (PBL) Program Studi S.1 Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam pelaksanaan PBL di Lapangan.
- Kedua** : Dengan dikeluarkannya Keputusan ini, maka ketentuan dan peraturan terdahulu yang bertentangan dengan Keputusan ini dinyatakan tidak berlaku lagi.
- Ketiga** : Keputusan ini berlaku pada tanggal yang ditetapkan disampaikan sebagai amanah kepadaKetua/Skeretaris Program Studi, Pembimbing dan mahasiswa yang bersangkutan untuk dilaksanakan dengan sebaik-baiknya, dengan ketentuan akan ditinjau kembali bila mana dipandang perlu

Ditetapkan : Padangsidimpuan
Pada tanggal : Januari 2020

STIKes Darmais Padangsidimpuan
Ketua,

Susy Febriani Yusuf., M.P.H
NIDN. 0414027901

Tembusan Yth. :
- Ketua Pengurus YPKBL
- Ketua Senat STIKes Darmais Padangsidimpuan
- Wakil Ketua I,II &III
- Ketua Prodi
- Arsip

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Indikator Pembangunan Manusia (*Human Development Index*) atau IPM, Indonesia di tahun 2015 diperkirakan berada pada urutan ke 113 dari 185 negara di dunia, atau termasuk dalam kelompok medium. Indikator ini selain mendasarkan pada tingkat pendidikan dan pendapatan per kapita, juga memperhitungkan umur harapan hidup yang mencerminkan status kesehatan masyarakat (UNDP, 2017). IPM Indonesia sudah meningkat secara signifikan dari 0.474 tahun 1980 menjadi 0.689 tahun 2015, namun ditengarai masih kesenjangan antar wilayah masih sangat tinggi (UNDP, 2017).

Selaras dengan IPM, maka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat adalah nyata merupakan salah satu tujuan pembangunan nasional yang dituangkan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) pada Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012. SKN menetapkan tujuan pembangunan Indonesia adalah menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya (Perpres No. 72/2012, pasal 1 ayat 2). SKN mengatur pengelolaan kesehatan dan menjadi acuan utama kebijakan terkait kesehatan. Dalam SKN tercakup tujuh subsistem: yaitu upaya kesehatan; penelitian dan pengembangan kesehatan; sumber daya manusia kesehatan; pembiayaan kesehatan; sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; manajemen, informasi dan regulasi kesehatan; dan pemberdayaan masyarakat (Perpres No. 72/2012, pasal 3 ayat 1).

Salah satu subsistem yaitu sumber daya manusia kesehatan dapat diartikan mencakup kuantitas dan kualitas. Undang-Undang Tenaga Kesehatan (UU No.36/2014) menyebut sumber daya manusia atau tenaga kesehatan di antaranya adalah tenaga kesehatan masyarakat (UU No.36/2014 pasal 11). Penyedia sumber daya manusia kesehatan tingkat sarjana yang utama adalah pendidikan tinggi (UU Pendidikan Tinggi No. 12/2012). Selanjutnya pada pasal 44 UU tersebut, disebutkan bahwa Pendidikan Tinggi bersama dengan kementerian atau lembaga atau organisasi profesi dapat mengeluarkan sertifikat kompetensi, sebagai pengakuan kompetensi atas prestasi lulusan yang sesuai dengan keahlian dalam

cabang ilmunya dan/atau memiliki prestasi di luar program studinya.

Pendidikan tinggi kesehatan masyarakat yang bergabung dalam AIPTKMI (Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Kesehatan Masyarakat Indonesia) bersama dengan organisasi profesi IAKMI (Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia) telah mengembangkan Naskah Akademik Pendidikan Kesehatan Masyarakat di tahun 2012 yang di dalamnya tertuang rumusan kompetensi ahli kesehatan masyarakat. Naskah ini menjadi acuan dalam penyusunan kurikulum program studi di bidang kesehatan masyarakat, dengan mengacu kepada profil lulusan ahli kesehatan masyarakat yang disepakati sebagai MIRACLE yaitu *Manager, Innovator, Researcher, Apprentice, Communitarian, Leader, dan Educator*. Rumusan kompetensi ahli kesehatan masyarakat dalam naskah tersebut adalah sebagai berikut:

1. Mampu melakukan kajian dan analisis situasi (*analytic/assessment skills*)
2. Mampu mengembangkan kebijakan dan Perencanaan Program (*policy development/ program planing skills*)
3. Mampu Berkomunikasi Secara efektif (*communication skills*)
4. Mampu memahami budaya setempat (*cultural competency skills*)
5. Mampu melaksanakan pemberdayaan Masyarakat (*community empowerment*)
6. Memiliki penguasaan ilmu kesehatan masyarakat (*public health science skills*)
7. mampu dalam merencanakan keuangan dan terampil dalam bidang manajemen (*financial planning and management skills*)
8. Memiliki kemampuan kepemimpinan dan berfikir sistem (*leadership and system thinking skills*).

Rumusan delapan kompetensi ahli kesehatan masyarakat tersebut dapat dipahami pembedaannya untuk level 6 (sarjana), level 7 (profesi), level 8 (magister), dan level 9 (dokter), dalam hal kedalaman dan keluasan (AIPTKMI-IAKMI, 2012). Khusus untuk level 6 atau program studi sarjana, telah ditetapkan kesepakatan di tingkat nasional bagaimana struktur kurikulum inti yang berupa 85 SKS dari 144 SKS minimum yang harus diselesaikan oleh mahasiswa jenjang

pendidikan sarjana. Kesepakatan bersama antara AIPTKMI dan IAKMI diformulasikan di Padang pada tahun 2014. Di dalam struktur kurikulum inti tersebut, terdapat mata kuliah tentang **Pengalaman Belajar/Kerja Lapangan Kesehatan Masyarakat, berbobot 3 SKS**, yang menjadi muara seluruh kompetensi ahli kesehatan masyarakat tingkat sarjana, dengan penekanan pada kompetensi untuk mampu memahami budaya setempat, dan memiliki kemampuan kepemimpinan dan berpikir system.

SKN sebagai acuan utama pembangunan kesehatan menyebutkan juga bahwa pengelolaan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dilaksanakan secara terpadu dan saling mendukung (Perpres No. 72/2012, pasal 1 ayat 2, dan pasal 2 ayat 1). Metode pelaksanaan secara terpadu dan saling mendukung ini juga diterjemahkan ke dalam metode pelaksanaan mata kuliah **Pengalaman Belajar/ Kerja Lapangan Kesehatan Masyarakat**. Mengingat mata kuliah ini ditujukan untuk menjadi resultante kompetensi ahli kesehatan masyarakat, maka secara nyata pembelajaran tersebut dilaksanakan di lapangan setelah mahasiswa menyelesaikan sebagian besar beban studi, yang artinya hampir semua hal konsep dan teori tentang kesehatan masyarakat telah diperolehnya dalam masa studi tersebut, sehingga mahasiswa menjadi patut dan layak melaksanakan praktek di lapangan secara profesional.

Sebagai salah satu contoh yang relevan untuk saat ini, PBL Kesmas Terintegrasi dapat berperan serta dalam menangani masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Berikut diangkat salah satu kebijakan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI tentang penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, atau dikenal dengan PIS-PK melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 39 tahun 2016. Pada Permenkes tersebut diuraikan dalam pasal 3 tentang keluarga sehat - yang dicerminkan dalam 12 indikator. PIS-PK ini diharapkan dilaksanakan oleh puskesmas untuk memperkuat fungsinya baik dalam Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di wilayah kerja puskesmas. Sejalan dengan SKN yang menekankan keterpaduan dan dukungan berbagai pihak, maka melalui Instruksi Presiden No. 1 tahun 2017, ditetapkan suatu Gerakan Masyarakat Hidup Sehat mencakup tujuh pokok gerakan

yaitu: 1) melakukan aktivitas fisik, 2) mengonsumsi sayur dan buah, 3) tidak merokok, 4) tidak mengonsumsi alkohol, 5) memeriksa kesehatan secara rutin, 6) membersihkan lingkungan, dan 7) menggunakan jamban.

Merespons Instruksi Presiden tentang Germas dan Permen Kes tentang PIS-PK, serta selaras dengan naskah IAKMI tentang Peta Jalan Hidup Sehat (IAKMI, 2016), maka sejalan dengan hal itu, Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Darmasidipin yang merupakan lembaga tinggi pendidikan mempunyai kepedulian tinggi untuk ikut andil dalam pembangunan kesehatan khususnya di wilayah Kabupaten/Kota. Bentuk kepedulian tersebut tercermin dalam Tridarmna Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian, Pengabdian Kepada Masyarakat) yaitu pengembangan kemampuan mahasiswa dalam berkehidupan bermasyarakat. Selain itu Visi STIKes Darmasidipin adalah Menghasilkan Sarjana Kesehatan Masyarakat Yang Unggul Dan Profesional Sebagai Promotor Dalam Upaya Perubahan Perilaku Sehat Tingkat Lokal Tahun 2021

1.2 Tujuan PBL

1.2.1 Tujuan umum PBL

Tercapainya 8 (delapan) kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat melalui pemberian pengalaman utuh kepada mahasiswa mengenai masalah-masalah kesehatan masyarakat dan melakukan upaya pemecahan masalah sesuai dengan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang sudah diperoleh di bangku perkuliahan.

1.2.2 Tujuan Khusus PBL

1. Mampu melakukan kajian dan analisis situasi (*analitic/assessment skills*)
2. Mampu mengembangkan kebijakan dan Perencanaan Program (*policy development/ program planing skills*)
3. Mampu Berkomunikasi Secara efektif (*communication skills*)
4. Mampu memahami budaya setempat (*cultural competency skills*)
5. Mampu melaksanakan pemberdayaan Masyarakat (*community empowerment*)
6. Memiliki penguasaan ilmu kesehatan masyarakat (*public health science*

skills)

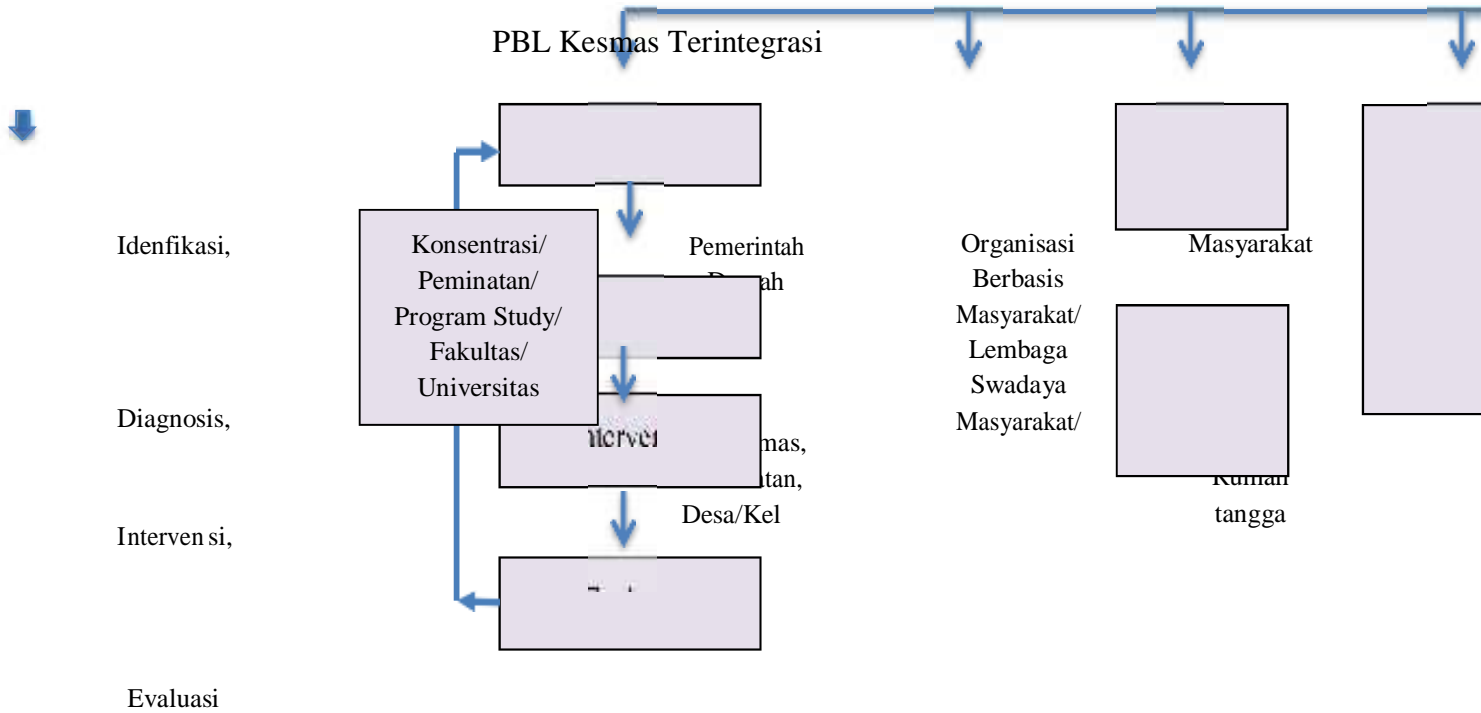
7. Mampu dalam merencanakan keuangan dan terampil dalam bidang manajemen (*financial planning and management skills*)
8. Memiliki kemampuan kepemimpinan dan berfikir sistem (*leadership and system thinking skills*).

1.3 Manfaat PBL

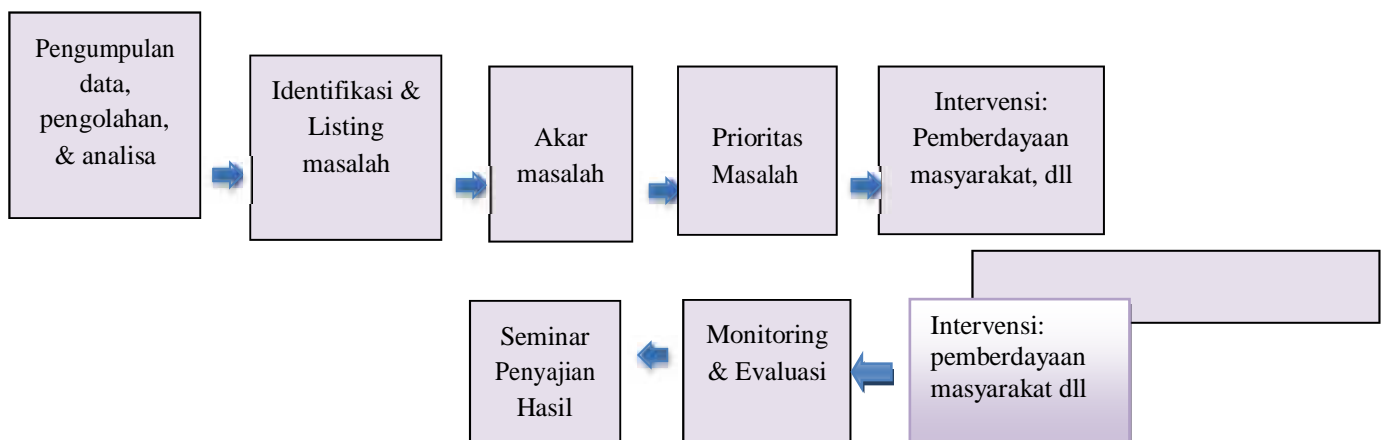
1. **Bagi mahasiswa:** Kegiatan interaksi antara mahasiswa dengan masyarakat lokal maupun dengan para pemangku kepentingan lokal merupakan kesempatan untuk memperkaya kedua pihak baik di aspek kognitif maupun sosiobudaya, guna membangun atmosfer ilmiah yang lebih positif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik.
2. **Bagi dosen/institusi pendidikan:** Pangkalan data yang terbangun yang selalu ditingkatkan kekiniannya oleh mahasiswa dalam kegiatan PBL Kesehatan Masyarakat Terintegrasi, dapat dimanfaatkan oleh sivitas akademika termasuk mahasiswa, dosen dan peneliti, maupun oleh pihak pemangku kepentingan untuk membuat keputusan berbasis bukti (*evidence based decision making*). Upaya pemecahan masalah yang dikembangkan dapat menjadi wahana laboratorium kesehatan masyarakat untuk mengujicobakan berbagai model intervensi yang tepat guna.
3. **Bagi Pemerintah Daerah:** Pemerintah Daerah tempat dilaksanakannya PBL dapat mengembangkan kemitraan dengan perguruan tinggi untuk kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi sehingga meningkatkan kerjasama guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

BAB II RENCANA KEGIATAN

2.1 Kerangka Pikir PBL



2.2 Tahapan PBL



2.3 Konsep Integrasi PBL

Kesehatan Masyarakat Terintegrasi dapat diartikan ke dalam enam aspek berikut:

- a) *Integrasi waktu kegiatan untuk kesinambungan.* PBL Kesehatan Masyarakat terintegrasi dapat diartikan terpadu dalam aspek waktu pelaksanaan PBL agar berkesinambungan, yaitu dari satu kelompok ke kelompok berikutnya di wilayah yang sama.
- b) *Integrasi akademik.* PBL Kesmas Terintegrasi ini melibatkan mahasiswa sebagai subyek yang melakukan kegiatan ko-kurikuler, di samping kegiatan kurikuler program akademik Program Studi Kesehatan Masyarakat.
- c) *Integrasi profesionalitas.* Dengan terpadunya mahasiswa peserta PBL Kesmas Terintegrasi berasal dari lintas konsentrasi atau peminatan atau program studi atau fakultas, atau bahkan universitas yang berbeda-beda, maka kerjasama dan kolaborasi antar profesi sudah ditanamkan sejak awal, dan akan tumbuh menjadi nilai kerja yang sangat berharga. Pembentukan kelompok mahasiswa yang beranggotakan beragam asal tersebut menjadi wadah untuk belajar berintegrasi.
- d) *Integrasi pembangunan kapasitas pemerintah daerah untuk pemecahan masalah.* Aspek lain dari integrasi adalah terpadunya program PBL dengan program dari pemerintah daerah, baik program di bidang kesehatan atau bidang lain yang terkait dengan kesehatan, seperti program pendidikan, lingkungan, agama, pertanian, peternakan, dan lain sebagainya. Dengan mengintegrasikan kegiatan atau program PBL dengan kegiatan atau program pemerintah daerah, maka diharapkan manfaat positif pembangunan kapasitas kedua belah pihak dalam rangka pemecahan masalah kesehatan setempat. Sebagai contoh untuk saat ini, terkait dengan pencanangan Germas dan PIS-PK, maka sangat dianjurkan untuk kegiatan dan program PBL Kesmas ini dirancang untuk focus pada penyuksesan program dan kegiatan Germas dan PIS-PK yang dirancang oleh pemerintah daerah setempat.
- e) *Integrasi pembangunan kapasitas masyarakat.* Komponen lain yang menjadi pendukung suksesnya kegiatan (contoh saat ini adalah program Germas dan PIS-PK) adalah komponen masyarakat itu sendiri, yang dapat terdiri dari Lembaga Swadaya Masyarakat, organisasi masyarakat lain seperti organisasi keagamaan (misal majelis taklim), atau kader sebagai tokoh kunci. Semua komponen masyarakat tersebut juga menjadi tokoh penting dalam kegiatan atau program PBL Kesmas.

f) *Integrasi tridharma perguruan tinggi*. Di dalam pelaksanaan PBL Kesehatan Masyarakat Terintegrasi, diterapkan tahapan pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, serta penyajian hasil. Langkah ini merupakan langkah sistematis penelitian dan hasil dari kegiatan ini dapat berupa inovasi pemecahan masalah, dan bahkan dapat dipublikasikan. Kontribusi dosen pembimbing sangat besar dalam proses publikasi ini. Mengingat data yang terbangun akan berupa data yang bersifat panel/kohor, berbasis keluarga yang sangat berharga untuk menjadi bahan penelitian, oleh mahasiswa, dan dosen, serta oleh pihak pemangku kepentingan lain yang dapat memanfaatkannya untuk menjadi produk penelitian untuk dipublikasikan atau sebagai naskah akademis untuk pengembangan kebijakan.

2.4 Metode PBL

Mata kuliah PBL Kesehatan Masyarakat Terintegrasi ini berbobot minimal 3 SKS, dan dalam pelaksanaannya dapat dibagi dalam empat langkah besar yaitu langkah persiapan di dalam fakultas, langkah persiapan di lapangan, langkah pelaksanaan PBL dan pemantauannya, serta langkah evaluasi.

Penempatan SKS dan pembagian jumlah SKS ke dalam langkah atau periode waktu disesuaikan dengan rancangan dalam struktur kurikulum di masing-masing fakultas. Minimal dimulai semester ke-8, setelah MA Wajib Fakultas sudah diambil atau sudah mengambil 110 sks.

Pelaksanaan waktu PBL disesuaikan dengan rancangan dalam struktur kurikulum dilakukan sepanjang semester dengan bolak balik tiap minggu ke lapangan.

2.5 Program Kerja dan Bentuk Kegiatan

Program kerja kegiatan PBL sesuai dengan Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) memiliki 12 Indikator keluarga sehat yang dapat menjadi acuan dalam capaian PBL. yang mencakup :

A. Program Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak

1. Keluarga mengikuti KB
2. Ibu bersalin di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap

4. Bayi diberi ASI eksklusif selama 6 bulan
5. Pertumbuhan balita dipantau tiap bulan

B. Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular

1. Penderita TB paru berobat sesuai standar
2. Penderita hipertensi berobat teratur
3. Gangguan jiwa berat tidak ditelantarkan

C. Perilaku dan kesehatan lingkungan

1. Tidak ada anggota keluarga yang merokok
2. Keluarga memiliki/memakai air bersih
3. Keluarga memiliki/memakai jamban sehat
4. Sekeluarga menjadi anggota JKN/askes

Bentuk Kegiatan PBL berupa analisis terhadap pengembangan desa sasaran yang meliputi pengumpulan data, pengolahan dan analisa data, identifikasi dan analisis situasi, penentuan akar masalah, penetapan prioritas masalah serta menyusun alternatif solusi dengan melibatkan masyarakat secara aktif, monitoring dan evaluasi serta seminar penyajian hasil.

