



**REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET FASILITAS KESEHATAN 2011
KUESIONER RUMAH SAKIT UMUM**



RAHASIA

RIFAS-11. RSU

BLOK I. PENGENALAN TEMPAT			
1.	Provinsi		□ □
2.	Kabupaten/Kota		□ □
3.	Kecamatan		□ □ □
4.	Desa /Kelurahan		□ □ □
5.	a) Nama Rumah Sakit		
	b) ID Rumah Sakit		□ □ □ □ □ □ □ □
	c) No.Urut Rumah Sakit		□ □
6.	Alamat Rumah Sakit		
7.	a) Nomor telepon		□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	b) Nomor Fax		□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
8.	a) Alamat <i>e-mail</i> dan <i>website</i>		
	b) Koordinat Lokasi		□ □ ° . □ □ ' . □ □ , □ " LU □ □ ° . □ □ ' . □ □ , □ " LS □ □ ° . □ □ ' . □ □ , □ " BT
BLOK II.A. KETERANGAN PENGUMPULAN DATA			
1. Tanggal kunjungan: (Tanggal/bulan/tahun)	□ □ - □ □ - □ □ □ □ s/d □ □ - □ □ - □ □ □ □		
2. Nama Enumerator		5. Tanggal pengecekan (Tanggal/bulan/tahun)	□ □ - □ □ - □ □ □ □
3. Nomor HP dan <i>e-mail</i>		6. Nama Ketua Tim	
4 Tanda tangan Enumerator		7. Nomor HP dan <i>e-mail</i>	
		8. Tanda tangan Ketua Tim	
BLOK II.B. KETERANGAN RS			
1.	Kepemilikan Rumah Sakit	1. Pemerintah/TNI/Polri/BUMN/Kementerian lain, dll 2. Swasta → Ke 4	□
2.	a) Pemilik Rumah Sakit : 1. Kementerian Kesehatan 2. Pemerintah Provinsi 3. Pemerintah Kabupaten/Kota	4. TNI/Polri 5. BUMN 6. Kementerian Lain	□

	b) RS masih beroperasi	1. Ya → c) 2. Tidak → Ke d)	<input type="checkbox"/>
	c) Tahun mulai beroperasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lanjut ke pertanyaan e)			
	d) Tahun tutup/pergantian status kepemilikan (<i>Tuliskan "8888" bila responden tidak tahu</i>)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SELESAI			
	e) Status RS dalam daftar sampel: 1. Ada di daftar sampel, dikunjungi → ke 3 2. Tidak ada di daftar sampel, tetapi merupakan RS pemerintah dan sudah beroperasi sebelum Pebruari 2010 → ke 3 3. Ada di daftar sampel, tidak dikunjungi → SELESAI 4. Ada di daftar sampel, tetapi RS sudah berganti status kepemilikan (pemerintah → swasta) → SELESAI 5. Ada di daftar sampel, tetapi RS mulai beroperasi setelah Januari 2010 → SELESAI 6. Tidak ada di daftar sampel, tetapi RS mulai beroperasi setelah Januari 2010 → SELESAI		<input type="checkbox"/>
3.	Pola Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit	1. Badan Layanan Umum Pusat 2. Badan Layanan Umum Daerah 3. Non Badan Layanan Umum	<input type="checkbox"/>
Lanjut ke pertanyaan nomor 6			
4.	Bila merupakan RS Swasta, bentuk kepemilikan RS :	1. Perseroan Terbatas 3. Yayasan keagamaan 2. Yayasan swasta non keagamaan 4. Lain-lain	<input type="checkbox"/>
5.	Nama Pemilik RS (Yayasan, PT, dll)		
6.	a) Memiliki Surat Izin Operasional	1. Ada, dapat menunjukkan izin operasionalnya 2. Ada, tidak dapat menunjukkan izin operasional. → ke 7 3. Tidak ada → ke 7	<input type="checkbox"/>
	b) Nomor surat Izin Operasional RS		
	c) Pemberi izin operasional	1. Kementerian Kesehatan 2. Dinas Kesehatan Provinsi (Pemda Provinsi) 3. Dinas Kesehatan Kab/Kota (Pemda Kab/Kota) 4. Lainnya	<input type="checkbox"/>
7.	Nama Direktur RS (<i>berikut gelar</i>)		
8.	Status Akreditasi	1. Tidak terakreditasi → Ke 10 3. Terakreditasi 12 Jenis Pelayanan 2. Terakreditasi 5 jenis Pelayanan 4. Terakreditasi 16 Jenis Pelayanan	<input type="checkbox"/>
9.	Akreditasi terakhir tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Kelas Rumah Sakit	1. Kelas A 2. Kelas B 3. Kelas C 4. Kelas D	<input type="checkbox"/>
11.	Jenis Rumah Sakit	1. Rumah Sakit Umum → Ke 13 2. Rumah Sakit Khusus	<input type="checkbox"/>
12.	Jenis Rumah Sakit Khusus : 01. RS Jiwa 04. RS THT 07. RS Kusta 10. RS Ginjal 13. RS Gigi Mulut 02. RS Paru 05. RS Bersalin 08. RS Ibu dan Anak 11. RS Kanker 14. Lain-lain 03. RS Mata 06. RS Jantung 09. RS Ortopedi dan Protese 12. RS Stroke		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	Rumah Sakit menjadi wahana pendidikan mahasiswa Fakultas Kedokteran/Program Studi Pendidikan Dokter (PSPD) (<i>disertai telaah dokumen</i>) 1. Ya, merupakan RS Pendidikan 2. Ya, bukan RS Pendidikan → Ke Blok III 3. Tidak → KeBlok III		<input type="checkbox"/>
14.	Klasifikasi RS Pendidikan : 1. Utama 2. Afiliasi (Eksilensi) 3. Satelit		<input type="checkbox"/>

BLOK III. SUMBER DAYA

A. SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Nama Responden :

Jabatan :

Nomor HP :

TENAGA KESEHATAN

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (jika isian "000" atau "0000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan									
			PNS KemKes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI/ Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer	PTT
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
DOKTER UMUM												
1.	Dokter Umum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOKTER SPESIALIS												
2.	Penyakit Dalam	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	Bedah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	Anak	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	Kebidanan dan Kandungan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	Saraf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	Kedokteran Jiwa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	Anestesi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	Kulit dan Kelamin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	Mata	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	Telinga Hidung dan Tenggorokan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12.	Patologi Klinik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13.	Radiologi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (jika isian "000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan									
			PNS KemKes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI/ / Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer	PTT
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
14.	Patologi Anatomi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15.	Rehabilitasi Medis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16.	Forensik dan Medikolegal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17.	Farmasi Klinik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18.	Urologi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19.	Mikrobiologi Klinik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20.	Jantung dan Pembuluh Darah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21.	Bedah syaraf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22.	Spesialis lainnya	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOKTER SUB SPESIALIS (KONSULTAN)												
23.	Penyakit Dalam	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24.	Bedah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25.	Anak	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26.	Kebidanan dan Kandungan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27.	Syaraf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28.	Kedokteran Jiwa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29.	Anestesi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30.	Penyakit Kulit dan Kelamin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31.	Mata	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (jika isian "000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan									
			PNS KemKes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI / Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer	PTT
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
32.	Telinga Hidung dan Tenggorokan	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
33.	Patologi Klinik	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
34.	Jantung dan Pembuluh Darah	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
35.	Paru	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
36.	Radiologi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
37.	Patologi Anatomi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
38.	Rehabilitasi Medis	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
39.	Forensik dan Medikolegal	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
40.	Farmasi Klinik	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
41.	Mikrobiologi Klinik	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
42.	Bedah syaraf	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
43.	Sub Spesialis lainnya	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (jika isian "000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan									
			PNS KemKes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI / Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer	PTT
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
DOKTER GIGI DAN DOKTER GIGI SPESIALIS												
44.	Dokter Gigi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
45.	Ortodonsia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46.	Pedodonsia/ Kedokteran Gigi Anak	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47.	Bedah Mulut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
48.	Prostodonsia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
49.	Konservasi Gigi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
50.	Periodonsia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51.	Penyakit Mulut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
52.	Spesialis Gigi lainnya	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nama Responden :			Jabatan :				Nomor HP :				
No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (Jika isian "000" atau "0000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan								
			PNS Kem Kes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI/Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
BIDAN											
53.	Jumlah Total Bidan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
54.	Magister Kebidanan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
55.	Sarjana Kebidanan/ Sajana Sains Terapan Kebidanan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
56.	Ahli Madya Kebidanan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
57.	Lulusan Program Bidan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PERAWAT											
58.	Jumlah total Perawat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
59.	Lulusan SPK/ SPR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
60.	Ahli Madya Keperawatan (perawat anastesi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
61.	Sarjana Keperawatan (termasuk D-IV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
62.	Ners (S1 Kep. + Profesi 1 tahun)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
63.	Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
64.	Doktor Keperawatan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (Jika isian "000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan								
			PNS Kem Kes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI/Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
PERAWAT GIGI											
65.	Jumlah Perawat gigi (lulusan SPKG, SPRG, D-III dan D-IV Keperawatan gigi)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
TENAGA KEFARMASIAN											
Nama Responden :			Jabatan :				Nomor HP :				
66.	Jumlah total tenaga Kefarmasian	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
67.	Asisten Apoteker (SMF atau SAA)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
68.	Ahli Madya Farmasi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
69.	Sarjana Farmasi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
70.	Apoteker	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
71.	Magister Farmasi (S2 Farmasi RS, Far. Klinis, Farmakologi)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
72.	Dokter Farmasi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (Jika isian "000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan								
			PNS Kem Kes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI/Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT											
Nama Responden :			Jabatan :				Nomor HP :				
73.	Jumlah Total Tenaga Kesehatan Masyarakat	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
74.	D-I Kesmas (SPPH, dll)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
75.	Ahli Madya Kesehatan Masyarakat (D-III)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
76.	Sarjana Kesehatan Masyarakat	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
77.	Magister Kesehatan Masyarakat	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
78.	Dokter Kesehatan Masyarakat	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
TENAGA GIZI											
Nama Responden :			Jabatan :				Nomor HP :				
79.	Jumlah Total Tenaga Gizi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
80.	Pembantu Ahli Gizi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
81.	Ahli Madya Gizi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
82.	Sarjana Ahli Gizi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
83.	Magister Ahli Gizi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
84.	Dokter Ahli Gizi	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (Jika isian "000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan								
			PNS Kem Kes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI/Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
TENAGA KETERAPIAN FISIK											
Nama Responden :			Jabatan :				Nomor HP :				
85.	Jumlah Tenaga Keterampilan Fisik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
86.	Fisioterapis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
87.	Okupasiterapis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
88.	Terapis wicara	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
89.	Lainnya	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TENAGA KETEKNISIAN MEDIS											
Nama Responden :			Jabatan :				Nomor HP :				
90.	Jumlah Total Tenaga Keteknisian Medis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
91.	Penata Rontgen / Radiografis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
92.	Radioterapis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
93.	Teknisi Gigi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
94.	Teknisi Elektromedis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
95.	Analisis Tranfusi Darah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
96.	Analisis Kesehatan (Lab)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (Jika isian "000" atau "0000" lanjut Ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan									
			PNS Kem Kes	PNS Diknas	PNS Kemen lain	BUMN	TNI/Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	
97.	Refraksionis optisien	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
98.	Ortotis Prostetis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
99.	Teknisi Transfusi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
100.	Perekam Medis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
101.	Tenaga kesehatan lain	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NON TENAGA KESEHATAN												
Nama Responden :				Jabatan :				Nomor HP :				
102.	Jumlah Tenaga Non Kesehatan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
103.	Sarjana Hukum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104.	Sarjana Akuntansi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
105.	Sarjana Ekonomi Manajemen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106.	Teknologi Informasi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (Jika isian "000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan								
			PNS Kem Kes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI/Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
107.	Arsiparis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
108.	Sekretaris	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
109.	Sarjana Teknik	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
110.	Sarjana Lain-lain (termasuk D-IV)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
111.	Diploma (D-I, D-II, dan D-III)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
112.	SMA sederajat dan dibawahnya	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SDM RUMAH SAKIT BERDASARKAN LATAR BELAKANG PENDIDIKAN TERTINGGI

Nama Responden :			Jabatan :				Nomor HP :					
No.	Latar belakang pendidikan	Jumlah (Jika isian "000" atau "0000" lanjut ke nomor berikutnya)	Status Ketenagaan									
			PNS KemKes	PNS Diknas	PNS Kemen Lain	BUMN	TNI/Polri	PNS Daerah	Tetap Non PNS	Kontrak	Honorer	PTT
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
113.	Jumlah total SDM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
114.	Doktor/PhD (S3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
115.	Magister MARS (S2)/ MHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
116.	Magister Non MARS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
117.	Spesialis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
118.	Subspesialis /Konsultan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
119.	Sarjana (S1 dan D-IV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
120.	Diploma (D-I, D-II dan D-III)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
121.	SMA/ Setingkat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
122.	SMP/ Setingkat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
123.	SD/Setingkat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
124.	Tidak sekolah & tidak tamat SD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
125.	Lain-lain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. STAFF ORIENTATION			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
1.	Daftar hadir/rekapitulasi absensi/kehadiran staf tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada, lengkap 12 bulan 2. Ada, tidak lengkap 12 bulan → Ke 3 3. Ada, berupa catatan tahunan, tidak perbulan → Ke 3 4. Tidak ada catatan absensi → Ke 3	<input type="checkbox"/>
2.	Jumlah staf yang absen (tidak masuk kerja/tanpa ada keterangan) > 30 hari dalam setahun pada tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Data jumlah staf yang mutasi ke luar RS atas permintaan sendiri tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → Ke 5	<input type="checkbox"/>
4.	Jumlah staf yang mengajukan mutasi ke luar RS tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Program orientasi pegawai baru <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada, dibuktikan dengan dokumen 2. Ada, tidak dibuktikan dengan dokumen 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
6.	Rumah Sakit menerapkan sistem remunerasi berdasarkan SK Menkes/ Gubernur/ Bupati/ Walikota (Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah) <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya, dibuktikan dengan dokumen 2. Ya, tidak dibuktikan dengan dokumen 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
7.	a) Pernah dilakukan survei kepuasan staf dalam 3 tahun terakhir <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya, dibuktikan dengan dokumen 2. Ya, tidak dibuktikan dengan dokumen → ke C. 1 3. Tidak → ke C. 1	<input type="checkbox"/>
	b) Survei kepuasan staf dilakukan rutin setiap tahun	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c) Tahun terakhir dilakukan survei kepuasan staf	Tahun.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Secara keseluruhan, persentase staf yang puas berdasarkan hasil survei terakhir <i>(disertai telaah dokumen)</i> %	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. SARANA DAN PRASARANA			
LUAS LAHAN RUMAH SAKIT			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
RINCIAN LUAS LAHAN RUMAH SAKIT		Untuk pertanyaan 1 dan 2a) Ketersediaan Data: 1. Ada 2. Tidak ada → Ke nomor berikutnya	Luas lahan
(1)		(2)	(3)
1.	Luas lahan (tanah) RS : <i>(disertai telaah dokumen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m ²
2.	a) Luas lahan parkir : m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m ²
	b) Pemilik lahan	1. Pemerintah pusat 2. Pemerintah propinsi 3. Pemerintah Kab/Kota 4. Adat/masyarakat 5. Yayasan/perorangan 6. Lainnya	<input type="checkbox"/>
	c) Keberadaan Sertifikat	1. Ada 2. Tidak ada → Ke 3	<input type="checkbox"/>
	d) Jenis sertifikat yang dimiliki	1. Sertifikat Hak Milik (SHM) 2. Sertifikat Hak Guna Usaha (SHGU) 3. Sertifikat Hak Guna Bangunan (SHGB) 4. Sertifikat Hak Pakai 5. Sertifikat Hak Pengelolaan 6. Lain-lain	<input type="checkbox"/>

