

SURVEI PELAYANAN KESEHATAN DAN PENDIDIKAN

LK, IR, PH, YK, LG,
AM, OV, POS, PG, PK, CP

BUKU 4 BIDAN

ID BIDAN

7
 EA QX NO

Responden adalah (a) Bidan Puskesmas yang praktik swasta, (b) Bidan Desa, dan (c) Bidan Praktik Swasta.

COV1. Nama Responden:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
COV3. PEWAWANCARA PERIKSA FORM PF: STATUS FASILITAS?	1. FASILITAS PANEL 2007 2. FASILITAS PANEL 2008 3. FASILITAS BARU

ENUMERATOR, EDITOR DAN SUPERVISOR

	Enumerator	Editor	Supervisor
Nama dan Kode Petugas	<input style="width: 80%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>

HASIL KUNJUNGAN

	Kunjungan Pertama	Kunjungan Kedua	Kunjungan Ketiga
Tanggal	<input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / 2009	<input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / 2009	<input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / 2009
Jam Mulai / Jam Selesai	<input style="width: 15%;" type="text"/> : <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> : <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> : <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> : <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> : <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> : <input style="width: 15%;" type="text"/>
Hasil Kunjungan	1. Selesai 2. Selesai sebagian, _____ 3. Responden menolak/tidak ada/ berhalangan	1. Selesai 2. Selesai sebagian, _____ 3. Responden menolak/tidak ada/ berhalangan	1. Selesai 2. Selesai sebagian, _____ 3. Responden menolak/tidak ada/ berhalangan

HASIL PEMERIKSAAN

Pemeriksaan oleh Supervisor	Pengamatan oleh Supervisor	Pemeriksaan oleh Editor
1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Dientri, tanpa kesalahan 3. Dientri dan dikoreksi

KATA PENGANTAR BIDAN DESA/PRAKTIK SWASTA

Ibu/Bapak/Sdr. Perkenalkan nama saya _____. Saya adalah asisten peneliti dari Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada. Saat ini kami sedang melakukan pengumpulan data untuk Survei Pendidikan dan Kesehatan tahun 2009. Survei ini bertujuan untuk mengumpulkan data tentang akses masyarakat dan ketersediaan fasilitas pendidikan dan kesehatan di Indonesia.

Terkait dengan penelitian tersebut, kami ingin melakukan wawancara dengan Ibu. Polindes/Praktik Swasta Ibu ini terpilih secara random untuk kami wawancara. Wawancara ini tidak wajib. Walaupun Ibu/Bapak/Sdr bersedia untuk diwawancarai, Ibu/Bapak/Sdr tidak wajib untuk menjawab semua pertanyaan dari kami. Kami menjamin untuk menjaga kerahasiaan data yang Ibu/Bapak/Sdr berikan dan hanya menggunakannya untuk tujuan penelitian saja. Bahkan nama Ibu/Bapak/Sdr tidak akan kami berikan kepada siapapun.

Sebelumnya kami mohon maaf karena menyita waktu Ibu/Bapak/Sdr. Wawancara ini akan memakan waktu kurang lebih satu setengah jam. Dari wawancara ini, setahu kami, Ibu/Bapak/Sdr tidak akan menerima resiko atau keuntungan apapun. Data yang Ibu/Bapak/Sdr berikan akan sangat berguna untuk informasi tentang pelayanan Kesehatan dan Pendidikan di Indonesia.

Apakah Ibu/Bapak/Sdr dapat memahami penjelasan kami? Jika Ya, bolehkah kami memulai wawancara?

Jika nanti Ibu/Bapak/Sdr merasa tidak diperlakukan dengan sopan atau adil, atau Ibu/Bapak/Sdr memiliki pertanyaan, Ibu/Bapak/Sdr dapat menghubungi:

.....

Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan
Universitas Gadjah Mada
Jl.....

IZIN LISAN SUBJEK PENELITIAN ATAU PERWAKILAN

Saya memahami keterangan yang diberikan dan saya setuju untuk diwawancarai

_____ Izin Lisan: 1. Ya 3. Tidak
(Nama Responden)

TANDA TANGAN PEWAWANCARA

Saya menyatakan, responden secara suka rela dan sadar memberikan izin termaklum dan memiliki kapasitas hukum untuk memberikan izin kepada saya untuk melanjutkan wawancara