Selain Program PIS-PK, Kegiatan PBL yang dilakukan oleh mahasiswa adalah Program Keluarga Binaan. Program ini dilakukan dengan rincian sebagai berikut:

1. Kegiatan bersifat individu.
2. Setiap mahasiswa wajib memiliki 4 keluarga binaan.
3. Kegiatan berupa serangkaian program pembinaan peningkatan kualitas kesehatan keluarga.
4. Kegiatan pembinaan yang dilakukan minimal 10 kali kunjungan pada masing-masing keluarga.

2.6 Sasaran Kegiatan, Waktu dan Tempat Pelaksanaan

Sasaran kegiatan adalah individu, rumah tangga dan masyarakat khususnya masyarakat pedesaan yang ada di wilayah kegiatan yang telah ditentukan. Kegiatan PBL tahun 2020 dilaksanakan selama 5 minggu dengan rincian yaitu 4 minggu berada di wilayah kegiatan dan 1 minggu penyusunan laporan kegiatan yang dimulai tanggal 17 Februari s/d 17 Maret 2020 dan presentasi hasil laporan PBL pada tanggal 24 Maret 2020. Kegiatan ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Pintu Padang, Kecamatan Angkola Muaratais, tepatnya di Kelurahan Bintuju

Kecamatan Angkola Muaratais Kabupaten Tapanuli Selatan (Lampiran 1)

2.7 Peserta Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan ini adalah 36 mahasiswa Prodi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Darmais Padangsidempuan semester VIII dan X yang sedang mengamtl Mata Ajar Wajib Program Studi atau sudah mengambil 110 SKS. Daftar mahasiswa terlampir (lampiran 2 dan 4).

2.8 Kepanitiaan

Untuk kegiatan dan kelancaran pelaksanaan PBL maka dibentuk panitia pelaksana PBL (SK kepanitiaan pelaksanaan PBL) oleh Ketua STIKes Darmais Padangsidempuan. (Lampiran 3).

2.9 Pembimbing PBL.

Pembimbing kegiatan PBL ini terdiri dari Pembimbing Materi, Pembimbing Lapangan dan dibantu oleh Penanggung jawab Lokasi. Ketentuan pembimbing PBL sebagai berikut:

1. Pembimbing Materi

Pembimbing Materi Pembimbing Materi adalah dosen Prodi Kesehatan Masyarakat STIKes Darmais Padangsidempuan yang berwenang memberikan materi/bimbingan akademik terkait PBL (SK Pembimbing PBL).

Tugas Pembimbing Materi :

- a. Memberikan bimbingan penyusunan laporan kegiatan PBL
- b. Memberikan penilaian kegiatan PBL terutama dari aspek substansi laporan, tata cara dan sistematika laporan
- c. Menghadiri seminar kegiatan PBL
- d. Berkoordinasi dengan Pembimbing lapangan terkait pelaksanaan PBL di lapangan
- e. Memberikan persetujuan laporan kegiatan PBL

2. Pembimbing Lapangan

Pembimbing lapangan adalah tenaga kesehatan yang direkomendasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai pembimbing PBL. Berpendidikan minimal S1 Kesehatan Masyarakat atau dokter.

Tugas Pembimbing Lapangan :

- a. Memberikan bimbingan terkait pelaksanaan PBL di lapangan

- b. Memberikan penilaian kegiatan PBL terutama dari aspek kerja sama tim, keterlibatan dengan masyarakat, perilaku dan intervensi kegiatan dilapangan.
 - c. Menghadiri seminar kegiatan PBL
 - d. Berkoordinasi dengan Pembimbing Akademik terkait pelaksanaan PBL di lapangan
 - e. Memberikan persetujuan laporan kegiatan PBL
3. Penanggungjawab Lokasi

Penanggungjawab lokasi adalah kepala desa yang berada di wilayah kegiatan dengan persetujuan camat.

Tugas Penanggungjawab Lokasi

- a. Memfasilitasi upaya pemberdayaan di masyarakat dengan tokoh masyarakat, kader, dll
- b. Bertanggungjawab terhadap keamanan selama pelaksanaan PBL.

2.10 Tahapan Kegiatan PBL.

Kegiatan PBL ini dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Persiapan

Mahasiswa diberikan pembekalan untuk memahami lebih jelas tentang pelaksanaan PBL, yang dilaksanakan selama 2 hari bertempat di Aula Darmasidampung. Pemateri berasal dari Kepala Puskesmas, Ketua Prodi dan Dosen Prodi Kesehatan Masyarakat STIKes Darmasidampung. Jadwal pembekalan PBL terlampir (Lampiran 5).

2. Pelaksanaan

Pelaksanaan kegiatan dimulai dengan serah terima terlebih dahulu dengan camat wilayah kegiatan yang dituju sebagai tanda bahwa secara resmi kegiatan telah dimulai. Kemudian dilanjutkan dengan serah terima dari camat kepada kepala puskesmas, kepala desa dan jajarannya. Selama pelaksanaan kegiatan mahasiswa mendapatkan bimbingan dari pembimbing akademik dan lapangan. Disamping itu dilakukan supervisi untuk melihat kemajuan dan kendala yang dihadapi selama pelaksanaan kegiatan.

3. Evaluasi Kegiatan

Sebelum dilakukan evaluasi, mahasiswa diharuskan membuat laporan kegiatan PBL dan mempresentasikan hasil kegiatan PBL. Laporan hasil tiap kelompok mengacu kepada format yang ditetapkan dalam buku pedoman, dan berujung pada rekomendasi guna perbaikan program kesehatan atau program terkait kesehatan. Presentasi laporan dihadiri

pembimbing, baik pembimbing akademik dan lapangan, Kepala Puskesmas, camat dan perwakilan dari Dinas Kesehatan. Tempat pelaksanaan presentasi di STIKes Darmas Padangsidiempuan. Selanjutnya dilakukan penilaian oleh pembimbing. Penilaian pada aspek kognitif oleh pembimbing materi. sedangkan untuk penilaian pada aspek afektif dan psikomotorik oleh pembimbing lapangan (Lampiran 6 dan 7).

Komponen nilai akhir [NA] kegiatan PBL sebagai berikut:

Nilai Akhir = (Nilai Pembekalan + Nilai Pembimbing Lapangan + Nilai Pembimbing Materi)

Dimana bobot tiap komponen sebagai berikut:

Nilai Pembekalan : 10%

Nilai Pembimbing Lapangan : 40%

Nilai Pembimbing Materi : 50%

BAB III

TATA CARA PENULISAN DAN SISTEMATIKA LAPORAN

3.1 Format Laporan

a. Kertas

Kertas yang digunakan untuk penulisan laporan yaitu kertas A4 putih 70 gram, satu muka tidak bolak-balik.

b. Bidang

Pengetikan dilakukan secara rata kanan dan kiri dalam bidang yang berjarak 4 cm dari tepi kiri dan 3 cm dari batas atas, kanan dan bawah.

c. Pengetikan

Naskah diketik menggunakan komputer dengan program pengolah data seperti MS word dengan pilihan huruf "Times New Roman" dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Font naskah berukuran 12 pts.
2. Font judul bab: 12 pts sedangkan cover laporan: 16 pts.
3. Setiap bab diketik pada halaman baru, nomor bab menggunakan angka romawi. Judul bab diketik pada batas atas bidang pengetikan disusun simetris menggunakan huruf besar, tanpa garis bawah dan tanda baca titik di akhir kalimat.
4. Kalimat pertama bab di mulai 4 spasi dari judul bab. Judul sub bab di dahului dengan angka disesuaikan dengan urutan nomor bab.
5. Awal alinea diketik 1 tab dari batas kiri bidang pengetikan. Pada sub bab dan sub bab, awal alinea tetap diketik sejajar dengan huruf pertama sub bab. Selanjutnya awal alinea diketik 1 tab dari batas kiri bidang pengetikan. Kalimat dilanjutkan sejajar dengan nomor judul sub bab dan sub sub bab. Jarak baris antara teks, nomor bah dan judul bab adalah 2 spasi. Jarak antara judul bab dan sub judul bab adalah 4 spasi. Jarak antara akhir naskah dengan sub judul berikutnya 4 spasi, jarak antara sub judul dan sub sub judul adalah 2 spasi.
6. Jarak/spasi jarak antar baris dalam penulisan laporan PBL adalah 2 spasi kecuali dinyatakan hal tertentu seperti keterangan gambar dan tabel adalah 1 spasi.
7. Bahasa yang digunakan dalam penulisan laporan PBL adalah Bahasa Indonesia yang benar sesuai dengan EYD. Apabila diperlukan bahasa asing maka harus di cetak miring.

8. Indentasi pada awal alinea adalah 1 tab dari tepi kiri bidang pengetikan. Pada sub bab dan anak sub bab, awal alinea diketik 1 tab dari huruf pertama.
9. Penomoran halaman pada bagian persiapan yang terdiri dari, halaman pengesahan, halaman persetujuan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran, penomorannya menggunakan angka romawi kecil (i,ii,iii, dst). Khusus lembar sampul tidak menggunakan nomor halaman. Nomor halaman untuk bagian isi laporan PBL ditulis dengan angka yang mulai dari 1 dan seterusnya dan diletakkan di bagian kanan atas, kecuali halaman dengan judul bab diletakkan di bagian tengah bawah. Nomor bagian isi laporan PBL berakhir sampai dengan kesimpulan dan saran. Lampiran tidak di beri halaman, lampiran menggunakan nomor sendiri sesuai dengan urutan lampiran yang tertulis dalam daftar lampiran.
10. Penulisan judul tabel dan gambar. Teknis penulisan judul tabel dan gambar/bagan/grafik ditulis dengan kaidah tersendiri. Untuk judul tabel ditulis di atas badan tabel dengan 1 spasi, posisi center, Sedangkan untuk judul gambar/bagan/grafik ditulis di bagian bawah gambar/bagan/grafik dengan posisi center, 1 spasi.

3.2 Sistematika Laporan

Sistematika laporan kegiatan PBL sebagai berikut:

BAGIAN AWAL

- a. Sampul Laporan PBL
- b. Halaman judul
- c. Halaman Pengesahan
- d. Halaman Persetujuan
- e. Kata Pangantar
- f. Daftar Isi
- g. Daftar Tabel
- h. Daftar Gambar
- i. Daftar Lampiran

BAGIAN ISI

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

1.2 Tujuan Kegiatan

1.3 Manfaat Kegiatan

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

BAR 3 ANALISIS SITUASI

3.1 Gambaran Umum Lokasi PBL

3.2 Gambaran Khusus

3.3 Kegiatan Yang Dilaksanakan atau Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

3.3.1 Pengumpulan Data

1. Waktu

2. Metode

3. Lokasi

4. Jenis Data

3.3.2 Pengolahan Data

3.3.3 Analisa Data

3.3.4 Prioritas Masalah

3.3.5 Musyawarah Masyarakat Desa

BAB 4 HASIL DAN INTERVENSI

4.1 Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

4.2 Hambatan Pelaksanaan Kegiatan

4.3 Solusi yang diusulkan

BAB 5 PEMBAHASAN

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.2 Saran

Lampiran

1. Format Pengumpulan Data

2. Denah Desa

3. Pengorganisasian Desa

4. Dokumentasi Kegiatan

3.2.1 Penjelasan Sistemadka Laporan Kegiatan PBL

1. Sampul Laporan PBL
 - a. Laporan kegiatan PBL di jilid dan diberi sampul hard cover warna biru, huruf di cetak dengan warna hitam timbul.
 - b. Judul : judul ditulis dengan huruf kapital Times New Roman, ukuran tulisan 14 pts, berbentuk piramida terbalik, jarak tulisan 1 spasi, bold.
 - c. Dibawah judul ditulis : “LAPORAN PENGALAMAN BELAIAR LAPANGAN” dengan menggunakan huruf capital Times New Roman, ukuran tulisan 12 pts, dan bold.
 - d. Nama mahasiswa dituliskan diatas logo: nama mahasiswa yang mengikuti Regiatan PBL dan nomor induk mahasiswa, tulisan menggunakan kapital diawal kata dengan menggunakan huruf Times New Roman, ukuran 12 pts, dan bold.
 - e. Logo : logo STIKes Darmais Padangsidimpuan dengan format gambar (tinggi 5 cm; skala 33%, lebar 5 cm; skala 33%). Halaman punggung sampul laporan polos warna hijau muda.
 - f. Nama program studi: ukuran 14 dengan menggunakan huruf kapital, berbentuk piramida terbalik. jarak tulisan 1 spasi
 - g. Tahun: ditulis sesuai dengan tahun ujian. ukuran 14,dan bold.
 - h. Contoh Sampul Laporan PBL (lampiran 8)

Catatan : Semua huruf dalam cover depan dan isi skripsi menggunakan Times New Roman

2. Halaman Judul
Halaman judul laporan PBL di tulis sama dengan halaman sampul laporan PBL.
3. Halaman Persetujuan
 - a. Pernyataan persetujuan atas laporan kegiatan PBL untuk diseminarkan
 - b. Tempat dan tanggal disetujui untuk diseminarkan
 - c. Tanda tangan pembimbing materi dan pembimbing lapangan.
 - d. Contoh halaman persetujuan kegiatan PBL (lampiran 9)
4. Halaman Pengesahan
Halaman pengesahan merupakan pernyataan yang berisikan bahwa laporan kegiatan PBL telah diseminarkan dan dipertahankan di hadapan penguji dan audiens. Halaman pengesahan ditandatangani oleh pembimbing dan Ketua Prodi S1 Kesehatan Masyarakat

STIKes Darmais Padangsidimpuan.

- a. Pernyataan persetujuan atas laporan kegiatan PBL telah diseminarkan dan dipertahankan di hadapan penguji dan audiens
 - b. Tempat dan tanggal tanggal telah disetujui.
 - c. Tanda tangan pembimbing dan Ketua Prodi Prodi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Darmais Padangsidimpuan
 - d. Contoh halaman pengesahan kegiatan PBL (Lampiran 10)
5. Kata Pengantar
- a. Judul “KATA PENGANTAR” di tulis dengan posisi center. Judul kata pengantar ditulis menggunakan huruf kapital, ukuran 12, rata tengah, bold.
 - b. Isi kata pengantar memuat ucapan syukur dan ucapan terima kasih kepada pihak yang terlibat dan membantu pelaksanaan kegiatan PBL menggunakan bahasa resmi, jarak 2 spasi, jenis huruf Times New Roman.
 - c. Pada akhli naskah di tulis tanggal penulisan dan penulis.
 - d. Kata pengantar maksimal 1 halaman.
6. Daftar Isi
- a. Daftar isi memuat semua judul bab, sub bab dan judul sub sub bab dalam daftar yang tersusun rapi secara vertical
 - b. Pada bagian kanan halaman terdapat nomor halaman.
 - c. Daftar isi ditulis dengan menggunakan huruf kapital bold pada judul besar. Pada sub bagian judul, huruf besar hanya ditulis pada awal kata.
 - d. Penulisan daftar isi dibuat dengan jarak 1 spasi.
7. Daftar Tabel dan Gambar
- Daftar tabel dan gambar ditulis secara berurutan sesuai dengan letaknya dalam bab, Sebagai contoh tabel/gambar pertama dalam bab III maka ditulis 3.1
8. Daftar Lampiran
- Daftar lampiran tidak perlu menentukan halaman tetapi cukup nomor urut lampiran dan judul lampiran.
9. Latar Belakang
- Latar belakang berisi tentang perlunya dilakukan PBL. Ada 2 alasan penting dilakukan PBL:

- a. Sebagai wujud pelaksanaan tridharma perguruan tinggi (pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat).
- b. Pengembangan mata kuliah kehidupan bermasyarakat.

10. Tujuan Kegiatan

Tujuan kegiatan mengacu pada program kerja PBL. Tujuan dibedakan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus. Adapun **contoh** Tujuan Khusus dari kegiatan ini yaitu meliputi:

- a. Melakukan analisis situasi kesehatan di bidang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).
- b. Menganalisis masalah kesehatan dan penyebab masalah kesehatan
- c. Menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK)
- d. Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

11. Manfaat Kegiatan

Manfaat kegiatan adalah manfaat yang akan diperoleh terutama oleh masyarakat atau kader atas pelaksanaan kegiatan PBL (manfaat mengacu pada program kerja yang akan dilakukan).

12. Tinjauan Pustaka

Tinjauan pustaka adalah kumpulan literature yang berhubungan dengan program kerja PBL. Tinjauan pustaka sebaiknya padat dan singkat

13. Gambaran umum lokasi PBL

Gambaran umum lokasi PBL meliputi gambaran geografis, demografis, data sosial ekonomi masyarakat, data sarana dan prasarana (termasuk fasilitas kesehatan). data organisasi kemasyarakatan, dll.

14. Gambaran Khusus

Gambaran khusus meliputi karakteristik responden, data yang diperoleh dari kuesioner (berkaitan dengan program kerja PBL).

15. Waktu dan Sasaran Kegiatan PBL.

- a. Waktu kegiatan PBL dilaksanakan mulai Tanggal 17 Februari sampai dengan 17 Maret 2020. Sebaiknya dalam waktu kegiatan PBL juga mencantumkan tahapan kegiatan yang akan dilakukan mahasiswa PBL selama dilapangan (dari awal sampai akhir selama dilokasi PBL).
- b. Sasaran kegiatan PBL sesuai dengan program kerja PBL (sasaran meliputi: individu,

keluarga atau masyarakat). Sebaiknya juga disebutkan jumlah sasaran kegiatan, cara menentukan sasaran kegiatan (sampling dan teknik sampling).

16. Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Terdapat dua tahap dalam penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK), yaitu:

a. Analisis Masalah, meliputi:

1) Identifikasi masalah

2) Prioritas masalah. Prioritas masalah dapat dilakukan salah satunya dengan cara penilaian scoring dengan menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*).

a) *Urgency* (urgensi), yaitu dilihat dari tersedianya waktu, mendesak atau tidak masalah tersebut diselesaikan.

b) *Seriousness* (keseriusan), yaitu melihat dampak masalah tersebut terhadap produktifitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, membahayakan sistem atau tidak dan sebagainya.

c) *Growth* (berkembangnya masalah), yaitu apakah masalah tersebut berkembang sedemikian rupa sehingga sulit dicegah. Dengan menggunakan score 1-5 skala likert. masing-masing anggota dapat menilai besar kecilnya kriteria tersebut.

3) Merumuskan masalah.

Merumuskan masalah dengan memakai pertanyaan apa, bagaimana, berapa, dimana, dan kapan masalah tersebut ada.

4) Penyebab masalah. Salah satunya dapat menggunakan diagram Tulang Ikan (Ishikawa), dapat menggali semua penyebab masalah dari masing-masing variabel: manusia, dana, metode, material, dan lingkungan.

17. Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) berisi tentang deskripsi kegiatan sesuai dengan RUK yang diusulkan. Format tabel RPK terlampir (Lampiran 11).

18. Hambatan Pelaksanaan Kegiatan

Hambatan pelaksanaan kegiatan berisi tentang hambatan selama pelaksanaan kegiatan. Sebaiknya pendekatan yang di gunakan dalam menganalisis hambatan adalah pendekatan system (Input, Proses, Output).

19. Solusi yang diusulkan

Solusi yang diusulkan merupakan upaya pemecahan terhadap hambatan yang ditemukan selama pelaksanaan kegiatan. Dalam upaya perumusan solusi perlu adanya keterlibatan masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama, kepala desa dan lainnya melalui Musyawarah Masyarakat Desa. Teknik yang digunakan adalah FGD (Fokus Group Diskusi), Dinamika Kelompok, Wawancara Mendalam, dan lainnya.

20. Kesimpulan

Kesimpulan berisi uraian singkat tentang pelaksanaan kegiatan PBL. Kesimpulan sebaiknya mengacu pada tujuan yang ingin dicapai dalam kegiatan PBL.

21. Saran

Saran berisi tentang upaya agar solusi yang diusulkan dapat terlaksana dengan baik. Saran sebaiknya ditujukan pada pihak terkait yang berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan (Dinas Kesehatan, Puskesmas, Camat, Kepala Desa, Stakeholders, STIKes Darmasidempuan dan lainnya).

22. Lampiran

Lampiran berisi hal-hal yang terkait dengan pelaksanaan kegiatan PBL seperti: daftar nama kelompok dan pembimbing (SK Ketua STIKes Darmasidempuan), Bukti telah menyelenggarakan kegiatan, peta lokasi, gambar selama pelaksanaan kegiatan, gambar saat FGD atau dinamika kelompok, wawancara mendalam, kuesioner, dan lainnya.

BAB IV

PENUTUP

STIKes Darmais Padangsidimpuan merupakan lembaga pendidikan tinggi yang mempunyai kepedulian tinggi untuk ikut andil dalam pembangunan kesehatan khususnya di wilayah Kabupaten/ Kota Padangsidimpuan. Bentuk kepedulian tersebut tercermin dalam Tridarma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian Kepada Masyarakat) yang bertujuan untuk pengembangan kemampuan mahasiswa dalam berkehidupan bermasyarakat.

