

PEWAWANCARA: _____ [ ] [ ] [ ] [ ]	<b>RAHASIA</b>	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 ]



**SEKSI B : PERKEMBANGAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU**

Sekarang kami akan menanyakan mengenai perkembangan Puskemas/PUSTU

<b>B05.</b> Pada tahun [...], apakah Puskesmas /Pustu ini mempunyai [...] selama lebih dari 6 bulan?	<b>B06.</b>	<b>B07.</b>	<b>B08a.</b>	<b>B08b.</b>	<b>B09.</b>	<b>B9a.</b>	<b>B10.</b>	<b>B10a.</b>	<b>B11.</b>	<b>B11a.</b>	<b>B12.</b>	<b>B13.</b>	<b>B14.</b>	<b>B14a.</b>	<b>B14b.</b>	<b>B14c.</b>
<b>(BTYPE)</b>	Laboratorium	Kamar Obat	Tenaga Dokter tetap	Tenaga Dokter Ahli/ Spesialis	Tenaga DRG	Tenaga Bidan	Puskesmas Pembantu	Polindes	Posyandu	Posyandu Lansia	Puskesmas Keliling	Fasilitas Rawat inap	Pelayanan Persalinan	Layanan Steril pria	Layanan Steril wanita	Imunisasi massal TT
<b>c. 2014</b>	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**

<b>B15.</b> Apakah di Puskesmas/Pustu ini ada listrik?	Tidak ..... 3 → <b>B17</b> Ya ..... 1
<b>B16.</b> Mohon disebutkan <b>sumber utama</b> listrik yang digunakan:	PLN .....01 Pemerintah setempat/inst. pemerintah .....02 Generator Puskesmas .....03 Swadaya masyarakat .....04 Perusahaan swasta/koperasi .....05 Lainnya .....95
<b>B17.</b> Mohon disebutkan <b>sumber air utama</b> yang digunakan :	Air mineral/Aqua. ....10 → <b>B18</b> Air Ledeng/PAM .....01 → <b>B18</b> 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
<b>B17a.</b> Apakah air yang dipakai pada [...] ini, dialirkan dengan pipa-kran?	Tidak ..... 3 Ya ..... 1
<b>B18.</b> Apakah sumber air tersebut ada di dalam gedung Puskesmas/Pustu ?	Ya ..... 1 → <b>B19a</b> Tidak ..... 3
<b>B19.</b> Bila tidak, berapa jauh jaraknya dari gedung Puskesmas/Pustu?	kurang dari 10 meter ..... 1 10-30 meter ..... 3 lebih dari 30 meter ..... 5
<b>B19a.</b> Apakah Puskesmas/Pustu ini mempunyai kamar kecil [toilet]?	Tidak ..... 3 → <b>B20a</b> Ya ..... 1
<b>B20.</b> 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

<b>B20a.</b> 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																																	
<b>B20b.</b> Bagaimana Sistem Pembuangan Sampah Medis (sampah kesehatan) di Puskesmas/Pustu ini ?	Dibuang menurut standar medis ..... 01 Dibakar ..... 02 Dibuang di sungai/kali/selokan ..... 03 Dibuang di pekarangan rumah/kebun, dibiarkan ..... 04 Ditimbun di lubang ..... 05 Hutan/gunung ..... 07 Laut/danau/pantai ..... 08 Sawah/ladang ..... 09 Lainnya ..... 95																																	
<b>B20c.</b> Apakah Puskesmas/Pustu ini mempunyai :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Loker/meja pendaftaran</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b. Ruang tunggu pasien</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c. Ruang periksa</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d. Ruang suntik</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e. Ruang konsultasi KB/KIA</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>f. Ruang Pelayanan KB</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>g. Ruang persalinan</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>h. Ruang Rawat Inap</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>i. Kamar Obat</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>j. Laboratorium</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Ya	Tidak	a. Loker/meja pendaftaran	1	3	b. Ruang tunggu pasien	1	3	c. Ruang periksa	1	3	d. Ruang suntik	1	3	e. Ruang konsultasi KB/KIA	1	3	f. Ruang Pelayanan KB	1	3	g. Ruang persalinan	1	3	h. Ruang Rawat Inap	1	3	i. Kamar Obat	1	3	j. Laboratorium	1	3
	Ya	Tidak																																
a. Loker/meja pendaftaran	1	3																																
b. Ruang tunggu pasien	1	3																																
c. Ruang periksa	1	3																																
d. Ruang suntik	1	3																																
e. Ruang konsultasi KB/KIA	1	3																																
f. Ruang Pelayanan KB	1	3																																
g. Ruang persalinan	1	3																																
h. Ruang Rawat Inap	1	3																																
i. Kamar Obat	1	3																																
j. Laboratorium	1	3																																

### SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU

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

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

C01.	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 .....	___ : ___	___ : ___	___ : ___	___ : ___

<b>C04.</b> Berapa besarnya biaya yang dibayarkan di loket?	Kunjungan Baru..... a. _____ Rp. Kunjungan ulangan..... b. _____ Rp.
<b>C04a</b> 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.
<b>JENIS PELAYANAN (C1TYPE)</b>	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya tambahan pelayanan untuk [...] ? (Tidak termasuk biaya pendaftaran / loket)	Satuan Unit	Apakah ada persediaan [...] 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. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per jahitan		
b. Jahitan berikutnya	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per jahitan		
4. Ganti perban	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
5. Insisi abses / membelah bisul	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per tindakan		
6. Sunat	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per kali sunat		
7. Pengobatan tuberkulosis [TBC]	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
8. Check up/kir	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per kunjungan		
9. Periksa gigi	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per kali periksa		
10. Periksa hamil	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per kali periksa		
11. Pertolongan persalinan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Rp. 3. Tidak membayar	per persalinan		
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 persediaan [...] 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"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya.....1 Tidak .....3	<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"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya.....1 Tidak .....3	<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"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya.....1 Tidak .....3	<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"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per strip pil KB	Ya.....1 Tidak .....3	<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"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya.....1 Tidak .....3	<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"/> 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya ..... 1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu ..... 1 TIDAK PERNAH.....6
b. Depo- Progestin/Andalan	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya ..... 1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu ..... 1 TIDAK PERNAH.....6
d. Cyclofeem	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar 6. Membawa sendiri	per suntikan	Ya ..... 1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu ..... 1 TIDAK PERNAH.....6
19a. Pelayanan Susuk KB					
a. Pemasangan susuk KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya ..... 1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu ..... 1 TIDAK PERNAH.....6
b. Pengeluaran susuk KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		
c. Pemasangan Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya ..... 1 Tidak ..... 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu ..... 1 TIDAK PERNAH.....6
d. Pengeluaran Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		
21. Pengobatan efek samping KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
21a. Periksa ulang / Kontrol KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
22. Pengukuran Tekanan Darah	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
23. Tes kolesterol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
24. Tes gula darah	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
26. Tes jantung	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
27. Antibiotik					
a. Antibiotic oral (yang paling diresepkan)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak ..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
o. Antibiotik eye oinment	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Tube	Ya..... 1 Tidak ..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH .. 6
28 Analgetik					
a. Ibuprofen	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
29 Antipiretik					
a. Acetosal	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
b. Paracetamol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
c. Other antipyretic, NSAID	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
30 Anti jamur:					
a. Nystatin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir 5. Tube	Ya..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
31. Antihelminth:					
a. Mebendazole	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya..... 1 Tidak..... 3	____ 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. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
d. Ethambutol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
e. Isoniazid/INH	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
h. Rifater (Rif+Iso+Pyran)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
33. Anti malaria					
a. Chloroquine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
d. Sulfadoxine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
34. Oralit	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per sachet	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
35. Tablet Zat Besi/ FESO4	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per strip/botol obat	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
36. Vitamin A	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per biji	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
37. Obat untuk tekanan darah:					
b. Captopril	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ minggu ..... 1 TIDAK PERNAH ..... 6
<b>38.</b>					
<b>d. Oxytocin-ergometrine</b>	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya ..... 1 Tidak..... 3	____ 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	Ya .....1 Tidak .....3	____ 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	Ya .....1 Tidak .....3	____ minggu.....1 TIDAK PERNAH.....6
41. 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 suntikan	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
h. Cacar air	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya .....1 Tidak .....3	____ minggu.....1 TIDAK PERNAH.....6
i. Flu	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya .....1 Tidak .....3	____ minggu.....1 TIDAK PERNAH.....6
j. Radang Paru-paru	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya .....1 Tidak .....3	____ minggu.....1 TIDAK PERNAH.....6

**SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU**

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

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

<b>C43a.</b>	Apakah puskesmas ini sudah menjalankan program Prilaku Santun Lansia?	1. Ya	3. Tidak → <b>C46a</b>
<b>C44a</b>	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	
<b>C45a</b>	Sejak kapan Puskesmas/Pustu ini menyediakan pelayanan khusus lansia?	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"/>	8. TIDAK TAHU

<b>C46a</b>	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		
<b>C11.</b>	Secara umum berapa banyak staf Puskesmas/Pustu (rata-rata) yang pergi keluar gedung untuk setiap kegiatan Posyandu, Puskesmas keliling, dll?	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> staf 6. Tidak ada kegiatan
Posyandu		
<b>C14.</b>	Berapa jumlah Posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	6. Tidak Ada Posyandu → <b>C14a1</b> 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Posyandu
<b>C14a.</b>	Berapa jumlah Posyandu yang aktif yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Posyandu
<b>C15a.</b>	Dalam satu bulan, berapa kali petugas Puskesmas melakukan kunjungan ke Posyandu ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali per bulan ..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali per tahun ..... 4 TIDAK TAHU ..... 8
<b>C16b.</b>	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		
<b>C14a1.</b>	Berapa jumlah Posyandu Lansia yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	6. Tidak Ada Posyandu Lansia → <b>C17</b> 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Posyandu Lansia
<b>C14a2.</b>	Sejak kapan Posyandu Lansia dibentuk?	Tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... 1 TIDAK TAHU ..... 8

**SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU**

<b>C14aa.</b>	Berapa jumlah Posyandu Lansia yang aktif yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Posyandu Lansia
<b>C15aa.</b>	Dalam satu bulan, berapa kali petugas Puskemas melakukan kunjungan ke Posyandu Lansia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali per bulan..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali per tahun ..... 4 TIDAK TAHU..... 8
<b>C16ba.</b>	Sejak tahun 2007, apakah ada perubahan jumlah Posyandu Lansia yang berada di bawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini ?	Bertambah banyak .....01 Agak banyak .....02 Tidak berubah .....03 Agak berkurang .....04 Berkurang banyak .....05
<b>Puskesmas Pembantu</b>		
<b>C17.</b>	Berapa jumlah Puskesmas Pembantu yang ada di wilayah kerja Puskesmas ini ?	Tidak ada ..... 3 → <b>C20a</b> Bukan Puskesmas ..... 6 → <b>C20a</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Puskesmas Pembantu ... 1
<b>C19b.</b>	Sejak tahun 2007, apakah ada puskesmas pembantu dibawah pengelolaan Puskesmas ini yang tutup ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pustu tutup ..... 1 Tidak ada ..... 3
<b>Puskesmas Keliling</b>		
<b>C20a.</b>	Dalam satu bulan, berapa kali petugas Puskesmas/Pustu melakukan kunjungan untuk tugas Puskesmas keliling?	TIDAK ADA ..... 6 → <b>C22a</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali per bulan..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali per tahun ..... 4
<b>C21b.</b>	Sejak tahun 2007, apakah ada perubahan jumlah perjalanan staf Puskesmas/Pustu untuk tugas puskesmas keliling ?	Bertambah banyak .....01 Agak banyak .....02 Tidak berubah .....03 Agak berkurang.....04 Berkurang banyak.....05
<b>UKS /UKGS</b>		
<b>C22a.</b>	Dalam satu bulan, berapa kali petugas Puskesmas/Pustu melakukan kunjungan ke sekolah-sekolah untuk program UKS/UKGS?	TIDAK ADA .....3 → <b>C24</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali per bulan..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali per tahun ..... 4

