

SURVEI PELAYANAN KESEHATAN DAN PENDIDIKAN

LK, IR, PH, YK, LG,
AM, OV, POS, PG, 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:

COV3. PEWAWANCARA PERIKSA FORM PF:
STATUS FASILITAS?

1. FASILITAS PANEL

3. FASILITAS BARU

ENUMERATOR, EDITOR DAN SUPERVISOR

	Enumerator	Editor	Supervisor
Nama dan Kode Petugas	 	 	

HASIL KUNJUNGAN

	Kunjungan Pertama	Kunjungan Kedua	Kunjungan Ketiga
Tanggal	 / / 2008	 / / 2008	 / / 2008
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

KATA PENGANTAR BIDAN DESA/PRAKTIK SWASTA

Ibu/Bapak/Sdr. Perkenalkan nama saya _____. Saya adalah asisten peneliti dari Pusat Penelitian Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada. Saat ini kami sedang melakukan pengumpulan data untuk Survei Pendidikan dan Kesehatan tahun 2008. 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 wawancarai. 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. Namun, 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 Penelitian 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	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?	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?	_____	
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, _____
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 → IR17a
IR11	Apa nama fasilitas/pelayanan kesehatan pemerintah tempat ibu bekerja tersebut?	1. Puskesmas, _____ 4. Rumah Sakit pemerintah → IR13 2. Pustu, _____ 3. Polindes, _____	
IR12	Sebutkan nama puskesmas yang menjadi induk Pustu/Polindes tempat ibu bekerja	Puskesmas _____	
IR13	Apa status Ibu pada fasilitas/pelayanan pemerintah tersebut?	1. PNS 2. PTT 3. Kontrak Pemerintah Kabupaten/Kota 4. Tenaga harian lepas 5. Sukarelawan 6. Wiyata Bhakti 95. 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"/> <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
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 yang terpisah untuk 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
IR17a	PEWAWANCARA PERIKSA: COV 3 = 1. FASILITAS PANEL?	1. YA	3. TIDAK → IR17
IR17b	Apakah tempat pelayanan praktik swasta ibu ini sama dengan tempat praktik swasta ibu pada tahun 2007?	1. Ya	3. Tidak → IR17
IR17c	Apakah kondisi tempat praktik swasta ibu (misal: status bangunan, kondisi bangunan, sarana air bersih, dll) sekarang sama dengan kondisi pada tahun 2007?	1. Ya → IR25 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, _____
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?	3. Tidak → IR24 1. Ya	
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 Koordinator	D. Perawat V. Lainnya, _____

PH. ALOKASI WAKTU DAN PENGHASILAN

PH01	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH IR10 = 1 ?	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</u> <u>sebulan yg lalu</u> ?	1. Rp <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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	6. TIDAK BERLAKU
	e. Jasa pelayanan kesehatan non Askeskin	1. Rp <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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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
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"/>	
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"/>	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"/>	
	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"/>	
	c. Peralatan/perlengkapan medis	Rp <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"/>	
	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"/>	
	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"/>	
	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"/>	
	v. Lainnya, _____	Rp <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"/>	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 → 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, _____
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, _____
YK11 Di desa 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 <input type="text"/>	Tahun <input type="text"/>
------	--	----------------------------	----------------------------

LGTYPE	LG02A	LG02B
Kegiatan Satu Bulan yang Lalu	Jumlah yang Dilayani untuk Pelayanan Pemerintah (JIKA TIDAK MELAYANI TULIS TB)	Jumlah yang Dilayani untuk Pelayanan Swasta (JIKA TIDAK MELAYANI TULIS TB)
a1. Pengobatan umum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>
u. Pil KB	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a2. Suntik KB – 3 bulan	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	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 kaplet 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
i. Antalgin (Metampiron) Tablet 500 mg	Tablet	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
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
a1. Oksitosin 10 IU	Ampul	1. Ya 3. Tidak → OV5 6. Tidak Melayani ↓	□□□□	□□□□	□□□ Minggu	□□□ Minggu

OV07a PEWAWANCARA PERIKSA: HAL. 9. PERTANYAAN YK01 BARIS E – J APAKAH FASILITAS 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 D. Memanaskan jarum dengan api B. Merebus jarum dengan air mendidih V. Lainnya , _____ C. Merendam dengan alkohol 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	Secara rata-rata, berapa lama Ibu memberikan pelayanan di Posyandu dalam <u>satu kali kunjungan</u> ?	<u> </u> jam <u> </u> menit	