Pengalaman Belajar lapangan (PBL) merupakan salah satu matakuliah di Program Studi S.1 Ilmu Kesehatan Masyarakat yang bertujuan mengembangkan kemampuan manusia dalam berkehidupan bermasyarakat. Untuk mengembangkan kompetensi ini, mahasiswa terjun ke masyarakat secara langsung untuk memahami, mengafali permasalahan khususnya di bidang kesehatan masyarakat serta menyusun alternatif solusi dengan melibatkan partisipasi masyarakat secara penuh.

Pedoman Praktek Belajar Lapangan ini berfungsi sebagai pedoman bagi peserta PBL, Pembimbing, Panitia dan Fasilitator serta pihak terkait yang partisipatif dalam penyelenggaraan kegiatan praktek lapangan ini. Efisiensi dan efektifitas pencapaian tujuan praktek kerja lapangan yang akan dilaksanakan dapat terwujud atas bantuan dan kerjasama dari semua unsur terkait.

Padangsidimpuan, 08 Januari 2020
STIKes Darmais Padangsidimpuan
Ketua,

Susi Febriani Yusuf, M.P.H
NIDN. 0414027901

Lampiran 1

**JADWAL KEGIATAN PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN
PEMBIMBING DAN MAHASISWA PBL
DI KELURAHAN BINTUJU
KECAMATAN ANGKOLA MUARATAIS
TAHUN 2020**

No	Tanggal	Kegiatan Pembimbing	Kegiatan Mahasiswa	Lokasi
1	17 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Mengikuti upacara pembukaan PBL di kantor Camat Kecamatan Angkola Muaratais2. Mengarahkan mahasiswa untuk orientasi desa dan pengorganisasian kelompok desa	<ol style="list-style-type: none">1. Mengikuti upacara pembukaan PBL di kantor Camat Kecamatan Angkola Muaratais2. Melaksanakan orientasi lingkungan desa masing-masing bersama pemerintah desa dan pengorganisasian kelompok serta ramah tamah dengan tokoh masyarakat.	Kantor Camat Angkola Muaratais
2	18-19 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Memberikan pengarahan tentang pengumpulan data kesehatan keluarga dan desa2. Memeriksa dan mengarahkan hasil mpengumpulan data keluarga dan masyarakat3. Mengarahkan dan memotivasi mahasiswa dalam pengumpulan data	<ol style="list-style-type: none">1. Mengumpulkan data desa di kantor desa, kelompok masing-masing dan konsultasi dengan pembimbing2. Memperbaiki hasil arahan pembimbing bila perlu3. Melakukan pengumpulan data keluarga sesuai dengan jumlah pembagian KK masing-masing lingkungan	Kelurahan Bintuju
3	20-27 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Memeriksa dan mengarahkan hasil pengumpulan data keluarga2. Membimbing dan mengarahkan dalam pembuatan master tabel	<ol style="list-style-type: none">1. Memperbaiki hasil arahan pembimbing tentang pengumpulan data2. Membuat master tabel dan mengisi data ke dalam master tabel	Kelurahan Bintuju

		3. Membimbing dan mengarahkan dalam pengolahan data, analisa data dan perumusan masalah kesehatan	3. Mengolah dan menganalisa data serta merumuskan masalah kesehatan	
4	28 Februari-4 Maret 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengarahkan persiapan MMD atau lokakarya mini 2. Mengarahkan penulisan data dan masalah kesehatan masyarakat dalam flip chart 3. Membimbing dan mengarahkan pembuatan laporan PBL 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempersiapkan alat dan materi MMD 2. Menuliskan data dan masalah kesehatan masyarakat dalam flip chart 3. Menuangkan hasil PBL ke dalam bentuk laporan PBL 	Kelurahan Bintuju
5	5-7 Maret 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti, memonitor dan mengarahkan pelaksanaan loka karya MMD serta memfasilitasi alat perlengkapan MMD yang dibutuhkan 2. Ikut berperan dalam kegiatan MMD 3. Mengarahkan mahasiswa agar melibatkan masyarakat dalam perumusan masalah dan penyusunan rencana kesehatan masyarakat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan MMD di masing-masing desa 2. Menyajikan data khususnya yang berhubungan dengan masalah yang dirumuskan dan mendiskusikannya dengan masyarakat. 3. Melibatkan masyarakat dalam perumusan masalah dan penyusunan rencana kesehatan masyarakat. 	Kelurahan Bintuju
6	8-10 Maret 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membimbing mahasiswa dalam persiapan pelaksanaan rencana penanggulangan kesehatan masyarakat 2. Membimbing, mengarahkan dan memonitor kegiatan mahasiswa dalam penanggulangan masalah kesehatan masyarakat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi rencana penanggulangan masalah kesehatan masyarakat yang akan dilaksanakan 2. Melaksanakan penanggulangan kesehatan keluarga masyarakat <ol style="list-style-type: none"> a. Pelatihan, penyegaran kader b. Penyuluhan kesehatan masyarakat c. Pembinaan keluarga intensif d. Mengikuti kegiatan 	Kelurahan Bintuju

			<p>posyandu</p> <p>e. Keberhasilan lingkungan dan kegiatan lainnya yang sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat</p> <p>f. Pembinaan kesehatan masyarakat</p>	
7	11-16 Maret 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. membimbing pembuatan laporan PBL 2. evaluasi program intervensi masalah kesehatan masyarakat menggunakan format penilaian 3. observasi lapangan hasil pembinaan kesehatan keluarga yang telah dilaksanakan mahasiswa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menyusun laporan PBL 2. melaporkan hasil penanggulangan kesehatan masyarakat 3. memperbaiki hasil arahan 4. melaksanakan penanggulangan masalah lanjutan 	STIKes Darmais Padangsidempuan
8	17 Maret 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti seminar laporan PBL Desa 2. Mengikuti upacara penutupan PBL di Kantor Camat Kecamatan Angkola Muaratais 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti seminar laporan PBL Desa 2. Mengikuti upacara penutupan PBL di Kantor Camat Kecamatan Angkola Muaratais 	Kantor Camat Angkola Muara Tais
9	18-20 Maret 2020	Penyelesaian laporan dan seminar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi tentang seminar dengan pembimbing 2. Menyerahkan laporan 	STIKes Darmais Padangsidempuan

**S1 Kesehatan Masyarakat
Ka.Prodi**

**Nurhanifah Siregar M.Kes
NIDN. 0127039004**

Lampiran 2

**DAFTAR NAMA MAHASISWA PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN
DI KELURAHAN BINTUJU
KECAMATAN ANGKOLA MUARATAIS
TAHUN 2020**

1. Mahasiswa Regular Semester VIII

No.	NIM	Nama Mahasiswa
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

2. Mahasiswa Lanjutan Semester VIII Peminatan Promosi Kesehatan

No.	NIM	Nama Mahasiswa
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

3. Mahasiswa Lanjutan Semester VIII Peminatan Promosi Kesehatan

No.	NIM	Nama Mahasiswa
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Lampiran 3

**STRUKTUR ORGANISASI KEGIATAN PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2020/2021**

Penasehat	: Dra. Hj. Langgasari Nasution, SKM, MM
Penanggung jawab	: Susi Febriani Yusuf M.P.H
Ketua	: Rahmah Juliani Siregar, M.K.M
Sekretaris	: Norma Yanti Rambe, M.K.M
Bendahara	: Yunita Sari, Am.Keb
Seksi perlengkapan	: Juliana Lubis M.Kes Amdi Pasya Harahap S.Sos
Seksi Acara	: Lisna Khairai Nasution, M.K.M Nur Hanifah Siregar, M.Kes
Konsumsi	: Lena Juliana Harahap, M.K.M Fadly Angginta, S.Sos

Dosen Pembimbing :

Susi Febriani Yusuf M.P.H
Lena Juliana Harahap M.K.M
Juliana Lubis, SKM, M.Kes
Rahmah Juliani Siregar M.K.M
Nurhanifah Siregar M,Kes
Norma Yanti Rambe, M.K.M
Lisna Khairani Nasution M.K.M

Lampiran 4

**DAFTAR NAMA MAHASISWA PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN
DI KELURAHAN BINTUJU
KECAMATAN ANGKOLA MUARATAIS
TAHUN 2020**

Kelompok : I (Satu)
Lokasi PBL : Lingkungan II Kelurahan Bintuju

No.	Nama Mahasiswa	NIM	Keterangan
1	Dinda Novita Lestari Siregar	1684201034	Ketua
2	Seri Rahmadani	1884201014	Sekretaris
3	Yanti Meimah Hutabarat	1884201019	Bendahara
4	Ade Sriyuni Hariyanti	1884201001	Anggota
5	Ermalia Kustika	1884201024	Anggota
6	Rominta	1884201021	Anggota
7	Afrina Yanti	1884201023	Anggota
8	Armadiyah Harahap	1884201002	Anggota
9	Evaria Sianna Harahap	1884201004	Anggota
10	Putralisasi Bongsu Sitompul	1884201011	Anggota
11	Reni Yanti	1884201012	Anggota
12	Siti Jahrona Hasibuan	1884201015	Anggota
13	Tirauli Pasaribu	1884201017	Anggota
14	Syari Yani Rambe	1884201028	Anggota
15	Fajar Hutomo	1684201033	Anggota
16	Elly Hastuti	1684201036	Anggota
17	Ida Mariani Siregar	1684201038	Anggota
18	Rosdawati Lubis	1684201045	Anggota

Diketahui,
STIKes Darmais Padangsidimpuan
Ketua

Padangsidimpuan, Januari 2020
S.1 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ka. Prodi

Susi Febriani Yusuf, M.P.H
NIDN. 0414027901

Nurhanifah Siregar M.Kes
NIDN. 0127039004

**DAFTAR NAMA MAHASISWA PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN
DI KELURAHAN BINTUJU
KECAMATAN ANGKOLA MUARATAIS
TAHUN 2020**

Kelompok : II (Dua)
Lokasi PBL : Lingkungan III Kelurahan Bintuju

No.	Nama Mahasiswa	NIM	Keterangan
1	Indri Hardiyani	1684201039	Ketua
2	Mardia Fitriani	1884201007	Sekretaris
3	Kasmira Wati	1884201026	Bendahara
4	Pinta Sari	1884201025	Anggota
5	Junida Sari Siregar	1884201027	Anggota
6	Denni Nopita Hasibuan	1884201003	Anggota
7	Juliani Hasibuan	1884201005	Anggota
8	Linda Junita Harahp	1884201006	Anggota
9	Dinda Aulia Sitepu	1884201021	Anggota
10	Miska Hannum	1884201008	Anggota
11	Nurjannah	1884201010	Anggota
12	Winda Dwi Lestari	1884201018	Anggota
13	Sri Okti Widiyastuti Thmarin	1884201020	Anggota
14	Aryandi Marwan Hakim Lubis	1684201031	Anggota
15	Riska Saputri	1684201032	Anggota
16	Mahdi Martua Lubis	1684201035	Anggota
17	Siti Hamidah Lubis	1684201037	Anggota
18	Sartika Dewi	1684201042	Anggota

Diketahui,
STIKes Darmais Padangsidimpuan
Ketua

Padangsidimpuan, Januari 2020
S.1 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ka.Prodi

Susi Febriani Yusuf, M.P.H
NIDN. 0414027901

Nurhanifah Siregar M.Kes
NIDN. 0127039004

Lampiran 5

**JADWAL PEMBEKALAN MATERI PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN (PBL)
MAHASISWA DI WILAYAH KECAMATAN ANGKOLA MUARATAIS
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN
T.A. 2020/2021**

HARI/ TANGGAL	JAM	MATERI	PENANGGUNG JAWAB
Jum'at, 14 Februari 2020	13.00-13.20	Pembukaan	Ketua STIKes
	13.20-14.00	Arahan dan Bimbingan dari Yayasan Perguruan Karya Bunda Langga	Ketua Yayasan
	14.00-15.00	Profil Wilayah Kecamatan Angkola Muara Tais <ul style="list-style-type: none">• Budaya setempat• Jumlah penduduk• Batas wilayah	Camat Kecamatan Angkola Muara Tais
	15.00-16.00	<ul style="list-style-type: none">• Sosialisasi Kegiatan PBL• Penyusunan Laporan PBL	Rahmah Juliani Siregar, M.K.M
	16.00-17.00	Pengumpulan Data <ul style="list-style-type: none">• Teknik Pengumpulan Data• Pengolahan Data (Penentuan Prioritas Masalah)	Norma Yanti rambe, M.K.M
Sabtu, 15 Februari 2020	13.00-14.00	Pengisian Master Tabel	Juliana Lubis, SKM, M.Kes
	14.00-15.00	Mini Loka Karya/MMD	Nurhanifah Siregar, M.Kes
	15.00-16.00	POA (Plan Of Action)	Lena Juliana Harahap, M.K.M
	16.00-17.00	<ul style="list-style-type: none">• SAP (Satuan Acara Penyuluhan)• Penyuluhan Kesehatan	Lisna Khairani Nasution, M.K.M
	17.00-17.30	Penutupan	Ketua STIKes

**Diketahui,
Padangsidimpuan, 16 Maret 2020**

**STIKes Darmais Padangsidimp
Ketua,**

**Susi Febriani Yusuf, M.P.H
NIDN. 0414027901**

**Prodi S1 Kesehatan Masyarakat
Ka.Prodi**

**Nurhanifah Siregar, M.Kes
NIDN. 0127039004**

Lampiran 6

Lembar Penilaian Pembimbing Lapangan



**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN
T.A. 2020/2021**

Nama :
Nim :
Kelompok :
Desa :

No.	Komponen Penilaian	Bobot	Nilai (1-100)	Bobot x Nilai
1.				
2.				
3.				

Keterangan Kategori Nilai

A = >86

B = 71-85

C = 56-70

D = 41-55

E = <41

Padangsidimpuan, Maret 2020
Pembimbing Lapangan

()

Lampiran 8

**LAPORAN KEGIATAN PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN
DI DESA
TAHUN 2020**

Disusun Oleh

- a. Nisma (nim,,)
- b. ,,...
- c. ,,....



**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN
T.A. 2020/2021**

**FORMAT
PROPOSAL KEGIATAN**

A. Latar Belakang

B. Tujuan

1. Tujuan Umum
2. Tujuan Khusus

C. Sasaran

D. Bentuk Kegiatan

E. Metode

F. Waktu Dan Tempat

G. Biaya

H. Pengorganisasian

1. Penanggung jawab :
2. Penyaji/ pelaksana :
3. Moderator :
4. Notulen :
5. Fasilitator :
6. Anggota :

I. Evaluasi

1. Evaluasi Proses :
2. Evaluasi Hasil :

J. Lampiran

1. Jadwal Kegiatan :
2. SAP :
3. Materi Penyuluhan :

Kelompok Mahasiswa
Kampung.....

FORMAT
SATUAN ACARA PENYULUHAN

POKOK BAHASAN

Sub Pokok Bahasan :
Pertemuan Ke :
Sasaran :
Hari / Tanggal :
Pukul :

A. Tujuan Penyuluhan / Kegiatan

1. Tujuan Umum
2. Tujuan Khusus

B. Materi (terlampir)

C. Proses Penyuluhan/ Kegiatan

No.	Tahapan Kegiatan / Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.			
2.			
3.			

D. Metode

E. Alat/ Bahan/ Media

F. Evaluasi

1. Prosedur : Pre Test, Post Test selama proses
2. Bentuk : Multiple Choice, Essay
3. Jenis : lisan atau tulisan

G. Sumber Kepustakaan :

H. Lampiran :

1. Materi
2. Soal dan Jawaban
3. Dokumentasi / Foto Kegiatan

FORMAT
LAPORAN PRAKTEK KERJA LAPANGAN
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN
T.A. 2020/2020

RINGKASAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan

BAB II KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

- 4. Pengumpulan Data
 - 1. Waktu
 - 2. Metode
 - 3. Lokasi
 - 4. Jenis Data
- 5. Pengolahan Data
- 6. Analisa Data
- 7. Prioritas Masalah
- 8. Musyawarah Masyarakat Desa

BAB III HASIL DAN INTERVENSI

- A. Rencana Intervensi (POA)
- B. Implementasi

BAB IV KESIMPULAN

- A. Kesimpulan
- B. Saran

Daftar Lampiran

- 5. Format Pengumpulan Data
- 6. Denah Desa
- 7. Pengorganisasian Desa
- 8. Dok
- 9. Dokumentasi Kegiatan

Lampiran 9

Contoh Halaman Persetujuan

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan kegiatan Praktek Belajar Lapangan (PBL) Ini di Desa telah melalui proses bimbingan dan disetujui oleh Pembimbing Lapangan dan Pembimbing Materi pada tanggal..... 2020

Padangsidempuan,.... Maret 2020

Mengetahui,
Pembimbing Lapangan

Pembimbing Materi

(nama lengkap)
NIDN

(nama lengkap)
NIDN

Lampiran 10

Contoh Halaman Pengesahan

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan kegiatan Praktek Kerja Lapangan (PBL) Ini di Desa telah diseminarkan pada tanggal..... 2020 dan telah disahkan oleh Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKes Darmais Padangsidimpuan

Padangsidimpuan,.... Maret 2020

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat
STIKes Darmais Padangsidimpuan**

**Nurhanifah Siregar, M.Kes
NIDN. 0127039004**

**KUESIONER ANALISIS SITUASI KESEHATAN MASYARAKAT PENGALAMAN BELAJAR
LAPANGAN (PBL)
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN
T.A. 2020/2019**

PERTANYAAN RUMAH TANGGA

I. PENGENALAN TEMPAT			
1	Provinsi		□ □
2	Kabupaten/Kota*)		□ □
3	Kecamatan		□ □ □
4	Desa/Kelurahan*)		□ □ □
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	□
6	No. Urut Sampel Rumah Tangga		□ □
7	Nama Kepala Rumah Tangga		
8	Alamat rumah		

*) coret yang tidak perlu

II. KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
1	Nama Pengumpul Data:		5. Nama Ketua Tim:
2	Tanggal Pengumpulan data: (tgl-bln)	□ □ - □ □ - 2019	
3	Tanda tangan Pengumpul Data		6. Tanggal. Pengecekan: (tgl-bln) :
4	Hasil pengumpulan data 1. Semua ART dapat diwawancarai 2. Tidak semua/ sebagian ART yang dapat diwawancarai 3. Semua ART tidak dapat diwawancarai sampai akhir pencacahan 4. Rumah Tangga sampel Susenas menolak 5. Rumah Tangga sampel Susenas pindah 6. Bangunan Sensus atau Blok Sensus sampel Susenas sudah tidak ada	□	□ □ - □ □ - 2019
			7. Tanda tangan Ketua Tim

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	Verifikasi			Status Kawin [KODE]	Tanggal Lahir	Umur Jika umur < 1 bln isikan dalam kotak "Hari" Jika umur < 5 thn isikan dlm kotak "Bulan" Jika umur ≥ 5 thn isikan dlm kotak "Tahun"	Khusus ART >5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	Khusus ART ≥10tahun Status Pekerjaan [KODE]	ART diwawancarai? 1. Ya 2. Ya, didampingi 3. Ya, diwakili 4. Tidak
				Status 1. Perubahan 2. Tidak 3. Meninggal 4. ART pindah 5. Lahir 6. ART baru	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin 1. Laki 2. Perempuan						
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1		□□	□	□	□□	□	□	Tgl: □□ Bln: □□ Thn:	a. □□Hr b. □□Bln c. □□□Th	□	□	□
2		□□	□	□	□□	□	□	Tgl: □□ Bln: □□ Thn:	a. □□Hr b. □□Bln c. □□□Th	□	□	□

GUNAKAN HALAMAN 3 APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG

Kode kolom (3) dan (6): Hubungan dgn kepala rumah tangga 01= Kepala RT 04= Anak angkat/tiri 08= Pembantu rumah tangga/ sopir 02= Istri/suami 05= Menantu 09= Famili lain	Kode kolom (8): Status Kawin 1= Belum Kawin 3= Cerai hidup 2= Kawin 4= Cerai mati	Kode kolom (11): Pendidikan Tertinggi 1= Tidak/ belum pernah sekolah 2= Tidak tamat SD/MI 6= Tamat D1/D2/D3	Kode Kolom (12): Status Pekerjaan 1= Tidak bekerja 5= Wiraswasta 2= Sekolah 6= Petani/buruh tani
---	--	---	---

03= Anak kandung	06= Cucu	10= Lainnya	3= Tamat SD/MI	7= Tamat PT	3= PNS/ TNI/ Polri/ BUMN	7= Nelayan
	07= Orang tua/ mertua		4= Tamat SLTP/MTS		4= Pegawai swasta	8= Buruh/ sopir/ pembantu ruta
			5= Tamat SLTA/MA			9= Lainnya