<b>C23b.</b>	Sejak tahun 2007, apakah ada perubahan jumlah kunjungan ke program UKS/UKGS ?	Bertambah banyak .....01 Agak banyak .....02 Tidak berubah .....03 Agak berkurang.....04 Berkurang banyak.....05
<b>Pondok Bersalin Desa [Polindes]</b>		
<b>C24.</b>	Apakah di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ada program Pondok Bersalin Desa (Polindes)/Poskesdes/PKD ?	Tidak ..... 3 → <b>C27</b> Ya ..... 1
<b>C25.</b>	Berapa jumlah Polindes/Poskesdes/PKD yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polindes
<b>C25b.</b>	Berapa jumlah Polindes/Poskesdes/PKD yang masih aktif?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polindes
<b>C25c.</b>	Sejak tahun 2007, apakah ada Polindes di bawah pengelolaan Puskesmas/Pustu ini, yang tutup ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polindes tutup ..... 1 Tidak ada ..... 3
<b>Pos Obat Desa</b>		
<b>C27.</b>	Apakah di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ada Program Pos Obat Desa ?	Tidak ..... 3 → <b>C29a</b> Ya ..... 1
<b>C28.</b>	Berapa Pos Obat Desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas/Pustu ini ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pos Obat Desa
<b>C28a.</b>	Berapa jumlah Pos Obat Desa yang masih aktif?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pos Obat Desa Aktif
<b>C29.</b>	Tahun berapa mulai ada Pos Obat Desa ?	Tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... 1 TIDAK TAHU ..... 8
<b>C29ab.</b>	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**

<b>Bidan Desa</b>	
<b>C29a.</b> Berapa jumlah bidan desa yang bertugas di wilayah Puskesmas/Pustu ini ?	Tidak ada ..... 3 → <b>C30</b> <input type="text"/> orang ..... 1
<b>C29b.</b> Pada tahun berapa bidan desa yang pertama bertugas di wilayah Puskesmas/Pustu ini?	Tahun <input type="text"/> ..... 1 TIDAK TAHU ..... 8
<b>C29c.</b> Bantuan apa yang biasanya diberikan kepada Bidan Desa ? <b>(JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU)</b>	Menyediakan obat-obatan..... A Perlengkapan kesehatan..... B Vitamin A..... C Tablet zat besi ..... D Lainnya..... V
<b>C29db.</b> Sejak tahun 2007, apakah ada bidan desa di wilayah Puskesmas/Pustu ini yang keluar dari pekerjaan sebagai bidan desa ?	<input type="text"/> Bidan Desa keluar ..... 1 Tidak ada ..... 3 TIDAK TAHU ..... 8
<b>Poskesdes</b>	
<b>C29dc.</b> Apakah Puskesmas/pustu ini membina Poskesdes dalam rangka program desa siaga	Tidak ada Poskesdes..... 3 <input type="text"/> 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
<b>C30.</b> Apabila ada pasien yang harus dirujuk ke fasilitas lain, apakah biasanya Bapak/Ibu mengirimkan ke [...]?	Tidak ..... 3 → <b>KOLOM BERIKUT</b> TIDAK TAHU ..... 8 → <b>KOLOM BERIKUT</b> Ya..... 1  Nama : _____ Alamat: _____ Lok : _____ Ds: _____ Kec.: _____ Kab.: _____	Tidak ..... 3 → <b>KOLOM BERIKUT</b> TIDAK TAHU ..... 8 → <b>KOLOM BERIKUT</b> Ya ..... 1  Nama : _____ Alamat: _____ Lok : _____ Ds: _____ Kec.: _____ Kab.: _____	Tidak ..... 3 → <b>C30c</b> TIDAK TAHU ..... 8 → <b>C30c</b> Ya..... 1  Nama : _____ Alamat: _____ Lok : _____ Ds: _____ Kec.: _____ Kab.: _____
<b>C30a.</b> Berapa jarak yang harus di tempuh? [ dari faskes ini]	_____ , _____ km	_____ , _____ km	_____ , _____ km
<b>C30b.</b> 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
<b>C30g.</b> 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 → <b>KOLOM BERIKUT</b>	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 → <b>KOLOM BERIKUT</b>	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 → <b>C30c</b>
<b>C30h.</b> Berapa besar nilai uang transport yang diberikan atau nilai jasa transportasi yang diberikan?	_____ . _____ Rp. → <b>KOLOM BERIKUT</b>	_____ . _____ Rp. → <b>KOLOM BERIKUT</b>	_____ . _____ Rp. → <b>C30c</b>

