



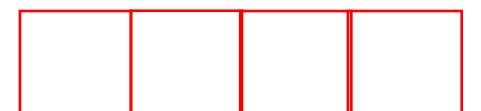
**STUDI OPERASIONAL :**

**PENGARUH BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN TERHADAP  
PENINGKATAN KINERJA PUSKESMAS DALAM MENCAPAI TARGET MDGs**

**KUESIONER PUSKESMAS**

**TAHUN DATA : 2009 / 2010 / 2011**

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
JAKARTA, 2010**



# **KINERJA PUSKESMAS**



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
 BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
 PENGARUH BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN  
 TERHADAP PENINGKATAN KINERJA PUSKESMAS  
 DALAM MENCAPAI TARGET MDG  
 di Kabupaten/Kota di Indonesia tahun 2010



PERTANYAAN PUSKESMAS

Tahun 2009 / 2010 / 2011

RAHASIA

Tanggal mulai wawancara : \_\_\_\_\_

I. PENGENALAN TEMPAT

1. Identitas Puskesmas

1.1. No. ID Puskesmas

1.2. Nama Puskesmas \_\_\_\_\_

1.3.1. Alamat Puskesmas \_\_\_\_\_

1.3.2. Kelurahan \_\_\_\_\_

1.3.3. Kecamatan \_\_\_\_\_

1.3.4. Kabupaten \_\_\_\_\_

1.3.5. Propinsi \_\_\_\_\_

1.3.6. No. telpon

1.3.7. No. Fax

1.4.1. Nama Kepala Puskesmas \_\_\_\_\_

1.4.2. No. telpon Ka Puskesmas

1.4.3. Nama Kontak person \_\_\_\_\_

1.4.4. No. telpon Kontak person

1.5.1. Jenis Puskesmas [1= PKM dengan TT; 2= PKM tanpa TT]   
 (jika jawaban = 2, lanjut ke 1.5.2)

1.5.2. Jumlah tempat tidur

1.6. Wilayah Puskesmas [1=Perkotaan; 2= Pedesaan]

1.7. Puskesmas menyediakan pelayanan:  
 [ 1= PONEK; 2= PONED; 3= Tidak keduanya]

II. KETERANGAN DEMOGRAFI

2.1. Jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas

a. Laki-laki

b. Perempuan

2.2. Kelompok Umur	Laki-laki	Perempuan	Total
1	2	3	4
a. 0-28 hari			
b. 1-11 bulan			
c. 1-4 tahun			
d. 5-9 tahun			
e. 10-14 tahun			
f. 15-19			
g. 20-24			
h. 25-29			
i. 30-34			
j. 35-39			
k. 40-44			
l. 45-49			
m. 50-54			
n. 55-59			
o. 60-64			
p. 65 keatas			

2.3. Cakupan wilayah kerja Puskesmas (km2)

2.4. Jumlah kunjungan pasien seluruhnya selama 1 tahun

2.5.a. Jumlah seluruh penerima manfaat Jamkesmas yang menjadi tanggungjawab Puskesmas

2.5.b. Jumlah penerima manfaat Jamkesmas yang telah dilayani

2.6.a. Jumlah seluruh penerima manfaat Askes yang menjadi tanggungjawab Puskesmas

2.6.b. Jumlah penerima manfaat Askes yang telah dilayani Puskesmas

2.7.a. Jumlah seluruh peserta dan tanggungannya dari perusahaan pelanggan Puskesmas

2.7.b. Jumlah peserta dan tanggungannya dari perusahaan pelanggan Puskesmas yang telah dilayani

### III. KETERANGAN UMUM

1	Jumlah Fasilitas Kesehatan	Jumlah	Tempat tidur	Kode/verifikasi	
				Jml	TT
1.1.	RSU Pemerintah Pusat				
1.2.	RSU Pemerintah Provinsi				
1.3.	RSU Pemerintah Kab/Kota				
1.4.	Rumah Sakit TNI/Polri				
1.5.	RSU BUMN				
1.6.	RSU Swasta				
1.7.	RS Jiwa				
1.8.	Rumah Sakit Bersalin				
1.9.	RSIA Swasta				
1.10.	Rumah Bersalin				
2.1.	Puskesmas dengan TT				
2.2.	Puskesmas				
2.3.	Puskesmas Pembantu				
2.4.	Puskesmas Keliling				
2.5.	Polindes				
2.6.	Poskesdes				
3.1.	Posyandu Pratama				
3.2.	Posyandu Madya				
3.3.	Posyandu Purnama				
3.4.	Posyandu Mandiri				
4.1.	Praktek dokter perorangan				
4.2.	Praktek bidan perorangan				
5.	Klinik swasta/praktek bersama				
6.	Laboratorium kesehatan				
7.	Apotik				
8.	Toko obat				
9.	Bank darah termasuk PMI				
2	Jumlah Tenaga Kesehatan				
1.1.	Dr Spesialis				
1.2.	Dr Umum				
1.3.	Dr Umum dgn sertifikasi dr keluarga				
1.4.	Dr. Gigi				
2.1.	Apoteker				
2.2.	S1 Farmasi				
2.3.	DIII Farmasi				
2.4.	Asisten Apoteker/SMF				
3.1.	D IV/S1 Gizi				
3.2.	D III Gizi				
3.3.	D I Gizi				
4.1.	D III Sanitasi				
4.2.	D I Sanitasi				
5.1.	Sarjana Keperawatan				
5.2.	D III Perawat				
5.3.	Lulusan SPK				
6.1.	D III Bidan				
6.2.	Bidan				