V. AKSES FASILITAS KESEHATAN			
Sekarang kami akan menanyakan jenis fasilitas kesehatan terdekat dan kemudahan akses untuk setiap pelayanan kesehatan tersebut: (Pengeritidekat: bisadalam satu atau bedakabupaten/kota, kecamatan, kelurahan, desa dimanarumah tanggabada)			
1	Apakah [RUMAH TANGGA] mengetahui keberadaan rumah sakit yang terdekat?	1. Ada dalam kab/kota 2. Ada di kab/kota terdekat	3. Tidak ada <input type="checkbox"/> V.6 8. Tidak tahu <input type="checkbox"/> V.6
2	Alat transportasi apa yang digunakan sekali jalan dari rumah ke rumah sakit? Bila jawaban lebih dari 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan 1. Kendaraan pribadi bermotor 2. Kendaraan umum bermotor 4. Kendaraan pribadi tidak bermotor 8. Kendaraan umum tidak bermotor 16. Jalan kaki 32. Transportasi air 64. Transportasi udara 128. Lainnya		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Berapa waktu tempuh dari rumah ke rumah sakit (sekali Jalan)?	Jam : Menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Berapa jumlah uang (Rp) yang dikeluarkan untuk transportasi pulang-pergi?	<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	Apakah biaya transportasi tersebut terjangkau?	1. Terjangkau	2. Tidak terjangkau
6	Apakah [RUMAH TANGGA] mengetahui keberadaan puskesmas/ pustu/ pusling/ bidan desa yang terdekat?	1. Ada dalam kab/kota 2. Ada di kab/kota terdekat	3. Tidak ada <input type="checkbox"/> V.11 8. Tidaktahu <input type="checkbox"/> V.11
7	Alat transportasi apa yang digunakan sekali jalan dari rumah ke puskesmas/ pustu/ pusling/ bidan desa? Bila jawaban lebih dari 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan 1. Kendaraan pribadi bermotor 2. Kendaraan umum bermotor 4. Kendaraan pribadi tidak bermotor 8. Kendaraan umum tidak bermotor 16. Jalan kaki 32. Transportasi air 64. Transportasi udara 128. Lainnya		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Berapa waktu tempuh dari rumah ke puskesmas/ pustu/ pusling/ bidan desa (sekali Jalan)?	Jam : Menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Berapa jumlah uang (Rp) yang dikeluarkan untuk transportasi pulang-pergi?	<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	Apakah biaya transportasi tersebut terjangkau?	1. Terjangkau	2. Tidak terjangkau
11	Apakah [RUMAH TANGGA] mengetahui keberadaan klinik/ praktek dokter/ praktek dokter gigi/ praktek bidan mandiri yang terdekat?	1. Ada dalam kab/kota 2. Ada di kab/kota terdekat	3. Tidak ada <input type="checkbox"/> VI 8. Tidak tahu <input type="checkbox"/> VI
12	Alat transportasi apa yang digunakan sekali jalan dari rumah ke klinik/ praktek dokter/ praktek dokter gigi/ praktek bidan mandiri? Bila jawaban lebih dari 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan 1. Kendaraan pribadi bermotor 2. Kendaraan umum bermotor 4. Kendaraan pribadi tidak bermotor 8. Kendaraan umum tidak bermotor 16. Jalan kaki 32. Transportasi air 64. Transportasi udara 128. Lainnya		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Berapa waktu tempuh dari rumah ke klinik/praktek dokter/ praktek dokter gigi/ praktek bidan mandiri (sekali Jalan)?	Jam : Menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Berapa jumlah uang (Rp) yang dikeluarkan untuk transportasi pulang-pergi?	<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	Apakah biaya transportasi tersebut terjangkau?	1. Terjangkau	2. Tidak terjangkau

VI. GANGGUAN JIWA DALAM RUMAH TANGGA

1	Apakah ada Anggota Rumah Tangga yang pernah menderita gangguan jiwa?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> BLOK VII	<input type="checkbox"/>
2	Apakah Anggota Rumah Tangga tersebut ada yang didiagnosa gangguan jiwa Skizofrenia/ Psikosis oleh tenaga kesehatan?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> VI.7	<input type="checkbox"/>
3	Berapa Anggota Rumah Tangga yang mengalami hal tersebut?	----- orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Apakah Anggota Rumah Tangga tersebut pernah berobat ke Rumah Sakit Jiwa/ fasilitas kesehatan/ tenaga kesehatan? 1. Ya, semua pernah berobat 2. Ya, tidak semua pernah berobat 3. Tidak ada yang berobat <input type="checkbox"/> VI.7		<input type="checkbox"/>
5	Apakah 1 bulan terakhir ini Anggota Rumah Tangga tersebut minum obat rutin?	1. Ya <input type="checkbox"/> VI.7 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
6	Bila tidak, apa alasannya? (POINT a-g DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Sering lupa	<input type="checkbox"/>	e. Tidak tahan efek samping obat
	b. Tidak mampu membeli obat secara rutin	<input type="checkbox"/>	f. Merasa dosis tidak sesuai
	c. Obat tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/>	g. Merasa sudah sehat/ Tidak merasa sakit
	d. Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/>	h. Lainnya, sebutkan _____
7	Apakah ada yang pernah dipasung/diasingkan/dikekang atau tindakan mirip dipasung?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> BLOK VII	<input type="checkbox"/>
8	Apakah dalam 3 bulan ini ada yang dipasung?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

VII. KESEHATAN LINGKUNGAN

1	Dimana tempat pembuangan air limbah utama dari kamar mandi / tempat cuci dan dapur?		
	a. Kamar Mandi/ Tempat Cuci	1. Penampungan tertutup 2. Penampungan terbuka	3. Tanpa Penampungan (di tanah) 4. Langsung ke got/ kali/ sungai
	b. Dapur	1. Penampungan tertutup 2. Penampungan terbuka	3. Tanpa Penampungan (di tanah) 4. Langsung ke got/ kali/ sungai
2	Untuk rumah tangga yang memiliki balita, bagaimana cara pembuangan tinja balita? 1. Menggunakan jamban 5. Dibersihkan di sembarang tempat 2. Dibuang di jamban 6. Lainnya, sebutkan 3. Ditanam 4. Dibuang di sembarang tempat/ tempat sampah 7. Tidak ada balita		
3	Apa jenis tempat pengumpulan/ penampungan sampah basah (organik) di dalam rumah? (BACAKAN POINT a DAN b)	a. Tempat sampah tertutup	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
		b. tempat sampah terbuka	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
4	Bagaimana cara utama dalam menangani sampah rumah tangga :	1. Diangkut petugas 5. Dibakar 2. Dibuang sendiri ke TPS 6. Dibuang ke kali/ parit/ laut 3. Ditimbun dalam tanah 7. Dibuang sembarangan 4. Dibuat kompos	<input type="checkbox"/>
5	Apa yang biasa [RUMAH TANGGA] lakukan selama ini untuk mencegah penularan penyakit akibat gigitan nyamuk? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK) POIN a/S/D f DIBACAKAN		
	a. Memakai obat nyamuk (semprot/bakar/elektrik)	<input type="checkbox"/>	d. Menguras bak mandi/ ember besar/ drum
	b. Menaburkan bubuk larvasida pada tempat penampungan air	<input type="checkbox"/>	e. Menutup tempat penampungan air di Rumah Tangga

	c. Ventilasi rumah dipasang kasa nyamuk	<input type="checkbox"/>	f. Memusnahkan barang-barang bekas (kaleng, ban, dll)	<input type="checkbox"/>
6	Berapa kali [RUMAH TANGGA] menguras bak mandi/ember besar/ drum? 1. > 1 kali dalam seminggu 2. Satu kali dalam seminggu 3. 1-3 kali dalam sebulan 7. Tidak berlaku			<input type="checkbox"/>
7	Lakukan observasi terhadap keadaan ruangan dalam rumah.			
	Jenis Ruangan	Jendela 1. Ada, dibuka tiap hari; 2. Ada, jarang dibuka; 3. Tidak ada 7. Tidak berlaku/ tidak ada ruangan	Ventilasi 1=Ada, luasnya ≥ 10% luas lantai; 2=Ada, luasnya < 10% luas lantai; 3= Tidak ada	Pencahayaan 1=Cukup 2=Tidak cukup
		(a)	(b)	(c)
	a. Kamar Tidur Utama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Masak/dapur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Ruang keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Apakah jenis sarana air utama yang digunakan rumah tangga untuk keperluan minum? 1. Air kemasan bermerk 2. Air isi ulang 3. Air ledeng/PDAM 4. Air ledeng eceran/membeli 5. Sumur bor/pompa 6. Sumur gali terlindung 7. Sumur gali tak terlindung 8. Mata air terlindung 9. Mata air tidak terlindung 10. Penampungan air hujan 11. Air permukaan (sungai/ danau/ irigasi) 12. Lainnya, sebutkan			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Apakah jenis sarana air utama yang digunakan rumah tangga untuk keperluan masak, kebersihan pribadi dan mencuci (pakaian dan peralatan masak/makan)? 1. Air kemasan bermerk 2. Air isi ulang 3. Air ledeng/PDAM 4. Air ledeng eceran/membeli 5. Sumur bor/pompa 6. Sumur gali terlindung 7. Sumur gali tidak terlindung 8. Mata air terlindung 9. Mata air tidak terlindung 10. Penampungan air hujan 11. Air permukaan (sungai/ danau/ irigasi) 12. Lainnya, sebutkan			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Berapa jumlah pemakaian air (dalam liter) untuk keperluan minum, masak, mandi dan mencuci (pakaian dan peralatan masak/makan) seluruh anggota rumah tangga dalam sehari semalam? .....liter			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

11	a. Apakah [RUMAH TANGGA] melakukan pengolahan air minum sebelum diminum?	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/> P.3c	<input type="checkbox"/>
	b. Bagaimana cara pengolahan air sebelum diminum/ konsumsi oleh rumah tangga 1. Dengan pemanasan/dimasak 2. Dengan penyinaran matahari/UV 3. Ditambah larutan tawas/klorin 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 2. Teko/ceret/termos/jerigen 3. Kendi 4. Ember/panci tertutup 5. Ember/panci terbuka	<input type="checkbox"/>		
12	Bagaimana kualitas fisik air minum? (BACAKAN dan OBSERVASI POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	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"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Bila jawaban P2 = 05 s.d 09 (pompa/sumur/mata air), berapa jarak ke tempat penampungan kotoran/ tinja terdekat? 1. <10 meter 2. ≥10 meter 8. Tidak tahu			<input type="checkbox"/>
14	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. 1. < 6 menit 2. 6-30 menit 3. 31-60 menit 4. >60 menit			b. <input type="checkbox"/>

	Waktu:		
15	Bila jawaban P.6a = 2 s.d 4 , siapa yang biasanya mengambil air untuk kebutuhan minum tersebut dari sumbernya? 1. Orang dewasa perempuan 2. Orang dewasa laki-laki 3. Anak perempuan (di bawah 15 tahun) 4. Anak laki-laki (di bawah 15 tahun)		<input type="checkbox"/>
16	Apa jenis tempat pengumpulan/ penampungan sampah basah (organik) di dalam rumah? (BACAKAN POINT a DAN 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"/>
17	Bagaimana cara penanganan sampah rumah tangga?	1. Diangkut petugas 2. Ditimbun dalam tanah 3. Dibuat kompos 4. Dibakar 5. Dibuang ke kali/ parit/ laut 6. Dibuang sembarangan	<input type="checkbox"/>
18	Dimana tempat pembuangan air limbah dari kamar mandi/ tempat cuci/ dapur? 1. Penampungan tertutup di pekarangan/ SPAL . Penampungan di luar pekarangan 2. Penampungan terbuka di pekarangan . Tanpa penampungan (di tanah) 5. Langsung ke got/ sungai <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19	Bagaimana sarana pembuangan air limbah dari kamar mandi /dapur/ tempat cuci?	1. Sendiri/ rumahtangga 2. Bersama/ komunal	<input type="checkbox"/>
20	Apa jenis bahan bakar/energi utama yang digunakan untuk memasak?	1. Listrik 2. Gas/elpiji 3. Minyak tanah 4. Arang/briket/batok kelapa 5. Kayu bakar	<input type="checkbox"/>
21	Apakah [RUMAH TANGGA] selama sebulan yang lalu menggunakan/ menyimpan pestisida/ insektisida/ pupuk kimia di dalam rumah	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
22	Apa yang biasa [RUMAH TANGGA] lakukan selama ini untuk mencegah penularan penyakit akibat gigitan nyamuk? (JAWABAN TIDAK DIBACAKAN, LAKUKAN PROBING). ISIKANKODEJAWABANDENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	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"/>
23	Berapa kali [RUMAH TANGGA] menguras bak mandi dalam seminggu?	1. Sekali 2. Lebih dari satu kali . Tidak pernah . Tidak Berlaku (jika tidak menggunakan bak	<input type="checkbox"/>
24	Apakah rumah tinggal berada di daerah kumuh? (OBSERVASI)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

LEMBAR BANTU UNTUK MENGHITUNG PEMAKAIAN AIR (BLOK :

No	Aktivitas	Ukuran	Jumlah Konsumsi								Total
			ART-1	ART-2	ART-3	ART-4	ART-5	ART-6	ART-7	ART-8	Σ (ART)
1	Minum										
	- Gelas	200 ml; 250 ml									
	- Teko	1 L									
2	Mandi										
	- Shower	20 ltr (5 menit) *									
	- Ember										
3	Masak										
	- Panci	D 20 cm, 1,5L									
4	Mencuci pakaian										
	- Mesin cuci	50 L (1x putar) *									
	- Ember										
	- Baskom										
5	Mencuci alat masak/makan										
	- Keran	10 L (5 menit)									
	- Ember										
TOTAL											

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 ²		<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)					
	Jenis Ruangan	Penggunaan 1=Terpisah 2=Tidak Terpisah	Kebersihan 1=Bersih, 2=Tidak bersih	Ketersediaan jendela 1=Ada, dibuka tiap hari; 2=Ada, jarang dibuka; 3=Tidak ada	Ventilasi 1=Ada, luasnya ≥10% luas lantai; 2=Ada, luasnya <10% luas lantai; 3=Tidak ada	Pencahayaan alami 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/	3. Bambu 4. Sen	<input type="checkbox"/>		

		triplek			
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	. 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 <input type="checkbox"/>	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/la ut 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 <input type="checkbox"/>	P.12 <input type="checkbox"/>	
11	Jika Ya, kartu/ surat yang digunakan:	. Jamkesmas/ Jamkesda . 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 :

1. Tanyakan berapa gelas setiap ART minum dalam 24 jam (gunakan gelas ukur standar)
2. Tanyakan berapa kali setiap ART mandi dalam 24 jam (menggunakan shower atau ember, tanyakan volume ember yg digunakan)
3. Tanyakan berapa kali RT masak dalam 24 jam
4. Tanyakan berapa kali RT mencuci pakaian dalam 24 jam (jika menggunakan mesin cuci tanyakan berapa kali mengisi air dalam mesin cuci, jika menggunakan ember/baskom tanyakan berapa ember/baskom yang digunakan)
5. Tanyakan berapa kali RT mencuci piring (yang utama). Jika menggunakan keran, tanyakan berapa menit lama mencuci, jika menggunakan ember tanyakan berapa ember yg digunakan.
6. Jika aktivitas mencuci atau masak dilakukan tidak setiap hari (misalnya 2 kali dalam seminggu), konversikan ke dalam hari. Konversi minggu menjadi hari : 2 kali per minggu = 2/7 atau 0,286 (per hari)
Misalnya: RT A mencuci pakaian 3 kali dalam seminggu menggunakan mesin cuci, setiap kali mencuci perlu 4kali load/putar, sehingga pemakaian air untuk mencuci pakaian di RT A menjadi :
= 4 load * 50 L/load * (3/7 per hari)
= 85,7 L/hari

CATATAN

**KUESIONER ANALISIS SITUASI KESEHATAN MASYARAKAT PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN (PBL)
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES DARMAIS PADANGSIDIMPUAN
T.A. 2020/2019**

PERTANYAAN INDIVIDU									
VIII.PENGENALAN TEMPAT									
Prov		Kab/Kota		Kec		Desa/Kel		No.Urut RT	

IX.KETERANGAN WAWANCARA INDIVIDU				
1	Tanggal kunjungan pertama:Tgl -Bln	□ □ - □ □	3	Nama Pengumpul data
2	Tanggal kunjungan akhir: Tgl -Bln	□ □ - □ □	4	Tanda tangan Pengumpul data

X. KETERANGAN INDIVIDU			
IDENTIFIKASI RESPONDEN			
1	Tuliskan nama dan nomor urut Anggota Rumah Tangga (ART)	Nama ART	Nomor urut ART: □ □
NO URUT ART UNTUK PERTANYAAN P.2, P.3, P.4 JIKA BUKAN ART DALAM RUTA INI ISIKAN KODE '00'			
2	Tuliskan nama dan nomor urut Ayah kandung	Nama ART	Nomor urut ART: □ □
3	Tuliskan nama dan nomor urut Ibu kandung	Nama ART	Nomor urut ART: □ □
4	Untuk ART < 15 tahun/ kondisi sakit/ orang tua yang perlu didampingi, tuliskan nama dan nomor urut ART yang mendampingi	Nama ART	Nomor urut ART: □ □

A. PENYAKIT MENULAR				
[NAMA] pada pertanyaan di bawah ini merujuk pada NAMA yang tercatat pada pertanyaan Blok X P.1				
INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA) [ART SEMUA UMUR]				
A01	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis ISPA oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya <input type="checkbox"/> A03	2. Tidak	□
A02	Dalam 1 bulan terakhir [NAMA] mengalami gejala sebagai berikut:			
	a. Demam	1. Ya 2. Tidak	c. Pilek/ hidung tersumbat	1. Ya 2. Tidak
	b. Batuk kurang dari 2 minggu	1. Ya 2. Tidak	d. Sakit tenggorokan	1. Ya 2. Tidak
PNEUMONIA/RADANG PARU [ART SEMUA UMUR]				
A03	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita radang paru (Pneumonia) dengan atau tanpa dilakukan foto dada (foto rontgen) oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya, kurang dari 1 bulan terakhir <input type="checkbox"/> A05 2. Ya, 1 – 12 bulan yang lalu <input type="checkbox"/> A05 3. Tidak 4. Tidak tahu		□
A04	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit sebagai berikut:			
	a. Demam tinggi	1. Ya 2. Tidak		□
	b. Batuk	1. Ya 2. Tidak		□
	c. Kesulitan bernafas dengan atau tanpa nyeri dada	1. Ya 2. Tidak		□
ART UMUR 5 TAHUN KE ATAS <input type="checkbox"/> KE A05				
POIN d,e,f UNTUK ART UMUR 0 – 59 BLN				
	d. Nafas cepat	1. Ya 2. Tidak		□
	e. Nafas cuping hidung	1. Ya 2. Tidak		□
	f. Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)	1. Ya 2. Tidak		□

TUBERKULOSIS PARU (TB PARU) [ART SEMUA UMUR]					
A05	Dalam 1 tahun terakhir , apakah [NAMA] pernah didiagnosis TB Paru oleh dokter/ perawat/ bidan?	1. Ya, dalam 6 bulan terakhir 2. Ya, lebih dari 6 bulan	3. Tidak <input type="checkbox"/> A12	<input type="checkbox"/>	
A06	Pemeriksaan apa yang digunakan untuk menegakkan diagnosis tersebut?				
	a. Pemeriksaan tuberkulin/ mantoux [KHUSUS ART UMUR ≤ 15 TAHUN]	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b. Pemeriksaan dahak [ART SEMUA UMUR]	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	c. Pemeriksaan foto dada/ rontgen [ART SEMUA UMUR]	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
A07	Apakah mendapat obat TB Kombinasi Dosis Tetap (KDT)? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
A08	Apakah mendapat obat TB lepasan? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
A09	Apakah ada anggota keluarga atau lainnya yang bertugas sebagai Pengawas Minum Obat (PMO)?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
JIKA ART DIDIAGNOSIS TB PARU > 6 BULAN (A05 = 2) <input type="checkbox"/> A12 JIKA ART DIDIAGNOSIS TB PARU DALAM 6 BULAN TERAKHIR (A05 = 1) <input type="checkbox"/> A10					
A10	Apakah saat ini masih menggunakan obat TB secara rutin (diagnosis dalam 6 bulan terakhir)	1. Ya <input type="checkbox"/> A12	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
A11	Mengapa tidak minum obat secara rutin (DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK				
	a. Sering lupa	<input type="checkbox"/>	e. Tidak mampu membeli obat TB secara rutin	<input type="checkbox"/>	
	b. Obat tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/>	f. Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/>	
	c. Tidak tahan efek samping	<input type="checkbox"/>	g. Merasa sudah sehat	<input type="checkbox"/>	
	d. Masa pengobatan terasa lama	<input type="checkbox"/>	h. Lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/>	
HEPATITIS/ SAKIT LIVER/ SAKIT KUNING [ART SEMUA UMUR]					
A12	Dalam 1 tahun terakhir , apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Hepatitis melalui pemeriksaan darah oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
DIARE/ MENCRET [ART SEMUA UMUR]					
A13	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita diare oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/ bidan)?	1. Ya, dalam ≤ 2 minggu terakhir <input type="checkbox"/> A15	2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan <input type="checkbox"/> A15	3. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
A14	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] pernah mengalami:				
	a. Buang Air Besar (BAB) 3 – 6 kali sehari	1. Ya, dalam ≤ 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan	3. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
	b. BAB > 6 kali sehari	1. Ya, dalam ≤ 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan	3. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
	c. Kotoran/ tinja lembek atau cair	1. Ya, dalam ≤ 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan	3. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
JIKA JAWABAN A13 DAN A14 SEMUA BERKODE “3” ATAU “8”, LANJUT KE A16					
A15	Apakah [NAMA] minum obat untuk penyakit/ keluhan diare tersebut?				
	a. Oralit/ Larutan Gula Garam (LGG)	1. Ya	Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Obat anti diare	1. Ya	Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Antibiotik	1. Ya	Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Obat herbal/ tradisional	1. Ya	Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Obat Zinc (Khusus untuk balita) PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA	1. Ya	Tidak	8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
MALARIA [ART SEMUA UMUR]					
A16	Dalam 1 tahun terakhir , apakah [NAMA] pernah diambil darah untuk pemeriksaan malaria oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya, < 1 bulan terakhir 2. Ya, 1 – 12 bulan	3. Tidak <input type="checkbox"/> A19	<input type="checkbox"/>	
A17	Apakah [NAMA] dinyatakan positif menderita malaria setelah pemeriksaan tersebut oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> A19		<input type="checkbox"/>	

A18	Apakah [NAMA] diberi obat malaria sebagai berikut? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)					
	a. Artemisinin(ACT) 3 hari + Primaquin 1 hari	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	c. Obat lain, sebutkan.....	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Artemisinin(ACT) 3 hari + Primaquin 14 hari	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		

