

PEWAWANCARA:

RAHASIA

IDW:

PEMERIKSA :

SURVAI ASPEK KEHIDUPAN RUMAH TANGGA INDONESIA 2007

FASILITAS KESEHATAN

PUSKESMAS / PUSKESMAS PEMBANTU

SEKSI : LK, A, B, C, D, E, SDP, AKM, DM, F, G, H, CP

NAMA FASILITAS :

KODE FASILITAS

JENIS BUKU

PUS

WAWANCARA BUKU PUSKESMAS

	WAWANCARA I	WAWANCARA II	WAWANCARA III	<div>CK1. Wawancara dilakukan semuanya/ sebagian besar dalam bahasa apa ? <div></div> Lainnya</div> <div>CK2. Bahasa lain yang digunakan (jika ada): <div></div> Lainnya</div>	<div>Kode Bahasa : 00. Indonesia 01. Jawa 02. Sunda 03. Bali 04. Batak 05. Bugis 06. Cina 07. Madura 08. Sasak 09. Minang 10. Banjar 11. Bima 12. Makassar 13. Nias 14. Palembang 15. Sumbawa 16. Toraja 17. Lahat 18. Sum. Sel. lainnya 19. Betawi 20. Lampung 96. TIDAK ADA 95. Lainnya</div>
TANGGAL:	<div></div> <div>TGL / BULAN / TAHUN</div>	<div></div> <div>TGL / BULAN / TAHUN</div>	<div></div> <div>TGL / BULAN / TAHUN</div>		
JAM MULAI:	<div></div> <div>JAM / MENIT</div>	<div></div> <div>JAM / MENIT</div>	<div></div> <div>JAM / MENIT</div>		
JAM BERAKHIR:	<div></div> <div>JAM / MENIT</div>	<div></div> <div>JAM / MENIT</div>	<div></div> <div>JAM / MENIT</div>		
HASIL WAWANCARA:	<div></div>	<div></div>	<div></div>		

FP2. STATUS SAMPLING	FP3. KODE HASIL WAWANCARA	FP4. KODE ALASAN UNTUK JAWABAN"2" /"3" PADA FP3.	FP5. PEMERIKSAAN OLEH PEMERIKSA	FP6. PEMANTAUAN OLEH PENGAWAS
Apakah fasilitas ini terdaftar di SD2 dan terpilih menjadi sampel? 1. Ya 3. Tidak	1. Selesai →FP5 2. Selesai sebagian 3. Tidak selesai 4. Wilcah kembar dengan Wilcah <div></div> →FP5	1. Responden tidak di tempat/bepergian 2. Responden sibuk 3. Responden menolak	1. Data dientri, tanpa kesalahan 2. Data dientri, dan dikoreksi 3. Edit manual tanpa CAFÉ 4. Data dientri, tanpa dikoreksi: <div></div>	<div>Ya</div> <div>Tidak</div> <div>a. Diobservasi13</div> <div>b. Diperiksa13</div> <div>c. Diverifikasi.....13</div>

SEKSI LK : LEMBAR KENDALI

[illegible]

PENGAWASAN:		KODE
LK15.	Nama Pewawancara _____	_____
LK16.	Nama Pemeriksa _____	_____
LK17.	Nama Pengawas Lokal _____	_____
LK19.	Nama Koordinator Lapangan _____	_____

LK20.	Apakah Puskesmas/Puskesmas Pembantu ini diwawancara tahun 1993?	Ya..... 1 Tidak 3
LK21.	Apakah Puskesmas/Puskesmas Pembantu ini diwawancara tahun 1997?	Ya..... 1 Tidak 3
LK22.	Apakah Puskesmas/Puskesmas Pembantu ini diwawancara tahun 1998?	Ya..... 1 Tidak 3
LK23.	Apakah Puskesmas/Puskesmas Pembantu ini diwawancara tahun 2000?	Ya..... 1 Tidak 3

SEKSI A : KEPALA PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

A26. Dalam penelitian ini kami ingin mendapatkan beberapa informasi tentang fasilitas ini . Sehubungan dengan itu kami minta arahan Bapak /Ibu, kepada siapa sebaiknya kami menanyakan hal-hal tersebut dibawah ini:		
SEKSI	HAL YANG DITANYAKAN:	Nama Calon responden
A.	Keterangan tentang kepala fasilitas	_____
B.	Prasarana Puskesmas	_____
C.	Kegiatan Puskesmas	_____
D.	Tenaga Puskesmas	_____
E.	Peralatan Puskesmas	_____
SDP.	Sumber Daya Puskesmas	_____
AKM.	Program Askeskin/JPKMM	_____
DM.	Pengambilan Keputusan	_____
F.	Observasi Langsung	_____
G.	Khusus Unit Pelayanan KB	_____

SEKSI A : KEPALA PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

RESPONDEN SEKSI A ADALAH KEPALA PUSKESMAS/PUSTU. JIKA KETIKA KUNJUNGAN DILAKUKAN KEPALA PUSKESMAS/PUSTU TIDAK ADA DI TEMPAT, MAKA RESPONDEN DAPAT DIGANTIKAN OLEH YANG MEWAKILI.

Aa0. Responden adalah :

1. Kepala Puskesmas/Pustu

2. Wakil Kepala Puskesmas/Pustu

3. Lainnya

Aa. Nama Kepala Fasilitas	1. Kepala Fasilitas 3. Pejabat Kepala Fasilitas
Ab. Profesi Kepala Fasilitas	Dokter 1 → A1 Bukan dokter 2
A1a. Apakah pendidikan tertinggi yang pernah Bapak/Ibu Kepala Puskesmas/Pustu. tamatkan ?	SLTA/SPK..... 01 D1/Bidan 02 D2 03 D3/Sarjana Muda 04 Sarjana lainnya 05 Sarjana Kesehatan Masyarakat 06 S2/S3 07 Lainnya 95 → A2
A1. Di mana Bapak/Ibu Kepala Puskesmas/Pustu menyelesaikan pendidikannya?	a. Universitas Indonesia 01 Universitas Gadjah Mada..... 02 Universitas Airlangga 03 Universitas Diponegoro..... 04 Universitas Padjadjaran 05 Universitas negeri lainnya 06 Universitas Swasta 07 Lainnya 95 b. Lulus tahun [] [] [] []
A2. Kapan Bapak/Ibu Kepala Puskesmas/Pustu mulai bertugas di sini?	[] [] / [] [] [] [] Bulan Tahun
A3. Apakah Bapak/Ibu Kepala Puskesmas/Pustu dapat berbicara bahasa daerah sini?	Ya 1 Tidak 3
A4. Pada bulan yang lalu, berapa jam per minggu Bapak/Ibu Kepala Puskesmas/Pustu bekerja di dalam gedung Puskesmas/Pustu?	[] [] jam per minggu 1 TIDAK TAHU..... 8

A5. Dalam memberi pelayanan di dalam gedung, berapa jam rata-rata per minggu Bapak/Ibu Kepala Puskesmas/Pustu memberi pelayanan langsung kepada pasien di Puskesmas/Pustu ini?	[] [] jam per minggu 1 TIDAK ADA 6 TIDAK TAHU..... 8
A6. Apakah umumnya pasien di sini langsung diperiksa oleh dokter ?	Ya 1 → A9 Tidak 3
A7. Dokter memeriksa pasien apa saja? [JAWABAN DAPAT LEBIH DARI SATU]	Pasien yang dirujuk oleh paramedis/bidan A Pasien yang ada pengaturan khusus B Pasien dengan kasus-kasus yang sulit C Lainnya V
A9. Pada bulan yang lalu, berapa jam rata-rata per minggu Bapak/Ibu Kepala Puskesmas/Pustu melaksanakan tugas di luar gedung Puskesmas/Pustu? a. Untuk kegiatan administrasi seperti : rapat-rapat, seminar b. Untuk kegiatan lapangan seperti : penyuluhan, Posyandu dll.	6. TIDAK ADA 8. TIDAK TAHU 1. a. [] [] jam per minggu b. [] [] jam per minggu
A8. Rata-rata per minggu berapa pasien yang diperiksa oleh Bapak/Ibu Kepala Puskesmas/Pustu?	[] [] pasien per minggu 1 TIDAK ADA 6 TIDAK TAHU 8
A10. Apakah Bapak/Ibu Kepala Puskesmas/Pustu menyelenggarakan praktik swasta?	Tidak 3 → A25 Ya 1
A11. Berapa jauh praktek swasta tersebut dari Puskesmas/Pustu? [BILA PRAKTEK DI PUSKESMAS/PUSTU ATAU DI HALAMAN PUSKESMAS/PUSTU, TULIS "0" (NOL)]	[] [] , [] kilometer

SEKSI A : KEPALA PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

Pendapat Kepala Puskesmas / Pustu/ Responden :

A25. Kami ingin mengetahui tiga masalah utama yang IBS pernah hadapi di PUSKESMAS/PUSTU ini selama 2 tahun terakhir?	Kekurangan danaA Kekurangan tenaga medis.....B Kekurangan persediaan obat.....C Kekurangan perlengkapanD Cakupan daerah terlalu luasE Kurangnya dukungan aparat/lembaga pemerintahan (desa, daerah, atau pusat)F LainnyaV
---	---

Sekarang kami ingin mengetahui perubahan yang terjadi sejak 2000.

(ATYPE)	A27bb.	A27ab.
	Sejak tahun 2000, apakah ada perubahan [...]?	Apakah perubahan [...] mempengaruhi pelayanan sehari-hari Puskesmas/Pustu?
a. Persediaan obat-obatan	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3
b. Ketersediaan Perlengkapan	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3
c. Ketersediaan Air	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3
d. Harga Obat-obatan	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3
e. Harga Perlengkapan	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3
f. Harga BBM	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3

(ATYPE)	A27bb.	A27ab.
	Sejak tahun 2000, apakah ada perubahan [...]?	Apakah perubahan [...] mempengaruhi pelayanan sehari-hari Puskesmas/Pustu?
g. Harga barang lain	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3
h. Jumlah pasien	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3
i. Jumlah staf	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3
j. Persediaan alat KB	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3
k. Kualitas udara	3. Tidak 1. Ya ➡ ↓ SEKSI B	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh..... 2 Ya, lebih buruk..... 3

**Sekarang kami ingin menanyakan tentang perkembangan Puskesmas/Puskesmas Pembantu ini.
RESPONDEN ADALAH PETUGAS PUSKESMAS/PUSTU YANG SUDAH LAMA BEKERJA DI PUSKESMAS INI.**

PUSK_B PUSKESMAS - 6 KOMFAS 2007

SEKSI B : PERKEMBANGAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

Sekarang kami akan menanyakan mengenai perkembangan Puskemas/PUSTU

B05. Pada tahun [...], apakah Puskesmas/ Pustu ini mempunyai [...] selama lebih dari 6 bulan?	B06.	B07.	B08a.	B08b.	B09.	B9a.	B10.	B10a.	B11.	B11a.	B12.	B13.	B14.	B14a.	B14b.	B14c.
(BTYPE)	Laboratorium	Kamar Obat	Tenaga Dokter tetap	Tenaga Dokter Ahli/ Spesialis	Tenaga DRG	Tenaga Bidan	Puskesmas Pembantu	Polindes	Posyandu	Posyandu Lansia	Puskesmas Keliling	Fasilitas Rawat inap	Pelayanan Persalinan	Layanan Steril pria	Layanan Steril wanita	Imunisasi massal TT
b. 2000	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak 6. Tidak Berlaku	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
c. 2007	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak 6. Tidak Berlaku	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak

SEKSI B : PERKEMBANGAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

B15. Apakah di Puskesmas/Pustu ini ada listrik ?	Tidak 3 ➔ B17 Ya 1
B16. Mohon disebutkan sumber utama listrik yang digunakan:	PLN01 Pemerintah setempat/inst. Pemerintah02 Generator Puskesmas03 Swadaya masyarakat04 Perusahaan swasta/koperasi05 Lainnya95
B17. Mohon disebutkan sumber air utama yang digunakan :	Air mineral/Aqua.10➔ B18 Air Ledeng/PAM01➔ B18 Sumur/pompa (listrik/tangan dll)02 Sumur timba/perigi03 Mata air04 Air hujan05 Air sungai/kali06 Air danau07 Kolam/balong/empang.....08 Bak penampungan09 Lainnya95
B17a. Apakah air yang dipakai pada [...] ini, dialirkan dengan pipa-kran?	Tidak..... 3 Ya 1
B18. Apakah sumber air tersebut ada di dalam gedung Puskesmas/Pustu ?	Ya 1 ➔ B19a Tidak..... 3
B19. Bila tidak, berapa jauh jaraknya dari gedung Puskesmas/Pustu?	Kurang dari 10 meter 1 10-30 meter 3 lebih dari 30 meter 5
B19a. Apakah Puskesmas/Pustu ini mempunyai kamar kecil [toilet]?	Tidak..... 3 ➔ B20a Ya 1
B20. Sebutkan jamban yang di gunakan di Puskesmas/Pustu ini :	Jamban sendiri dengan tangki septik 01 Jamban sendiri tanpa tangki septik 02 Jamban bersama 03 Jamban umum..... 04 Tanpa/tidak ada jamban 96

