



**REPUBLIK INDONESIA**  
**KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**RISET FASILITAS KESEHATAN 2011**  
**PUSKESMAS**

<b>RAHASIA</b>	<b>RIFASKES-11.PKM</b>
----------------	------------------------

**I. PENGENALAN TEMPAT**

1	Provinsi		□ □
2	Kabupaten/Kota		□ □
3	Kecamatan		□ □ □
4	Alamat Puskesmas	a. Jalan ..... b. Desa/ Kelurahan..... c. Kode Desa/ Kelurahan:	□ □ □
5	Lokasi Puskesmas	1. Perkotaan      2. Perdesaan	□
6	Nomor Urut Puskesmas		□ □ □
7	Nama dan ID Puskesmas	..... <b>P</b> □ □ - □ □ - □ □ □ - □ □ □	
8	a. Nomor telepon	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
	b. HP	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
	c. Nomor Fax	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
	d. Alamat email dan website	..... .....	
	e. Koordinat lokasi	□ □ ° □ □ , □ □ , □ "LU □ □ ° □ □ , □ □ , □ "LS □ □ □ ° □ □ , □ □ , □ "BT	

**II. KETERANGAN PENGUMPUL DATA**

1.	Nama Enumerator	.....	5	Nama Ketua Tim Enumerator	.....
2.	Tgl. Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	□ □ - □ □ - □ □ □ □	6	Tgl. Pengecekan: (tgl-bln-thn)	□ □ - □ □ - □ □ □ □
3.	No. HP	.....	7	No. HP	.....
4.	Tanda tangan	.....	8	Tanda tangan	.....

III. KARAKTERISTIK PUSKESMAS				
1	Topografi Wilayah			
	a. Keterpencilan	1. Sangat Terpencil	2. Terpencil	3. Biasa <input type="checkbox"/>
	b. Kepulauan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Perbatasan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
2	Letak/posisi Puskesmas	1. Di sekitar permukiman penduduk 2. Jauh dari permukiman penduduk	3. Di luar wilayah kerja	<input type="checkbox"/>
3	Luas Wilayah	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> km <sup>2</sup>		
4	Bulan dan tahun Puskesmas berfungsi	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
5	Apakah Puskesmas masih berfungsi sebagai Puskesmas	1. Ya → 7 2. Tidak → 6		<input type="checkbox"/>
6	Bulan dan Tahun Puskesmas berubah status Puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
7	Jenis puskesmas	1. Puskesmas perawatan 2. Puskesmas non perawatan		<input type="checkbox"/>
8	Status Puskesmas dalam daftar Sampel: 1. Ada di Daftar sampel, Dikunjungi → 9 2. Tidak ada di daftar sampel tetapi merupakan Puskesmas yang sudah beroperasi sebelum Februari 2010 → 9 3. Ada di daftar sampel, tidak dikunjungi → <b>Selesai</b> 4. Ada di daftar sampel tetapi Puskesmas sudah berganti fungsi menjadi Rumah Sakit → <b>Selesai</b> 5. Ada di daftar sampel tetapi Puskesmas mulai beroperasi setelah Januari 2010 → <b>Selesai</b> 6. Tidak ada di daftar sampel tetapi Puskesmas mulai beroperasi setelah Januari 2010 → <b>Selesai</b>			<input type="checkbox"/>
9	Fasilitas pelayanan lain di puskesmas			
	a. Sentinel	1. Ya 2. Tidak → b		<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, jenis sentinel .....			
	1. STP (Surveilans Terpadu Penyakit)	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	2. ILI ( <i>Influenza Like Illness</i> )	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	3. ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut)	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	b. PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar)	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	c. Rujukan Mikroskopis Tuberculosis	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	d. PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja)	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
	e. VCT ( <i>Voluntary Counselling and Testing</i> )	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>
f. KTA (Kekerasan Terhadap Anak)	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
g. Lainnya .....	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
10	Wilayah Kerja Puskesmas			
	a. Jumlah kelurahan di wilayah kerja puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/>		
	b. Jumlah RW	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	c. Jumlah desa di wilayah kerja puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/>		
	d. Kriteria Desa	1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>		Jumlah

		(1)	(2)
	1) Desa Kriteria Biasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2) Desa Kriteria Terpencil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3) Desa Kriteria Sangat Terpencil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Unit terkecil wilayah binaan	1. Desa/Kelurahan 2. RW	<input type="checkbox"/>
11	Jumlah Puskesmas Jejaring di wilayah kerja		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Jumlah Puskesmas Pembantu di wilayah kerja		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Jumlah Rumah Dinas yang dimiliki puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Jumlah KK (Kepala Keluarga)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	Jumlah keluarga miskin		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### IV. SUMBER DAYA MANUSIA

##### A. Jumlah Pegawai Menurut Pendidikan dan Status Kepegawaian (termasuk tenaga Puskesmas Pembantu dan Bidan di desa)

1	Tenaga Medis										
A	Dokter	1. Ada    2. Tidak ada → 1.b					<input type="checkbox"/>				
Jumlah	Pendidikan Terakhir					Status Ketenagaan					
	FK	Dr. Spesialis	S2 Kes	S2 Non Kes	S3	PNS/CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honorer	Lain	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<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	Dokter Gigi	1. Ada    2. Tidak ada → 2.a					<input type="checkbox"/>				
Jumlah	Pendidikan Terakhir					Status Ketenagaan					
	FKG	Drg. Spesialis	S2 Kes	S2 Non Kes	S3	PNS/CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honorer	Lain	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<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	Tenaga Keperawatan																
A	Perawat	1. Ada    2. Tidak ada → 2.b										<input type="checkbox"/>					
Jumlah	Pendidikan Dasar Kesehatan			Pendidikan Terakhir								Status Ketenagaan					
	SPR/SPK	Akper	SKP	SPR/SPK	Akper	Akbid	SKP	S1 Kes lain	S1 Non Kes	S2 Kes	S2 Non Kes	PNS/CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honorer	Lain	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<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	Tenaga Gizi			1. Ada                      2. Tidak ada → 5						<input type="checkbox"/>				
Jumlah	Pendidikan Dasar Kesehatan			Pendidikan Terakhir						Status Ketenagaan				
	SPAG	Akademi Gizi	D-IV Gizi/ S1 Gizi	SPAG	Akademi Gizi	DIV/ S1 Gizi	S1 Kes Lain	S1 Non Kes	S2	PNS/ CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honoror	Lain
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	Sanitarian			1. Ada                      2. Tidak ada → 6						<input type="checkbox"/>				
Jumlah	Pendidikan Dasar Kesehatan			Pendidikan Terakhir						Status Ketenagaan				
	SPPH	AKL	S1 Kes	SPPH	AKL	S1 Kes	S1 Non Kes	S2 Kes	S2 Non Kes	PNS/ CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honoror	Lain
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	Tenaga Penyuluh Kesehatan/ Promkes			1. Ada                      2. Tidak ada → 7						<input type="checkbox"/>				
Jumlah	Pendidikan Dasar Kesehatan			Pendidikan Terakhir						Status Ketenagaan				
	D3 Promkes	D3 Kes Lain	S1 Kes	D3 Promkes	D3 Kes Lain	S1 Kes	S1 Non Kes	S2 Kes		PNS/ CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honoror	Lain
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	Tenaga Rekam Medis			1. Ada                      2. Tidak ada → 8						<input type="checkbox"/>				
Jumlah	Pendidikan Dasar Kesehatan			Pendidikan Terakhir						Status Ketenagaan				
	D3 Rek Med	D3 Kes Lain	S1 Kes	D3 Rek Med	D3 Kes Lain	S1 Kes	S1 Non Kes	S2 Kes		PNS/ CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honoror	Lain
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	Analisis Kesehatan				1. Ada                      2. Tidak ada → 9						<input type="checkbox"/>				
Jumlah		Pendidikan Dasar Kesehatan			Pendidikan Terakhir						Status Ketenagaan				
	SMAK	D3 Analisis	D3 Kes Lain	S1 Kes	SMAK	D3 Analisis	D3 Kes Lain	S1 Kes	S1 Non Kes	S2 Kes	PNS/ CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honoror	Lain
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	Tenaga Kesehatan Lain				1. Ada                      2. Tidak ada → 10						<input type="checkbox"/>				
Jumlah		Pendidikan Dasar Kesehatan		Pendidikan Terakhir				Status Ketenagaan							
	D3	S1	D3	S1 Kes	S1 Non Kes	S2 Kes	PNS/ CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honoror	Lain				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	Tenaga Non Kesehatan														
	Tenaga Administrasi dan Pegawai				1. Ada                      2. Tidak ada → 11						<input type="checkbox"/>				
Jumlah		Pendidikan Dasar			Pendidikan Terakhir						Status Ketenagaan				
	SMP	SMA	D3	S1	SMP	SMA	D3	S1 Kes	S1 Non Kes	S2 Kes	PNS/ CPNS	PTT	Penugasan Khusus	Honoror	Lain
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	Jumlah Seluruh Pegawai Puskesmas												<input type="text"/>		

