

PEWAWANCARA : _____ □□□□

RAHASIA

IDW: □□□□

SURVAI ASPEK KEHIDUPAN RUMAH TANGGA INDONESIA 2014

FASILITAS KESEHATAN

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

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

NAMA FASILITAS: _____ KODE FASILITAS JENIS BUKU
□□□□ □□□□ / P R A

SEKSI PB : PRAKTEK BERSAMA

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

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

SEKSI A : UMUM

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

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

A2x Jenis Kelamin	Laki-laki..... 1 Perempuan 3
A2a. Apakah Ibu/Bapak/Sdr seorang dokter?	Ya 1 Tidak 3
A2b. Apakah tingkat pendidikan tertinggi yang pernah ditamatkan?	SLTA/SPK..... 01 D1/Bidan 02 D2 03 D3/Sarjana Muda 04 Sarjana lainnya 05 Sarjana Kesehatan Masyarakat 06 S2/S3 07 Lainnya 95
A2bb Termasuk Akreditasi apa sekolah/ universitas I/B/S?	01. Akreditasi A 02. Akreditasi B 03. Akreditasi C 04. Masih dalam proses menunggu hasil 05. Tidak terakreditasi 06. Belum didaftarkan 98. Tidak Tahu
A2c. Apakah Ibu merupakan Bidan Delima?	TIDAK BERLAKU (Dokter)..... 6→A3 Tidak 3→A3 Ya 1
A2d. Berapa lama Ibu harus menjalani pelatihan tambahan untuk menjadi bidan delima?	6. Tidak ada pelatihan →A3 1. Pelatihan <input type="text"/> 1. Minggu 2. Bulan
A2e. Berapa biaya pelatihan untuk menjadi bidan delima ?	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp 3. Tidak ada biaya

A3. Ibu/Bapak/Sdr.lulus dari sekolah/universitas mana ?	a. Universitas Indonesia 01 Universitas Gajah Mada 02 Universitas Airlangga..... 03 Universitas Diponegoro 04 Universitas Padjadjaran..... 05 Universitas Negeri lainnya 06 Universitas Swasta 07 Lainnya..... 95 b. Lulus tahun <input type="text"/>
A3a. Tahun berapa Ibu/Bapak/Sdr./klinik ini praktek pertama kali?	Tahun <input type="text"/>
A4. Sudah berapa lama Ibu/Bapak/ Sdr/ klinik ini berpraktek di tempat ini?	a. <input type="text"/> tahun b. <input type="text"/> bulan
A5. Bagaimana status tempat praktek ini?	Rumah sendiri01 Rumah dinas02 Sewa/kontrak bagi hasil03 Tempat lain, milik sendiri04 Puskesmas/Pustu05 Rumah sakit.....06 Lainnya95
A5a Berapa jam I/B/S bekerja di tempat ini biasanya dalam 1 minggu ?	<input type="text"/> Jam
A5b Berapa total pendapatan per bulan yang I/B/S terima dari bekerja di tempat ini ?	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp
A9. Apakah Ibu/Bapak/Saudara dapat berbicara bahasa daerah setempat?	Ya1 Tidak3
A10. Apakah Ibu/Bapak/Saudara berasal dari propinsi ini?	Ya1 Tidak3
A17. Apakah di tempat praktek ini memakai penerangan listrik ?	Tidak3 →A19 Ya1