B20a. Bagaimana Sistem Pembuangan Air Limbah [SPAL] di Puskesmas/Pustu ini?	Selokan/got yang mengalir 01 Selokan/got yang tidak mengalir..... 02 Lubang permanen 03 Dibuang ke sungai..... 04 Dibuang di samping/belakang rumah/kebun 05 Kolam/balong/empang/danau..... 07 Kubangan 08 Sawah/lading..... 09 Laut/pantai..... 11 Lainnya..... 95																																	
B20b. Bagaimana Sistem Pembuangan Sampah Medis (sampah kesehatan) di Puskesmas/Pustu ini ?	Dibuang menurut standar medis..... 01 Dibakar 02 Dibuang di sungai/kali/selokan 03 Dibuang di pekarangan rumah/kebun, dibiarkan 04 Ditimbun di lubang..... 05 Hutan/gunung 07 Laut/danau/pantai..... 08 Sawah/ladang..... 09 Lainnya..... 95																																	
B20c. Apakah Puskesmas/Pustu ini mempunyai :	<table><tr><td></td><td>Ya</td><td>Tidak</td></tr><tr><td>a. Loker/meja pendaftaran.....</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>b. Ruang tunggu pasien</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>c. Ruang periksa</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>d. Ruang suntik</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>e. Ruang konsultasi KB/KIA</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>f. Ruang Pelayanan KB</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>g. Ruang persalinan</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>h. Ruang Rawat Inap</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>i. Kamar Obat.....</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>j. Laboratorium</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>		Ya	Tidak	a. Loker/meja pendaftaran.....	1	3	b. Ruang tunggu pasien	1	3	c. Ruang periksa	1	3	d. Ruang suntik	1	3	e. Ruang konsultasi KB/KIA	1	3	f. Ruang Pelayanan KB	1	3	g. Ruang persalinan	1	3	h. Ruang Rawat Inap	1	3	i. Kamar Obat.....	1	3	j. Laboratorium	1	3
	Ya	Tidak																																
a. Loker/meja pendaftaran.....	1	3																																
b. Ruang tunggu pasien	1	3																																
c. Ruang periksa	1	3																																
d. Ruang suntik	1	3																																
e. Ruang konsultasi KB/KIA	1	3																																
f. Ruang Pelayanan KB	1	3																																
g. Ruang persalinan	1	3																																
h. Ruang Rawat Inap	1	3																																
i. Kamar Obat.....	1	3																																
j. Laboratorium	1	3																																

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

Sekarang kami ingin menanyakan tentang kegiatan di Puskesmas/Puskesmas Pembantu ini.

Nama : _____	Jabatan : _____
--------------	-----------------

C01.	C02.	C03.
Kapan waktu buka Puskesmas ? Pada hari [...]	Jam buka	Jam tutup
1. Senin.....	____.____	____.____
2. Selasa.....	____.____	____.____
3. Rabu	____.____	____.____
4. Kamis.....	____.____	____.____
5. Jumat	____.____	____.____
6. Sabtu	____.____	____.____

C04. Berapa besarnya biaya yang dibayarkan di loket?	Kunjungan Baru..... a. _____._____ Rp. Kunjungan ulangan..... b. _____._____ Rp.
--	---

Pelayanan di dalam gedung

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan tambahan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
1. Rawat inap	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____._____ Rp. 3. Tidak membayar	per hari		
2. Pengobatan orang dewasa	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____._____ Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
2f. Pengobatan anak	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____._____ Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
2a. Periksa+Suntik+obat	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____._____ Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan tambahan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
3. Jahit luka					
a. Jahitan pertama	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per jahitan		
b. Jahitan berikutnya	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per jahitan		
4. Ganti perban	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
5. Insisi abses / membelah bisul	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per tindakan		
6. Sunat	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per kali sunat		
7. Pengobatan tuberkulosis [TBC]	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
8. Check up/kir	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
9. Periksa gigi	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per kali periksa		
10. Periksa hamil	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per kali periksa		
11. Pertolongan persalinan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	per persalinan		
15. Pemberian pil KB					
a. Microgynon30 [PT Schering]	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan tambahan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
b. Marvelon 28	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
c. Excluton 28	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
d. Nordette	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
f. Pil KB andalan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
v. Lainnya	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
17. IUD Copper T					
a. Pemasangan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. Pengeluaran/pelepasan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		
18. Pelayanan KB Suntikan					
a. Depo-Provera	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. Depo- Progestin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
c. Noristerat	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan tambahan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
d. Cyclofeem	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
e. Cycogeston	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
f. KB Andalan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
19a. Pelayanan Susuk KB					
a. Pemasangan susuk KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. Pengeluaran susuk KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		
c. Pemasangan Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya1 Tidak3	[] [] minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
d. Pengeluaran Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		
21. Pengobatan efek samping KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
21a. Periksa ulang / Kontrol KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
22. Pengukuran Tekanan Darah	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
23. Tes kolesterol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan tambahan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
24. Tes gula darah	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
25. Tes Osteoporosis	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
26. Tes jantung	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
27. Antibiotik a. Amoxycillin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. Cotrimoxazole	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
c. Ampicillin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
d. Procaine Penecillin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
e. Benzathine Penecillin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
f. Gentamycin/kanamycine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
g. Ceftriaxone	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
h. Ciproflocaxin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
i. Norfloxin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan tambahan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
j. Spectinomycin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
k. Doxycycline	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
l. Tetracycline	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
m. Erythromycin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
n. Metronidazole	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
o. Antibiotik mata	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Tube	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
28. Analgetik a. Ibuprofen	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
29. Antipiretik a. Acetosal	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. Paracetamol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
c. Other antipyretic, NSAID	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
30. Anti jamur: a. Nystatin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan tambahan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
31. Antihelminth: a. Mebendazole	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
32. Anti -TBC (untuk jangka pendek): a. Pyrazinamide	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. TB blister pack	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
c. Rifampicin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
d. Ethambutol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
e. Isoniazid	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
f. INH	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
g. EH (Etham+Iso)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
h. Rifater (Rif+Iso+Pyran)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
33. Anti malaria a. Chloroquine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. Pyrimethamine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan tambahan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
c. Quinine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
d. Sulfadoxine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
34. Oralit	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per strip/botol obat	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
35. Tablet Zat Besi/ FESO4	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per sachet	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
36. Vitamin A	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per biji	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
37. Obat untuk tekanan darah: Methyldopa	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
38. Anestesi					
a. Valium	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. Lidocaine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
c. Magnesium Sulfate	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
d. Oxytocin-ergometrine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
39. Simvastatin (Obat untuk kolesterol)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	_____ minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan tambahan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
40. Metformin (Obat untuk gula darah)	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. . Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya1 Tidak3	minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
41. Vaksin					
a. BCG	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. . Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. DPT	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. . Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
c. Anti polio	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. . Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
d. Campak	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. . Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
e. Tetanus Toxoid	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. . Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
f. Hepatitis B, untuk bayi	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. . Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6
g. Hepatitis B, untuk dewasa	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. . Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	minggu 1 TIDAK PERNAH..... 6

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

Pelayanan di luar gedung	
C11. Secara umum berapa banyak staf Puskesmas/Pustu (rata-rata) yang pergi keluar gedung untuk setiap kegiatan Posyandu, Puskesmas keliling, dll?	1. <input type="text"/> staf 6. Tidak ada kegiatan
Posyandu	
C14. Berapa jumlah Posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	6. Tidak Ada Posyandu → C14a1 1. <input type="text"/> Posyandu
C14a. Berapa jumlah Posyandu yang aktif yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	<input type="text"/> Posyandu
C15a. Dalam satu bulan, berapa kali petugas Puskemas melakukan kunjungan ke Posyandu ?	<input type="text"/> kali per bulan..... 1 <input type="text"/> kali per tahun 4 TIDAK TAHU..... 8
C16b. Sejak tahun 2000, apakah ada perubahan jumlah Posyandu yang berada dibawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini ?	Bertambah banyak 1 Agak banyak 2 Tidak berubah 3 Agak berkurang 4 Berkurang banyak 5
Posyandu Lansia	
C14a1. Berapa jumlah Posyandu Lansia yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	6. Tidak Ada Posyandu Lansia → C17 1. <input type="text"/> Posyandu Lansia
C14a2. Sejak kapan Posyandu Lansia dibentuk?	Tahun <input type="text"/> 1 TIDAK TAHU 8
C14aa. Berapa jumlah Posyandu Lansia yang aktif yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	<input type="text"/> Posyandu Lansia
C15aa. Dalam satu bulan, berapa kali petugas Puskemas melakukan kunjungan ke Posyandu Lansia?	<input type="text"/> kali per bulan..... 1 <input type="text"/> kali per tahun 4 TIDAK TAHU..... 8

C16ba. Sejak tahun 2000, apakah ada perubahan jumlah Posyandu Lansia yang berada di bawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini ?	Bertambah banyak 1 Agak banyak 2 Tidak berubah 3 Agak berkurang 4 Berkurang banyak 5
Puskesmas Pembantu	
C17. Berapa jumlah Puskesmas Pembantu yang ada di wilayah kerja Puskesmas ini ?	Tidak ada 3 → C20a Bukan Puskesmas 6 → C20a <input type="text"/> Puskesmas Pembantu ... 1
C19b. Sejak tahun 2000, apakah ada puskesmas pembantu dibawah pengelolaan Puskesmas ini yang tutup ?	<input type="text"/> Pustu tutup 1 Tidak ada 3
Puskesmas Keliling	
C20a. Dalam satu bulan, berapa kali petugas Puskesmas/Pustu melakukan kunjungan untuk tugas Puskesmas keliling?	TIDAK ADA 6 → C22a <input type="text"/> kali per bulan..... 1 <input type="text"/> kali per tahun 4
C21b. Sejak tahun 2000, apakah ada perubahan jumlah perjalanan staf Puskesmas/Pustu untuk tugas puskesmas keliling ?	Bertambah banyak 1 Agak banyak 2 Tidak berubah 3 Agak berkurang..... 4 Berkurang banyak 5
UKS /UKGS	
C22a. Dalam satu bulan, berapa kali petugas Puskesmas/Pustu melakukan kunjungan ke sekolah-sekolah untuk program UKS/UKGS?	TIDAK ADA 3 → C24 <input type="text"/> kali per bulan 1 <input type="text"/> kali per tahun 4
C23b. Sejak tahun 2000, apakah ada perubahan jumlah kunjungan ke program UKS/UKGS ?	Bertambah banyak 1 Agak banyak 2 Tidak berubah 3 Agak berkurang..... 4 Berkurang banyak 5
Pondok Bersalin Desa [Polindes]	
C24. Apakah di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ada program Pondok Bersalin Desa (Polindes) ?	Tidak 3 → C27 Ya 1

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C25.	Berapa jumlah Polindes yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	<input type="text"/> <input type="text"/> Polindes
C25b.	Berapa jumlah Polindes yang masih aktif?	<input type="text"/> <input type="text"/> Polindes
C25c.	Sejak tahun 2000, apakah ada Polindes di bawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini, yang tutup ?	<input type="text"/> <input type="text"/> Polindes tutup 1 Tidak ada 3
Pos Obat Desa		
C27.	Apakah di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ada Program Pos Obat Desa ?	Tidak 3 → C29a Ya 1
C28.	Berapa Pos Obat Desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	<input type="text"/> <input type="text"/> Pos Obat Desa
C28a.	Berapa jumlah Pos Obat Desa yang masih aktif?	<input type="text"/> <input type="text"/> Pos Obat Desa Aktif
C29.	Tahun berapa mulai ada Pos Obat Desa ?	Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 TIDAK TAHU 8
C29ab.	Sejak tahun 2000, apakah jumlah Pos Obat Desa yang di bawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini mengalami perubahan?	Bertambah banyak 1 Agak banyak 2 Tidak berubah 3 Agak berkurang 4 Berkurang banyak 5