B. Penempatan/Rotasi			
1	a. Apakah ada tenaga Puskesmas yang melaksanakan tugas tidak sesuai dengan pendidikannya (tahun 2010) ?	1.Ya 2.Tidak → 2.a	<input type="checkbox"/>
	b. Jumlah petugas	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	a. Apakah ada tenaga puskesmas yang telah dilatih tahun 2010 pindah ke tempat kerja lain?	1.Ya 2.Tidak → 3	<input type="checkbox"/>
	b. Jumlah petugas	..... orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Apakah pada kurun waktu tiga tahun terakhir pernah terjadi pergantian kepala puskesmas sebelum bekerja satu tahun ?	1.Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>
C. Tunjangan/ Insentif Daerah			
1.	Apakah terdapat tunjangan/insentif daerah?	1. Ya 2. Tidak → V	<input type="checkbox"/>
2.	Bila Ya (Ada), Apakah tunjangan berdasarkan:		
	a. Berdasarkan jenis profesi	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Berdasarkan golongan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Berdasarkan jabatan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
3.	Besar tunjangan tahun 2010 (dalam rupiah)	a. Terendah : <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. Tertinggi : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

V. FASILITAS FISIK (WAWANCARA DAN OBSERVASI)									
A. Luas Tanah dan Bangunan									
1	Luas tanah .....m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Luas bangunan..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
B. Bangunan									
1	Jumlah bangunan					<input type="checkbox"/>			
2	Karakteristik bangunan:			Bangunan					
				Ke-1	Ke-2	Ke-3	Ke-4	Ke-5	Ke-6
	a. Fungsi bangunan 1. Non perawatan 3.Gabungan perawatan dan non perawatan 2.Perawatan			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Jenis bangunan : 1. Permanen 2. Semi permanen 3. Tidak permanen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Jumlah lantai bangunan : 1.Satu lantai 2. Dua lantai 3. Tiga lantai 4. Lebih dari 3 lantai			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kondisi bangunan : 1. Baik 2. Rusak ringan 3. Rusak sedang 4. Rusak berat			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. Ruang (tidak termasuk Ruang Perawatan)									
1. Jumlah ruangan pelayanan : .....						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2. Jenis Ruangan	Tersedia : 1.Ya 2.Tidak Jika jawaban "2" → baris berikutnya	Berfungsi: 1.Ya 2.Tidak	Ventilasi: 1. Ada, cukup 2. Ada, tidak cukup 3. Tidak ada	Tempat Cuci Tangan: 1. Ada, dengan sabun 2. Ada, tanpa sabun 3. Tidak ada	Kebersihan: 1. Bersih 2. Tidak bersih				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)			
	a. Poliklinik umum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	b. Poliklinik gigi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
c. Poliklinik KIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Poliklinik KB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Imunisasi/Vaksinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pelayanan farmasi/apotik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Laboratorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tindakan/ emergency/ gawat darurat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ruang MTBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pertolongan persalinan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Pasca persalinan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ruang menyusui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Klinik TB Paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Ruang Konseling (gabungan program)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Klinik konsultasi gizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Klinik konsultasi kesling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Klinik konsultasi keperawatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Konseling lansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Lainnya, sebutkan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Ruang Non Pelayanan</b>					
a. Ruang Rapat			1.Ada	2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
b. Ruang Tunggu			1.Ada	2.Tidak ada → c	<input type="checkbox"/>
1) Tersedia tempat duduk			1. Ada, Cukup	2. Ada, Tidak cukup	<input type="checkbox"/>
2) Tersedia papan informasi di ruang tunggu			1. Ada	2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
3) Tersedia ventilasi di ruang tunggu			1.Ada, cukup 3. Tidak ada	2.Ada, tidak cukup	<input type="checkbox"/>
4) Kebersihan ruang tunggu			1.Bersih	2.Tidak bersih	<input type="checkbox"/>
5) Tersedia bahan informasi di ruang tunggu			1.Ada	2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
6) Tersedia televisi di ruang tunggu			1.Ada	2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
7) Tersedia pengeras suara di ruang tunggu			1.Ada	2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
c. Gudang Obat (Penyimpanan obat/alkes)			1.Ada	2.Tidak ada → d	<input type="checkbox"/>
1) Ventilasi/sirkulasi udara			1.Ada	2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
2) Pencahayaan			1.Ada	2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
3) Tersedia rak/lemari obat			1.Ada, cukup 3. Tidak Ada	2.Ada, tidak cukup	<input type="checkbox"/>
4) Tersedia rak/lemari alkes			1.Ada, cukup 3. Tidak Ada	2.Ada, tidak cukup	<input type="checkbox"/>
5) Tersedia rak/lemari khusus narkotika dan psikotropika			1.Ada, dengan kunci doblel 2.Ada, tidak dengan kunci doblel 3. Tidak ada		<input type="checkbox"/>

	6) Ada catatan obat rusak/ expired date	1. Ada      2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	7) Catatan keluar masuk obat tahun 2010	1.Ada, tercatat 2.Ada, tidak tercatat 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	8) Cara penyimpanan obat menggunakan system FIFO ( <i>First In First Out</i> )/ FEFO ( <i>First Expire date First Out</i> )	1. Ada      2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
d. Jenis loket pendaftaran :			
	1) Askes / Gakin / Jamkesmas	1.Ada      2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	2) Lansia/ Penyandang Cacat	1.Ada      2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	3) Umum	1.Ada      2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	e. Loket pendaftaran	1.Digabung    2. Dipisah	<input type="checkbox"/>
f. Toilet			
	1) Ketersediaan toilet	1. Ada      2. Tidak ada → D.1	<input type="checkbox"/>
	2) Kebersihan toilet	1.Bersih      2.Tidak bersih	<input type="checkbox"/>
	3) Tersedia air di toilet	1. Ada      2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>
<b>D. Air Bersih</b>			
1	Sumber air utama yang digunakan:	1. PAM                      4. Mata air 2. Sumur bor              5. Penampungan Air Hujan (PAH) 3. Sumur gali              6. Lainnya	<input type="checkbox"/>
2	Ketersediaan air sepanjang tahun	1.Ya      2.Tidak	<input type="checkbox"/>
3	Kualitas air	1. Baik      2.Kurang baik	<input type="checkbox"/>
<b>E. Pembuangan Limbah</b>			
1	Ketersediaan Sarana Pembuangan Air Limbah	1.Ya                      2.Tidak→3	<input type="checkbox"/>
2	Jika ya, saluran Sarana Pembuangan Air Limbah	1.Tertutup              2. Terbuka	<input type="checkbox"/>
3	Apakah dilakukan pemisahan limbah medis dan non medis	1.Ya      2.Tidak→F	<input type="checkbox"/>
4	Jika ada pemisahan, penanganan limbah medis dilakukan dengan:	1.Incinerator              3.Dikubur→ F 2.Dibakar → F              4.Lain..... → F	<input type="checkbox"/>
5	Jika menggunakan incinerator, apakah :	1.Milik sendiri              2.Bukan milik sendiri	<input type="checkbox"/>
<b>F. Sumber Daya Listrik yang Digunakan</b>			
	Jenis sumber listrik	1. Ya 2.Tidak → <b>baris berikutnya</b>	Ketersediaan : 1. Tersedia 24 jam,      3. Tersedia 6-11 jam, 2. Tersedia 12-23 jam,      4. Kurang dari 6 jam
	(1)	(2)	(3)
1	PLN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Generator milik Puskesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tenaga surya milik Puskesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Listrik swadaya masyarakat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VI. KETATAUSAHAAN (TU)**

**A. Alat Kantor**

	Alat Kantor	Jumlah Jika tidak ada isikan "00" → <b>baris berikutnya</b>	Tahun terakhir penerimaan	Jumlah menurut kondisi			
				Baik dan difungsikan	Rusak dan difungsikan	Baik tetapi tidak difungsikan	Rusak dan tidak berfungsi
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Komputer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Printer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Scanner	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Mesin fotokopi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Mesin ketik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	AC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Kipas angin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Filling kabinet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Brankas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Lemari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Meja Kerja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Kursi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Lainnya, sebutkan .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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. Alat Komunikasi**