7.1.	D III/D IV Perawat Gigi		
7.2.	D I Perawat Gigi		
7.3.	Teknisi gigi		
8.1.	S3 Kesmas		
8.2.	S2 Kesmas		
8.3.	S1 Kesmas		
8.4.	D3 Kesmas		
9.1.	Analisis Lab.		
9.2.	Teknik Elektro Medis		
9.3.	Radiografer dan Penata Rontgen		
9.4.	P. Anestesi		
9.5.	Fisioterapis		
10.	Okupasiterapis		
11.	Terapis wicara		
12.	Refraksi optisi		
13.	Perekam medis		
14.	Teknisi transfusi		
15.1.	S1 Non Kesehatan		
15.2.	D1-D4 Non Kesehatan		
15.3.	SLTA		
15.4.	SLTP		

### IV. PENERIMAAN DANA PUSKESMAS

	Sumber Dana	Rupiah :	Ver	Rupiah:
<b>1</b>	<b>APBN</b>			
1.1.	Dekon			
1.2.	Tugas Perbantuan			
1.3.	Jamkesmas			
1.4.	BOK			
1.5.	Pinjaman/Hibah Luar Negeri			
<b>2</b>	<b>APBD Provinsi</b>			
2.1.	Dana Alokasi Umum			
2.2.	Dana Bagi Hasil			
2.3.	Pendapatan Asli Daerah			
2.4.	Jamkesda Prop			
<b>3</b>	<b>APBD Kabupaten</b>			
3.1.	Dana Alokasi Umum			
3.2.	Dana Alokasi Khusus			
3.3.	Dana Bagi Hasil			
3.4.	Pendapatan Asli Daerah			
3.5.	Jamkesda Kab/Kota			
<b>4</b>	<b>Lainnya .....</b>			

V. PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN BAYI

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
1.1. Jumlah sasaran ibu hamil	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
1.2. Jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal (K1)													1. Ya 2. Tidak
1.3. Jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal (K4)													1. Ya 2. Tidak
2.1. Jumlah sasaran ibu bersalin	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
2.2. Jumlah pertolongan persalinan yg dilakukan oleh Tenaga Kesehatan													1. Ya 2. Tidak
3.1. Jumlah sasaran neonatus (0-28) hari	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
3.2. Jumlah neonatus (0-28) hari yg memperoleh yankes minimal 2x													1. Ya 2. Tidak
4.1. Jumlah sasaran bayi (1-11) bl	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
4.2. Jumlah bayi (1-11) bl yg memperoleh yankes minimal 4x													1. Ya 2. Tidak
5.1. Jumlah Bayi Lahir Hidup													1. Ya 2. Tidak
5.2. Jumlah BBLR													1. Ya 2. Tidak
5.3. Jumlah BBLR yang ditangani													1. Ya 2. Tidak

VI. PELAYANAN OBSTETRIK DAN NEONATAL EMERGENSI DASAR DAN KOMPREHENSIF

1.1. Jumlah Sasaran Ibu Hamil	Sama dengan di atas P.V.1.1.												
1.2. Jumlah bumil risiko tinggi/komplikasi													1. Ya 2. Tidak
1.3. Jumlah bumil risiko tinggi/komplikasi ditangani													1. Ya 2. Tidak
1.4. Jumlah bumil risiko tinggi/komplikasi dirujuk													1. Ya 2. Tidak
2.1. Jumlah sasaran Neonatus	Sama dengan di atas P.V.3.1.												
2.2. Jumlah neonatal risiko tinggi/komplikasi													1. Ya 2. Tidak
2.3. Jumlah neonatal risiko tinggi/komplikasi ditangani													1. Ya 2. Tidak
2.4. Jumlah neonatal risiko tinggi/komplikasi dirujuk													1. Ya 2. Tidak

**Akses Ketersediaan Darah**

3.1.	Jumlah bumil yang dirujuk dan memerlukan darah												1. Ya 2. Tidak
3.2.	Jumlah bumil yang dirujuk dan mendapat darah												1. Ya 2. Tidak
4.1.	Jumlah neonatus yang dirujuk dan memerlukan darah												1. Ya 2. Tidak
4.2.	Jumlah neonatus yang dirujuk dan mendapat darah												1. Ya 2. Tidak

**VII. KETERANGAN KELAHIRAN DAN KEMATIAN**

1.1.	Jumlah Lahir Hidup												1. Ya 2. Tidak
1.2.	Jumlah Lahir Mati												1. Ya 2. Tidak
1.3.	Jumlah Bayi Mati												1. Ya 2. Tidak
1.4.	Jumlah Balita Mati												1. Ya 2. Tidak
2.1.	Jumlah Kematian Ibu Hamil												1. Ya 2. Tidak
2.2.	Jumlah Kematian Ibu Bersalin												1. Ya 2. Tidak
2.3.	Jumlah Kematian Ibu Nifas												1. Ya 2. Tidak

**VIII. PEMANTAUAN PERTUMBUHAN BALITA DAN PELAYANAN GIZI**

1.1.	Jumlah Sasaran Balita (0-4) thn yang ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											1. Ya 2. Tidak	
1.2.	Jumlah Balita yang ditimbang													1. Ya 2. Tidak
1.3.	Jumlah Balita yang naik berat badannya													1. Ya 2. Tidak
1.4.	Jumlah Balita Bawah Garis Merah (Gizi Kurang)													1. Ya 2. Tidak
2.0.	Jumlah Desa yang Bebas Rawan Gizi													1. Ya 2. Tidak
3.1.	Jumlah Balita Gizi Buruk													1. Ya 2. Tidak
3.2.	Jumlah Balita Gizi Buruk yang mendapatkan perawatan													1. Ya 2. Tidak