Bidan Desa		
C29a.	Berapa jumlah bidan desa yang bertugas di wilayah Puskesmas/Pustu ini ?	Tidak ada 3 → C30 <input type="text"/> orang 1
C29b.	Pada tahun berapa bidan desa yang pertama bertugas di wilayah Puskesmas/Pustu ini?	Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 TIDAK TAHU 8
C29c.	Bantuan apa yang biasanya diberikan kepada Bidan Desa ? (JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU)	Menyediakan obat-obatan A Perlengkapan kesehatan B Vitamin A C Tablet zat besi D Lainnya..... V
C29db.	Sejak tahun 2000, apakah ada bidan desa di wilayah Puskesmas/Pustu ini yang keluar dari pekerjaan sebagai bidan desa ?	<input type="text"/> <input type="text"/> Bidan Desa keluar 1 Tidak ada 3 TIDAK TAHU 8

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

Berikut ini kami ingin menanyakan rujukan yang biasanya dilakukan oleh pemberi pelayanan di Puskesmas/Pustu ini

INFORMASI YANG DITANYAKAN.	FASILITAS YANG MENJADI TUJUAN RUJUKAN		
	Rumah Sakit	Puskesmas lainnya	Praktek Swasta
C30. Apabila ada pasien yang harus dirujuk ke fasilitas lain, apakah biasanya Bapak/Ibu mengirimkan ke [...]?	Tidak 3 ➔KOLOM BERIKUT TIDAK TAHU 8 ➔KOLOM BERIKUT Ya..... 1 Nama : _____ Alamat: _____ Lok : _____ Ds: _____ Kec.: _____ Kab.: _____	Tidak 3 ➔KOLOM BERIKUT TIDAK TAHU 8 ➔KOLOM BERIKUT Ya 1 Nama : _____ Alamat: _____ Lok : _____ Ds: _____ Kec.: _____ Kab.: _____	Tidak 3 ➔C30c TIDAK TAHU 8 ➔C30c Ya..... 1 Nama : _____ Alamat: _____ Lok : _____ Ds: _____ Kec.: _____ Kab.: _____
C30a. Berapa jarak yang harus di tempuh? [dari faskes ini]	_____, ____ km	_____, ____ km	_____, ____ km
C30b. Transportasi apa yang biasanya dipakai oleh pasien untuk pergi ke fasilitas rujukan ?	Mobil ambulans 1 Kendaraan umum 2 Kendaraan pasien 3 Lainnya 5	Mobil ambulans..... 1 Kendaraan umum 2 Kendaraan pasien 3 Lainnya 5	Mobil ambulans 1 Kendaraan umum 2 Kendaraan pasien 3 Lainnya 5
C30g. Jika pasien miskin dirujuk ke [...], apakah pasien diberi uang transport?	1. Ya, transportasi disediakan dengan ambulans gratis 2. Ya, diberi uang transport ke tempat yang dirujuk 3. Tidak disediakan ambulans dan tidak diberi uang transport ➔ KOLOM BERIKUT	1. Ya, transportasi disediakan dengan ambulans gratis 2. Ya, diberi uang transport ke tempat yang dirujuk 3. Tidak disediakan ambulans dan tidak diberi uang transport ➔ KOLOM BERIKUT	1. Ya, transportasi disediakan dengan ambulans gratis 2. Ya, diberi uang transport ke tempat yang dirujuk 3. Tidak disediakan ambulans dan tidak diberi uang transport ➔ C30c
C30h. Berapa besar nilai uang transport yang diberikan atau nilai jasa transportasi yang diberikan?	_____ . _____ Rp. ➔ KOLOM BERIKUT	_____ . _____ Rp. ➔ KOLOM BERIKUT	_____ . _____ Rp. ➔ C30c

C30c. Ketika mengirim pasien yang berada dalam keadaan gawat untuk dirujuk, apakah ada petugas kesehatan dari fasilitas ini yang mendampingi pasien ?	Tidak 3 ➔ C35 Ya 1 Kadang-kadang 5
--	--

C30d. Siapakah yang mendampingi pasien tersebut?	<table><tr><td></td><td>Ya</td><td>Tidak</td></tr><tr><td>a. Bidan</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>b. Mantri</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>c. Perawat</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>d. Pekarya</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>v. Lainnya</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>		Ya	Tidak	a. Bidan	1	3	b. Mantri	1	3	c. Perawat	1	3	d. Pekarya	1	3	v. Lainnya	1	3
	Ya	Tidak																	
a. Bidan	1	3																	
b. Mantri	1	3																	
c. Perawat	1	3																	
d. Pekarya	1	3																	
v. Lainnya	1	3																	

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

Pemeriksaan Laboratorium

CTYPE	C35.	C36.	C37.	C38.
JENIS PEMERIKSAAN	Apakah pemeriksaan [...] dapat dilakukan di Puskesmas/Pustu ini ?	Berapa biaya yang dikenakan kepada pasien ?	Untuk pemeriksaan yg tidak dilakukan disini, apa dikirim ke luar?	Berapa jarak fasilitas tersebut dari Puskesmas/Pustu?
a. Hemoglobin (Hb)	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
b. Hitung Lekosit	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
c. Hitung Jenis	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
d. Hitung Eritrosit	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
e. Urinalisis	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
f. Tes Kehamilan	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
g. Periksa Tinja	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
h. Pemeriksaan sputum	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
j. Kolesterol	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
k. Gula darah	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
l. Osteoporosis	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
m. Paru-paru	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
n. Tes jantung (EKG)	Tidak 3 ➔ C37 Ya..... 1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] . [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C39.	C40.	C41.	C42a.
<div>CATATLAH SEMUA KUNJUNGAN PASIEN DI PUSKESMAS/PUSTU INI, MULAI DARI HARI SENIN SAMPAI HARI SABTU MINGGU YANG LALU</div> <div>1. Tanggal / Bulan sampai Tanggal / Bulan</div> <div>6. Tidak Praktek ➔D01</div>	HARI	Jumlah pengunjung yang terdaftar di buku registrasi loket	Jumlah pasien GAKIN
	a. Senin / Tanggal / Bulan	1. orang 3. TIDAK ADA 6.Tidak Buka	1. orang 3. TIDAK ADA 8.TIDAK TAHU
	b. Selasa / Tanggal / Bulan	1. orang 3. TIDAK ADA 6.Tidak Buka	1. orang 3. TIDAK ADA 8.TIDAK TAHU
	c. Rabu / Tanggal / Bulan	1. orang 3. TIDAK ADA 6.Tidak Buka	1. orang 3. TIDAK ADA 8.TIDAK TAHU
	d. Kamis / Tanggal / Bulan	1. orang 3. TIDAK ADA 6.Tidak Buka	1. orang 3. TIDAK ADA 8.TIDAK TAHU
	e. Jum'at / Tanggal / Bulan	1. orang 3. TIDAK ADA 6.Tidak Buka	1. orang 3. TIDAK ADA 8.TIDAK TAHU
	f. Sabtu / Tanggal / Bulan	1. orang 3. TIDAK ADA 6.Tidak Buka	1. orang 3. TIDAK ADA 8.TIDAK TAHU

SEKSI D: TENAGA PUSKESMAS/PUSTU

Nama : _____	Jabatan : _____
--------------	-----------------

Sekarang kami akan menanyakan tentang petugas Puskesmas/Pustu.

D01. Berapa jumlah seluruh tenaga yang bekerja di fasilitas ini ? [termasuk tenaga pemerintah dan honorer]	____ tenaga
--	-------------

Khusus untuk Pegawai Negeri, mohon dirinci menurut jenisnya

D02.	D03.	D04.
Jenis Tenaga :	Jumlah tenaga purna waktu	Jumlah tenaga paruh waktu
a. Dokter umum	____ tenaga	____ tenaga
b. Dokter gigi	____ tenaga	____ tenaga
c. Perawat	____ tenaga	____ tenaga
d. Bidan	____ tenaga	____ tenaga
e. Bidan Desa	____ tenaga	____ tenaga
g. Paramedis non perawat lainnya	____ tenaga	____ tenaga
k. Pediatrik	____ tenaga	____ tenaga
l. Ahli Kandungan	____ tenaga	____ tenaga
m. Ahli Lansia	____ tenaga	____ tenaga
j. Sarjana Kesehatan Masyarakat	____ tenaga	____ tenaga
f. Pembantu ahli gizi	____ tenaga	____ tenaga
h. Tenaga kesehatan	____ tenaga	____ tenaga
i. Tenaga administrasi	____ tenaga	____ tenaga
v. Lainnya.....	____ tenaga	____ tenaga
PEWAWANCARA PERIKSA: Total tenaga [a sampai e + g+ k+ l+m] tetap dan paruh waktu = (D03 + D04)		____ tenaga

D05. Apakah ada tenaga honorer?	Tidak 3 → D09 Ya 1
---------------------------------	-----------------------------------

Untuk tenaga honorer, mohon dirinci menurut jenisnya:

D06.	D07.	D08.
Jenis Tenaga	Jumlah tenaga purna waktu	Jumlah tenaga paruh waktu
a. Perawat	____ tenaga	____ tenaga
b. Bidan	____ tenaga	____ tenaga
c. Bidan Desa	____ tenaga	____ tenaga
d. Paramedis lainnya	____ tenaga	____ tenaga
e. Pekarya	____ tenaga	____ tenaga
f. Tenaga administrasi	____ tenaga	____ tenaga
v. Lainnya	____ tenaga	____ tenaga
PEWAWANCARA PERIKSA: Total tenaga [a sampai d] tetap dan paruh waktu = (D07 + D08)		____ tenaga

SEKSI D: TENAGA PUSKESMAS/PUSTU

Khusus untuk tenaga dokter, perawat, dan bidan:

D09.	D10.	D15.	D16.	D17.	D11.	D12.	D13.	D14.
Nama lengkap	Kode pegawai	Jenis kelamin	Sudah berapa tahun [...] bekerja di fasilitas ini?	Berapa jam per minggu [...] bekerja di fasilitas ini?	Berapa jam per minggu [...] melayani pasien?	Apakah [...] dapat berbahasa daerah setempat?	Apakah [...] membuka praktek swasta?	Jika ya, berapa jauh tempat praktek tersebut dari Puskesmas?
a. _____	1 2 3 4 5 6 7	Laki-laki1 Perempuan.....3	___ tahun	___ jam/minggu	___ jam/minggu	Ya1 Tidak3	Ya..... 1 ➡ Tidak 3 ⬇	0 1 2 3 4
b. _____	1 2 3 4 5 6 7	Laki-laki1 Perempuan.....3	___ tahun	___ jam/minggu	___ jam/minggu	Ya1 Tidak3	Ya..... 1 ➡ Tidak 3 ⬇	0 1 2 3 4
c. _____	1 2 3 4 5 6 7	Laki-laki1 Perempuan.....3	___ tahun	___ jam/minggu	___ jam/minggu	Ya1 Tidak3	Ya..... 1 ➡ Tidak 3 ⬇	0 1 2 3 4
d. _____	1 2 3 4 5 6 7	Laki-laki1 Perempuan.....3	___ tahun	___ jam/minggu	___ jam/minggu	Ya1 Tidak3	Ya..... 1 ➡ Tidak 3 ⬇	0 1 2 3 4
e. _____	1 2 3 4 5 6 7	Laki-laki1 Perempuan.....3	___ tahun	___ jam/minggu	___ jam/minggu	Ya1 Tidak3	Ya..... 1 ➡ Tidak 3 ⬇	0 1 2 3 4
f. _____	1 2 3 4 5 6 7	Laki-laki1 Perempuan.....3	___ tahun	___ jam/minggu	___ jam/minggu	Ya1 Tidak3	Ya..... 1 ➡ Tidak 3 ⬇	0 1 2 3 4
g. _____	1 2 3 4 5 6 7	Laki-laki1 Perempuan.....3	___ tahun	___ jam/minggu	___ jam/minggu	Ya1 Tidak3	Ya..... 1 ➡ Tidak 3 ⬇	0 1 2 3 4
h. _____	1 2 3 4 5 6 7	Laki-laki1 Perempuan.....3	___ tahun	___ jam/minggu	___ jam/minggu	Ya1 Tidak3	Ya..... 1 ➡ Tidak 3 ⬇	0 1 2 3 4

Kode D10 :
1. Dokter umum
2. Dokter gigi
3. Perawat
4. Bidan
5. Bidan Desa
6. Dokter spesialis
7. Paramedis/mantri

Kode D14 :
0 = di Puskesmas/di halaman Puskesmas
1 = kurang dari 1 km
2 = 2 - 5 Km
3 = 6 - 10 Km
4 = Lebih dari 10 km