FILARIASIS/ KAKI GAJAH [ART SEMUA UMUR]

A19	Apakah [NAMA] pernah diberikan obat pencegahan filariasis (diethylcarbazine citrate dan albendazol) oleh petugas kesehatan? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)				1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
A20	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita kaki gajah (filariasis) oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan)?		1. Ya, sebelum tahun 2017 2. Ya, pada tahun 2017	3. Ya, pada tahun 2018 4. Tidak <input type="checkbox"/>	BLOK B		
A21	Apakah [NAMA] minum obat sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan)?				1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

B. PENYAKIT TIDAK MENULAR

ASMA/ MENGI/ BENGEK [ART SEMUA UMUR]

B01	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis asma oleh dokter?				1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	B04
B02	Umur berapa pertama kali didiagnosis asma? (ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT)				.....tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B03	Apakah asma [NAMA] pernah kambuh dalam 12 bulan terakhir?				1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	

KANKER [ART SEMUA UMUR]

B04	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit kanker oleh dokter?				1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	B06
B05	Apakah [NAMA] telah menjalani pengobatan kanker seperti di bawah ini :							
	a.pembedahan/operasi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	c.Kemoterapi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b.Radiasi/penyinaran	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Lainnya, Sebutkan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

DIABETES MELLITUS/ KENCING MANIS [ART SEMUA UMUR]

B06	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis diabetes mellitus/ kencing manis oleh dokter?				1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	B12	
B07	Umur berapa pertama kali didiagnosis diabetes mellitus/ kencing manis? (ISIKAN "98" JIKA TIDAK INGAT)				.....tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B08	Jenis pengobatan apa yang diperoleh [NAMA]?							<input type="checkbox"/>	
	1.Obat Anti DM (OAD) dari tenaga medis		3.Obat Anti DM (OAD) dari tenaga medis dan Injeksi insulin		4.Tidak diobati <input type="checkbox"/>			B11	
B09	Apakah [NAMA] minum/suntik obat anti diabetes sesuai petunjuk dokter?				1. Ya, sesuai petunjuk dokter <input type="checkbox"/>		B11		
					2. Tidak sesuai petunjuk dokter		<input type="checkbox"/>		
B10	Mengapa [NAMA] tidak minum obat sesuai petunjuk dokter? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK) POIN a s/d g DIBACAKAN								
	a. Sering lupa	<input type="checkbox"/>	e.Tidak mampu membeli obat				<input type="checkbox"/>		
	b. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek)	<input type="checkbox"/>	f. Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan				<input type="checkbox"/>		
	c. Minum obat tradisional	<input type="checkbox"/>	g.Merasa sudah sehat				<input type="checkbox"/>		
	d. Tidak tahan efek samping obat	<input type="checkbox"/>	h.Lainnya, sebutkan				<input type="checkbox"/>		
B11	Apa yang [NAMA] lakukan untuk mengendalikan diabetes mellitus?								
	a.Pengaturan makan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	c.Alternatif herbal	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b.Olah raga	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>					
B12	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: (BACAKAN POINT a - d)								
	a. Sering lapar	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	c. sering buang air kecil & jumlah banyak	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b. sering haus	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Berat badan turun	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
B13	Apakah [NAMA] memeriksakan kadar gula darah?				1. Ya, rutin		2. Ya, kadang-kadang		3. Tidak pernah <input type="checkbox"/>

PENYAKIT JANTUNG [ART SEMUA UMUR]

B14	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita sakit jantung oleh dokter?				1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-----	---	--	--	--	-------	----------	--------------------------

**JIKA ART UMUR ≤ 2 TAHUN □ BLOK E JIKA ART
UMUR > 3 TAHUN □ B15**

KESEHATAN GIGI DAN MULUT [ART UMUR ≥ 3 TAHUN]

B15	Dalam 1 tahun terakhir , apakah [NAMA] mempunyai masalah:		
	a. Gigi rusak, berlubang ataupun sakit?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Gigi hilang karena dicabut atau tanggal sendiri?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Gigi telah ditambal atau ditumpat karena berlubang?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Gigi goyah?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B16	Dalam 1 tahun terakhir , apakah [NAMA] mempunyai masalah mulut: ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK		
	a. Gusi bengkak dan/atau keluar bisul (abses) <input type="checkbox"/>	c. Sariawan berulang minimal 4 kali	<input type="checkbox"/>
	b. Gusi mudah berdarah (seperti saat menyikat gigi) <input type="checkbox"/>	d. Sariawan menetap dan tidak pernah sembuh minimal 1 bulan	<input type="checkbox"/>

JIKA B15 DAN B16 SELURUHNYA BERKODE “2” (TIDAK), LANJUT KE B19

B17	Dalam 1 tahun terakhir , jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2. TIDAK		
	a. Pengobatan/ minum obat <input type="checkbox"/>	f. Pemasangan gigi palsu	<input type="checkbox"/>
	b. Konseling perawatan kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut <input type="checkbox"/>	g. Pemasangan gigi tanam (<i>implant denture</i>)	<input type="checkbox"/>
	c. Penumpatan / penambalan <input type="checkbox"/>	h. Perawatan orthodonsi (behel/ kawat gigi)	<input type="checkbox"/>
	d. Pencabutan gigi <input type="checkbox"/>	i. Pembersihan karang gigi (<i>scaling</i>)	<input type="checkbox"/>
	e. Bedah mulut <input type="checkbox"/>	j. Perawatan gusi/ periodontal treatment	<input type="checkbox"/>
B18	Dalam 1 tahun terakhir , kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan?		
	a. Dokter gigi spesialis 1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	d. Dokter umum/ Paramedik lain 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Dokter gigi 1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	e. Tukang gigi 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Perawat gigi 1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	f. Pengobatan sendiri 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B19	Dalam 1 tahun terakhir , seberapa sering [NAMA] berobat ke tenaga medis gigi? 1. 1 – 3 kali 2. 4-6 kali 3. ≥ 7 kali 4. Tidak pernah berobat ke tenaga medis gigi		

**JIKA ART UMUR 3 - 4 TAHUN □ BLOK E JIKA
ART UMUR 5 - 14 TAHUN □ D01**

JIKA ART UMUR ≥ 15 TAHUN □ B20

HIPERTENSI [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]

B20	Apakah [NAMA] pernah memeriksakan tekanan darah?	1. Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak □ B25	<input type="checkbox"/>
B21	Apakah hasil pemeriksaan menunjukkan [NAMA] mengalami tekanan darah tinggi?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B22	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita hipertensi/ penyakit tekanan darah tinggi oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

**JIKA B21 BERKODE “1” ATAU B22 BERKODE “1”, LANJUT KE B23
JIKA B21 BERKODE “2” DAN B22 BERKODE “2”, LANJUT KE B25**

B23	Apakah [NAMA] minum obat anti hipertensi?	1. Ya, rutin □ B25 3. Tidak minum obat 2. Tidak rutin	<input type="checkbox"/>
B24	Mengapa [NAMA] tidak minum obat secara rutin setiap hari? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK) POIN a S/D g DIBACAKAN		
	a. Sering lupa <input type="checkbox"/>	e. Tidak mampu membeli obat secara rutin	<input type="checkbox"/>
	b. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek) <input type="checkbox"/>	f. Tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/>
	c. Minum obat tradisional <input type="checkbox"/>	g. Merasa sudah sehat	<input type="checkbox"/>
	d. Tidak tahan efek samping obat <input type="checkbox"/>	h. Lainnya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/>

STROKE [ART UMUR □ 15 TAHUN]			
B25	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit <i>stroke</i> oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak □ B27	<input type="checkbox"/>
B26	Apakah [NAMA] memeriksakan ulang (kontrol) penyakit <i>stroke</i> yang dialami ke fasilitas pelayanan kesehatan?	1. Ya, rutin 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
B27	Apakah [NAMA] pernah mengalami keluhan secara mendadak seperti di bawah ini? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA 2.TIDAK)		
	a. Kelumpuhan pada satu sisi tubuh	<input type="checkbox"/>	d. Bicara pelo
	b. Kesemutan/ baal satu sisi tubuh	<input type="checkbox"/>	e. Sulit bicara/ komunikasi dan/ atau tidak mengerti pembicaraan
	c. Mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata	<input type="checkbox"/>	
PENYAKIT GAGAL GINJAL KRONIS [ART UMUR □ 15 TAHUN]			
B28	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis oleh dokter, menderita penyakit gagal ginjal kronis (minimal ginjal sakit selama 3 bulan berturut-turut)?	1. Ya 2. Tidak □ B30	<input type="checkbox"/>
B29	Apakah [NAMA] pernah/ sedang menjalani cuci darah (haemodialisa)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
PENYAKIT SENDI [ART UMUR □ 15 TAHUN]			
B30	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit sendi oleh dokter?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C. KESEHATAN JIWA			
DEPRESI [KHUSUS UNTUK ART UMUR □ 15 TAHUN DAN “TIDAK DIWAKILI”]			
C01	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] secara terus menerus merasa sedih, depresif atau murung, hampir sepanjang hari, hampir setiap hari?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C02	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] hampir sepanjang waktu kurang berminat terhadap banyak hal atau kurang bisa menikmati hal-hal yang biasanya [NAMA] nikmati?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C03	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] merasa lelah atau tidak bertenaga, hampir sepanjang waktu?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C04	Selama 2 minggu terakhir , Apakah nafsu makan [NAMA] berubah secara mencolok atau apakah berat badan [NAMA] meningkat atau menurun tanpa upaya yang disengaja?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C05	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] mengalami gangguan tidur hampir setiap malam (kesulitan untuk mulai tidur, terbangun tengah malam, terbangun lebih dini, tidur berlebihan)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C06	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] berbicara atau bergerak lebih lambat daripada biasanya, gelisah, tidak tenang atau mengalami kesulitan untuk tetap diam?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C07	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] kehilangan kepercayaan diri, atau apakah [Nama] merasa tidak berharga atau bahkan lebih rendah daripada orang lain?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C08	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] merasa bersalah atau mempersalahkan diri sendiri?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C09	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] mengalami kesulitan berpikir atau berkonsentrasi, atau apakah mempunyai kesulitan untuk mengambil keputusan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C10	Selama 2 minggu terakhir , Apakah [NAMA] berniat untuk menyakiti diri sendiri, ingin bunuh diri atau berharap bahwa [NAMA] mati?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
JIKA SALAH SATU JAWABAN C01 S/D C10 BERKODE “1”, LANJUT KE C11 JIKA JAWABAN C01 S/D C10 SEMUA BERKODE “2” TIDAK, LANJUT KE C12			
C11	Untuk semua keluhan yang disebutkan di atas (C01 s/d C10), apakah [NAMA] minum obat atau menjalani pengobatan medis?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
KESEHATAN MENTAL EMOSIONAL [KHUSUS UNTUK ART UMUR □ 15 TAHUN DAN “TIDAK DIWAKILI”]			
Kami akan mengajukan 20 pertanyaan. Kalau kurang mengerti kami akan membacakan sekali lagi, namun kami tidak akan menjelaskan/ mendiskusikan. Jika ada pertanyaan akan kita bicarakan setelah selesai menjawab ke 20 pertanyaan.			
C12	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] sering menderita sakit kepala?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C13	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] tidak nafsu makan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C14	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] sulit tidur?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C15	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] mudah takut?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C16	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] merasa tegang, cemas atau khawatir?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

C17	Dalam 1 bulan terakhir , apakah tangan [NAMA] gemetar?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C18	Dalam 1 bulan terakhir , apakah pencernaan [NAMA] terganggu/ buruk?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C19	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] sulit untuk berpikir jernih?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C20	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] merasa tidak bahagia?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C21	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] menangis lebih sering?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C22	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C23	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] sulit untuk mengambil keputusan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C24	Dalam 1 bulan terakhir , apakah pekerjaan [NAMA] sehari-hari terganggu?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C25	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C26	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] kehilangan minat pada berbagai hal?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C27	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] merasa tidak berharga?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C28	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C29	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] merasa lelah sepanjang waktu?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C30	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] mengalami rasa tidak enak di perut?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C31	Dalam 1 bulan terakhir , apakah [NAMA] mudah lelah?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

JIKA ART UMUR 15-17 TAHUN BLOK D01

JIKA ART UMUR 18-59 TAHUN BLOK D11 JIKA ART

UMUR \geq 60 TAHUN D24

D. DISABILITAS/ KETIDAKMAMPUAN

KESULITAN/ HAMBATAN FUNGSI PADA ART UMUR 5 – 17 TAHUN

**UNTUK PERTANYAAN D01 – D10, BACAKAN PERTANYAAN & ALTERNATIF JAWABAN. ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:
1. TIDAK ADA 2. RINGAN 3. SEDANG 4. BERAT 5. SANGAT BERAT**

D01	Apakah [NAMA] mempunyai hambatan penglihatan?	<input type="checkbox"/>
D02	Apakah [NAMA] mempunyai hambatan pendengaran?	<input type="checkbox"/>
D03	Apakah [NAMA] mempunyai hambatan berjalan?	<input type="checkbox"/>
D04	Dibandingkan teman seusianya, apakah [NAMA] saat berbicara sulit dimengerti dan [NAMA] mempunyai kesulitan untuk mengerti pembicaraan orang dalam keluarganya atau diluar keluarganya?	<input type="checkbox"/>
D05	Dibandingkan dengan teman seusianya, apakah [NAMA] mempunyai kesulitan untuk belajar sesuatu?	<input type="checkbox"/>
D06	Dibandingkan teman seusianya apakah [NAMA] memiliki kesulitan untuk mengingat sesuatu?	<input type="checkbox"/>
D07	Dibandingkan teman seusianya apakah [NAMA] memiliki kesulitan untuk konsentrasi dalam melakukan aktifitas?	<input type="checkbox"/>
D08	Dibandingkan teman seusianya apakah [NAMA] memiliki kesulitan bermain/bergaul dengan teman seusianya?	<input type="checkbox"/>
D09	Apakah [NAMA] memiliki kesulitan menerima perubahan rutinitas?	<input type="checkbox"/>
D10	Apakah [NAMA] memiliki kesulitan dalam mengendalikan perilakunya?	<input type="checkbox"/>

LANJUT KE BLOK E

KETIDAKMAMPUAN FISIK DAN MENTAL PADA ART UMUR 18-59 TAHUN [KHUSUS UNTUK ART YANG “TIDAK DIWAKILI”]

Sekarang saya akan menanyakan keadaan kesehatan menurut penilaian [NAMA] sendiri. Keadaan kesehatan yang dimaksud disini adalah keadaan fisik dan mental [NAMA]

D11	Selama 1 bulan terakhir , secara umum, bagaimana kondisi kesehatan [NAMA]?	1. Baik 2. Cukup 3. Buruk	<input type="checkbox"/>
-----	---	---------------------------	--------------------------

UNTUK PERTANYAAN D12 – D23, BACAKAN PERTANYAAN & ALTERNATIF JAWABAN. ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:		
1. TIDAK ADA	2. RINGAN	3. SEDANG 4. BERAT 5. SANGAT BERAT
D12	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] untuk berdiri dalam waktu lama misalnya 30 menit?	<input type="checkbox"/>
D13	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] untuk melaksanakan atau mengerjakan kegiatan rumah tangga yang menjadi tanggung jawabnya?	<input type="checkbox"/>
D14	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mempelajari/ mengerjakan hal-hal baru, seperti untuk menemukan tempat/alamat baru?	<input type="checkbox"/>
D15	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat berperan serta dalam kegiatan masyarakat (misalnya dalam kegiatan arisan, pengajian, keagamaan, atau kegiatan lain) seperti orang lain dapat melakukan?	<input type="checkbox"/>
D16	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar masalah kesehatan yang dialami mempengaruhi keadaan emosi [NAMA]?	<input type="checkbox"/>
D17	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] memusatkan pikiran dalam melakukan sesuatu selama 10 menit?	<input type="checkbox"/>
D18	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat berjalan jarak jauh misalnya 1 kilometer?	<input type="checkbox"/>
D19	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] membersihkan seluruh tubuhnya/ mandi?	<input type="checkbox"/>
D20	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mengenakan pakaian?	<input type="checkbox"/>
D21	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] berinteraksi/ bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya?	<input type="checkbox"/>
D22	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] memelihara persahabatan?	<input type="checkbox"/>
D23	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mengerjakan pekerjaan sehari-hari?	<input type="checkbox"/>
LANJUT KE BLOK E		
KETIDAKMAMPUAN FISIK PADA ART UMUR ≥ 60 TAHUN		
D24	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat mengendalikan keinginan buang air besar? 1. Tidak terkendali/ tak teratur atau perlu pencahar 2. Kadang-kadang tak terkendali (1x/ minggu) 3. Terkendali teratur	<input type="checkbox"/>
D25	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat mengendalikan keinginan kencing/ buang air kecil? 1. Tak terkendali atau pakai kateter 2. Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1x/24 jam) 3. Terkendali teratur	<input type="checkbox"/>
D26	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat membersihkan diri sendiri (seperti: mencuci wajah, menyisir rambut, mencukur kumis, sikat gigi)? 1. Butuh pertolongan orang lain 2. Mandiri	<input type="checkbox"/>
D27	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat menggunakan WC sendiri (seperti: keluar masuk WC, melepas/ memakai celana, cebok, menyiram)? 1. Tergantung pertolongan orang lain 2. Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain 3. Mandiri	<input type="checkbox"/>
D28	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat makan minum sendiri? (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu) 1. Tidak mampu 2. Perlu ditolong memotong makanan 3. Mandiri	<input type="checkbox"/>
D29	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat berpindah dari kursi ke tempat tidur dan dari tempat tidur ke kursi (termasuk duduk di tempat tidur)? 1. Tidak mampu/ tidak dapat duduk dengan seimbang (diangkat oleh dua orang) 2. Perlu dibantu oleh minimal dua orang untuk bisa duduk 3. Memerlukan bantuan ringan, minimal oleh satu orang 4. Mandiri	<input type="checkbox"/>
D30	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat berjalan di tempat rata (bagi pengguna kursi roda, mampu menjalankan kursi roda tanpa bantuan)? 1. Tidak mampu 2. Bisa (pindah) menggunakan kursi roda 3. Berjalan dengan dibantu oleh 1 orang (bantuan fisik atau lisan) 4. Mandiri (walaupun menggunakan tongkat)	<input type="checkbox"/>
D31	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat berpakaian sendiri (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)? 1. Tergantung orang lain 2. Sebagian dibantu (mis: mengancingkan baju) 3. Mandiri	<input type="checkbox"/>
D32	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat naik turun tangga sendiri? 1. Tidak mampu 2. Butuh pertolongan 3. Mandiri	<input type="checkbox"/>
D33	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] dapat mandi sendiri? 1. Tergantung orang lain 2. Mandiri	<input type="checkbox"/>

E. CEDERA [ART SEMUA UMUR]						
E01	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami cedera, yang mengakibatkan kegiatan sehari-hari terganggu?				1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
E02	Bagian tubuh yang terkena:					
	a. Kepala	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Perut	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Dada	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	e. Anggota gerak atas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Punggung	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Anggota gerak bawah	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
E03	Jenis cedera yang dialami:					
	a. Lecet/lebam/memar	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Cedera mata	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Luka iris/robek/tusuk	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	g. Gegar otak	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Terkilir	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	h. Cedera organ dalam	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Patah tulang	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	i. Luka Bakar	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Anggota tubuh terputus	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	j. Lainnya, sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
E04	Apakah cedera mengakibatkan kecacatan fisik yang permanen pada bagian tubuh dibawah ini: (SIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)					
	a. Panca indera tidak berfungsi (buta/tuli/bisu dll)	<input type="checkbox"/>	c. Bekas luka permanen yang mengganggu kenyamanan		<input type="checkbox"/>	
	b. Kehilangan sebagian anggota badan (jari/tangan/kaki putus dll)	<input type="checkbox"/>				
E05	Tempat terjadinya cedera	1. Jalan Raya <input type="checkbox"/> E06 2. Rumah dan lingkungannya <input type="checkbox"/> F 3. Sekolah dan lingkungannya <input type="checkbox"/> F		4. Tempat bekerja <input type="checkbox"/> F 5. Lainnya, sebutkan..... <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	
E06	Apakah cedera disebabkan karena kecelakaan lalu lintas			1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	
E07	Bila ya apakah cedera terjadi saat: (SIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)					
	a. Mengendarai sepeda motor (pengendara)	<input type="checkbox"/>	d. Menumpang mobil (penumpang mobil)		<input type="checkbox"/>	
	b. Membonceng sepeda motor (penumpang sepeda motor)	<input type="checkbox"/>	e. Naik kendaraan tidak bermesin		<input type="checkbox"/>	
	c. Mengendarai mobil (sopir)	<input type="checkbox"/>	f. Jalan kaki		<input type="checkbox"/>	
F. PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL [ART SEMUA UMUR]						
F01	Apakah pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional dalam satu tahun terakhir?			1. Ya 2. Tidak, tetapi melakukan upaya sendiri <input type="checkbox"/> F03 3. Tidak sama sekali <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/>	
F02	Siapa saja yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional tersebut? SIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK					
	a. Dokter atau tenaga kesehatan	<input type="checkbox"/>	b. Penyehat tradisional		<input type="checkbox"/>	
F03	Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? SIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK					
	a. Ramuan jadi	<input type="checkbox"/>	d. Keterampilan olah pikir/ hipnoterapi		<input type="checkbox"/>	
	b. Ramuan buatan sendiri	<input type="checkbox"/>	e. Keterampilan energi/ tenaga dalam		<input type="checkbox"/>	
	c. Keterampilan Manual (pijat, tusuk jarum)	<input type="checkbox"/>				
F04	Dalam satu tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah memanfaatkan Taman Obat Keluarga (TOGA)			1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
G. PERILAKU						
PENCEGAHAN PENYAKIT AKIBAT GIGITAN NYAMUK [ART SEMUA UMUR]						
G01	Apa yang [NAMA] lakukan untuk menghindari gigitan nyamuk? (SIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)					
	a. Tidur menggunakan kelambu tanpa insektisida	<input type="checkbox"/>	d. Menggunakan repelen/ bahan-bahan pencegah gigitan nyamuk		<input type="checkbox"/>	
	b. Tidur menggunakan kelambu dengan berinsektisida ≤ 3 tahun	<input type="checkbox"/>	e. Menggunakan alat pembasmi nyamuk elektrik (contoh: raket nyamuk elektrik)		<input type="checkbox"/>	

c. Tidur menggunakan kelambu dengan berinsektisida > 3 tahun

JIKA ART UMUR ≥ 3 TAHUN □ G02 JIKA ART UMUR ≤ 2 TAHUN □ BLOKK

KONSUMSI MAKANAN BERISIKO [ART UMUR ≥ 3 TAHUN]