		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
4.1.	Jumlah Sasaran Anak Balita (1-4) thn	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
4.2.	Jumlah Anak Balita yang mendapatkan kapsul vitamin A 2x setahun													1. Ya 2. Tidak
5.1.	Jumlah Bayi BGM													1. Ya 2. Tidak
5.2.	Jumlah Bayi BGM yang diberi makanan pendamping ASI													1. Ya 2. Tidak
6.1.	Jumlah Sasaran Ibu Hamil	Sama dengan di atas P.V.1.1.												
6.2.	Jumlah Ibu hamil yang mendapatkan 30 tablet FE													1. Ya 2. Tidak
6.3.	Jumlah Ibu hamil yang mendapatkan 90 tablet FE													1. Ya 2. Tidak

**IX. PELAYANAN KESEHATAN ANAK PRA SEKOLAH DAN USIA SEKOLAH**

1.1.	Jumlah Anak Balita Pra sekolah (1-5) tahun	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
1.2.	Jumlah Anak Balita Pra sekolah (1-5) tahun yg dideteksi tumbuh kembang													1. Ya 2. Tidak
2.1.	Jumlah siswa SD/MI	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
2.2.	Jumlah siswa SD/MI yang diperiksa minimal 2x setahun													1. Ya 2. Tidak
3.1.	Jumlah siswa SMP/SMU (Remaja)	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
3.2.	Jumlah siswa SMP/SMU yg memperoleh YanKes sesuai standard													1. Ya 2. Tidak

**X. PELAYANAN KB DAN IMUNISASI**

1.1.	Jumlah PUS (Pasangan Usia Subur)	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
1.2.	Jumlah Peserta KB Baru													1. Ya 2. Tidak
1.3.	Jumlah Peserta KB Baru dengan MKJP (IUD, Implant, MOW/MOP)													1. Ya 2. Tidak
1.4.	Jumlah Peserta KB Aktif													1. Ya 2. Tidak
1.5.	Jumlah Peserta KB Aktif dengan MKJP (IUD, Implant, MOW/MOP)													1. Ya 2. Tidak

		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
2.1.	Jumlah Desa/Kelurahan	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
2.2.	Jumlah Desa/Kelurahan UCI													1. Ya 2. Tidak
3.1.	Jumlah Sasaran Bayi (1-11) bln	Sama dengan di atas P.V.4.1.												
3.2.	Jumlah Imunisasi BCG													1. Ya 2. Tidak
3.3.	Jumlah Imunisasi DPT1+HB1													1. Ya 2. Tidak
3.4.	Jumlah Imunisasi DPT3+HB3													1. Ya 2. Tidak
3.5.	Jumlah Imunisasi Polio4													1. Ya 2. Tidak
3.6.	Jumlah Imunisasi Campak													1. Ya 2. Tidak
3.7.	Jumlah Imunisasi HB0													1. Ya 2. Tidak

**XI. PELAYANAN PENGOBATAN/PERAWATAN UMUM DAN KESEHATAN JIWA**

1.	Jumlah Kunjungan Rawat Jalan													1. Ya 2. Tidak
2.	Jumlah Kunjungan Penunjang													1. Ya 2. Tidak
3.	Jumlah Kunjungan Rawat Inap													1. Ya 2. Tidak
4.	Jumlah lama hari perawatan													1. Ya 2. Tidak
5.	Jumlah kunjungan kasus gangguan jiwa yg dilayani													1. Ya 2. Tidak
6.	Jumlah sarana kesehatan dgn kemampuan Gawat Darurat yg bisa diakses masyarakat													1. Ya 2. Tidak
7.	Jumlah sarana kesehatan yang memiliki labkes yang bisa diakses masyarakat													1. Ya 2. Tidak
8.	Jumlah sarana kesehatan yang memiliki 4 spesialis dasar yg bisa diakses masyarakat													1. Ya 2. Tidak



**XII. PENYELENGGARAAN PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KLB**

		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
1.	Jumlah Desa/Kel yang terkena KLB													1. Ya 2. Tidak
2.	Jumlah Desa/Kel yang terkena KLB dan ditangani < 24 jam													1. Ya 2. Tidak

**XIII. PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT POLIO, TB, ISPA, HIV-AIDS, DBD, DIARE DAN MALARIA**

1.0.	Jumlah kasus AFP anak usia < 15 tahun													1. Ya 2. Tidak
2.1.	Jumlah penderita TB Paru Klinis													1. Ya 2. Tidak
2.2.	Jumlah penderita TB Paru BTA +													1. Ya 2. Tidak
2.3.	Jumlah penderita TB Paru BTA + yang diobati													1. Ya 2. Tidak
2.4.	Jumlah penderita TB Paru BTA + yang sembuh													1. Ya 2. Tidak
3.1.	Jumlah penderita Pneumonia													1. Ya 2. Tidak
3.2.	Jumlah Balita dengan Pneumonia													1. Ya 2. Tidak
3.3.	Jumlah Balita dengan Pneumonia yang ditangani													1. Ya 2. Tidak
4.1.	Jumlah Penderita HIV-AIDS													1. Ya 2. Tidak
4.2.	Jumlah Penderita HIV-AIDS yang ditangani													1. Ya 2. Tidak
5.1.	Jumlah penderita penyakit infeksi menular sexual													1. Ya 2. Tidak
5.2.	Jumlah penderita penyakit infeksi menular sexual yang diobati													1. Ya 2. Tidak
6.1.	Jumlah penderita DBD													1. Ya 2. Tidak
6.2.	Jumlah penderita DBD yang ditangani													1. Ya 2. Tidak
7.1.	Jumlah penderita Diare													1. Ya 2. Tidak
7.2.	Jumlah penderita Diare yang ditangani													1. Ya 2. Tidak
8.1.	Jumlah penderita Malaria Klinis													1. Ya 2. Tidak
8.2.	Jumlah penderita Malaria (+)													1. Ya 2. Tidak
8.3.	Jumlah penderita Malaria yang diobati													1. Ya 2. Tidak