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

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

**SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU**

**Pemeriksaan Laboratorium**

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

**SEKSI C: KEGIATAN PUSKESMAS/PUSKESMAS PEMBANTU**

C39.	C40.	C41.	C42a.
<b>CATATLAH SEMUA KUNJUNGAN PASIEN DI PUSKESMAS/PUSTU INI, MULAI DARI HARI SENIN SAMPAI HARI SABTU MINGGU YANG LALU</b>  1. Tanggal <input type="text"/> / <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> sampai Tanggal <input type="text"/> / <input type="text"/> Bulan <input type="text"/>  6. Tidak Praktek → D01	HARI	Jumlah pengunjung yang terdaftar di buku registrasi loket	Jumlah pasien GAKIN
	a. Senin <input type="text"/> / <input type="text"/> Tanggal / Bulan	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA ↓      6.Tidak Buka ↓	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA      8.TIDAK TAHU
	b. Selasa <input type="text"/> / <input type="text"/> Tanggal / Bulan	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA ↓      6.Tidak Buka ↓	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA      8.TIDAK TAHU
	c. Rabu <input type="text"/> / <input type="text"/> Tanggal / Bulan	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA ↓      6.Tidak Buka ↓	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA      8.TIDAK TAHU
	d. Kamis <input type="text"/> / <input type="text"/> Tanggal / Bulan	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA ↓      6.Tidak Buka ↓	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA      8.TIDAK TAHU
	e. Jum'at <input type="text"/> / <input type="text"/> Tanggal / Bulan	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA ↓      6.Tidak Buka ↓	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA      8.TIDAK TAHU
	f. Sabtu <input type="text"/> / <input type="text"/> Tanggal / Bulan	1. <input type="text"/> orang 3.TIDAK ADA ↓      6.Tidak Buka ↓	1. <input type="text"/> 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. JENIS ALAT DAN BAHAN (E1TYPE)	E03. Jumlah alat milik Puskesmas yang berfungsi baik ?	E04. Jumlah alat milik pribadi yang dipakai disini ?
a. Stetoskop biasa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Stetoskop Ibu hamil	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Tensimeter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Sterilisator/autoclave	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Timbangan dewasa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. Timbangan bayi	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g. Pengukur Tinggi Badan	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h. Termometer	<input type="text"/>	
i. Tempat Tidur Periksa	<input type="text"/>	
ia. Tempat tidur rawat inap	<input type="text"/>	
j. Set alat persalinan normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
k. Forceps	<input type="text"/>	<input type="text"/>
l. Vaginal Speculum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m. Sahli Set	<input type="text"/>	<input type="text"/>
n. Tenakulum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
o. Sonde Uterus	<input type="text"/>	
p. Meja Gynekologis	<input type="text"/>	
q. Klem lurus & lengkung	<input type="text"/>	
r. Tabung Oksigen	<input type="text"/>	
s. Incubator	<input type="text"/>	
t. Alat Bedah Minor	<input type="text"/>	
u. Alat komunikasi (Radio SSB, telepon)	<input type="text"/>	

**SEKSI E: ALAT DAN BAHAN MEDIS**

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

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

**SEKSI G: KHUSUS UNIT PELAYANAN KB**

RESPONDEN : PENANGGUNG JAWAB UNIT PELAYANAN KB																	
<b>G0</b>	Nama : _____																
<b>G0x</b>	Jabatan : _____																
<b>G1.</b>	Berapa jumlah staf Puskesmas/Pustu yang terlibat dalam pelayanan KB ? _____ ..... 1 TIDAK TAHU..... 8																
<b>G2.</b>	Sebutkan kategori dan jumlah dari tenaga tersebut : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: right;">Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dokter .....</td> <td style="text-align: right;">____</td> </tr> <tr> <td>Bidan .....</td> <td style="text-align: right;">____</td> </tr> <tr> <td>Bidan desa .....</td> <td style="text-align: right;">____</td> </tr> <tr> <td>Perawat .....</td> <td style="text-align: right;">____</td> </tr> <tr> <td>Paramedis / Mantri.....</td> <td style="text-align: right;">____</td> </tr> <tr> <td>Pekarya .....</td> <td style="text-align: right;">____</td> </tr> <tr> <td>Lainnya .....</td> <td style="text-align: right;">____</td> </tr> </tbody> </table>		Jumlah	Dokter .....	____	Bidan .....	____	Bidan desa .....	____	Perawat .....	____	Paramedis / Mantri.....	____	Pekarya .....	____	Lainnya .....	____
	Jumlah																
Dokter .....	____																
Bidan .....	____																
Bidan desa .....	____																
Perawat .....	____																
Paramedis / Mantri.....	____																
Pekarya .....	____																
Lainnya .....	____																