	Alat Komunikasi	Jumlah Jika tidak ada isikan "00" → <b>baris berikutnya</b>	Tahun terakhir pengadaan/penerimaan	Jumlah menurut kondisi			
				Baik dan difungsikan	Rusak dan difungsikan	Baik tetapi tidak difungsikan	Rusak dan tidak berfungsi
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Telepon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Fax dan telepon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Radio Komunikasi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Handphone Dinas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Intercom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Koneksi Internet			1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	

**C. Alat Transportasi**

	Alat transportasi	Jumlah Jika tidak ada isikan "00" → <b>baris berikutnya</b>	Tahun terakhir penerimaan	Jumlah menurut kondisi			
				Baik dan difungsikan	Rusak dan difungsikan	Baik tetapi tidak difungsikan	Rusak dan tidak berfungsi
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Kendaraan bermotor roda dua	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2	Kendaraan bermotor roda empat						
	a. Pusing	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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. Ambulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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. 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Perahu tidak 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Lainnya, sebutkan.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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. Anggaran			
1. Apakah ada pungutan redistribusi pasien?	1.Ada	2. Tidak ada → 2	<input type="checkbox"/>
a. Berapa rata-rata jumlah yang diterima per bulan dalam tahun 2010?	Rp. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
b. Sistem pengelolaan keuangan retribusi :	1. Semua disetor ke kabupaten/kota 2. Sebagian disetor ke kabupaten/kota 3. Tidak disetorkan ke Kab/ Kota (dikelola sendiri)		<input type="checkbox"/>
2. Jenis anggaran :	Alokasi (dalam rupiah) tahun 2010 Jika tidak ada isikan "0000000000" → baris berikutnya 1		Realisasi (dalam rupiah) tahun 2010 Jika tidak ada isikan "0000000000" → baris berikutnya 2
a. Biaya operasional dari APBD Kab/kota	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> . <input type="text"/> <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. Anggaran Jamkesmas	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. Anggaran Jamkesda			<input type="text"/> . <input type="text"/> <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. Anggaran BOK	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. Anggaran 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"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
f. Anggaran total (a + b + c + d + e)	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> . <input type="text"/> <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. Anggaran Jampersal 2011	1. Tahu	2. Tidak tahu → E	<input type="checkbox"/> Rp. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

E. Organisasi dan Pedoman Kerja Puskesmas			
1. Apakah Puskesmas memiliki struktur organisasi?	1. Ada, sesuai Perda/ Perbup/ SK Bupati/ SK Walikota 2. Ada, disusun sendiri oleh Puskesmas 3. Tidak ada → 3		<input type="checkbox"/>
2. Apakah pengisian jabatan dalam struktur organisasi diduduki oleh petugas yang sesuai dengan pendidikan?	1. Ya, seluruhnya 2. Ya, sebagian 3. Tidak		<input type="checkbox"/>
3. Kepala Puskesmas			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a. Profesi:	01. Dokter Umum    03. Kesmas    05. Perawat    07. Ahli Gizi    09. Perawat gigi 02. Dokter gigi    04. Apoteker    06. Bidan    08. Sanitarian    10. Lainnya .....		
b. Pendidikan terakhir :	1. FK    3. S1 Kes    5. S2 Kes    7. D3 Kes 2. FKG    4. S1 Non Kes    6. S2 Non Kes    8. Lainnya, Sebutkan ....		<input type="checkbox"/>
4. Pedoman Kerja Puskesmas			Ketersediaan : 1. Ada    2. Tidak ada
a. Kepmenkes 128/2004 (Kebijakan Dasar Puskesmas)			<input type="checkbox"/>
b. Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas			<input type="checkbox"/>

c. Pedoman Lokakarya Mini Puskesmas	<input type="checkbox"/>
d. Pedoman Penilaian kinerja Puskesmas	<input type="checkbox"/>
e. Pedoman pelaksanaan jaminan mutu model evolusi pelayanan kesehatan dasar bagi Puskesmas	<input type="checkbox"/>

## VII. MANAJEMEN

### A. Perencanaan

1. Apakah ada rencana kerja tahunan (2010)?	1. Ya    2. Tidak → B	<input type="checkbox"/>
2. Apakah terdapat dokumen perencanaan tahunan (2010)?		
a. RUK (Rencana Usulan Kegiatan)	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
b. RPK (Rencana Pelaksanaan Kegiatan)	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
3. Sumber data yang digunakan dalam penyusunan rencana tersebut ?    1. Ya    2. Tidak		
a. Data hasil analisis Puskesmas	<input type="checkbox"/>	b. Data dari Dinas Kesehatan Kab/Kota <input type="checkbox"/>
4. Apakah penanggungjawab program dilibatkan dalam penyusunan perencanaan tersebut ?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
5. Apakah perencanaan puskesmas dibahas dalam Musrenbang (Musyawarah Perencanaan dan Pembangunan) Kecamatan ?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
6. Apakah perencanaan puskesmas dibahas dalam rapat perencanaan Dinas Kesehatan Kab/Kota?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>

### B. Penggerakan Pelaksanaan

1. Lokakarya Mini Bulanan		
a. Apakah ada lokakarya mini bulanan?	1. Ya, ada dokumen 2. Ya, tidak ada dokumen 3. Tidak → 2	<input type="checkbox"/>
b. Jika ya, berapa kali lokakarya mini dilakukan pada tahun 2010 ?	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Materi yang dibahas dalam lokakarya mini:		
1) Laporan kegiatan bulan sebelumnya	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
2) Rencana Pelaksanaan Kegiatan <i>Plan of Action</i> (POA) bulan berikutnya	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
3) Lainnya, sebutkan .....	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
2. Lokakarya Mini Triwulan		
a. Apakah ada lokakarya mini triwulan ?	1. Ya, ada dokumen 2. Ya, tidak ada dokumen 3. Tidak → C	<input type="checkbox"/>
b. Berapa kali dilakukan pada tahun 2010?	..... kali	<input type="checkbox"/>
c. Bahan/materi yang dibahas dalam lokakarya mini		
1) Laporan kegiatan pelaksanaan program kesehatan dan dukungan sektor terkait	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
2) Inventaris masalah/hambatan dari masing-masing sektor	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
3) Informasi kebijakan program baru	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
5) Pembahasan rancangan POA bersama antara Puskesmas dengan lintas sector	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>

**C. Program yang Dilaksanakan dan Penanggung jawab Program**

**1. Upaya Kesehatan Wajib**

Program	1.Ada 2.Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>	Penanggungjawab program:	
		01.Dokter 02.Dokter Gigi 03.Perawat 04.Bidan 05.Perawat gigi 06. Sanitarian 07. Tenaga Gizi	08. Apoteker/tenaga Farmasi 09. Tenaga Promkes 10. Sarjana Kesehatan Masy 11. Analis Kesehatan 12. Tenaga Administrasi 13. Lainnya
(1)	(2)	(3)	
a. Promosi kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kesehatan lingkungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. KIA/KB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Perbaikan gizi masyarakat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pencegahan dan pengendalian penyakit menular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pengobatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Upaya Kesehatan Pengembangan</b>			
a. Usaha Kesehatan sekolah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kesehatan Olah Raga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Perawatan Kesehatan Masyarakat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kesehatan Kerja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kesehatan Gigi dan Mulut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kesehatan Jiwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Kesehatan Mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kesehatan Usia Lanjut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pembinaan Pengobatan Tradisional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kesehatan Haji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. Pembagian Tugas dan Daerah Binaan**

1. Apakah ada petugas yang menjadi penanggung jawab program lebih dari satu program	1. Ada      2. Tidak ada → <b>3</b>	<input type="checkbox"/>
2. Jika ada, berapa jumlah petugas yang mendapat tanggungjawab program lebih dari satu ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Apakah ada penanggungjawab daerah binaan dari puskesmas selain bidan desa dan tenaga pustu?	1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>

**E. Kendali Mutu Pelayanan Kesehatan**

1. Program jaminan mutu yang dijalankan Puskesmas :		1.Ya      2.Tidak
a. <i>Quality assurance (QA)</i>	<input type="checkbox"/>	d. Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) perawat dan bidan <input type="checkbox"/>
b. <i>ISO Pelayanan</i>	<input type="checkbox"/>	e. Akreditasi <input type="checkbox"/>
c. Gugus kendali mutu	<input type="checkbox"/>	
2. Penilaian Kepuasan Pasien:		1.Ya      2.Tidak → <b>F</b>
a. Apakah ada penilaian kepuasan pasien?		<input type="checkbox"/>

b. Jika ya, bagaimana caranya			
1) Kotak saran	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
2) Pengisian angket	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
3) Survey	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4) Lainnya.....	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