SEKSI D: TENAGA PUSKESMAS/PUSTU

D09.	D18.	D19.	D20.	D21.	D22.	D23.	D24.				
Nama lengkap	Apakah [...] memberikan pelayanan kehamilan secara langsung di Puskesmas/ Pustu ini?	Apakah [...] memberikan pelayanan kesehatan untuk anak-anak secara langsung di Puskesmas/ Pustu ini?	Apakah [...] memberikan pelayanan kesehatan untuk orang dewasa secara langsung di Puskesmas/ Pustu ini?	Apakah [...] memberikan pelayanan kesehatan untuk lansia secara langsung di Puskesmas/ Pustu ini?	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH [...] HADIR HARI INI	Apakah [...] seharusnya datang hari ini?	Mengapa [...] tidak hadir hari ini?				
a. _____	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	TIDAK..... 3 ➔ YA 1 ↓	Ya 1 Tidak 3	01	02	03	04	
b. _____	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	TIDAK..... 3 ➔ YA 1 ↓	Ya 1 Tidak 3	01	02	03	04	
c. _____	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	TIDAK..... 3 ➔ YA 1 ↓	Ya 1 Tidak 3	01	02	03	04	
d. _____	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	TIDAK..... 3 ➔ YA 1 ↓	Ya 1 Tidak 3	01	02	03	04	
e. _____	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	TIDAK..... 3 ➔ YA 1 ↓	Ya 1 Tidak 3	01	02	03	04	
f. _____	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	TIDAK..... 3 ➔ YA 1 ↓	Ya 1 Tidak 3	01	02	03	04	
g. _____	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	TIDAK..... 3 ➔ YA 1 ↓	Ya 1 Tidak 3	01	02	03	04	
h. _____	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak 3	TIDAK..... 3 ➔ YA 1 ↓	Ya 1 Tidak 3	01	02	03	04	

Kode D24:
01. Sedang tidak bertugas
02. Libur
03. Dinas ke luar
04. Sakit
05. Keluarga sakit
06. Ijin
07. Belum datang
08. Bolos/mangkir
09. Istirahat

SEKSI E: ALAT DAN BAHAN MEDIS

Nama: _____ Jabatan: _____

Mohon keterangan mengenai berbagai alat medis yang ada di [...] ini .

E01. JENIS ALAT DAN BAHAN (E1TYPE)	E02. Jumlah alat [...] di fasilitas ini (termasuk yang rusak)	E03. Jumlah alat milik Puskesmas yang berfungsi baik ?	E04. Jumlah alat milik pribadi yang dipakai disini ?
a. Stetoskop biasa	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
b. Stetoskop Ibu hamil	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
c. Tensimeter	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
d. Sterilisator/autoclave	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
e. Timbangan dewasa	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
f. Timbangan bayi	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
g. Pengukur Tinggi Badan	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
h. Termometer	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
i. Tempat Tidur Periksa	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
j. Set alat persalinan normal	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
k. Forceps	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
l. Vaginal Speculum	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
m.Sahli Set	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
n. Tenakulum	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
o. Sonde Uterus	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
p. Meja Gynekologis	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
q. Klem lurus & lengkung	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
r. Tabung Oksigen	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
s. Incubator	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
t. Alat Bedah Minor	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
u. Alat komunikasi (Radio SSB, telepon)	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	

E01. JENIS ALAT DAN BAHAN (E1TYPE)	E02. Jumlah alat [...] di fasilitas ini (termasuk yang rusak)	E03. Jumlah alat milik Puskesmas yang berfungsi baik ?	E04. Jumlah alat milik pribadi yang dipakai disini ?
v. Gunting	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
w. EKG	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
aa. Mikroskop	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
ba. Centrifuge	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
ca. Alat penyangga infus	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
da. Alat tes kolesterol	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	
ea. Alat tes kadar gula	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	

E05. JENIS ALAT (E2TYPE)	E06. Apakah fasilitas ini mempunyai [...] ?	E07. Apakah persediaannya cukup?
a. Anti septik :		
1. Alkohol	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
2. Betadine	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
3. Whitfield cream	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
b. Perban	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
c. Sarung tangan	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
d. Tabung infus dan jarum	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
d1. Jarum sekali pakai	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
d2. Kapas	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
e. Larutan pewarna Giemsa	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
f. Larutan Benedict	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
g. Larutan Wright	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
h. Test kehamilan (Strip)	3. Tidak <div></div> 1. Ya	3. Tidak1. Ya
i. Test protein urine (Strip)	3. Tidak <div></div> 1. Ya	
j. Test glukosa urine (strip)	3. Tidak <div></div> 1. Ya	
m. Alat tes kolesterol	3. Tidak <div></div> 1. Ya	
n. Alat tes kadar gula	3. Tidak <div></div> 1. Ya	

SEKSI SDP: SUMBER PENDAPATAN PUSKESMAS

Sekarang kami ingin menanyakan tentang anggaran dan sumber-sumber pendapatan.

SDP00.	Apakah Tahun anggaran yang lalu yang sudah selesai berjalan Adalah [...]	1. 2007 2. 2006/2007
SDP01a.	Untuk tahun anggaran yang lalu , berapa usulan anggaran yang diajukan oleh Puskesmas/Pustu ini kepada Pemerintah Daerah/Dinas?	1. . . . Rp. 6. TIDAK MENGUSULKAN
SDP01b.	Berapa besar anggaran atau total sumber pendapatan Puskesmas/Pustu ini untuk tahun anggaran yang lalu ?	6. Puskesmas Pembantu (Pustu) →SDP14 1. . . . Rp.
SDP02a.	Pada tahun anggaran yang lalu , berapa besar anggaran/sumber pendapatan yang berasal dari:	
	a. Pemerintah daerah (Dinas)	. . . Rp.
	b. Pemerintah pusat	. . . Rp.
	c. Pembayaran dari Askeskin/JPKMM	. . . Rp.
	d. Penerimaan dari pasien	. . . Rp.
	e. Bantuan dari lainnya	. . . Rp.
SDP03a.	Untuk tahun anggaran yang lalu , berapa target retribusi pelayanan pasien yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah/Dinas?	6. TIDAK ADA TARGET→SDP05a 1. . . . Rp.
SDP04a.	Berapa besar pencapaian target tersebut di akhir tahun anggaran yang lalu ?	. . . Rp. →SDP06a
SDP05a.	Berapa jumlah penerimaan dari pasien di tahun anggaran yang lalu ?	. . . Rp.
SDP06a.	Pada akhir tahun anggaran yang lalu , berapa persen penerimaan dari pasien yang diberikan langsung ke dinas?	persen

SDP07a.	Pada akhir tahun anggaran 2000, berapa persen penerimaan dari pasien yang diberikan langsung ke dinas?	persen
SDP08.	Untuk tahun anggaran yang sedang berjalan, berapa target retribusi pelayanan pasien yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah/Dinas?	1. . . . Rp. 6. TIDAK ADA TARGET
SDP09.	Pada tahun anggaran yang lalu berapa besar pengeluaran Puskesmas untuk dana Revitalisasi Posyandu?	1. . . . Rp. 6. TIDAK ADA
SDP10.	Siapaakah yang menentukan anggaran pada tahun anggaran yang sedang berjalan?	Puskesmas..... A Dinas B Bagian Perencanaan Kabupaten..... C Bupati/Walikota D DPRD E Lainnya..... V
SDP11.	Apakah Puskesmas ini mempunyai wewenang untuk melakukan re-alokasi antar kategori pengeluaran tanpa harus memperoleh persetujuan dari Dinas atau pihak lain terlebih dahulu?	Ya..... 1 Tidak 3
SDP12.	Dibandingkan dengan tahun 2000, menurut I/B/S apakah sistem anggaran Puskesmas/Pustu lebih baik, sama, atau lebih buruk?	Sangat lebih baik..... 1→SEKSI AKM Lebih baik..... 2→SEKSI AKM Sama..... 3→SEKSI AKM Lebih buruk 4 Sangat lebih buruk 5
SDP13.	Mengapa I/B/S menganggap sistem anggaran Puskesmas saat ini lebih buruk?	Lebih banyak ketidakpastian A Dana lebih lambat turun B Dana tidak mencukupi..... C Masalah/penundaan dalam pengembalian pengeluaran D Alokasi antar pos pengeluaran tidak fleksibel E Lainnya..... V →SEKSI AKM
SDP14.	Berapa besar penerimaan dari pasien di Pustu ini pada tahun anggaran yang lalu ?	. . . Rp.

SEKSI AKM: ASURANSI KESEHATAN MISKIN

Kami ingin mengetahui mengenai program Asuransi Kesehatan Miskin (Askeskin) di fasilitas ini

AKM01.	Apakah Puskesmas/Pustu ini menyediakan pelayanan kesehatan untuk pemegang kartu Askeskin?	Tidak..... 3 ➔ SEKSI DM Ya 1
AKM02.	Sejak kapan Puskesmas/Pustu ini menyediakan pelayanan ini?	___ / ___ / ___ 1 TIDAK TAHU 8
AKM03.	Jika seseorang memerlukan pelayanan kesehatan tetapi tidak memiliki kartu Askeskin dan tidak mampu membayar, adakah cara bagi orang tersebut untuk mendapatkan pelayanan gratis/tersubsidi di Puskesmas/Pustu ini?	Tidak 3 ➔ AKM04a Ya 1
AKM04.	Bagaimana seseorang yang tidak mempunyai kartu Askeskin memperoleh pelayanan kesehatan di Puskesmas/Pustu ini?	Menunjukkan SKTM (Surat Keterangan Tidak mampu)..... 1 Menunjukkan Kartu Sehat..... 2 Lainnya 5
AKM04a.	Berapa besarnya biaya yang dibayarkan di loket untuk pasien yang memiliki ASKESKIN?	1. ___ . ___ . ___ Rp. 3. Gratis

Sekarang kami ingin menanyakan tentang biaya pelayanan untuk pemegang ASKESKIN.

	AKM05.	
PELAYANAN	Berapa biaya tambahan untuk [...] bagi pemegang kartu ASKESKIN? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	
A.Pemeriksaan umum + obat/suntik dewasa	1. ___ . ___ . ___ Rp.	3. Gratis
	2. Tidak ada perbedaan harga	6. TIDAK ADA PELAYANAN
J .Pemeriksaan umum + suntik/ obat anak	1. ___ . ___ . ___ Rp.	3. Gratis
	2. Tidak ada perbedaan harga	6. TIDAK ADA PELAYANAN
B. Pelayanan prenatal	1. ___ . ___ . ___ Rp.	3. Gratis
	2. Tidak ada perbedaan harga	6. TIDAK ADA PELAYANAN
C. Persalinan	1. ___ . ___ . ___ Rp.	3. Gratis
	2. Tidak ada perbedaan harga	6. TIDAK ADA PELAYANAN
G. Imunisasi anak	1. ___ . ___ . ___ Rp.	3. Gratis
	2. Tidak ada perbedaan harga	6. TIDAK ADA PELAYANAN
H. Pil KB	1. ___ . ___ . ___ Rp.	3. Gratis
	2. Tidak ada perbedaan harga	6. TIDAK ADA PELAYANAN
I. Suntik KB	1. ___ . ___ . ___ Rp.	3. Gratis
	2. Tidak ada perbedaan harga	6. TIDAK ADA PELAYANAN

AKM07.	Apakah ada dana lain yang disediakan untuk pelayanan kesehatan orang miskin?	Tidak 3 ➔ SEKSI DM Ya 1
AKM08.	Jika ya, dari mana dana tersebut?	Pemerintah Pusat A Pemerintah Daerah B Organisasi Keagamaan C Organisasi Politik..... D LSM Lokal lainnya E Perorangan..... F Perusahaan G Pemerintah asing/LSM asing/donor..... H Lainnya V

SEKSI DM: PENGAMBILAN KEPUTUSAN DI PUSKESMAS/PUSTU

(DMTYPE)	DM1. Tingkat kewenangan mana yang mengambil keputusan tentang:			
	A	B	C	D
	Puskesmas	Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	Bagian Perencanaan (Bappeda Kabupaten/Kota)	Pemerintah Pusat (Dep. Kes)
a. Pengangkatan dan pemberhentian staff	1 2 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak.....3
b. Tingkat dan prosedur penggajian	1 2 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak.....3
c. Pemberian pelayanan	1 2 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak.....3
d. Macam obat yang dibeli dan kapan dibeli	1 2 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak.....3
e. Macam peralatan kesehatan yang dibeli dan kapan harus dibeli	1 2 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak.....3
f. Harga pelayanan	1 2 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak.....3
g. Harga obat	1 2 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak.....3
h. Perawatan dan perluasan bangunan	1 2 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya..... 1 Tidak 3	Ya 1 Tidak.....3

- KODE DM1 KOLOM A:
- 1. Memberi usulan
 - 2. Mengambil keputusan
 - 3. Hanya menerima keputusan dari atas

(DMTYPE)	DM2. Setahun yang lalu, apakah Puskesmas ini pernah mengajukan usulan ke Dinas atau Pemerintah Pusat tentang hal-hal sebagai berikut:	
	A. Dinas Kesehatan	B. Pemerintah Pusat (Dep. Kes)
a. Pengangkatan dan pemberhentian staff	Ya 1 Tidak.....3	Ya Tidak.....
b. Tingkat dan prosedur penggajian	Ya 1 Tidak.....3	Ya Tidak.....
c. Pemberian pelayanan	Ya 1 Tidak.....3	Ya Tidak.....
d. Macam obat yang dibeli dan kapan dibeli	Ya 1 Tidak.....3	Ya Tidak.....
e. Macam peralatan kesehatan yang dibeli dan kapan harus dibeli	Ya 1 Tidak.....3	Ya Tidak.....
f. Harga pelayanan	Ya 1 Tidak.....3	Ya Tidak.....
g. Harga obat	Ya 1 Tidak.....3	Ya Tidak.....
h. Perawatan dan perluasan bangunan	Ya 1 Tidak.....3	Ya Tidak.....

