

PEWAWANCARA: _____

RAHASIA

IDW:

SURVAI ASPEK KEHIDUPAN RUMAH TANGGA INDONESIA 2014
FASILITAS KESEHATAN
PUSKESMAS / PUSKESMAS PEMBANTU
BUKU C

SEKSI : B, C, E, F, G, CP

NAMA FASILITAS : _____

KODE FASILITAS JENIS BUKU

/ P U S

NAMA FASILITAS : _____ KODE FASILITAS JENIS BUKU
 _____ / P U S

JENIS BUKU

NAMA FASILITAS : _____

P U S

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

Nama: _____		Jabatan : _____																
B01.	Kapan fasilitas ini pertama kali memberikan pelayanan di tempat ini ?	Tahun : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																
B02.	Ketika pertama kali di buka, fasilitas ini sebagai apa?	Puskesmas 3 → B04a Puskesmas Pembantu 2 → B04 Balai Pengobatan/KIA 1																
B03.	Khusus untuk yang berasal dari BP/KIA : Pada tahun berapa fasilitas ini berubah ? <div style="text-align: right;"> a. Dari BP/KIA → Puskesmas Pembantu b. Dari Puskesmas Pembantu → Puskesmas. c. Dari BP/KIA → Puskesmas </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> a. Tahun : 1. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> b. Tahun : 1. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> c. Tahun : 1. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> </div> <div> 6. TIDAK BERLAKU 6. TIDAK BERLAKU 6. TIDAK BERLAKU </div> <div> 8. TIDAK TAHU 8. TIDAK TAHU 8. TIDAK TAHU </div> </div> <div style="text-align: right;">→ B04a</div>																
B04.	Khusus untuk yang berasal dari Puskesmas Pembantu : Pada tahun berapa fasilitas ini berubah dari Puskesmas Pembantu menjadi Puskesmas ? [TULIS "0-0" BILA MASIH PUSKESMAS PEMBANTU]	Tahun: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																
B04a.	Apakah fasilitas ini pernah pindah lokasi ?	Tidak 3 → B05 Ya 1																
B04b.	Kenapa [...] pindah lokasi ? (JAWABAN BOLEH LEBIH DARI SATU)	Bangunan terlalu kecil A Lokasi sulit dijangkau B Bencana alam (termasuk banjir) C Penggusuran D Lainnya V																

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
c. 2014	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 ada	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/empang08 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/ladang 09 Laut/pantai 11 Lainnya 95																																	
B20b.	Bagaimana Sistem Pembuangan Sampah Medis (sampah kesehatan) di Puskesmas/Pustu ini ?	Dibuang menurut standar medis01 Dibakar02 Dibuang di sungai/kali/selokan.....03 Dibuang di pekarangan rumah/kebun, dibiarkan.....04 Ditimbun di lubang05 Hutan/gunung07 Laut/danau/pantai08 Sawah/ladang09 Lainnya95																																	
B20c.	Apakah Puskesmas/Pustu ini mempunyai :	<table><tr><th></th><th>Ya</th><th>Tidak</th></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 pemeriksaan</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 pemeriksaan	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 pemeriksaan	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.	C02a.	C03a.	C02b.	C03b.
Kapan waktu buka Puskesmas ? Pada hari [...]	Jam buka loket	Jam tutup Loket	Jam buka pelayanan	Jam tutup pelayanan
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.
C04a Berapa besarnya biaya yang dibayarkan di loket untuk pasien dengan kartu jamkesmas?	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 tambahan pelayanan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per-sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
1. Rawat inap persalinan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. . Rp. 3. Tidak membayar	per hari		
1a. Rawat inap selain persalinan	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 tambahan pelayanan 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. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per jahitan		
b. Jahitan berikutnya	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per jahitan		
4. Ganti perban	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
5. Insisi abses / membelah bisul	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per tindakan		
6. Sunat	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per kali sunat		
7. Pengobatan tuberkulosis [TBC]	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
8. Check up/kir	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
9. Periksa gigi	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per kali periksa		
10. Periksa hamil	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per kali periksa		
11. Pertolongan persalinan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	per persalinan		
42. Komplikasi dalam kehamilan	3. Tidak 1. Ya				
43. Komplikasi dalam persalinan	3. Tidak 1. Ya				
44. Komplikasi nifas	3. Tidak 1. Ya				