SEKSI A :UMUM

<p>A18. Dari manakah sumber listrik yang digunakan ?</p>	<p>PLN 01 Pemerintah setempat/instansi pemerintah 02 Generator puskesmas 03 Swadaya masyarakat 04 Perusahaan swasta/koperasi 05 Lainnya 95</p>									
<p>A19. Sebutkan sumber air utama yang di gunakan !</p>	<p>Air Mineral/Aqua10→A6 Air ledeng (PAM) 01 Sumur/ pompa (listrik/tangan, dll) 02 Sumur timba /perigi 03 Mata air 04 Air hujan 05 Air sungai/kali 06 Air danau 07 Kolam/balong/empang 08 Bak Penampungan 09 Lainnya 95</p>									
<p>A20. Apakah sumber air tersebut ada di dalam gedung ?</p>	<p>Ya..... 1→A6 Tidak 3</p>									
<p>A21. Berapa jauh dari gedung ?</p>	<p>Kurang dari 10 meter 1 10 - 30 meter 2 Lebih dari 30 meter 3</p>									
<p>A6. Sebelum praktek di tempat ini, apakah Ibu/Bapak/Sdr pernah praktek di: CAPI CEK: JIKA a dan b JAWABAN = 3 MAKA →A7</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ya</td> <td>Tidak</td> </tr> <tr> <td>a. Tempat lain di desa yang sama</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b. Tempat lain di kecamatan yang sama....</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </table>		Ya	Tidak	a. Tempat lain di desa yang sama	1	3	b. Tempat lain di kecamatan yang sama....	1	3
	Ya	Tidak								
a. Tempat lain di desa yang sama	1	3								
b. Tempat lain di kecamatan yang sama....	1	3								
<p>A6a Apakah tempat praktek tersebut merupakan Puskesmas</p>	<p>Tidak 3 Ya..... 1</p>									
<p>A7. Apakah Ibu/Bapak/Sdr. saat ini juga mempunyai tempat praktek di tempat lain ?</p>	<p>Tidak 3 →A11 Ya 1</p>									
<p>A7a Berapa jumlah tempat praktek yang IBS miliki ?</p>	<p><input type="text"/> tempat praktek</p>									
<p>A8. Berapa jauh tempat praktek tersebut dari sini (tempat praktek ini) ?(Bila lebih dari satu tempat praktek, sebutkan yang paling utama)</p>	<p>Kurang dari 5 km 1 Antara 5 - 10 km 3 Lebih dari 10 km 5</p>									

SEKSI A :UMUM

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

<p>A21a Berapa kira-kira total penghasilan I/B/S dari tempat kerja tersebut per bulan?</p>	<p>1. _____ . _____ . _____ Rp. 8. Tidak Tahu</p>
<p>A21b Berapa kira-kira total penghasilan I/B/S dari keseluruhan praktek yang I/B/S selenggarakan per bulan?</p>	<p>1. _____ . _____ . _____ Rp. 8. Tidak Tahu</p>

SEKSI A :UMUM

(ATYPE)	A23.			A24.
	Sejak tahun 2007, apakah ada perubahan dalam/mengalami [...]?			Apakah perubahan [...] mempengaruhi pelayanan sehari-hari Ibu/Bapak/Saudara/ klinik ini?
A. Persediaan obat-obatan	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3
B. Ketersediaan Perlengkapan	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3
C. Ketersediaan Air	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3
D. Harga Obat-obatan	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3
E. Harga perlengkapan	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3
F. Harga BBM	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3
H. Jumlah pasien	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3
I. Jumlah staf	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3
J. Persediaan alat KB	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3
K. Kualitas udara	6. TB ↓	3. Tidak ↓	1. Ya →	Ya, lebih baik1 Tidak ada pengaruh2 Ya, lebih buruk.....3

SEKSI B: KEGIATAN PRAKTEK

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

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

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

SEKSI B: KEGIATAN PRAKTEK

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

SEKSI B: KEGIATAN PRAKTEK

	B5.	B6.	B7.	B7a.	B7b.
JENIS PELAYANAN (B2TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan ? [termasuk biaya loket kunjunganbaru]	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
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	Ya1 Tidak.....3	<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	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
a. Cycloginon	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	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
19. 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	Ya1 Tidak.....3	<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		
20. 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	per suntikan	Ya1 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	per suntikan	Ya1 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	per suntikan	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
21. 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya1 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		

SEKSI B: KEGIATAN PRAKTEK

	B5.	B6.	B7.	B7a.	B7b.
JENIS PELAYANAN (B2TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan ? [termasuk biaya loket kunjunganbaru]	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
c. Pemasangan Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pemasangan	Ya1 Tidak.....3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH 6
d. Pengeluaran Implanon	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	satu kali pengeluaran/pelepasan		
24. Pengobatan efek samping KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
25. Periksa ulang / Kontrol KB	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali pengobatan		
27. Pengukuran Tekanan Darah	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
28. Tes kolesterol	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
29. Tes gula darah	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
30. Tes Osteoporosis	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
31. Tes jantung	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali periksa		
32. Vaksin:					
a. BCG	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya 1 Tidak 3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH....6
b. DPT	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per suntikan	Ya 1 Tidak 3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH....6
c. Anti polio	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. _____ . _____ Rp. 3. Tidak membayar	Per kali vaksinasi	Ya 1 Tidak 3	____ minggu 1 TIDAK PERNAH....6