Tanyakan frekuensi dalam satu hari. Jika tidak dikonsumsi setiap hari, tanyakan per minggu atau per bulan

G02	Dalam satu bulan terakhir , berapa kali [NAMA] biasanya mengonsumsi makanan berikut:				
	ISIKAN KODE:		1. > 1 kali per hari	3. 3 – 6 kali per minggu	5. < 3 kali per bulan
			2. 1 kali per hari	4. 1 – 2 kali per minggu	6. Tidak pernah
	a.Makanan manis	<input type="checkbox"/>	f. Makanan daging/ ayam/ ikan olahan dengan pengawet		<input type="checkbox"/>
	b. Minuman manis	<input type="checkbox"/>	g. Bumbu penyedap		<input type="checkbox"/>
	c. Makanan asin	<input type="checkbox"/>	h. Soft drink atau minuman berkarbonasi		<input type="checkbox"/>
d.Makanan berlemak/ berkolesterol/ gorengan	<input type="checkbox"/>	i. Minuman berenergi		<input type="checkbox"/>	
e.Makanan yang dibakar	<input type="checkbox"/>	j. Mie instant/ makanan instant lainnya		<input type="checkbox"/>	

PERILAKU HIGIENIS [ART UMUR ≥ 3 TAHUN]

G03	Apakah [NAMA] biasa menyikat gigi setiap hari?	1. Ya	2. Tidak □ G05	7. Tidak Berlaku □ G05	<input type="checkbox"/>	
G04	Kapan saja [NAMA] menyikat gigi?					
	a. Sebelum makan pagi	1. Ya	2. Tidak	3. Kadang-Kadang	7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	<input type="checkbox"/>
	b. Setelah makan pagi	1. Ya	2. Tidak	3. Kadang-Kadang	7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan pagi	<input type="checkbox"/>
	c. Sesudah makan siang	1. Ya	2. Tidak	3. Kadang-Kadang	7. Tidak berlaku/ tidak pernah makan siang	<input type="checkbox"/>
	d. Saat mandi pagi	1. Ya	2. Tidak	3. Kadang-Kadang	7. Tidak berlaku/ tidak pernah mandi pagi	<input type="checkbox"/>
	e. Saat mandi sore	1. Ya	2. Tidak	3. Kadang-Kadang	7. Tidak berlaku/ tidak pernah mandi sore	<input type="checkbox"/>
	f. Sebelum tidur malam	1. Ya	2. Tidak	3. Kadang-Kadang	7. Tidak berlaku/ tidak pernah tidur malam	<input type="checkbox"/>
G05	Dimana [NAMA] biasa buang air besar? (JAWABAN TIDAK DIBACAKAN)	1. Jamban 2. Sungai/danau/laut 3. Pantai/ tanah lapang/ kebun/ halaman		4. Kolam/sawah/selokan 5. Lubang tanah		<input type="checkbox"/>

JIKA ART UMUR ≥ 5 TAHUN □ G06 JIKA ART UMUR 3-4 TAHUN □ BLOK K

PERILAKU PENGGUNAAN HELM [ART UMUR ≥ 5 TAHUN]

G06	Apakah [NAMA] biasa menggunakan helm saat mengendarai atau membonceng sepeda motor? 1. Ya, selalu 2. Ya, kadang-kadang	3. Tidak pernah menggunakan helm □ G08 7. Tidak pernah mengendarai/ membonceng sepeda motor □ G08	<input type="checkbox"/>
G07	Bila menggunakan helm, bagaimana cara dan kondisi helm yang digunakan? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA JENIS HELM)	1. Memakai helm standar terkancing 2. Memakai helm standar tidak terkancing 3. Memakai helm tidak standar (helm: sepeda, proyek, tentara)	<input type="checkbox"/>

KONSUMSI BUAH DAN SAYUR (GUNAKAN GAMBAR PERAGA) [ART UMUR ≥ 5 TAHUN]

G08	Biasanya dalam 1 minggu , berapa hari [NAMA] makan buah-buahan segar? JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 □ LANJUT KE G10	.....hari	<input type="checkbox"/>
G09	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengonsumsi buah-buahan segar dalam satu hari dari hari-hari tersebut?	..... porsi	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
G10	Biasanya dalam 1 minggu , berapa hari [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran? JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 □ LANJUT KE G12	.....hari	<input type="checkbox"/>
G11	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran dalam satu hari dari hari-hari tersebut?	.....porsi	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

**JIKA ART UMUR ≥ 10 TAHUN □ G13
JIKA ART UMUR 5-9 TAHUN □ L01**

PERILAKU CUCI TANGAN [ART UMUR ≥ 10 TAHUN]

G13	Apakah [NAMA] biasa mencuci tangan?	1. Ya	2. Tidak □ G17	<input type="checkbox"/>
G14	Apakah [NAMA] <u>selalu</u> mencuci tangan pakai sabun?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

G15	Apakah [NAMA] selalu mencuci tangan menggunakan air bersih mengalir?		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
G16	Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? (POIN a S/D c: ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)				
	a. Sebelum menyiapkan makanan/ sebelum makan	<input type="checkbox"/>	c.Setelah buang air besar		<input type="checkbox"/>
	b. Setiap kali tangan kotor (memegang uang, binatang, berkebun)	<input type="checkbox"/>			
	POIN d S/D f: ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 7=TIDAK BERLAKU)				
	d.Setelah menggunakan pestisida/ insektisida	<input type="checkbox"/>	f.Sebelum menyusui bayi		<input type="checkbox"/>
	e.Setelah menceboki balita	<input type="checkbox"/>			
MEROKOK DAN PENGGUNAAN TEMBAKAU [ART UMUR ≥10 TAHUN]					
G17	Apakah [NAMA] pernah merokok?	1. Ya, setiap hari	2. Ya,tidak setiap hari <input type="checkbox"/> G19	3. Tidak pernah merokok <input type="checkbox"/> G26	<input type="checkbox"/>
G18	Berapa umur [NAMA] mulai merokok setiap hari? ISIKAN DENGAN "98" JIKA TIDAK INGAT				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ln
G19	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali merokok? ISIKAN DENGAN "98" JIKA TIDAK INGAT				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ln
G20	Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e)				
	a. Rokok kretek	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Elektrik
	b. Rokok putih	1. Ya	2.Tidak	<input type="checkbox"/>	e.Shisha
	c. Rokok linting	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
JIKA G20a=1 ATAU G20b=1 ATAU G20c=1, LANJUT KEG21 JIKA G20a=2 DAN G20b=2 DAN G20c = 2, LANJUT KE G22					
G21	JIKA G17= 1, G21a DIISI KODE 1 DAN G21b ISI JUMLAH RATA-RATA PER HARI JIKA G17=2, G21a DIISI KODE 2 DAN G21b ISI JUMLAH RATA-RATA PER MINGGU				
	Rata-rata berapa batang rokok kretek/putih/linting yang [NAMA] hisap perhari atau per minggu?	a. Satuan:	1. Batang/hari	2.Batang/minggu	<input type="checkbox"/>
		b. Jumlah			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G22	Apakah [NAMA] merokok selama 1 bulan terakhir? (BACAKAN JAWABAN)		1. Ya, setiap hari	2. Ya, tidak setiap hari	3. Sudah berhenti merokok <input type="checkbox"/> G25
G23	Apakah biasanya [NAMA] merokok di dalam gedung/ruangan (tempat umum, sekolah, tempat kerja, gedung/ ruang lainnya)		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
G24	Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah?		1. Ya <input type="checkbox"/> G27	2. Tidak <input type="checkbox"/> G27	<input type="checkbox"/>
G25	Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/ tidak merokok sama sekali? ISIKAN DENGAN "98" JIKA [NAMA] MENJAWAB TIDAK INGAT		..... tahun		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G26	Seberapa sering orang lain merokok di dekat [NAMA] dalam ruangan tertutup (termasuk di rumah, tempat kerja, dan sarana transportasi)		1. Ya, setiap hari	2. Ya, tidak setiap hari	3. Tidak pernah sama sekali
G27	Apakah [NAMA] MENGUNYAH TEMBAKAU (nginang, nyirih, susur) selama 1 bulan terakhir? (BACAKAN JAWABAN)		1. Ya, setiap hari	3. Tidak, tapi sebelumnya pernah mengunyah tembakau	4. Tidak pernah sama sekali <input type="checkbox"/> G29
G28	Apakah [NAMA] sebelumnya pernah mengunyah tembakau tiap hari?		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
AKTIFITAS FISIK [ART UMUR ≥10 TAHUN] (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA SESUAI DENGAN JENIS AKTIFITAS FISIK YANG DITANYAKAN)					
G29	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik berat , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?		1. Ya	2.Tidak <input type="checkbox"/> G32	<input type="checkbox"/>
G30	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?		.....hari		<input type="checkbox"/>
G31	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?		.....Jam		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			.....menit		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

G32	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik sedang , yang dilakukan terus- menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/> G35	<input type="checkbox"/>	
G33	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?	.....hari	<input type="checkbox"/>
G34	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?	.....Jam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		.....menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MINUMAN BERALKOHOL [ART UMUR ≥10 TAHUN]				
G35	Apakah [NAMA] mengonsumsi minuman beralkohol dalam 1 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> G39	<input type="checkbox"/>	
G36	Dalam 1 bulan terakhir, jenis minuman beralkohol yang biasa [NAMA] minum dalam satu waktu? 1.Bir 3. Whisky 5. Minuman tradisional bening 7.Lainnya, sebutkan..... 2.Anggur/ arak 4. Minuman tradisional keruh 6. Minuman oplosan		<input type="checkbox"/>	
G37	Selama 1 bulan terakhir, berapa hari [NAMA] mengonsumsi minuman beralkohol?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G38	Berapa jumlah rata-rata minuman beralkohol biasanya dikonsumsi per hari?		<input type="checkbox"/>	
	a.Satuan:	1. gelas bir (330ml) 3.gelas anggur (200-250 ml) 5.botol besar (750-800 ml) 2. gelas belimbing (200-250 ml) 4.botol kecil (250-300 ml) 6.kaleng (330 ml) 7.sloki/gelas kecil (30-40 ml)		
b.Jumlah rata-rata per hari:			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G39	JIKA ART UMUR ≥15 TAHUN <input type="checkbox"/> BLOK H	JIKA ART LAKI-LAKI UMUR 10-14 TAHUN <input type="checkbox"/> BLOK I JIKA ART PEREMPUAN UMUR 10-14 TAHUN <input type="checkbox"/> BLOK I		
H. PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP HIV/ AIDS [KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN DAN “TIDAK DIWAKILI”]				
H01	Apakah [NAMA] pernah mendengar tentang HIV/AIDS?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> H07	<input type="checkbox"/>	
H02	Menurut [NAMA], HIV/ AIDS termasuk penyakit apa? (POIN a SAMPAI DENGAN e DIBACAKAN)			
	a. Penyakit keturunan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	
	b. Penyakit kutukan	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	
	c. Penyakit menular	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	
	d. Penyakit kelamin	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	
	e. Penyakit menurunnya kekebalan tubuh	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	
H03	Menurut [NAMA], bagaimana cara penularan HIV/AIDS? (POIN a SAMPAI DENGAN j DIBACAKAN) (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK ATAU 8.TIDAK TAHU)			
	a. Melalui batuk atau bersin	<input type="checkbox"/>	f. Menggunakan toilet umum	<input type="checkbox"/>
	b. Berenang di dalam kolam yang sama dengan penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	g.Melakukan hubungan seksual dengan penderita HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>
	c. Menggunakan jarum suntik bekas penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	h.Dari ibu hamil terhadap janinnya	<input type="checkbox"/>
	d. Makan/minum sepiring dengan penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	i. Menerima donor darah dari penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
	e. Hubungan seksual sesama pria	<input type="checkbox"/>	j. Bersentuhan kulit dengan penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
H04	Menurut [NAMA], bagaimana cara pencegahan HIV/AIDS? (POIN a SAMPAI DENGAN f DIBACAKAN) (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK ATAU 8.TIDAK TAHU)			
	a. Memiliki pasangan seksual hanya satu orang	<input type="checkbox"/>	d. Tidak tinggal di lingkungan penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
	b. Menggunakan kondom saat berhubungan	<input type="checkbox"/>	e. Tidak bertukar pakaian dengan penderita HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
	c. Menggunakan jarum suntik sekali pakai	<input type="checkbox"/>	f. Tidak menjalani “hubungan” sesama jenis	<input type="checkbox"/>
H05	Menurut [NAMA], bagaimana cara mengetahui seseorang menderita HIV/AIDS? (POIN a SAMPAI DENGAN c DIBACAKAN) (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK ATAU 8.TIDAK TAHU)			
	a. Dengan mengenali fisik orang tersebut	<input type="checkbox"/>	c. Dengan tes darah sukarela (VCT)	<input type="checkbox"/>
	b. Dengan mengenali perilaku orang tersebut	<input type="checkbox"/>	d.Lainnya, Sebutkan.....	<input type="checkbox"/>

H06	Bagaimana sikap [NAMA] terhadap penderita HIV/AIDS? (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)					
	a. Jika salah satu anggota keluarga [NAMA] tertular HIV/AIDS, apakah [NAMA] akan merahasiakannya?			<input type="checkbox"/>		
	b. Jika salah satu anggota keluarga [NAMA] menderita HIV/AIDS, apakah [NAMA] bersedia untuk merawatnya?			<input type="checkbox"/>		
	c. Jika salah satu tetangga [NAMA] diketahui menderita HIV/AIDS, apakah [NAMA] akan mengucilkan orang tersebut?			<input type="checkbox"/>		
	d. Apakah [NAMA] akan membeli sayuran segar dari petani atau penjual yang diketahui terinfeksi HIV/AIDS?			<input type="checkbox"/>		
e. Apakah [NAMA] setuju jika seorang guru menderita HIV/AIDS, tidak diperkenankan untuk mengajar?			<input type="checkbox"/>			
H07	<ul style="list-style-type: none"> • JIKA ART PEREMPUAN UMUR 15-19 TAHUN <input type="checkbox"/> BLOK I • JIKA ART PEREMPUAN UMUR 20-54 TAHUN STATUS KAWIN/CERAI HIDUP/CERAI MATI <input type="checkbox"/> BLOK J • JIKA ART PEREMPUAN UMUR > 20 TAHUN BELUM KAWIN/ ART PEREMPUAN UMUR > 54 TAHUN/ ART LAKI-LAKI <input type="checkbox"/> BLOK L 					
I. PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH (TTD) REMAJA PUTRI [ART PEREMPUAN UMUR 10-19 TAHUN]						
I01	Apakah [NAMA] sudah mendapat haid/ menstruasi?		1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> I04	<input type="checkbox"/>		
I02	Sejak usia berapa [NAMA] mendapatkan haid/menstruasi?		..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
I03	Apakah [NAMA] sudah pernah hamil?		1. Ya <input type="checkbox"/> J01b 2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
I04	Apakah [NAMA] pernah mendapat/membeli TTD? (LIHAT GAMBAR PERAGA)		1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> I07	<input type="checkbox"/>		
I05	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] pernah mendapat/membeli TTD? (LIHAT GAMBAR PERAGA)		1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> I07	<input type="checkbox"/>		
I06	Sumber TTD dalam 12 bulan terakhir	Isikan kode: 1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> ke baris berikutnya	Total butir TTD yang didapat/ dibeli	Jumlah yang diminum	Alasan utama tidak minum/ tidak menghabiskan TTD? [LIHAT KODE]	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	a.Fasilitas kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b.Sekolah	<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. Inisiatif sendiri	<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 KOL. (5)	1.Hanya diminum ketika haid 2.Lupa 3. Rasa dan bau tidak enak		4. Ada efek samping (mual, sembelit) 5. Belum waktunya habis 6. Merasa tidak perlu	7. Lainnya		
I07	LANJUT KE BLOK L					
J. KESEHATAN IBU						
ART PEREMPUAN UMUR 10-54 TAHUN STATUS KAWIN/ CERAI HIDUP/ CERAI MATI						
MASA REPRODUKSI						
J01	a.Apakah [NAMA] pernah hamil?		1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> BLOK L	<input type="checkbox"/>		
	b.Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali hamil?		..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
J02	Selama hidup, berapa kali [NAMA] hamil, keguguran dan bersalin?					
	a.Gravida (kehamilan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Partus (melahirkan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c.Aborsi (keguguran)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	a. Apakah pada periode 1 Januari 2013 sampai saat wawancara pernah melahirkan yang berakhir dengan lahir hidup atau lahir mati atau keguguran?			1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> J48	<input type="checkbox"/>	
b. Kapan persalinan/keguguran dari kehamilan terakhir? (Tuliskan tgl, bulan dan tahun) BILA LEBIH DARI 1 KEHAMILAN, PILIH KEHAMILAN PALING TERAKHIR YANG SUDAH BERAKHIR DENGAN PERSALINAN/ KEGUGURAN			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Selanjutnya saya akan menanyakan riwayat masa kehamilan, saat persalinan, dan masa nifas dari kehamilan terakhir tersebut. Mohon [NAMA] mengingat-ingat kembali pengalaman selama kehamilan terakhir tersebut						
RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN MASA NIFAS						
“KEHAMILAN TERAKHIR YANG SUDAH BERAKHIR” PADA PERIODE 1 JANUARI 2013- SAAT WAWANCARA						
J04	NAMA ANAK (JIKA BELUM DIBERI NAMA TULISKAN NN)					
J05	Nomorurut [NAMA ANAK] dalam rumah tangga	JIKA [NAMA ANAK] TIDAK ADA PADA BLOK IV TULISKAN 00		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
J06	Dari seluruh kehamilan, urutan kehamilan keberapa saat mengandung [NAMA ANAK]?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

J07	Apakah kehamilan tunggal atau kembar?	1. Tunggal 2. Kembar 3. Belum diketahui	<input type="checkbox"/>	
J08	Bagaimana hasil kehamilan?	1. Lahir hidup 2. Lahir mati 3. Lahir hidup & lahir mati 4. Keguguran	<input type="checkbox"/>	
J09	Jenis kelamin [NAMA ANAK]:	1. Laki-laki 2. Perempuan 3. Belum diketahui	<input type="checkbox"/>	
J10	Umur kandungan saat kehamilan berakhir?	.....bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J11	Pada saat hamil [NAMA ANAK], apakah kehamilan tersebut diinginkan saat itu/ diinginkan kemudian/ tidak diinginkan?	1. Diinginkan saat itu 2. Diinginkan kemudian 3. Tidak diinginkan	<input type="checkbox"/>	
JIKA J08 BERKODE 1 ATAU 3, LANJUT KE J12 JIKA J08 BERKODE 2 ATAU 4, LANJUT KE J14				
J12	Apakah [NAMA ANAK] masih hidup?	1. Masih Hidup <input type="checkbox"/> J14 2. Sudah meninggal	<input type="checkbox"/>	
J13	Umur waktu meninggal (JIKA UMUR < 30 HARI ISIKAN DALAM HARI, JIKA UMUR ≥ 30 HARI ISIKAN DALAM BULAN)	a. Satuan: 1. Bulan 2. Hari	<input type="checkbox"/>	
		b. Umur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
MASA KEHAMILAN				
J14	Apakah melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, bidan atau perawat)?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> J21	<input type="checkbox"/>	
J15	Berapa bulan umur kandungan [NAMA] saat memeriksakan kehamilan pertama kali?	_____bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
J16	Berapa kali [NAMA] melakukan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan?			
	Umur kehamilan	Tenaga yang melakukan ANC	Frekuensi ANC	
	(1)	(2)	(3)	
	a. 0-3 bulan	1. Tenaga Kesehatan 2. Tenaga Non Kesehatan <input type="checkbox"/> J16b 3. Tidak ANC <input type="checkbox"/> J16b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali
	b. 4-6 bulan	1. Tenaga Kesehatan 3. Tidak ANC <input type="checkbox"/> J16c 2. Tenaga Non Kesehatan <input type="checkbox"/> J16c 7. Tidak Berlaku <input type="checkbox"/> J17a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali
c. 7-melahirkan	1. Tenaga Kesehatan 3. Tidak ANC <input type="checkbox"/> J17a 2. Tenaga Non Kesehatan <input type="checkbox"/> J17a 7. Tidak Berlaku <input type="checkbox"/> J17a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali	
J17a	JIKA J16a=1 ATAU J16b=1 ATAU J16c=1, LANJUT KE J17 JIKA J16a≠1 DAN J16b≠1 DAN J16c≠1, LANJUT KE J21			
J17	Siapa yang paling sering memeriksa kehamilan [NAMA]?	1. dokter spesialis 3. bidan 2. dokter umum 4. perawat	<input type="checkbox"/>	
J18	Dimana [NAMA] paling sering melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC)?	1. RS Pemerintah 3. Klinik 5. Praktek dokter mandiri 7. Poskesdes/Polindes 9. Praktek Perawat 2. RS Swasta 4. Puskesmas/Pustu/Pusling 6. Praktek bidan mandiri 8. Posyandu 10. Rumah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
J19	Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat pemeriksaan:			
	a. Pengukuran tinggi badan	. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b. Penimbangan berat badan	. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	c. Pengukuran tekanan darah	. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	d. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) <input type="checkbox"/> GUNAKAN GAMBAR PERAGA	. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	e. Pengukuran tinggi rahim <input type="checkbox"/> GUNAKAN GAMBAR PERAGA	. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	f. Penentuan letak janin <input type="checkbox"/> GUNAKAN GAMBAR PERAGA	. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	g. Perhitungan denyut jantung janin (DJJ) <input type="checkbox"/> GUNAKAN GAMBAR PERAGA	. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
h. Konseling dan tata laksana kasus (tindakan) JIKA JAWABAN > 1, JUMLAHKAN KODE JAWABAN			<input type="checkbox"/>	
1. Konseling/ penjelasan/ nasehat 2. Tindakan/ tata laksana kasus 4. Tidak memperoleh keduanya				
J20	Selama kehamilan [NAMA ANAK], apakah [NAMA] mendapat imunisasi TT (biasanya suntikan pada lengan atas ibu untuk mencegah bayi dari penyakit tetanus, atau kejang-kejang setelah lahir)?	1. Ya 2. Tidak diimunisasi 3. Dinyatakan oleh nakes tidak perlu imunisasi TT	<input type="checkbox"/>	