_____ Tanggal _____
Tanda Tangan Pewawancara

LK. LOKASI

LK01	PROPINSI	31. DKI JAKARTA 32. JAWA BARAT 35. JAWA TIMUR	53. NUSA TENGGARA TIMUR 71. SULAWESI UTARA 75. GORONTALO	KODE: <input type="text"/>
LK02	KABUPATEN/KOTA	<input type="text"/>		
LK03	KECAMATAN	<input type="text"/>		
LK04	Desa/Kelurahan	<input type="text"/>		
LK09	Alamat Tempat Praktik Swasta	<input type="text"/>		
LK10	Telepon/Handphone	A. Telepon <input type="text"/> - <input type="text"/> B. Handphone <input type="text"/> - <input type="text"/> W. TIDAK BERLAKU		
LK11	KOORDINAT LOKASI	a. LINTANG: <input type="text"/> ° <input type="text"/> ', <input type="text"/> ' c. ELEVASI: <input type="text"/> . <input type="text"/> METER DPL b. BUJUR: <input type="text"/> ° <input type="text"/> ', <input type="text"/> ' d. AKURASI: <input type="text"/> METER		
LK13	LOKASI WAWANCARA	1. PUSKESMAS 2. PUSTU 3. POLINDES 4. TEMPAT PRAKTIK SWASTA	5. RUMAH RESPONDEN 6. KANTOR DESA/BALAI DESA 7. POSYANDU 95. LAINNYA, <input type="text"/>	

IR. IDENTITAS RESPONDEN

IR01	Nama responden		
IR02	Berapa usia Ibu?	____ tahun	
IR02a	PEWAWANCARA PERIKSA: COV 3 = 1. FASILITAS PANEL 2007 atau 2. FASILITAS PANEL 2008 ?	1. YA → IR10	3. TIDAK
IR03	Apa pendidikan terakhir yang ibu tamatkan?	1. D1/Bidan 2. D2 3. D3/Sarjana muda	4. D4/Sarjana 5. Sekolah bidan setingkat SMA 95. Lainnya, _____
IR04	Tahun berapa Ibu lulus?	_____	
IR04a	Apa status tempat pendidikan terakhir yang ibu tamatkan tersebut?	1. Negeri	3. Swasta
IR04b	Apakah tempat pendidikan terakhir yang ibu tamatkan di bawah kerjasama dengan universitas?	1. Ya	3. Tidak
IR04c	Apakah sekarang ibu sedang mengikuti/melanjutkan pendidikan?	1. Ya	3. Tidak → IR04f
IR04d	Apa tingkatan pendidikan yang sedang ibu ikuti tersebut?	1. D1/Bidan 2. D2 3. D3/Sarjana muda	4. D4/Sarjana 5. Sekolah bidan setingkat SMA 95. Lainnya, _____
IR04e	Apa kelas/tahun dari pendidikan yang sedang diikuti?	_____	
IR04f	Apakah ibu pernah mengikuti pelatihan dalam tiga tahun terakhir?	1. Ya	3. Tidak → IR4i
IR04g	Berapa total hari training tentang keahlian perbidanan atau medis lainnya yang ibu ikuti dalam tiga tahun terakhir?	_____ hari	
IR04h	Berapa total hari training non kesehatan yang ibu ikuti dalam tiga tahun terakhir?	_____ hari	
IR04i	Apakah ibu mempunyai SIB (Surat Izin Bidan)?	1. Ya	3. Tidak → IR4k
IR04j	Tahun berapa ibu mendapatkan SIB?	_____	
IR04k	Apakah ibu mempunyai SIPB (Surat Izin Praktik Bidan)?	1. Ya	3. Tidak → IR05
IR04l	Tahun berapa ibu mendapatkan SIPB?	_____	
IR05	Apakah Ibu menjadi anggota ikatan professional medis?	1. Ya	3. Tidak → IR07
IR06	Ikatan professional medis apa yang Ibu ikuti?	A. Ikatan Bidan Indonesia (IBI) B. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)	C. Ikatan Bidan Delima V. Lainnya, _____

IR14	Apa jabatan Ibu di fasilitas/pelayanan pemerintah tersebut?	1. Kepala Fasilitas 2. Bidan Koordinator	3. Bidan 4. Bidan Desa
IR15	Kapan Ibu mulai bertugas pada fasilitas/pelayanan pemerintah tersebut?	Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
IR16	Berapa jarak dari tempat praktik Ibu ke tempat fasilitas/pelayanan pemerintah tersebut?	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> Kilometer	