SEKSI F: PENGAMATAN LANGSUNG

RUANG PENDAFTARAN/RUANG TUNGGU

FT1.	TEMPAT PENDAFTARAN DI PUSKESMAS/PUSTU INI ADALAH	MEJA PENDAFTARAN 1		
		LOKET 2		
FT2.	APAKAH DI RUANG PENDAFTARAN INI TERDAPAT :		YA	TIDAK
		a. KARTU REGISTRASI PASIEN 1	3	
		b. BUKU REGISTRASI 1	3	
		c. ALMARI /LACI TEMPAT ARSIP 1	3	
FT3.	APAKAH RUANG TUNGGU INI MERUPAKAN RUANG TERTUTUP [KAMAR]?	TIDAK ADA RUANG TUNGGU..... 6 → F1		
		TIDAK 3 → FT6		
		YA 1		
FT4.	APAKAH DI RUANG TUNGGU INI TERDAPAT:		YA	TIDAK
		A. JENDELA 1	3	
		B. CUKUP PENERANGAN 1	3	
		C. VENTILASI 1	3	
		D. KIPAS ANGIN 1	3	
		E. TEMPAT SAMPAH 1	3	
		F. BANGKU PANJANG/KURSI 1	3	
FT5.	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANG TUNGGU INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/ SAMPAH BER-SERAKAN, DSB.	KOTOR 1		
		BERSIH 3		
FT6.	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANG TUNGGU INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK YANG TERKELUPAS	KOTOR 1		
		BERSIH 3		
FT7.	BAGAIMANAKAH KEADAAN/KEBERSIHAN PLAFON [LANGIT-LANGIT] DI RUANG TUNGGU INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, LEMBAB, DSB.	KOTOR 1		
		BERSIH 3		
		RUSAK 5		
FT8.	Bila musim hujan, apakah ruang tunggu ini mengalami [...]		Ya	Tidak
		a. Kebocoran 1	3	
		b. Tampias 1	3	
		c. Kebanjiran 1	3	

SEKSI F: PENGAMATAN LANGSUNG

RUANG PERIKSA																									
F1. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANG PERIKSA INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/ SAMPAH BERSERAKAN,DSB.	KOTOR 1 BERSIH 3																								
F2. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANG PERIKSA INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK YANG TERKELUPAS	KOTOR 1 BERSIH 3																								
F2a. BAGAIMANAKAH KEADAAN/KEBERSIHAN PLAFON [LANGIT-LANGIT] DI RUANG PERIKSA INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, LEMBAB, JEBOL DSB.	KOTOR 1 BERSIH 3 RUSAK 5																								
F2b. APAKAH DI RUANG PERIKSA INI TERDAPAT:	<table><tr><td></td><td>YA</td><td>TIDAK</td></tr><tr><td>A. JENDELA</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>B. CUKUP PENERANGAN</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>C. VENTILASI</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>D. KIPAS ANGIN</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>E. TEMPAT MENCUCI TANGAN ..</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>F. MEJA PERIKSA</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>G. TEMPAT SAMPAH</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>		YA	TIDAK	A. JENDELA	1	3	B. CUKUP PENERANGAN	1	3	C. VENTILASI	1	3	D. KIPAS ANGIN	1	3	E. TEMPAT MENCUCI TANGAN ..	1	3	F. MEJA PERIKSA	1	3	G. TEMPAT SAMPAH	1	3
	YA	TIDAK																							
A. JENDELA	1	3																							
B. CUKUP PENERANGAN	1	3																							
C. VENTILASI	1	3																							
D. KIPAS ANGIN	1	3																							
E. TEMPAT MENCUCI TANGAN ..	1	3																							
F. MEJA PERIKSA	1	3																							
G. TEMPAT SAMPAH	1	3																							
F3. APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANG PERIKSA ?	TIDAK 3 → F5 YA..... 1																								
F4. BAGAIMANA KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT ? KOTOR = JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH, ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL	KOTOR 1 BERSIH 3																								

F5. APAKAH JENIS TEMPAT UNTUK MENCUCI TANGAN YANG TERDAPAT DI RUANG PERIKSA INI ?	WASTAFEL DENGAN AIR MENGALIR 1 WASKOM DENGAN AIR BERSIH 3 TIDAK ADA 6																								
F8. PERIKSA : APAKAH ADA RUANG KHUSUS UNTUK SUNTIK ?	TIDAK 3 → F13 YA 1																								
F9. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANG SUNTIK INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH, MAKANAN/SAMPAH BERSERAKAN, DSB.	KOTOR 1 BERSIH 3																								
F10. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANG SUNTIK INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, DAN CAT TEMBOK YANG TERKELUPAS	KOTOR 1 BERSIH 3																								
F10a. BAGAIMANAKAH KEADAAN/KEBERSIHAN PLAFON [LANGIT-LANGIT] DI RUANG SUNTIK INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, LEMBAB, JEBOL DSB.	KOTOR 1 BERSIH 3 RUSAK 5																								
F10b. APAKAH DI RUANG SUNTIK INI TERDAPAT;	<table><tr><td></td><td>YA</td><td>TIDAK</td></tr><tr><td>A. JENDELA</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>B. CUKUP PENERANGAN</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>C. VENTILASI</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>D. KIPAS ANGIN</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>E. TEMPAT MENCUCI TANGAN .</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>F. MEJA PERIKSA</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>G. TEMPAT SAMPAH</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>		YA	TIDAK	A. JENDELA	1	3	B. CUKUP PENERANGAN	1	3	C. VENTILASI	1	3	D. KIPAS ANGIN	1	3	E. TEMPAT MENCUCI TANGAN .	1	3	F. MEJA PERIKSA	1	3	G. TEMPAT SAMPAH	1	3
	YA	TIDAK																							
A. JENDELA	1	3																							
B. CUKUP PENERANGAN	1	3																							
C. VENTILASI	1	3																							
D. KIPAS ANGIN	1	3																							
E. TEMPAT MENCUCI TANGAN .	1	3																							
F. MEJA PERIKSA	1	3																							
G. TEMPAT SAMPAH	1	3																							
F10c. APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANG SUNTIK ?	TIDAK 3 → F11 YA 1																								

SEKSI F: PENGAMATAN LANGSUNG

F10d.	BAGAIMANA KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT ? KOTOR = JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH, ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL	KOTOR 1 BERSIH 3
F11.	APAKAH JENIS TEMPAT UNTUK MENCUCI TANGAN YANG TERDAPAT DI RUANG SUNTIK INI ?	WASTAFEL DENGAN AIR MENGALIR ... 1 WASKOM DENGAN AIR BERSIH 3 TIDAK ADA 6
F13.	Untuk penyuntikan pasien, jarum apa yang dipakai ?	Disposable 1 ➔ F15 (JARUM SEKALI PAKAI) Non disposable 2 (JARUM DAPAT DIPAKAI ULANG) Keduanya 3
F14.	Bagaimanakah cara sterilisasi jarum suntik yang dipakai disini ? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU	Dengan sterilisator A Merebus jarum dengan air mendidih..... B Merendam dengan alkohol C Memanaskan jarum dengan api D Tidak disterilisasi W

RUANG KIA – KB

F15. PERIKSA: APAKAH ADA RUANG KHUSUS UNTUK KEGIATAN KIA-KB?	TIDAK3 ➔ F30a YA1
F16. BAGAIMANAKAH KEADAANKEBERSIHAN LANTAI DI RUANG KIA-KB INI? KOTOR= JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/SAMPAH BERSERAKAN.	KOTOR1 BERSIH.....3
F17a. BAGAIMANAKAH KEADAAN / KEBERSIHAN PLAFON [LANGIT-LANGIT] DI RUANG KIA-KB INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, LEMBAB, JEBOL DSB.	KOTOR 1 BERSIH 3 RUSAK 5

F17b. APAKAH DI RUANGAN INI TERDAPAT KIA-KB:	YA	TIDAK
	a. JENDELA	1 3
	b. CUKUP PENERANGAN	1 3
	c. VENTILASI	1 3
	d. KIPAS ANGIN	1 3
	e. TEMPAT MENCUCI TANGAN	1 3
	f. MEJA GYNEKOLOGIS	1 3
	g. GRAFIK PWS (PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT)	1 3
	h. GRAFIK KIA (KESEHATAN IBU DAN ANAK).....	1 3
	i. KONSELING KIT	1 3
	j. TEMPAT SAMPAH	1 3
F18. APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANG PERIKSA KIA-KB?	TIDAK3 ➔ F20 YA1	
F19. BAGAIMANA KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT ? KOTOR = JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH, ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL	KOTOR 1 BERSIH 3	
F20. APAKAH JENIS TEMPAT UNTUK MENCUCI TANGAN YANG TERDAPAT DI RUANG KIA-KB INI?	WASTAFEL DENGAN AIR MENGALIR 1 WASKOM DENGAN AIR BERSIH 3 TIDAK ADA 6	

TEMPAT PENYIMPANAN VAKSIN

F30a. Apakah Puskesmas/Pustu ini mengadakan penyimpanan vaksin?	Tidak3 ➔ F40 Ya..... 1
F30. Bagaimanakah penyimpanan vaksin di Puskesmas/Pustu ini ? Disimpan di :	Tidak ada tempat penyimpanan vaksin6 ➔ F33 Lemari es/Freezer/box pendingin khusus vaksin 1 Lemari es biasa3

SEKSI F: PENGAMATAN LANGSUNG

F31. Apakah ada grafik / catatan tentang suhu freezer ?	Tidak 3 ➔ F33 Ada 1
F32. Bila ada, sebutkan tentang pencatatan terakhir . a. Kapan pencatatan terakhir b. Suhu freezer	Tanggal Bulan tahun / / a , Celcius b
F33. Berapa jumlah termos yang dipakai untuk membawa vaksin ke lapangan ?	Tidak melakukan imunisasi 96 ➔ F40 Termos 01
F34. Untuk penyuntikan vaksin, jarum apa yang dipakai ?	Disposable (JARUM SEKALI PAKAI) 1 ➔ F35a Non disposable (JARUM DAPAT DIPAKAI ULANG) .. 2 Keduanya 3

F35. Bagaimana cara sterilisasi yang dipakai ? JAWABAN DAPAT LEBIH DARI SATU	Dengan sterilisator A Merebus jarum dengan air mendidih B Merendam dengan alkohol C Memanaskan jarum dengan api D Tidak di steril W
F35a. Apakah sekarang mempunyai persediaan jarum ?	Ya 1 Tidak 3
F35b. Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu tidak mempunyai persediaan jarum ?	minggu 1 Selalu ada persediaan 6 TIDAK TAHU 8

