

PEWAWANCARA :

RAHASIA

IDW:

PEMERIKSA:

SURVAI ASPEK KEHIDUPAN RUMAH TANGGA INDONESIA 2007

FASILITAS KESEHATAN

DOKTER / KLINIK / BIDAN / PARAMEDIS / PERAWAT / BIDAN DESA

SEKSI: LK, PB, A, B, PH, C, BD, E, H, CP

NAMA FASILITAS:

KODE FASILITAS

JENIS BUKU

BUKU WAWANCARA PRAKTEK SWASTA

	WAWANCARA I	WAWANCARA II	WAWANCARA III	<div><div>CK1. Wawancara dilakukan semuanya/sebagian besar dalam bahasa?</div><div><div></div> Lainnya .....</div><div>CK2. Bahasa lain yang digunakan (jika ada):</div><div><div></div> Lainnya</div></div>	<div><div>KODE BAHASA:</div><div><div>00. Indonesia</div><div>01. Jawa</div><div>02. Sunda</div><div>03. Bali</div><div>04. Batak</div><div>05. Bugis</div><div>06. Cina</div><div>07. Madura</div><div>08. Sasak</div><div>09. Minang</div><div>10. Banjar</div><div>11. Bima</div><div>12. Makasar</div><div>13. Nias</div><div>14. Palembang</div><div>15. Sumbawa</div><div>16. Toraja</div><div>17. Lahat</div><div>18. Sum. Sel lainnya</div><div>19. Betawi</div><div>20. Lampung</div><div>96. TIDAK ADA</div><div>95. Lainnya</div></div></div>
TANGGAL	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>TGL / BULAN / TAHUN</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>TGL / BULAN / TAHUN</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>TGL / BULAN / TAHUN</div>		
WAKTU MULAI	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>JAM/MENIT</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>JAM/MENIT</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>JAM/MENIT</div>		
WAKTU SELESAI	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>JAM/MENIT</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>JAM/MENIT</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>JAM/MENIT</div>		
HASIL WAWANCARA	<div><div></div></div>	<div><div></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
<div>Apakah Fasilitas ini terdaftar di SD2/dan terpilih sebagai sampel?<div>1. Ya</div><div>3. Tidak</div></div>	<div><div>1. Selesai →FP5</div><div>2. Selesai sebagian</div><div>3. Tidak selesai</div><div>4. Wilcah kembar dengan Wilcah <div></div> →FP5</div></div>	<div><div>1. Responden tidak di tempat/bepergian</div><div>2. Responden sibuk</div><div>3. Responden menolak</div></div>	<div><div>1. Data dientri, tanpa kesalahan</div><div>2. Data dientri, dan dikoreksi</div><div>3. Edit manual tanpa CAFÉ</div><div>4. Data dientri, tanpa dikoreksi: <div></div></div></div>	<div><div><div>Ya</div><div>Tidak</div></div><div><div>a. Diobservasi.....</div><div>1</div><div>3</div></div><div><div>b. Diperiksa .....</div><div>1</div><div>3</div></div><div><div>c. Diveirfikasi</div><div>1</div><div>3</div></div></div>

SEKSI LK : LEMBAR KENDALI

[illegible]

PENGAWASAN		KODE
LK15.	Nama Pewawancara _____	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
LK16.	Nama Pemeriksa _____	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
LK17.	Name Pengawas Lokal _____	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
LK19.	Nama Koordinator Lapangan _____	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

LK20. Apakah fasilitas ini diwawancarai pada tahun 1993?	1. Ya	3. Tidak
LK21. Apakah fasilitas ini diwawancarai pada tahun 1997?	1. Ya	3. Tidak
LK22. Apakah fasilitas ini diwawancarai pada tahun 1998?	1. Ya	3. Tidak
LK23. Apakah fasilitas ini diwawancarai pada tahun 2000?	1. Ya	3. Tidak

SEKSI PB : PRAKTEK BERSAMA

Sekarang kami ingin menanyakan mengenai tempat praktek Ibu/Bapak/Sdr.

PB1. Apakah tempat praktek ini mempunyai beberapa tenaga medis?	Tidak 3 ➔SEKSI A Ya 1
PB2. Berapa jumlah tenaga medis yang berpraktek di sini?	<input type="text"/> tenaga medis
PB3. Berapa jumlah tenaga medis [...]?:	
A. Dokter umum	A. <input type="text"/> orang
B. Dokter spesialis anak	B. <input type="text"/> orang
C. Dokter spesialis kandungan	C. <input type="text"/> orang
D. Dokter spesialis penyakit dalam	D. <input type="text"/> orang
E. Dokter THT	E. <input type="text"/> orang
F. Dokter gigi	F. <input type="text"/> orang
G. Bidan	G. <input type="text"/> orang
H. Perawat	H. <input type="text"/> orang
I. Spesialis lainnya	I. <input type="text"/> orang
J. Paramedis/Mantri	J. <input type="text"/> orang
PB4. Apakah tenaga-tenaga medis ini menggunakan peralatan bersama?	Ya 1 Tidak 3
PB5. Bagaimana pengelolaan keuangan dilakukan?	Dikelola bersama 1 Dikelola masing-masing 2 Lainnya 3

SEKSI A : UMUM

Berikut ini kami ingin mengetahui riwayat Ibu/Bapak//Saudara.