Tempat Praktik Swasta atau Praktik Diluar Jam Kerja Pemerintah

IR16b	Apakah Ibu memberikan pelayanan swasta?	1. Ya	3. Tidak → IR28
IR16i	Sebutkan nama desa/kecamatan dari tempat pelayanan swasta ibu	a. Desa: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. Kec : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
IR16c	Apakah tempat pelayanan swasta ibu terpisah dengan fasilitas pelayanan pemerintah tempat ibu bekerja?	1. Ya	3. Tidak
IR16d	Apakah ibu mempunyai catatan tentang pasien yang terpisah untuk pelayanan swasta ibu?	1. Ya	3. Tidak
IR16e	Apakah ibu mempunyai pembukuan keuangan yg terpisah utk pelayanan swasta ibu?	1. Ya	3. Tidak
IR16f	Apakah ibu mempunyai persediaan obat terpisah untuk pelayanan swasta ibu?	1. Ya	3. Tidak
IR16g	Apakah ibu memberikan jenis obat yang berbeda untuk pelayanan swasta ibu?	1. Ya	3. Tidak
IR16h	Apakah ibu menetapkan tarif yang berbeda untuk pelayanan swasta ibu?	1. Ya	3. Tidak
IR17	Bagaimana status penguasaan bangunan tempat praktik?	1. Gedung fasilitas milik pemerintah (Puskesmas/Pustu/Polindes) 2. Rumah milik sendiri/keluarga 3. Rumah dinas 4. Rumah sewa/kontrak/bagi hasil	5. Tempat lain, milik sendiri/keluarga 6. Tempat lain, sewa/kontrak/bagi hasil 7. Tempat disediakan oleh masyarakat 95. Lainnya, <input type="text"/>
IR18	Apa sumber air utama yang di gunakan di tempat praktik?	1. Air Ledeng (PAM) 2. Sumur pompa 3. Sumur 4. Air hujan 5. Danau	6. Sumber mata air 7. Air sungai/kali 8. Air mineral/Aqua 95. Lainnya, <input type="text"/>
IR19	Dimanakah tempat pengambilan air utama tersebut?	1. Di dalam rumah → IR21	3. Di luar rumah
IR20	Berapa jarak dari tempat praktik ini ke sumber air utama tersebut satu kali jalan?	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> meter	
IR21	Apa jenis jamban yang digunakan di tempat praktik?	1. Jamban sendiri dengan tangki septik 2. Jamban sendiri tanpa tangki septik 3. Jamban bersama	4. Jamban umum 6. TIDAK ADA JAMBAN

IR22	Apakah tersedia listrik di tempat praktik?	1. Ya	3. Tidak → IR24
IR23	Apa sumber utama listrik yang di gunakan ?	1. PLN 2. Generator puskesmas 3. Generator masyarakat desa/kel 4. Generator sendiri	5. Perusahaan swasta 6. Pembangkit Listrik Tenaga Surya (PLTS) 7. Pembangkit Listrik Daerah (PLD) 95. Lainnya, _____
IR24	Berapa jumlah tempat tidur yang tersedia di tempat praktik?	____ tempat tidur	
IR25	Berapa jumlah tenaga yang membantu Ibu dalam memberikan pelayanan?	A. ____ bidan B. ____ perawat/mantri C. ____ dokter D. ____ dukun bayi	E. ____ Kader posyandu V. ____ Lainnya, _____ W. TIDAK ADA YANG MEMBANTU

Hubungan Dengan Pihak Luar

IR28	Apakah Ibu melakukan kerjasama dg dukun bayi untuk menangani persalinan?	1. Ya	3. Tidak
IR29	Kapan terakhir kali tempat pelayanan Ibu dikunjungi/disupervisi oleh puskesmas?	1. Bulan ____ Tahun ____	6. TIDAK PERNAH → SEKSI PH
IR30	Siapa yang melakukan kunjungan/supervisi tersebut?	A. Dokter Puskesmas B. Kepala Puskesmas yang bukan dokter C. Bidan Kordinator	D. Perawat V. Lainnya, _____

PH. ALOKASI WAKTU DAN PENGHASILAN

PH01	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH IR10 = 1. APAKAH IBU BEKERJA DI FASILITAS/PELAYANAN KESEHATAN PEMERINTAH?	3. TIDAK → PH02d 1. YA
------	--	---------------------------

Sekarang, kami akan menanyakan kegiatan ibu pada 3 hari kerja terakhir

PH02	Berapa lama waktu yang Ibu habiskan setiap harinya selama 3 hari kerja terakhir untuk kegiatan [...]?	Hari -1 terakhir	Hari -2 terakhir	Hari -3 terakhir
	a. Pelayanan di Puskesmas, Pustu, Polindes	____ jam	____ jam	____ jam
	b. Pelayanan di Posyandu	____ jam	____ jam	____ jam
	c. Pelayanan Publik (misalnya penyuluhan kesehatan/promosi kesehatan, UKS, Pembinaan Dukun Beranak, dll)	____ jam	____ jam	____ jam
	d. Pelayanan swasta	____ jam	____ jam	____ jam
	e. Total waktu	____ jam	____ jam	____ jam

Berikut kami akan menanyakan kegiatan Ibu pada hari Selasa terakhir .

PHTYPE	PH03																		
Waktu	Kegiatan yang Ibu lakukan pada [...]																		
a. 06.00-07.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
b. 07.00-08.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
c. 08.00-09.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
d. 09.00-10.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
e. 10.00-11.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
f. 11.00-12.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
g. 12.00-13.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
h. 13.00-14.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
i. 14.00-15.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
j. 15.00-16.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
k. 16.00-17.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
l. 17.00-18.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
m. 18.00-19.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
n. 19.00-20.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y
o. 20.00-21.00	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	V	_____	Y