XIV. PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN PENGENDALIAN VEKTOR

Jan Feb Mar Apr Mei Jun Jul Agt Sep Okt Nov Des

Apakah sudah di Verifikasi

**Rumah Sehat**

1.1.	Jumlah rumah seluruhnya ada												Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya				
1.2.	Jumlah rumah yang diperiksa																
1.3.	Jumlah rumah sehat																

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

**Bebas Jentik Nyamuk**

2.1.	Jumlah rumah / bangunan yang ada												Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya				
2.2.	Jumlah rumah / bangunan yang diperiksa																
2.3.	Jumlah rumah / bangunan yang bebas jentik nyamuk																

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

3.	Jumlah tempat:																
	A. Tatanan tempat sekolah																
	<b>1. TK dan yg sederajat</b>																
	Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya															
	Diperiksa																
	Memenuhi Syarat																
	<b>2. SD dan yg sederajat</b>																
	Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya															
	Diperiksa																
	Memenuhi Syarat																
	<b>3. SLP dan yg sederajat</b>																
	Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya															
	Diperiksa																
	Memenuhi Syarat																
	<b>4. SMU dan yg sederajat</b>																
	Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya															
	Diperiksa																
	Memenuhi Syarat																

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des
<b>5. PT dan yg sederajat</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>B. Tataan Tempat kerja</b>												
<b>1. Perkantoran</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>2. Tempat Kerja Industri</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>3. Pabrik</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>4. Tukang las</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>5. Peternakan</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>6. Perikanan</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												

Apakah sudah di Verifikasi

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |
| 1. Ya | 2. Tidak |

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des
<b>7. ....</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>8. ....</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>9. ....</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>C. Tataan Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan</b>												
<b>1. Hotel</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>2. Restoran / R. Makan</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>3. Pasar</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												
<b>4. Terminal</b>												
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											
Diperiksa												
Memenuhi Syarat												

Apakah sudah di Verifikasi

1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
<b>5. Pertokoan</b>													
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
Diperiksa													1. Ya 2. Tidak
Memenuhi Syarat													1. Ya 2. Tidak
<b>6. Bioskop</b>													
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
Diperiksa													1. Ya 2. Tidak
Memenuhi Syarat													1. Ya 2. Tidak
<b>7. Tempat wisata</b>													
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
Diperiksa													1. Ya 2. Tidak
Memenuhi Syarat													1. Ya 2. Tidak
<b>8. Kolam renang</b>													
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
Diperiksa													1. Ya 2. Tidak
Memenuhi Syarat													1. Ya 2. Tidak
<b>9. Tempat ibadah</b>													
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
Diperiksa													1. Ya 2. Tidak
Memenuhi Syarat													1. Ya 2. Tidak
<b>10. ....</b>													
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
Diperiksa													1. Ya 2. Tidak
Memenuhi Syarat													1. Ya 2. Tidak
<b>11. ....</b>													
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
Diperiksa													1. Ya 2. Tidak
Memenuhi Syarat													1. Ya 2. Tidak
<b>12. ....</b>													
Ada	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
Diperiksa													1. Ya 2. Tidak
Memenuhi Syarat													1. Ya 2. Tidak

**XV. PENYULUHAN PERILAKU SEHAT**

		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
1.1.	Jumlah rumah tangga dipantau													1. Ya 2. Tidak
1.2.	Jumlah rumah tangga ber PHBS													1. Ya 2. Tidak
2.1.	Jumlah sasaran bayi 0-6 bulan	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya												1. Ya 2. Tidak
2.2.	Jumlah bayi 0-6 bulan yang hanya mendapatkan ASI saja													1. Ya 2. Tidak
3.0.	Jumlah desa/kel dg Garam Beryodium yang Baik (paling banyak hanya 1 sampel garam yg tidak memenuhi syarat SNI)													1. Ya 2. Tidak
4.1.	Jumlah seluruh kegiatan penyuluhan kesehatan													1. Ya 2. Tidak
4.2.	Jumlah kegiatan penyuluhan P3 NAPZA													1. Ya 2. Tidak

**XVI. PELAYANAN PENYEDIAAN OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN**

Isikan pada **Blok XVI** ini dengan **Kode Ketersediaan** :      **1. Tidak ada**      **2. Kurang**      **3. Cukup**      **4. Berlebih**

No	Jenis obat													1. Ya 2. Tidak
1.	ANALGETIKA/ANTIPIRETIKA/ANTI INFLAMASI NONSTEROID/ANTIPIRAI													1. Ya 2. Tidak
2.	ANESTETIK													1. Ya 2. Tidak
3.	ANTIALERGI DAN OBAT UNTUK ANAFILAKSIS													1. Ya 2. Tidak
4.	ANTIDOT DAN OBAT LAIN UNTUK KERACUNAN													1. Ya 2. Tidak
5.	ANTIEPILEPSI													1. Ya 2. Tidak
6.	ANTIBAKTERI													1. Ya 2. Tidak
7.	ANTHELMINTIKA(MASUK DAFTAR)													1. Ya 2. Tidak
8.	ANTI TUBERKULOSIS													1. Ya 2. Tidak
9.	ANTIFUNGI													1. Ya 2. Tidak
10.	ANTI MALARIA													1. Ya 2. Tidak
11.	ANTITUSIVA/EKSPEKTORANT													1. Ya 2. Tidak

