

SURVEI PELAYANAN KESEHATAN DAN PENDIDIKAN

LK, IR, PH, YK, AM,
OV, POS, CP

BUKU 4 BIDAN

ID BIDAN

____ 7 ____

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

Nama Responden:

ENUMERATOR, EDITOR DAN SUPERVISOR

	Enumerator	Editor	Supervisor
Nama dan Kode Petugas	_____	_____	_____

HASIL KUNJUNGAN

	Kunjungan Pertama	Kunjungan Kedua	Kunjungan Ketiga
Tanggal	____/____/2007	____/____/2007	____/____/2007
Jam Mulai / Jam Selesai	____:____ / ____:____	____:____ / ____:____	____:____ / ____:____
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

LK. LOKASI

LK01	PROVINSI	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"/>		KODE: <input type="text"/>
LK03	KECAMATAN	<input type="text"/>		KODE: <input type="text"/>
LK04	Desa/Kelurahan	<input type="text"/>		KODE: <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"/> ' b. BUJUR: <input type="text"/> ° <input type="text"/> , <input type="text"/> ' c. ELEVASI: <input type="text"/> . <input type="text"/> METER DPL d. AKURASI: <input type="text"/> METER		
LK12	RESPONDEN DIPILIH BERDASARKAN	1. DAFTAR BIDAN PUSKESMAS 2. DAFTAR BIDAN DARI RESPONDEN KEPALA DESA/LURAH ATAU RESPONDEN RUMAH TANGGA		
LK13	LOKASI WAWANCARA	1. PUSKESMAS 2. PUSTU 3. POLINDES 4. TEMPAT PRAKTIK SWASTA 5. RUMAH RESPONDEN 95. LAINNYA, <input type="text"/>		

PENGANTAR

Kami dari sedang melakukan studi tentang pelayanan kesehatan dan pembangunan di kecamatan ini. Ibu terpilih sebagai responden untuk studi ini. Kami memohon kesediaan Ibu meluangkan waktu untuk menjawab pertanyaan yang akan kami ajukan. Kami menjamin bahwa data yang ibu berikan akan kami jaga kerahasiaannya.

IR. IDENTITAS RESPONDEN

IR01	Nama responden	
IR02	Berapa usia Ibu?	____ tahun
IR03	Apa pendidikan terakhir yang ibu tamatkan?	1. D1/Bidan 2. D2 3. D3/Sarjana muda 4. Sarjana 95. Lainnya, _____
IR04	Tahun berapa Ibu lulus?	____
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) V. Lainnya, _____
IR07	Desa/Kelurahan, Kecamatan dan Kabupaten/Kota <u>tempat tinggal</u> Ibu	a. Desa/Kelurahan _____ b. Kecamatan _____ c. Kabupaten/Kota _____ d. Provinsi _____
IR08	Apakah Ibu berasal dari Kabupaten/Kota ini?	1. Ya → IR10 3. Tidak
IR09	Apakah Ibu berasal dari Provinsi ini?	1. Ya 3. Tidak

Tempat kerja utama

IR10	Apakah Ibu bekerja di fasilitas/pelayanan kesehatan <u>pemerintah</u> ?	1. Ya 3. Tidak → IR17
IR11	Apa nama fasilitas/pelayanan kesehatan pemerintah tempat ibu bekerja tersebut?	1. Puskesmas, _____ 2. Pustu, _____ 3. Polindes, _____ 4. Rumah Sakit pemerintah → IR13
IR12	Sebutkan nama puskesmas yang menjadi induk Pustu/Polindes tempat ibu bekerja	Puskesmas _____
IR13	Apakah status Ibu pada fasilitas/pelayanan pemerintah tersebut?	1. PNS 2. PTT 3. Kontrak Pemerintah Kabupaten/Kota 95. Lainnya, _____
IR14	Apakah 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 ____ Tahun ____
IR16	Berapa jarak dari tempat praktik Ibu ke tempat fasilitas/pelayanan pemerintah tersebut?	____, ____ Kilometer