#### F. Sistem Informasi Puskesmas

1	Apakah Puskesmas memiliki arsip laporan tahun 2010 sebagai berikut:	1. Ya	2. Tidak	Jumlah
	a. Laporan Bulanan Data Kesakitan (LB1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Laporan Bulanan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LP LPO atau LB2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Laporan Bulanan Gizi, KIA, Imunisasi, P2M (LB3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Laporan Bulanan Data Kegiatan Puskesmas (LB4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Laporan Tahunan Data Dasar Puskesmas (LT1)		<input type="checkbox"/>	
	f. Laporan Tahunan Data Kepegawaian Puskesmas (LT2)		<input type="checkbox"/>	
	g. Laporan Tahunan Data Peralatan Puskesmas (LT3)		<input type="checkbox"/>	
2	Apakah Puskesmas telah menggunakan sistem komputer dalam memberikan pelayanan dalam gedung?	1. Ya, ada jaringan antar ruangan 2. Ya, menggunakan komputer tapi tidak ada jaringan antar ruangan 3. Tidak menggunakan komputer		<input type="checkbox"/>
3	Apakah pada saat ini puskesmas menggunakan <i>International Classification of Diseases (ICD) X</i> untuk pengkodean penyakit?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

#### G. Penilaian Kinerja Puskesmas

1	Apakah ada penilaian kinerja?	1. Ada	2. Tidak ada → VIII	<input type="checkbox"/>
2	Apakah ada pembahasan hasil penilaian kinerja dengan staf Puskesmas?	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
3	Apakah hasil penilaian kinerja puskesmas dikirim ke Dinas Kesehatan kabupaten/Kota?	1. Ada	2. Tidak ada → VIII	<input type="checkbox"/>
4	Apakah ada umpan balik dari penilaian kinerja Puskesmas dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota?	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

**VIII. PELAYANAN KESEHATAN**

**1. PROGRAM PROMOSI KESEHATAN**

**a. Kegiatan (tahun 2010)** 1. Ada    2. Tidak ada

1) Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS)	<input type="checkbox"/>
2) Pembinaan di Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)	<input type="checkbox"/>
3) Pembinaan Forum Desa Siaga	<input type="checkbox"/>
4) Pembinaan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) lainnya	<input type="checkbox"/>

**b. Jumlah petugas yang melaksanakan Promosi Kesehatan (tahun 2010)**

Jumlah total petugas	Dokter	Drg	Perawat	Bidan	Sanitarian	Tenaga Promkes	Kesmas	Tenaga Gizi	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**c. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga / Petugas Puskesmas (tahun 2009 dan 2010)**

Jenis Pelatihan	1. Ada 2. Tdk ada → baris berikutnya	Jumlah tenaga yang ikut pelatihan								
		Dokter	Drg	Perawat	Bidan	Sanitarian	Tenaga Promkes	Kesmas	Tenaga Gizi	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1) PHBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Desa Siaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Pemberdayaan masyarakat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**d. Pedoman**

Pedoman	Jawaban 2 atau 3 → baris berikutnya	Tahun Pencetakan
(1)	(2)	(3)
1) Juknis pengembangan dan penyelenggaraan pos kesehatan desa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2) Pedoman pelaksanaan pengembangan desa siaga	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3) Juknis penggerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengembangan desa siaga	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**e. Pencatatan (tahun 2010)** 1. Ada, lengkap    2. Ada, tidak lengkap    3. Tidak ada

1) Apakah ada Pencatatan tentang kegiatan Peran Serta Masyarakat?	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

**f. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)**

1) Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/ Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program promosi kesehatan pada tahun 2010?	1 Ya    2 Tidak → 3)	<input type="checkbox"/>
2) Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="text"/> <input type="text"/>
3) Apakah ada Umpan balik ( <i>feedback</i> ) laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota?	1. Ada 2. Tidak ada → 5)	<input type="checkbox"/>
4) Bila ada, frekuensi umpan balik ( <i>feedback</i> )?	1. Setiap bulan 2. Setiap tiga bulan 3. Setiap 6 bulan 4. Setahun sekali 5. Tidak menentu	<input type="checkbox"/>

5) Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan di Dinas Kesehatan Kab/ Kota?		1 Ada 2 . Tidak ada → g	<input type="checkbox"/>
6) Jika ada berapa kali?		..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>g. Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>	<b>Jumlah Bulan Laporan</b>
1a). Jumlah desa/RW siaga yang dibentuk sampai dengan tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1b). Jumlah desa/RW siaga aktif pada tahun 2010
2a). Jumlah rumah tangga di wilayah kerja Puskesmas pada tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2b). Jumlah rumah tangga di wilayah kerja Puskesmas yang mendapatkan penyuluhan PHBS pada tahun 2010
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:	Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nama Responden:	Jabatan:	No.HP:	

### VIII. PELAYANAN KESEHATAN

#### 2. PROGRAM KESEHATAN LINGKUNGAN

##### a. Kegiatan (tahun 2010)

1. Ada 2. Tidak ada

1. Kunjungan/Pemeriksaan sanitasi lingkungan sekolah	<input type="checkbox"/>
2. Kunjungan/Pemeriksaan sanitasi tempat-tempat umum (TTU)	<input type="checkbox"/>
3. Kunjungan/Pemeriksaan sanitasi pengelola makanan/minuman (TPM)	<input type="checkbox"/>
4. Kunjungan/Pemeriksaan sanitasi rumah tangga	<input type="checkbox"/>
5. Kunjungan/Pemeriksaan sanitasi Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) sampah	<input type="checkbox"/>
6. Pemberantasan Sarang Nyamuk / Pemeriksaan jentik nyamuk	<input type="checkbox"/>
7. Pelayanan Klinik Sanitasi	<input type="checkbox"/>

##### b. Jumlah petugas yang melaksanakan program Kesehatan Lingkungan (tahun 2010)

Jumlah total petugas	Dokter	Perawat	Bidan	Sanitarian	Tenaga Promkes	Kesmas	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga / Petugas Puskesmas (tahun 2009 dan 2010)

Jenis pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	Dokter	Perawat	Bidan	Sanitarian	Tenaga Promkes	Kesmas	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1) Air Minum / Air Bersih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) Sanitasi Makanan/Minuman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) Pengelolaan Sampah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) Pengelolaan Air Limbah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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. Pedoman

Pedoman	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → baris berikutnya	Tahun Pencetakan
(1)	(2)	(3)
1) Pedoman penyelenggaraan kesehatan lingkungan di lingkungan sekolah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2) Pedoman penyelenggaraan kesehatan lingkungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3) Permenkes tentang Persyaratan kualitas air minum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

##### e. Pencatatan (tahun 2010)

1. Ada, lengkap 2. Ada, tidak lengkap 3. Tidak ada

1). Apakah ada Pencatatan Data Kesehatan Lingkungan?	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

f. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)						
1) Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/ Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program kesling pada tahun 2010?		1 Ya 2 Tidak →3)		<input type="checkbox"/>		
2) Jika ada berapa kali?		..... kali		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3) Apakah ada Umpan balik ( <i>feedback</i> ) laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota?		1. Ada 2. Tidak ada → 5)		<input type="checkbox"/>		
4) Bila ada, frekuensi umpan balik ( <i>feedback</i> )?		1. Setiap bulan 2. Setiap tiga bulan 3. Setiap 6 bulan	4. Setahun sekali 5. Tidak menentu	<input type="checkbox"/>		
5) Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program kesling di Dinas Kesehatan Kab/ Kota?		1. Ada 2. Tidak ada → g		<input type="checkbox"/>		
6) Jika ada berapa kali?		..... kali		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
g. Output (tahun 2010)			Jumlah Bulan Laporan	Jumlah Bulan Laporan		
1a). Jumlah rumah di wilayah kerja Puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1b). Jumlah rumah yang dilakukan pemeriksaan sanitasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				1c). Jumlah rumah yang bebas jentik nyamuk		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2a). Jumlah TTU di wilayah kerja Puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2b). Jumlah TTU yang dilakukan pemeriksaan sanitasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3a). Jumlah TPM di wilayah kerja Puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3b). Jumlah TPM yang dilakukan pemeriksaan sanitasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4a). Jumlah TPA di wilayah kerja Puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4b). Jumlah TPA yang dilakukan pemeriksaan sanitasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5a). Jumlah Sumber Air Bersih yang dilakukan pemeriksaan sanitasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5b). Jumlah Sampel Pemeriksaan Air Bersih yang dikirim ke Laboratorium rujukan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6a). Jumlah Kasus Diare dengan dehidrasi sedang dan berat		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6b). Jumlah Penderita diare dengan dehidrasi sedang dan berat yang mendapatkan Konsultasi Kesehatan Lingkungan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:	Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nama Responden:	Jabatan:	No.HP:	