A1. Nama : _____		A2. Umur : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun 8. TIDAK TAHU	
------------------	--	--	--

<div>A2a. Apakah Ibu/Bapak/Sdr seorang dokter?</div> <div>Ya 1 → A3</div> <div>Tidak 3</div>	
<div>A2b. Apakah tingkat pendidikan tertinggi yang pernah ditamatkan?</div> <div>SLTA/SPK..... 01</div> <div>D1/Bidan 02</div> <div>D2 03</div> <div>D3/Sarjana Muda 04</div> <div>Sarjana lainnya 05</div> <div>Sarjana Kesehatan Masyarakat 06</div> <div>S2/S3 07</div> <div>Lainnya 95</div>	
<div>A2c. Apakah Ibu merupakan Bidan Delima?</div> <div>Tidak 3→ A3a</div> <div>Ya 1</div>	
<div>A2d. Berapa lama Ibu harus menjalani pelatihan tambahan untuk menjadi bidan delima?</div>	<div>6. Tidak ada pelatihan → A3a</div> <div>1. Pelatihan <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>1. Minggu</div> <div>2. Bulan</div>
<div>A2e. Berapa biaya pelatihan untuk menjadi bidan delima ?</div>	<div>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</div> <div>3. Tidak ada biaya</div> <div>→ A3a</div>
<div>A3. Ibu/Bapak/Sdr.lulus dari universitas mana ?</div>	<div>a. Universitas Indonesia 01</div> <div>Universitas Gadjah Mada..... 02</div> <div>Universitas Airlangga 03</div> <div>Universitas Diponegoro..... 04</div> <div>Universitas Padjadjaran 05</div> <div>Universitas Negeri lainnya 06</div> <div>Universitas Swasta 07</div> <div>Lainnya 95</div> <div>b. Lulus tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div>

<div>A3a. Tahun berapa Ibu/Bapak/Sdr./klinik ini praktek pertama kali?</div>	<div>Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div>
<div>A4. Sudah berapa lama Ibu/Bapak/ Sdr/ klinik ini berpraktek di tempat ini?</div>	<div>a. <input type="text"/> <input type="text"/> tahun</div> <div>b. <input type="text"/> <input type="text"/> bulan</div>
<div>A5. Bagaimana status tempat praktek ini?</div>	<div>Rumah sendiri 01</div> <div>Rumah dinas 02</div> <div>Sewa/kontrak bagi hasil 03</div> <div>Tempat lain, milik sendiri 04</div> <div>Puskesmas/Pustu 05</div> <div>Rumah sakit 06</div> <div>Lainnya 95</div>
<div>A6. Sebelum praktek di tempat ini, apakah Ibu/Bapak/Sdr pernah praktek di :</div>	<div>Ya Tidak</div> <div>a. tempat lain di desa yang sama.....1 3</div> <div>b. tempat lain di kecamatan yang sama.....1 3</div>
<div>A7. Apakah Ibu/Bapak/Sdr. saat ini juga mempunyai tempat praktek di tempat lain ?</div>	<div>Tidak 3 → A9</div> <div>Ya 1</div>
<div>A8. Berapa jauh tempat praktek tersebut dari sini (tempat praktek ini) ? (Bila lebih dari satu tempat praktek, sebutkan yang terdekat)</div>	<div>Kurang dari 5 km .....1</div> <div>Antara 5 - 10 km .....3</div> <div>Lebih dari 10 km .....5</div>
<div>A9. Apakah Ibu/Bapak/Saudara dapat berbicara bahasa daerah setempat?</div>	<div>Ya 1</div> <div>Tidak 3</div>
<div>A10. Apakah Ibu/Bapak/Saudara berasal dari propinsi ini?</div>	<div>Ya 1</div> <div>Tidak 3</div>
<div>A10a. Selain praktek ditempat ini apakah Ibu/Bapak/Sdr. mempunyai pekerjaan utama pada pagi hari?</div>	<div>Tidak 3 → A17</div> <div>Ya 1</div>

SEKSI A : UMUM

A11. Di manakah tempat kerja utama Ibu/Bapak/Saudara ?	Puskesmas/pustu 01 RS Pemerintah 02 Kantor/Administrasi Kesehatan 03 Instansi ABRI 04 Sarana kesehatan BUMN/BUMD 05 Departemen lain 06 Sarana kesehatan swasta 07 Swasta non medis 08 Bidan Desa 10 Universitas/Kampus 11 Lainnya 95
A12. Sebutkan nama dan lokasi tempat kerja utama tersebut : (Jika alamat sama dengan LK lingkari 3)	a. Institusi _____ b. Alamat _____ c. Desa 1. _____ 3. Sama 8. TT d. Kecamatan 1. _____ 3. Sama 8. TT e. Kabupaten 1. _____ 3. Sama 8. TT f. Propinsi 1. _____ 3. Sama 8. TT
A26. Apa status pekerjaan utama tersebut?	Pekerja keluarga tidak dibayar 06 Berusaha sendiri 01 Berusaha sendiri dengan bantuan ART lain/karyawan tidak tetap 02 Berusaha sendiri dengan karyawan tetap 03 Buruh/karyawan pemerintah 04 Buruh/Karyawan swasta 05 Pekerja Bebas Pertanian 07 Pekerja Bebas Non-Pertanian..... 08
A27. Berapa jam per minggu waktu yang dipakai oleh Ibu/Bapak/Saudara dalam pekerjaan tersebut?	____ jam per minggu 1 TIDAK TAHU..... 8