		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
12.	ANTI ASTHMA													1. Ya 2. Tidak
13.	ANTASIDA/ANTI ULKUS													1. Ya 2. Tidak
14.	OBAT KARDIOVASKULER													1. Ya 2. Tidak
15.	OBAT GIGI													1. Ya 2. Tidak
16.	LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI DAN LAIN.													1. Ya 2. Tidak
17.	ANTIMIGREN													1. Ya 2. Tidak
18.	DISINFEKTAN DAN ANTISEPTIK (MASUK DAFTAR)													1. Ya 2. Tidak
19.	OBAT TOPIKAL, KULIT													1. Ya 2. Tidak
20.	OBAT MATA													1. Ya 2. Tidak
21.	OBAT TELINGA													1. Ya 2. Tidak
22.	OKSITOSIK DAN RELAKSAN UTERUS													1. Ya 2. Tidak
23.	OBAT ROBORANTIA/VITAMIN													1. Ya 2. Tidak
24.	P E M B A L U T.													1. Ya 2. Tidak
25.	VAKSIN													1. Ya 2. Tidak
26.	ATS													1. Ya 2. Tidak
27.	SERUM ANTI BISA ULAR													1. Ya 2. Tidak
28.	BCG													1. Ya 2. Tidak
29.	DPT													1. Ya 2. Tidak
30.	POLIO													1. Ya 2. Tidak
31.	CAMPAK													1. Ya 2. Tidak
32.	HEPATITIS B													1. Ya 2. Tidak
33.	DT													1. Ya 2. Tidak
34.	TT													1. Ya 2. Tidak
35.	REAGENTIA													1. Ya 2. Tidak
36.	ANTI HAEMOROID													1. Ya 2. Tidak
37.	DISSPOSIBLE 1 - 2,5 CC													1. Ya 2. Tidak
38.	DISSPOSIBLE 5 - 10 CC													1. Ya 2. Tidak
39.	EKSTRAK BELLADONNA 10 MG													1. Ya 2. Tidak
40.	HALOPERIDOL 5 MG													1. Ya 2. Tidak
41.	KLORPROMAZIN 25 MG													1. Ya 2. Tidak
42.	KLORPROMAZIN INJEKSI													1. Ya 2. Tidak
43.	H2O2													1. Ya 2. Tidak

Isikan pada **Blok XVI** ini dengan **Kode Ketersediaan** : 1. Tidak ada 2. Ada, tidak berfungsi 3. Ada 1, berfungsi baik 4. Ada >1, berfungsi baik

No	Jenis peralatan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des
SPM 1													
1.	Timbangan badan												
2.	Tensimeter												
3.	Alat ukur tinggi badan (microtoise)												
4.	Stetoskop												
5.	Stetoskop Laenec												
6.	Meja Gyn (tempat tidur bersalin)												
7.	Alat ukur LILA												
8.	Alat ukur (midline)												
9.	Hb Sahli												
10.	Buku Kohort												
11.	Buku register												
12.	Alat peraga penyuluhan												
13.	Termometer												
14.	Sterilisator												
SPM 2													
1.	Form rujukan												
2.	Partus Set												
3.	Infus set												
4.	Tabung Oksigen + manometer set												
5.	Ambulance												
6.	Sungkup												
7.	Incubator												
8.	Slem secher (penyedot lender)												
SPM 3													
1.	Bidan kit												
2.	Partogram												
3.	Alat transportasi												
4.	Alat pengukur panjang badan												
5.	Timbangan bayi												
6.	Termal blanket												
7.	Vacuum set												
8.	Forcep												

1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak

1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak

1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak
1. Ya	2. Tidak



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
SPM 4													1. Ya 2. Tidak
1. KB Kit													1. Ya 2. Tidak
- Trocart													1. Ya 2. Tidak
- Inserter													1. Ya 2. Tidak
- Speculum													1. Ya 2. Tidak
- Bisturi													1. Ya 2. Tidak
- Klem u													1. Ya 2. Tidak
2. Form pencatatan dan pelaporan													1. Ya 2. Tidak
3. Vaccin carrier (cold chain)													1. Ya 2. Tidak
4. Sput													1. Ya 2. Tidak
5. Timbangan													1. Ya 2. Tidak
SPM 5													1. Ya 2. Tidak
1. Form/register kematian													1. Ya 2. Tidak
2. Form rujukan													1. Ya 2. Tidak
SPM 6													1. Ya 2. Tidak
1. Refrigerator													1. Ya 2. Tidak
2. Cold chain													1. Ya 2. Tidak
3. Alat peraga SDIDTK													1. Ya 2. Tidak
4. Kohort bayi													1. Ya 2. Tidak
5. Buku KIA													1. Ya 2. Tidak
6. KMS													1. Ya 2. Tidak
7. Alat peraga penyuluhan perawatan kesehatan bayi													1. Ya 2. Tidak
8. Form AMP													1. Ya 2. Tidak
9. PMT													1. Ya 2. Tidak
SPM 7													1. Ya 2. Tidak
1. Form pemantauan dan penanganan													1. Ya 2. Tidak
2. Register imunisasi													1. Ya 2. Tidak
3. SOP/Juknis Imunisasi													1. Ya 2. Tidak
4. Register Pelatihan Petugas													1. Ya 2. Tidak
5. Form Pelacakan kasus KIPI													1. Ya 2. Tidak
SPM 8													1. Ya 2. Tidak
1. Buku registrasi balita													1. Ya 2. Tidak
2. Buku KIA													1. Ya 2. Tidak
3. KMS													1. Ya 2. Tidak
4. Alat Skrining Kit SDIDTK													1. Ya 2. Tidak