PG PNPM Generasi Sehat dan Cerdas

PG01	PEWAWANCARA PERIKSA: APAKAH KEC. INI ADL KECAMATAN PNPM GENERASI ?	1. Ya	3. Tidak → SEKSI CP
PG02	Apakah Ibu pernah mendengar tentang kegiatan/ program PNPM Generasi?	1. Ya	3. Tidak → SEKSI CP
PG03	Adakah kegiatan di wilayah kerja ibu yg didanai oleh PNPM Generasi pada bulan Agustus 2007 – April 2008?	1. Ya	3. Tidak → PG09 8. TIDAK TAHU → PG09
PG04	Apa saja kegiatan di wilayah kerja ibu yang didanai oleh PNPM Generasi pada bulan Agustus 2007 – April 2008? (PILIHAN JAWABAN JANGAN DIBACAKAN)	A. SARANA PRASARANA KESEHATAN B. BAHAN UNTUK KEGIATAN POSYANDU C. INSENTIF KADER POSYANDU D. TRANSPORTASI IBU/ANAK KE PELAYANAN KESEHATAN E. TRANSPORTASI TENAGA KESEHATAN F. BIAYA PELAYANAN KESEHATAN G. SARANA PRASANA PENDIDIKAN H. BEASISWA I. SERAGAM/TAS/SEPATU	J. TRANSPORTASI SISWA KE SEKOLAH K. SEPEDA L. JALAN/JEMBATAN M. SARANA AIR BERSIH N. IRIGASI O. MCK/SANITASI P. MODAL USAHA EKONOMI PRODUKTIF Q. SIMPAN PINJAM PEREMPUAN V. LAINNYA, _____

PGTYPE	PG05	PG06	PG07
Jenis Pertemuan	Apakah I/B/S menghadiri rapat / pertemuan / musyawarah di [...] untuk memilih kegiatan yang akan diusulkan ke PNPM Generasi Tahap 1 pada bulan Agustus 2007 – April 2008?	Jika ya, berapa kali I/B/S hadir di rapat / pertemuan / musyawarah tersebut?	Apakah I/B/S ikut bicara pada waktu rapat / pertemuan tersebut?
a RT/ RW / Dusun	1. Ya 3. Tidak ↓	_____ kali	1. Ya 3. Tidak
b Desa	1. Ya 3. Tidak ↓	_____ kali	1. Ya 3. Tidak
c. Kecamatan	1. Ya 3. Tidak ↓	_____ kali	1. Ya 3. Tidak
d. Lainnya, _____	1. Ya 3. Tidak ↓	_____ kali	1. Ya 3. Tidak

PG08	Apakah Ibu merasa bahwa keputusan pelaksanaan kegiatan tersebut mewakili keperluan masyarakat di desa yang ibu melayani?	1. Sangat mewakili keperluan masyarakat 2. Mewakili keperluan masyarakat 3. Kurang mewakili keperluan masyarakat	4. Sangat kurang mewakili keperluan masyarakat 8. TIDAK TAHU
PG09	Apakah ibu mendapatkan bantuan dari PNPM Generasi Tahap 1 untuk pelayanan atau kegiatan kesehatan pada bulan Agustus 2007 – April 2008?	1. Ya	3. Tidak → PG12
PG10	Apa bentuk bantuan yang ibu terima dari PNPM Generasi Tahap 1 untuk pelayanan atau kegiatan kesehatan pada bulan Agustus 2007 – April 2008?	A. Dana Bantuan B. Insentif / Transportasi C. Obat-obatan	D. Makanan untuk kegiatan PMT E. Alat Kesehatan V. Lainnya, _____
PG11	Berapa total bantuan yang ibu terima dalam bentuk uang tunai pada bulan Agustus 2007 – April 2008?	1. Rp _____ . _____ . _____	6. TIDAK BERLAKU
PG12	Seberapa puas Ibu dengan program PNPM?	1. Sangat puas 2. Puas	3. Tidak puas 8. TIDAK TAHU

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)	_____ _____ _____			

SEKSI	NO	CATATAN PEWAWANCARA