Tempat Praktik Swasta

IR17	Bagaimana status penguasaan bangunan tempat praktik?	1. Gedung fasilitas milik pemerintah (Puskesmas/Pustu/Polindes) 2. Rumah milik sendiri 3. Rumah dinas 4. Rumah sewa/kontrak/bagi hasil	5. Tempat lain, milik sendiri 6. Tempat lain, sewa/kontrak/bagi hasil 7. Tempat disediakan oleh masyarakat 95. Lainnya, _____
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, _____
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?	_____. _____ 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 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	V. _____ Lainnya, _____ W. TIDAK ADA YANG MEMBANTU
IR26	PEWAWANCARA PERIKSA IR10. APAKAH RESPONDEN BEKERJA DI FASILITAS/PELAYANAN PEMERINTAH?	1. YA	3. TIDAK → IR28
IR27	Apakah Ibu membuat catatan/administrasi terpisah antara pelayanan swasta dengan pelayanan pemerintah?	1. Ya	3. Tidak

Hubungan Dengan Pihak Luar

IR28	Apakah Ibu pernah melakukan kerjasama dengan dukun bayi dalam menangani persalinan?	1. Ya	3. Tidak
IR29	Kapan terakhir kali tempat pelayanan Ibu dikunjungi/disupervisi oleh puskesmas?	1. Bulan _____ Tahun _____	6. TIDAK PERNAH DIKUNJUNGI → IR31

IR30	Siapa yang melakukan kunjungan/supervisi tersebut?	A. Dokter Puskesmas B. Kepala Puskesmas yang bukan dokter C. Bidan Koordinator	D. Perawat V. Lainnya, _____
IR31	Kepada siapa Ibu berkonsultasi/ meminta bantuan jika menghadapi masalah [...]:	A. Petugas dari Dinkes Kabupaten/Kota B. Kepala puskesmas C. Bidan Koordinator D. Petugas Puskesmas lainnya	E. Bidan Desa yg lain F. Ikatan Bidan Indonesia G. Kepala Desa/Lurah V. Lainnya, _____
	a. Teknis (seperti pada saat pasien mengalami komplikasi, dsb.)	A B C D E F G V _____	Y. TIDAK TAHU
	b. Ketersediaan obat/vaksin/perengkapan medis	A B C D E F G V _____	Y. TIDAK TAHU
	c. Administrasi Kepegawaian (seperti kontrak, pembayaran gaji/honorarium, dsb.)	A B C D E F G V _____	Y. TIDAK TAHU
	d. Pengembangan karir (seperti kenaikan pangkat/gol., melanjutkan sekolah, dsb)	A B C D E F G V _____	Y. TIDAK TAHU
	e. Jaringan kerja (seperti kerjasama dengan petugas Desa/Kelurahan, dsb.)	A B C D E F G V _____	Y. TIDAK TAHU
	f. Penempatan (seperti mutasi, relokasi)	A B C D E F G V _____	Y. TIDAK TAHU

PH. ALOKASI WAKTU DAN PENGHASILAN

PH01	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH IR10 = 1 ?	1. YA	3. TIDAK → PH02d
------	---	-------	------------------

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 V _____	A. Tugas kedinasan di luar Puskesmas/Pustu/Polindes (rapat dengan Kepala Dinas Kesehatan, mengikuti pelatihan, dsb.) B. Pertemuan staf Puskesmas/Pustu/Polindes C. Melakukan pekerjaan administrasi D. Memberikan pelayanan di dalam Puskesmas/Pustu/Polindes E. Memberikan pelayanan di luar Puskesmas/Pustu/Polindes (misalnya memberikan penyuluhan di Desa, di Posyandu, di Sekolah, dsb) F. Memberikan pelayanan praktik swasta G. Istirahat/makan H. Kegiatan pribadi V. Lainnya, _____
b. 07.00-08.00	A B C D E F G H V _____	
c. 08.00-09.00	A B C D E F G H V _____	
d. 09.00-10.00	A B C D E F G H V _____	
e. 10.00-11.00	A B C D E F G H V _____	
f. 11.00-12.00	A B C D E F G H V _____	
g. 12.00-13.00	A B C D E F G H V _____	
h. 13.00-14.00	A B C D E F G H V _____	
i. 14.00-15.00	A B C D E F G H V _____	
j. 15.00-16.00	A B C D E F G H V _____	
k. 16.00-17.00	A B C D E F G H V _____	
l. 17.00-18.00	A B C D E F G H V _____	
m. 18.00-19.00	A B C D E F G H V _____	
n. 19.00-20.00	A B C D E F G H V _____	
o. 20.00-21.00	A B C D E F G H V _____	