SEKSI B :KEGIATAN PRAKTEK

	B5.	B6.	B7.	B7a.	B7b.
JENIS PELAYANAN (B2TYPE)	Apakah ada pelayanan [...] ?	Biaya pelayanan ? [termasuk biaya loket kunjunganbaru]	Satuan Unit	Apakah ada per- sediaan [...] hari ini?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
d. Campak	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 suntikan	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
e. Tetanus Toxoid	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 suntikan	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
f Hepatitis B, untuk bayi	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 suntikan	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
g. Hepatitis B, untuk dewasa	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 suntikan	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
h. Cacar air	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 suntikan	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
i. Flu	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 suntikan	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
j. Radang paru	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 suntikan	Ya1 Tidak.....3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu..... 1 TIDAK PERNAH 6
33 Pengobatan Malaria	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 kali pengobatan		
34 Pengobatan DBD	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 kali pengobatan		
35 Pengobatan HIV-AIDS	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 kali pengobatan		
36 Pengobatan Diare	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 kali pengobatan		

SEKSI B :KEGIATAN PRAKTEK

Jumlah pasien yang datang ke tempat praktek:

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

KODEB16: 3. TIDAK ADA 6. TIDAK BERLAKU 8. TIDAK TAHU

B16ba. Apakah Ibu/Bapak/Saudara. memberikan pelayanan gratis atau dengan subsidi kepada penduduk miskin ?	Tidak 3 → B16aa Ya 1
--	--

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

SEKSI B :KEGIATAN PRAKTEK

<p>B16aa Apakah Praktek Swasta/fasilitas ini menyediakan pelayanan kesehatan untuk pemegang kartu JKN/KIS?</p>	<p>Tidak 3 →B16f Ya 1</p>
<p>B16ab Sejak kapan Praktek Swasta/fasilitas ini menyediakan pelayanan ini?</p>	<p>A. JKN []/[] B. KIS . []/[] Y. TIDAK TAHU</p>

(B16TYPE)	B16ac.
Berapakah biaya pelayanan [...] untuk keluarga pemegang kartu JKN/KIS?	
A. Pemeriksaan dasar + obat / suntikan	<p>[] . [] Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan 6</p>
B. Pelayanan antenatal	<p>[] . [] Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan 6</p>
C. Melahirkan	<p>[] . [] Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan 6</p>
E. Imunisasi untuk Anak	<p>[] . [] Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan 6</p>
F. Pil KB	<p>[] . [] Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan 6</p>
G. Suntikan KB	<p>[] . [] Rupiah 1 Sama dengan pasien lainnya 2 Tidak ada biaya 3 Tidak ada pelayanan 6</p>

<p>B16f. Dibandingkan tahun 2007, apakah ada perubahan jumlah pasien per minggu yang berobat ke fasilitas ini?</p>	<p>Bertambah banyak..... 1 Agak bertambah..... 2 Tidak ada perubahan 3 Agak berkurang..... 4 Berkurang banyak..... 5 TIDAK BERLAKU..... 6</p>
---	--

SEKSI B :KEGIATAN PRAKTEK

Pemeriksaan Laboratorium

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

SEKSI B :KEGIATAN PRAKTEK

Jenis Pelayanan (B5type)	B21	
	Apakah I/B/S pernah menangani kasus pasien [....]?	
A. Ibu hamil resiko tinggi	3. Tidak↓	1. Ya
B. Neonatal resiko tinggi	3. Tidak↓	1. Ya
C. Kelahiran dengan BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah)	3. Tidak↓	1. Ya
D. Pasien diare	3. Tidak↓	1. Ya
E. Pasien Demam Berdarah Dengue	3. Tidak↓	1. Ya
F. Pasien Malaria	3. Tidak↓	1. Ya
G. Pasien Malnutrisi	3. Tidak↓	1. Ya
H. Pasien TBC	3. Tidak↓	1. Ya
I. Kasus HIV-AIDS	3. Tidak↓	1. Ya

SEKSI PH :PHARMACY

(PHTYPE)	PH03	PH04.	PH05	PH06	PH07
JENIS OBAT	Apakah ada pelayanan [...] ?	Harga obat	Satuan Unit	Apakah ada persediaan [...] hari ini ?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
27 Antibiotik					
a. Amoxycillin	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
b. cotrimozacole	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
c. Ampicillin	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
d. Procaine Penicillin	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
f. Gentamycin/kanamycine	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir 5. Tube	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
g. Cefrioxone	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
h. Ciprofloxacin	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
i. Norfloxacin	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6

SEKSI PH :PHARMACY

(PHTYPE)	PH03	PH04	PH05	PH06	PH07
JENIS OBAT	Apakah ada pelayanan [...] ?	Harga obat	Satuan Unit	Apakah ada persediaan [...] hari ini ?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
k. Doxycycline	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
l. Tetracycline	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
n. Metronidazole	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
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 PH :PHARMACY