LUAS BANGUNAN RUMAH SAKIT					
RINCIAN LUAS BANGUNAN RS		Ketersediaan Data: 1. Ada 2. Tidak ada data → Ke nomor berikutnya		Luas Bangunan	
(1)		(2)		(3)	
3.	Luas bangunan keseluruhan : <i>(disertai telah dokumen)</i> m ²	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m ²	
4.	Luas total bangunan lantai 1 (bangunan bertingkat dan tidak bertingkat) : m ²	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m ²	
5.	Luas total bangunan bertingkat (lantai 2,3,4, dst) : m ²	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m ²	
PENANGANAN PERALATAN					
Nama Responden :		Jabatan :		Nomor HP :	
6.	Data mengenai kecepatan menanggapi kerusakan alat medik <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → Ke 8		<input type="checkbox"/>	
7.	Persentase kerusakan alat medik yang ditanggapi ≤ 15 menit dalam 1 bulan <i>(disertai telaah dokumen)</i> %		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8.	Jadwal pemeriksaan berkala pemeliharaan alat medik <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
9.	Data alat medik yang dikalibrasi eksternal <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → Ke 11		<input type="checkbox"/>	
10.	Sumber dana untuk kalibrasi eksternal alat medik	1. Ada, dari RS 2. Ada, dari luar RS 3. Ada, dari RS dan luar RS 4. Tidak ada		<input type="checkbox"/>	
KETERSEDIAAN AIR BERSIH					
11.	Air bersih tersedia selama 24 jam	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
12.	Reservoir air (penampungan) <i>(disertai observasi)</i>	1. Ada 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
13.	Kecukupan air bersih : <i>(persepsi responden)</i>	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
14.	Data kapasitas air bersih yang tersedia per hari <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → Ke 16		<input type="checkbox"/>	
15.	Kapasitas air bersih per hari	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> liter/ hari			
16.	Jenis sumber air bersih	Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Pemeriksaan Mutu Air 1. Ya, rutin 2. Ya, tidak rutin 3. Tidak → ke baris selanjutnya	Ketersediaan dokumen hasil pemeriksaan 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Kualitas 1. Baik 2. Tidak <i>(disertai telaah dokumen)</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	a) PAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Air Tanah/Artesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Mata Air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Sumur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KETERSEDIAAN LISTRIK					
17.	Listrik tersedia selama 24 jam	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
18.	Data kapasitas daya listrik tersambung dari PLN <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → Ke 20		<input type="checkbox"/>	

19.	Bila tersedia data kapasitas daya listrik tersambung dari PLN, kapasitasnya :	..... KVA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KVA
20.	Uninterruptable Power Supply (UPS) untuk keperluan medis		1. Ada 2. Tidak <input type="checkbox"/>
21.	Generator listrik (<i>GenSet</i>)		1. Ada 2. Tidak → Ke 23 <input type="checkbox"/>
22.	Kapasitas <i>GenSet</i> yang dimiliki (kapasitas total dari semua <i>GenSet</i> yang ada)	..... KVA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KVA
23.	RS mampu menyediakan listrik secara terus menerus untuk penerangan dan menggerakkan peralatan serta mesin di :		
	a) Kamar bedah	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak ada pelayanan dimaksud	<input type="checkbox"/>
	b) Kamar bersalin	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak ada pelayanan dimaksud	<input type="checkbox"/>
	c) Pelayanan gawat darurat	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak ada pelayanan dimaksud	<input type="checkbox"/>
	d) Pelayanan laboratorium	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak ada pelayanan dimaksud	<input type="checkbox"/>
	e) Pelayanan ICU	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak ada pelayanan dimaksud	<input type="checkbox"/>

POLIKLINIK

Nama Responden :	Jabatan :	Nomor HP :
-------------------------	------------------	-------------------

No	Poliklinik	Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak → ke Baris berikutnya (<i>disertai observasi</i>)	Luas Ruang (dalam m ²)	Kondisi ruangan 1. Seluruhnya baik 2. Sebagian baik 3. Seluruhnya rusak 4. Dalam proses pembangunan (perbaikan) (<i>disertai observasi</i>)	Tersedia meja periksa 1. Ya 2. Tidak (<i>disertai observasi</i>)	Pemeriksa Utama : 1. Dokter spesialis 2. Dokter umum 3. Dokter gigi 4. Bidan 5. Perawat 6. Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
24.	Ruang UGD Poliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Klinik <i>Medical Check Up</i> (MCU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ruang Poliklinik Umum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Klinik Kebidanan dan Kandungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Klinik Anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Klinik Penyakit Dalam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Klinik Bedah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Klinik Mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Klinik Ortopedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Klinik THT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Klinik Kulit dan Kelamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Klinik Gigi dan Mulut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Klinik Saraf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Klinik Jiwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Klinik Geriatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No	Poliklinik	Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak → ke Baris berikutnya (diseritai observasi)	Luas Ruangan (dalam m ²)	Kondisi ruangan 1. Seluruhnya baik 2. Sebagian baik 3. Seluruhnya rusak 4. Dalam proses pembangunan (perbaikan) (diseritai observasi)	Tersedia meja periksa 1. Ya 2. Tidak (diseritai observasi)	Pemeriksa Utama : 1. Dokter spesialis 2. Dokter umum 3. Dokter gigi 4. Bidan 5. Perawat 6. Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
39.	Klinik Jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Klinik Paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Klinik VCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Klinik lainnya	<input type="checkbox"/>				

KONDISI BANGUNAN RAWAT INAP

Nama Responden :			Jabatan :			Nomor HP :	
No	Bangunan Rawat Inap	Jumlah tempat tidur (Jika isian "000" lanjutkan ke nomor berikutnya) (diseritai telaah dokumen)	Kondisi ruangan 1. Seluruhnya baik 2. Sebagian baik 3. Seluruhnya rusak 4. Dalam proses pembangunan (perbaikan) (diseritai observasi)	Kondisi Tempat Tidur 1. Seluruhnya baik 2. Sebagian besar baik 3. Sebagian besar rusak 4. Seluruhnya rusak (diseritai observasi)	Jumlah WC/ kamar mandi pasien	Kondisi WC/ kamar mandi pasien 1. Seluruhnya berfungsi 2. Sebagian besar berfungsi 3. Sebagian besar tidak berfungsi 4. Tidak berfungsi seluruhnya (diseritai observasi)	Kecukupan air bersih di WC/ kamar mandi pasien 1. Ya 2. Tidak (persepsi responden)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
43.	Kelas VIP, VVIP/Super VIP dan Kelas Utama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Kelas 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Kelas 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Kelas 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Ruang Perinatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	ICU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	PICU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	NICU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	CICU/ICCU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	HCU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Ruang Isolasi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SARANA KOMUNIKASI DAN INFORMASI

Nama Responden :			Jabatan :		Nomor HP :		
No.	Jenis Alat Komunikasi/Informasi	Jumlah (Jika tidak ada isikan kode "00")	Jumlah yang berfungsi	No.	Jenis Alat Komunikasi/Informasi	Jumlah Jika tidak ada isikan kode "00"	Jumlah yang berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
54.	Radio Komunikasi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	57.	Faksimili	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55.	Telepon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	58.	Aifon/ jaringan telepon internal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56.	Handphone dinas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	59.	Fasilitas Internet : 1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	

KENDARAAN RUMAH SAKIT

Nama Responden :			Jabatan :		Nomor HP :		
No	Jenis Kendaraan	Jumlah Jika tidak ada isikan kode "00" →baris Berikutnya	Kondisi				
			Baik	Rusak masih berfungsi	Tidak dapat berfungsi		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
60.	Ambulans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
61.	Mobil jenazah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
62.	Kendaraan bermotor roda 4 lainnya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
63.	Kendaraan bermotor roda 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
64.	Sepeda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
65.	Perahu bermotor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

BLOK IV. PELAYANAN

A. PELAYANAN RAWAT JALAN

WAKTU BUKA PELAYANAN, SPO/ SOP, DAN RATA – RATA KUNJUNGAN

Nama Responden :

Jabatan :

Nomor HP :

No.	Poliklinik/Klinik	Ketersediaan: 1. Ada 2. Tidak → ke nomor berikutnya	Rata-rata lama Pelayanan Pagi (Jam)	Rata-rata lama Pelayanan Sore (Jam)	Hari buka pelayanan 1. Setiap hari kerja 2. Empat hari/minggu 3. Tiga hari/ minggu 4. Dua hari/ minggu 5. Sehari/ minggu	SPO Pelayanan rawat jalan 1. Ya 2. Tidak (disertai telaah dokumen)	SPO mudah dilihat/ dijangkau 1. Ya 2. Tidak (disertai observasi)	Jumlah rata – rata kunjungan pasien tiap bulan tahun 2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1.	Klinik Umum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Klinik Kebidanan dan Kandungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Klinik Anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Klinik Penyakit Dalam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Klinik Bedah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Klinik Mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	Klinik Ortopedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Klinik THT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Klinik Kulit dan Kelamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Klinik Gigi dan Mulut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.	Klinik Saraf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.	Klinik Jiwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	Klinik Geriatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PELAYANAN POLIKLINIK			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
14.	a) Data tentang komplikasi serius akibat prosedur pengobatan pada anak pada tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak → ke 15	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah komplikasi serius akibat prosedur pengobatan pada anak pada tahun 2010	..... kasus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15.	a) Pelayanan penegakan diagnosis Tuberkulosis (Tb) melalui pemeriksaan Mikroskopis Tb (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Pelayanan penegakan diagnosis Tb melalui pemeriksaan Skoring Tb pada anak (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c) Data jumlah pasien rawat jalan Tb yang ditangani dengan strategi DOTS pada tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak → ke e)	<input type="checkbox"/>
	d) Jumlah pasien rawat jalan Tb yang ditangani dengan strategi DOTS pada tahun 2010	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e) Data jumlah pasien rawat jalan Tb yang ditangani di RS pada tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak → ke 16	<input type="checkbox"/>
	f) Jumlah pasien rawat jalan Tb yang ditangani di RS pada tahun 2010	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tb di RS (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
17.	Evaluasi terhadap pelayanan rawat jalan (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B. PELAYANAN GAWAT DARURAT			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
18.	Unit Gawat Darurat (UGD)	1. Ada 2. Tidak → ke 44	<input type="checkbox"/>
19.	Pelayanan UGD 24 jam	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
20.	Dokter penanggung jawab UGD	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
21.	Struktur organisasi UGD (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
22.	Pintu UGD menghadap ke arah yang dapat di akses langsung oleh ambulans tanpa mundur (disertai observasi)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
23.	Evaluasi pelaksanaan pelayanan UGD (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
24.	Alat komunikasi yang menghubungkan UGD dengan bagian internal RS (disertai observasi)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
25.	Alat Komunikasi yang menghubungkan UGD dengan eksternal RS (disertai observasi)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
26.	Kecukupan air bersih di UGD (persepsi responden)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
27.	Program pelatihan dan pengembangan staf UGD (disertai telaah dokumen)	1. Ada, setiap tahun 2. Ada, tidak setiap tahun 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
RINCIAN PELAYANAN GAWAT DARURAT		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Jumlah
28.	Jumlah tempat tidur pada ruang UGD (disertai observasi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29.	a) Jumlah dokter yang bertugas di UGD (sesuai SK tentang nakes di ruang UGD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah perawat dan bidan yang bertugas di UGD (sesuai SK tentang nakes di ruang UGD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RINCIAN PELAYANAN GAWAT DARURAT		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Jumlah
(1)		(2)	(3)
30.	Jumlah tenaga kesehatan di unit gawat darurat yang memiliki sertifikat pelatihan gawat darurat (meliputi pelatihan PPGD, BLS, BTLS/BCLS, GELS, ATLS, ACLS, APLS) (disertai telaah dokumen)		
	a) PPGD (<i>Penanggulangan Penderita Gawat Darurat</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) BLS (<i>Basic Life support</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) BTLS/BCLS (<i>Basic Trauma/ Cardiac Life support</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d) GELS (<i>General Emergency Life Support</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e) ATLS (<i>Advanced Trauma Life support</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f) ACLS (<i>Advanced Cardiac Life support</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g) APLS (<i>Advanced Pediatric Life Support</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31.	Rata – rata lama waktu tanggap pelayanan oleh tenaga paramedis di UGD: (disertai telaah dokumen) menit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32.	Rata – rata lama waktu tanggap pelayanan dokter di UGD : menit (disertai telaah dokumen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33.	Jumlah pasien gawat darurat tahun 2010 :kasus (di luar kasus death on arrival) (disertai telaah dokumen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34.	Jumlah kematian pasien gawat darurat ≤ 24 jam tahun 2010:.....kasus (di luar kasus death on arrival) (disertai telaah dokumen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RUANGAN DI UNIT (INSTALASI) GAWAT DARURAT			Keberadaan : 1. Ada 2. Tidak
35.	Ruang triage terpisah (disertai observasi)		<input type="checkbox"/>
36.	Ruang resusitasi terpisah (disertai observasi)		<input type="checkbox"/>
37.	Ruang tindakan terpisah (disertai observasi)		<input type="checkbox"/>
38.	Ruang observasi terpisah (disertai observasi)		<input type="checkbox"/>
39.	Instalasi UGD terpisah dari unit lain (disertai observasi)		<input type="checkbox"/>
40.	Ruang tunggu (disertai observasi)		<input type="checkbox"/>
41.	Toilet petugas terpisah (disertai observasi)		<input type="checkbox"/>
42.	Toilet pengunjung terpisah (disertai observasi)		<input type="checkbox"/>
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) DI UNIT GAWAT DARURAT			
43.	SPO penatalaksanaan gawat darurat : (disertai telaah dokumen)		
	a) Anak	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Dewasa	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
C. PELAYANAN BEDAH			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
44.	Pelayanan bedah	1.Ada 2.Tidak → ke 61	<input type="checkbox"/>
45.	a) Data mengenai waktu tunggu operasi elektif tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	1.Ada 2.Tidak → ke 46	<input type="checkbox"/>
	b) Rata – rata lama waktu tunggu operasi elektif tahun 2010	..... hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