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>					
<b>3. PELAYANAN KESEHATAN IBU</b>					
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>				1. Ada    2. Tidak ada	
1)	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)			<input type="checkbox"/>	
2)	Kemitraan Bidan dan Dukun di Puskesmas			<input type="checkbox"/>	
3)	Kelas Ibu (Hamil dan Nifas)			<input type="checkbox"/>	
4)	Pelayanan antenatal terintegrasi			<input type="checkbox"/>	
<b>b. Pelayanan Persalinan Dalam Gedung Puskesmas (tahun 2010)</b>					
1)	Apakah puskesmas ini melayani pelayanan persalinan?	1. Ya    2. Tidak → c		<input type="checkbox"/>	
2)	Jika ya berapa jumlah pertolongan persalinan tahun 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>c. Frekuensi pelayanan kesehatan ibu di puskesmas (tahun 2010) :</b> 1. Setiap hari    2. 3 hari/minggu    3. 2 hari/minggu    4. Seminggu sekali					
1)	Berapa hari frekuensi pelayanan ibu hamil dalam seminggu di dalam gedung puskesmas?			<input type="checkbox"/>	
2)	Berapa hari frekuensi pelayanan ibu nifas dalam seminggu di dalam gedung puskesmas?			<input type="checkbox"/>	
<b>d. Jumlah petugas yang melaksanakan program kesehatan ibu (tahun 2010)</b>					
Jumlah total petugas	Dokter	Perawat	Bidan	Lainnya	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<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>e. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas (tahun 2009 dan 2010)</b>					
Jenis pelatihan	Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	Dokter	Bidan	Perawat	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1) Asuhan Persalinan Normal (APN)	<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) Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)	<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) Pelatihan Pemantauan Wilayah Setempat Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak (PWS KIA)	<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) 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"/>
5) 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"/>
<b>f. Pedoman</b>					
Pedoman	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → baris berikutnya	Tahun Pencetakan			
(1)	(2)	(3)			
1) Acuan Asuhan Persalinan Normal (APN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2) Buku kesehatan ibu dan anak (KIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3) Buku pedoman program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4) Buku pegangan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
5) Pedoman Kelas Ibu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

6)	Pedoman pemantauan wilayah setempat (PWS-KIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7)	Pedoman Pencegahan dan Penanganan Malaria pada Ibu Hamil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8)	Pedoman <i>Prevention of Mother to Child Transmition</i> (PMTCT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9)	Pedoman Operasional Pelayanan Terpadu Kesehatan Reproduksi di Puskesmas (terintegratif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>g. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)</b>			
1)	Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/ Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program pelayanan kesehatan ibu pada tahun 2010?	1. Ada 2. Tidak ada → 3)	<input type="checkbox"/>
2)	Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3)	Apakah ada Umpan balik ( <i>feedback</i> ) laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota?	1. Ada, 2. Tidak ada → 5)	<input type="checkbox"/>
4)	Bila ada, frekuensi umpanbalik ( <i>feedback</i> )?	1. Setiap bulan 2. Setiap tiga bulan 3. Setiap 6 bulan 4. Setahun sekali 5. Tidak menentu	<input type="checkbox"/>
5)	Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program pelayanan kesehatan ibu di Dinas Kesehatan Kab/ Kota?	1. Ada 2. Tidak ada → 7)	<input type="checkbox"/>
6)	Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7)	Apakah ada Audit Maternal Perinatal (AMP) yang dilakukan pada tahun 2010 ?	1. Ada 2. Tidak ada 3. Tidak ada kasus kematian	<input type="checkbox"/>
8)	Apakah ada supervisi fasilitatif yang dilakukan oleh bidan koordinator kepada bidan pelaksana pelayanan pada tahun 2010?	1. Setiap bulan 2. Setiap tiga bulan 3. Setiap 6 bulan 4. Tidak menentu 5. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
<b>h. Pencatatan (tahun 2010)</b>			
1).	Apakah ada rekapan kohor ibu dari seluruh desa/kelurahan/RW di tingkat Puskesmas ?	1. Ada, seluruh desa 2. Ada, sebagian desa 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
2).	Apakah PWS KIA dilakukan?	1. Ada, seluruh desa 2. Ada, sebagian desa 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
3).	Apakah pencatatan PWS KIA dilakukan secara manual atau komputerisasi?	1. Manual 2. Komputerisasi	<input type="checkbox"/>
<b>i. Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>	<b>Jumlah Bulan Laporan</b>
1a).	Jumlah sasaran ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		1b). Jumlah ibu hamil dengan K1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		1c). Jumlah ibu hamil dengan K4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		1d). Jumlah ibu hamil yang diperiksa khusus : (Hep B, HIV, Syphilis, Tb, Malaria, Thalasemia, kecacingan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2a).	Jumlah sasaran ibu hamil dengan komplikasi tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2b).	Jumlah komplikasi kebidanan yang mendapat penanganan definitif tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3a).	Jumlah sasaran ibu bersalin tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3b).	Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

			Jumlah Bulan Laporan		Jumlah Bulan Laporan	
				3c). Jumlah ibu bersalin yang ditolong di fasilitas kesehatan pada tahun 2010	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
				3d). Berapa jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja puskesmas dari keluarga miskin tahun 2010?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
				3e). Jumlah ibu bersalin dengan komplikasi yang dirujuk (ke puskesmas PONEK / RS atau PONEK) pada tahun 2010	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4a). Jumlah sasaran ibu nifas tahun 2010	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	4b). Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar tahun 2010	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
				4c). Jumlah ibu nifas dengan komplikasi yang dirujuk (ke puskesmas PONEK / RS atau PONEK) pada tahun 2010	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	5). Jumlah kematian ibu hamil, bersalin dan nifas tahun 2010				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:	Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nama Responden:	Jabatan:	No.HP:	

### VIII. PELAYANAN KESEHATAN

#### 4. PELAYANAN BAYI DAN ANAK

##### a. Kegiatan (tahun 2010) 1. Ada    2. Tidak ada

1) Manajemen Asfiksia	<input type="checkbox"/>
2) Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)	<input type="checkbox"/>
3) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	<input type="checkbox"/>
4) Kelas Ibu Balita	<input type="checkbox"/>
5) Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)	<input type="checkbox"/>
6) Kekerasan Terhadap Anak (KTA)	<input type="checkbox"/>
7) Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)	<input type="checkbox"/>
8) Penanganan kasus diare pada balita dengan dehidrasi sedang dan berat	<input type="checkbox"/>

##### b. Jumlah petugas yang melaksanakan pelayanan bayi dan anak (tahun 2010)

Jumlah total petugas	Dokter	Perawat	Bidan	Tenaga Gizi	Tenaga Promkes	Kesmas	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas (tahun 2009 dan 2010)

Jenis pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	Dokter	Perawat	Bidan	Tenaga Gizi	Tenaga Promkes	Kesmas	Lainnya
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1) Manajemen asfiksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) Manajemen BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) SDIDTK (Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) Kelas Ibu balita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) KTA (Kekerasan Terhadap 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"/>
6) PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7a). MTBS (Manajemen terpadu Balita Sakit) minimal 6 hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b). Bila ada pelatihan MTBS, apakah dilakukan monitoring pasca pelatihan? 1. Ya 2. Tidak							<input type="checkbox"/>	