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C05.	C06.	C09a.	C10.	C10a.	C10b.
JENIS PELAYANAN (C1TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya tambahan pelayanan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada per-sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
45. Pelayanan ibu nifas (pasca persalinan) minimal 3 kali	3. Tidak 1. Ya				
46. Penanganan neonatus (bayi berumur 0-28 hari) dengan komplikasi	3. Tidak 1. Ya				
47. Perawatan kesehatan bayi (usia 29 hari-11 bulan)	3. Tidak 1. Ya				
48. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak balita)	3. Tidak 1. Ya				
49. Pemberian makanan pendamping ASI anak keluarga miskin ber usia 6-24 bulan	3. Tidak 1. Ya				
50. Perawatan untuk balita penderita gizi buruk	3. Tidak 1. Ya				
15. Pemberian pil KB					
a. Microgynon30 [PT Schering]	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
b. Marvelon 28	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
c. Excluton 28	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
f. Pil KB andalan/BKKBN	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
17. IUD Copper T					
a. Pemasangan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
b. Pengeluaran/pelepasan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		

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 [...] ?
18. 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"/> Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH.....6
b. Depo- Progestin/Andalan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya 1 Tidak.....3	<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"/> Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya 1 Tidak.....3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH.....6
19a. 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"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya 1 Tidak 3	<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"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		
c. Pemasangan Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <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"/> minggu 1 TIDAK PERNAH.....6
d. Pengeluaran Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <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		
21. Pengobatan efek samping KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <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		
21a. Periksa ulang / Kontrol KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <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		
22. Pengukuran Tekanan Darah	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
23. Tes kolesterol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
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"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		

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 [...] ?
25. Tes Osteoporosis	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pemeriksaan		
26. Tes jantung	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pemeriksaan		
27. Antibiotik					
a. Antibiotic oral (yang paling diresepkan)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
o. Antibiotik eye ointment	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Tube	Ya..... 1 Tidak 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH .. 6
28 Analgetik					
a. Ibuprofen	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
29 Antipiretik					
a. Acetosal	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
b. Paracetamol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
c. Other antipyretic, NSAID	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
30 Anti jamur:					
a. Nystatin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir 5. Tube	Ya..... 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
31. Anthelmintic:					
a. Mebendazole	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	<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 [...] ?
32. Anti -TBC (untuk jangka pendek):					
c. Rifampicin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
d. Ethambutol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
e. Isoniazid/INH	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
h. Rifater (Rif+Iso+Pyran)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
33. Anti malaria					
a. Chloroquine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
d. Sulfadoxine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
34. Oralit	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per sachet	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
35. Tablet Zat Besi/ FESO4	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per strip/botol obat	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
36. Vitamin A	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per biji	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
37. Obat untuk tekanan darah:					
b. Captopril	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya 1 Tidak..... 3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
38.					
d. Oxytocin-ergometrine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya 1 Tidak..... 3	<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 [...] ?
39. Simvastatin (Obat untuk kolesterol)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya1 Tidak3	____ minggu.....1 TIDAK PERNAH.....6
40. Metformin (Obat untuk gula darah)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	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
h. Cacar air	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	____ minggu.....1 TIDAK PERNAH.....6
i. Flu	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	____ minggu.....1 TIDAK PERNAH.....6
j. Radang Paru-paru	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya1 Tidak3	____ minggu.....1 TIDAK PERNAH.....6

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

C39a	Apakah ada Temuan pasien baru TB BTA positif di puskesmas/pustu ini dalam 12 bulan terakhir?	1. Ya, <input type="text"/> kasus	3. Tidak
C40a	Apakah di puskesmas/pustu ini ada Pelayanan penderita DBD yang ditangani dalam 12 bulan terakhir?	1. Ya, <input type="text"/> kasus	3. Tidak
C41a	Apakah puskesmas/pustu ini pernah menangani penderita HIV/AIDS dalam 12 bulan terakhir?	1. Ya, <input type="text"/> kasus	3. Tidak

PENYAKIT		C42. Apakah di puskesmas/pustu ini pernah melakukan Test mengenai Penyakit Menular Seksual [PMS] seperti [...] ?	
A.	Cairan lender vagina ['duh']	1. Ya, <input type="text"/> kasus	3. Tidak
B	Cairan penis	1. Ya, <input type="text"/> kasus	3. Tidak
C	Darah	1. Ya, <input type="text"/> kasus	3. Tidak