46.	Implementasi <i>informed consent</i> (<i>disertai telaah dokumen</i>)	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
HASIL KEGIATAN PELAYANAN BEDAH TAHUN 2010			Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak
47.	Kematian di meja operasi		<input type="checkbox"/>
48.	Kejadian operasi salah sisi		<input type="checkbox"/>
49.	Kejadian operasi salah orang		<input type="checkbox"/>
50.	Kejadian salah tindakan operasi		<input type="checkbox"/>
51.	Kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi		<input type="checkbox"/>
52.	Kejadian infeksi pasca operasi		<input type="checkbox"/>
53.	Kematian karena anestesi		<input type="checkbox"/>
54.	Komplikasi anestesi		<input type="checkbox"/>
55.	Salah penempatan <i>endotracheal tube</i>		<input type="checkbox"/>
56.	Kecelakaan organ selama operasi		<input type="checkbox"/>
57.	Kejadian kegagalan peralatan anestesi yang menyebabkan hipoksemia pada pasien		<input type="checkbox"/>
58.	Trauma organ sewaktu proses anestesi		<input type="checkbox"/>
59.	Operasi ulang		<input type="checkbox"/>
60.	Kematian pasca operasi		<input type="checkbox"/>
PELAYANAN KAMAR OPERASI			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
KAMAR OPERASI			Jumlah
61.	Jumlah kamar operasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62.	Jumlah meja operasi total (<i>bedah sentral, bedah 24 jam, bedah umum, bedah obstetri, tidak termasuk meja operasi yang ada di poliklinik</i>)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63.	Jumlah tenaga perawat (anestesi dan bedah) yang bertugas di instalasi bedah (<i>disertai telaah dokumen</i>)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
64.	Kamar induksi terpisah (<i>disertai observasi</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
65.	Kamar pemulihan/ <i>recovery room</i> terpisah (<i>disertai observasi</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
66.	Pemisahan ruang penyimpanan peralatan, linen, dan obat farmasi dari ruang operasi (<i>disertai observasi</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
67.	Ruang ganti pakaian (<i>disertai observasi</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
68.	Ruang istirahat petugas (<i>disertai observasi</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
69.	Ruang pengumpulan peralatan dan linen bekas pakai operasi (<i>disertai observasi</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
70.	Pemisahan antara daerah steril dan non steril (<i>disertai observasi</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
71.	Pintu keluar tersendiri untuk jenazah dan bahan kotor yang tidak terlihat oleh pasien dan pengunjung (<i>disertai observasi</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
72.	Hubungan langsung dengan udara luar (<i>disertai observasi</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

73.	Loker <i>(disertai observasi)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
74.	Sistem pembuangan gas anestesi <i>(disertai observasi)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
75.	Sarana pembuangan limbah medis tindakan bedah <i>(disertai observasi)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
HASIL KEGIATAN KAMAR OPERASI TAHUN 2010		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris berikutnya	Jumlah
(1)		(2)	(3)
76.	Jumlah operasi kecil <i>(disertai telaah dokumen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
77.	Jumlah operasi sedang <i>(disertai telaah dokumen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
78.	Jumlah operasi besar <i>(disertai telaah dokumen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
79.	a) Jumlah operasi khusus <i>(disertai telaah dokumen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah operasi <i>One Day Surgery</i> <i>(disertai telaah dokumen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
80.	Jumlah total operasi <i>(disertai telaah dokumen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D. PELAYANAN PERAWATAN INTENSIF			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
81.	Pelayanan perawatan intensif	1. Ada 2. Tidak → ke E	<input type="checkbox"/>
82.	a) Data jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di unit pelayanan perawatan intensif <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → ke 83	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di unit pelayanan perawatan intensif	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
83.	a) Data jumlah tenaga kesehatan di unit pelayanan perawatan intensif yang telah memiliki sertifikat pelatihan <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → ke 84	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah tenaga kesehatan di unit pelayanan perawatan intensif yang telah memiliki sertifikat pelatihan perawatan intensif	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
84.	a) Jumlah dokter spesialis yang bertugas di unit pelayanan perawatan intensif <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah perawat yang bertugas di unit pelayanan perawatan intensif <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
85.	Konsultan <i>intensive care</i> (<i>intensivist</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
86.	SPO manajemen pasien perawatan intensif <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
87.	Jumlah ventilator <i>(disertai observasi/telaah dokumen)</i>	..... unit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
88.	Evaluasi mutu pelayanan perawatan intensif <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
89.	Program pendidikan dan pelatihan petugas pelayanan perawatan intensif <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada, setiap tahun 2. Ada, tidak setiap tahun 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>

90.	BOR dan LoS Ruang Perawatan Intensif <i>(disertai telaah dokumen)</i>					
	Jenis Perawatan Intensif	Keberadaan Pelayanan 1. Ada 2. Tidak → ke baris berikutnya	Ketersediaan data BOR Tahun 2010 1. Ada 2. Tidak → ke kolom 5	BOR Tahun 2010 (dalam %)	Ketersediaan data LoS Tahun 2010 1. Ada 2. Tidak → ke baris berikutnya	LoS Tahun 2010 (dalam hari)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a) ICU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) PICU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) NICU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d) CICU/ICCU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) HCU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
HASIL KEGIATAN PERAWATAN INTENSIF TAHUN 2010				Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris Selanjutnya	Jumlah	
(1)				(2)	(3)	
91.	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam: <i>(disertai telaah dokumen)</i> orang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
92.	Jumlah total pasien : <i>(disertai telaah dokumen)</i> orang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
93.	Jumlah pasien anak : <i>(disertai telaah dokumen)</i> orang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
94.	Jumlah pasien anak yang dirawat > 14 hari: <i>(disertai telaah dokumen)</i> orang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
E. PELAYANAN RAWAT INAP						
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :			
95.	a) Luas ruang rawat Kelas 3 (tiga) yang terbesar: m ² <i>(disertai observasi)</i>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m ²	
	b) Jumlah tempat tidur di ruang rawat kelas 3 terluas (pertanyaan 95a) <i>(disertai observasi)</i>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
96.	Visite dokter spesialis	1. Ada 2. Tidak → ke 98		<input type="checkbox"/>		
97.	Jadwal <i>visite</i> dokter spesialis di rumah sakit <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada, sesuai jam kerja 2. Ada, tidak sesuai jam kerja 3. Tidak ada jadwal		<input type="checkbox"/>		
HASIL KEGIATAN RAWAT INAP TAHUN 2010 <i>(Pertanyaan Nomor 98 – 109 disertai telaah dokumen)</i>				Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris Selanjutnya	Jumlah	
(1)				(2)	(3)	
98.	Jumlah total pasien rawat inap pasien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
99.	Jumlah kejadian pulang paksa: kasus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
100.	Jumlah kematian sebelum operasi (<i>pre operative death</i>): kasus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

HASIL KEGIATAN RAWAT INAP TAHUN 2010 (Pertanyaan Nomor 98 – 109 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris Selanjutnya	Jumlah
(1)		(2)	(3)
101.	Jumlah pasien Infark Miokard Akut (IMA): pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
102.	Jumlah pasien penyakit jantung koroner: pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
103.	Jumlah pasien keluar hidup dari menjalani rawat inap: pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HASIL KEGIATAN RAWAT INAP TAHUN 2010 (Pertanyaan Nomor 98 – 109 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris Selanjutnya	Jumlah
(1)		(2)	(3)
104.	Jumlah pasien rawat inap yang menjalani rawat inap kembali (re-admisi) yang tidak direncanakan dalam waktu 48 jam setelah dipulangkan: pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
105.	a. Kejadian infeksi nosokomial: %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> %
	b. kejadian infeksi jarum infus (<i>Phlebitis</i>): %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> %
106.	Jumlah kesalahan penanganan/tindakan medis: kasus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
107.	Jumlah pasien yang diberi konseling IMA: pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
108.	Jumlah pasien yang diberi konseling penyakit jantung koroner: pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
109.	Jumlah pasien yang dirujuk ke RS lain: pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RAWAT INAP KESEHATAN JIWA			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
110.	a) Pelayanan rawat inap kesehatan jiwa	1. Ada 2. Tidak → ke F	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah tempat tidur untuk pasien gangguan jiwa	.....tempat tidur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
111.	Jumlah Dokter plus jiwa (<i>GP plus</i> , <i>MOMH</i>)	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PELAYANAN RAWAT INAP KESEHATAN JIWA TAHUN 2010 (Pertanyaan Nomor 112 – 115 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris Selanjutnya	Jumlah
(1)		(2)	(3)
112.	a) Jumlah pasien gangguan jiwa yang dirawat: pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif di gawat darurat: pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam : pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d) Jumlah kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri: kasus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
113.	Jumlah re-admisi pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan : pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PELAYANAN RAWAT INAP KESEHATAN JIWA TAHUN 2010 (Pertanyaan Nomor 112 – 115 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris Selanjutnya	Jumlah
(1)		(2)	(3)
114.	Average Length of Stay (AvLoS) perawatan pasien gangguan jiwa: hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
115.	Bed Occupancy Rate (BOR) pasien ruang perawatan gangguan jiwa %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

F. PELAYANAN PERINATOLOGI, PERSALINAN, DAN KELUARGA BERENCANA

Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
116.	Pelayanan perinatal/neonatal (sesuai SK tentang nakes di pelayanan perinatal/neonatal)	1. Ada 2. Tidak → ke 138	
117.	Dokter penanggung jawab pelayanan perinatal/ neonatal	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

KEGIATAN PERINATOLOGI, PERSALINAN, DAN KELUARGA BERENCANA

118.	Dokter yang bertugas di ruang perinatal/ neonatal : (sesuai SK tentang nakes di ruang perinatal/neonatal )	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
119.	Perawat yang bertugas di ruang perinatal/neonatal : (sesuai SK tentang nakes di ruang perinatal/neonatal )	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
120.	Bidan yang bertugas di ruang perinatal/neonatal : (sesuai SK tentang nakes di ruang perinatal/neonatal )	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
121.	Pendidikan dan pelatihan petugas perinatal/ neonatal (disertai telaah dokumen)	1. Ada, setiap tahun 2. Ada, tidak setiap tahun 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
122.	Kebijakan rawat gabung (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
123.	SPO Operasi Sesar (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
124.	SPO pelayanan perinatal/ neonatal (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
125.	Evaluasi pelayanan perinatal/ neonatal (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
126.	Evaluasi mutu pelayanan persalinan (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
127.	Evaluasi mutu pelayanan KB (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

HASIL KEGIATAN PERINATOLOGI, PERSALINAN, DAN KB TAHUN 2010 (Pertanyaan Nomor 128 – 137 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris Selanjutnya	Jumlah
(1)		(2)	(3)
128.	Jumlah ibu bersalin: orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
129.	a) Jumlah ibu bersalin dengan pendarahan: orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah ibu bersalin dengan pre-eklampsia/eklampsia: orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah ibu bersalin dengan sepsis: orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
130.	a) Jumlah kematian ibu bersalin akibat pendarahan:..... orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah kematian ibu bersalin akibat pre-eklampsia/eklampsia ...orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah kematian ibu bersalin akibat sepsis: orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
131.	a) Jumlah ibu bersalin dengan seksio sesaria: orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah ibu bersalin dengan seksio sesaria yang meninggal:..... orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
132.	Jumlah Peserta KB Mantap		
	a) MOP (Metode Operasi Pria/ Vasektomi): peserta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) MOW (Metode Operasi Wanita/ Tubektomi): peserta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Total Peserta KB mantap Pria dan Wanita: peserta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
133.	Jumlah peserta konseling KB mantap: peserta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
134.	a) Jumlah bayi yang ditolong persalinannya: bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah bayi lahir mati: bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
135.	Jumlah trauma bayi: kejadian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
136.	a) Jumlah bayi berat badan lahir rendah (BBLR): bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah bayi BBLR (1500-2500 gram) yang berhasil ditangani: bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
137.	Jumlah trauma obstetri: kasus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PELAYANAN OBSTETRI NEONATUS EMERGENSI KOMPREHENSIF (PONEK)			
138.	Dokter jaga yang terlatih di UGD untuk mengatasi kasus emergensi baik secara umum maupun emergensi obstetrik-neonatal	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
139.	Dokter yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK di rumah sakit meliputi resusitasi neonatus, kegawatdaruratan obstetrik dan neonatus	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
140.	Bidan yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK di RS meliputi resusitasi neonatus, kegawatdaruratan obstetrik dan neonatus	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
141.	Perawat yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK di RS meliputi resusitasi neonatus, kegawatdaruratan obstetrik dan neonatus	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
142.	SPO penerimaan dan penanganan pasien kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal (<i>disertai telaah dokumen</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

143.	Prosedur pendelegasian wewenang tertentu (disertai telaah dokumen)	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
144.	Waktu tanggap di UGD, kamar bersalin dan pelayanan darah			
	a) Waktu tanggap UGD ≤ 10 menit (disertai telaah dokumen)	1. Ya	2. Tidak 3. Tidak ada data	<input type="checkbox"/>
	b) Waktu tanggap kamar bersalin ≤ 30 menit (disertai telaah dokumen)	1. Ya	2. Tidak 3. Tidak ada data	<input type="checkbox"/>
	c) Waktu tanggap pelayanan darah ≤ 1 jam (disertai telaah dokumen)	1. Ya	2. Tidak 3. Tidak ada data	<input type="checkbox"/>
145.	Kamar operasi yang siap (siaga 24 jam) untuk melakukan operasi bila ada kasus emergensi obstetrik atau umum	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
146.	Kamar bersalin yang mampu menyiapkan operasi dalam waktu kurang dari 30 menit	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
147.	Tim yang siap melakukan operasi atau melaksanakan tugas meskipun <i>on call</i>	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
148.	Pelayanan darah yang siap 24 jam	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
149.	Laboratorium selama 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
150.	Radiologi siap selama 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
151.	Ruang Pemulihan (<i>Recovery Room/ RR</i>) siap selama 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
152.	Fasilitas farmasi dan alat penunjang siap selama 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
153.	a) Protokol pelaksanaan dan uraian tugas pelayanan PONEK (disertai telaah dokumen)	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Koordinasi internal (disertai telaah dokumen)	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
154.	a) RS memiliki tim PONEK esensial	1. Ada	2. Tidak \rightarrow ke 155	<input type="checkbox"/>
	Sumber Daya Manusia: Memiliki tim PONEK esensial yang terdiri dari: (disertai telaah dokumen)	Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak \rightarrow ke baris <i>Selanjutnya</i>	Jumlah	
	(1)	(2)	(3)	
	b) Dokter spesialis kebidanan dan kandungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	c) Dokter spesialis anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	d) Dokter spesialis anestesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	e) Dokter di UGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	f) Bidan koordinator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	g) Bidan penyelia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	h) Perawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
RUMAH SAKIT SAYANG BAYI				
155.	Kebijakan tertulis mengenai penggunaan ASI Eksklusif (disertai telaah dokumen)	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
156.	Pelatihan yang dilakukan untuk mendukung kebijakan penggunaan ASI Eksklusif (disertai telaah dokumen)	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

157.	Catatan ibu hamil yang berdiskusi mengenai ASI dan manajemen laktasi (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
158.	Bayi sesegera mungkin kontak dengan ibu setelah dilahirkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
159.	Ibu dibimbing melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
160.	Bimbingan kepada Ibu mengenai cara menyusui (disertai observasi)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
161.	Bayi diberikan makanan selain ASI (disertai observasi)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
162.	Dilakukan rawat gabung antara ibu dan bayi (disertai observasi)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
163.	Ibu dianjurkan untuk menyusui kapan pun bayi lapar (disertai observasi)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
164.	Klinik laktasi (disertai observasi)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
165.	Data jumlah bayi yang diberi ASI Eksklusif tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak → ke 167	<input type="checkbox"/>
166.	Jumlah bayi yang diberi ASI Eksklusif tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	..... bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
167.	Data jumlah bayi yang bermasalah dalam laktasi tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak → ke 169	<input type="checkbox"/>
168.	Jumlah bayi yang bermasalah dalam laktasi tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	..... bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

G. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK (PK)