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

**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**

<b>G14.</b>	Pada tahun berapa pil KB dosis rendah terdapat di fasilitas ini ?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																																							
<b>G15a.</b>	Bila seorang ibu menyusui dan ingin memakai alat KB, apa saja yang ibu anjurkan?	Pil dosis rendah ..... A Pil dosis menengah ..... B IUD ..... C Suntik KB ..... D Susuk KB/Norplant ..... E Sterilisasi ..... F Kondom ..... G Metode Tradisional ..... H																																							
<b>G15b.</b>	Bila seorang Ibu menyusui dan ingin memakai alat KB, apa yang paling ibu anjurkan ?	Pil dosis rendah ..... 1 Pil dosis menengah ..... 2 IUD ..... 3 Suntik KB ..... 4 Susuk KB/Norplant ..... 5 Sterilisasi ..... 6 Kondom ..... 7 Metode Tradisional ..... 8																																							
<b>G16.</b>	Dalam satu tahun terakhir, keluhan komplikasi/efek samping apa yang dialami oleh pemakai Pil-KB ?  <b>SHOWCARD NO.17</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ya</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Tidak haid/amenorhea .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>b. Spotting .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>c. Meno/metroragia .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>d. Perubahan siklus haid .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>e. Tekanan darah meningkat .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>f. Berat badan bertambah .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>g. Kloasma (vlek di wajah) .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>h. ASI berkurang .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>i. Rambut rontok .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>j. Varises .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>k. Perubahan libido .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>l. Keputihan yang patologis .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </tbody> </table>		Ya	Tidak	a. Tidak haid/amenorhea .....	1	3	b. Spotting .....	1	3	c. Meno/metroragia .....	1	3	d. Perubahan siklus haid .....	1	3	e. Tekanan darah meningkat .....	1	3	f. Berat badan bertambah .....	1	3	g. Kloasma (vlek di wajah) .....	1	3	h. ASI berkurang .....	1	3	i. Rambut rontok .....	1	3	j. Varises .....	1	3	k. Perubahan libido .....	1	3	l. Keputihan yang patologis .....	1	3
	Ya	Tidak																																							
a. Tidak haid/amenorhea .....	1	3																																							
b. Spotting .....	1	3																																							
c. Meno/metroragia .....	1	3																																							
d. Perubahan siklus haid .....	1	3																																							
e. Tekanan darah meningkat .....	1	3																																							
f. Berat badan bertambah .....	1	3																																							
g. Kloasma (vlek di wajah) .....	1	3																																							
h. ASI berkurang .....	1	3																																							
i. Rambut rontok .....	1	3																																							
j. Varises .....	1	3																																							
k. Perubahan libido .....	1	3																																							
l. Keputihan yang patologis .....	1	3																																							
<b>G17.</b>	Dalam satu tahun terakhir, keluhan komplikasi/efek samping apa dialami oleh pemakai Suntikan -KB ?  <b>SHOWCARD NO.17</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ya</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Tidak haid/amenorhea .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>b. Spotting .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>c. Meno/metroragia .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>d. Perubahan siklus haid .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>e. Tekanan darah meningkat .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>f. Berat badan bertambah .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>g. Kloasma (vlek di wajah) .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>h. ASI berkurang .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>i. Rambut rontok .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>j. Varises .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>k. Perubahan libido .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>l. Keputihan yang patologis .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </tbody> </table>		Ya	Tidak	a. Tidak haid/amenorhea .....	1	3	b. Spotting .....	1	3	c. Meno/metroragia .....	1	3	d. Perubahan siklus haid .....	1	3	e. Tekanan darah meningkat .....	1	3	f. Berat badan bertambah .....	1	3	g. Kloasma (vlek di wajah) .....	1	3	h. ASI berkurang .....	1	3	i. Rambut rontok .....	1	3	j. Varises .....	1	3	k. Perubahan libido .....	1	3	l. Keputihan yang patologis .....	1	3
	Ya	Tidak																																							
a. Tidak haid/amenorhea .....	1	3																																							
b. Spotting .....	1	3																																							
c. Meno/metroragia .....	1	3																																							
d. Perubahan siklus haid .....	1	3																																							
e. Tekanan darah meningkat .....	1	3																																							
f. Berat badan bertambah .....	1	3																																							
g. Kloasma (vlek di wajah) .....	1	3																																							
h. ASI berkurang .....	1	3																																							
i. Rambut rontok .....	1	3																																							
j. Varises .....	1	3																																							
k. Perubahan libido .....	1	3																																							
l. Keputihan yang patologis .....	1	3																																							