A17. Apakah di tempat praktek ini memakai penerangan listrik ?	Tidak 3 → A19 Ya 1
A18. Dari manakah sumber listrik yang digunakan ?	PLN 01 Pemerintah setempat/instansi pemerintah 02 Generator puskesmas 03 Swadaya masyarakat 04 Perusahaan swasta/koperasi 05 Lainnya 95
A19. Sebutkan sumber air utama yang di gunakan !	Air Mineral/Aqua 10→ A23 Air ledeng (PAM) 01 Sumur/ pompa (listrik/tangan, dll) 02 Sumur timba /perigi 03 Mata air 04 Air hujan 05 Air sungai/kali 06 Air danau 07 Kolam/balong/Empang 08 Bak Penampungan 09 Lainnya 95
A20. Apakah sumber air tersebut ada di dalam gedung ?	Ya..... 1→ A23 Tidak 3
A21. Berapa jauh dari gedung ?	Kurang dari 10 meter 1 10 - 30 meter 2 Lebih dari 30 meter 3

SEKSI A : UMUM

(ATYPE)	A23.			A24.
	Sejak tahun 2000, apakah ada perubahan dalam/mengalami [...]?			Apakah perubahan [...] mempengaruhi pelayanan sehari-hari Ibu/Bapak/Saudara/ klinik ini?
A. Persediaan obat-obatan	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
B. Ketersediaan Perlengkapan	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
C. Ketersediaan Air	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
D. Harga Obat-obatan	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
E. Harga perlengkapan	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
F. Harga BBM	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
G. Harga barang lain	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
H. Jumlah pasien	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
I. Jumlah staf	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
J. Persediaan alat KB	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
K. Kualitas udara	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya ➡	Ya, lebih baik 1 Tidak ada pengaruh 2 Ya, lebih buruk .....3
	SEKSI B	SEKSI B		

SEKSI B : KEGIATAN PRAKTEK

Berikut ini kami ingin menanyakan tentang beberapa hal yang berhubungan dengan tempat praktek Ibu/Bapak/ Saudara.

(B1TYPE) Kapan waktu buka praktek? Hari:	B2a.	B2b.	B3a.	B3b.
	Jam buka pagi	Jam tutup pagi	Jam buka sore	Jam tutup sore
a. Senin	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___
b. Selasa	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___
c. Rabu	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___
d. Kamis	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___
e. Jumat.....	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___
f. Sabtu	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___
g. Minggu	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___

JENIS PELAYANAN (B2TYPE)	B5. Apakah ada pelayanan [...] ?	B6. Biaya pelayanan ? [termasuk biaya loket kunjungan baru]	B7. Satuan Unit	B7a. Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	B7b. Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
1. Rawat inap	3. Tidak ↓ 1. Ya ➔	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	per hari		
2a. Pengobatan Dewasa	3. Tidak ↓ 1. Ya ➔	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
2b. Pengobatan anak	3. Tidak ↓ 1. Ya ➔	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
2. Periksa saja/Konsultasi	3. Tidak ↓ 1. Ya ➔	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
3. Periksa + Suntikan+ Obat	3. Tidak ↓ 1. Ya ➔	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
4. Periksa + Suntikan	3. Tidak ↓ 1. Ya ➔	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
5. Periksa + Obat	3. Tidak ↓ 1. Ya ➔	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		

SEKSI B : KEGIATAN PRAKTEK

JENIS PELAYANAN (B2TYPE)	B5.	B6.	B7.	B7a.	B7b.
	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan ? [termasuk biaya loket kunjungan baru]	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
6. Jahit luka	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.	per jahitan		
a. Jahitan pertama	↓	3. Tidak membayar			
b. Jahitan berikutnya	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.	per jahitan		
	↓	3. Tidak membayar			
7. Ganti perban	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.	per kunjungan		
	↓	3. Tidak membayar			
8. Insisi abses / membelah bisul	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.	per tindakan		
	↓	3. Tidak membayar			
9. Sunat	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.	per kali sunat		
	↓	3. Tidak membayar			
11. Pengobatan tuberkulosis [TBC]	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.	per kunjungan		
	↓	3. Tidak membayar			
10. Check up/kir	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.	per kunjungan		
	↓	3. Tidak membayar			
26. Periksa gigi	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.	per kali periksa		
	↓	3. Tidak membayar			
12. Periksa hamil	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.	per kali periksa		
	↓	3. Tidak membayar			
13. Pertolongan persalinan	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.	per persalinan		
	↓	3. Tidak membayar			
17. Pemberian pil KB .					
a. Microgynon30 [PT Schering]	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.	Per strip pil KB	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
	↓	3. Tidak membayar			
b. Marvelon 28	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.	Per strip pil KB	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
	↓	3. Tidak membayar			
c. Excluton 28	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.	Per strip pil KB	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
	↓	3. Tidak membayar			