Kode PH03

- | | |
|--|--|
| <p>A. Tugas kedinasan di luar Puskesmas/Polindes/Pustu (rapat dengan Kepala Dinas Kesehatan, mengikuti pelatihan, dsb.)</p> <p>B. Pertemuan staf Puskesmas/Pustu/Polindes</p> <p>C. Melakukan pekerjaan administrasi</p> <p>D. Memberikan pelayanan di dalam Puskesmas/Pustu/Polindes</p> <p>E. Memberikan pelayanan di luar Puskesmas/Pustu/Polindes (misalnya memberikan penyuluhan di desa, di posyandu, di sekolah, dsb)</p> <p>F. Memberikan pelayanan praktik swasta</p> <p>G. Istirahat/makan</p> <p>H. Kegiatan pribadi</p> <p>I. Memberikan pelayanan di rumah sakit/klinik</p> | <p>J. Apel pagi/apel siang</p> <p>K. Membersihkan Puskesmas/Pustu/Polindes</p> <p>L. Melakukan kunjungan rumah</p> <p>M. Sakit/ijin/cuti/libur</p> <p>N. Membantu persalinan</p> <p>O. Dalam perjalanan ke suatu tempat</p> <p>P. Sekolah/kuliah</p> <p>V. Lainnya, _____</p> <p>Y. TIDAK TAHU</p> |
|--|--|

PH04	Berapa penghasilan Ibu dari <u>fasilitas/pelayanan kesehatan pemerintah sebulan yg lalu?</u>	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
PH05	Berapa besar penggantian yang Ibu terima dari Pemerintah/Puskesmas <u>sebulan yang lalu</u> untuk [...]?		
	a. Transportasi	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
	b. Obat/vaksin/bahan habis pakai	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
	c. Peralatan/perlengkapan medis	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
	d. Pelayanan Askeskin/Jamkesmas	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
	e. Jasa pelayanan kesehatan non Askeskin/Jamkesmas	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
	f. Persalinan	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
	g. Kegiatan Posyandu	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
	h. Piket	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
	v. Lainnya, _____	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
PH06	Apa dasar penentuan biaya penggantian untuk transportasi, obat-obatan dan peralatan tersebut?	A. Besarnya biaya yang harus diganti B. Prosentase per biaya pelayanan C. Dibagi rata sesuai dana yg didapatkan D. Sudah ditetapkan besarnya E. Dana yang tersedia F. Kesepakatan bersama G. Peraturan Daerah/Petunjuk Teknis V. Lainnya, _____ W. TIDAK BERLAKU Y. TIDAK TAHU	
PH06a	Apakah Ibu menerima penggantian dari pihak lain selain Pemerintah/Puskesmas/Askeskin/Jamkesmas <u>sebulan yang lalu?</u>	1. Ya	3. Tidak → PH06d

PH1TYPE	PH06b. Berapa besar penggantian yang Ibu terima dari sumber lain tersebut untuk [...]?	PH06c. Apa dasar penentuan biaya penggantian tersebut? A. Persentase dari biaya yang dikeluarkan B. Jumlah ditentukan dari jumlah pasien yang dilayani C. Sudah ditetapkan besarnya V. Lainnya, _____
a. Transportasi	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6. TB↓	A B C V. _____
b. Obat/vaksin/bahan habis pakai	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6. TB↓	A B C V. _____
c. Peralatan/perlengkapan medis	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6. TB↓	A B C V. _____
e. Pelayanan kesehatan non Askeskin/Jamkesmas	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6. TB↓	A B C V. _____
v. Lainnya, _____	1. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6. TB↓	A B C V. _____

PH06d	Apakah Ibu menerima penggantian untuk pelayanan persalinan dari sumber lain selain dari pasien/ puskesmas/pemerintah/Askeskin/Jamkesmas sebulan yang lalu?	1. Ya. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3. TIDAK → PH06h
PH06e	Apakah penggantian tersebut berdasarkan persentase dari biaya yang dikeluarkan?	1. Ya. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % → PH06h	3. TIDAK
PH06f	Apakah penggantian tersebut berdasarkan jumlah pasien yang dilayani?	1. Ya. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / pasien → PH06h	3. TIDAK
PH06g	Sebutkan dasar penggantian tersebut	<input type="text"/>	

PH06h	Apakah Ibu menerima penggantian untuk pelayanan posyandu dari sumber lain selain dari pasien/posyandu/ puskesmas/pemerintah/Askeskin/Jamkesmas sebulan yang lalu?	1. Ya. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3. TIDAK → PH07
PH06i	Apakah penggantian tersebut berdasarkan persentase dari biaya yang dikeluarkan?	1. Ya. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % → PH07	3. TIDAK
PH06j	Apakah penggantian tersebut berdasarkan jumlah pasien yang dilayani?	1. Ya. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / pasien → PH07	3. TIDAK
PH06k	Apakah penggantian tersebut berdasarkan jumlah posyandu yang dikunjungi?	1. Ya. Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / posyandu → PH07	3. TIDAK
PH06l	Sebutkan dasar penggantian tersebut	<input type="text"/>	