Nama Responden:		Jabatan :	Nomor HP:
169.	a) RS memiliki pelayanan laboratorium patologi klinik	1. Ya 2. Tidak → ke H	<input type="checkbox"/>
	b) Laboratorium tersebut juga meliputi pemeriksaan mikrobiologi	1. Ya 2. Tidak, ada lab terpisah 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	c) Laboratorium tersebut juga meliputi pemeriksaan parasitologi	1. Ya 2. Tidak, ada lab terpisah 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	d) Laboratorium tersebut juga meliputi pemeriksaan patologi anatomi	1. Ya 2. Tidak, ada lab terpisah 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
170.	Latar belakang pendidikan kepala instalasi laboratorium patologi klinik di RS 1. Dokter spesialis patologi klinik 3. Dokter umum 2. Dokter spesialis lain 4. Lain-lain		<input type="checkbox"/>

PETUGAS LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK (Pertanyaan Nomor 171 – 174 disertai telaah dokumen)

171.	Jumlah tenaga medis yang bertugas :	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
172.	Jumlah tenaga analis/ tenaga teknis lain :	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
173.	Jumlah tenaga administrasi :	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
174.	Program pendidikan dan pelatihan petugas laboratorium tahun 2010	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

KETERSEDIAAN SPO LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK (Pertanyaan Nomor 175 – 179 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak
175.	SPO mengenai pelayanan pasien di laboratorium	<input type="checkbox"/>
176.	SPO mengenai penanganan petugas bila tertusuk benda tajam	<input type="checkbox"/>
177.	SPO mengenai penanganan limbah laboratorium	<input type="checkbox"/>
178.	SPO mengenai prosedur pemeriksaan di laboratorium	<input type="checkbox"/>
179.	SPO mengenai penggunaan alat laboratorium	<input type="checkbox"/>
RUANGAN DI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK (Pertanyaan Nomor 180 – 188, disertai observasi)		Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak
180.	Ruang pendaftaran pasien (loket) terpisah dari ruangan lainnya	<input type="checkbox"/>
181.	Ruang pengambilan spesimen terpisah dari ruangan lainnya	<input type="checkbox"/>
182.	Ruang pengumpulan spesimen terpisah dari ruangan lainnya	<input type="checkbox"/>
183.	Ruang pemeriksaan spesimen terpisah dari ruangan lainnya	<input type="checkbox"/>
184.	Ruang administrasi terpisah dari ruangan lainnya	<input type="checkbox"/>
185.	Ruang khusus penyimpanan arsip hasil pemeriksaan terpisah dari ruangan lainnya	<input type="checkbox"/>
186.	Ruang tunggu pasien terpisah dari ruang lainnya	<input type="checkbox"/>
187.	Gudang reagen terpisah dari ruang lainnya	<input type="checkbox"/>
188.	Toilet/WC/kamar mandi khusus pasien	<input type="checkbox"/>
KETERSEDIAAN AIR DAN LISTRIK DI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK		Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak
189.	Listrik di laboratorium tersedia selama 24 jam	<input type="checkbox"/>
190.	Air bersih yang mengalir di laboratorium	<input type="checkbox"/>
KEGIATAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK (Pertanyaan Nomor 191 – 194 disertai telaah dokumen)		
191.	Pencatatan hasil laboratorium	1. Ada 2. Tidak <input type="checkbox"/>
192.	a) Data waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1. Ada 2. Tidak → ke 193 <input type="checkbox"/>
	b) Rata-rata lama waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	..... menit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
193.	a) Laboratorium pernah mengikuti akreditasi/sertifikasi	1. Ada 2. Tidak → ke 194 <input type="checkbox"/>
	b) Tahun pelaksanaan akreditasi/sertifikasi terakhir	Tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jenis akreditasi/sertifikasi terakhir 1. KARS 2. ISO 15189 3. ISO 17025 4. Lainnya	<input type="checkbox"/>
	d) Hasil akreditasi/sertifikasi terakhir 1. Penuh 2. Bersyarat 3. Tidak terakreditasi 4. Lainnya	<input type="checkbox"/>
194.	Evaluasi pelaksanaan pelayanan laboratorium	1. Ada 2. Tidak <input type="checkbox"/>

HASIL KEGIATAN LABORATORIUM PK TAHUN 2010 (Pertanyaan Nomor 195 – 200 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris Selanjutnya	Jumlah
(1)		(2)	(3)
195.	Jumlah total pasien yang diperiksa di laboratorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
196.	a) Jumlah total hasil pemeriksaan laboratorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah hasil pemeriksaan yang dibaca dan diverifikasi oleh tenaga ahli (SpPK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
197.	a) Jumlah total hasil pemeriksaan hematologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah hasil pemeriksaan hematologi yang dibaca dan diverifikasi oleh tenaga ahli (SpPK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
198.	a) Jumlah total hasil pemeriksaan kimia klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah hasil pemeriksaan kimia klinik yang dibaca dan diverifikasi oleh tenaga ahli (SpPK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
199.	a) Jumlah total hasil pemeriksaan urinalisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah hasil pemeriksaan urinalisis yang dibaca dan diverifikasi oleh tenaga ahli (SpPK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
200.	Jumlah kesalahan penyerahan hasil laboratorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
KEPUASAN PELANGGAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK TAHUN 2010			
201.	Survei kepuasan pelanggan laboratorium	1. Ada 2. Tidak → ke 204	<input type="checkbox"/>
202.	Data hasil survei kepuasan pelanggan (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak → ke 204	<input type="checkbox"/>
203.	a) Jumlah pasien laboratorium yang menjadi responden survei kepuasan pelanggan (disertai telaah dokumen)	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Persentase pasien yang puas terhadap pelayanan laboratorium sesuai hasil survei kepuasan pelanggan (disertai telaah dokumen) %	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
204.	a) Data jumlah pasien yang <i>complaint</i> terhadap pelayanan laboratorium (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak → ke 205	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien yang <i>complaint</i> terhadap pelayanan laboratorium (disertai telaah dokumen)	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA DI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK (Pertanyaan Nomor 205 - 208 disertai observasi)			
205.	Alat Pelindung Diri (APD)		
	a) Sarung tangan	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Masker	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c) Gaun/Apron	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d) Goggles	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
206.	Alat Pemadam Api Ringan (APAR) di laboratorium	1. Ada, berfungsi baik 2. Ada, sudah kadaluarsa 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
207.	a) Pemeriksaan kesehatan berkala bagi petugas laboratorium	1. Ada, dilaksanakan 2. Ada, tidak dilaksanakan 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	b) Program vaksinasi Hepatitis B untuk petugas laboratorium	1. Ada, dilaksanakan 2. Ada, tidak dilaksanakan 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>

208.	a) Data mengenai kecelakaan kerja di laboratorium tahun 2010	1. Ada 2. Tidak → <i>ke 209</i>	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah kejadian kecelakaan tertusuk jarum tahun 2010	..... kejadian	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah kejadian kecelakaan selain tertusuk jarum tahun 2010	..... kejadian	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROGRAM KHUSUS LABORATORIUM			
<i>Untuk pertanyaan 209 dan 210 : apabila program khusus tersebut tidak tercakup di laboratorium PK, tanyakan di laboratorium lainnya (mikrobiologi dan parasitologi)</i>			
209.	HIV/AIDS		
	a) Laboratorium melakukan pemeriksaan Anti HIV	1. Ya 2. Tidak → <i>ke c)</i>	<input type="checkbox"/>
	b) Metode pemeriksaan yang dipakai :		
	1) Rapid test	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	2) Elisa manual	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	3) Elisa otomatis	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	4) PCR	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c) Tenaga yang sudah dilatih untuk pemeriksaan anti HIV <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
d) Data jumlah kasus positif HIV-AIDS tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → <i>ke f)</i>	<input type="checkbox"/>	
e) Jumlah kasus positif HIV/AIDS tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... kasus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
f) Mendapat bantuan reagen/kit untuk pemeriksaan anti HIV	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
210.	Tuberkulosis (Tb) Paru		
	a) Laboratorium ikut terlibat dalam program DOTS	1. Ya 3. Tidak tahu 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Tenaga yang sudah dilatih untuk melakukan pemeriksaan sputum BTA	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c) Laboratorium melakukan pemeriksaan sputum BTA <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d) Data jumlah kasus BTA positif tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → <i>ke 211</i>	<input type="checkbox"/>
	e) Jumlah kasus BTA positif 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... kasus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
211.	Malaria		
	a) Laboratorium melakukan pemeriksaan sediaan tetes tebal	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Laboratorium melakukan pemeriksaan sediaan apus tipis	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c) Laboratorium melakukan pemeriksaan <i>Rapid Diagnostic Test</i> (RDT)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d) Tenaga yang sudah dilatih pemeriksaan malaria	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e) Data jumlah kasus positif malaria <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → <i>ke 212</i>	<input type="checkbox"/>
	f) Jumlah kasus positif malaria tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... kasus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PEMANTAPAN MUTU INTERNAL (PMI) LABORATORIUM			
No	BIDANG	PMI rutin dikerjakan secara teratur untuk pemeriksaan 1. Ada, lengkap 2 . Ada, tidak lengkap 3. Tidak ada → <i>ke baris berikutnya</i>	Evaluasi terhadap hasil PMI 1. Ada, lengkap 2 . Ada, tidak lengkap 3. Tidak ada
(1)	(2)	(3)	(4)
228.	PMI Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
229.	PMI Urinalisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
230.	PMI Hemostasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
231.	PMI Mikrobiologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
232.	PMI NAPZA/Narkoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Provinsi		Kabupaten		Kecamatan			Desa/Kelurahan						
Nama RSU :				Kode RS :			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. PELAYANAN RADIOLOGI												
Nama Responden:				Jabatan :				Nomor HP:				
233.	RS memiliki instalasi radiologi						1. Ya 2. Tidak → <i>ke I</i>				<input type="checkbox"/>	
234.	Pelayanan radiologi di RS diberikan 24 jam sehari						1. Ya 2. Tidak				<input type="checkbox"/>	
235.	Instalasi radiologi RS dipimpin oleh dokter spesialis radiologi						1. Ya 2. Tidak				<input type="checkbox"/>	
236.	Instalasi radiologi RS memberikan layanan radioterapi						1. Ya 2. Tidak				<input type="checkbox"/>	
KETERSEDIAAN SPO PELAYANAN RADIOLOGI (Pertanyaan Nomor 237 – 238 disertai telaah dokumen)										Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak		
237.	SPO mengenai manajemen pelayanan radiologi										<input type="checkbox"/>	
238.	SPO mengenai manajemen pelayanan radioterapi										<input type="checkbox"/>	
RUANGAN DI INSTALASI RADIOLOGI (Pertanyaan Nomor 239 – 246 disertai observasi)										Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak		
239.	Kamar radiografi										<input type="checkbox"/>	
240.	Ruang konsultasi dokter										<input type="checkbox"/>	
241.	Toilet/WC/kamar mandi										<input type="checkbox"/>	
242.	Ruang/ loket penerimaan dan pengambilan hasil radiografi										<input type="checkbox"/>	
243.	Ruang pemeriksaan invasif										<input type="checkbox"/>	
244.	Ruang tunggu pasien yang terpisah dari ruangan lainnya										<input type="checkbox"/>	
245.	Ruang untuk <i>nuclear scanning</i>										<input type="checkbox"/>	
246.	Kamar gelap										<input type="checkbox"/>	
KETERSEDIAAN OBAT DAN PERALATAN <i>BASIC LIFE SUPPORT</i> DI INSTALASI RADIOLOGI (Pertanyaan Nomor 247 – 248 disertai observasi)										Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak		
247.	Obat <i>basic life support</i> untuk mengatasi reaksi alergi bahan kontras										<input type="checkbox"/>	
248.	Peralatan <i>basic life support</i> untuk mengatasi reaksi alergi bahan kontras										<input type="checkbox"/>	
KEGIATAN INSTALASI RADIOLOGI (Pertanyaan Nomor 249 – 251 disertai telaah dokumen)												
249.	Pencatatan hasil pelayanan radiologi						1. Ada 2. Tidak				<input type="checkbox"/>	
250.	Waktu tunggu pelayanan thorax foto											
	a) Data waktu tunggu pelayanan thorax foto						1. Ada 2. Tidak → <i>ke 251</i>				<input type="checkbox"/>	
	b) Rata – rata lama waktu tunggu pelayanan thorax foto						..... jam		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
251.	Evaluasi pelaksanaan pelayanan radiologi						1. Ada 2. Tidak				<input type="checkbox"/>	

HASIL KEGIATAN RADIOLOGI TAHUN 2010 (Pertanyaan Nomor 252 – 254 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Jumlah
252.	Jumlah total pemeriksaan radiologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
253.	Jumlah kejadian kegagalan pelayanan radiologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
254.	Jumlah komplikasi yang tidak diharapkan dari prosedur radiologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROTEKSI RADIASI			
No	JENIS PROTEKSI RADIASI	Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Jumlah yang Berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)
255.	Lead apron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
256.	Film Badge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
257.	Screen dengan lead glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
258.	Lead gloves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
259.	Gonad shield	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I. PELAYANAN FARMASI			
Nama Responden:		Jabatan :	Nomor HP:
260.	RS memiliki pelayanan farmasi	1. Ya 2. Tidak → ke 293	<input type="checkbox"/>
261.	Bagan struktur organisasi pelayanan (instalasi) farmasi (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
262.	Uraian tugas staf instalasi farmasi RS (disertai telaah dokumen)	1. Ada, untuk seluruh staf 2. Ada, untuk sebagian staf 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
APOTEK DAN DEPO OBAT			Jumlah
263.	Jumlah depo obat RS		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
264.	Jumlah depo obat RS yang buka 24 jam		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
265.	Jumlah apotek yang buka 24 jam		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
266.	Jumlah apotek pendamping		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PETUGAS INSTALASI FARMASI			Jumlah
267.	Apoteker		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
268.	Asisten apoteker		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
269.	Ahli Madya Farmasi/D3 Farmasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

KETERSEDIAAN SPO <i>(Pertanyaan Nomor 270 – 271 disertai telaah dokumen)</i>		Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak	
270.	SPO pelayanan kefarmasian		<input type="checkbox"/>
271.	SPO penanganan obat kadaluarsa dan obat rusak		<input type="checkbox"/>
RUANGAN DI INSTALASI FARMASI <i>(Pertanyaan Nomor 272 – 277 disertai observasi)</i>		Keberadaan 1. Ada 2. Tidak	
272.	Ruang kantor/administrasi		<input type="checkbox"/>
273.	Ruang penyimpanan obat		<input type="checkbox"/>
274.	Ruang konsultasi (konseling) obat		<input type="checkbox"/>
275.	Ruang informasi obat		<input type="checkbox"/>
276.	Ruang produksi		<input type="checkbox"/>
	a) Ruang produksi sediaan farmasi dengan formula khusus		<input type="checkbox"/>
	b) Ruang produksi sediaan farmasi dengan harga murah		<input type="checkbox"/>
	c) Ruang produksi sediaan farmasi dengan kemasan yang lebih kecil		<input type="checkbox"/>
	d) Ruang produksi sediaan farmasi yang tidak tersedia di pasaran		<input type="checkbox"/>
	e) Ruang produksi sediaan farmasi untuk penelitian		<input type="checkbox"/>
	f) Ruang produksi sediaan steril		<input type="checkbox"/>
	g) Ruang produksi sediaan nutrisi parenteral		<input type="checkbox"/>
	h) Ruang produksi rekonstruksi sediaan obat kanker		<input type="checkbox"/>
277.	Toilet/ WC/ kamar mandi staf		<input type="checkbox"/>
KETERSEDIAAN SARANA PENYIMPANAN OBAT <i>(Pertanyaan Nomor 278 – 279 disertai observasi)</i>		Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak → ke baris Berikutnya	Jumlah
(1)		(2)	(3)
278.	Lemari khusus narkotika yang terkunci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
279.	Lemari pendingin/kulkas obat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
KEGIATAN PELAYANAN (INSTALASI) FARMASI <i>(Pertanyaan Nomor 280 – 285 disertai telaah dokumen)</i>			
280.	Sistem informasi yang mencatat kesalahan, kecelakaan dan keluhan dari pasien	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
281.	Waktu tunggu pelayanan obat jadi		
	a) Data waktu tunggu pelayanan obat jadi	1. Ada 2. Tidak → ke 282	<input type="checkbox"/>
	b) Rata – rata lama waktu tunggu pelayanan obat jadi	..... menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
282.	Waktu tunggu pelayanan obat racikan		
	a) Data waktu tunggu pelayanan obat racikan	1. Ada 2. Tidak → ke 283	<input type="checkbox"/>
	b) Rata – rata lama waktu tunggu pelayanan obat racikan	..... menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