d. Pedoman			
	Nama buku pedoman	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → baris berikutnya	Tahun Pencetakan
	(1)	(2)	(3)
	1) Buku pedoman manajemen asfiksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2) Buku kesehatan ibu dan anak (KIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3) Buku pedoman pelaksanaan SDIDTK anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4) Buku pedoman Kelas Ibu Balita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	5) Modul manajemen bayi berat lahir rendah (BBLR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	6) Modul manajemen terpadu balita sakit (MTBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	7) Buku Pedoman tata laksana kekerasan terhadap perempuan dan anak bagi petugas kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	8) Buku Pedoman PKPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. Pencatatan (tahun 2010)			
		1. Ada, lengkap	2. Ada, tidak lengkap
			3. Tidak ada
	1) Pencatatan kohor bayi		<input type="checkbox"/>
	2) Pencatatan kohor anak balita dan prasekolah		<input type="checkbox"/>
	3) Pencatatan MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit) dan MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda)		<input type="checkbox"/>
	4) Pencatatan SDIDTK (Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang)		<input type="checkbox"/>
f. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)			
	1) Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/ Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program kesehatan bayi dan anak pada tahun 2010?	1. Ada 2. Tidak ada → 3)	<input type="checkbox"/>
	2) Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3) Apakah ada Umpan balik ( <i>feedback</i> ) laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota?	1. Ada, 2. Tidak ada → 5)	<input type="checkbox"/>
	4) Bila ada, frekuensi umpan balik ( <i>feedback</i> ) ?	1. Setiap bulan 2. Setiap tiga bulan 3. Setiap 6 bulan 4. Setahun sekali 5. Tidak menentu	<input type="checkbox"/>
	5) Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program di Dinas Kesehatan Kab/ Kota?	1. Ada 2. Tidak ada → g	<input type="checkbox"/>
	6) Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. Pengawasan & Bimbingan Teknis Internal (tahun 2010)			
	1) Apakah ada supervisi fasilitatif yang dilakukan oleh bidan koordinator kepada bidan pelaksana pelayanan?	1. Ada	2. Tidak ada
			<input type="checkbox"/>
h. Output (tahun 2010)			
	1a). Jumlah seluruh bayi lahir hidup	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jumlah Bulan Laporan
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jumlah Bulan Laporan
	1b). Jumlah neonatal yang mendapatkan pelayanan pada umur 6 – 48 jam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1c). Jumlah neonatal yang mendapatkan pelayanan pada umur 3 – 7 hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1d). Jumlah neonatal yang mendapatkan pelayanan pada umur 8 – 28 hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1e). Jumlah BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1f). Jumlah BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) yang ditangani	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		Jumlah Bulan Laporan		Jumlah Bulan Laporan	
2a). Jumlah sasaran bayi 1 – 11 bulan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2b). Jumlah bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar (imunisasi dasar lengkap, vitamin A 1 kali, pelayanan SDIDTK 4 kali dan penyuluhan) pada tahun 2010	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3a). Jumlah neonatal dengan komplikasi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	3b). Jumlah neonatal dengan komplikasi yang ditangani	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4a). Jumlah seluruh anak balita di wilayah kerja Puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	4b). Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali, pelayanan SDIDTK 2 kali, dan vitamin A 2 kali di wilayah puskesmas tahun 2010	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5a). Jumlah balita penderita Diare	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	5b). Jumlah balita penderita diare yang diberi zinc	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nama Responden:	Jabatan:	No.HP:	

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>							
<b>5. PELAYANAN KB (KELUARGA BERENCANA)</b>							
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>							1. Ada    2. Tidak ada
1) Pelayanan pemasangan alat kontrasepsi (IUD, Susuk, Vasektomi, Mini Laparatomi)							<input type="checkbox"/>
2) Penanganan komplikasi							<input type="checkbox"/>
3) Konsultasi KB (Keluarga Berencana)							<input type="checkbox"/>
<b>b. Frekuensi pelayanan KB di puskesmas (tahun 2010) :</b>							
1). Berapa hari frekuensi pelayanan KB dalam seminggu di puskesmas? 1. Setiap hari    2. 3 hari /minggu    3. 2 hari/minggu    4. seminggu sekali							<input type="checkbox"/>
<b>c. Jumlah petugas yang melaksanakan program KB sesuai kegiatan pelayanan (tahun 2010) :</b>							
Jumlah total petugas	Dokter	Perawat	Bidan	Kesmas	Lainnya		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
<input type="checkbox"/> <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>d. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas (tahun 2009 dan 2010)</b>							
Jenis pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	Dokter	Perawat	Bidan	Kesmas	Lainnya	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
1) Progam KB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2) Pemasangan alat kontrasepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3) Penanganan Komplikasi kontrasepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4) Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>e. Pedoman</b>							
Pedoman	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → baris berikutnya				Tahun Pencetakan		
(1)	(2)				(3)		
1) Buku panduan praktis pelayanan kontrasepsi	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2) Panduan audit medik pelayanan KB	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3) Panduan baku klinis program pelayanan KB	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4) Pedoman pelayanan kesehatan reproduksi terpadu	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5) Pedoman pelayanan kontrasepsi darurat	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6) Pedoman penanggulangan efek samping/komplikasi kontrasepsi	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>f. Pencatatan (tahun 2010)</b>							1. Ada, lengkap    2. Ada, tidak lengkap    3. Tidak ada
1). Apakah ada pencatatan pelayanan KB?		<input type="checkbox"/>	2). Apakah ada pencatatan hasil cakupan pelayanan KB?			<input type="checkbox"/>	

<b>g. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)</b>					
1)	Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/ Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program pelayanan keluarga berencana pada tahun 2010?		1. Ya 2. Tidak → 3)	<input type="checkbox"/>	
2)	Jika ada berapa kali?		..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3)	Apakah ada Umpan balik ( <i>feedback</i> ) laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota?		1. Ada, 2. Tidak ada → 5)	<input type="checkbox"/>	
4)	Bila ada, frekuensi umpanbalik ( <i>feedback</i> )?	1. Setiap bulan 2. Setiap tiga bulan 3. Setiap 6 bulan	4. Setahun sekali 5. Tidak menentu	<input type="checkbox"/>	
5)	Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program pelayanan keluarga berencana di Dinas Kesehatan Kab/ Kota?		1. Ada 2. Tidak ada → h	<input type="checkbox"/>	
6)	Jika ada berapa kali?		..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>h. Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>	
1a).	Jumlah pasangan usia subur tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1b). Jumlah PUS yang menggunakan kontrasepsi tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				1c). Jumlah PUS yang menggunakan kontrasepsi MKET tahun 2010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nama Responden:		Jabatan:	No.HP:

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>							
<b>6. PROGRAM PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT</b>							
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b> <span style="float: right;">1. Ada      2. Tidak ada</span>							
1) Peningkatan Pemberian ASI Eksklusif	<input type="checkbox"/>	4) Pemberian tablet besi (90 tablet) pada ibu hamil	<input type="checkbox"/>				
2) Pemberian MP-ASI anak umur 6-24 bulan	<input type="checkbox"/>	5) Pemberian PMT pemulihan balita pada gakin	<input type="checkbox"/>				
3) Pemberian kapsul vitamin A (dosis 200.000 SI) pada Balita	<input type="checkbox"/>	6) Penimbangan Balita	<input type="checkbox"/>				
<b>b. Jumlah petugas yang melaksanakan program perbaikan gizi masyarakat (tahun 2010)</b>							
Jumlah total petugas	Dokter umum	Ahli Gizi	Perawat	Bidan	Penyuluh	Lainnya	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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>c. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas (tahun 2009 dan 2010)</b>							
Jenis Pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>	Jumlah tenaga yang ikut pelatihan					
		Dokter umum	Ahli Gizi	Perawat	Bidan	Penyuluh	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1) Konseling ASI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Pemantauan pertumbuhan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Konseling MP-ASI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Tata laksana gizi buruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Pedoman</b>							
Pedoman	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → <b>baris berikutnya</b>					Tahun Pencetakan	
(1)	(2)					(3)	
1) Buku surveilans gizi	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2) Buku pegangan kader	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3) Buku manajemen pemberian vitamin A	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4) Buku manajemen pemberian tablet Fe	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5) Buku pedoman ASI	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6) Buku Pedoman MP-ASI	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7) Buku pedoman pemberian garam beriodium	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8) Buku standar pemantauan pertumbuhan	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9) Pedoman pengelolaan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk anak usia 6-24 bulan	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>e. Pencatatan dan Pelaporan (tahun 2010)</b> <span style="float: right;">1. Ada, lengkap      2. Ada, tidak lengkap      3. Tidak ada</span>							
1) Buku register gizi	<input type="checkbox"/>	3) Sistem Informasi Posyandu (SIP)	<input type="checkbox"/>				
2) Surveilans Gizi	<input type="checkbox"/>						

f. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)					
1) Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/ Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program Gizi pada tahun 2010?		1 Ya 2 Tidak → 3)		<input type="checkbox"/>	
2) Jika ada berapa kali?		..... kali		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3) Apakah ada Umpan balik ( <i>feedback</i> ) laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota?		1.Ada, 2.Tidak ada → 5)		<input type="checkbox"/>	
4) Bila ada, frekuensi umpanbalik ( <i>feedback</i> )?		1.Setiap bulan 2.Setiap tiga bulan 3. Setiap 6 bulan	4. Setahun sekali 5. Tidak menentu	<input type="checkbox"/>	
5) Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program gizi di Dinas Kesehatan Kab/ Kota?		1 Ada 2 . Tidak ada → g		<input type="checkbox"/>	
6) Jika ada berapa kali?		..... kali		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
g.Output (tahun 2010)			Jumlah Bulan Laporan	Jumlah Bulan Laporan	
1a). Jumlah anak usia 6 – 24 bulan dari keluarga miskin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1b). Jumlah anak usia 6 – 24 bulan dari keluarga miskin yang mendapat MP-ASI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2a). Jumlah balita	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2b). Jumlah balita yang memiliki KMS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			2c). Jumlah balita ditimbang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			2d). Jumlah balita yang naik berat badannya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			2e). Jumlah balita bawah garis merah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			2f). Jumlah balita yang mendapat Vitamin A dosis tinggi 2 kali per tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3a). Jumlah ibu hamil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3b). Jumlah ibu hamil mendapatkan tablet Fe 90 butir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:	Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:	