SEKSI B : KEGIATAN PRAKTEK

JENIS PELAYANAN (B2TYPE)	B5.	B6.	B7.	B7a.	B7b.
	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan ? [termasuk biaya loket kunjungan baru]	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
d. Nordette	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 strip pil KB	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
f. Pil KB andalan	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 strip pil KB	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
v. Lainnya	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 strip pil KB	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
19. IUD Copper T					
a. Pemasangan	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	satu kali pemasangan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
b. Pengeluaran/pelepasan	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	satu kali pengeluaran/pelepasan		
20. Pelayanan KB Suntikan					
a. Depo-Provera	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 suntikan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
b. Depo- Progestin	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 suntikan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
c. Noristerat	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 suntikan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
d. Cyclofeem	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 suntikan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
e. Cyclogeston	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 suntikan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
f. KB Andalan	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 suntikan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
21. Pelayanan Susuk KB					
a. Pemasangan susuk KB	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	satu kali pemasangan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
b. Pengeluaran susuk KB	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	satu kali pengeluaran/pelepasan		

SEKSI B : KEGIATAN PRAKTEK

JENIS PELAYANAN (B2TYPE)	B5.	B6.	B7.	B7a.	B7b.
	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan ? [termasuk biaya loket kunjungan baru]	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
c. Pemasangan Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya .....1 Tidak.....3	[] [] minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
d. Pengeluaran Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		
24. Pengobatan efek samping KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
25. Periksa ulang / Kontrol KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
27. Pengukuran Tekanan Darah	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
28. Tes kolesterol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
29. Tes gula darah	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
30. Tes Osteoporosis	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
31. Tes jantung	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		

SEKSI B : KEGIATAN PRAKTEK

	B5.	B6.	B7.	B7a.	B7b.
JENIS PELAYANAN (B2TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan ? [termasuk biaya loket kunjungan baru]	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
32. Vaksin:					
a. BCG	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya .....1 Tidak.....3	____ minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
b. DPT	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya .....1 Tidak.....3	____ minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
c. Anti polio	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali vaksinasi	Ya .....1 Tidak.....3	____ minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
d. Campak	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya .....1 Tidak.....3	____ minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
e. Tetanus Toxoid	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya .....1 Tidak.....3	____ minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
f. Hepatitis B, untuk bayi	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya .....1 Tidak.....3	____ minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
g. Hepatitis B, untuk dewasa	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya .....1 Tidak.....3	____ minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6

SEKSI B : KEGIATAN PRAKTEK

Berikut ini kami ingin menanyakan tentang pasien yang tidak dapat ditangani dan dirujuk ke fasilitas lain.

(B3TYPE)	A. Rumah sakit	B. Puskesmas	C. Laboratorium
B10. Bila ada pasien yang harus dirujuk ke fasilitas lain, apakah Ibu/Bapak/Saudara merujuk ke [...]?	<div>1.Ya<div>↓</div></div> <div>3. Tidak →</div> <div>1>Nama8. TT</div> <div>1. Alamat8. TT</div> <div>1. Lokasi8. TT</div> <div>Desa: 1. 3. Sama8. TT</div> <div>Kec: 1. 3. Sama8. TT</div> <div>Kab: 1. 3. Sama8. TT</div> <div>Prov: 1. 3. Sama8. TT</div>	<div>1.Ya<div>↓</div></div> <div>3. Tidak →</div> <div>1>Nama8. TT</div> <div>1. Alamat8. TT</div> <div>1. Lokasi8. TT</div> <div>Desa: 1. 3. Sama8. TT</div> <div>Kec: 1. 3. Sama8. TT</div> <div>Kab: 1. 3. Sama8. TT</div> <div>Prov: 1. 3. Sama8. TT</div>	<div>1.Ya<div>↓</div></div> <div>3. Tidak →</div> <div>1>Nama8. TT</div> <div>1. Alamat8. TT</div> <div>1. Lokasi8. TT</div> <div>Desa: 1. 3. Sama8. TT</div> <div>Kec: 1. 3. Sama8. TT</div> <div>Kab: 1. 3. Sama8. TT</div> <div>Prov: 1. 3. Sama8. TT</div>
B11. Berapa jarak yang harus ditempuh dari lokasi fasilitas praktek Ibu/Bapak/Saudara ke lokasi fasilitas rujukan [...]?	<div>1. , Km</div> <div>8. TIDAK TAHU</div>	<div>1. , Km</div> <div>8. TIDAK TAHU</div>	<div>1. , Km</div> <div>8. TIDAK TAHU</div>
B13. Kira-kira berapa biaya sekali jalan untuk merujuk pasien ke fasilitas rujukan?	<div>1. . Rupiah</div> <div>8. TIDAK TAHU</div>	<div>1. . Rupiah</div> <div>8. TIDAK TAHU</div>	<div>1. . Rupiah</div> <div>8. TIDAK TAHU</div>
B13a. Jika pasien miskin dirujuk ke [...], apakah disediakan transportasi ?	<div>3. Tidak disediakan ambulans dan tidak diberi uang transport → B10 KOLOM BERIKUT</div> <div>1. Ya, transportasi disediakan dengan ambulans gratis</div> <div>2. Ya, diberi uang transport ke tempat yang dirujuk</div>	<div>3. Tidak disediakan ambulans dan tidak diberi uang transport → B10 KOLOM BERIKUT</div> <div>1. Ya, transportasi disediakan dengan ambulans gratis</div> <div>2. Ya, diberi uang transport ke tempat yang dirujuk</div>	<div>3. Tidak disediakan ambulans dan tidak diberi uang transport → B14</div> <div>1. Ya, transportasi disediakan dengan ambulans gratis</div> <div>2. Ya, diberi uang transport ke tempat yang dirujuk</div>
B13b. Berapa besar nilai uang transport yang diberikan atau nilai jasa transportasi yang diberikan?	<div>1. . Rupiah</div> <div>8. TIDAK TAHU</div> <div>→ KOLOM BERIKUT</div>	<div>1. . Rupiah</div> <div>8. TIDAK TAHU</div> <div>→ KOLOM BERIKUT</div>	<div>1. . Rupiah</div> <div>8. TIDAK TAHU</div> <div>→ B14</div>