283.	Laporan obat kadaluarsa dan obat rusak tahun 2010	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
284.	Evaluasi pelaksanaan pelayanan kefarmasian	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
285.	Formularium				
	a) Memiliki formularium	1. Ya	2. Tidak → ke 285d	<input type="checkbox"/>	
	b) Memiliki data kepatuhan menulis resep sesuai formularium	1. Ya	2. Tidak → ke 285d	<input type="checkbox"/>	
	c) Kepatuhan menulis resep sesuai formularium (standar 100 %) (disertai observasi)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	d) Memiliki <i>Standard Treatment Guidelines</i>	1. Ya, ≥ 4 bidang spesialis	2. Ya, < 4 bidang spesialisasi	<input type="checkbox"/>	
286.	a) Pemantauan penulisan resep obat di RS (Diambil contoh 5 lembar resep anak dan 5 lembar resep dewasa pasien rawat jalan, dan diserahkan bersama kuesioner yang sudah terisi lengkap kepada PJT)				
Instalasi Farmasi/ Apotek Pendamping (ISIKAN NAMA APOTEK PENDAMPING ATAU INSTALASI FARMASI PADA TABEL DI BAWAH INI)					
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				
	8.				
	9.				
	10.				
	b) <i>Checklist</i> Obat Esensial di RS				
NO	NAMA OBAT	Kemasan	Ketersediaan obat 1. Ada 2. Tidak ada → ke baris Selanjutnya	Ketersediaan data obat kadaluarsa 1, Ada 2. Tidak ada → ke baris selanjutnya	Kadaluarsa 1. Ya 2. Tidak ada
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	ACT (<i>Artemisinin Combination Therapy</i>)	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Amoksisilin 500 mg	Kapsul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Amoksisilin sir kering 125 mg/ml	Btl 60 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Antasida DOEN	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Captopril 12,5 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO	NAMA OBAT	Kemasan	Ketersediaan obat 1.Ada 2.Tidak ada → <i>ke baris Selanjutnya</i>	Ketersediaan data obat kadaluarsa 1, Ada 2.Tidak ada → <i>ke baris selanjutnya</i>	Kadaluarsa 1.Ya 2.Tidak ada
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6	Deksametason inj 5 mg/ml – 2 ml	Ampul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Deksametason 5 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Dekstrometorfan sir 10 mg/5 ml	Btl 60 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Dekstrometorfan 5 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Dietilkarbamazin sitrat 100 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Difenhidramin HCl inj 10 mg/ml – 1 ml	Ampul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	FDC (<i>Fixed Dose Combination</i>) I dan III	Paket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	FDC II	Paket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	FDC Sisipan	Paket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Garam oralit	Sase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Gliseril Guaiakolat 100 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Glukosa larutan infus 5 % steril	Btl 500 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ibuprofen 200 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Kloramfenikol 250 mg	Kapsul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Klorfeniramin maleat 4 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Klorpromazine 100 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Kotrimoksazol susp 240 mg	Btl 60 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Kotrimoksazol 480 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Lidokain komp inj 2 %	Ampul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Natrium Klorida inf 0,9 % steril	Btl 500 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Parasetamol 500 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Prednison 5 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Pyrantel pamoat 125 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ringer laktat inf steril	Btl 500 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Retinol 100.000 IU	Kapsul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Retinol 200.000 IU	Kapsul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Salbutamol 2 mg	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Vitamin B kompleks	Kapsul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO	NAMA OBAT	KEMASAN	Ketersediaan obat 1.Ada 2.Tidak ada → ke baris Selanjutnya	Ketersediaan data obat kadaluarsa 1, Ada 2.Tidak ada → ke baris selanjutnya	Kadaluarsa 1.Ya 2.Tidak ada
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
VAKSIN					
34	Vaksin BCG	Ampul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Vaksin TT	Vial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Vaksin DT	Vial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Vaksin Campak	Vial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Vaksin Polio	Vial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Vaksin Hepatitis	Syringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Vaksin DTP-HB	Vial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HASIL KEGIATAN PELAYANAN (INSTALASI) FARMASI TAHUN 2010				Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Jumlah
(1)				(2)	(3)
287.	Jumlah total lembar resep yang dilayani <i>(disertai telaah dokumen)</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
288.	Kejadian kesalahan pemberian obat			<input type="checkbox"/>	
289.	Kesalahan pemberian obat oleh apotek			<input type="checkbox"/>	
290.	Kesalahan pemberian obat oleh perawat			<input type="checkbox"/>	
291.	Kesalahan peresepan pasien rawat inap			<input type="checkbox"/>	
292.	Kesalahan peresepan pasien rawat jalan			<input type="checkbox"/>	
J. INSTALASI (UNIT) GIZI					
Nama Responden:			Jabatan :		Nomor HP:
293.	RS memiliki instalasi/unit gizi			1. Ya 2. Tidak → ke K	<input type="checkbox"/>
294.	SPO pelayanan gizi <i>(disertai telaah dokumen)</i>			1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
295.	Ruang penyimpanan bahan makanan basah dan kering yang terpisah			1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
296.	Tempat pembuangan sampah tertutup			1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
297.	Saluran pembuangan limbah tertutup			1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
298.	Program pendidikan dan pelatihan untuk staf gizi <i>(disertai telaah dokumen)</i>			1. Ada, setiap tahun 2. Ada, tidak setiap tahun 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
299.	Petugas yang telah dilatih tata laksana gizi buruk <i>(disertai telaah dokumen)</i>			1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

300.	Pemeriksaan kesehatan berkala bagi tenaga pengelola gizi <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
301.	Monitoring dan evaluasi pelayanan gizi <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
302.	Survei kepuasan gizi bagi pasien dalam 3 tahun terakhir <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
KEGIATAN PELAYANAN GIZI			
303.	RS mampu membuat formula khusus untuk anak dengan gizi buruk <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
304.	a) Sistem informasi yang mencatat kesalahan dan kecelakaan petugas <i>(disertai observasi/ telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Sistem informasi yang mencatat keluhan pasien tentang pelayanan <i>(disertai observasi/telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
305.	Catatan sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
306.	RS memberikan pelayanan penyuluhan dan konsultasi gizi <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
K. PELAYANAN REHABILITASI MEDIS			
Nama Responden:		Jabatan :	Nomor HP:
307.	RS memiliki pelayanan rehabilitasi medis	1. Ya 2. Tidak → <i>ke L</i>	<input type="checkbox"/>
308.	Dipimpin oleh dokter ahli rehabilitasi medis	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
309.	Jumlah tenaga (medis dan paramedis) yang bertugas di bagian rehabilitasi medis		
	a) Data jumlah tenaga di bagian rehabilitasi medis <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah tenaga medis dan paramedis di bagian rehabilitasi medis <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
310.	SPO pelayanan rehabilitasi medis <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
RUANGAN DI BAGIAN REHABILITASI MEDIS <i>(Pertanyaan Nomor 311 – 319 disertai observasi)</i>			Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak
311.	Ruang khusus untuk pemeriksa (dokter/ psikolog)		<input type="checkbox"/>
312.	Ruang pemeriksaan/penilaian/assesment		<input type="checkbox"/>
313.	Ruang fisioterapi		<input type="checkbox"/>
314.	Ruang terapi okupasi		<input type="checkbox"/>
315.	Ruang terapi wicara		<input type="checkbox"/>
316.	Ruang tunggu pasien yang terpisah dari ruang lainnya		<input type="checkbox"/>
317.	Ruang administrasi		<input type="checkbox"/>
318.	Ruang ortotik prostetik		<input type="checkbox"/>
319.	Toilet/WC/kamar mandi khusus pasien		<input type="checkbox"/>
KEGIATAN PELAYANAN REHABILITASI MEDIS			
320.	Pencatatan pemeriksaan dan penanganan pasien rehabilitasi medis <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
321.	Penyimpanan catatan medis <i>(disertai observasi)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

322.	Evaluasi pelaksanaan pelayanan rehabilitasi medis <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
323.	Program pendidikan dan pelatihan petugas rehabilitasi medis tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
No.	HASIL KEGIATAN REHABILITASI MEDIS TAHUN 2010 <i>(Pertanyaan Nomor 324 – 327 disertai telaah dokumen)</i>	Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris <i>Selanjutnya</i>	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)
324.	Jumlah total pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
325.	Jumlah pasien rawat inap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
326.	Jumlah pasien rawat jalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
327.	a) Jumlah total pasien yang diprogram rehabilitasi medis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien <i>drop out</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L. UNIT (BAGIAN) REKAM MEDIS			
Nama Responden:		Jabatan :	Nomor HP:
328.	RS memiliki unit (bagian) Rekam Medis	1. Ya 2. Tidak → ke 344	<input type="checkbox"/>
329.	Dipimpin oleh seorang Kepala dengan latar belakang pendidikan minimal D3 di bidang Rekam Medis dan atau Informasi Kesehatan (RMIK)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
330.	Tenaga pengolah data dengan latar belakang RMIK	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
331.	Rekam medis dengan sistem komputerisasi <i>(disertai observasi)</i>	1. Ya 2. Tidak → ke 333	<input type="checkbox"/>
332.	Unit (bagian) Rekam Medis RS terhubung/terkoneksi dengan bagian lain dari RS (aplikasi jaringan) <i>(disertai observasi)</i>	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
333.	SPO penyimpanan dan pemusnahan Rekam Medis <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
334.	Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis (BPPRM) <i>(disertai observasi)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
335.	Program pendidikan dan pelatihan untuk staf rekam medis tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
336.	Penggunaan ICD-10 dalam pencatatan kasus mortalitas (<i>multiple cause of death</i>) <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
337.	Komputer di bagian rekam medis (disertai telaah dokumen)		
	Jumlah	Berfungsi	Tidak berfungsi
	(1)	(2)	(3)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
KEGIATAN REKAM MEDIS <i>(Pertanyaan Nomor 338 – 343 disertai observasi atau telaah dokumen)</i>			
338.	Master data base pasien (berupa Kartu Indeks Utama Pasien/KIUP atau terkomputerisasi)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
339.	Back up data penyimpanan arsip hasil pemeriksaan	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
340.	Penyampaian laporan rekam medis berkala kepada pimpinan RS	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
341.	Penyimpanan rekam medis yang terpisah antara rekam medis aktif dan non aktif	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

342.	Audit rekam medis kualitatif	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
343.	Audit rekam medis kuantitatif	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
HASIL KEGIATAN RS TAHUN 2010 <i>(Pertanyaan 344 – 361 disertai telaah dokumen)</i>		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya		Jumlah
(1)		(2)		(3)
344.	Kunjungan rawat jalan			
	a) Jumlah kunjungan rawat jalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Jumlah pasien rawat jalan Jamkesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
345.	Kunjungan rawat inap			
	a) Jumlah kunjungan rawat inap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Jumlah pasien rawat inap Jamkesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
346.	Kunjungan Laboratorium PK			
	a) Jumlah kunjungan laboratorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Jumlah kunjungan laboratorium pasien Jamkesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
347.	a) Jumlah total pasien rujukan rawat jalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Jumlah pasien rujukan rawat jalan Jamkesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Jumlah total pasien rujukan rawat inap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Jumlah pasien rujukan rawat inap Jamkesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
348.	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) : %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
349.	Jumlah hari rawat inap: hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
350.	BOR Kelas III: %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
351.	Jumlah hari rawat inap kelas III: hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
352.	<i>Bed Turn Over</i> (BTO) : hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
353.	Jumlah penderita selesai menjalani rawat inap hidup dan mati: Pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
354.	<i>Average Length of Stay</i> (AvLoS): hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
355.	<i>Turn Over Interval</i> (Tol): hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
356.	<i>Nett Death Rate</i> (NDR): ‰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
357.	Jumlah kematian < 48jam: kematian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
358.	<i>Gross Death Rate</i> (GDR): ‰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
359.	Jumlah kematian : kematian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
360.	<i>Average Length of Stay</i> (AvLoS) ibu melahirkan:..... hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
361.	Jumlah hari perawatan ibu melahirkan: hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

362.	Penanganan Kasus Tertentu Tahun 2010 (Pertanyaan Nomor 362 - 372 disertai telaah dokumen)	Kemampuan RS Menangani Kasus 1. Ya 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Jumlah kasus
	(1)	(2)	(3)	(4)
	a) Kanker kolorektal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) <i>Coronary artery bypass graft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) <i>Hip replacement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d) Histerektomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
363.	a) Data ulkus dekubitus pada pasien patah tulang		1. Ada 2. Tidak → ke 364	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien patah tulang		..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah pasien patah tulang yang mengalami ulkus dekubitus		..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
364.	a) Data ulkus dekubitus pada pasien stroke		1. Ada 2. Tidak → ke 365	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien stroke		..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah pasien stroke yang mengalami ulkus dekubitus		..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
365.	a) Data kematian perinatal		1. Ada 2. Tidak → ke 366	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah kelahiran hidup		..... kelahiran	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah kematian perinatal selain <i>stillbirth</i>		..... kematian	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
366.	a) Data Pasien Infark Miokard Akut (IMA) diberi aspirin		1. Ada 2. Tidak → ke 367	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien IMA		..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah pasien IMA yang diberi aspirin		..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
367.	a) Data jumlah bayi dengan APGAR SCORE < 4 saat 5 menit pasca kelahiran		1. Ada 2. Tidak → ke 368	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah bayi dengan APGAR SCORE < 4 saat 5 menit pasca kelahiran		..... bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
368.	a) Data jumlah neonatus lahir di RS yang keluar RS		1. Ada 2. Tidak → ke 369	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah neonatus lahir di RS yang keluar RS		..... bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah neonatus yang diberi ASI saat pulang		..... bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
369.	a) Data pemberian surat pengantar kontrol		1. Ada 2. Tidak → ke 370	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien yang diberi surat pengantar kontrol		..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