PH07	Berapa penghasilan Ibu dari <u>praktik swasta</u> sebulan yang lalu?	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
PH08	Berapa penghasilan Ibu dari kegiatan lain tetapi masih berhubungan dengan pekerjaan sebagai tenaga medis sebulan yang lalu?	1. Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU
PH09	Berapa <u>pengeluaran</u> Ibu sebulan yang lalu untuk [...]?		
	a. Transportasi	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	b. Obat/vaksin/bahan habis pakai	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	c. Peralatan/perlengkapan medis	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	d. Biaya listrik/telepon	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	e. Upah untuk tenaga yang membantu	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	f. Iuran IBI atau iuran yang lain	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	g. ATK/fotokopi dan perlengkapan non medis	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	v. Lainnya, _____	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
PH10	Berapa besar setoran per bulan yang ibu bayarkan ke puskesmas untuk penggunaan obat/alat milik/suplai dari puskesmas?	1. Rp <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. TIDAK BERLAKU

YK. PELAYANAN KESEHATAN**PETUNJUK WAWANCARA:****PELAYANAN PEMERINTAH DI SEKSI YK, LG, OV ADALAH PELAYANAN PEMERINTAH YANG DIBERIKAN DI FASILITAS SWASTA****PELAYANAN SWASTA DI SEKSI YK, LG, OV ADALAH PELAYANAN YANG BUKAN DISELENGGARAKAN OLEH PEMERINTAH**

YK1TYPE	YK01	YK02A	YK02B	YK03
Jenis Pelayanan	Apakah Ibu memberikan pelayanan [...]?	Berapa biaya pelayanan pemerintah untuk [...] ?	Berapa biaya pelayanan swasta untuk [...] ?	SATUAN
a. Pengobatan umum	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per kunjungan
b. Pemeriksaan Kehamilan	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per kali periksa
c. Persalinan normal	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per persalinan
d. Persalinan dengan komplikasi	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per persalinan
e. BCG (untuk bayi)	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per suntikan
f. Anti Polio (untuk bayi)	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per suntikan
g. DPT (untuk bayi)	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per suntikan
h. Campak (untuk bayi)	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per suntikan
i. Hepatitis B (untuk bayi)	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per suntikan
j. Tetanus Toxoid (untuk ibu hamil)	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per suntikan
k. Konsultasi/penyuluhan KB	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per kunjungan
l. Pil KB	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per strip pil KB
m. Suntik KB (3 bulan)	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per suntikan
n. Pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per pemasangan
o. Pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per pencabutan
p. Pemasangan alat kontrasepsi bawah kulit	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per pemasangan
q. Pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per pencabutan
r. Efek samping pemakaian kontrasepsi/kontrol IUD	1. Ya 3. Tidak ↓	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	per kunjungan

PETUNJUK PEWAWANCARA: TANYAKAN 3 PERSALINAN TERAKHIR YANG DITOLONG OLEH RESPONDEN

	A. Persalinan terakhir	B. Persalinan kedua terakhir	C. Persalinan ketiga terakhir
YK04 Tanggal persalinan (Tgl/Bln/Thn)	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____
YK05 Apakah pasien menggunakan kartu subsidi kesehatan/ASKESKIN?	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
YK06 Jenis kelamin bayi yang dilahirkan	1. Laki-laki 3. Perempuan	1. Laki-laki 3. Perempuan	1. Laki-laki 3. Perempuan
YK07 Apakah kelahiran [...] mengalami komplikasi?	1. Ya 3. Tidak → YK08e	1. Ya 3. Tidak → YK08e	1. Ya 3. Tidak → YK08e
YK08 Jenis komplikasi	A. Prolonged labor (persalinan yang lama) B. Pendarahan C. Obstructed labor (Persalinan macet) D. Hypertensive disorder (tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol), eklamsia atau pre-eklamsia (keracunan kehamilan) E. Infeksi V. Lainnya, _____	A. Prolonged labor (persalinan yang lama) B. Pendarahan C. Obstructed labor (Persalinan macet) D. Hypertensive disorder (tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol), eklamsia atau pre-eklamsia (keracunan kehamilan) E. Infeksi V. Lainnya, _____	A. Prolonged labor (persalinan yang lama) B. Pendarahan C. Obstructed labor (Persalinan macet) D. Hypertensive disorder (tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol), eklamsia atau pre-eklamsia (keracunan kehamilan) E. Infeksi V. Lainnya, _____
YK08d Apa yang Ibu lakukan dalam menangani komplikasi kelahiran [...]?	A. Dirujuk B. Memberi Oksitosin (Oxytocin) C. Memberian magnesium sulfat (Magnesium sulphate) D. Memberi Diazepam E. Memberi antibiotika F. Ekstraksi vakum atau cunam operative vaginal delivery (dengan forceps/vacum) G. Diberi infus H. Diberi air minum V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA	A. Dirujuk B. Memberi Oksitosin (Oxytocin) C. Memberian magnesium sulfat (Magnesium sulphate) D. Memberi Diazepam E. Memberi antibiotika F. Ekstraksi vakum atau cunam operative vaginal delivery (dengan forceps/vacum) G. Diberi infus H. Diberi air minum V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA	A. Dirujuk B. Memberi Oksitosin (Oxytocin) C. Memberian magnesium sulfat (Magnesium sulphate) D. Memberi Diazepam E. Memberi antibiotika F. Ekstraksi vakum atau cunam operative vaginal delivery (dengan forceps/vacum) G. Diberi infus H. Diberi air minum V. Lainnya, _____ W. TIDAK ADA
YK08e Berapa jam/menit yang ibu habiskan untuk membantu persalinan [...] tersebut?	___ Jam ___ Menit	___ Jam ___ Menit	___ Jam ___ Menit
YK08b Apakah kelahiran [...] dirujuk?	1. Ya 3. Tidak → YK08a	1. Ya 3. Tidak → YK08a	1. Ya 3. Tidak → YK08a