PH04	Berapa penghasilan Ibu dari <u>fasilitas/pelayanan kesehatan pemerintah sebulan yang 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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	6. TIDAK BERLAKU
	d. Pelayanan Askeskin	1. Rp <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"/>	6. TIDAK BERLAKU
PH06	Apa dasar penentuan biaya penggantian untuk transportasi, obat-obatan dan peralatan tersebut?	A. Berdasarkan besarnya biaya yang harus diganti B. Prosentase per biaya pelayanan C. Dibagi rata sesuai dana yang didapatkan D. Sudah ditetapkan besarnya V. Lainnya, _____ W. TIDAK BERLAKU Y. TIDAK TAHU	
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"/>	
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"/>	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"/>	
	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"/>	
	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"/>	
	v. Lainnya, _____	Rp <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"/>	6. TIDAK BERLAKU

YK. PELAYANAN KESEHATAN

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	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 tersebut mengalami komplikasi?	1. Ya 3. Tidak → YK09	1. Ya 3. Tidak → YK09	1. Ya 3. Tidak → YK09
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, _____
YK09 Berapa besar nilai uang yang ibu terima sebagai ganti pelayanan persalinan [...] tersebut?	Rp ____ . ____ . ____ → KOLOM b	Rp ____ . ____ . ____ → KOLOM c	Rp ____ . ____ . ____

LG. LAPORAN KEGIATAN

PETUNJUK PEWAWANCARA: SALIN DARI LAPORAN BULANAN BIDAN

LG01	DATA BERIKUT MERUJUK PADA LAPORAN KEGIATAN	Bulan <input type="text"/>	Tahun <input type="text"/>
------	--	----------------------------	----------------------------

LGTYPE	LG02a	LG02b
Kegiatan Satu Bulan yang Lalu	Jumlah yang Dilayani untuk Pelayanan Pemerintah	Jumlah yang Dilayani untuk Pelayanan Swasta
a. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi Anti Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi DPT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi Campak	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. Bayi (0-11 bulan) yang divaksinasi DPT -Hb Combo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g. Ibu hamil yang divaksinasi TT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h. Kunjungan K1 ibu hamil	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i. Kunjungan K4 ibu hamil	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j. Ibu hamil yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang ditangani	<input type="text"/>	<input type="text"/>
k. Ibu hamil yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang dirujuk	<input type="text"/>	<input type="text"/>
l. Ibu bersalin yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang ditangani	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m. Ibu bersalin yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang dirujuk	<input type="text"/>	<input type="text"/>
n. Persalinan	<input type="text"/>	<input type="text"/>
o. Kunjungan Neonatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
p. Anak balita ditimbang	<input type="text"/>	<input type="text"/>
q. Anak balita dengan berat badan di Bawah Garis Merah (BGM)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
r. Ibu nifas yang mendapat Vitamin A dosis tinggi	<input type="text"/>	<input type="text"/>
s. Ibu hamil yang mendapat Tablet Tambahan Darah (Fe)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
t. Ibu nifas yang mendapatkan Tablet Tambahan Darah (Fe3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LG03	Berapa jumlah anak yang mendapatkan Vitamin A dosis tinggi selama 6 bulan yang lalu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anak
LG04	Kemana Ibu memberikan laporan bulanan	1. Puskesmas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Dinas Kesehatan 6. TIDAK PERNAH MEMBERIKAN LAPORAN

AM. PERALATAN MEDIS

AM00	Apakah peralatan di praktik swasta ini menggunakan peralatan dari:	A. Pemerintah B. Milik Sendiri
------	--	-----------------------------------

AMTYPE	AM01
Jenis alat dan bahan	Berapa jumlah [...] yang ada di praktik swasta ini?
a. Hb Meter (HB Sahli Set)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. Forseps	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. Vaginal Spekulum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. Tenakulum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. Sonde Uterus	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
f. Meja Ginekologis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
g. Klem Lurus & Lengkung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
h. Tabung Oksigen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
i. Inkubator	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
j. Timbangan kit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
k. Termos/Vaccine Carrier	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