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
SPM 9													
1. Buku Register Gakin													1. Ya 2. Tidak
2. Alat Demo Memasak													1. Ya 2. Tidak
3. Bentuk MP-ASI													1. Ya 2. Tidak
4. Bentuk Sosialisasi													1. Ya 2. Tidak
5. Gudang penyimpanan MP-ASI													1. Ya 2. Tidak
6. Catatan distribusi													1. Ya 2. Tidak
7. Buku monitoring dan evaluasi MP-ASI													1. Ya 2. Tidak
8. Form Register Balita Gizi Buruk													1. Ya 2. Tidak
9. Ketersediaan Mineral Mix													1. Ya 2. Tidak
10. Ketersediaan TFC atau Klinik Gizi Buruk													1. Ya 2. Tidak
11. Ketersediaan Tes Garam Cepat													1. Ya 2. Tidak
SPM 11													
1. Ketersediaan UKS kit dan Dental Kit													1. Ya 2. Tidak
2. Ketersediaan Kursi Gigi													1. Ya 2. Tidak
3. Form Pemantauan Kantin Sekolah													1. Ya 2. Tidak
SPM 12													
1. Form Pendataan Sasaran PUS													1. Ya 2. Tidak
2. Alat Konseling KB untuk PUS													1. Ya 2. Tidak
3. Alat Peraga Penyuluhan KB													1. Ya 2. Tidak
SPM 13a													
1. Ketersediaan container penyimpanan feses													1. Ya 2. Tidak
SPM 13b													
1. Formulir pendataan penderita DBD													1. Ya 2. Tidak
2. Ketersediaan Alat fogging													1. Ya 2. Tidak
3. Ketersediaan abate													1. Ya 2. Tidak
4. Senter													1. Ya 2. Tidak
5. Jaring													1. Ya 2. Tidak
6. Alat Peraga Pencarian Jentik													1. Ya 2. Tidak
7. Alat peraga kebersihan lingkungan													1. Ya 2. Tidak

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
SPM 13c													
1. Form register pencatatan dan pelaporan diare													1. Ya 2. Tidak
2. Komputer													1. Ya 2. Tidak
SPM13d													
1. Form Deteksi dini penderita Pneumonia balita													1. Ya 2. Tidak
2. Ruang Perawatan untuk penderita Pneumonia berat													1. Ya 2. Tidak
3. Form register pencatatan penderita Pnemonia													1. Ya 2. Tidak
SPM13e													
1. Mikroskop													1. Ya 2. Tidak
2. Lensa glass													1. Ya 2. Tidak
3. Container pengambilan sputum													1. Ya 2. Tidak
4. Alat peraga pelatihan TB													1. Ya 2. Tidak
5. Alat peraga penyuluhan TB													1. Ya 2. Tidak
6. Form register pencatatan dan pelaporan													1. Ya 2. Tidak
SPM 13f													
1. Alat untuk tata laksana pasien baru HIV													1. Ya 2. Tidak
2. Alat peraga pelatihan tentang HIV													1. Ya 2. Tidak
3. Alat peraga penyuluhan HIV													1. Ya 2. Tidak
4. Form pencatatan dan pelaporan penderita HIV													1. Ya 2. Tidak
5. Ruangan khusus rehabilitasi ODHA													1. Ya 2. Tidak
6. Leaflet untuk ODHA													1. Ya 2. Tidak
SPM 13g													
1. Form penemuan kasus baru malaria													1. Ya 2. Tidak
2. Alat untuk tata laksana pasien baru malaria													1. Ya 2. Tidak
3. Alat RDT													1. Ya 2. Tidak
4. Form register pencatatan dan pelaporan													1. Ya 2. Tidak
5. Form rujukan													1. Ya 2. Tidak
6. Ketersediaan kelambu berinsektisida													1. Ya 2. Tidak

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
SPM14													
1. Form pendataan penduduk, sarana kesehatan, dan kunjungan													1. Ya 2. Tidak
2. Alat Peraga Penyuluhan													1. Ya 2. Tidak
3. Alat peraga pelatihan													1. Ya 2. Tidak
4. Form Monev													1. Ya 2. Tidak
5. Form pencatatan dan pelaporan													1. Ya 2. Tidak
SPM 17													
1. Form KLB													1. Ya 2. Tidak
2. Alat untuk pembuatan Peta wilayah KLB													1. Ya 2. Tidak
3. Komputer													1. Ya 2. Tidak
4. Alat presentasi													1. Ya 2. Tidak
5. Juklak/Juknis KLB													1. Ya 2. Tidak
6. Form Monev													1. Ya 2. Tidak
7. Alat peraga pelatihan pencegahan dan pengendalian KLB													1. Ya 2. Tidak
SPM 18													
1. Alat peraga Penyuluhan													1. Ya 2. Tidak
2. Formulir Pendataan Desa Siaga													1. Ya 2. Tidak

**XVII. PENYELENGGARAAN PEMBIAYAAN UNTUK PELAYANAN KESEHATAN (JPK Pra-Bayar)**

1.	Jumlah penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan:		
	1. ASKES		Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya
	2. JAMSOSTEK		Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya
	3. ASABRI		Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya
	4. Askes Swasta		Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya
	5. Jamkesmas		Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya
	6. Jamkesda Prop		Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya
	7. Jamkesda Kab/Kota		Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya
	8. Asuransi lainnya		Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya
2.1.	Jumlah penduduk miskin yang ada		Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya

		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Apakah sudah di Verifikasi
2.2.	Jumlah penduduk miskin yang mendapat pelayanan kesehatan (Total)													1. Ya 2. Tidak
2.3.	Jumlah penduduk miskin yang mendapat pelayanan kesehatan dengan Jamkesmas													1. Ya 2. Tidak

**XVIII. PENYELENGGARAAN PELAYANAN SESUAI KEBUTUHAN**

**Pelayanan Kesehatan Kerja**

1.1.	Jumlah seluruh pekerja formal	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											1. Ya 2. Tidak	
1.2.	Jumlah pekerja formal yang mendapat pelayanan kesehatan kerja													1. Ya 2. Tidak
1.3.	Jumlah seluruh pekerja informal	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											1. Ya 2. Tidak	
1.4.	Jumlah pekerja informal yang mendapat pelayanan kesehatan kerja													1. Ya 2. Tidak