C43a.	Apakah puskesmas ini sudah menjalankan program Prilaku Santun Lansia?	1. Ya 3. Tidak → C46a
C44a	Jasa pelayanan apa saja yang diberikan?	A. Pendaftaran khusus lansia B. Pemeriksaan khusus lansia C. Pelayanan obat khusus lansia D. Pelayanan kesehatan One stop service (pendaftaran sampai mendapat obat dalam satu ruang) di ruang tersendiri
C45a	Sejak kapan Puskesmas/Pustu ini menyediakan pelayanan khusus lansia?	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. TIDAK TAHU

C46a	Program untuk lansia apa saja yang dilakukan di luar Puskesmas/pustu?	A. Posyandu lansia B. Pembinaan melalui karang werda C. Pembinaan melalui forum karang werda kecamatan D. Pelayanan melalui panti wreda E. Kunjungan rumah F. Membuat event tertentu seperti talk show, lomba senam lansia, jalan sehat
-------------	---	--

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 Puskesmas melakukan kunjungan ke Posyandu ?
<input type="text"/> kali per bulan..... 1 <input type="text"/> kali per tahun..... 4 TIDAK TAHU..... 8	
C16b.	Sejak tahun 2007, apakah ada perubahan jumlah Posyandu yang berada dibawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini ?
Bertambah banyak 01 Agak banyak 02 Tidak berubah 03 Agak berkurang 04 Berkurang banyak 05	
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	

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

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 2007, apakah ada perubahan jumlah Posyandu Lansia yang berada di bawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini ?	Bertambah banyak01 Agak banyak02 Tidak berubah03 Agak berkurang04 Berkurang banyak05
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 2007, 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 2007, apakah ada perubahan jumlah perjalanan staf Puskesmas/Pustu untuk tugas puskesmas keliling ?	Bertambah banyak01 Agak banyak02 Tidak berubah03 Agak berkurang.....04 Berkurang banyak.....05
UKS /UKGS		
C22a.	Dalam satu bulan, berapa kali petugas Puskesmas/Pustu melakukan kunjungan ke sekolah-sekolah untuk program UKS/UKGS?	TIDAK ADA3→ C24 <input type="text"/> kali per bulan..... 1 <input type="text"/> kali per tahun 4

C23b.	Sejak tahun 2007, apakah ada perubahan jumlah kunjungan ke program UKS/UKGS ?	Bertambah banyak01 Agak banyak02 Tidak berubah03 Agak berkurang.....04 Berkurang banyak.....05
Pondok Bersalin Desa [Polindes]		
C24.	Apakah di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ada program Pondok Bersalin Desa (Polindes)/Poskesdes/PKD ?	Tidak 3 → C27 Ya 1
C25.	Berapa jumlah Polindes/Poskesdes/PKD yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	<input type="text"/> Polindes
C25b.	Berapa jumlah Polindes/Poskesdes/PKD yang masih aktif?	<input type="text"/> Polindes
C25c.	Sejak tahun 2007, apakah ada Polindes di bawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini, yang tutup ?	<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"/> Pos Obat Desa
C28a.	Berapa jumlah Pos Obat Desa yang masih aktif?	<input type="text"/> Pos Obat Desa Aktif
C29.	Tahun berapa mulai ada Pos Obat Desa ?	Tahun <input type="text"/> 1 TIDAK TAHU 8
C29ab.	Sejak tahun 2007, apakah jumlah Pos Obat Desa yang di bawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini mengalami perubahan?	Bertambah banyak 01 Agak banyak 02 Tidak berubah 03 Agak berkurang 04 Berkurang banyak 05

SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

Bidan Desa	
C29a. Berapa jumlah bidan desa yang bertugas di wilayah Puskesmas/Pustu ini ?	Tidak ada 3 ➔C30 □□ orang 1
C29b. Pada tahun berapa bidan desa yang pertama bertugas di wilayah Puskesmas/Pustu ini?	Tahun □□□□ 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 2007, apakah ada bidan desa di wilayah Puskesmas/Pustu ini yang keluar dari pekerjaan sebagai bidan desa ?	□□ Bidan Desa keluar 1 Tidak ada 3 TIDAK TAHU 8
Poskesdes	
C29dc. Apakah Puskesmas/pustu ini membina Poskesdes dalam rangka program desa siaga	Tidak ada Poskesdes..... 3 □□ unit 1