RUANG LABORATORIUM

F40. Apakah di Puskesmas/Pustu ini ada ruang laboratorium ?	Tidak 3 ➔ SEKSI G Ya 1															
F41. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANG LABORATORIUM INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN / SAMPAH BERSERAKAN	KOTOR 1 BERSIH 3															
F42. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANG LABORATORIUM INI ? KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK TERKELUPAS	KOTOR 1 BERSIH 3															
F43. APAKAH JENIS TEMPAT UNTUK MENCUCI TANGAN YANG TERDAPAT DI RUANG LABORATORIUM INI ?	WASTAFEL DENGAN AIR YANG MENGALIR 1 WASKOM DENGAN AIR BERSIH 3 TIDAK ADA 6															
F44. APAKAH ADA TEMPAT SAMPAH DI RUANG LABORATORIUM INI?	YA 1 TIDAK 3															
F45. Apakah ruang laboratorium ini mempunyai peralatan :	<table><tr><td></td><td>Ya</td><td>Tidak</td></tr><tr><td>a. Mikroskop</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>b. Centrifuge</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>c. Lampu spiritus</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>d. Slides/gelas sediaan</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>		Ya	Tidak	a. Mikroskop	1	3	b. Centrifuge	1	3	c. Lampu spiritus	1	3	d. Slides/gelas sediaan	1	3
	Ya	Tidak														
a. Mikroskop	1	3														
b. Centrifuge	1	3														
c. Lampu spiritus	1	3														
d. Slides/gelas sediaan	1	3														

SEKSI G: KHUSUS UNIT PELAYANAN KB

RESPONDEN : PENANGGUNG JAWAB UNIT PELAYANAN KB																	
Nama : _____																	
Jabatan : _____																	
G1. Berapa jumlah staf Puskesmas/Pustu yang terlibat dalam pelayanan KB ?	<div><div>_____</div> 1</div> <div>TIDAK TAHU..... 8</div>																
G2. Sebutkan kategori dan jumlah dari tenaga tersebut :	<table><tr><td></td><td>Jumlah</td></tr><tr><td>Dokter</td><td>____</td></tr><tr><td>Bidan</td><td>____</td></tr><tr><td>Bidan desa</td><td>____</td></tr><tr><td>Perawat</td><td>____</td></tr><tr><td>Paramedis / Mantri</td><td>____</td></tr><tr><td>Pekarya</td><td>____</td></tr><tr><td>Lainnya</td><td>____</td></tr></table>		Jumlah	Dokter	____	Bidan	____	Bidan desa	____	Perawat	____	Paramedis / Mantri	____	Pekarya	____	Lainnya	____
	Jumlah																
Dokter	____																
Bidan	____																
Bidan desa	____																
Perawat	____																
Paramedis / Mantri	____																
Pekarya	____																
Lainnya	____																

Seandainya ada calon akseptor yang ingin memakai metode tertentu , tetapi metode tersebut tidak ada di sini, kemana dirujuk ?							
Metode	G12.					G13.	
	Jenis fasilitas					Jarak dari tempat ini	
b. Pil	96 ↓	01 05	02 06	03 07	04 08	1. _____, _____ km	8. TIDAK TAHU
c. Suntikan	96 ↓	01 05	02 06	03 07	04 08	1. _____, _____ km	8. TIDAK TAHU
d. IUD / spiral	96 ↓	01 05	02 06	03 07	04 08	1. _____, _____ km	8. TIDAK TAHU
e. Norplant/implant/susuk	96 ↓	01 05	02 06	03 07	04 08	1. _____, _____ km	8. TIDAK TAHU
f. Sterilisasi	96 ↓	01 05	02 06	03 07	04 08	1. _____, _____ km	8. TIDAK TAHU
g. Kondom Wanita/Femidom	96 ↓	01 05	02 06	03 07	04 08	1. _____, _____ km	8. TIDAK TAHU

- G12:
01. Rumah Sakit Pemerintah

02. Rumah Sakit Swasta

03. Puskesmas

04. Puskesmas Pembantu

05. Klinik Swasta

06. Dokter praktek swasta

07. Bidan/perawat/mantri praktek

08. Apotek

96. TIDAK MERUJUK

SEKSI G: KHUSUS UNIT PELAYANAN KB

G14.	Pada tahun berapa pil KB dosis rendah terdapat di fasilitas ini ?	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
G15a.	Bila seorang ibu menyusui dan ingin memakai alat KB, apa saja yang ibu anjurkan?	<div>Pil dosis rendah A</div> <div>Pil dosis menengah B</div> <div>IUD C</div> <div>Suntik KB D</div> <div>Susuk KB/Norplant E</div> <div>Sterilisasi F</div> <div>Kondom G</div> <div>Metode Tradisional H</div>
G15b.	Bila seorang Ibu menyusui dan ingin memakai alat KB, apa yang paling ibu anjurkan ?	<div>Pil dosis rendah 1</div> <div>Pil dosis menengah 2</div> <div>IUD 3</div> <div>Suntik KB 4</div> <div>Susuk KB/Norplant 5</div> <div>Sterilisasi 6</div> <div>Kondom 7</div> <div>Metode Tradisional 8</div>
G16.	Dalam satu tahun terakhir, keluhan komplikasi/efek samping apa yang dialami oleh pemakai Pil-KB ?	<div><div>Ya</div><div>Tidak</div></div> <div>a. Tidak haid/amenorhea 1 3</div> <div>b. Spotting 1 3</div> <div>c. Meno/metroragia 1 3</div> <div>d. Perubahan siklus haid 1 3</div> <div>e. Tekanan darah meningkat 1 3</div> <div>f. Berat badan bertambah 1 3</div> <div>g. Kloasma (vlek di wajah) 1 3</div> <div>h. ASI berkurang 1 3</div> <div>i. Rambut rontok 1 3</div> <div>j. Varises 1 3</div> <div>k. Perubahan libido 1 3</div> <div>l. Keputihan yang patologis 1 3</div>
G17.	Dalam satu tahun terakhir, keluhan komplikasi/efek samping apa dialami oleh pemakai Suntikan -KB ?	<div><div>Ya</div><div>Tidak</div></div> <div>a. Tidak haid/amenorhea 1 3</div> <div>b. Spotting 1 3</div> <div>c. Meno/metroragia 1 3</div> <div>d. Perubahan siklus haid 1 3</div> <div>e. Tekanan darah meningkat 1 3</div> <div>f. Berat badan bertambah 1 3</div> <div>g. Kloasma (vlek di wajah) 1 3</div> <div>h. ASI berkurang 1 3</div> <div>i. Rambut rontok 1 3</div> <div>j. Varises 1 3</div> <div>k. Perubahan libido 1 3</div> <div>l. Keputihan yang patologis 1 3</div>

KOMPLIKASI / EFEK SAMPING

G18.	Dalam satu tahun terakhir, keluhan komplikasi / efek samping apa yang paling banyak dialami oleh pemakai IUD Copper T ?	<div><div>Ya</div><div>Tidak</div></div> <div>a. Tidak haid/amenorhea 1 3</div> <div>b. Spotting 1 3</div> <div>c. Meno/metroragia 1 3</div> <div>d. Perubahan siklus haid 1 3</div> <div>e. Infeksi 1 3</div> <div>f. Nyeri perut bagian bawah 1 3</div> <div>g. Ekspulsi 1 3</div> <div>h. Benang hilang 1 3</div> <div>i. Kehamilan ektopik 1 3</div> <div>j. Varises 1 3</div> <div>k. Perubahan libido 1 3</div> <div>l. Keputihan yang patologis 1 3</div> <div>m. Translokasi 1 3</div>
G19.	Dalam satu tahun terakhir, keluhan komplikasi/efek samping apa yang dialami oleh pemakai Susuk-KB ?	<div><div>Ya</div><div>Tidak</div></div> <div>a. Tidak haid/amenorhea 1 3</div> <div>b. Spotting 1 3</div> <div>c. Meno/metroragia 1 3</div> <div>d. Perubahan siklus haid 1 3</div> <div>e. Infeksi 1 3</div> <div>f. Abses 1 3</div> <div>g. Hematoma 1 3</div> <div>h. Kapsul implant hilang/bergeser . 1 3</div> <div>i. Ekspulsi kapsul 1 3</div> <div>j. Varises 1 3</div> <div>k. Perubahan libido 1 3</div> <div>l. Keputihan yang patologis 1 3</div>

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

Pelayanan Kesehatan Orang Dewasa

H1.	Apakah fasilitas ini memberi pelayanan kesehatan untuk orang dewasa?	Tidak.....3 → H15 Ya1
H2.	Nama Responden : _____	
H3.	Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter umum1 Dokter spesialis2 Perawat3 Bidan4 Paramedis/mantri.....5
H4.	Pada tahun berapa I/B/S menyelesaikan studi I/B/S?	_____
H5.	<u>Sejak selesai melakukan</u> studi apakah I/B/S pernah mengikuti pelatihan?	Tidak.....3→H9 Ya1

Untuk setiap bidang di bawah ini, apakah I/B/S pernah menerima pelatihan, dan kapan?

		H6.	H7.	H8.
		Apakah setelah masa studi I/B/S, I/B/S pernah menerima pelatihan dalam hal [...]?	Dalam 12 bulan terakhir?	Dalam 5 tahun terakhir?
1.	Algoritma diagnosa penyakit orang dewasa	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
2.	Mengenai pengendalian penyakit tidak menular (non-communicable disease)	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
3.	Mengenai penyakit pernapasan	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
4.	Mengenai obat antibiotik untuk penyakit pernapasan	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak

H9.	Selanjutnya kami ingin mempelajari tentang prosedur pemeriksaan orang dewasa yang menderita batuk dan demam. Kami ingin mengetahui semua yang I/B/S lakukan mulai dari kedatangan pasien, pada saat melayani pasien, sampai saat pasien meninggalkan fasilitas ini. Kami akan membacakan tentang kasus seorang pasien, dan kami ingin menanyakan beberapa pertanyaan berkaitan dengan aktivitas yang I/B/S biasa lakukan. Jika satu bagian dari pertanyaan selesai, kami tidak dapat mengulanginya. Sekarang kami akan membacakan kasus pasien berikut
-----	--

PETUNJUK PEWAWANCARA:

1. BACAKAN SETIAP KASUS 2 KALI, DAN TANYAKAN PERTANYAAN H11-H14.
2. DENGARKAN JAWABAN RESPONDEN. GUNAKAN KODE 1 UNTUK JAWABAN SPONTAN RESPONDEN .
3. SESUDAH RESPONDEN MENYELESAIKAN SEMUA PERTANYAAN, JELASKAN KEPADA RESPONDEN BAHWA ANDA AKAN MENGULANG KASUSNYA LAGI.MULAI DARI AWAL
4. BACAKAN KASUSNYA SEKALI LAGI. DAN TANYAKAN PERTANYAAN H11-H14.
5. BACAKAN JAWABAN YANG BELUM DISEBUTKAN RESPONDEN SECARA SPONTAN. LINGKARI KODE JAWABAN YANG SESUAI.

H10.	Pak Widyono datang di fasilitas ini dengan keluhan bahwa dia terserang batuk dan demam. Saya ingin menanyakan yang I/B/S akan lakukan terhadap Pak Widyono ini.
------	---

H11.	Pertanyaan apa yang I/B/S tanyakan kepada pasien mengenai batuk dan demam yang dideritanya, dan mengenai keadaan kesehatannya?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Sudah berapa lama menderita kondisi seperti ini?	1	2	3
	b. Apakah mengalami sesak nafas?	1	2	3
	c. Apakah ada darah dalam batuk?	1	2	3
	d. Apa warna dari dahak yang dikeluarkan?	1	2	3
	e. Apakah dada terasa nyeri?	1	2	3
	f. Apa berat badan sempat turun?	1	2	3
	g. Apakah batuknya berlendir (batuk produktif)?	1	2	3
	h. Apakah sempat ada kontak dengan orang lain yang mengalami gangguan pernafasan/ TB?	1	2	3
	i. Berkeringat di malam hari?	1	2	3
	j. Sudah diobati apa ?	1	2	3
	k. Apakah badan terasa panas/ demam ?	1	2	3
	l. Apakah badan terasa lemas ?	1	2	3
	m. Apakah kepala terasa pusing ?	1	2	3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

