



**SURVEY AWAL PRAKTIK BELAJAR LAPANGAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG 2021**

A. UMUM			
1.	Nomor Kuesioner	:	□
2.	Tanggal Wawancara	:	□ - □ - □

B. IDENTITAS RESPONDEN			
1.	Nama	:	
2.	Jenis Kelamin	:	1. Laki-laki <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2. Perempuan
3.	Agama	:	1. Islam <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2. Kristen 3. Katolik 4. Budha 5. Hindu 6. Kong Hu Cu
4.	Umur	:	Tahun
5.	Tingkat pendidikan	:	1. Tidak Sekolah dan Tidak Tamat SD <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2. Sekolah Dasar 3. SMP / SLTP 4. SMA / SLTA 5. Perguruan Tinggi
6.	Jenis Pekerjaan	:	1. Swasta <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2. Wiraswasta 3. Petani 4. Buruh 5. PNS/TNI/POLRI 6. Pensiunan
7.	Penghasilan Keluarga	:	Rp.
8.	Alamat	:	

C. DERAJAT KESEHATAN			
1.	Dalam 1 tahun terakhir, Apakah ada anggota keluarga anda yang meninggal? Jika ada, apakah penyebab meninggalnya	:	1. Ada <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2. Tidak
		:	1. ISPA <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2. DBD 3. Hipertensi 4. Hamil Bersalin 5. Stroke 6. Kecelakaan 7. Lainnya.....

2.	Dalam 1 tahun terakhir, apakah ada anggota keluarga Anda pernah dinyatakan menderita penyakit menular di bawah ini oleh tenaga kesehatan? (<u>Jawaban boleh lebih dari satu</u>)	:	1. ISPA 2. Pneumonia 3. Demam Typhoid 4. Malaria 5. Diare 6. TB Paru 7. DBD 8. Kaki gajah/Filariasis 9. Penyakit Kulit 10. HIV/AIDS 11. Tidak ada 12. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
3.	Dalam 1 tahun terakhir, apakah ada anggota keluarga Anda pernah dinyatakan menderita penyakit tidak menular di bawah ini oleh tenaga kesehatan? (<u>Jawaban boleh lebih dari satu</u>)	:	1. Jantung 2. Diabetes Melitus 3. Hipertensi 4. Stroke 5. Ginjal 6. Kanker 7. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
4.	Apakah ada ibu hamil di rumah anda?	:	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, berapa bulan umur kehamilannya?	:	..... bulan	
	Jika Ya, apakah ibu hamil periksa setiap bulan?	:	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, dimana tempat periksa kehamilan?	:	1. Pelayanan Kesehatan 2. Lainnya	<input type="checkbox"/>
5.	Apakah anda memiliki bayi/balita?	:	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, berapa bulan usianya?	:	.....bulan	
	Jika Ya, dimanakah anda melakukan persalinan?	:	1. Pelayanan Kesehatan 2. Lainnya	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, siapa penolong kelahiran bayi/balita anda?	:	1. Tenaga Kesehatan 2. Lainnya	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, apakah bayi/balita anda diberikan ASI?	:	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, berapa bulan bayi/balita anda diberikan ASI?	:	.....bulan	
	Jika Ya, apakah bayi/balita anda ditimbang di Posyandu/Puskesmas?	:	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, berapa kali bayi/balita anda ditimbang hingga saat ini?	:	..... kali	
	Jika Ya, apakah bayi/balita anda diberikan imunisasi?	:	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, apa saja imunisasi yang sudah diberikan? (<u>Jawaban boleh lebih dari satu</u>)	:	1. BCG 2. Hepatitis B 3. DPT 4. Polio 5. Campak-Rubella	<input type="checkbox"/>
6.	Apakah keluarga anda menggunakan alat kontrasepsi?	:	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, apakah jenis kontrasepsi yang digunakan?	:	1. Metode sederhana (kalender/ senggama terputus/ kondom) 2. Metode efektif (pil/ suntik/ implant/ susuk/ IUD/ spiral) 3. Metode mantap (vasektomi/ operasi pria/ tubektomi/ operasi wanita)	<input type="checkbox"/>

D. Lingkungan

Isilah jawaban di bawah ini dengan memberikan tanda \checkmark setelah melakukan observasi.