**KOMPLIKASI / EFEK SAMPING**

<b>G18.</b>	Dalam satu tahun terakhir, keluhan komplikasi / efek samping apa yang paling banyak dialami oleh pemakai IUD Copper T ?  <b>SHOWCARD NO.18</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	
		a. Tidak haid/amenorhea .....	1	3
		b. Spotting .....	1	3
		c. Meno/metroragia .....	1	3
		d. Perubahan siklus haid .....	1	3
		e. Infeksi .....	1	3
		f. Nyeri perut bagian bawah .....	1	3
		g. Ekspulsi .....	1	3
		h. Benang hilang .....	1	3
		i. Kehamilan ektopik .....	1	3
		j. Varises .....	1	3
		k. Perubahan libido .....	1	3
		l. Keputihan yang patologis .....	1	3
m. Translokasi .....	1	3		
<b>G19.</b>	Dalam satu tahun terakhir, keluhan komplikasi/efek samping apa yang dialami oleh pemakai Susuk-KB ?  <b>SHOWCARD NO.19</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	
		a. Tidak haid/amenorhea .....	1	3
		b. Spotting .....	1	3
		c. Meno/metroragia .....	1	3
		d. Perubahan siklus haid .....	1	3
		e. Infeksi .....	1	3
		f. Abses .....	1	3
		g. Hematoma .....	1	3
		h. Kapsul implant hilang/bergeser .	1	3
		i. Ekspulsi kapsul .....	1	3
		j. Varises .....	1	3
		k. Perubahan libido .....	1	3
		l. Keputihan yang patologis .....	1	3

## 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 :	<b>YA TIDAK</b> 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:	<b>YA TIDAK</b> 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 ? <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/ SAMPAH BER-SERAKAN, DSB.</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3
FT6.	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANG TUNGGU INI ? <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK YANG TERKELUPAS</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3
FT7.	BAGAIMANAKAH KEADAAN/KEBERSIHAN PLAFON [LANGIT-LANGIT] DI RUANG TUNGGU INI ? <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, LEMBAB, DSB.</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3 RUSAK ..... 5
FT8.	Bila musim hujan, apakah ruang tunggu ini mengalami [...]	<b>Ya Tidak</b> 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 JAMBAN / 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 ?  <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/ SAMPAH BERSERAKAN,DSB.</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3
F2.	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANG PERIKSA INI ?  <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK YANG TERKELUPAS</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3
F2a.	BAGAIMANAKAH KEADAAN/KEBERSIHAN PLAFON [LANGIT-LANGIT] DI RUANG PERIKSA INI ?  <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, LEMBAB, JEBOL DSB.</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3 RUSAK ..... 5
F2b.	APAKAH DI RUANG PERIKSA INI TERDAPAT:	<b>YA TIDAK</b> A. JENDELA ..... 1 3 B. CUKUP PENERANGAN ..... 1 3 C. VENTILASI ..... 1 3 D. KIPAS ANGIN ..... 1 3 E. TEMPAT MENUCI TANGAN .. 1 3 F. MEJA PERIKSA ..... 1 3 G. TEMPAT SAMPAH ..... 1 3

**SEKSI F: PENGAMATAN LANGSUNG**

<b>F3.</b>	APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANG PERIKSA ?	TIDAK ..... 3 → <b>F5</b> YA..... 1
<b>F4.</b>	BAGAIMANA KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT ?  <b>KOTOR = JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH, ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3
<b>F5.</b>	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
<b>F8.</b>	<b>PERIKSA :</b> <b>APAKAH ADA RUANG KHUSUS UNTUK SUNTIK ?</b>	TIDAK ..... 3 → <b>F13</b> YA ..... 1
<b>F9.</b>	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANG SUNTIK INI ? <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH, MAKANAN/SAMPAH BERSERAKAN, DSB.</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3
<b>F10.</b>	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANG SUNTIK INI ?  <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, DAN CAT TEMBOK YANG TERKELUPAS</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3
<b>F10a.</b>	BAGAIMANAKAH KEADAAN/KEBERSIHAN PLAFON [LANGIT-LANGIT] DI RUANG SUNTIK INI ?  <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, LEMBAB, JEBOL DSB.</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3 RUSAK ..... 5
<b>F10b.</b>	APAKAH DI RUANG SUNTIK INI TERDAPAT;	<b>YA TIDAK</b> 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