J21	a. Apakah selama kehamilan [NAMA ANAK], [NAMA] mendapat tablet tambah darah (TTD)?	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/> J23	<input type="checkbox"/>
	b. Berapa total butir TTD yang diperoleh/ dibeli?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> butir		
	c. Berapa jumlah tablet tambah darah (tablet Fe) yang [NAMA] minum selama kehamilan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> butir		
J22	Jika yang diminum lebih sedikit dari yang diperoleh, apa alasan utama TTD tidak minum/ tidak menghabiskan?			<input type="checkbox"/>
	1. Tidak suka 2. Mual/ muntah karena proses kehamilan		3. Bosan 4. Lupa	
			5. Efek samping (mual, sembelit) 6. Belum waktunya habis	
J23	Apakah saat hamil [NAMA ANAK], [NAMA] melakukan pemeriksaan laboratorium?			
	a. Tes gluko-protein urin	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak Tahu <input type="checkbox"/>
	b. Tes darah hemoglobin (Hb)	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	c. Tes HIV	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
	d. Tes golongan darah	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak tahu
	e. Tes lainnya, sebutkan _____	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak tahu <input type="checkbox"/>
J24	Apakah selama hamil, [NAMA] mengalami masalah/gangguan kehamilan seperti: (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD)			
	A. Muntah atau diare terus menerus B. Demam tinggi (3 hari sebelum melahirkan) C. Hipertensi D. Janin kurang bergerak E. Perdarahan banyak pada jalan lahir F. Keluar air ketuban sebelum waktunya		G. Terasa sakit saat kencing H. Batuk lama (> 2 minggu) I. Jantung berdebar-debar dan nyeri dada J. Bengkak kaki disertai kejang K. Lainnya _____ (SEBUTKAN) Z. Tidak ada masalah/ gangguan <input type="checkbox"/> J27	
J25	Apakah [NAMA] segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan ketika mengalami keluhan?	1. Ya, segera	2. Ya, ada jeda waktu	3. Tidak <input type="checkbox"/> J27 <input type="checkbox"/>
J26	Fasilitas kesehatan apakah yang pertama kali [NAMA] manfaatkan?	1. RS 2. Puskesmas/Pustu 3. Polindes	4. Praktek tenaga kesehatan 5. Lainnya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/>
J27	JIKA J08 BERKODE "1" ATAU "2" ATAU "3", LANJUT KEJ28 JIKA J08 BERKODE "4", LANJUT KE J48			
MASA PERSALINAN				
J28	Siapa saja yang membantu [NAMA] saat persalinan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN KRONOLOGIS PENOLONG)			
	A. Dokter Kandungan B. Dokter Umum C. Bidan		D. Perawat E. Dukun F. Lainnya..... Z. Tidak ada yang menolong	
J29	Dimana tempat persalinan [NAMA ANAK]?			<input type="checkbox"/>
	1. RS Pemerinta 2. RS Swasta 3. Klinik	4. Puskesmas/ Pustu/ Pusling 5. Praktek dokter mandiri 6. Praktek bidan mandiri	7. Poskesdes/ Polindes 8. Rumah <input type="checkbox"/> J31 9. Lainnya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/> J31
J30	Berapa jam [NAMA IBU] dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) setelah bersalin sampai pulang?			..... jam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J31	Darimana sumber pembiayaan persalinan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD)			
	A. BPJS/KIS B. Asuransi swasta	C. Biaya kantor D. Biaya orang lain	E. Biaya sendiri F. Jampersal	G. Jampersda H. Tidak mengeluarkan biaya
J32	Bagaimana metode persalinan [NAMA ANAK]?	1. Normal 2. Operasi sesar 3. Vacuum	4. Forceps (memakai alat) 5. Lainnya,sebutkan _____	<input type="checkbox"/>
J33	Apakah pada saat melahirkan [NAMA] mengalami masalah/gangguan sebagai berikut: (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD)			
	A. Posisi janin melintang/sungsang B. Perdarahan C. Kejang D. Ketuban pecah dini E. Partus Lama		F. Lilitan tali pusar G. Plasenta letak rendah/Placenta Previa H. Plasenta tertinggal I. Hipertensi X. Lainnya _____ (SEBUTKAN) Z. Tidak ada masalah/ gangguan <input type="checkbox"/> J40	
J34	Apakah [NAMA] dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat bersalin tersebut?	1. Ya, segera 2. Ya, ada jeda waktu	3. Tidak <input type="checkbox"/> J39	<input type="checkbox"/>

J35	a. Berapa lama waktu yang diperlukan dari tempat persalinan pertama untuk mencapai fasilitas pelayanan rujukan pertama?	jam : menit	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
	b. Berapa lama waktu untuk memperoleh tindakan/penanganan saat di fasilitas kesehatan?	jam : menit	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
J36	Ke fasilitas pelayanan kesehatan mana saja [NAMA] dirujuk? JAWABAN DAPAT > 1 TULISKAN KODE JAWABAN BERDASARKAN URUTAN RUJUKAN A. Praktek Nakes C. Klinik E. Rumah Sakit Swasta B. Puskesmas D. Rumah Sakit Bersalin F. Rumah Sakit Pemerintah	_____	
J37	Berapa lama waktu yang diperlukan dari fasilitas kesehatan pertama sampai rujukan terakhir?	Jam:menit	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
J38	Darimana saja sumber pembiayaan rujukan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. BPJS/KIS C. Biaya kantor E. Biaya sendiri G. Lainnya B. Asuransi swasta D. Biaya orang lain F. Jampersal	_____	

LANJUT KE J40

J39	Alasan [NAMA] tidak dirujuk ke fasilitas kesehatan terkait masalah yang dialami pada saat bersalin tersebut? JIKA JAWABAN > 1, JUMLAHKAN KODE JAWABAN 1. Merasa tidak perlu 2. Tidak diijinkan keluarga 4. Masalah biaya ada transportasi 16. Jarak Faskes jauh 3. Tidak ada transportasi 32. Masalah keluarga yang ditinggal 64. Lainnya, sebutkan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	--	--

MASA NIFAS

J40	Apakah setelah melahirkan, [NAMA] diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan (mengunjungi/dikunjungi nakes)?		
	a. Periode setelah melahirkan sampai 3 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Periode 4 hari sampai 28 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Periode 29 hari sampai 42 hari setelah melahirkan [NAMA ANAK]	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
J41	Pada waktu sesaat setelah bersalin sampai 42 hari setelah melahirkan, berapa kali [NAMA IBU] mendapat kapsul vitamin A? (TUNJUKKAN GAMBAR PERAGA)	1. satu kali 2. dua kali	3. lebih dari 2 kali 4. Tidak pernah <input type="checkbox"/> J43
J42	Kapan saja waktu minum vitamin A setelah bersalin? JIKA JAWABAN > 1, JUMLAH KODE JAWABAN 1. Sesaat setelah melahirkan 2. 24 jam setelah melahirkan 4. Lebih dari 48 jam setelah melahirkan		<input type="checkbox"/>
J43	Apakah pada periode nifas (0-42 hari setelah melahirkan) mengalami hal sebagai berikut: (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN ABJAD) A. Perdarahan banyak pada jalan lahir G. Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit B. Keluar cairan berbau dari jalan lahir H. Ibu terlihat sedih, murung/ menangis tanpa sebab (depresi) C. Bengkak diwajah, tangan dan kaki I. Hipertensi D. Sakit kepala X. Lainnya E. Kejang-kejang Z. Tidak ada masalah/ gangguan <input type="checkbox"/> J46 F. Demam lebih dari 2 hari	_____	
J44	Apakah [NAMA] mencari pertolongan ke tenaga kesehatan ketika mengalami keluhan?	1. Ya, segera 2. Ya, ada jeda waktu 3. Tidak <input type="checkbox"/> J46	<input type="checkbox"/>
J45	Fasilitas kesehatan apakah yang pertama kali [NAMA] manfaatkan?	1. RS 4. Praktek tenaga kesehatan 2. Puskesmas/Pustu 5. Lainnya, sebutkan _____ 3. Polindes/ Poskesdes	<input type="checkbox"/>

PELAYANAN KB PASCA SALIN

J46	Apakah setelah melahirkan, [NAMA]/ pasangan menggunakan alat/ cara kontrasepsi modern? 1. Sterilisasi wanita 4. Suntikan 3 bln 7. Pil 2. Sterilisasi pria 5. Suntikan 1 bln 8. Kondom pria 3. IUD/AKDR/Spiral 6. <i>Implant</i> / Susuk KB 9. Tidak menggunakan <input type="checkbox"/> J48	<input type="checkbox"/>
J47	Kapan [NAMA]/ pasangan menggunakan alat/ cara kontrasepsi tersebut? 1. Bersamaan dengan proses persalinan 2. Setelah persalinan selesai, tetapi sebelum pulang dari Fasilitas Kesehatan 3. Setelah pulang dari Fasilitas Kesehatan sampai dengan 42 hari setelah persalinan 4. Di atas 42 hari setelah persalinan	<input type="checkbox"/>

PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) PADA IBU HAMIL

J48	Apakah saat ini [NAMA] sedang hamil? [TANYAKAN KONDISI SAAT WAWANCARA]	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> BLOK L	<input type="checkbox"/>
J49	Berapa usia kehamilan [NAMA] saat ini?	..... bulan	<input type="checkbox"/>
J50	Apakah selama kehamilan saat ini , ibu mendapatkan PMT?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> J54	<input type="checkbox"/>

J51	Isikan bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh selama kehamilan saat ini , yang dihabiskan, dan alasan utama tidak dihabiskan				
	Bentuk PMT	Bentuk PMT yang diperoleh Isikan kode 1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> ke baris berikutnya	Jumlah total PMT yang diperoleh	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA]? 1. Ya <input type="checkbox"/> 2. Tidak	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? 1. Rasanya tidak enak 2. Rasa kurang bervariasi 3. Terlalu manis 4. Tidak suka aromanya/baunya 5. Ada efek samping (mual, alergi, dll) 6. Lupa 7. Dimakan ART lain 8. Lainnya, sebutkan....
		(1)	(2)	(3)	(4)
	a. Biskuit Program (LIHAT GAMBAR PERAGA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bungkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Biskuit lainnya	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Susu Bubuk	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Susu Cair	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Bahan Makanan Mentah	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Makanan Matang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J52	Alasan ibu mendapatkan PMT untuk kehamilan saat ini ? POIN a S/D e TIDAK DIBACAKAN (ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK)				
	a. Ibu kurang gizi/ KEK	<input type="checkbox"/>	d. Berat Badan selama hamil tidak pernah naik	<input type="checkbox"/>	
	b. Keluarga miskin	<input type="checkbox"/>	e. Anemia	<input type="checkbox"/>	
	c. Periksa hamil di posyandu	<input type="checkbox"/>	f. Lainnya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/>	
J53	Pada kehamilan saat ini , sejak umur kehamilan berapa bulan ibu mulai mendapatkan PMT?				.....bulan <input type="checkbox"/>
PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH PADA IBU HAMIL					
J54	Apakah selama kehamilan saat ini , [NAMA] pernah mendapatkan TTD?			1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> J58	<input type="checkbox"/>
J55	Berapa total butir TTD yang didapat/ dibeli selama kehamilan saat ini ?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Butir
J56	Berapa jumlah tablet tambah darah (TTD) yang [NAMA] minum selama kehamilan saat ini ?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Butir
J57	Alasan utama tidak minum/ tidak menghabiskan TTD selama kehamilan saat ini ?				<input type="checkbox"/>
	1. Tidak suka	3. Bosan	5. Efek samping (mual, sembelit)		
	2. Mual/ muntah karena proses kehamilan	4. Lupa	6. Belum waktunya habis		
KEPEMILIKAN BUKU KIA-IBU					
J58	Apakah ibu memiliki buku KIA untuk kehamilan saat ini ?				<input type="checkbox"/>
	1. Ya, dapat menunjukkan	2. Ya, tidak dapat menunjukkan	3. Tidak memiliki		
LANJUT KE BLOK L					
K. KESEHATAN BALITA					
BUKU KIA-IBU [ART UMUR 0 – 59 BULAN]					
K00	Apakah ibu memiliki buku KIA pada saat hamil [NAMA]?				<input type="checkbox"/>
	1. Ya, dapat menunjukkan	2. Ya, tidak dapat menunjukkan	3. Tidak memiliki		
PENOLONG DAN TEMPAT PERSALINAN [ART UMUR 0 – 59 BULAN]					
K01	Siapa saja yang membantu persalinan? (JAWABAN BISA > 1, TULISKAN JAWABAN BERDASARKAN URUTAN YANG MENOLONG)				
	A. Dokter Kandungan	D. Perawat	Z. Tidak ada yang menolong		
	B. Dokter Umum	E. Dukun			
	C. Bidan	F. Lainnya.....			
K02	Dimana tempat persalinan [NAMA ANAK] (saat bayi lahir sampai 6 jam setelah persalinan)				
					<input type="checkbox"/>

1. RS Pemerintah
2. RS Swasta
3. Klinik

4. Puskesmas/ Pustu/ Pusling
5. Praktek dokter mandiri
6. Praktek bidan mandiri

7. Poskesdes/ Polindes
8. Rumah
9. Lainnya, sebutkan _____

KONDISI SAAT LAHIR [ART UMUR 0 – 59 BULAN]					
K03	Berapa usia kehamilan ibu pada saat [NAMA] dilahirkan?			..... minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K04	Apakah [NAMA] mempunyai catatan/dokumen berat badan lahir? (Berat badan lahir adalah berat badan yang ditimbang dalam kurun waktu 24 jam setelah dilahirkan)			1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K07	<input type="checkbox"/>
K05	Salin dari catatan/dokumen berat badan lahir [NAMA] (JIKA \geq 2500 GRAM <input type="checkbox"/> K07)			..... gram	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K06	Jika berat lahir [NAMA] kurang dari 2500 gram, tindakan apa yang dilakukan pada saat itu ? 1. Tidak dilakukan apa-apa 3. Didekap didada dengan kulit <i>bayi</i> menyentuh kulit <i>ibu</i> dan terbungkus (metode kanguru) 2. Di inkubator 4. Lainnya, sebutkan _____				<input type="checkbox"/>
K07	Apakah [NAMA] mempunyai catatan/dokumen panjang badan lahir? (Panjang badan lahir adalah panjang badan yang diukur dalam kurun waktu 24 jam setelah dilahirkan)			1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K09	<input type="checkbox"/>
K08	Salin dari catatan/dokumen panjang badan lahir [NAMA]			..... cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K09	Apakah [NAMA] mempunyai catatan/ dokumen lingkaran kepala?			1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K11	<input type="checkbox"/>
K10	Salin dari catatan/dokumen lingkaran kepala [NAMA]			.....cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K11	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat sejak lahir? PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA				
	a. Tuna netra (penglihatan)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	d. Tuna daksa (bagian tubuh)	1. Ya 2. Tidak
	b. Tuna rungu (pendengaran)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	e. Bibir Sumbing	1. Ya 2. Tidak
	c. Tuna wicara (berbicara)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Down Syndrome	1. Ya 2. Tidak
PERAWATAN BAYI BARU LAHIR/ NEONATUS [ART UMUR 0 – 59 BULAN]					
K12	Apa yang dilakukan dalam perawatan tali pusar [NAMA] saat baru lahir? 1. Tidak diberi apa-apa dan kering 3. Obat tabur (berbentuk bubuk) 8. Tidak tahu 2. Betadin/alkohol 4. Ramuan/ obat tradisional				<input type="checkbox"/>
K13	Apakah pada saat (NAMA) baru lahir diberikan salep mata antibiotika?			1. Ya, catatan dokumen 3. Tidak 2. Ya, ingatan ibu 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
K14	Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan?			Diperiksa di mana? (KODE JAWABAN)	Siapa yang memeriksa? (KODE JAWABAN)
		(1)		(2)	(3)
	a. 6–48 jam setelah lahir	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K14b	7. Tidak berlaku <input type="checkbox"/> K17 8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/> K14b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. 3–7 hari setelah lahir	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K14c	7. Tidak berlaku <input type="checkbox"/> K17 8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/> K14c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. 8–28 hari setelah lahir	1. Ya 2. Tidak	7. Tidak berlaku 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KODE KOLOM (2) TEMPAT PEMERIKSAAN			KODE KOLOM (3) TENAGA PEMERIKSA		
1. Rumah Sakit Pemerinta	4. Puskesmas/Pustu/Pusling	7. Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan	1. Dokter spesialis	4. Perawat/ nakes lainnya	
2. Rumah Sakit Swasta	5. Posyandu/Poskesdes/Polindes	8. Rumah	2. Dokter umum	5. Lainnya	
3. Rumah Sakit Bersalin	6. Klinik		3. Bidan		
JIKA K14a kolom (1) BERKODE "1", LANJUT KE K15 JIKA K14a kolom (1) BERKODE "2" ATAU "8" DAN K14b kolom (1) BERKODE "1", LANJUT KE K16. JIKA K14a kolom (1) \neq "1" DAN K14b kolom (1) \neq "1", LANJUT KE K17					
K15	Apakah petugas kesehatan melakukan hal-hal berikut kepada [NAMA] pada saat pemeriksaan 6-48 jam setelah lahir? KODE ISIAN a-i: 1. YA 2. TIDAK 8. TIDAK TAHU				
	a. Pengukuran berat badan	<input type="checkbox"/>	f. Nakes menanyakan [NAMA] mengalami diare atau tidak		<input type="checkbox"/>
	b. Pengukuran panjang badan	<input type="checkbox"/>	g. Menanyakan masalah dalam pemberian ASI		<input type="checkbox"/>
	c. Pengukuran suhu tubuh	<input type="checkbox"/>	h. Memberitahu cara pemberian ASI yang baik		<input type="checkbox"/>
	d. Perawatan tali pusar	<input type="checkbox"/>	i. Memberitahukan mengenai tanda bahaya pada bayi		<input type="checkbox"/>
	e. Nakes menanyakan status kesehatan [NAMA]	<input type="checkbox"/>			
	KODE ISIAN j-k: 1. YA 2. TIDAK 7. SUDAH PERNAH 8. TIDAK TAHU				
j. Memberikan imunisasi Hb-0	<input type="checkbox"/>	k. Vitamin K		<input type="checkbox"/>	