**Pelayanan Kesehatan Pra Usila dan Usila**

2.1.	Jumlah penduduk pra Usila (45-59)	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											1. Ya 2. Tidak	
2.2.	Jumlah penduduk pra Usila yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standard													1. Ya 2. Tidak
2.3.	Jumlah penduduk Usila (60+)	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											1. Ya 2. Tidak	
2.4.	Jumlah penduduk Usila yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standard													1. Ya 2. Tidak

**Pelayanan Kesehatan Wanita Usia Subur di Desa/Kel Endemis**

3.1.	Jumlah WUS (15-49)	Diisi hanya sekali untuk setiap tahunnya											1. Ya 2. Tidak	
3.2.	Jumlah WUS (15-49) yg dapat kapsul Yodium													1. Ya 2. Tidak

**Skrining HIV-AIDS**

4.1.	Jumlah seluruh donor darah													1. Ya 2. Tidak
4.2.	Jumlah donor darah yang dilakukan screening													1. Ya 2. Tidak
4.3.	Jumlah positif HIV-AIDS													1. Ya 2. Tidak

**Lainnya**

5.1.	Jumlah seluruh penduduk berisiko penyakit kusta												1. Ya 2. Tidak
5.2.	Jumlah penderita penyakit kusta												1. Ya 2. Tidak
6.1.	Jumlah seluruh penduduk berisiko penderita filariasis												1. Ya 2. Tidak
6.2.	Jumlah penderita filariasis												1. Ya 2. Tidak

CATATAN

Tanggal selesai wawancara : \_\_\_\_\_

Sebelum berakhir, mohon di cek ulang kelengkapan pengisian.

(.....)  
Supervisor

(.....)  
Pewawancara

# **PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)		
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/ Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaiain	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal								Frekuensi Transport Lokal	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		



**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas						Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/ Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakai	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal	Frekuensi Transport Lokal								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		

**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas						Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakkalian	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal	Frekuensi Transport Lokal								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		

**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas						Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)				
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaiain	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal	Frekuensi Transport Lokal											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					



**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)		
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaiain	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal								Frekuensi Transport Lokal	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		

**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)			
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/ Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontrak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaiain	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal								Frekuensi Transport Lokal		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			

**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas						Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)					
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakai	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal	Frekuensi Transport Lokal												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36						

**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas						Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaiian	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal	Frekuensi Transport Lokal									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			



**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas						Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)		
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaiain	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal	Frekuensi Transport Lokal									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			

**XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas						Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/ Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaiain	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal	Frekuensi Transport Lokal								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		

XIX. PEMANFAATAN DANA NON BOK DI PUSKESMAS

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Sumber Dana	Waktu Penerimaan Dana (Bulan)	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)			
						Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/ Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakai	Uang Harian	Uang Penginapan	Uang Tiket (Pesawat udara, Kereta, Kapal)	Uang Saku	Biaya Transport Lokal								Frekuensi Transport Lokal		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			

# **PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)						
				Honor Perangkit Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berbang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/ Fasilitator	ATK	Dekorasi/ Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaielan	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport	Frekuensi Transport												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33						

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)							
				Honor Peringkat Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berbang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & Minum	Belanja Pakai	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport	Frekuensi Transport													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33							

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)						
				Honor Peringkat Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Barang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & Minum	Belanja Pakelien	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport	Frekuensi Transport												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33						

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas				Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)		
				Honor Perangkat Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berbagi dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & Minum	Belanja Pakai	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport							Frekuensi Transport	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	



**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	
				Honor Peringkat Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berbang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/ R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaielan	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport	Frekuensi Transport							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)			
				Honor Peringkat Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berbang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & Minum	Belanja Pakai	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport	Frekuensi Transport									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33			

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas				Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)		
				Honor Perangkit Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakelatan	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport							Frekuensi Transport	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	
				Honor Peringkat Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berbagi dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & Minum	Belanja Pakaiain	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport	Frekuensi Transport							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas				Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)		
				Honor Perangkit Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakelien	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport							Frekuensi Transport	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas				Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)								
				Honor Peringkat Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berbagi dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakaielan	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport							Frekuensi Transport							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33							

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas					Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)			
				Honor Perangkit Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berbang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakelatan	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport	Frekuensi Transport									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33			

**XX. PEMANFAATAN DANA BOK DI PUSKESMAS**

No Urut	Program dan Kegiatan	Kode Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (Bulan)	Belanja Pegawai				Belanja Bahan Habis Pakai			Belanja Bahan		Belanja Jasa Kantor			Belanja Cetak dan Penggandaan		Belanja Penyelenggaraan				Belanja Perjalanan Dinas				Belanja Modal	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	Lainnya ..... (sebutkan rincian dan besarnya)	
				Honor Perangkit Kegiatan	Honor Tim Pengabdian Berang dan Jasa	Honor Panitia Pelaksana Kegiatan	Honor Narasumber/Fasilitator	ATK	Dekorasi/Spanduk	Bahan Kontak	Bahan Medis	Bahan Non Medis	Operasional Kantor	Jasa Medis	Dokumentasi	Belanja Cetak	Belanja Penggandaan	Sewa Gedung/R. Rapat	Sewa Peralatan Kantor	Belanja Makan & minum	Belanja Pakelien	Uang Saku	Uang Harian	Uang Penginapan	Biaya Transport							Frekuensi Transport
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33



# **PROSES PENYALURAN DANA BOK DI PUSKESMAS**



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
 BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
 PENGARUH BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN  
 TERHADAP PENINGKATAN KINERJA PUSKESMAS  
 DALAM MENCAPAI TARGET MDG  
 di Kabupaten/Kota di Indonesia tahun 2010