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?	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 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
b. Hitung Lekosit	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
c. Hitung Jenis	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
d. Hitung Eritrosit	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
e. Urinalisis	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
f. Tes Kehamilan	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
g. Periksa Tinja	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
h. Pemeriksaan sputum	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
j. Kolesterol	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
k. Gula darah	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
l. Osteoporosis	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
m. Paru-paru	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	3. Tidak membayar 8. TIDAK TAHU 1. [] [] [] [] . [] [] [] [] Rp.	3. Tidak 1. Ya ➔ ↓	1. [] [] , [] [] km 8. TIDAK TAHU
n. Tes jantung (EKG)	Tidak.....3 ➔C37 Ya1	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.
CATATLAH SEMUA KUNJUNGAN PASIEN DI PUSKESMAS/PUSTU INI, MULAI DARI HARI SENIN SAMPAI HARI SABTU MINGGU YANG LALU 1. Tanggal / / Bulan sampai Tanggal / / Bulan 6. Tidak Praktek→D01	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 E: ALAT DAN BAHAN MEDIS

Nama: _____ Jabatan: _____

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

E01.	E03.	E04.
JENIS ALAT DAN BAHAN (E1TYPE)	Jumlah alat milik Puskesmas yang berfungsi baik ?	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>
b. Stetoskop Ibu hamil	<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>
d. Sterilisator/autoclave	<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>
f. Timbangan bayi	<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>
h. Termometer	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
i. Tempat Tidur Periksa	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
ia.Tempat tidur rawat inap	<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>
k. Forceps	<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>
m.Sahli Set	<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>
o. Sonde Uterus	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
p. Meja Gynekologis	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
q. Klem lurus & lengkung	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
r. Tabung Oksigen	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
s. Incubator	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
t. Alat Bedah Minor	<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>	

SEKSI E: ALAT DAN BAHAN MEDIS

E01.	E03.	E04.
JENIS ALAT DAN BAHAN (E1TYPE)	Jumlah alat milik Puskesmas yang berfungsi baik ?	Jumlah alat milik pribadi yang dipakai disini ?
v. Gunting	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w. EKG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
aa. Mikroskop	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ba. Centrifuge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ca. Alat penyangga infus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
da. Alat tes kolesterol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ea. Alat tes kadar gula	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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

SEKSI G: KHUSUS UNIT PELAYANAN KB

RESPONDEN : PENANGGUNG JAWAB UNIT PELAYANAN KB	
G0	Nama : _____
G0x	Jabatan : _____
G1.	<div>Berapa jumlah staf Puskesmas/Pustu yang terlibat dalam pelayanan KB ?</div> <div><div><div> </div><div> </div></div> 1</div> <div>TIDAK TAHU..... 8</div>
G2.	<div>Sebutkan kategori dan jumlah dari tenaga tersebut :</div> <div><div><div></div><div>Jumlah</div></div><div>Dokter <div><div> </div><div> </div></div></div><div>Bidan <div><div> </div><div> </div></div></div><div>Bidan desa <div><div> </div><div> </div></div></div><div>Perawat <div><div> </div><div> </div></div></div><div>Paramedis / Mantri..... <div><div> </div><div> </div></div></div><div>Pekarya <div><div> </div><div> </div></div></div><div>Lainnya <div><div> </div><div> </div></div></div></div>

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

- KODE 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 ? SHOWCARD NO.17	<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 ? SHOWCARD NO.17	<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 ? SHOWCARD NO.18	<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 ? SHOWCARD NO.19	<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 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 :	<table><tr><th></th><th>YA</th><th>TIDAK</th></tr><tr><td>a. KARTU REGISTRASI PASIEN</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>b. BUKU REGISTRASI</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>c. ALMARI /LACI TEMPAT ARSIP ...</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>		YA	TIDAK	a. KARTU REGISTRASI PASIEN	1	3	b. BUKU REGISTRASI	1	3	c. ALMARI /LACI TEMPAT ARSIP ...	1	3									
	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 →FT8a TIDAK 3 → FT6 YA 1																					
FT4.	APAKAH DI RUANG TUNGGU INI TERDAPAT:	<table><tr><th></th><th>YA</th><th>TIDAK</th></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 SAMPAH</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>F. BANGKU PANJANG/KURSI</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 SAMPAH	1	3	F. BANGKU PANJANG/KURSI	1	3
	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 [...]	<table><tr><th></th><th>Ya</th><th>Tidak</th></tr><tr><td>a. Kebocoran</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>b. Tampias</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>c. Kebanjiran</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>		Ya	Tidak	a. Kebocoran	1	3	b. Tampias	1	3	c. Kebanjiran	1	3									
	Ya	Tidak																					
a. Kebocoran	1	3																					
b. Tampias	1	3																					
c. Kebanjiran	1	3																					