Variabel	Jawaban					
	Air Hujan	Air Kemasan	PDAM	Sumur	Sungai	Lainnya Sebutkan
Sumber Air						
Sumber Air untuk Minum dan Masak						

E. Upaya Pelayanan Kesehatan

1.	Berapakah jarak rumah anda ke pelayanan kesehatan ?	:	..... km	<input type="checkbox"/>
2.	Berapakah waktu tempuh dari rumah anda ke pelayanan kesehatan?	:	..... menit	<input type="checkbox"/>
3.	Apakah ada angkutan umum dari desa anda ke pelayanan kesehatan?	:	1. Ada 2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
4.	Apabila anda sakit apakah berobat ke pelayanan kesehatan?	:	1. Ya 2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	Jika tidak, mengapa anda tidak berobat di sana ?	:	1. Letak pelayanan kesehatan jauh 2. Pelayanan yang diberikan tidak lengkap 3. Tidak ada petugas kesehatan yang cocok 4. Tidak ada alasan 5. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
5.	Apakah jenis pelayanan kesehatan yang anda manfaatkan ?	:	1. Penimbangan bayi 2. Imunisasi 3. Pengobatan 4. Pemeriksaan kehamilan 5. Persalinan 6. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
6.	Apakah petugas kesehatan pernah melakukan penyuluhan tentang kesehatan ?	:	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
7.	Apakah anda pernah melakukan pengobatan secara tradisional ?	:	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, Jenis pengobatan tradisional seperti apa yang anda lakukan ?	:	1. Bekam 2. Dukun Kampung 3. Jamu 4. Pijat 5. Dukun Beranak	<input type="checkbox"/>

8. Perilaku Kesehatan

1.	Dimanakah anda melakukan persalinan ?	:	1. Tenaga kesehatan 2. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
2.	Apakah anda minum memberikan ASI Eksklusif kepada anak anda ?	:	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
3.	Apakah anda memasak air minum yang anda konsumsi ?	:	1. Ya 2. Tidak 3. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>

4.	Kapankah anda mengurus bak mandi ?	:	1. Seminggu sekali 2. Dua minggu sekali 3. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
5.	Dimanakah anda biasanya buang air besar ?	:	1. Jamban 2. Sungai 3. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
6.	Apakah anda menggosok gigi setiap hari ?		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, sewaktu kapankah anda melakukannya ?		1. Saat mandi pagi 2. Saat mandi pagi dan mandi sore 3. Saat mandi pagi, mandi Sore, dan makan pagi 4. Sesudah bangun pagi 5. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
7.	Apakah di keluarga anda ada yang merokok ?		1. Ya 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, siapa saja keluarga anda yang merokok ?		.....
	Jika Ya, berapakah umur keluarga anda yang merokok?		.....
	Jika Ya, berapa banyak rokok yang dikonsumsi setiap harinya ?		..... batang	
	Jika Ya, apakah jenis rokok yang dikonsumsi ?		1. Rokok filter 2. Rokok lintingan 3. Rokok kretek 4. Rokok elektronik 5. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
8.	Apakah dikeluarga anda ada yang mengkonsumsi alkohol ?		1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, siapa saja keluarga anda yang mengkonsumsi alkohol ?		.....
	Jika Ya, berapakah umur keluarga anda yang mengkonsumsi alkohol ?		.....
	Jika Ya, seberapa sering alkohol dikonsumsi ?		.....
	Jika Ya, apakah jenis alkohol yang dikonsumsi ?		1. Vodka 2. Congyang 3. Bir 4. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
9.	Penerapan Protokol Kesehatan			
a.	Apakah menurut anda penerapan protokol kesehatan selama masa pandemi Corona virus perlu untuk dipatuhi?		1. Ya 2. Tidak 3. Mungkin	<input type="checkbox"/>
b.	Berdasarkan informasi yang telah anda ketahui, apa saja jenis protokol kesehatan yang telah diterapkan pemerintah selama masa pandemi Corona virus?		1. Menggunakan masker 2. Menjaga kebersihan tangan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir 3. Menjaga kebersihan tangan menggunakan <i>Hand sanitizer</i> 4. Melakukan <i>social distancing</i> atau <i>physical distancing</i> 5. Menutup mulut saat batuk dan bersin 6. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>