(PHTYPE)	PH03	PH04	PH05	PH06	PH07
JENIS OBAT	Apakah ada pelayanan [...] ?	Harga obat	Satuan Unit	Apakah ada persediaan [...] hari ini ?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
32. Anti -TBC (untuk jangka pendek):					
c. Rifampicin	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
d. Ethambutol	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
e. Isoniazid/INH	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
h. Rifater (Rif+Iso+Pyran)	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
33. Anti malaria					
a. Chloroquine	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6
d. Sulfadoxine	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	1. Strip 2. Botol 3. Ampul/Injeksi 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="checkbox"/> minggu.....1 TIDAK PERNAH6

SEKSI PH :PHARMACY

(PHTYPE)	PH03	PH04	PH05	PH06	PH07
JENIS OBAT	Apakah ada pelayanan [...] ?	Harga obat	Satuan Unit	Apakah ada persediaan [...] hari ini ?	Dalam 6 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] ?
34. Oralit	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	Per sachet	Ya.....1 Tidak3	<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	1. Strip 3. Ampul/Injeksi 2. Botol 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
37 Obat untuk tekanan darah:					
c. Captopril	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 3. Ampul/Injeksi 2. Botol 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
38. Anestesi:					
d. Oxytocin-ergometrine	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 3. Ampul/Injeksi 2. Botol 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
39. Simvastatin (Obat untuk kolesterol)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 3. Ampul/Injeksi 2. Botol 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
40. Metformin (Obat untuk gula darah)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 3. Ampul/Injeksi 2. Botol 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6
41. Diazepam (Obat untuk anti kejang)	3. Tidak ↓ 1. Ya →	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> Rp. 3. Tidak membayar	1. Strip 3. Ampul/Injeksi 2. Botol 4. Biji/butir	Ya.....1 Tidak3	<input type="text"/> minggu 1 TIDAK PERNAH 6

SEKSI C :PERALATAN KESEHATAN

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

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

C1. JENIS PERALATAN (C1TYPE)	C2. Apakah mempunyai alat [...]yang masih berfungsi dengan baik?	
ca. Alat penyangga infus	3. Tidak	1. Ya
da. Alat tes kolesterol	3. Tidak	1. Ya
ea. Alat tes kadar gula	3. Tidak	1. Ya
fa. Meja ginekologi	3. Tidak	1. Ya
ga. Lampu sorot	3. Tidak	1. Ya
ha. Tempat pendingin	3. Tidak	1. Ya
la. Penghisap lendir	3. Tidak	1. Ya
Ja. Masker	3. Tidak	1. Ya

SEKSI C :PERALATAN KESEHATAN

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

SEKSI C :PERALATAN KESEHATAN

Sekarang kami ingin mengetahui kegiatan Bidan Desa di desa ini

BD00a.	PEWAWANCARA PERIKSA : LK13 APAKAH RESPONDEN ADALAH BIDAN DESA DI DESA INI ? LK13 = 5 (BIDAN DESA) ?	TIDAK3 →SEKSI E YA 1
BD01a.	Rata-rata dalam satu minggu, berapa jam dari waktu Ibu/Sdri. pergunakan untuk :	
	a. Memberikan pelayanan antenatal/perawatan bayi	___ jam
	b. Memberikan pelayanan KB	___ jam
	c. Mengobati pasien untuk keluhan lainnya, di luar pelayanan antenatal dan perawatan bayi	___ jam
	d. Memperkokoh kesehatan masyarakat melalui Posyandu dan lain-lain	___ jam
	e. Mengorganisasikan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT)	___ jam
	f. Pekerjaan administrasi/mencatat data	___ jam
	v. Lainnya.....	___ jam
BD01aa.	Berapa jumlah jam dalam satu minggu Ibu gunakan untuk semua tugas sebagai bidan desa?	___ jam/minggu

BD01ba.	Dalam satu minggu terakhir, berapa jumlah pasien Ibu/Sdri [...].	
	a. Perempuan (15 tahun atau lebih).....	_____
	b. Laki-laki(15 tahun atau lebih).....	_____
	c. Anak-anak 5-14 tahun.....	_____
	d. Anak-anak kurang dari 5 tahun.....	_____
BD02a.	Dari perlengkapan medis yang Ibu/Sdri. pergunakan dalam memberikan pelayanan, kira-kira berapa bagian yang Ibu/Sdri. beli sendiri ?	_____ persen
BD03b.	Dari obat-obatan yang Ibu/Sdri. Pergunakan dalam memberikan pelayanan, kira-kira berapa bagian yang Ibu/Sdri. beli sendiri ?	_____ persen
BD04b.	Dari alatkontrasepsi KB yang Ibu/Sdri. pergunakan dalam memberikan pelayanan, kira-kira berapa bagian yang Ibu/Bapak/Sdr. beli sendiri ?	_____ persen