K16	Apakah [NAMA] pada usia 48-72 jam dilakukan pemeriksaan skrining hipotiroid kongenital (darah diambil dari tumit)?	1. Ya 2. Tidak	7. Tidak berlaku 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>		
BUKU KIA-ANAK [ART UMUR 0 – 59 BULAN]						
K17	Apakah [NAMA] memiliki Buku KIA (Buku Kesehatan Ibu dan Anak)? 1. Ya, dapat menunjukkan buku model tahun 2015 2. Ya, dapat menunjukkan buku model sebelum tahun 2015 3. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan kader/ bidan/ di posyandu) <input type="checkbox"/> K19	4. Pernah memiliki, tetapi hilang <input type="checkbox"/> K19 5. Tidak pernah memiliki <input type="checkbox"/> K19		<input type="checkbox"/>		
K18	Cek isi buku KIA:					
	a. Riwayat kehamilan	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi 7. Tidak berlaku		<input type="checkbox"/>		
	b. Riwayat persalinan	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi 7. Tidak berlaku		<input type="checkbox"/>		
	c. Riwayat bayi baru lahir	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi 7. Tidak berlaku		<input type="checkbox"/>		
	d. Pemeriksaan kesehatan pada saat sakit	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi 7. Tidak berlaku		<input type="checkbox"/>		
	e. Pemantauan pertumbuhan	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi		<input type="checkbox"/>		
	f. Pemantauan perkembangan	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi		<input type="checkbox"/>		
	g. Riwayat pemberian imunisasi	1. Terisi lengkap 2. Terisi tidak lengkap 3. Tidak terisi		<input type="checkbox"/>		
JIKA K18g BERKODE "1" ATAU BERKODE "2" <input type="checkbox"/> K21 JIKA K18g BERKODE "3" <input type="checkbox"/> K19						
K19	Apakah [NAMA] mempunyai KMS/ Buku Catatan Kesehatan Anak yang berisi catatan imunisasi?	1. Ya <input type="checkbox"/> K21 2. Tidak		<input type="checkbox"/>		
K20	Apakah [NAMA] pernah diimunisasi?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K24		<input type="checkbox"/>		
K21	Apakah setelah mendapat imunisasi [NAMA] pernah mengalami keluhan <i>Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)</i> seperti berikut:					
	a. Demam tinggi	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	c. Kejang	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>		
	b. Bernanah/abses	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	d. Lainnya	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>		
JIKA K18g BERKODE "1" ATAU "2" ATAU K19 BERKODE "1" <input type="checkbox"/> K22 JIKA K18g BERKODE "3" DAN K19 BERKODE "2" DAN K20 BERKODE "1" <input type="checkbox"/> K23 JIKA K17 BERKODE "3" ATAU "4" ATAU "5" DAN K19 BERKODE "2" DAN K20 BERKODE "1" <input type="checkbox"/> K23						
IMUNISASI [ART UMUR 0 – 59 BULAN]						
K22	Salin dari KMS/Buku KIA/Buku Catatan Kesehatan Anak, tanggal/ bulan/ tahun, untuk setiap jenis imunisasi					
	KODE KOLOM (2): 1. Diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi <input type="checkbox"/> KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak <input type="checkbox"/> KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA 8. Ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/ bln/ thn tidak ada <input type="checkbox"/> KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA					
	Jenis Imunisasi	Ket	Tgl/Blm/Thn Imunisasi	Jenis Imunisasi	Ket	Tgl/Blm/Thn Imunisasi
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a. Hepatitis B 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. Polio 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. Polio 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. DPT-HB Combo 1/ DPT-HB-HiB 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	k. Polio 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. DPT-HB Combo 2/ DPT-HB-HiB 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	l. Polio 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. DPT-HB Combo 3/ DPT-HB-HiB 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m. Campak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f. IPV 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	n. DPT-HB Combo Lanjutan/ DPT-HB-HiB Lanjutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. IPV 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	h. IPV 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	o. Campak Lanjutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
JIKA CATATAN TANGGAL IMUNISASI ART TIDAK LENGKAP (KODE KOLOM 2 = 2,7,8), LANJUT KE K23 JIKA CATATAN IMUNISASI ART LENGKAP (SEMUA BERKODE 1), LANJUT KE K24						

K23 Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: (INFORMASI DAPAT DIPEROLEH DARI BERBAGAI SUMBER)				
a. Imunisasi Hepatitis B-0 , diberikan sesaat setelah bayi lahir sampai bayi berumur 7 hari yang disuntikkan di paha bayi?		1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K23c	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/> K23c	<input type="checkbox"/>
b. Pada umur berapa hari [NAMA] diimunisasi Hepatitis B0?		1. 0 - 24 jam 2. >24 jam - 7 hari	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
c. Imunisasi BCG , mulai diberikan umur 1 bulan dan disuntikkan di lengan (kanan) atas (biasanya meninggalkan bekas (<i>scar</i>) di bawah kulit)?		1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K23e	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/> K23e	<input type="checkbox"/>
d. Pada umur berapa [NAMA] diimunisasi BCG?		1. 0 - 29 hari 2. ≥1 bulan	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
e. Imunisasi polio , cairan merah muda atau putih yang biasanya mulai diberikan pada umur 1 bulan dan diteteskan ke mulut?		1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K23h 7. Belum waktunya (umur ≤ 1 bulan) <input type="checkbox"/> K23h 8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/> K23h		<input type="checkbox"/>
f. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi polio? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK BULAN		.....bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. Berapa kali [NAMA] diimunisasi polio? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "8"		..... Kali		<input type="checkbox"/>
h. Imunisasi IPV/ polio suntik		1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K23k	7. Belum waktunya (umur ≤ 1 bulan) <input type="checkbox"/> K23k 8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/> K23k	<input type="checkbox"/>
i. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi IPV/ polio suntik? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"		..... bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j. Berapa kali [NAMA] diimunisasi IPV/ polio suntik? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "8"		..... Kali		<input type="checkbox"/>
k. Imunisasi DPT-HB combo (Difteri Pertusis Tetanus-Hepatitis B combo) / DPT-HB-HiB yang biasanya disuntikkan di paha dan biasanya mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan Polio 2?		1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K23n 7. Belum waktunya (umur ≤ 2 bulan) <input type="checkbox"/> K23n 8. Tidak Tahu <input type="checkbox"/> K23n		<input type="checkbox"/>
l. Pada umur berapa (NAMA) pertama kali diimunisasi DPT-HB Combo/ DPT-HB-HiB JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"		..... bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m. Berapa kali [NAMA] diimunisasi DPT-HB Combo / DPT-HB-HiB? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "8"		..... kali		<input type="checkbox"/>
n. Imunisasi campak yang biasanya diberikan umur 9 bulan dan disuntikkan di paha atau lengan kiri atas serta diberikan satu kali?		1. Ya 2. Tidak	7. Belum waktunya (umur < 9 bulan) 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
o. Imunisasi campak lanjutan yang biasanya mulai diberikan umur 18-24 bulan		1. Ya 2. Tidak	7. Belum waktunya (umur < 18 bln) 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
p. Imunisasi DPT-HB Combo lanjutan / DPT-HB-HiB lanjutan yang biasanya mulai diberikan umur 18 bulan		1. Ya 2. Tidak	7. Belum waktunya (umur < 18 bln) 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
PEMANTAUAN PERTUMBUHAN [ART UMUR 0 – 59 BULAN]				
K24	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] ditimbang berat badannya?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K26	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/> K26	<input type="checkbox"/>
K25	Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] ditimbang berat badannya? JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88"	..... Kali		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LANJUT KE K27				
K26	Alasan utama dalam 12 bulan terakhir [NAMA] tidak pernah ditimbang:			<input type="checkbox"/>
	1. Anak sudah besar (≥ 1 tahun)	4. Lupa/tidak tahu jadwalnya	7. Sibuk/repot	
	2. Anak sudah selesai imunisasi	5. Tidak ada tempat penimbangan	8. Malas	
	3. Anak tidak mau ditimbang	6. Tempatnya jauh	9. Alat timbang badan tidak tersedia	
K27	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] diukur panjang/tinggi badannya?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K29	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/> K29	<input type="checkbox"/>
K28	Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] diukur panjang/ tinggi badannya? JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88"	..... Kali		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LANJUT KE K30				
K29	Alasan utama dalam 12 bulan terakhir [NAMA] tidak pernah diukur panjang/ tinggi badannya?			<input type="checkbox"/>
	1. Anak sudah besar (≥ 1 tahun)	4. Lupa/tidak tahu jadwalnya	7. Sibuk/repot	
	2. Anak sudah selesai imunisasi	5. Tidak ada kegiatan pengukuran	8. Malas	
	3. Anak tidak mau diukur	6. Tempatnya jauh	9. Alat ukur panjang badan tidak tersedia	
K30	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] pernah mendapatkan kapsul vitamin A? (PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA)	1. Ya, 1 kali 2. Ya, 2 kali	3. Tidak pernah 7. Belum waktunya (umur < 6 bulan)	<input type="checkbox"/>
JIKA ART UMUR 0-23 BULAN <input type="checkbox"/> K31 JIKA ART UMUR 24-59 BULAN <input type="checkbox"/> K46				

ASI DAN MP-ASI [ART UMUR 0 – 23 BULAN]

K31	a. Apakah sesaat setelah [NAMA] lahir, diletakkan di dada/perut ibu dengan kulit ibu melekat pada kulit bayi?	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/> K32	<input type="checkbox"/>	
	b. Kapan [NAMA] mulai diletakkan di dada/perut ibu setelah dilahirkan?	.....menit		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Berapa lama proses pelekatan bayi pada dada/ perut ibu setelah dilahirkan?	1. < 1 jam	2. ≥ 1 jam	<input type="checkbox"/>	
K32	Apakah [NAMA] pernah disusui atau diberi ASI (Air Susu Ibu)?	1. Ya <input type="checkbox"/> K34	2. Tidak	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/> K44	<input type="checkbox"/>
K33	Jika belum/ tidak pernah diberi ASI, apa alasan utamanya? 1. ASI tidak keluar 2. Anak tidak bisa menyusui 3. Repot 4. Rawat pisah 5. Alasan medis 6. Anak terpisah dari ibunya 7. Ibu meninggal 8. Lainnya				<input type="checkbox"/>

LANJUT KE K43

K34	Kapan ibu mulai melakukan proses menyusui untuk yang pertama kali, setelah [NAMA] dilahirkan? JIKA KURANG DARI 1 JAM, TULIS 00; JIKA KURANG DARI 24 JAM, TULIS DALAM JAM; JIKA 24 JAM ATAU LEBIH TULIS DALAM HARI	a. Satuan: 1. Jam	2. Hari	<input type="checkbox"/>
		b. Jumlah jam atau hari		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K35	Apa yang dilakukan IBU terhadap kolostrum (ASI yang pertama keluar, biasanya encer, bening dan atau berwarna kekuningan)?	1. Diberikan semua kepada bayi 2. Dibuang sebagian	3. Dibuang semua 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
K36	Apakah sebelum disusui yang pertama kali atau sebelum ASI keluar/ lancar, [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> K38	8. Tidak tahu <input type="checkbox"/> K38	<input type="checkbox"/>
K37	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar?			
	a. Susu formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Susu non formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Madu/ Madu + air	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Air gula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Air Tajin	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Air kelapa	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g. Teh Manis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	h. Air putih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	i. Bubur tepung/bubur saring	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	j. Pisang dihaluskan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	k. Nasi dihaluskan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	l. Lainnya, sebutkan _____	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K38	Apakah saat ini [NAMA] masih disusui/ diberi ASI?	1. Ya <input type="checkbox"/> K40	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K39	Pada umur berapa bulan [NAMA] disapih/ mulai tidak disusui lagi?	..... bulan (BILA TIDAK TAHU TULIS 88)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

LANJUT KE K42

K40	Apakah dalam 24 jam terakhir [NAMA] hanya mendapatkan air susu ibu (ASI) saja dan tidak diberi minuman (cairan) dan atau makanan selain ASI?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
K41	Apakah sejak lahir sampai dengan sebelum 24 jam terakhir [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) dan/ atau makanan?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
K42	Pada saat [NAMA] umur berapa, IBU pertama kali mulai memberikan minuman (cairan) atau makanan selain ASI? 1. 0 – 7 hari 2. 8 – 28 hari 3. 29 hari – < 2 bulan 4. 2 – < 3 bulan 5. 3 – < 4 bulan 6. 4 – < 6 bulan 7. ≥ 6 bulan 8. Tidak tahu 9. Tidak berlaku (JIKA K40=1 DAN K41=2) <input type="checkbox"/> K45				<input type="checkbox"/>
K43	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut?				
	a. Susu formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b. Susu non-formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	c. Bubur formula	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	d. Biskuit	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	e. Bubur tepung/bubur saring	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	f. Air tajin	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	g. Buah dihaluskan (Pisang, dll)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	h. Bubur nasi/ nasi tim/nasi dihaluskan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	i. Sari buah	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	j. Lainnya, sebutkan _____	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	

K44	Dalam 24 jam terakhir (mulai dari kemarin pagi hingga pagi tadi), makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA]? (ISIKAN KODE JAWABAN 1 = YA ATAU 2 = TIDAK)			
	a. Air putih	<input type="checkbox"/>	h. Telur	<input type="checkbox"/>
	b. Air tajin, madu, teh, kopi, air gula, jus buah	<input type="checkbox"/>	i. Sayuran sumber vitamin A (daun, hijau, wortel, bayam, tomat, dll)	<input type="checkbox"/>
	c. Bubur nasi/ nasi/ roti/ mie/ ketela/ ubi/ kentang/ biskuit	<input type="checkbox"/>	j. Buah sumber vitamin A (tomat, pepaya, buah naga, apel dll)	<input type="checkbox"/>
	d. Kacang-kacangan/ tempe/ tahu	<input type="checkbox"/>	k. Sayuran lainnya (tauge, kubis putih, mentimun, dll)	<input type="checkbox"/>
	e. Susu selain ASI	<input type="checkbox"/>	l. Buah lainnya (nanas, melon, dll)	<input type="checkbox"/>
	f. Keju/ yoghurt	<input type="checkbox"/>	m. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
	g. Daging sapi/ daging ayam/ daging unggas lain/ ikan/ jerohan	<input type="checkbox"/>		

K45 **JIKA ART UMUR 0-5 BULAN LANJUT KE BLOK L JIKA ART UMUR 6-23 BULAN LANJUT KE K46**

PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) PERIODE 12 BULAN TERAKHIR [ART UMUR 6-59 BULAN]

K46 Apakah selama 12 bulan terakhir [NAMA] pernah diberi PMT (makanan tambahan)? 1. Ya 2. Tidak **K49**

K47	Pada kolom berikut, isikan: bentuk dan jumlah PMT yang diperoleh, PMT yang dihabiskan, dan alasan utama tidak dihabiskan (selama 12 bulan terakhir)				
	Bentuk PMT	Bentuk PMT yang diperoleh Isikan kode 1. Ya 2. Tidak → ke baris berikutnya	Jumlah total PMT yang diperoleh (bungkus)	Apakah PMT dihabiskan oleh [NAMA] 1. Ya → ke baris berikutnya 2. Tidak	Alasan utama PMT tidak dihabiskan? 1. Anak tidak mau 2. Ibu Lupa memberikan 3. Ada efek samping (diare, muntah, alergi dll) 4. Dimakan ART lain 5. Lainnya.....
		(1)	(2)	(3)	(4)
	a. Biskuit Program (LIHAT BUKU PERAGA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Biskuit lainnya	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Susu Bubuk	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Susu Cair	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Bahan Makanan Mentah	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Makanan Matang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

K48	Alasan [NAMA] mendapatkan PMT? POIN a S/D g TIDAK DIBACAKAN (ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK)			
	a. Gizi buruk	<input type="checkbox"/>	e. Sakit – sakitan	<input type="checkbox"/>
	b. Gizi Kurang/BGM	<input type="checkbox"/>	f. Karena ikut penimbangan di Posyandu	<input type="checkbox"/>
	c. Kurus	<input type="checkbox"/>	g. Keluarga Miskin (gakin)	<input type="checkbox"/>
	d. Berat badan tidak pernah naik (2T)	<input type="checkbox"/>	h. Lainnya	<input type="checkbox"/>

K49 **JIKA ART UMUR 6-35 BULAN BLOK L JIKA ART UMUR 36-59 BULAN K50**

PERKEMBANGAN ANAK [ART UMUR 36-59 BULAN]

K50	Apakah [NAMA] dapat menyebutkan namanya sendiri tanpa dibantu?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K51	Apakah [NAMA] dapat membaca setidaknya 4 kata sederhana/ populer?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K52	Apakah [NAMA] mengetahui dan mengenali simbol angka 1-10	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K53	Apakah [NAMA] dapat mengambil benda kecil (seperti kerikil atau tongkat kayu kecil) dengan menggunakan 2 jari (ibu jari dan telunjuk)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K54	Apakah [NAMA] kadang-kadang sakit sampai tidak bisa bermain?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

K55	Apakah [NAMA] mengenali atau dapat menyebutkan setidaknya 10 huruf alphabet/abjad?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K56	Apakah [NAMA] dapat mengikuti perintah sederhana untuk melakukan sesuatu dengan benar?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K57	Saat diperintah/diberi tahu sesuatu, apakah [NAMA] mampu melakukannya sendiri tanpa dibantu?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K58	Apakah [NAMA] mampu bermain/bersosialisasi dengan baik bersama anak-anak lainnya?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K59	Apakah [NAMA] suka menendang, menggigit, atau memukul anak lain atau orang dewasa?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K60	Apakah [NAMA] mudah terganggu konsentrasinya dalam melakukan suatu hal?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

L. PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN

TINGGI BADAN/ PANJANG BADAN [ART SEMUA UMUR]

L01	a. Apakah [NAMA] diukur Tinggi/ Panjang Badan?	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>	L02	<input type="checkbox"/>
	b. Tinggi/Panjang Badan (Cm)	..... cm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. KHUSUS UNTUK BALITA , (Posisi pengukuran TB/PB)	1. Berdiri	2. Telentang		<input type="checkbox"/>
	d. Kondisi [NAMA] saat diukur	1. Dapat berdiri tegak/ telentang lurus 2. Tidak dapat berdiri tegak/ telentang lurus			<input type="checkbox"/>

BERAT BADAN [ART SEMUA UMUR]

L02	a. Apakah [NAMA] ditimbang?	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>	L03	<input type="checkbox"/>
	b. Berat Badan (kg)	..... kg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Kondisi [NAMA] saat ditimbang	1. Sehat	2. Sakit		<input type="checkbox"/>

LINGKAR PERUT [ART UMUR ≥ 15 TAHUN, KECUALI PEREMPUAN HAMIL (J48="1")]

L03	a. Apakah [NAMA] diukur Lingkar Perut	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>	L04	<input type="checkbox"/>
	b. Lingkar Perut (Cm)	..... cm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEKANAN DARAH DIUKUR DI LENGAN KIRI [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]

L04	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang pertama:	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>	L07	<input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg)	<input type="checkbox"/>
L05	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang kedua :	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>	L07	<input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg)	<input type="checkbox"/>
L06	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang ketiga :	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>	L07	<input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg)	<input type="checkbox"/>

LINGKAR LENGAN ATAS (LILA) [ART PEREMPUAN USIA SUBUR (15-49 TAHUN) ATAU PEREMPUAN HAMIL (J48="1")]

L07	a. Apakah [NAMA] diukur Lingkar Lengan Atas (LILA)	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>	L08	<input type="checkbox"/>
	b. Lingkar Lengan Atas (cm)	..... cm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATATAN

PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH			
L08	a. Apakah [NAMA] mempunyai riwayat hemofili/ ITP/ minum obat antikoagulan/ sakit berat?	1. Ya, jelaskan _____ 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah [NAMA] dilakukan pengambilan darah? JUMLAHKAN KODE JAWABAN, JIKA JAWABAN > 1	1. Ya, darah vena 2. Ya, darah kapiler 4. Tidak <input type="checkbox"/> SELESAI	<input type="checkbox"/>
	c. Waktu pengambilan darah (jam:menit)	□□:□□	
L09	STIKER NOMOR DARAH	TEMPEL STIKER DI SINI (6 digit)	
PEMERIKSAAN Hb [ART SEMUA UMUR]			
L10	a. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan Hb	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> L11	<input type="checkbox"/>
	b. Nilai Hb (g/dl)	..... g/dl	□□,□
PEMERIKSAAN MALARIA [ART SEMUA UMUR]			
L11	a. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan (RDT) Malaria?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> L12	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah [NAMA] mengalami riwayat demam/ panas dalam 2 hari terakhir?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Hasil RDT malaria	1. Negatif 3. PAN (non <i>P.falciparum</i>) 2. <i>P.falciparum</i> (Pf) 4. Pf dan PAN (mix) 5. Hasil tidak sah		☐
PEMERIKSAAN KADAR GULA DARAH [ART UMUR ≥ 15 TAHUN]			
L12	a. Apakah [NAMA] mempunyai riwayat menderita diabetes (berdasarkan hasil dokter pemeriksa)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah [NAMA] minum obat oral anti diabetes/ injeksi insulin (berdasarkan hasil dokter pemeriksa)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Apakah [NAMA] berpuasa?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Kapan [NAMA] terakhir makan?	1. malam 2. pagi	<input type="checkbox"/>
	e. Pukul berapa terakhir makan/ minum (kecuali air tawar)? (jam:menit)	□□:□□	
	f. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan kadar gula darah sewaktu?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> L12h	<input type="checkbox"/>
	g. Kadar glukosa darah sewaktu	□□□ mg/dl	
	h. Apakah [NAMA] dilakukan pemeriksaan kadar gula darah puasa?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> L12j	<input type="checkbox"/>
	i. Kadar glukosa darah puasa	□□□ mg/dl	
	j. Apakah [NAMA] dilakukan pembebanan glukosa?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> SELESAI	<input type="checkbox"/>
	k. Pukul berapa mulai dilakukan pembebanan glukosa? (jam:menit)	□□:□□	
	l. Apakah dilakukan pemeriksaan kadar gula darah pada 2 jam setelah pembebanan?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/> SELESAI	<input type="checkbox"/>
	m. Pukul berapa dilakukan pengambilan darah setelah pembebanan? (jam:menit)	□□:□□	
	n. Kadar glukosa darah 2 jam setelah pembebanan	□□□ mg/dl	
CATATAN			

LEMBAR BANTU UNTUK MENGHITUNG AKTIVITAS FISIK (G29-G34)

TULISKAN SECARA RINCI SEMUA AKTIFITAS FISIK YANG BIASA DILAKUKAN SEHARI-HARI BERDASARKAN JENIS DAN LAMANYA KEGIATAN:

1. Pagi (duduk/berdiri/jalan) [*KRITERIA BERAT/ SEDANG]

JAM (:_-:_)	JML (MENIT)		KRITERIA *

2. Siang (duduk, berdiri/jalan) [*KRITERIA BERAT/SEDANG]

JAM (:_-:_)	JML (MENIT)		KRITERIA *

3. Malam (duduk/berdiri/jalan) [*KRITERIA BERAT/SEDANG]

JAM (:_-:_)	JML (MENIT)		KRITERIA *

4. Waktu lain (duduk/berdiri/jalan) [*KRITERIA BERAT/ SEDANG]

JAM (:_-:_)	JML (MENIT)		KRITERIA *

--	--	--	--