PERTANYAAN PUSKESMAS

**RAHASIA**

Tanggal mulai wawancara : \_\_\_\_\_

**I. PENGENALAN TEMPAT**

1. Identitas Puskesmas

- Nama Puskesmas \_\_\_\_\_
- Alamat Puskesmas \_\_\_\_\_
- Kelurahan/Desa \_\_\_\_\_
- Kecamatan \_\_\_\_\_
- Kabupaten \_\_\_\_\_
- Propinsi \_\_\_\_\_
- ID Puskesmas

2. Keterangan Pencacahan

- Tanggal Pengumpulan Data  -  -
- Tanggal selesai Pengumpulan Data  -  -
- Nama Pewawancara \_\_\_\_\_
- Nama Penanggungjawab Kabupaten/Kota \_\_\_\_\_

**II. PROSES PENYALURAN DANA BOK**

- Menerima SK Penetapan Puskesmas sebagai penerima dana BOK dari Dinkes Kab/Kota 1. Ya 2. Tidak
- Tanggal Puskesmas menerima SK Penetapan Puskesmas  -  -
- Membuka rekening dana BOK 1. Ya 2. Tidak
- Tanggal pembukaan rekening dana BOK  -  -
- Menyerahkan RUK ke Dinkes Kab/Kota 1. Ya 2. Tidak
- Tanggal penyerahan RUK ke Dinkes Kab/Kota  -  -

**7. Proses Pencairan uang muka Dana BOK**

(hanya diisi satu kali pada bulan pertama turunnya dana)

- Menyerahkan POA dan persetujuan pencairan uang muka ke Dinkes Kab/Kota 1. Ya 2. Tidak
- Tanggal penyerahan POA dan persetujuan pencairan uang  -  -
- Menerima dana BOK 1. Ya 2. Tidak
- Tanggal penerimaan dana BOK  -  -
- Jumlah dana yang diterima . .
- Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes 1. Ya 2. Tidak
- Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK  -  -

**8. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota 1. Ya 2. Tidak
- Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota  -  -
- Menerima dana BOK 1. Ya 2. Tidak
- Tanggal penerimaan dana BOK  -  -
- Jumlah dana yang diterima . .
- Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes 1. Ya 2. Tidak
- Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK  -  -

**9. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota 2. Ya 2. Tidak
- Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota  -  -
- Menerima dana BOK 2. Ya 2. Tidak
- Tanggal penerimaan dana BOK  -  -
- Jumlah dana yang diterima . .
- Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes 2. Ya 2. Tidak
- Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK  -  -

**10. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- 1. Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 2. Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 3. Menerima dana BOK
- 4. Tanggal penerimaan dana BOK
- 5. Jumlah dana yang diterima
- 6. Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes
- 7. Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK

- 3. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- 3. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- .□□□.□□□
- 3. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□

**11. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- 1. Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 2. Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 3. Menerima dana BOK
- 4. Tanggal penerimaan dana BOK
- 5. Jumlah dana yang diterima
- 6. Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes
- 7. Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK

- 4. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- 4. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- .□□□.□□□
- 4. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□

**12. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- 1. Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 2. Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 3. Menerima dana BOK
- 4. Tanggal penerimaan dana BOK
- 5. Jumlah dana yang diterima
- 6. Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes
- 7. Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK

- 5. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- 5. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- .□□□.□□□
- 5. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□

**13. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- 1. Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 2. Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 3. Menerima dana BOK
- 4. Tanggal penerimaan dana BOK
- 5. Jumlah dana yang diterima
- 6. Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes
- 7. Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK

- 6. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- 6. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- .□□□.□□□
- 6. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□

**14. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- 1. Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 2. Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 3. Menerima dana BOK
- 4. Tanggal penerimaan dana BOK
- 5. Jumlah dana yang diterima
- 6. Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes
- 7. Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK

- 7. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- 7. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- .□□□.□□□
- 7. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□

**15. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- 1. Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 2. Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 3. Menerima dana BOK
- 4. Tanggal penerimaan dana BOK
- 5. Jumlah dana yang diterima
- 6. Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes
- 7. Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK

- 8. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- 8. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□
- .□□□.□□□
- 8. Ya 2. Tidak
- - □□ - □□□□

**16. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- 1. Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 2. Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 3. Menerima dana BOK
- 4. Tanggal penerimaan dana BOK
- 5. Jumlah dana yang diterima
- 6. Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes
- 7. Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK

9. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

9. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

□□.□□□.□□□□

9. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

**17. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- 1. Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 2. Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 3. Menerima dana BOK
- 4. Tanggal penerimaan dana BOK
- 5. Jumlah dana yang diterima
- 6. Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes
- 7. Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK

10. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

10. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

□□.□□□.□□□□

10. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

**18. Proses Pencairan Dana BOK ke .....**

- 1. Menyerahkan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 2. Tanggal penyerahan POA ke Dinkes Kab/Kota
- 3. Menerima dana BOK
- 4. Tanggal penerimaan dana BOK
- 5. Jumlah dana yang diterima
- 6. Menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinkes
- 7. Tanggal penyerahan laporan pemanfaatan dana BOK

11. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

11. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

□□.□□□.□□□□

11. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

**19. Bunga dan Sisa Dana BOK**

- 1. Apakah ada bunga bank dana BOK
- 2. Berapa besar bunga bank dana BOK
- 3. Apakah bunga bank diserahkan ke Kas Negara
- 4. Tanggal penyerahan ke Kas Negara
- 5. Apakah ada sisa dana BOK
- 6. Berapa besar sisa dana BOK
- 7. Apakah dikembalikan ke Kas Negara
- 8. Tanggal pengembalian ke Kas Negara

1. Ya    2. Tidak   

□□.□□□.□□□□

1. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

2. Ya    2. Tidak   

□□.□□□.□□□□

1. Ya    2. Tidak   

□□ - □□ - □□□□

CATATAN

Sebelum berakhir, mohon di cek ulang kelengkapan pengisian

Tanggal selesai wawancara : \_\_\_\_\_