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

SEKSI BD: BIDAN DESA
RUANG PERIKSA

E1.	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANGAN INI? (KOTOR= JIKA NAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/ SAMPAH)	KOTOR..... 1 BERSIH..... 3
E2.	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANGAN INI? (KOTOR= JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK TERKELUPAS)	KOTOR..... 1 BERSIH..... 3
E3.	APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANG PERIKSA?	TIDAK 3 → E5 YA 1
E4.	BAGAIMANA KEADAAN KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT? (KOTOR=JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL)	KOTOR..... 1 BERSIH..... 3
E5.	APAKAH JENIS TEMPAT UNTUK MENCUCI TANGAN YANG TERDAPAT DI RUANGAN INI?	WASTAFEL DENGAN AIR MENGALIR 1 WASKOM DENGAN AIR BERSIH..... 3 TIDAK ADA 6
E6.	APAKAH ADA TEMPAT SAMPAH DI RUANG INI?	YA 1 TIDAK..... 3
E7.	APAKAH ADA MEJA PERIKSA DI RUANG INI?	YA 1 TIDAK..... 3
E8.	Untuk penyuntikan pasien, jarum apa yang dipakai?	Tidak memberi pelayanan suntik 6 → E10 Disposable (jarum sekali pakai) 1 → E10 Non Disposable (jarum bisa dipakai ulang) ...2 Keduanya 3
E9.	Bagaimanakah cara sterilisasi jarum suntik yang dipakai di sini? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU.	Dengan sterilisator A Merebus jarum dengan air mendidih B Merendam dengan alkohol C Memanaskan jarum dengan api..... D Tidak disteril..... E Lainnya V

RUANG KIA – KB

E10.	CHECK POINT: APAKAH ADA RUANG KHUSUS UNTUK KEGIATAN KIA-KB?	TIDAK 3 → E18 YA..... 1
E11.	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN LANTAI DI RUANGAN INI? (KOTOR= JIKA NAMPAK BANYAK DEBU, REMAH-REMAH MAKANAN/ SAMPAH BERSEKAKAN)	KOTOR..... 1 BERSIH..... 3
E12.	BAGAIMANAKAH KEADAAN KEBERSIHAN DINDING DI RUANGAN INI? (KOTOR= JIKA TAMPAK BANYAK SARANG LABA-LABA, CORETAN, LEMBAB, CAT TEMBOK TERKELUPAS)	KOTOR..... 1 BERSIH..... 3
E13.	APAKAH ADA TIRAI/GORDIN YANG MEMBATASI RUANGAN INI?	TIDAK 3 → E15 YA..... 1
E14.	BAGAIMANA KEADAAN KEBERSIHAN TIRAI TERSEBUT? (KOTOR=JIKA TAMPAK SUDAH LAMA TIDAK DICUCI, ADA BERCAK-BERCAK DARAH ATAU KOTORAN LAIN YANG MENEMPEL)	KOTOR..... 1 BERSIH..... 3
E15.	APAKAH JENIS TEMPAT UNTUK MENCUCI TANGAN YANG TERDAPAT DI RUANGAN INI?	WASTAFEL DENGAN AIR MENGALIR 1 WASKOM DENGAN AIR BERSIH 3 TIDAK ADA 6
E16.	APAKAH ADA TEMPAT SAMPAH DI RUANG INI?	YA 1 TIDAK 3
E17.	APAKAH ADA MEJA GINEKOLOGIS DI RUANG INI?	YA 1 TIDAK..... 3
E18.	Di mana vaksin disimpan? (JAWABAN BOLEH LEBIH DARI SATU))	Lemari es/Freezer/box pendingin khusus vaksin A Lemari es biasa B Lemari es tanpa listrik C Tidak ada tempat penyimpanan vaksin W Lainnya V

VIGNETTE PRAKTEK SWASTA

- ❖ **VIGNETTE PELAYANAN KESEHATAN ORANG DEWASA**
- ❖ **VIGNETTE KESEHATAN PENDERITA DIABETES**
- ❖ **VIGNETTE PELAYANAN KESEHATAN ANAK**
- ❖ **VIGNETTE PELAYANAN PMERIKSAAN KEHAMILAN**