<b>F10c.</b>	APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANG SUNTIK ?	TIDAK ..... 3 → <b>F11</b> YA ..... 1
<b>F10d.</b>	BAGAIMANA KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT ? <b>KOTOR = JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH, ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3
<b>F11.</b>	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
<b>F13.</b>	Untuk penyuntikan pasien, jarum apa yang dipakai ?	Disposable ..... 1 → <b>F15</b> (JARUM SEKALI PAKAI) Non disposable ..... 2 (JARUM DAPAT DIPAKAI ULANG) Keduanya ..... 3
<b>F14.</b>	Bagaimanakah cara sterilisasi jarum suntik yang dipakai disini ?  <b>JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU</b>	Dengan sterilisator ..... A Merebus jarum dengan air mendidih ..... B Merendam dengan alkohol ..... C Memanaskan jarum dengan api ..... D Tidak disterilisasi ..... E

**RUANG KIA – KB**

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

**SEKSI F: PENGAMATAN LANGSUNG**

<b>F17b.</b> APAKAH DI RUANGAN INI TERDAPAT KIA-KB:		<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>
	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
<b>F18.</b> APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANG PERIKSA KIA-KB?	TIDAK .....	3 → <b>F20</b>	
	YA .....	1	
<b>F19.</b> BAGAIMANA KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT ?			
	KOTOR .....	1	
KOTOR = JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH, ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL	BERSIH .....	3	
<b>F20.</b> 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**

<b>F30a.</b> Apakah Puskesmas/Pustu ini mengadakan penyimpanan vaksin?	Tidak.....	3 → <b>F40</b>
	Ya.....	1
<b>F30.</b> Bagaimanakah penyimpanan vaksin di Puskesmas/Pustu ini ? Disimpan di :	Tidak ada tempat penyimpanan vaksin.....	6 → <b>F33</b>
	Lemari es/Freezer/box pendingin khusus vaksin .....	1
	Lemari es biasa .....	3
<b>F31.</b> Apakah ada grafik / catatan tentang suhu freezer ?	Tidak .....	3 → <b>F33</b>
	Ada .....	1
<b>F32.</b> Bila ada, sebutkan tentang pencatatan terakhir .	Tanggal Bulan tahun	
	___ / ___ / _____ .....	a
a. Kapan pencatatan terakhir	___ , ___ Celcius .....	b
<b>F33.</b> Berapa jumlah termos yang dipakai untuk membawa vaksin ke lapangan ?	Tidak melakukan imunisasi .....	96 → <b>F40</b>
	___ Termos .....	01
<b>F34.</b> Untuk penyuntikan vaksin, jarum apa yang dipakai ?	Disposable (JARUM SEKALI PAKAI) .....	1 → <b>F35a</b>
	Non disposable (JARUM DAPAT DIPAKAI ULANG) .....	2
	Keduanya .....	3
<b>F35.</b> Bagaimana cara sterilisasi yang dipakai ?	Dengan sterilisator .....	A
	Merebus jarum dengan air mendidih .....	B
	Merendam dengan alkohol .....	C
	Memanaskan jarum dengan api .....	D
	Tidak di steril .....	E
<b>F35a.</b> Apakah sekarang mempunyai persediaan jarum ?	Ya .....	1
	Tidak .....	3
<b>F35b.</b> 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

<b>F40.</b>	Apakah di Puskesmas/Pustu ini ada ruang laboratorium ?	Tidak ..... 3 → <b>SEKSI CP</b> Ya ..... 1															
<b>F41.</b>	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANG LABORATORIUM INI ?  <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN / SAMPAH BERSERAKAN</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3															
<b>F42.</b>	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANG LABORATORIUM INI ?  <b>KOTOR = JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK TERKELUPAS</b>	KOTOR ..... 1 BERSIH ..... 3															
<b>F43.</b>	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															
<b>F44.</b>	APAKAH ADA TEMPAT SAMPAH DI RUANG LABORATORIUM INI?	YA ..... 1 TIDAK ..... 3															
<b>F45.</b>	Apakah ruang laboratorium ini mempunyai peralatan :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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**

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

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

**CATATAN PEWAWANCARA**