YK08c	Kalau ya, dirujuk kemana?	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas 4. Pustu 5. Polindes/Bidan Desa 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas 4. Pustu 5. Polindes/Bidan Desa 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas 4. Pustu 5. Polindes/Bidan Desa 95. Lainnya, _____
YK08a	Apakah ibu menggunakan Partograf ketika menolong persalinan [...] ini?	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak	1. Ya 3. Tidak
YK09	Berapa besar nilai uang yang ibu terima sebagai ganti pelayanan persalinan [...] tsb?	Rp ____ . ____ . ____	Rp ____ . ____ . ____	Rp ____ . ____ . ____
YK10	Dimana pertolongan persalinan tersebut Ibu lakukan?	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah pasien/rumah keluarga pasien 9. Klinik/praktik/rumah perawat/mantri 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah pasien/rumah keluarga pasien 9. Klinik/praktik/rumah perawat/mantri 95. Lainnya, _____	1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Pustu 4. Polindes/Bidan Desa 5. Klinik/praktik/rumah Dokter Swasta 6. Klinik/praktik/rumah Bidan Swasta 7. Rumah Dukun Bayi 8. Rumah pasien/rumah keluarga pasien 9. Klinik/praktik/rumah perawat/mantri 95. Lainnya, _____
YK10a	Apakah pelayanan [...] ini merupakan pelayanan pemerintah atau swasta?	1. Pemerintah 3. Swasta	1. Pemerintah 3. Swasta	1. Pemerintah 3. Swasta
YK10b	Apakah ibu memberikan obat ke pasien [...] ini?	A. Ya, Generik B. Ya, Non-Generik W. Tidak memberikan obat	A. Ya, Generik B. Ya, Non-Generik W. Tidak memberikan obat	A. Ya, Generik B. Ya, Non-Generik W. Tidak memberikan obat
YK11	Di desa/kecamatan mana pertolongan persalinan tersebut dilakukan?	_____ ____ ____ → YK04 KOLOM B	_____ ____ ____ → YK04 KOLOM C	_____ ____ ____

LG. LAPORAN KEGIATAN

PETUNJUK PEWAWANCARA: SALIN DARI LAPORAN BULANAN BIDAN

LG01	DATA BERIKUT MERUJUK PADA LAPORAN KEGIATAN	Bulan ____ Tahun ____
LG01a	PERIODE DATA LAPORAN KEGIATAN (TGL/BLN/THN)	____/____/____ - ____/____/____

LGTYPE	LG02A	LG02B
Kegiatan Satu Bulan yang Lalu	Jumlah yg Dilayani untuk Pelayanan Pemerintah (JIKA TIDAK MELAYANI TULIS TB)	Jumlah yg Dilayani untuk Pelayanan Swasta (JIKA TIDAK MELAYANI TULIS TB)
a1. Pengobatan umum	_____	_____
a. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi BCG	_____	_____
b. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi Anti Polio	_____	_____
c. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi Hepatitis B	_____	_____
d. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi DPT	_____	_____
e. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi Campak	_____	_____
f. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi DPT-Hb Combo	_____	_____
g. Ibu hamil yang divaksinasi TT	_____	_____
h. Kunjungan K1 ibu hamil	_____	_____
i. Kunjungan K4 ibu hamil	_____	_____
j. Ibu hamil yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang ditangani	_____	_____
k. Ibu hamil yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang dirujuk	_____	_____
l. Ibu bersalin yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang ditangani	_____	_____
m. Ibu bersalin yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang dirujuk	_____	_____
n. Persalinan	_____	_____
o. Kunjungan Neonatal	_____	_____
p. Anak balita ditimbang	_____	_____
q. Anak balita dengan berat badan di Bawah Garis Merah (BGM)	_____	_____
r. Ibu nifas yang mendapat Vitamin A dosis tinggi	_____	_____
s. Ibu hamil yang mendapat Tablet Tambahan Darah (Fe)	_____	_____
t. Ibu nifas yang mendapatkan Tablet Tambahan Darah (Fe3)	_____	_____
u. Pil KB	_____	_____
a2. Suntik KB – 3 bulan	_____	_____
LG03 Berapa jumlah anak yang mendapatkan Vitamin A dosis tinggi selama 6 bulan yang lalu ?	_____ anak	
LG04 Kemana Ibu memberikan laporan bulanan?	1. Puskesmas _____ _____ 2. Dinas Kesehatan 6. TIDAK PERNAH MEMBERIKAN LAPORAN	