FT8a.	TRAP ATAU TANGGA TIDAK TERLALU CURAM	Ya 1 Tidak 3
FT8b.	DISEDIAKAN JAMBAAN / WC DUDUK SEHINGGA LANSIA TIDAK PERLU JONGKOK	Ya 1 Tidak 3
FT8c.	PEGANGAN RAMBAT PADA TANGGA DAN WC	Ya 1 Tidak 3
FT8d.	LOKET/MEJA PENDAFTARAN KHUSUS LANSIA	Ya 1 Tidak 3

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><th></th><th>YA</th><th>TIDAK</th></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 MENUCUCI 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 MENUCUCI 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 MENUCUCI TANGAN ..	1	3																								
F. MEJA PERIKSA	1	3																								
G. TEMPAT SAMPAH	1	3																								

SEKSI F: PENGAMATAN LANGSUNG

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
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 E

RUANG KIA – KB

F15.	PERIKSA: APAKAH ADA RUANG KHUSUS UNTUK KEGIATAN KIA-KB?	TIDAK 3 ➔ F30a YA 1
F16.	BAGAIMANAKAH KEADAAN/KEBERSIHAN LANTAI DI RUANG KIA-KB INI? KOTOR= JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/SAMPAH BERSERAKAN.	KOTOR 1 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

SEKSI F: PENGAMATAN LANGSUNG

F17b.	APAKAH DI RUANGAN INI TERDAPAT KIA-KB:	<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 GYNEKOLOGIS</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>g. GRAFIK PWS (PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT)</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>h. GRAFIK KIA (KESEHATAN IBU DAN ANAK).....</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>i. KONSELING KIT</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>j. 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 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
	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?	TIDAK 3 → F20 YA 1																																	
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?	Tidak..... 3 → F40 Ya 1
F30.	Bagaimanakah penyimpanan vaksin di Puskesmas/Pustu ini ? Disimpan di :	Tidak ada tempat penyimpanan vaksin..... 6 → F33 Lemari es/Freezer/box pendingin khusus vaksin 1 Lemari es biasa 3
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 E
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

SEKSI F: PENGAMATAN LANGSUNG

RUANG LABORATORIUM

F40.	Apakah di Puskesmas/Pustu ini ada ruang laboratorium ?	Tidak 3 ➔SEKSI CP 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 CP: CATATAN PEWAWANCARA

CK1.	Wawancara dilakukan semuanya/sebagian besar dalam bahasa:					<div><div></div><div></div><div></div></div> Lainnya _____					
CK2.	Bahasa lain yang digunakan (jika ada):					<div><div></div><div></div><div></div></div> Lainnya _____					
KODE BAHASA:											
00.	Indonesia	04.	Batak	08.	Sasak	12.	Makassar	16.	Toraja	20.	Lampung
01.	Jawa	05.	Bugis	09.	Minang	13.	Nias	17.	Iahat	95.	Lainnya, _____
02.	Sunda	06.	Cina	10.	Banjar	14.	Palembang	18.	Sumatera Selatan Lainnya	96.	TIDAK ADA
03.	Bali	07.	Madura	11.	Bima	15.	Sumbawa	19.	Betawi		

FP3. KODE HASIL WAWANCARA	FP4. KODE ALASAN UNTUK JAWABAN “2” / “3” PADA FP3.	FP6. PEMANTAUAN OLEH PENGAWAS	
1. Selesai →FP6 2. Selesai sebagian 3. Tidak selesai	1. Responden tidak di tempat/bepergian 2. Responden sibuk 3. Responden menolak	Ya a. Diobservasi.....1 b. Diperiksa.....1 c. Diverifikasi1	Tidak 3 3 3

CATATAN PEWAWANCARA