H11.	Pertanyaan apa yang I/B/S tanyakan kepada pasien mengenai batuk dan demam yang dideritanya, dan mengenai keadaan kesehatannya?	Dijawab spontan	Dibacakan
	n. Apakah nafsu makan menjadi lemah ?	1	2 3
	o. Apakah ada rasa mual (mau muntah) ?	1	2 3
H12.	Pertanyaan apa yang I/B/S akan tanyakan mengenai riwayat kesehatan dan gaya hidup/kebiasaan Pak Widyono?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Apakah pernah menderita TB atau sedang meminum obat TB?	1	2 3
	b. Pernah menerima imunisasi BCG atau pernah mendapat hasil PPD atau Mantoux positif? <i>* Keterangan: PPD= purified protein derivative atau Mantoux, tes untuk TBC</i>	1	2 3
	c. Memiliki sejarah asma atau COPD? <i>* Keterangan: COPD=chronic obstructive pulmonary disease, penyakit paru-paru kronis</i>	1	2 3
	d. Memiliki sejarah masalah jantung?	1	2 3
	e. Memiliki sejarah tumor atau bedah perut	1	2 3
	f. Obat yang diminum akhir-akhir ini?	1	2 3
	g. Alergi terhadap obat tertentu?	1	2 3
	h. Punya kebiasaan merokok?	1	2 3
	i. Jumlah rokok/bungkus rokok sehari?	1	2 3
	j. Punya kebiasaan minum alkohol?	1	2 3
	k. Tinggal sendirian atau dengan orang lain?	1	2 3
	l. Jenis pekerjaan?	1	2 3
	m. Riwayat penyakit keturunan	1	2 3
	n. Kondisi sanitasi rumah / ventilasi, bagaimana	1	2 3
H13.	Apa yang I/B/S lakukan pada saat melakukan pemeriksaan fisik Pak Widyono?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Melihat penampilan fisik secara umum	1	2 3
	b. Mengambil temperatur	1	2 3
	c. Mendengarkan nafas	1	2 3
	d. Memeriksa iritasi tenggorokan	1	2 3
	e. Memeriksa kerongkongan/node limfe (lymph nodes)	1	2 3
	f. Melihat apakah dada cekung	1	2 3
	g. Palpasi perut <i>* Keterangan: palpasi: memeriksa dengan meraba dan menekan</i>	1	2 3
	h. Denyut jantung <i>Keterangan: vital signs: nafas, denyut nadi,</i> <i>Keterangan: IPPA = Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi</i>	1	2 3
H14.	Apa tes laboratorium yang akan I/B/S lakukan?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Rontgen dada	1	2 3
	b. Tes PPD atau mantoux	1	2 3
	c. Tes sputum/dahak untuk TBC	1	2 3
	d. Tes darah rutin.	1	2 3
	e. Fungsi hati	1	2 3
	f. CD4 cell count /tes darah CD4 <i>Keterangan: tes darah untuk melihat sistem kekebalan</i>	1	2 3
	g. Analisa urine	1	2 3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes

H15.	Apakah fasilitas ini memberi pelayanan kesehatan untuk orang dewasa penderita diabetes ?	Tidak.....3 → H30 Ya 1
H16.	Nama Responden : _____	
H17.	Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter umum 1 Dokter spesialis2 Perawat3 Bidan4 Paramedis/mantri.....5
H18.	Pada tahun berapa I/B/S menyelesaikan studi I/B/S?	_____
H19.	Apakah sejak selesai melakukan studi I/B/S pernah mengikuti pelatihan?	Tidak.....3→H23 Ya 1

		H20.	H21.	H22.
		Apakah setelah masa studi I/B/S, I/B/S pernah menerima pelatihan dalam hal [...]?	Dalam 12 bulan terakhir?	Dalam 5 tahun terakhir?
1.	Algoritma diagnosa penyakit orang dewasa	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
2.	Mengenai pengendalian penyakit tidak menular (non-communicable disease) –	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
3.	Mengenai penyakit diabetes	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
4.	Mengenai obat untuk penyakit diabetes.	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak

H23.	Selanjutnya dalam interview ini kami ingin mempelajari proses pemeriksaan orang dewasa yang menderita diabetes. Kami ingin mengetahui semua yang I/B/S lakukan mulai dari kedatangan pasien, pada saat melayani pasien, sampai saat pasien meninggalkan fasilitas ini. Kami akan menyebutkan tentang kasus seorang pasien, dan kami ingin menanyakan beberapa pertanyaan berkaitan dengan aktivitas yang I/B/S biasa lakukan. Jika satu bagian dari pertanyaan selesai, kami tidak dapat mengulangnya. Sekarang kami akan membacakan kasus pasien berikut:
------	--

PETUNJUK PEWAWANCARA:

1. BACAKAN SETIAP KASUS 2 KALI, DAN TANYAKAN PERTANYAAN H25-H29.
2. DENGARKAN JAWABAN RESPONDEN. GUNAKAN KODE 1 UNTUK JAWABAN SPONTAN RESPONDEN .
3. SESUDAH RESPONDEN MENYELESAIKAN SEMUA PERTANYAAN, JELASKAN KEPADA RESPONDEN BAHWA ANDA AKAN MENGULANG KASUSNYA LAGI.MULAI DARI AWAL
4. BACAKAN KASUSNYA SEKALI LAGI. DAN TANYAKAN PERTANYAAN H25-H29.
5. BACAKAN JAWABAN YANG BELUM DISEBUTKAN RESPONDEN SECARA SPONTAN. LINGKARI KODE JAWABAN YANG SESUAI.

H24.	Pak Widyono datang di fasilitas ini dan mengatakan bahwa ia ingin "melakukan tes gula darah". Pak Widyono baru 6 bulan tinggal di komunitas ini dan belum pernah mengunjungi fasilitas ini. Sekarang kami ingin menanyakan apa yang I/B/S lakukan dalam pelayanan terhadap Pak Widyono ini.
------	---

H25.	Pertanyaan apa yang I/B/S tanyakan kepada pasien mengenai keadaan fisiknya saat ini, gula darah nya, dan obat yang diambalnya?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Sudah berapa lama menderita kondisi seperti ini?	1	2 3
	b. Obat apa yang baru-baru ini diminum ?	1	2 3
	c. Apakah sering kencing ?	1	2 3
	d. Apakah sering haus?	1	2 3
	e. Apakah mengalami penurunan berat badan?	1	2 3
	f. Apakah banyak berkeringat ?	1	2 3
	g. Apakah merasa cemas dan dada berdebar?	1	2 3
	h. Apakah cepat merasa kenyang ?	1	2 3
	i. Edema(pembengkakan) atau weight retention?	1	2 3
	j. Apakah sedang menjalani perawatan untuk hipertensi?	1	2 3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

H26.	Pertanyaan apa yang I/B/S akan tanyakan mengenai riwayat kesehatan dan gaya hidup/kebiasaan Pak Widyono?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Sejarah hipertensi?	1	2	3
	b. Sejarah kolesterol tinggi?	1	2	3
	c. Pernah atau saat ini mengalami masalah jantung?	1	2	3
	d. Pernah melakukan pemeriksaan mata?	1	2	3
	e. Pernah dirawat karena penyakit ini?	1	2	3
	f. Pernah mengalami koma karena penyakit ini?	1	2	3
	g. Pernah mengalami gagal ginjal?	1	2	3
	h. Punya kebiasaan merokok?	1	2	3
	i. Jumlah rokok/bungkus rokok sehari?	1	2	3
	j. Punya kebiasaan minum alkohol?	1	2	3
	k. Sejarah imunisasi?	1	2	3
	l. Berolahraga rutin?	1	2	3
	m. Pertanyaan mengenai pola/kebiasaan makan?	1	2	3
H27.	Apa yang I/B/S lakukan pada saat melakukan pemeriksaan fisik Pak Widyono?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Pengukuran tekanan darah di satu lengan	1	2	3
	b. Pengukuran tekanan darah di kedua lengan	1	2	3
	c. Mendengarkan detak jantung	1	2	3
	d. Mendengarkan perut	1	2	3
	e. Memeriksa kaki, pembuluh darah periferi dan pembengkakan kaki	1	2	3
	f. Memeriksa pembuluh darah periferi	1	2	3
	g. Edema (pembengkakan)	1	2	3
	h. Memeriksa prostat	1	2	3
H28.	Apa tes laboratorium yang akan I/B/S lakukan?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Rontgen dada	1	2	3
	b. Tes darah : glukosa, creatinine	1	2	3
	c. Tes sputum / dahak	1	2	3
	d. Hitung Darah Lengkap Complete Blood Count/ <i>*Keterangan: tes darah untuk menghitung sel darah merah, sel darah putih, dan platelet darah.</i>	1	2	3
	e. Tes tryglycerides <i>*Keterangan: tes untuk melihat kelebihan lipid (lemak) didalam darah</i>	1	2	3
	f. Ultrasound	1	2	3
	g. Fungsi hati	1	2	3
	h. HbA1c <i>*Keterangan: tes yang dilakukan untuk melihat banyaknya glukosa yang melekat pada hemogloblin</i>	1	2	3
	i. Enzim hepatitis	1	2	3
H29.	Apa anjuran untuk pemeriksaan lanjut yang I/B/S tawarkan pada pasien?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Berhenti merokok	1	2	3
	b. Anjuran mengenai nutrisi	1	2	3
	c. Anjuran mengenai olahraga	1	2	3
	d. Memeriksa kaki	1	2	3
	e. Memberi rujukan ke dokter spesialis (mata, kaki, atau jantung)	1	2	3
	f. Memberikan resep anti-hypertensive <i>*Keterangan: obat untuk mengontrol tekanan darah-tinggi</i>	1	2	3
	g. Memberikan resep Metformin <i>*Keterangan: obat untuk diabetes</i>	1	2	3
	h. Membuat perjanjian untuk selanjutnya	1	2	3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

Pelayanan Kesehatan Anak-anak

H30.	Apakah fasilitas ini memberi pelayanan pengobatan untuk anak-anak	Tidak.....3 → H45 Ya 1
H31.	Nama Responden : _____	
H32.	Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter umum 1 Dokter spesialis 2 Perawat 3 Bidan 4 Paramedis/mantri..... 5
H33.	Pada tahun berapa I/B/S menyelesaikan studi I/B/S?	_____
H34.	Apakah sejak selesai melakukan studi I/B/S pernah mengikuti pelatihan?	Tidak.....3 → H38 Ya 1

		H35.	H36.	H37.
		Apakah setelah masa studi I/B/S, I/B/S pernah menerima pelatihan dalam hal [...]?	Dalam 12 bulan terakhir?	Dalam 5 tahun terakhir?
1.	Immunisasi Anak	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
2.	Pengobatan Infeksi Pernafasan Akut	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
3.	Pengobatan diare	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
4.	Pengobatan malaria	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
5.	Nutrisi / gizi	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
6.	Transmisi HIV pada kehamilan	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
7.	Pemeriksaan kehamilan	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak

H38. Selanjutnya kami ingin mengetahui bagaimana I/B/S melakukan pelayanan kesehatan kepada anak-anak. Kami ingin mengetahui segala hal yang I/B/S lakukan, mulai dari saat pasien datang, sampai dengan pasien pulang Saya akan menjelaskan kasus pasien dan akan menanyakan beberapa pertanyaan tentang apa saja yang I/B/S lakukan. Kita tidak dapat kembali dan merubah jawaban jika kita telah selesai setiap seksi.Sekarang saya akan membacakan kasusnya.

PETUNJUK PEWAWANCARA:

1. BACAKAN SETIAP KASUS 2 KALI, DAN TANYAKAN PERTANYAAN H40-H44.
2. DENGARKAN JAWABAN RESPONDEN. GUNAKAN KODE 1 UNTUK JAWABAN SPONTAN RESPONDEN .
3. SESUDAH RESPONDEN MENYELESAIKAN SEMUA PERTANYAAN, JELASKAN KEPADA RESPONDEN BAHWA ANDA AKAN MENGULANG KASUSNYA LAGI.MULAI DARI AWAL
4. BACAKAN KASUSNYA SEKALI LAGI. DAN TANYAKAN PERTANYAAN H40-H44.
5. BACAKAN JAWABAN YANG BELUM DISEBUTKAN RESPONDEN SECARA SPONTAN. LINGKARI KODE JAWABAN YANG SESUAI.