SEKSI B : KEGIATAN PRAKTEK

Jumlah pasien yang datang ke tempat praktek:

B14.	B15.	B16.
CATATLAH SEMUA KUNJUNGAN PASIEN DI TEMPAT PRAKTEK INI MINGGU YANG LALU, MULAI DARI HARI MINGGU SAMPAI HARI SABTU! a. Tanggal / / Bulan / / sampa b. Tanggal / / Bulan / / c. Tidak Praktek ➔ B16ba	Hari	Jumlah pasien [...] Total
	A. Minggu	1. 3 ↓ 6 ↓ 8 ↓
	B. Senin	1. 3 ↓ 6 ↓ 8 ↓
	C. Selasa	1. 3 ↓ 6 ↓ 8 ↓
	D. Rabu	1. 3 ↓ 6 ↓ 8 ↓
	E. Kamis	1. 3 ↓ 6 ↓ 8 ↓
	F. Jumat	1. 3 ↓ 6 ↓ 8 ↓
	G. Sabtu	1. 3 ↓ 6 ↓ 8 ↓

KODE B16: 3. TIDAK ADA 6. TIDAK BERLAKU 8. TIDAK TAHU

B16ba.	Apakah Ibu/Bapak/Saudara. memberikan pelayanan gratis atau dengan subsidi kepada penduduk miskin ?	Tidak 3 ➔ B16f Ya 1
---------------	--	---

(B5TYPE)	B16da.
	Berapakah biaya pelayanan [...] untuk keluarga miskin?
A. Pemeriksaan dasar + obat / suntikan	. Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan.....6
B. Pelayanan antenatal	. Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan..... 6
C. Melahirkan	. Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan..... 6
E. Imunisasi untuk Anak	. Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan..... 6
F. Pil KB	. Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan..... 6
G. Suntikan KB	. Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan..... 6

B16f. Dibandingkan tahun 2000, apakah ada perubahan jumlah pasien per minggu yang berobat ke fasilitas ini?	Bertambah banyak .....1 Agak bertambah .....2 Tidak ada perubahan .....3 Agak berkurang .....4 Berkurang banyak5
--	--

SEKSI B : KEGIATAN PRAKTEK

Pemeriksaan Laboratorium

B17.	B18.	B19.	B20.
JENIS PEMERIKSAAN (B4 TYPE)	Apakah pemeriksaan [...] dapat dilakukan di tempat praktek ini?	Berapa biaya yang dikenakan kepada pasien?	Bila diperiksa di luar tempat praktek, berapa jauh jaraknya dari tempat praktek ini? (Tempat yang dirujuk oleh dokter)
a. Hemoglobin (Hb)	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU.....8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
b. Hitung lekosit	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU.....8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
c. Hitung jenis	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU.....8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU 8
d. Hitung eritrosit	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU.....8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
e. Urinalisis	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU.....8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
f. Test kehamilan	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU.....8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
g. Periksa Tinja	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU.....8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
h. Pemeriksaan sputum	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU.....8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
l. Pemeriksaan Kolesterol	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU 8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
j. Test gula darah	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU 8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
k. Pemeriksaan Osteoporosis	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU 8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU .....8
l. Pemeriksaan paru-paru	Tidak 3 ➔ B20 Ya 1	..... Rupiah .....1↓ TIDAK TAHU 8↓	..... km.....1 TIDAK TAHU8