OV. PERSEDIAAN OBAT DI TEMPAT PRAKTIK SWASTA

OVTYPE	OV1	OV2	OV3	OV4	OV5	OV6
Nama Obat	Satuan	Apakah saat ini [...] tersedia?	Jumlah [...] pada saat ini untuk pelayanan pemerintah	Jumlah [...] pada saat ini untuk pelayanan 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 ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
b. Alat Suntik Sekali Pakai 2,5 ml	Set	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
c. Alat Suntik Sekali Pakai 5 ml	Set	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
d. Amoksisilin kapsul 250 mg	Kapsul	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
e. Amoksisilin kapulet 500 mg	Kaplet	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
f. Amoksisilin Sirup Kering 125 mg/5ml	Botol	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
g. Ampisilin kapulet 500 mg	Kaplet	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
h. Ampisilin Sirup Kering 125 mg/5ml	Botol	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
i. Antalgin (Metampron) Tablet 500 mg	Tablet	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
j. Antalgin Injeksi 250mg/ml – 2 ml	Ampul	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
k. Parasetamol Sirup 120mg/5ml – 60 ml	Botol	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
l. Parasetamol Tablet 100 mg	Tablet	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
m. Parasetamol Tablet 500 mg	Tablet	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu
n. Vitamin A untuk Balita	Kapsul	1. Ya 3. Tidak →OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu

POS. POSYANDU

POS01	Apakah Ibu memberikan pelayanan di Posyandu selama <u>1 bulan yang lalu</u> ?	1. Ya	3. Tidak ➔ POS07
POS02	Berapa Posyandu yang Ibu hadir 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>
		2. _____	<u> </u> <u> </u>
		3. _____	<u> </u> <u> </u>
		4. _____	<u> </u> <u> </u>
		5. _____	<u> </u> <u> </u>
		6. _____	<u> </u> <u> </u>
		7. _____	<u> </u> <u> </u>
		8. _____	<u> </u> <u> </u>
		9. _____	<u> </u> <u> </u>
		10. _____	<u> </u> <u> </u>
POS04	Secara rata-rata, berapa lama Ibu memberikan pelayanan di Posyandu dalam <u>satu kali kunjungan</u> ?	<u> </u> jam <u> </u> menit	

Pertanyaan berikut merujuk pada seluruh Posyandu di bawah tanggungjawab Ibu atau yang Ibu layani.

POS05	Sebutkan <u>3 masalah utama</u> dalam pelayanan Posyandu selama <u>12 bulan terakhir!</u>	a. _____ b. _____ c. _____
POS06	Secara <u>rata-rata</u> , berapa persen dari total bayi/balita cakupan Posyandu yang mengunjungi Posyandu selama <u>1 bulan yang lalu?</u>	1. <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> persen 8. TIDAK TAHU

<p>Jika ada kasus sebagai berikut:</p> <p>Arief adalah seorang anak berumur 6 bulan. Ia datang secara berkala ke Posyandu (<i>atau fasilitas kesehatan lainnya</i>) untuk penimbangan berat badan. KMS Arief adalah sebagai berikut [PERLIHATKAN KARTU BANTU KMS].</p>	
<p>POS07 Apa rekomendasi yang Ibu berikan kepada ibu Arief pada bulan <u>Mei</u>?</p> <p>(PETUNJUK WAWANCARA: JAWABAN BOLEH LEBIH DARI SATU KECUALI PILIHAN W)</p>	<p>A. Mengajukan untuk memberi tambahan nutrisi</p> <p>B. Memberikan petunjuk tentang penanganan penyakit</p> <p>C. Memberikan rujukan ke Puskesmas/fasilitas kesehatan lain</p> <p>V. Lainnya, _____</p> <p>W. Tidak ada/tunggu sampai bulan berikutnya</p>
<p>POS08 Apa rekomendasi yang Ibu berikan kepada ibu Arief pada bulan <u>Juni</u>?</p> <p>(PETUNJUK WAWANCARA: JAWABAN BOLEH LEBIH DARI SATU KECUALI PILIHAN W)</p>	<p>A. Mengajukan untuk memberi tambahan nutrisi</p> <p>B. Memberikan petunjuk tentang penanganan penyakit</p> <p>C. Memberikan rujukan ke Puskesmas/fasilitas kesehatan lain</p> <p>V. Lainnya, _____</p> <p>W. Tidak ada/tunggu sampai bulan berikutnya</p>
<p>POS09 Apa rekomendasi yang Ibu berikan kepada ibu Arief pada bulan <u>Juli</u>?</p> <p>(PETUNJUK WAWANCARA: JAWABAN BOLEH LEBIH DARI SATU KECUALI PILIHAN W)</p>	<p>A. Mengajukan untuk memberi tambahan nutrisi</p> <p>B. Memberikan petunjuk tentang penanganan penyakit</p> <p>C. Memberikan rujukan ke Puskesmas/fasilitas kesehatan lain</p> <p>V. Lainnya, _____</p> <p>W. Tidak ada/tunggu sampai bulan berikutnya</p>

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, _____ (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]