### VIII. PELAYANAN KESEHATAN

#### 7. PROGRAM PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR

a. Kegiatan (tahun 2010)			1. Ada	2. Tidak ada
1) Program TB Paru	<input type="checkbox"/>	7) Program Schistosomiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Program ISPA/Pneumonia	<input type="checkbox"/>	8) Program HIV-AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Program Diare	<input type="checkbox"/>	9) Program Filariasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Program DBD	<input type="checkbox"/>	10) Surveilans Terpadu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Program Malaria	<input type="checkbox"/>	11) Program Rabies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Program Kusta	<input type="checkbox"/>	12) Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### b. Jumlah petugas yang melaksanakan Program Pengendalian Penyakit (tahun 2010)

Jumlah total petugas	Dokter umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Sanitarian	Tenaga Promkes	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### c. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas (tahun 2009 dan 2010)

Penatalaksanaan Penyakit Menular	1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	Jumlah tenaga yang ikut pelatihan						
		Dokter	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Sanitarian	Tenaga Promkes	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1) TB Paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ISPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) DBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Kusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Schistosomiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Pencegahan HIV-AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pengenalan HIV-AIDS (konseling dan VCT) di RS dan Puskesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Filariasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Rabies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Tim Gerak Cepat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>d. Pedoman</b>			
	<b>Pedoman</b>	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → <b>baris berikutnya</b>	<b>Tahun Pencetakan</b>
	(1)	(2)	(3)
1)	Penanggulangan TB Paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2)	Penanggulangan ISPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3)	Penanggulangan Diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4)	Penanggulangan DBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5)	Penanggulangan Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6)	Penanggulangan Kusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7)	Penanggulangan Schistosomiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8)	Pencegahan HIV-AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9)	Penanggulangan Filariasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10)	Pedoman KLB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11)	Pedoman Penanggulangan Rabies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12)	Pedoman Surveilans Integrasi Avian Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>e. Pencatatan (tahun 2010)</b> 1. Ada, lengkap 2. Ada, tidak lengkap 3. Tidak ada			
1)	Program TB Paru	<input type="checkbox"/>	7) Program Schistosomiasis <input type="checkbox"/>
2)	Program ISPA/Pneumonia	<input type="checkbox"/>	8) Program HIV-AIDS <input type="checkbox"/>
3)	Program Diare	<input type="checkbox"/>	9) Program Filariasis <input type="checkbox"/>
4)	Program DBD	<input type="checkbox"/>	10) Surveilance Terpadu <input type="checkbox"/>
5)	Program Malaria	<input type="checkbox"/>	11) Program Rabies <input type="checkbox"/>
6)	Program Kusta	<input type="checkbox"/>	12) Lainnya..... <input type="checkbox"/>
<b>f. Pencatatan Kejadian Luar Biasa (tahun 2010)</b> 1. Ada, lengkap 2. Ada, tidak lengkap 3. Tidak ada			
1)	Pencatatan Kejadian Luar Biasa (W1)	<input type="checkbox"/>	4) Pencatatan Surveilans Terpadu Puskesmas Sentinel <input type="checkbox"/>
2)	Pencatatan Sistem Kewaspadaan Dini (W2)	<input type="checkbox"/>	5) Pencatatan Surveilans Terpadu Puskesmas Non Sentinel <input type="checkbox"/>
3)	Pencatatan Surveilance Terpadu Puskesmas KLB	<input type="checkbox"/>	
<b>g. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/Kota (tahun 2010)</b>			
1)	Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/ Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis P2M pada tahun 2010?	1 Ya 2 Tidak → 3)	<input type="checkbox"/>
2)	Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3)	Apakah ada Umpan balik ( <i>feedback</i> ) laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota?	1. Ada, 2. Tidak ada → 5)	<input type="checkbox"/>
4)	Bila ada, frekuensi umpanbalik ( <i>feedback</i> )?	1. Setiap bulan 4. Setahun sekali 2. Setiap tiga bulan 5. Tidak menentu 3. Setiap 6 bulan	<input type="checkbox"/>
5)	Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program P2M di Dinas Kesehatan Kab/ Kota?	1 Ada 2. Tidak ada → g	<input type="checkbox"/>
6)	Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

h.Output (tahun 2010)		Jumlah Bulan Laporan		Jumlah Bulan Laporan	
1a) Jumlah sasaran penderita TB	□ □ □ □ □	□ □	1b). Jumlah pasien baru BTA positif dan diobati	□ □ □	□ □
			1c). Jumlah pasien baru BTA positif yang diobati dan sembuh	□ □ □	□ □
2a) Jumlah sasaran penderita pneumonia balita	□ □ □ □ □	□ □	2b). Jumlah penderita pneumonia balita yang ditangani	□ □ □	□ □
			2c). Jumlah kasus pneumonia berat yang dirujuk	□ □ □	□ □
3a) Jumlah sasaran penderita Diare	□ □ □ □ □	□ □	3b). Jumlah penderita Diare yang ditangani	□ □ □	□ □
			3c). Jumlah penderita Diare yang mendapat Oralit	□ □ □	□ □
4a) Jumlah sasaran penderita DBD	□ □ □ □ □	□ □	4b). Jumlah penderita DBD yang ditangani	□ □ □ □	□ □
5a). Jumlah penderita Malaria	□ □ □ □ □	□ □	5b). Jumlah penderita Malaria yang diobati	□ □ □	□ □
6a). Jumlah penderita Kusta	□ □ □ □	□ □	6b). Jumlah penderita Kusta yang diobati dan sembuh	□ □ □	□ □
7a). Jumlah penderita Sch,istosomiasis	□ □ □ □	□ □	7b). Jumlah penderita Schistosomiasis yang diobati	□ □ □	□ □
8a). Jumlah sasaran yang beresiko tinggi terkena HIV	□ □ □ □	□ □	8b). Jumlah penderita HIV yang positif di wilayah kerja puskesmas	□ □ □	□ □
9a). Jumlah penderita kronis Filariasis	□ □ □ □	□ □	9b). Jumlah penderita Filariasis yang ditangani	□ □ □	□ □
10a). Jumlah penderita Rabies	□ □ □ □	□ □	10b). Jumlah penderita Rabies yang diobati	□ □ □	□ □
11a). Jumlah Kejadian Luar Biasa	□ □	□ □	11b). Jumlah KLB yang ditanggulangi < 24 jam	□ □	□ □

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

**VIII. PELAYANAN KESEHATAN**

**8.PELAYANAN IMUNISASI**

**a. Pelayanan Imunisasi di Puskesmas (tahun 2010)**

1). Frekuensi pelayanan imunisasi dalam gedung puskesmas : 1. Setiap hari 2. 3 hari/minggu 3. 2 hari/minggu 4. Seminggu sekali	<input type="checkbox"/>
2). Kegiatan pelayanan imunisasi di luar gedung puskesmas : 1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>

**b. Jumlah petugas yang melaksanakan program imunisasi (tahun 2010)**

Jumlah total petugas	Dokter umum	Bidan	Perawat	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(3)	(4)
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**c. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas (tahun 2009 dan 2010)**

Jenis Pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	Jumlah tenaga yang ikut pelatihan			
		Dokter	Bidan	Perawat	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1) Tata laksana imunisasi	<input type="checkbox"/>	<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) KIPI	<input type="checkbox"/>	<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. Pedoman**

Pedoman	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → baris berikutnya	Tahun Pencetakan
(1)	(2)	(3)
1) Pedoman pelaksanaan program imunisasi di Indonesia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2) Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3) Pedoman Penanganan KIPI	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4) Apakah puskesmas mempunyai SOP (Standar Operasional Prosedur) pelayanan Imunisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**e. Pencatatan (tahun 2010)**