SEKSI PH: PHARMACY

PH00.	Apakah I/B/S menuliskan resep obat untuk pasien ?	Tidak 3 ➔ SEKSI BERIKUT Ya 1
PH01.	Kemana pasien dirujuk untuk menebus obat ?	Apotik ditempat praktek 1 Apotik yang dirujuk 2
PH02.	Sebutkan nama dan alamat lengkap Apotik yang sering dirujuk oleh I./B/S ? CATATAN PEWAWANCARA. : TULISKAN NAMA DAN ALAMAT LENGKAP APOTIK, DAN LAKUKAN WAWANCARA	Nama Apotik : _____ Alamat : _____ Ketlok : _____ _____ Kode pos : [][][][][][] Nomor Telepon/HP : A. Telepon [][][][][] – [][][][][][][][][][] a. Kode b. nomor B. Handphone [][][][][][][][][][][][][][] Milik _____ W. TIDAK BERLAKU Y. TIDAK TAHU

SEKSI PH: PHARMACY

(PHTYPE)	PH03.	PH04.	PH05.	PH06.	PH07.
JENIS OBAT	Apakah ada pelayanan [...] ?	Harga obat	Satuan Unit	Apakah ada persediaan [...] hari ini ?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
b. cotrimozacole	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	Ya 1 Tidak.....3	<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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
d. Procaine Penicillin	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
e. Benzatin Penicillin	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	Ya 1 Tidak.....3	<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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
g. Cefrioxone	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
h. Ciprofloxiacin	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
i. Norfloxsasina	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
j. Streptomisin	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6

SEKSI PH: PHARMACY

(PHTYPE)	PH03.	PH04.	PH05.	PH06.	PH07.
JENIS OBAT	Apakah ada pelayananan [...] ?	Harga obat	Satuan Unit	Apakah ada persediaan [...] hari ini ?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
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	Ya 1 Tidak.....3	<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	Ya 1 Tidak.....3	<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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
n. Metronizadole	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
o. Antibiotik eye oinment	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	Ya 1 Tidak.....3	<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	Ya 1 Tidak.....3	<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	Ya 1 Tidak.....3	<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	Ya 1 Tidak.....3	<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	Ya 1 Tidak.....3	<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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6
31. Antihelminth: a. Mebendazole	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH..... 6

SEKSI PH: PHARMACY

(PHTYPE)	PH03.	PH04.	PH05.	PH06.	PH07.
JENIS OBAT	Apakah ada pelayanan [...] ?	Harga obat	Satuan Unit	Apakah ada persediaan [...] hari ini ?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
32. Anti -TBC (untuk jangka pendek): a. Pyrazinamide	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
b. TB blister pack	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
c. Rifampicin	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
d. Ethambutol	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
e. Isoniazid	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
f. INH	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
g. EH (Etham+Iso)	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
h. Rifater (Rif+Iso+Pyran)	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
33. Anti malaria a. Chloroquine	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
b. Pyrimethamine	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
c. Quinine	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
d. Sulfadoxine	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6

SEKSI PH: PHARMACY

(PHTYPE)	PH03.	PH04.	PH05.	PH06.	PH07.
JENIS OBAT	Apakah ada pelayanan [...] ?	Harga obat	Satuan Unit	Apakah ada persediaan [...] hari ini ?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
34. Oralit	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 sachet	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
36 Vitamin A	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 biji	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
37 Obat untuk tekanan darah: Methyldopa	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
38. Anestesi:					
a. Valium	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
b. Lidocaine	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
c. Magnesium Sulfate	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
d. Oxytocin-ergometrine	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
39. Simvastatin (Obat untuk kolesterol)	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	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
40. Metformin (Obat untuk 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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6

SEKSI C : PERALATAN KESEHATAN

Berikut ini kami ingin mengetahui tentang berbagai alat medis yang ada di praktek ini!

C1.	C2.	C3.	C3A.
JENIS PERALATAN (C1TYPE)	Apakah mempunyai alat [...]?	Apakah alat [...] berfungsi dengan baik?	Apakah alat [...] mencukupi kebutuhan praktek?
a. Stetoskop biasa	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
b. Stetoskop Ibu hamil	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
c. Tensimeter	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
d. Sterilisator/autoclave	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
e. Timbangan dewasa	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
f. Timbangan bayi	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
g. Pengukur Tinggi Badan	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
h. Termometer	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
i. Tempat Tidur	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
j. Set alat persalinan normal	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
k. Forceps	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
l. Vaginal Speculum	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
m. Sahli Set	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
n. Scalpel	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
o. Palu lutut	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
p. Senter	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
q. Alat suntik sekali pakai	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
r. Meja steril	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
s. Pinset	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
t. Spatel lidah	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
u. Sonde Uterus	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
v. Elektrokardiogram(EKG) machine	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
aa. Mikroskop	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak

ba. Centrifuge	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
ca. Alat penyangga infus	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
da. Alat tes kolesterol	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
ea. Alat tes kadar gula	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
fa. Meja genikologi	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
ga. Lampu sorot	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
ha. Tempat pendingin	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak

C4.	C5.	C6.
JENIS ALAT DAN BAHAN (C2TYPE)	Apakah tempat praktek ini mempunyai [...]?	Apakah alat [...] berfungsi dengan baik?
a. Antiseptik: 1. Alkohol	3. Tidak 1. Ya	
2. Betadine	3. Tidak 1. Ya	
3. Whitfield cream	3. Tidak 1. Ya	
b. Perban	3. Tidak 1. Ya	
c. Tabung Oksigen	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak
d. Inkubator	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak
d1. Kapas	3. Tidak 1. Ya	
e. Alat Bedah Minor	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak
f. Tabung infus dan jarum	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak
g. Sarung tangan	3. Tidak 1. Ya	
h. Gunting	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak
i. Larutan pewarna Giemsa	3. Tidak 1. Ya	
j. Larutan Benedict	3. Tidak 1. Ya	
k. Larutan Wright	3. Tidak 1. Y	
l. Test Kehamilan (Strip)	3. Tidak 1. Ya	
m. Test protein	3. Tidak 1. Ya	
n. Test Glukosa (Strip)	3. Tidak 1. Ya	
t. Kolesterol test kit (Peralatan teskolesterol)	3. Tidak 1. Ya ↓	1. Ya 3. Tidak
u. Blood sugar test kit (Peralatan tes gula darah)	3. Tidak →BD00a 1. Ya	1. Ya 3. Tidak

SEKSI BD : BIDAN DESA

Sekarang kami ingin mengetahui kegiatan Bidan Desa di desa ini

BD00a. PEWAWANCARA PERIKSA : LK13 APAKAH RESPONDEN ADALAH BIDAN DESA DI DESA INI ? LK13 = 5 (BIDAN DESA) ?	TIDAK..... 3 ➔SEKSI E YA..... 1
BD01a. Rata-rata dalam satu minggu, berapa jam dari waktu Ibu/Sdri. pergunakan untuk : a. Memberikan pelayanan antenatal/perawatan bayi b. Memberikan pelayanan KB c. Mengobati pasien untuk keluhan lainnya, di luar pelayanan antenatal dan perawatan bayi d. Memperkokoh kesehatan masyarakat melalui Posyandu dan lain-lain e. Mengorganisasikan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) f. Pekerjaan administrasi/mencatat data v. Lainnya.....	a. jam b. jam c. jam d. jam e. jam f. jam v. jam
BD01aa. Berapa jumlah jam dalam satu minggu Ibu gunakan untuk semua tugas sebagai bidan desa?	jam/minggu
BD01ba Dalam satu minggu terakhir, berapa jumlah pasien Ibu/Sdri [...]. a. Perempuan (15 tahun atau lebih) b. Laki-laki(15 tahun atau lebih)..... c. Anak-anak 5-14 tahun d. Anak-anak kurang dari 5 tahun.....	a. b. c. d.
BD02a. Dari perlengkapan medis yang Ibu/Sdri. pergunakan dalam memberikan pelayanan, kira-kira berapa bagian yang Ibu/Sdri. beli sendiri ?	persen
BD03b. Dari obat-obatan yang Ibu/Sdri. pergunakan dalam memberikan pelayanan, kira-kira berapa bagian yang Ibu/Sdri. beli sendiri ?	persen
BD04b. Dari alat kontrasepsi KB yang Ibu/Sdri. pergunakan dalam memberikan pelayanan, kira-kira berapa bagian yang Ibu/Bapak/Sdr. beli sendiri ?	persen

BD04a. Di mana tempat praktek Ibu/sdri ?	Polindes 01 Gedung Puskesmas 02 Kantor kepala Desa..... 03 Gedung tempat masyarakat 04 Rumah sendiri 06 Gedung pemerintah lainnya 07 Lainnya..... 95
BD08. Apakah Ibu/Sdri. melakukan komunikasi dengan dukun bayi di desa/kelurahan?	Tidak ada dukun..... 6 ➔ SEKSI E Tidak 3 Ya..... 1
BD09. Apakah Ibu/Sdri. melakukan konsultasi dengan dukun bayi di desa/kelurahan ?	Ya..... 1 Tidak 3
BD10. Apakah Ibu/Sdri. pernah melakukan kerjasama dengan dukun bayi dalam menangani persalinan?	Ya..... 1 Tidak 3

SEKSI E : OBSERVASI LANGSUNG

RUANG PERIKSA

E1. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANGAN INI? (KOTOR= JIKA NAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/ SAMPAH)	KOTOR 1 BERSIH 3
E2. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANGAN INI? (KOTOR= JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK TERKELUPAS)	KOTOR 1 BERSIH 3
E3. APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANG PERIKSA?	TIDAK 3 ➔ E5 YA 1
E4. BAGAIMANA KEADAAN KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT? (KOTOR=JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL)	KOTOR 1 BERSIH 3
E5. APAKAH JENIS TEMPAT UNTUK MENCUCI TANGAN YANG TERDAPAT DI RUANGAN INI?	WASTAFEL DENGAN AIR MENGALIR 1 WASKOM DENGAN AIR BERSIH 3 TIDAK ADA 5
E6. APAKAH ADA TEMPAT SAMPAH DI RUANG INI?	YA 1 TIDAK 3
E7. APAKAH ADA MEJA PERIKSA DI RUANG INI?	YA 1 TIDAK 3
E8. Untuk penyuntikan pasien, jarum apa yang dipakai?	Tidak memberi pelayanan suntik 4 ➔ E10 Disposable (jarum sekali pakai) 1 ➔ E10 Non Disposable (jarum bisa dipakai ulang) ... 2 Keduanya 3
E9. Bagaimanakah cara sterilisasi jarum suntik yang dipakai di sini? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU.	Dengan sterilisator A Merebus jarum dengan air mendidih B Merendam dengan alkohol C Memanaskan jarum dengan api D Tidak disteril E Lainnya V