370.	a) Data kasus kematian karena IMA	1. Ada 2. Tidak → <i>ke 371</i>	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah kasus IMA rawat inap	..... kasus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah pasien IMA yang meninggal dunia	..... kasus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
371.	a) Data kasus kematian karena pneumonia	1. Ada 2. Tidak → <i>ke 372</i>	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah kasus pneumonia	..... kasus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah pasien pneumonia yang meninggal dunia	..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
372.	a) Data kasus kematian karena <i>Coronary Artery Bypass Graft (CABG)</i>	1. Ada 2. Tidak → <i>ke 373</i>	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah kasus CABG	..... kasus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah pasien CABG yang meninggal dunia	..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
373.	AvLoS kasus khusus tahun 2010 (Disertai telaah dokumen)	Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → <i>ke baris selanjutnya</i>	Lamanya AvLoS (dalam hari)
	(1)	(2)	(3)
	a) AvLoS IMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) AvLoS stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) AvLoS pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d) AvLoS <i>hip fracture</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e) AvLoS CABG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
374.	Kasus kematian karena stroke tahun 2010 (Disertai telaah dokumen)	Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → <i>ke baris selanjutnya</i>	Jumlah
	(1)	(2)	(3)
	a) Jumlah kasus stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien stroke yang meninggal dunia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah pasien stroke yang diperiksa CT Scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
375.	Kasus kematian karena <i>hip fracture</i> tahun 2010 (Disertai telaah dokumen)	Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → <i>ke baris selanjutnya</i>	Jumlah
	(1)	(2)	(3)
	a) Jumlah kasus <i>hip fracture</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien <i>hip fracture</i> yang meninggal dunia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

376.	Survei Kepuasan Pasien <i>(disertai telaah dokumen)</i>		
	a) RS pernah melakukan survei kepuasan pasien dalam 3 tahun terakhir	1. Ya 2. Tidak → ke 377	<input type="checkbox"/>
	b) Tahun terakhir dilakukan survei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Pasien yang merasa puas atas pelayanan RS berdasarkan hasil survei kepuasan terakhir (%) %	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PENCATATAN KEMATIAN

377.	Rekam medis pasien yang sudah meninggal disimpan terpisah dari pasien yang masih hidup <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
378.	Laporan tahunan RS tentang penyebab dasar kematian tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → ke 380	<input type="checkbox"/>
379.	Apakah dalam laporan tahunan RS tentang penyebab dasar kematian tahun 2010 masih dicantumkan penyebab kematian berikut ini : <i>(disertai telaah dokumen)</i>		
	a) Hipertensi	1. Ya . 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Cedera kepala berat tanpa mencantumkan penyebab eksternalnya	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c) Asfiksia saja pada bayi < 7 hari, tanpa mencantumkan penyebab pada ibu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d) Senilitas (ketuaan)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

M. TRANSFUSI DARAH

Nama Responden:		Jabatan :	Nomor HP:
380.	RS memiliki unit (bagian) penyediaan darah	1. Ya, berupa Unit Transfusi Darah 2. Ya, berupa bank darah / Unit Pelayanan Darah 3. Tidak → ke N	<input type="checkbox"/>
381.	Bila tidak terdapat unit transfusi darah (hanya ada bank darah atau tidak ada unit transfusi darah), kebutuhan darah paling banyak dipenuhi oleh :	1. PMI 2. RS Lain 3. Lain-lain	<input type="checkbox"/>
382.	Unit (bagian) Penyediaan Darah RS dipimpin oleh dokter	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
383.	Unit pelayanan darah memberikan pelayanan selama 24 jam	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
384.	a) Data jumlah tenaga di unit transfusi darah/bank darah <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak → ke 385	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah tenaga di unit transfusi darah/bank darah	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
385.	SPO pelayanan darah <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
386.	Jumlah lemari penyimpanan darah (<i>blood bank refrigerator/freeze</i>)	..... buah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RUANGAN DI UNIT TRANSFUSI DARAH/BANK DARAH/PELAYANAN DARAH (Pertanyaan Nomor 387 – 389 disertai observasi)

Ketersediaan
1. Ada
2. Tidak

387.	Ruang penyimpanan darah	<input type="checkbox"/>
388.	Laboratorium skrining darah	<input type="checkbox"/>
389.	Ruang donor darah	<input type="checkbox"/>

KEGIATAN PELAYANAN DARAH (Pertanyaan Nomor 390 – 392 disertai telaah dokumen)			Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak	
390.	Program pendidikan dan pelatihan staf unit transfusi darah/pelayanan darah/bank darah		<input type="checkbox"/>	
391.	Laporan hasil kegiatan pelayanan darah tahun 2010		<input type="checkbox"/>	
392.	Evaluasi kegiatan pelayanan darah		<input type="checkbox"/>	
HASIL KEGIATAN UNIT PELAYANAN DARAH TAHUN 2010 (Pertanyaan Nomor 393 – 394 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan data 1. Ada 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Jumlah	
(1)		(2)	(3)	
393.	a) Jumlah kejadian reaksi transfusi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b) Jumlah total pasien yang mendapatkan transfusi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
394.	a) Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b) Jumlah total permintaan darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N. PELAYANAN KEPERAWATAN				
Nama Responden:		Jabatan :	Nomor HP:	
395.	Standar Asuhan Keperawatan (SAK) (disertai telaah dokumen)		1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
396.	Pencatatan mengenai kejadian infeksi nosokomial di ruang rawat inap (disertai telaah dokumen)		1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
397.	Pendidikan dan pelatihan staf keperawatan (disertai telaah dokumen)		1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
398.	Pertemuan berkala keperawatan		1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
399.	Penulisan dokumentasi proses keperawatan (disertai telaah dokumen)		1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
400.	Jadwal dinas keperawatan (disertai observasi)		1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
401.	Program orientasi tenaga keperawatan baru (disertai telaah dokumen)		1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
402.	Kerjasama penggunaan RS sebagai lahan pendidikan keperawatan dan kebidanan (disertai telaah dokumen)		1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
403.	Evaluasi mutu keperawatan (disertai telaah dokumen)		1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
METODE UNTUK PENGORGANISASIAN TENAGA KEPERAWATAN				
Untuk pertanyaan Nomor 404, PILIH SALAH SATU JAWABAN:				
1. Case Management		3. Modular	5. Fungsional	7. Tidak ada ruang perawatan dimaksud
2. Primer		4. Tim	6. Tidak tahu	
404.	Metode keperawatan/ metode penugasan yang diterapkan di :			
	a) Ruang Perawatan Anak	<input type="checkbox"/>	c) Ruang Perawatan Kebidanan dan Kandungan	<input type="checkbox"/>
	b) Ruang Perawatan Bedah	<input type="checkbox"/>	d) Ruang Perawatan Penyakit Dalam	<input type="checkbox"/>
KETERSEDIAAN SPO (Untuk pertanyaan Nomor 405 – 408 disertai telaah dokumen)			Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak	
405.	SPO tindakan keperawatan		<input type="checkbox"/>	
406.	SPO tenaga keperawatan		<input type="checkbox"/>	

KETERSEDIAAN SPO (Untuk pertanyaan Nomor 405 – 408 disertai telaah dokumen)			Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak
407.	SPO peralatan keperawatan		<input type="checkbox"/>
408.	SPO penanggulangan kedaruratan		<input type="checkbox"/>
O. PELAYANAN STERILISASI SENTRAL (CSSD)			
Nama Responden:		Jabatan :	Nomor HP:
409.	RS memiliki pelayanan <i>Central Sterile Supply Department</i> (CSSD) (disertai observasi)	1. Ya 2. Tidak → ke P	<input type="checkbox"/>
410.	Ruang CSSD memiliki pintu masuk dan pintu keluar yang berbeda (disertai observasi)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
411.	Evaluasi mutu sterilisasi (pelayanan CSSD) (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
412.	Ruangan di CSSD : (disertai observasi)		
	a) Ruang dekontaminasi	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Ruang pengemasan alat (bagian instrumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c) Ruang <i>processing</i> /produksi (bagian linen, kassa, dsb)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d) Ruang sterilisasi	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e) Loket penerimaan dan sortir	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f) Loket pengambilan	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g) Gudang penerimaan dan penyimpanan barang/bahan baru	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	h) Gudang penyimpanan barang steril/bersih (gudang steril)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
P. PELAYANAN BINATU			
Nama Responden:		Jabatan :	Nomor HP:
413.	RS memiliki pelayanan binatu	1. Ya, memiliki binatu sendiri 2. Ya, menggunakan <i>outsourcing</i> → ke 429 3. Tidak → ke 429	<input type="checkbox"/>
414.	Penanggung jawab pengelola linen	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
415.	SPO sterilisasi/desinfeksi bahan (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
416.	SPO cara penyimpanan (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
417.	Desinfektan (disertai observasi)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
418.	Ruang terpisah untuk linen infeksius dan non infeksius (disertai observasi)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
419.	Mesin cuci terpisah untuk linen infeksius dan non infeksius (disertai telaah dokumen)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

420.	Jumlah alat cuci yang ada mencukupi sehingga semua bahan yang dicuci dapat diselesaikan dalam satu hari (<i>persepsi responden</i>)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
421.	Pembuangan air limbah binatu dilengkapi dengan pengolahan awal (<i>pre treatment</i>) sebelum dialihkan ke instalasi pengolahan air limbah (<i>disertai observasi</i>)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
RUANGAN DI BINATU <i>Tersedia ruangan terpisah sesuai dengan kegunaannya (Untuk pertanyaan Nomor 422 – 428 disertai observasi)</i>			Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak
422.	Ruang linen kotor		<input type="checkbox"/>
423.	Ruang linen bersih		<input type="checkbox"/>
424.	Ruang kereta linen		<input type="checkbox"/>
425.	Ruang peniris/pengering		<input type="checkbox"/>
426.	Ruang perlengkapan kebersihan		<input type="checkbox"/>
427.	Ruang perlengkapan cuci		<input type="checkbox"/>
428.	Ruang setrika		<input type="checkbox"/>
KEGIATAN PELAYANAN BINATU			
429.	Linen selalu tersedia tepat waktu untuk pelayanan rawat inap	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
430.	Ketersediaan linen tahun 2010 (<i>disertai telaah dokumen</i>)		
	a) Data ketersediaan linen	1. Ada 2. Tidak → <i>ke c)</i>	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah linen yang tersedia	..... buah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Kejadian linen hilang	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Q. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH			
Nama Responden:		Jabatan :	Nomor HP:
431.	RS memiliki pelayanan pemulasaraan jenazah	1. Ya 2. Tidak → <i>ke R</i>	<input type="checkbox"/>
432.	Lemari pendingin jenazah		
	a) Lemari pendingin jenazah	1. Ada 2. Tidak → <i>ke 433</i>	<input type="checkbox"/>
	b) Kapasitas total lemari pendingin jenazah	..... jenazah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
433.	Sarana penyaluran air limbah dari ruang pemulasaraan jenazah	1. Ada, saluran tertutup 2. Ada, saluran terbuka 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
434.	Air untuk memandikan jenazah (<i>persepsi responden</i>)	1. Cukup 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
435.	Jumlah meja yang tersedia untuk memandikan jenazah	..... meja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RUANGAN DI BAGIAN PEMULASARAAN JENAZAH (Untuk pertanyaan Nomor 436 – 438 disertai observasi)			
436.	Ruang khusus otopsi jenazah	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
437.	Ruang khusus keluarga jenazah	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
438.	Ruang ganti pakaian petugas	1. Ada, permanen 2. Ada, tidak permanen 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
KEGIATAN PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH TAHUN 2010 (Untuk pertanyaan Nomor 439 – 440 disertai telaah dokumen)			
439.	Jumlah pelayanan pemulasaraan jenazah		
	a) Data jumlah pelayanan pemulasaraan jenazah	1. Ya 2. Tidak → ke 440	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah jenazah yang dilayani	..... jenazah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
440.	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah		
	a) Data waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah (mulai dari pasien meninggal sampai dengan mendapatkan pelayanan petugas pemulasaraan jenazah)	1. Ya 2. Tidak → ke R	<input type="checkbox"/>
	b) Rata-rata waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	..... menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
1.	a) SPO 10 penyakit terbanyak di rawat jalan (disertai telaah profil RS dan dokumen SPO)	1. Ada , lengkap 2. Ada, sebagian 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	b) SPO 10 penyakit terbanyak di rawat inap (disertai telaah profil RS dan dokumen SPO)	1. Ada , lengkap 2. Ada, sebagian 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
2.	Rambu, marka, petunjuk arah dan ruangan/lokasi yang jelas dan mudah terlihat (disertai observasi)	1. Ada, mudah terlihat 2. Ada, tidak mudah terlihat 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
3.	Implementasi sistem jaga mutu (ISO, Malcolm Baldrige, EFQM Excellence Model, dsb) (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4.	Evaluasi pelayanan dan pengendalian mutu (disertai telaah dokumen)		
	a) Evaluasi pelayanan dan pengendalian mutu	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Audit internal untuk kasus meninggal atau kasus sulit	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
5.	Kejadian tidak diharapkan tahun 2010 (disertai telaah dokumen)		
	a) Data jumlah kejadian tidak diharapkan	1. Ada 2. Tidak → ke 6	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah kejadian tidak diharapkan	..... kejadian	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Kejadian nyaris cedera tahun 2010 (disertai telaah dokumen)		
	a) Data jumlah kejadian nyaris cedera	1. Ada 2. Tidak → ke 7	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah kejadian nyaris cedera	..... kejadian	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	Kejadian sentinel tahun 2010 (disertai telaah dokumen)		
	a) Data jumlah kejadian sentinel	1. Ada 2. Tidak → ke 8	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah Kejadian sentinel	..... kejadian	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.	Keluhan (<i>complaint</i>) (disertai telaah dokumen)		
	a) Data jumlah <i>complaint</i> dalam 1 tahun	1. Ada 2. Tidak → ke 9	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah <i>complaint</i> dalam 1 tahun	..... buah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Penanganan Keluhan (<i>complaint</i>) (disertai telaah dokumen)		
	a) Data mengenai jumlah <i>complaint</i> yang ditindaklanjuti	1. Ada 2. Tidak → ke 10	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah <i>complaint</i> yang ditindaklanjuti	..... buah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Struktur organisasi RS (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
11.	Pertemuan berkala antara pimpinan dan staf RS (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
12.	Hospital by laws (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
13.	Unit penanganan keluhan	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
14.	Unit penanganan masalah medikolegal dan etikolegal	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
15.	Dokumen laporan bulanan (disertai telaah dokumen)	1. Ada, lengkap 2. Ada, sebagian 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
16.	Laporan Kinerja Tahunan (Profil RS) Tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
17.	Penelitian di rumah sakit tahun 2010 (disertai telaah dokumen)		
	a) Data jumlah penelitian yang dilakukan di RS	1. Ada 2. Tidak → ke 18	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah penelitian yang dilakukan di RS	..... buah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18.	Papan informasi mengenai pelayanan RS berisi informasi jenis pelayanan, jam buka, dll	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
19.	Unit kerja pendidikan dan pelatihan	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
20.	Unit pengelola jaminan kesehatan untuk masyarakat	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
21.	Mekanisme penanganan keluhan masyarakat miskin	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
22.	Keluhan masyarakat miskin (disertai telaah dokumen)		
	a) Data jumlah keluhan dari pasien masyarakat miskin	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien masyarakat miskin yang mengeluh	..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23.	Laporan pengguna rujukan Jamkesmas (disertai telaah dokumen)		
	a) Jumlah pasien Jamkesmas rujukan dari RS/sarana kesehatan lain	1. Ada 2. Tidak → ke 24	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien Jamkesmas yang dirujuk ke RS/sarana kesehatan lain	..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24.	Laporan pengguna rujukan Jamkesda (disertai telaah dokumen)		
	a) Jumlah pasien Jamkesda rujukan dari RS/sarana kesehatan lain	1. Ada 2. Tidak → ke 25	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah pasien Jamkesda yang dirujuk ke RS/sarana kesehatan lain	..... pasien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25.	Verifikator Jamkesmas	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
26.	Verifikator Jamkesda	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