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

Pelayanan Kesehatan Orang Dewasa

H1.	Apakah fasilitas ini memberi pelayanan kesehatan untuk orang dewasa?	Tidak 3 → H15 Ya 1
H2.	Nama Responden : _____	
H3.	Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter umum 01 Dokter spesialis 02 Perawat 03 Bidan 04 Paramedis/mantri 05
H3a	Di mana I/B/S menyelesaikan studi I/B/S ?	Universitas Indonesia 01 Universitas Gadjah Mada 02 Universitas Airlangga 03 Universitas Diponegoro 04 Universitas Padjadjaran 05 Universitas negeri lainnya 06 Universitas Swasta 07 Lainnya 09
H4.	Pada tahun berapa I/B/S menyelesaikan studi I/B/S?	_____
H5.	<u>Sejak selesai melakukan</u> studi apakah I/B/S pernah mengikuti pelatihan?	Tidak 3 → H9 Ya 1

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

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

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

PETUNJUK PEWAWANCARA:

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

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

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

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

H11.	Pertanyaan apa yang I/B/S tanyakan kepada pasien mengenai batuk dan demam yang dideritanya, dan mengenai keadaan kesehatannya?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	k. Apakah badan terasa panas/ demam ?	1	2	3
	l. Apakah badan terasa lemas ?	1	2	3
	m. Apakah kepala terasa pusing ?	1	2	3
	n. Apakah nafsu makan menjadi lemah ?	1	2	3
	o. Apakah ada rasa mual (mau muntah) ?	1	2	3

H12.	Pertanyaan apa yang I/B/S akan tanyakan mengenai riwayat kesehatan dan gaya hidup/kebiasaan Pak Widyono?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Apakah pernah menderita TB atau sedang meminum obat TB?	1	2	3
	b. Pernah menerima imunisasi BCG atau pernah mendapat hasil PPD atau Mantoux positif? <i>* Keterangan: PPD= purified protein derivative atau Mantoux, tes untuk TBC</i>	1	2	3
	c. Memiliki sejarah asma atau COPD? <i>* Keterangan: COPD=chronic obstructive pulmonary disease, penyakit paru-paru kronis</i>	1	2	3
	d. Memiliki sejarah masalah jantung?	1	2	3
	e. Memiliki sejarah tumor atau bedah perut	1	2	3
	f. Obat yang diminum akhir-akhir ini?	1	2	3
	g. Alergi terhadap obat tertentu?	1	2	3
	h. Punya kebiasaan merokok?	1	2	3
	i. Jumlah rokok/bungkus rokok sehari?	1	2	3
	j. Punya kebiasaan minum alkohol?	1	2	3
	k. Tinggal sendirian atau dengan orang lain?	1	2	3
	l. Jenis pekerjaan?	1	2	3
	m. Riwayat penyakit keturunan	1	2	3
	n. Kondisi sanitasi rumah / ventilasi	1	2	3

H13.	Apa yang I/B/S lakukan pada saat melakukan pemeriksaan fisik Pak Widyono?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Melihat penampilan fisik secara umum	1	2	3
	b. Mengambil temperatur	1	2	3
	c. Mendengarkan nafas	1	2	3
	d. Memeriksa iritasi tenggorokan	1	2	3
	e. Memeriksa kerongkongan/node limfe (lymph nodes)	1	2	3
	f. Melihat apakah dada cekung	1	2	3
	g. Palpasi perut <i>* Keterangan: palpasi: memeriksa dengan meraba dan menekan</i>	1	2	3
	h. Denyut jantung <i>Keterangan: vital signs: nafas, denyut nadi,</i> <i>Keterangan: IPPA = Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi</i>	1	2	3
	i. Tekanan Darah	1	2	3

H14.	Apa tes laboratorium yang akan I/B/S lakukan?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Rontgen dada	1	2	3
	b. Tes PPD atau mantoux	1	2	3
	c. Tes sputum/dahak untuk TBC	1	2	3
	d. Tes darah rutin.	1	2	3
	e. Fungsi hati	1	2	3
	f. CD4 cell count /tes darah CD4 <i>Keterangan: tes darah untuk melihat sistem kekebalan</i>	1	2	3
	g. Analisa urine	1	2	3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes

H15.	Apakah fasilitas ini memberi pelayanan kesehatan untuk orang dewasa penderita diabetes ?	Tidak.....3 →H30 Ya.....1
H16.	Nama Responden : _____	
H17.	Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter umum 01 Dokter spesialis 02 Perawat 03 Bidan 04 Paramedis/mantri 05
H17a	Di mana I/B/S menyelesaikan studi I/B/S ?	Universitas Indonesia..... 01 Universitas Gadjah Mada..... 02 Universitas Airlangga 03 Universitas Diponegoro..... 04 Universitas Padjadjaran 05 Universitas negeri lainnya 06 Universitas Swasta..... 07 Lainnya95
H18.	Pada tahun berapa I/B/S menyelesaikan studi I/B/S?	_____
H19.	Apakah sejak selesai melakukan studi I/B/S pernah mengikuti pelatihan?	Tidak.....3→H23 Ya.....1