RUANG KIA – KB

E10. CHECK POINT: APAKAH ADA RUANG KHUSUS UNTUK KEGIATAN KIA-KB?	TIDAK 3 ➔ E18 YA 1
E11. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANGAN INI? (KOTOR= JIKA NAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/ SAMPAH BERSERAKAN)	KOTOR 1 BERSIH 3
E12. BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANGAN INI? (KOTOR= JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK TERKELUPAS)	KOTOR 1 BERSIH 3
E13. APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANGAN INI?	TIDAK 3 ➔ E15 YA 1
E14. BAGAIMANA KEADAAN KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT? (KOTOR=JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL)	KOTOR 1 BERSIH 3
E15. APAKAH JENIS TEMPAT UNTUK MENCUCI TANGAN YANG TERDAPAT DI RUANGAN INI?	WASTAFEL DENGAN AIR MENGALIR 1 WASKOM DENGAN AIR BERSIH 3 TIDAK ADA 5
E16. APAKAH ADA TEMPAT SAMPAH DI RUANG INI?	YA 1 TIDAK 3
E17. APAKAH ADA MEJA GINEKOLOGIS DI RUANG INI?	YA 1 TIDAK 3
E18. Di mana vaksin disimpan? (JAWABAN BOLEH LEBIH DARI SATU))	Lemari es/Freezer/box pendingin khusus vaksin A Lemari es biasa B Lemari es tanpa listrik C Tidak ada tempat penyimpanan vaksin D Lainnya V

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

Pelayanan Kesehatan Orang Dewasa

H1.	Apakah fasilitas ini memberi pelayanan kesehatan untuk orang dewasa?	Tidak.....3→H15 Ya .....1
H2.	Nama Responden : _____	
H3.	Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter umum .....1 Dokter spesialis .....2 Perawat .....3 Bidan .....4 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 Ya .....1

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 mengulangnya. 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

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

m. Apakah kepala terasa pusing ?	1	2	3
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	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 spesialis .....2 Perawat .....3 Bidan .....4 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
k.	Sering kesemutan ?	1	2 3
l.	Luka tidak sembuh-sembuh ?	1	2 3
m.	Sering muncul bisul ?	1	2 3
n.	Riwayat keluarga ?	1	2 3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

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
o. Merasa lemas ?	1	2 3
q. Apakah sudah periksa gula darah	1	2 3
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
n. Apakah ada keluarga yang punya penyakit ini?	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
i. Nadi	1	2 3
j. Pernafasan	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</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 hemoglobin</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	1	2 3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

<i>*Keterangan: obat untuk diabetes</i>			
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

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

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

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 Ya .....1
H46. Nama responden : _____	
H47. Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter Umum .....1 Dokter Spesialis.....2 Dokter Gigi.....3 Bidan .....4 Perawat/mantri .....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 Ya .....1

	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 mengulanginya. Sekarang kami akan membacakan kasus pasien berikut:

PETUNJUK PEWAWANCARA:

3. BACAKAN SETIAP KASUS 2 KALI, DAN TANYAKAN PERTANYAAN H55-H60.
4. DENGARKAN JAWABAN RESPONDEN. GUNAKAN KODE 1 UNTUK JAWABAN SPONTAN RESPONDEN .
6. SESUDAH RESPONDEN MENYELESAIKAN SEMUA PERTANYAAN, JELASKAN KEPADA RESPONDEN BAHWA ANDA AKAN MENGULANG KASUSNYA LAGI.MULAI DARI AWAL
7. BACAKAN KASUSNYA SEKALI LAGI. DAN TANYAKAN PERTANYAAN H-55-H60.
8. 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 genetika?	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 sekarang?	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 sosial 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 alkohol?	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 ?	1	2 3
	f. Pemeriksaan pelvis	1	2 3
	<i>*Keterangan: pemeriksaan dalam</i>		
	g. Periksa kalau ada edema	1	2 3
	<i>*Keterangan: pembengkakan, atau “odim”</i>		
	h. Mengukur lingkaran lengan atas	1	2 3
	i. Raut muka, pucat atau tidak	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
	f. Tes keping darah (platelet darah)?	1	2 3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

H59. Pemeriksaan lab apakah yang I/B/S lakukan ?	Dijawab spontan	Dibacakan	
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
m. Test gigi	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
j. Istirahat	1	2	3
k. Menjaga kebersihan	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