PEMBIAYAAN RUMAH SAKIT			
Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :
27.	a. Laporan akuntabilitas kinerja RS (<i>disertai telaah dokumen</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Laporan keuangan (<i>disertai telaah dokumen</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
28.	Akuntan	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Pembiayaan RS (Pertanyaan Nomor 29-36 disertai telaah dokumen)		Ketersediaan data 1. Ya 2. Tidak → ke baris selanjutnya	Jumlah (Rupiah)
(1)		(2)	(3)
29.	Pendapatan operasional RS tahun 2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30.	Realisasi penerimaan total RS tahun 2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31.	Sumber Realisasi Penerimaan RS Tahun 2010		
	a) APBN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) APBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jamkesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d) Jamkesda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e) Lain-lain (KSO, Askes, dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32.	Jumlah total pengeluaran RS tahun 2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33.	Jumlah realisasi anggaran untuk pendidikan dan pelatihan tahun 2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34.	Jumlah realisasi anggaran untuk <i>maintenance</i> peralatan		
	a) Peralatan Medis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Peralatan Non Medis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35.	Kecepatan penagihan piutang		
	a) Data kecepatan penagihan piutang	1. Ada 2. Tidak → ke 35c)	<input type="checkbox"/>
	b) Waktu kecepatan penagihan piutang	..... hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Data kecepatan pembayaran hutang	1. Ada 2. Tidak → ke 36	<input type="checkbox"/>
	d) Waktu kecepatan pembayaran hutang	..... hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

36	Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap		
	a) Data kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	1. Ada 2. Tidak → ke S	<input type="checkbox"/>
	b) Waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	1. ≤ 2 jam 2. > 2 jam	<input type="checkbox"/>

S. KESELAMATAN KERJA, KEBAKARAN, DAN KEWASPADAAN BENCANA

Nama Responden :		Jabatan :		Nomor HP :
1.	Program (kebijakan) kesehatan dan keselamatan kerja RS (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
2.	Rambu khusus untuk evakuasi pasien bila terjadi bencana (disertai observasi)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
3.	Ketentuan tertulis tentang pengadaan jasa dan barang berbahaya (<i>material safety data sheet</i>) (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
4.	SPO penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
5.	Sistem alarm kebakaran (disertai observasi)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
6.	Rencana Penanggulangan Keadaan Darurat (disertai telaah dokumen)			
	a) RS memiliki rencana penanggulangan keadaan darurat (<i>Hospital Disaster Plan/HDP</i>)	1. Ada 2. Tidak → Ke 7	<input type="checkbox"/>	
	b) Rencana tersebut pernah diujicobakan	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
7.	SPO pencegahan dan penanggulangan bencana (<i>disaster program</i>) (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
8.	Peta (<i>mapping</i>) tempat-tempat berisiko di RS (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
9.	Alat pemadam api di setiap ruang	1. Ada di setiap ruangan 2. Ada, tidak di setiap ruangan 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	
10.	Ketentuan RS bebas rokok	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
11.	Pedoman Keselamatan Kerja RS (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
12.	Program pemeliharaan/ perbaikan peralatan (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
13.	Ketentuan tertulis untuk menangani kontaminasi bahan beracun dan berbahaya (B3) (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
14.	Program pendidikan dan pelatihan (pengembangan) staf dalam keselamatan kerja, bahaya kebakaran, dan bencana tahun 2010 (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
15.	Terdapat staf yang telah mengikuti pelatihan manajemen bencana (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
16.	Staf yang telah mengikuti pelatihan persiapan keadaan darurat dan bencana: (disertai telaah dokumen)	Keberadaan staf yang dilatih 1. Ada 2. Tidak → baris selanjutnya 3. Tidak tahu → baris selanjutnya	Jumlah Staf Mengikuti Pelatihan	
	a) HOPE (<i>Hospital Preparedness for Emergency and Disaster</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b) HEICS (<i>Hospital emergency Incident Command System</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	c) CBRN (<i>Chemical, Biology, Radioactive, Nuclear</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	d) DVI (<i>Disaster Victim Identification</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17.	Dilakukan pengecekan oleh profesional terhadap struktur bangunan RS terkait dengan risikonya dalam menghadapi bencana	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	

18.	Dilakukan pengecekan oleh profesional terhadap non struktur bangunan RS terkait dengan resiko dalam menghadapi bencana	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
19.	Evaluasi mutu program K3 (<i>disertai telaah dokumen</i>)	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
20.	a) <i>Checklist</i> obat yang tersedia di RS dalam kesiagaan terhadap bencana (<i>disertai telaah dokumen</i>)			
	NO	Nama obat	Ketersediaan 1.Ada 2.Tidak → <i>baris selanjutnya</i>	Ada obat yang kadaluarsa 1.Ada 2.Tidak ada
	(1)	(2)	(3)	(4)
	1.	Vaksin pneumokokus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	Oseltamivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	Zanavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	Amoksilin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.	Kotrimoksazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.	Epinephrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7.	Lidokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8.	Sulfas atropine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.	Sodium bikarbonat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.	Kalsium glukonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.	Dopamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.	Isoprotenol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.	Adenosine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14.	Verapamil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15.	Cefrotaksin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16.	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17.	Betadine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18.	Anti tetanus serum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19.	Obat-obat analgesic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20.	Obat-obat anestetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21.	Obat-obat mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22.	Obat anti alergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23.	Obat anti asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24.	Antidotum untuk agen kimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25.	Antidotum untuk agen biologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26.	Antidotum untuk agen nuklir dan radioaktif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Checklist Alat Pelindung Diri (APD) yang tersedia di rumah sakit dalam kesiagaan terhadap bencana <i>(disertai telaah dokumen)</i>				
NO	Nama APD	Ketersediaan 1.Ada 2.Tidak → <i>baris selanjutnya</i>	Jumlah	APD yang kadaluarsa 1. Ada 2. Tidak ada
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Masker bedah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<i>Surgical glove</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Pelindung wajah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.	Sepatu boot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	Kaca mata pelindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.	Baju pelindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7.	Emergensi kits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Gipsona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9.	Elastik verban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

T. LIMBAH RUMAH SAKIT

Nama Responden :		Jabatan :	Nomor HP :	
1.	RS memiliki Unit/Bagian/Instalasi Pengelola Limbah Rumah Sakit tersendiri	1. Ya	2. Tidak → <i>ke U</i>	<input type="checkbox"/>
2.	RS memiliki Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) <i>(disertai observasi)</i>	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
3.	Terdapat SPO pembuangan sampah <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4.	Terdapat pemisahan wadah limbah RS untuk limbah radioaktif, sitotoksis, kimia dan farmasi <i>(disertai observasi)</i>	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
5.	Limbah radioaktif disimpan dalam wadah terpisah <i>(disertai observasi)</i>	1. Ya, dalam wadah berwarna merah 2. Ya, tidak dalam wadah berwarna merah 3. Tidak disimpan terpisah 4. Tidak ada limbah radioaktif		<input type="checkbox"/>
6.	Limbah sitotoksis disimpan dalam wadah terpisah <i>(disertai observasi)</i>	1. Ya, dalam wadah berwarna ungu 2. Ya, tidak dalam wadah berwarna ungu 3. Tidak disimpan terpisah 4. Tidak ada limbah sitotoksis		<input type="checkbox"/>
7.	Limbah kimia dan farmasi disimpan dalam wadah terpisah <i>(disertai observasi)</i>	1. Ya, dalam wadah berwarna coklat 2. Ya, tidak dalam wadah berwarna coklat 3. Tidak disimpan terpisah 4. Tidak ada limbah kimia dan farmasi		<input type="checkbox"/>
8.	Tempat pembuangan limbah radioaktif <i>(disertai observasi)</i>	1. Ke RS Lain 2. Tempat sampah 3. Pihak Ketiga 4. Tidak ada limbah radioaktif 5. Lain-lain, sebutkan.....		<input type="checkbox"/>
9.	Terdapat insinerator <i>(disertai observasi)</i>	1. Ya 2. Tidak → <i>Ke 11</i>		<input type="checkbox"/>

10.	Bila ya, apakah menerima limbah dari tempat (RS lain, puskesmas, dll)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
11.	Tempat pembuangan limbah yang umum digunakan RS		
	a. Limbah medis	1. Ke RS Lain 2. Diolah oleh RS sendiri 3. Pihak Ketiga 4. Lain-lain	<input type="checkbox"/>
	b. Limbah non medis	1. Ke RS Lain 2. Diolah oleh RS sendiri 3. Pihak Ketiga 4. Lain-lain	<input type="checkbox"/>
12.	Memiliki <i>safety box</i> (disertai observasi)	1. Terdapat di setiap unit pelayanan 2. Terdapat di sebagian unit pelayanan 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
13.	Memiliki <i>needle destroyer</i> (disertai observasi)	1. Terdapat di setiap unit pelayanan 2. Terdapat di sebagian unit pelayanan 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
U. PROMOSI KESEHATAN DI RUMAH SAKIT			
1	Kebijakan tertulis mengenai kegiatan promosi kesehatan di rumah sakit (PKRS) (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
2	Unit khusus (wadah organisasi) yang mengelola dan menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan di rumah sakit (PKRS)	1. Ada 2. Tidak → ke 6	<input type="checkbox"/>
3	Bentuk dari unit tersebut	1. Tim 2. Struktural 3. Lain-lain	<input type="checkbox"/>
4	Jumlah staf yang mengelola unit/tim promosi kesehatan di rumah sakit (disertai telaah dokumen)	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Dalam tim/unit tersebut terdapat staf yang memiliki latar belakang pendidikan minimal D3 di bidang promosi kesehatan (Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, dsb)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
6	Anggaran untuk pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan di rumah sakit (disertai telaah dokumen)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
7	Kegiatan Promosi Kesehatan di Rumah Sakit yang dilakukan		
	a. Penyuluhan Kelompok/massal	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Konseling	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Pemasangan spanduk, banner, poster mengenai kesehatan	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
8	RS memiliki kegiatan membina puskesmas, misalnya adanya kunjungan spesialis ke puskesmas-puskesmas binaan (disertai telaah dokumen)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
9	Peralatan Promosi Kesehatan yang dimiliki (hanya yang masih berfungsi, disertai observasi)		
	a) <i>Flip chart</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b) <i>Over Head Projector</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c) <i>Amplifier dan wireless Microphone</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d) Kamera foto	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e) <i>Megaphone public</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f) Komputer	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g) <i>Tape cassette recorder</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	h) Layar gulung (<i>screen</i>)	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	i) Televisi	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	j) <i>VCD/ DVD Player</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	k) Laptop	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	l) <i>LCD projector</i>	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

V. PEMERIKSAAN HAJI

1	a) Rumah sakit melakukan pemeriksaan kesehatan Tingkat II pada jamaah haji secara kolektif <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya 2. Tidak → ke 2	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah jamaah haji yang menjalani pemeriksaan kesehatan tingkat II pada tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	a) RS menerima rujukan jamaah haji yang sakit dari embarkasi haji <i>(disertai telaah dokumen)</i>	1. Ya 2. Tidak → ke Blok V	<input type="checkbox"/>
	b) Jumlah jamaah haji yang dirujuk ke rumah sakit dari embarkasi haji pada tahun 2010 <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) Jumlah WUS yang diperiksa usia kehamilannya dengan USG di antara jamaah haji yang dirujuk ke rumah sakit dari embarkasi <i>(disertai telaah dokumen)</i>	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

BLOK V. KELENGKAPAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Nama Responden:	Jabatan :	No HP:
-----------------	-----------	--------

No	KELENGKAPAN ORGANISASI	Keberadaan : 1. Ada 2. Tidak → <i>ke baris Selanjutnya</i>	Keaktifan: <i>(dalam 6 bulan terakhir)</i> 1. Ya 2. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Dewan Pengawas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Komite Keselamatan Pasien <i>(Patient Safety)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja RS/ Tim K3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Tim Penanggulangan Bencana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Komite Etik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Komite Mutu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Komite Pengendalian Infeksi Nosokomial <i>(Nosocomial Infection Control)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Komite Medik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Kelompok Medis Fungsional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Komite/Sub Komite Farmasi dan Terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Komite Rekam Medik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Tim PONEK <i>(Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Komprehensif)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Komite Keperawatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	PKRS <i>(Promosi Kesehatan RS)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	PKBRS <i>(Pelayanan Keluarga Berencana RS)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Unit riset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Provinsi		Kabupaten		Kecamatan			Desa/Kelurahan		
Nama RSU :					Kode RS : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

BLOK VI. CEK LIST PERALATAN RUMAH SAKIT

A. PELAYANAN KEBIDANAN DAN KANDUNGAN

Tersedia Pelayanan Kebidanan dan Kandungan			1. Ada 2. Tidak ada → B. PELAYANAN ANAK				<input type="checkbox"/>	
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:		
No	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1.Sendiri 2.Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
1.	Vakum Ekstraktor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Fetal Monitor/ Cardiotocography/ CTG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Suction Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Infusion Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Syringe Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Timbangan Bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Tensimeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inkubator Bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Examination Lamp (Lampu Periksa)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

No	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1.Sendiri 2.Bersama	Kalibrasi
							1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
10.	Oxygen Set dan Flowmeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Refrigerator (Lemari Es khusus Obat)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	USG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Doppler	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Electrocauter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Bed Side Monitor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Endoskop dengan Videomonitor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Central Gas Oxygen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. PELAYANAN ANAK							
Tersedia Pelayanan Anak			1. Ada 2. Tidak ada → C. PELAYANAN PENYAKIT DALAM				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaat kan	Kecukupan 1.Lebih 2.Cukup 3.Kurang	Pemanfaatan 1.Sendiri 2.Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Blue Light (Unit Fototerapi)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Suction Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Inkubator Bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Infusion Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Syringe Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Timbangan Anak dan Dewasa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Pengukur Panjang Badan Bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Pengukur Tinggi Anak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Tensimeter dengan manset bayi dan anak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	ECG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Defibrilator Anak/Bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Refrigerator (Cold Chain)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Oxygen Set dan Flowmeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaat kan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
15.	Infant Warmer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	UV Sterilizer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Bed Side Monitor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Central Gas Oxygen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Infant Ventilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ultra Sonic Nebulizer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. PELAYANAN PENYAKIT DALAM

Tersedia Pelayanan Penyakit Dalam		1. Ada 2. Tidak ada → D. PELAYANAN PENYAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH					<input type="checkbox"/>	
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:		
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1.Sendiri 2.Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dllaksanakan	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
1.	Timbangan Badan	<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"/>	
2.	Tensimeter	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3.	ECG	<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"/>	
4.	USG	<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"/>	
5.	Suction Pump	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6.	Spirometer	<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"/>	
7.	Bronkoskop	<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"/>	
8.	Pulse oxymeter	<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"/>	
9.	Duodenofiberscope	<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"/>	
10.	Unit Hemodialisis	<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"/>	
11.	Bed Side Monitor	<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"/>	
12.	Oxygen Set dan Flowmeter	<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"/>	
13.	Suction Pump	<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"/>	
14.	Gastroduodenoskop	<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"/>	
15.	Ultra Sonic Nebulizer	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