c.	Apakah menggunakan masker saat berpergian atau diluar rumah selama masa pandemi Corona virus penting untuk dilakukan?	1. Ya 2. Tidak 3. Mungkin	<input type="checkbox"/>
d.	Apakah anda selalu mencuci atau mengganti masker setelah digunakan untuk berpergian?	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-kadang	<input type="checkbox"/>
e.	Apakah menjaga kebersihan tangan selama masa pandemi Corona virus perlu untuk dilakukan?	1. Ya 2. Tidak 3. Kadang-kadang	<input type="checkbox"/>
f.	Bagaimana cara anda menjaga kebersihan tangan selama masa pandemi Corona Virus?	1. Selalu mencuci tangan sebelum makan 2. Menggunakan hand sanitizer ketika berada di dalam rumah 3. Membawa hand sanitizer ketika bepergian 4. Menggunakan hand sanitizer setiap menit untuk selalu menjaga kebersihan tangan 5. Mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir setelah bepergian 6. Mengusap tangan dengan kain basah 7. Mengusap tangan dengan kain kering 8. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
g.	Apakah penerapan <i>social distancing</i> atau <i>physical distancing</i> selama masa pandemi Corona virus perlu untuk dilakukan?	1. Ya 2. Tidak 3. Mungkin	<input type="checkbox"/>
h.	Apakah menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain ketika berada di tempat umum perlu untuk dilakukan?	1. Ya 2. Tidak 3. Mungkin	<input type="checkbox"/>
i.	Apakah tidak bepergian dan berkumpul dengan banyak orang selama masa pandemi Corona virus perlu untuk dilakukan?	1. Ya 2. Tidak 3. Mungkin	<input type="checkbox"/>
j.	Seberapa sering anda berpergian atau berkumpul dengan banyak orang selama masa pandemic Corona virus?	1. Lebih dari satu kali dalam satu minggu 2. Lainnya	<input type="checkbox"/>
k.	Apakah menutup mulut dan hidung saat bersin atau batuk penting untuk dilakukan selama masa pandemic Corona virus?	1. Ya 2. Tidak 3. Mungkin	<input type="checkbox"/>

LEMBAR OBSERVASI LINGKUNGAN

1. Berapakah jarak sumber pencemaran dengan sumber air anda?.....meter
2. Isilah jawaban di bawah ini dengan memberikan tanda \surd setelah melakukan observasi.

Variabel	Jawaban		
	Berwarna	Berbau	Berasa
Kualitas Air			

Variabel	Jawaban			
	Tertutup	Kedap Air	Mengalir Lancar	Tidak Ada/Langsung Ke Tanah
Tempat penampungan air limbah				

Variabel	Jawaban			
	Ada	Kedap Air	Volume Mencukupi	Dikosongkan Setiap Hari
Tempat sampah dalam rumah				
Tempat sampah luar rumah				

Variabel	Jawaban							
	Ada	Kandang dalam rumah	Kandang luar rumah	Unggas	Anjing	Kucing	Kelinci	Lainnya Sebutkan
Kepemilikan ternak								

Variabel	Jawaban				
	Keramik	Semen	Kayu	Tanah	Lainnya Sebutkan
Jenis Lantai					

Variabel	Jawaban			
	Tembok	Papan	Bambu	Lainnya Sebutkan
Jenis Dinding				

Variabel	Jawaban	
	Ada	Tidak
Langit-langit		

Variabel	Jawaban			
	Genteng	Asbes	Kayu	Lainnya Sebutkan
Jenis Atap rumah				

Variabel	Jawaban					
	Ada	Luas Ventilasi	Luas Lantai	Terbuka	Tertutup	Ventilasi Memakai Kawat Kasa
Ventilasi						

Variabel	Jawaban			
	Tembok	Papan	Bambu	Lainnya Sebutkan
Jenis Dinding				

Variabel	Jawaban					
	Ada	Leher Angsa	Bahan Kuat	Ada Air Yang Cukup	Kondisi Bersih	Tidak bau
Jamban						

Tempat Penampungan Air	Ada	Positif Jentik
1. Tempayan		
2. Vas/Pot Bunga		
3. Tempat Minum Burung		
4. Sampah yang berpotensi menampung air		

Sumur Gali	Ada	Tidak ada
1. Bibir sumur yang utuh		
5. Dinding sumur hingga kedalaman 3 m		
6. Terdapat lantai di sekitar sumur yang utuh dan kuat		
7. Penutup sumur		