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

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

PETUNJUK PEWAWANCARA:

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

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

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

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

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

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

Pelayanan Kesehatan Anak-anak

H30.	Apakah fasilitas ini memberi pelayanan pengobatan untuk anak-anak	Tidak.....3 → H45 Ya..... 1
H31.	Nama Responden : _____	
H32.	Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter umum..... 01 Dokter spesialis..... 02 Perawat 03 Bidan 04 Paramedis/mantri 05
H32a	Di mana I/B/S menyelesaikan studi I/B/S ?	Universitas Indonesia..... 01 Universitas Gadjah Mada..... 02 Universitas Airlangga..... 03 Universitas Diponegoro..... 04 Universitas Padjadjaran..... 05 Universitas negeri lainnya..... 06 Universitas Swasta 07 Lainnya 95
H33.	Pada tahun berapa I/B/S menyelesaikan studi I/B/S?	_____
H34.	Apakah sejak selesai melakukan studi I/B/S pernah mengikuti pelatihan?	Tidak.....3→H38 Ya..... 1

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

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

PETUNJUK PEWAWANCARA:

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

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

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

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

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

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan

H45.	Apakah fasilitas ini memberi pelayanan pemeriksaan kehamilan?	Tidak 3 → CP Ya 1
H46.	Nama responden : _____	
H47.	Apa kualifikasi I/B/S?	Dokter Umum 01 Dokter Spesialis 02 Dokter Gigi 03 Bidan 04 Perawat/mantri 05
H47a	Di mana I/B/S menyelesaikan studi I/B/S ?	Universitas Indonesia 01 Universitas Gajah Mada 02 Universitas Airlangga 03 Universitas Diponegoro 04 Universitas Padjadjaran 05 Universitas negeri lainnya 06 Universitas Swasta 07 Lainnya 95
H48.	Pada tahun berapa I/B/S menyelesaikan studi I/B/S?	□ □ □ □ □
H49.	Apakah sejak selesai melakukan studi I/B/S pernah mengikuti pelatihan?	Tidak 3 → H53 Ya 1

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

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

PETUNJUK PEWAWANCARA:

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

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

H55.	Apa pertanyaan-pertanyaan penting yang akan I/B/S tanyakan kepada ibu Ani tentang kehamilan dan kelahiran sebelumnya ?	Dijawab spontan	Dibacakan	
a.	Jumlah kehamilan sebelumnya?	1	2	3
b.	Jumlah anak yang hidup?	1	2	3
c.	Jumlah keguguran/aborsi/lahir mati?	1	2	3
d.	Apakah pernah mengalami pendarahan pada saat persalinan sebelumnya?	1	2	3
e.	Bagaimana persalinan anak sebelumnya?	1	2	3
f.	Berat lahir anak yang sebelumnya?	1	2	3
g.	Sejarah kelainan atau anomali genetika?	1	2	3
h.	Sejarah ginekologis (papsmear, pemakaian kontrasepsi, infeksi penyakit seksual)	1	2	3