H39.	Ny Nani mendatangi fasilitas ini dengan anak perempuannya,seorang bayi berumur 8 bulan. Menurut penjelasannya anaknya telah dua hari menderita diare dan muntah-muntah .
------	--

H40.	Apa pertanyaan-pertanyaan penting yang I/B/S tanyakan tentang diare dan muntah-muntah?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Kapan mulainya diare?	1	2 3
	b. Berapa sering diare terjadi?	1	2 3
	c. Seperti apa tinja/muntahannya atau bagaimana baunya ?	1	2 3
	d. Apakah ada darah di muntahannya?	1	2 3
	e. Apakah ada darah di tinjanya?	1	2 3
	f. Apakah panas?	1	2 3
	g. Bagaimana tingkat keaktifannya (diam atau aktif)?	1	2 3
	h. Apakah anaknya mau makan atau minum?	1	2 3
	i. Apakah sudah diberi obat ?	1	2 3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

H40.	Apa pertanyaan-pertanyaan penting yang I/B/S tanyakan tentang diare dan muntah-muntah? j. Apakah ada tanda-tanda dehidrasi? k. Apakah muntahnya kuat (proyektil)? l. Apakah mengalami kejang-kejang? m. Apakah makan makanan yang tidak biasanya? n. Apakah ada kontak dengan anak sakit? o. Bagaimana kencingnya ?	Dijawab spontan 1 1 1 1 1 1	Dibacakan 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3
H41.	Pertanyaan apa yang I/B/S tanyakan tentang sejarah bayi dan lingkungannya ? a. Sejarah tentang penyakit yang sama? b. Alergi obat? c. Apakah ada masalah medis lain, operasi, atau kena HIV? d. Apakah ada komplikasi saat melahirkan atau lahir prematur? e. Akses air dan sanitasi? f. Sejarah imunisasi? g. Diberi ASI atau minuman lain ¿ h. Waktu kecil apakah normal pembuangan ? i. Pernah operasi yang berkaitan dengan usus ¿ k. Cara makan ? l. Cara merawat bayi	Dijawab spontan 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Dibacakan 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3
H42.	Apa yang I/B/S lakukan waktu melakukan pemeriksaan fisik terhadap bayi tersebut? a. Diperiksa penampilannya ? b. Diukur temperaturnya ? c. Diperiksa ujung kepalanya ? <i>Keterangan: apakah cekung?</i> d. Diperiksa denyut nadinya? e. Beratnya? f. Diukur tingginya? g. Menentukan waktu pengisian kembali kapiler /memeriksa dasar kuku. h. Diperiksa matanya i. Diperiksa elastisitas kulitnya ? j. Diperiksa perutnya untuk mendengarkan suara pencernaannya? k. Palpasi perut? <i>Keterangan: memeriksa perut dengan meraba dan menekan</i> l. Periksa tinja , apakah ada darah atau lendir ¿ m. Periksa telapak tangan? n. Periksa apakah ada edema atau pembengkakan di kaki? o. Pernafasan p. Tekanan darah	Dijawab spontan 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Dibacakan 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3
H43.	Apa tes laboratorium yang akan I/B/S lakukan? a. Check darah rutin/CBC? <i>*Keterangan CBC= complete blood count</i> b. Periksa tinja? c. Blood smear/dipstick untuk malaria? <i>*Keterangan: tes cepat untuk malaria</i>	Dijawab spontan 1 1 1	Dibacakan 2 3 2 3 2 3
H44.	Jika anak ini menderita diare ringan atau of viral etiology, tindakan apa yang I/B/S lakukan? . a. Disarankan minum banyak cairan ? b. Memberikan cairan untuk rehidrasi? c. Memberitahu bagaimana membuat cairan untuk rehidrasi di rumah d. Merekomendasikan vitamin suplemen?	Dijawab spontan 1 1 1 1	Dibacakan 2 3 2 3 2 3 2 3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

H44.	Jika anak ini menderita diare ringan atau of viral etiology, tindakan apa yang I/B/S lakukan? .	Dijawab spontan	Dibacakan	
	e. Merekomendasikan obat untuk panas?	1	2	3
	f. Menyuruh kembali ke tempat praktek jika keadaan memburuk . .	1	2	3
	g. Melanjutkan imunisasi ?	1	2	3
	h. Memberi ating?	1	2	3
	i. Merekomendasikan ating tic? .	1	2	3
	j. Rawat Inap?	1	2	3
	k. Menganjurkan untuk terus diberi ASI	1	2	3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan

H45.	Apakah fasilitas ini memberi pelayanan pemeriksaan kehamilan?	Tidak.....3 →CP Ya1
H46.	Nama responden : _____	
H47.	Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter Umum.....1 Dokter Spesialis.....2 Dokter Gigi.....3 Bidan4 Perawat/ating.....5
H48.	Pada tahun berapa I/B/S menyelesaikan studi I/B/S?	_____
H49.	Apakah sejak selesai melakukan studi I/B/S pernah mengikuti pelatihan?	Tidak.....3→H53 Ya1

		H50.	H51.	H52.
		Apakah setelah masa studi I/B/S, I/B/S pernah menerima pelatihan dalam hal [...]?	Dalam 12 bulan terakhir?	Dalam 5 tahun terakhir?
1.	Persalinan yang aman	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
2.	Resiko tinggi kehamilan	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
3.	Membantu pada saat menjelang kelahiran.	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
4.	HIV dalam kehamilan.	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
5.	Kasus obstetric/persalinan darurat	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
6.	Keluarga Berencana.	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak
7.	Lainnya	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak ↓	1. Ya 3. Tidak

H53.	Selanjutnya dalam wawancara ini kami ingin mempejari proses pemeriksaan kehamilan. Kami ingin mengetahui semua yang I/B/S lakukan mulai dari kedatangan pasien, pada saat melayani pasien, sampai saat pasien meninggalkan fasilitas ini. Kami akan menyebutkan tentang kasus seorang pasien, dan kami ingin menanyakan beberapa pertanyaan berkaitan dengan aktivitas yang I/B/S biasa lakukan. Jika satu bagian dari pertanyaan selesai, kami tidak dapat mengulangnya. Sekarang kami akan membacakan kasus pasien berikut:
------	---

PETUNJUK PEWAWANCARA:

1. BACAKAN SETIAP KASUS 2 KALI, DAN TANYAKAN PERTANYAAN H55-H60.
2. DENGARKAN JAWABAN RESPONDEN. GUNAKAN KODE 1 UNTUK JAWABAN SPONTAN RESPONDEN .
3. SESUDAH RESPONDEN MENYELESAIKAN SEMUA PERTANYAAN, JELASKAN KEPADA RESPONDEN BAHWA ANDA AKAN MENGULANG KASUSNYA LAGI.MULAI DARI AWAL
4. BACAKAN KASUSNYA SEKALI LAGI. DAN TANYAKAN PERTANYAAN H-55-H60.
5. BACAKAN JAWABAN YANG BELUM DISEBUTKAN RESPONDEN SECARA SPONTAN. LINGKARI KODE JAWABAN YANG SESUAI.

H54.	Ibu Ani,seorang wanita berusia 26 tahun,tidak mendapatkan menstruasi selama 3 bulan dan datang ke fasilitas I/B/S untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Ini merupakan kunjungan pertamanya.Mohon sebutkan apa saja yang I/B/S lakukan selama melakukan pemeriksaan kehamilan.
------	--

H55.	Apa pertanyaan-pertanyaan penting yang akan I/B/S tanyakan kepada ibu Ani tentang kehamilan dan kelahiran sebelumnya ?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Jumlah kehamilan sebelumnya?	1	2 3
	b. Jumlah anak yang hidup?	1	2 3
	c. Jumlah keguguran/aborsi/lahir mati?	1	2 3
	d. Apakah pernah mengalami pendarahan pada saat persalinan sebelumnya?	1	2 3
	e. Bagaimana persalinan anak sebelumnya?	1	2 3
	f. Berat lahir anak yang sebelumnya?	1	2 3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

H55.	Apa pertanyaan-pertanyaan penting yang akan I/B/S tanyakan kepada ibu Ani tentang kehamilan dan kelahiran sebelumnya ?	Dijawab spontan	Dibacakan
	g. Sejarah kelainan atau anomali <input type="checkbox"/> lcohol <input type="checkbox"/> ?	1	2 3
	h. Sejarah ginekologis (papsmear, pemakaian kontrasepsi, infeksi penyakit seksual)	1	2 3
H56.	Apa pertanyaan-pertanyaan penting yang I/B/S akan tanyakan mengenai kehamilan ibu Ani yang sekarang?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Kapan menstruasi terakhir?	1	2 3
	b. Apakah ada masalah kesehatan <input type="checkbox"/> lcohol <input type="checkbox"/> ?	1	2 3
	c. Apakah ada simptom obstetrik (kontraksi, pendarahan,dsb)?	1	2 3
	d. Apakah berat badan turun/naik,mengalami mual, muntah?	1	2 3
	e. Apakah sedang minum obat sekarang ?	1	2 3
H57.	Apa pertanyaan-pertanyaan penting yang akan I/B/S tanyakan mengenai sejarah kesehatan dan perilaku <input type="checkbox"/> lcohol <input type="checkbox"/> Ibu Ani?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Apakah ada sejarah darah tinggi?	1	2 3
	b. Apakah ada sejarah diabetes	1	2 3
	c. Apakah pernah menderita penyakit atau infeksi seksual termasuk HIV ?	1	2 3
	d. Tentang alat kontrasepsi yang digunakan sebelumnya?	1	2 3
	e. Suntikan tetanus pada kehamilan sebelumnya?	1	2 3
	f. Apakah pernah sakit jantung	1	2 3
	g. Sejarah penyakit menurun di keluarga?	1	2 3
	h. Apakah pernah menderita malaria?	1	2 3
	i. Apakah merokok atau pernah merokok?	1	2 3
	j. Apakah minum atau pernah minum <input type="checkbox"/> lcohol <input type="checkbox"/> ?	1	2 3
	k. Menilai apakah kehamilan ini mempunyai resiko tinggi.	1	2 3
	l. Apakah pernah melakukan operasi atau tidak	1	2 3
	m. Apakah pernah menderita penyakit asma	1	2 3
	n. Apakah pernah menderita penyakit ginjal	1	2 3
H58.	Apa yang I/B/S lakukan pada saat melakukan pemeriksaan fisik terhadap ibu Ani?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Tinggi badan ?	1	2 3
	b. Berat Badan ?	1	2 3
	c. Tekanan darah ?	1	2 3
	d. Palpasi perut/mengukur tinggi perut?	1	2 3
	e. Mendengarkan detak jantung bayi <input type="checkbox"/>	1	2 3
	f. Pemeriksaan pelvis <i>*Keterangan: pemeriksaan dalam</i>	1	2 3
	g. Periksa kalau ada edema <i>*Keterangan: pembengkakan, atau “odim”</i>	1	2 3
H59.	Pemeriksaan lab apakah yang I/B/S lakukan ?	Dijawab spontan	Dibacakan
	a. Tes kehamilan ?	1	2 3
	b. Pemeriksaan hemoglobin?	1	2 3
	c. Pemeriksaan urin untuk diabetes ?	1	2 3
	d. Pemeriksaan urin untuk protein ?	1	2 3
	e. Ultrasound/(USG)?	1	2 3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

H59.	Pemeriksaan lab apakah yang I/B/S lakukan ?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	f. Tes keping darah (platelet darah)?	1	2	3
	g. Enzim hati	1	2	3
	h. Chem 7/BUN/creatinine <i>*Keterangan:</i> <i>Tes Chem 7 adalah 7 tes kimia untuk memperoleh informasi mengenai metabolisme tubuh.</i> <i>Tes BUN = blood urea nitrogen mengukur banyak urea nitrogen dalam darah, memberikan informasi mengenai metabolisme dan fungsi hati.</i> <i>Tes Creatinine mengukur kadar creatinine di darah, memberikan informasi mengenai fungsi ginjal</i>	1	2	3
	i. Skrining HIV	1	2	3
	j. Tes infeksi seksual, sipilis atau gonorea	1	2	3
	k. Antibodi Rubella <i>*Keterangan: tes untuk melihat apakah tubuh sudah memiliki antibodi terhadap virus Rubella</i>	1	2	3
	l. Golongan darah atau status resus	1	2	3
H60.	Prosedur atau pesan apa yang I/B/S berikan sebelum ibu Ani pulang?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Nasihat tentang nutrisi ?	1	2	3
	b. Diberi suntikan tetanus?	1	2	3
	c. Memberi pil zat besi/folic acid?	1	2	3
	d. Membuat skedul pemeriksaan berikutnya?	1	2	3
	e. Membuat rencana tentang persalinan?	1	2	3
	f. Memberi nasihat tentang tanda-tanda yang membahayakan untuk segera meminta pertolongan darurat?	1	2	3
	g. Memberikan rekomendasi tentang laktasi/kontrasepsi?	1	2	3
	h. Memberikan konseling/tes tentang HIV?	1	2	3
	i. Mengisi kartu prenatal?	1	2	3

SEKSI CP: CATATAN PEWAWANCARA

	NOMOR PERTANYAAN	KETERANGAN
CP1. Pertanyaan yang jawabannya meragukan		
CP2. Pertanyaan yang memerlukan konversi satuan		
CP3. Pertanyaan yang menggunakan data sekunder, yang datanya tidak jelas		
CP4. Masalah-masalah lainnya		

CATATAN PEWAWANCARA