AM. PERALATAN MEDIS

AM00	Apakah peralatan di tempat pelayanan ini menggunakan peralatan dari:	A. Pemerintah B. Milik Sendiri
------	--	-----------------------------------

AMTYPE	AM01
Jenis alat dan bahan	Berapa jumlah [...] yang ada di tempat pelayanan ini?
a. Hb Meter (HB Sahli Set)	___
b. Forsep	___
c. Vaginal Spekulum	___
d. Tenakulum	___
e. Sonde Uterus	___
f. Meja Ginekologis	___
g. Klem Lurus & Lengkung	___
h. Tabung Oksigen	___
i. Inkubator	___
j. Timbangan kit	___
k. Termos/Vaccine Carier	___

OV. PERSEDIAAN OBAT DI TEMPAT PELAYANAN

OVTYPE	OV1	OV2	OV3	OV4	OV4a	OV4b	OV5	OV6
Nama Obat	Satuan	Apakah saat ini [...] tersedia?	Jumlah [...] pada saat ini untuk pelayanan pemerintah	Jumlah [...] pada saat ini untuk pelayanan swasta	Apakah dalam 1 tahun terakhir, pernah kehabisan [...] untuk persediaan dari Pemerintah?	Apakah dalam 1 tahun terakhir, pernah kehabisan [...] untuk persediaan praktek swasta?	Dalam 2 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] untuk persediaan dari pemerintah?	Dalam 2 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] untuk persediaan praktek swasta?
a. Alat Suntik Sekali Pakai 1ml	Set	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu
b. Alat Suntik Sekali Pakai 2,5 ml	Set	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu
c. Alat Suntik Sekali Pakai 5 ml	Set	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu
d. Amoksisilin kapsul 250 mg	Kapsul	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu
e. Amoksisilin kapulet 500 mg	Kaplet	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu
f. Amoksisilin Sirup Kering 125 mg/5ml	Botol	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu
i. Antalgin (Metampiron) Tablet 500 mg	Tablet	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu
k. Parasetamol Sirup 120mg/5ml – 60 ml	Botol	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minggu

OVTYPE	OV1	OV2	OV3	OV4	OV4a	OV4b	OV5	OV6
Nama Obat	Satuan	Apakah saat ini [...] tersedia?	Jumlah [...] pada saat ini untuk pelayanan pemerintah	Jumlah [...] pada saat ini untuk pelayanan swasta	Apakah dalam 1 tahun terakhir, pernah kehabisan [...] untuk persediaan dari Pemerintah?	Apakah dalam 1 tahun terakhir, pernah kehabisan [...] untuk persediaan praktek swasta?	Dalam 2 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] untuk persediaan dari pemerintah?	Dalam 2 bulan terakhir, berapa minggu kehabisan [...] untuk persediaan praktek swasta?
m. Parasetamol Tablet 500 mg	Tablet	1. Ya 3. Tidak → OV5 6. Tidak Melayani ↓	_____	_____	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	_____ Minggu	_____ Minggu
n. Vitamin A untuk Balita	Kapsul	1. Ya 3. Tidak → OV5 6. Tidak Melayani ↓	_____	_____	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	_____ Minggu	_____ Minggu
a1. Oksitosin 10 IU	Ampul	1. Ya 3. Tidak → OV5 6. Tidak Melayani ↓	_____	_____	1. Ya 3. Tidak 6. TB	1. Ya 3. Tidak 6. TB	_____ Minggu	_____ Minggu

OV07a	PEWAWANCARA PERIKSA: HAL. 11. PERTANYAAN YK01 BARIS E – J APAKAH FASILITAS/RESPONDEN MEMBERIKAN PELAYANAN IMUNISASI?	1. YA 3. TIDAK → SEKSI POS
OV07	Untuk penyuntikan vaksin, jarum apa yang dipakai?	1. Disposable (JARUM SEKALI PAKAI) → SEKSI POS 2. Non disposable (JARUM DAPAT DIPAKAI ULANG) 3. Keduanya
OV08	Bagaimana cara sterilisasi yang dipakai?	A. Dengan sterilisator B. Merebus jarum dengan air mendidih C. Merendam dengan alkohol D. Memanaskan jarum dengan api V. Lainnya , _____ W. TIDAK DISTERILISASI

POS. POSYANDU

POS01	Apakah Ibu memberikan pelayanan di Posyandu selama <u>1 bulan yang lalu</u> ?	1. Ya	3. Tidak → SEKSI PG
POS02	Berapa Posyandu yang Ibu kunjungi dalam <u>1 bulan yang lalu</u> ?	<u> </u> Posyandu	
POS03	Posyandu tersebut terletak di Desa/Kelurahan mana saja? (TULISKAN NAMA DESA/KELURAHAN DAN KECAMATAN)	1. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		2. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		3. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		4. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		5. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		6. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		7. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		8. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		9. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		10. _____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
POS04	Berapa lama rata-rata Ibu memberikan pelayanan di Posyandu dalam <u>satu kali kunjungan</u> ?	<u> </u> jam <u> </u> menit	