SEKSI H: VIGNETTE FASILITAS

H56.	Apa pertanyaan-pertanyaan penting yang I/B/S akan tanyakan mengenai kehamilan ibu Ani yang sekarang?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Kapan menstruasi terakhir?	1	2	3
	b. Apakah ada masalah kesehatan sekarang?	1	2	3
	c. Apakah ada simptom obstetrik (kontraksi, pendarahan, dsb)?	1	2	3
	d. Apakah berat badan turun/naik, mengalami mual, muntah?	1	2	3
	e. Apakah sedang minum obat sekarang?	1	2	3
H57.	Apa pertanyaan-pertanyaan penting yang akan I/B/S tanyakan mengenai sejarah kesehatan dan perilaku sosial Ibu Ani?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Apakah ada sejarah darah tinggi?	1	2	3
	b. Apakah ada sejarah diabetes?	1	2	3
	c. Apakah pernah menderita penyakit atau infeksi seksual termasuk HIV?	1	2	3
	d. Tentang alat kontrasepsi yang digunakan sebelumnya?	1	2	3
	e. Suntikan tetanus pada kehamilan sebelumnya?	1	2	3
	f. Apakah pernah sakit jantung?	1	2	3
	g. Sejarah penyakit menurun di keluarga?	1	2	3
	h. Apakah pernah menderita malaria?	1	2	3
	i. Apakah merokok atau pernah merokok?	1	2	3
	j. Apakah minum atau pernah minum alkohol?	1	2	3
	k. Menilai apakah kehamilan ini mempunyai resiko tinggi?	1	2	3
	l. Apakah pernah melakukan operasi atau tidak?	1	2	3
	m. Apakah pernah menderita penyakit asma?	1	2	3
	n. Apakah pernah menderita penyakit ginjal?	1	2	3
H58.	Apa yang I/B/S lakukan pada saat melakukan pemeriksaan fisik terhadap ibu Ani?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Tinggi badan ?	1	2	3
	b. Berat Badan ?	1	2	3
	c. Tekanan darah ?	1	2	3
	d. Palpasi perut/mengukur tinggi perut?	1	2	3
	e. Mendengarkan detak jantung bayi ?	1	2	3
	f. Pemeriksaan pelvis <i>*Keterangan: pemeriksaan dalam</i>	1	2	3
	g. Periksa kalau ada edema <i>*Keterangan: pembengkakan, atau "odim"</i>	1	2	3
	h. Mengukur lingkar lengan atas	1	2	3
	i. Raut muka, pucat atau tidak	1	2	3
H59.	Pemeriksaan lab apakah yang I/B/S lakukan ?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Tes kehamilan?	1	2	3
	b. Pemeriksaan hemoglobin?	1	2	3
	c. Pemeriksaan urin untuk diabetes?	1	2	3
	d. Pemeriksaan urin untuk protein?	1	2	3
	e. Ultrasound/(USG)?	1	2	3
	f. Tes keping darah (platelet darah)?	1	2	3
	g. Enzim hati	1	2	3
	h. Chem 7/BUN/creatinine <i>*Keterangan: Tes Chem 7 adalah 7 tes kimia untuk memperoleh informasi mengenai metabolisme tubuh. Tes BUN = blood urea nitrogen mengukur banyak urea nitrogen dalam darah, memberikan informasi mengenai metabolisme dan fungsi hati. Tes Creatinine mengukur kadar creatinine di darah, memberikan informasi mengenai fungsi ginjal</i>	1	2	3
	i. Skrining HIV	1	2	3
H59.	Pemeriksaan lab apakah yang I/B/S lakukan ?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	j. Tes infeksi seksual, sipilis atau gonorea	1	2	3
	k. Antibodi Rubella <i>*Keterangan: tes untuk melihat apakah tubuh sudah memiliki antibodi terhadap virus Rubella</i>	1	2	3
	l. Golongan darah atau status resus	1	2	3
	m. Test gigi	1	2	3
H60.	Prosedur atau pesan apa yang I/B/S berikan sebelum ibu Ani pulang?	Dijawab spontan	Dibacakan	
	a. Nasihat tentang nutrisi ?	1	2	3
	b. Diberi suntikan tetanus?	1	2	3
	c. Memberi pil zat besi/folic acid?	1	2	3
	d. Membuat skedul pemeriksaan berikutnya?	1	2	3
	e. Membuat rencana tentang persalinan?	1	2	3
	f. Memberi nasihat tentang tanda-tanda yang membahayakan untuk segera meminta pertolongan darurat?	1	2	3
	g. Memberikan rekomendasi tentang laktasi/kontrasepsi?	1	2	3
	h. Memberikan konseling/tes tentang HIV?	1	2	3
	i. Mengisi kartu prenatal?	1	2	3
	j. Istirahat	1	2	3
	k. Menjaga kebersihan	1	2	3

SEKSI CP: CATATAN PEWAWANCARA

CK1.	Wawancara dilakukan semuanya/sebagian besar dalam bahasa:	<input type="checkbox"/> Lainnya _____
CK2.	Bahasa lain yang digunakan (jika ada):	<input type="checkbox"/> Lainnya _____
KODE BAHASA:		
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

FP2. STATUS SAMPLING	FP3. KODE HASIL WAWANCARA	FP4. KODE ALASAN UNTUK JAWABAN "2" / "3" PADA FP3.	FP6. PEMANTAUAN OLEH PENGAWAS
Apakah Fasilitas ini terdaftar di SD2/dan terpilih sebagai sampel ? 1. Ya 3. Tidak	1. Selesai →FP6 2. Selesai sebagian 3. Tidak selesai	1. Responden tidak di tempat/bepergian 2. Responden sibuk 3. Responden menolak	Ya/Tidak a. Diobservasi 1 3 b. Diperiksa 1 3 c. Diveifikasi 1 3

CATATAN PEWAWANCARA