D. PELAYANAN PENYAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH							
Tersedia Pelayanan Jantung dan Pembuluh Darah			1. Ada 2. Tidak ada → E. PELAYANAN BEDAH				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	ECG 3 Channel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	USG dengan Probe Jantung (Echocardiograph)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Tensimeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Autoclaf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Infus Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Syringe Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Bed Side Monitor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Defibrilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Suction Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Treadmill Set	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Doppler Vaskular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Oxygen Set dan Flowmeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Central Patient Monitor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ventilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. PELAYANAN BEDAH							
Tersedia Pelayanan Bedah			1. Ada 2. Tidak ada → F. PELAYANAN MATA				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Mesin Anestesi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Lampu Operasi (<i>Ceiling Lamp</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Elektro Kauter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<i>Suction Pump</i> (Kapasitas besar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ventilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Defibrilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<i>Laser Surgical Unit</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Autoclaf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Tensimeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<i>Pulse Oxymeter</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<i>UV Sterilizer</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Unit Endoskopi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<i>Bed Side Monitor</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
15.	CO2 Analyzer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Operating Microscope	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	USG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Mobile Operating Lamp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Central Gas Medic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Extra Corporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Infant Warmer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERHATIAN :
PERTANYAAN No. 22. X-RAY MOBILE C ARM (ALAT DENGAN SINAR PENGION) TERDAPAT TAMBAHAN PERTANYAAN IZIN BAPETEN (KOLOM 9, 10,11)

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan	Izin Bapeten (jumlah alat)		
								Ada Izin, masih berlaku	Ada izin, sudah tidak berlaku	Tidak ada izin
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
22.	X-Ray Mobile C Arm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. PELAYANAN MATA							
Tersedia Pelayanan Mata			1. Ada 2. Tidak ada → G. PELAYANAN THT				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan :			No.HP :	
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Slit Lamp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Operating Microscope	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Oxygen Set dan Flowmeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Lampu UV untuk sterilisasi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Argon Laser Photocoagulator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. PELAYANAN THT							
Tersedia Pelayanan THT			1. Ada 2. Tidak ada → H. PELAYANAN KULIT DAN KELAMIN				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaat Kan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Ventilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Tensimeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<i>Suction Pump</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Audiometer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bronkoskop	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Bronchofiberscope	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<i>Operating Microscope</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<i>Electrocauter</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<i>ENT Chair Unit</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. PELAYANAN KULIT DAN KELAMIN

Tersedia Pelayanan Kulit dan Kelamin?		1. Ada 2. Tidak ada → I. PELAYANAN GIGI DAN MULUT				<input type="checkbox"/>	
Nama responden:		Jabatan:		No.HP:			
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, >60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Elektrokauter Unit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ultra Violet Lamp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Examination Lamp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. PELAYANAN GIGI DAN MULUT							
Tersedia Pelayanan Gigi dan Mulut			1. Ada 2. Tidak ada → J. PELAYANAN SARAF				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:		No.HP:		
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatKan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dllaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Dental Unit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERHATIAN:
PERTANYAAN No. 3. X-RAY DENTAL UNIT (ALAT DENGAN SINAR PENGION) TERDAPAT TAMBAHAN PERTANYAAN IZIN BAPETEN (KOLOM 9, 10,11)

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dllaksanakan	Izin Bapeten (jumlah alat)		
								Ada Izin, masih berlaku	Ada izin, sudah tidak berlaku	Tidak ada izin
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
3.	X-Ray Dental Unit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. PELAYANAN SARAF							
Tersedia Pelayanan Saraf			1. Ada 2. Tidak ada → K. PELAYANAN JIWA				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Tensimeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	EEG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Electro Myography	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Suction Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Oxygen set dan Flowmeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ventilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERHATIAN :
PERTANYAAN No. 8. X-RAY ANGIOGRAPHY CAROTIS (ALAT DENGAN SINAR PENGION) TERDAPAT TAMBAHAN PERTANYAAN IZIN BAPETEN (KOLOM 9, 10,11)

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, →nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dllaksanakan	Izin Bapeten (jumlah alat)		
								Ada Izin, masih berlaku	Ada izin, sudah tidak berlaku	Tidak ada izin
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
8.	X-Ray Angiography Carotis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. PELAYANAN JIWA							
Tersedia Pelayanan Jiwa		1. Ada 2. Tidak ada → L. PELAYANAN GAWAT DARURAT					<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Tensimeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Suction Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Electro Enceplalography (EEG)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Electro Myography (EMG)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	ECG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	EEG Brain Mapping	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Electro Convulsive Therapy (ECT)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. PELAYANAN GAWAT DARURAT

Tersedia Pelayanan Gawat Darurat		1. Ada 2. Tidak ada → M. PELAYANAN INTENSIF					<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Defibrilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	ECG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Mobile Operating Lamp (Lampu Operasi)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Suction Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Infus Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Syringe Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Inkubator Bayi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mesin Anestesi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pulse Oxymeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Bed Side Monitor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Electrocauter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Suction Thorax (WSD)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
14.	Vakum Ekstraktor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	ENT Treatment Chair	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ventilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	USG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Infant Farmer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ultra Sonic Nebulizer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M. PELAYANAN PERAWATAN INTENSIF							
Tersedia Pelayanan Perawatan Intensif			1. Ada 2. Tidak ada → N. PELAYANAN ANESTESI DAN REANIMASI				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1.Ya, semua tepat waktu 2.Ya, >60% tepat waktu 3.Ya, tidak tepat waktu 4.Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Ventilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Oxygen Set dan Flowmeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Suction Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Infus Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Syringe Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Tensimeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	ECG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Pulse Oxymeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Central Patient Monitor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Defibrilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Mobile Operating Lamp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Bed Side Monitor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Mesin Anestesi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1.Ya, semua tepat waktu 2.Ya, >60% tepat waktu 3.Ya, tidak tepat waktu 4.Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
15.	Central Gas Medic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	UV Sterilizer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERHATIAN:
PERTANYAAN No. 17. X-RAY MOBILE UNIT (ALAT DENGAN SINAR PENGION)
TERDAPAT TAMBAHAN PERTANYAAN IZIN BAPETEN (KOLOM 9, 10,11)

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dllaksanakan	Izin Bapeten (jumlah alat)		
								Ada Izin, masih berlaku	Ada izin, sudah tidak berlaku	Tidak ada izin
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
17.	X-Ray Mobile Unit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N. PELAYANAN ANESTESI DAN REANIMASI							
Tersedia Pelayanan Anestesi dan Reanimasi			1. Ada 2. Tidak ada → O. PELAYANAN LABORATORIUM				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Mesin Anestesi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ventilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Defibrilator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Oxygen Set dan Flowmeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pulse Oxymeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	ECG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Defibrilator dengan Monitor ECG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Bed Side Monitor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Bronkoskop Pipa Kaku (segala ukuran)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Bronchofiberscope (segala ukuran)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Tensimeter dengan Manset Ganda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Spirometer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Suction Pump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ultra Sonic Nebulizer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O. PELAYANAN LABORATORIUM							
Tersedia Pelayanan Laboratorium		1. Ada 2. Tidak ada → P. PELAYANAN RADIOLOGI					<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Sentrifus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Autoclaf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Inkubator Laboratorium	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Refrigerator Non Frost	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Freezer -20 derajat Celcius	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Photometer/ Spectrophotometer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Analitycal Balance (Timbangan Analitik)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Koagulometer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Elektrolite analyzer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Urine Analyzer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Sentrifus Mikrohematokrit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Hematology Analyzer (Blood Cell Counter)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Blood Chemistry Analyzer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Blood Gas Analyzer (Untuk Gas dan Elektrolit darah)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
15.	Immuno Analyzer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Eliza Reader	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Eliza Washer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Kabinet Keamanan Biologis kelas 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Polymerase Chain Reaction (PCR)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Genetic Analyzer (Applied Biosystem Diagnostic Instrument)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PERHATIAN: PERTANYAAN ALAT DI PELAYANAN RADIOLOGI
TERDAPAT TAMBAHAN PERTANYAAN IZIN BAPETEN (KOLOM 9, 10,11)**

P. PELAYANAN RADIOLOGI

Tersedia Pelayanan Radiologi

1. Ada 2. Tidak ada → Q. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

Nama responden:

Jabatan:

No.HP:

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, →nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1.Ya, semua tepat waktu 2.Ya, >60% tepat waktu 3.Ya, tidak tepat waktu 4.Tidak dllaksanakan	Izin Bapeten (jumlah alat)		
								Ada Izin, masih berlaku	Ada izin, sudah tidak berlaku	Tidak ada izin
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1.	X-Ray Unit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Automatic Film Processor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	X-Ray Dental Unit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	X-Ray Mobile Unit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	X-Ray Mammography	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	X-Ray General Purpose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Oxygen Set dan Flowmeter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8.	Survey Meter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9.	USG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10.	Sterilisator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1.Ya, semua tepat waktu 2.Ya, >60% tepat waktu 3.Ya, tidak tepat waktu 4.Tidak dilaksanakan	Izin Bapeten (jumlah alat)		
								Ada Izin, masih berlaku	Ada izin, sudah tidak berlaku	Tidak ada izin
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
11.	X-Ray Fluoroscopy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	CT Scan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	MRI (Magnetic Resonance Imaging)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	X-Ray Angiography	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	X-Ray Dental Panoramic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	X-Ray Mobile C Arm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	USG Multipurpose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Teletherapy: Cobalt-60	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	LINAC (Linear Accelerator)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	After Loading Machine (Brachytherapy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Gamma Camera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	PET-CT (Positron Emission Tomography)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK							
Tersedia Pelayanan Rehabilitasi Medik			1. Ada 2. Tidak ada → R. PELAYANAN FARMASI				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP :	
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Short Wave Diathermy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Lampu Infra Merah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Treadmill Set	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Micro Wave Diathermy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ultra Sound Therapy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Electro Stimulator/Electro Therapy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Unit Traksi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Accupunture Therapy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Electro Analgesia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

R. PELAYANAN FARMASI							
Tersedia Pelayanan Farmasi			1. Ada 2. Tidak ada → S. PELAYANAN STERILISASI SENTRAL				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Kabinet Keamanan Biologis Kelas 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Refrigerator Obat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S. PELAYANAN STERILISASI SENTRAL							
Tersedia Pelayanan Sterilisasi Sentral			1. Ada 2. Tidak ada → Pertanyaan selesai				<input type="checkbox"/>
Nama responden:			Jabatan:			No.HP:	
No.	JENIS PERALATAN	Jumlah (Bila tidak ada, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang berfungsi (Bila semua tidak berfungsi, isi 00, → nomor berikutnya)	Jumlah yang dimanfaatkan	Kecukupan 1. Lebih 2. Cukup 3. Kurang	Pemanfaatan 1. Sendiri 2. Bersama	Kalibrasi 1. Ya, semua tepat waktu 2. Ya, > 60% tepat waktu 3. Ya, tidak tepat waktu 4. Tidak dilaksanakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Autoclaf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Horizontal Sterilizer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	High Pressure Steam Sterilizer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hot Air Sterilizer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ultra Sonic Cleaner	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bed Sterilizer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ENUMERATOR MENGAMBIL FOTO RUMAH SAKIT; TAMPAK DEPAN, TAMPAK BELAKANG,
DAN BAGIAN PALING MENARIK DARI RUMAH SAKIT YANG DIKUNJUNGI.
MASUKKAN HASIL FOTO TERSEBUT KE DALAM FLASH DISC YANG SUDAH DISIAPKAN
DENGAN MEMBUAT FOLDER DENGAN JUDUL RUMAH SAKIT YANG DIAMBIL FOTONYA**

FOTO RUMAH SAKIT TAMPAK DEPAN



FOTO RUMAH SAKIT TAMPAK BELAKANG

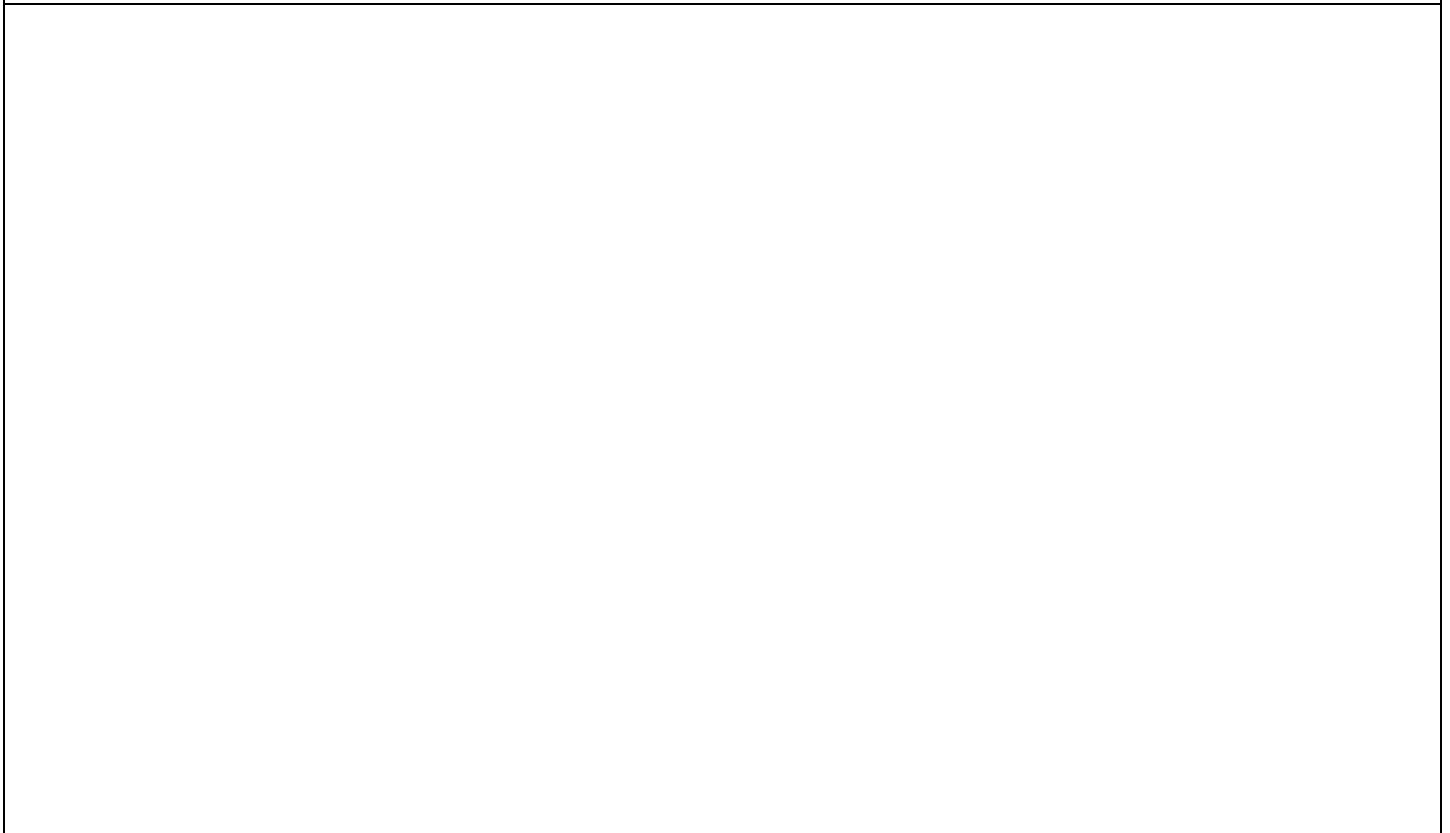


FOTO BAGIAN PALING MENARIK DARI RUMAH SAKIT