PG PROGRAM PENGEMBANGAN MASYARAKAT

Berikut kami ingin menanyakan tentang pertemuan masyarakat yang membicarakan tetntang pelayanan kesehatan di desa/kecamatan ini selama bulan Agustus 2008 – April 2009

PG2TYPE. Jenis Pertemuan	PG09. Apakah I/B/S pernah menghadiri rapat/ pertemuan/ musyawarah bersama masyarakat di [...] untuk membicarakan pelayanan kesehatan di desa atau kecamatan ini selama bulan Agustus 2008 – April 2009?	PG10. Berapa kali I/B/S hadir di rapat / pertemuan / musyawarah tersebut?	PG13. Apakah rapat/pertemuan/musyawah tersebut mendiskusikan tentang:		
			a. Kualitas kesehatan di desa atau kecamatan ini?	b. Akses ke pemberi pelayanan kesehatan?	c. Keuangan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan?
a. Di posyandu	1. Ya 3.Tidak ↓	<u> </u> <u> </u> <u> </u> kali	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak
b. RT/ RW / Dusun selain dari posyandu	1. Ya 3.Tidak ↓	<u> </u> <u> </u> <u> </u> kali	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak
c. Di polindes	1. Ya 3.Tidak ↓	<u> </u> <u> </u> <u> </u> kali	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak
d. Desa selain dari polindes	1. Ya 3.Tidak ↓	<u> </u> <u> </u> <u> </u> kali	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak
e. Di puskesmas	1. Ya 3.Tidak ↓	<u> </u> <u> </u> <u> </u> kali	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak
f. Di Kecamatan selain dari puskesmas	1. Ya 3.Tidak ↓	<u> </u> <u> </u> <u> </u> kali	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak
v. Lainnya, _____	1. Ya 3.Tidak ↓	<u> </u> <u> </u> <u> </u> kali	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak	1. Ya 3.Tidak

PK. PEMERIKSAAN KESEHATAN

PK01	Selama pemeriksaan kehamilan, berapa sering Ibu memberikan pelayanan [...]?	a. Pelayanan Pemerintah	b. Pelayanan Swasta
	a. Pengukuran berat badan	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	b. Pengukuran tinggi badan	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	c. Pengukuran tekanan darah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	d. Tes darah untuk Sifilis	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	e. Tes darah HIV	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	f. tes urin untuk proteinuria	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	g. Pemeriksaan vagina	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	h. Pengukuran tinggi perut	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	i. Mendengarkan bunyi jantung bayi	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	j. Pengukuran panggul luar	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	k. Memberikan informasi tentang tanda-tanda komplikasi	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	l. Memberikan suntikan tetanus taxoid	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	m. Memberikan pil zat besi	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	n. Memberikan informasi tentang gizi Ibu hamil	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
	o. Memberikan informasi tentang melahirkan di fasilitas kesehatan atau rumah sakit	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah	1. Selalu 3. Kadang-kadang 6. Tidak pernah
PK02	Untuk pemeriksaan ibu hamil K-1, berapa menit rata-rata pemeriksaan yang ibu lakukan	____ Menit	____ Menit
PK03	Untuk pemeriksaan ibu hamil K-1, jenis obat apa yang ibu biasa berikan?	1. Selalu obat Generik 2. Lebih sering obat Generik 3. Setengah obat Generik dan setengah obat Non-Generik 4. Lebih sering obat Non-Generik 5. Selalu obat Non-Generik 6. TIDAK PERNAH	1. Selalu obat Generik 2. Lebih sering obat Generik 3. Setengah obat Generik dan setengah obat Non-Generik 4. Lebih sering obat Non-Generik 5. Selalu obat Non-Generik 6. TIDAK PERNAH

CP. CATATAN PEWAWANCARA

CP01	BAHASA APA YANG DIGUNAKAN PADA KESELURUHAN/SEBAGIAN BESAR WAWANCARA?	1. INDONESIA 2. BETAWI 3. SUNDA 4. JAWA	5. MADURA 6. SASAK 7. MANDARIN 8. MANADO	9. GORONTALO 10. BUGIS 11. MAKASAR 95. LAINNYA, _____
CP02	ADAKAH BAHASA LAIN YANG DIGUNAKAN?	1. ADA, <input type="checkbox"/> , _____ (KODE PILIHAN SAMA DENGAN CP01) 3. TIDAK ADA		
CP03	BAGAIMANA PENILAIAN ENUMERATOR TERHADAP KETEPATAN JAWABAN RESPONDEN?	1. SANGAT BAIK 2. BAIK 3. CUKUP BAIK 4. TIDAK BAIK 5. SANGAT TIDAK BAIK		
CP04	PERTANYAAN MANA YANG MEMBUAT RESPONDEN MERASA SULIT DALAM MENJAWAB? (TULIS NOMOR PERTANYAAN DAN KETERANGAN SINGKAT)	_____ _____ _____		
CP05	PERTANYAAN MANA YANG TIDAK ADA DATANYA? (TULIS NOMOR PERTANYAAN DAN KETERANGAN SINGKAT)	_____ _____		

[illegible]