1. Ada, lengkap 2. Ada, tidak lengkap 3. Tidak ada

1) Apakah dilakukan pencatatan stok vaksin	<input type="checkbox"/>
2) Apakah dilakukan pencatatan grafik suhu lemari es	<input type="checkbox"/>
3) Apakah dilakukan pencatatan PWS Imunisasi	<input type="checkbox"/>

**f. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)**

1) Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/ Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program imunisasi pada tahun 2010?	1. Ada 2. Tidak ada → 3)	<input type="checkbox"/>
2) Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="text"/> <input type="text"/>
3) Apakah ada Umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota?	1.Ada, 2.Tidak ada → 5)	<input type="checkbox"/>
4) Bila ada, frekuensi umpanbalik ?	1.Setiap bulan 4. Setahun sekali 2.Setiap tiga bulan 5. Tidak menentu 3. Setiap 6 bulan	<input type="checkbox"/>
5) Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program di Dinas Kesehatan Kab/ Kota?	1 Ada 2. Tidak ada → g	<input type="checkbox"/>

6) Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="text"/> <input type="text"/>
--------------------------	------------	---

g.Output (tahun 2010)		Jumlah Bulan Laporan	Jumlah Bulan Laporan
1a) Jumlah desa/RW	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1b). Jumlah desa/RW UCI
2a) Jumlah sasaran bayi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2b). Jumlah Bayi yang mendapat imunisasi lengkap
			2c). Jumlah bayi yang mendapat imunisasi HB 0
			2d). Jumlah bayi yang mendapat imunisasi BCG
			2e). Jumlah bayi yang mendapat imunisasi DPT/HB 1
			2f). Jumlah bayi yang mendapat imunisasi DPT/HB 3
			2g). Jumlah bayi yang mendapat imunisasi Polio 4
			2h). Jumlah bayi yang mendapat imunisasi Campak

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>								
<b>9. PENGOBATAN</b>								
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>							1. Ada	2. Tidak ada
1	Pelayanan pengobatan	<input type="checkbox"/>	2	Surveilans Penyakit Tidak Menular	<input type="checkbox"/>			
<b>b. Jumlah petugas yang melaksanakan program pengobatan (tahun 2010)</b>								
Jumlah total petugas		Dokter umum		Perawat		Bidan		Lainnya
(1)		(2)		(3)		(3)		(4)
<input type="text"/> <input type="text"/>		<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>c. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas (tahun 2009 dan 2010)</b>								
Jenis Pelatihan		1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	Dokter	Perawat	Bidan	Apoteker	Asisten Apoteker	Lainnya
(1)		(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1) Penggunaan Obat Rasional		<input type="checkbox"/>	<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) Gawat Darurat		<input type="checkbox"/>	<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) Sainifikasi jamu		<input type="checkbox"/>	<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>d. Pedoman</b>								
1a). Pengobatan dasar di Puskesmas		1.Ada, 2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>	1b). Tahun pencetakan		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2a). Kegawatdaruratan		1.Ada, 2.Tidak ada	<input type="checkbox"/>	2b). Tahun pencetakan		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>e. Pencatatan (tahun 2010)</b>					1. Ada, lengkap	2. Ada, tidak lengkap	3. Tidak ada	
1) Apakah ada pencatatan register Poliklinik Umum?								<input type="checkbox"/>
2) Apakah ada pencatatan rujukan?								<input type="checkbox"/>
<b>f. Pengawasan, Evaluasi dan bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/Kota (tahun 2010)</b>								
1) Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program pengobatan pada tahun 2010?					1 ada 2. tidak ada → 3)		<input type="checkbox"/>	
2) Jika ada berapa kali?					..... kali		<input type="text"/> <input type="text"/>	
3) Apakah ada Umpan balik ( <i>feedback</i> ) laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?					1.Ada, 2.Tidak ada → 5)		<input type="checkbox"/>	
4) Bila ada, frekuensi umpanbalik <i>feedback</i> ?					1.Setiap bulan 2.Setiap tiga bulan 3. Setiap 6 bulan 4. Setahun sekali 5. Tidak menentu		<input type="checkbox"/>	
5) Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program di Dinas Kesehatan Kab/Kota?					1 Ada 2. Tidak ada → g		<input type="checkbox"/>	
6) Jika ada berapa kali?					..... kali		<input type="text"/> <input type="text"/>	

g.Output (tahun 2010)		Jumlah Bulan Laporan		Jumlah Bulan Laporan	
1a) Jumlah kunjungan rawat jalan tahun 2010	□ □ □ □ □ □	□ □	1b). Jumlah kunjungan rawat jalan tahun 2010 dalam wilayah kerja Puskesmas	□ □ □ □ □ □	□ □
			1c). Jumlah kunjungan rawat jalan Keluarga Miskin tahun 2010 dalam wilayah kerja Puskesmas	□ □ □ □ □ □	
2a) Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan BP Umum tahun 2010	□ □ □ □ □ □		2b). Jumlah penderita hipertensi $\geq 15$ tahun yang mendapatkan pelayanan dari Puskesmas	□ □ □ □	
			2c). Jumlah penderita diabetes mellitus yang mendapatkan pelayanan dari Puskesmas	□ □ □ □	

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:	

0

VIII. PELAYANAN KESEHATAN					
10. USAHA KESEHATAN SEKOLAH					
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>				1. Ada	2. Tidak ada
	1) . Penjarangan kesehatan anak sekolah dasar kelas 1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Pemeriksaan kesehatan anak SD oleh nakes			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3).Pemeriksaan kesehatan anak SLTP dan atau SMU oleh nakes			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4). Pelatihan Guru UKS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5). Pelatihan Dokter Kecil			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Petugas dan Pelatihan</b>					
	1). Jumlah petugas yang melaksanakan Usaha Kesehatan Sekolah tahun 20110			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 ). Jumlah petugas yang ikut pelatihan Usaha kesehatan sekolah pada tahun 2009 dan 2010			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Pedoman dan Pencatatan</b>				1. Ada	2. Tidak ada
	1) Apakah ada Buku Pedoman UKS ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada pencatatan kegiatan UKS pada tahun 2010 ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Monitoring dan Bimbingan Teknis (tahun 2010)</b>				1. Ya	2. Tidak
	1). Apakah ada bimbingan teknis program UKS dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota pada tahun 2010?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada umpan balik dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota terhadap laporan kegiatan UKS tahun 2010 ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3). Apakah pada tahun 2010 pernah mengikuti pertemuan monitoring dan evaluasi program UKS?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e.Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>	
1a). Jumlah anak Sekolah Dasar Kelas 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1b). Jumlah anak Sekolah Dasar kelas 1 yang dijaring (diperiksa)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2a). Jumlah Sekolah Dasar	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2b). Jumlah Sekolah Dasar yang melaksanakan UKS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3a). Jumlah Sekolah Lanjutan (SLTP dan SMU)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	3b). Jumlah Sekolah Lanjutan (SLTP dan SMU) yang melaksanakan UKS	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>					
<b>11. KESEHATAN OLAHRAGA</b>					
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>				1. Ada	2. Tidak ada
1). Pembinaan kelompok potensial/ klub olahraga masyarakat				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2). Pelatihan instruktur kesehatan olahraga				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3). Pemeriksaan kesegaran jasmani anak sekolah				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Petugas dan Pelatihan</b>					
1). Jumlah petugas yang melaksanakan program kesehatan olahraga tahun 2010				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2). Jumlah petugas yang ikut pelatihan kesehatan olahraga tahun 2009 dan 2010				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Pedoman dan Pencatatan</b>				1. Ada	2. Tidak ada
1) Apakah ada pedoman kesehatan olahraga?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2). Apakah ada pencatatan kegiatan kesehatan olahraga pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Monitoring dan Bimbingan Teknis (tahun 2010)</b>				1. Ya	2. Tidak
1). Apakah ada bimbingan teknis program kesehatan olahraga dari Dinas Kesehatan Kab/Kota pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2). Apakah ada umpan balik dari Dinas Kesehatan Kab/Kota terhadap laporan kegiatan kesehatan olahraga tahun 2010				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3). Apakah pada tahun 2010 pernah mengikuti pertemuan monitoring dan evaluasi program kesehatan olahraga ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e.Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>			<b>Jumlah Bulan Laporan</b>
1) Jumlah instruktur olahraga yang dilatih		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2a).Jumlah kelompok potensial (kelompok senam ibu hamil, kelompok jantung sehat, kelompok penderita asma, dan sebagainya)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2b).Jumlah kelompok potensial (kelompok senam ibu hamil, kelompok jantung sehat, kelompok penderita asma, dan sebagainya)yang dibina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3a). Jumlah anak SLTP dan SMU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3b). Jumlah anak SLTP dan SMU yang diperiksa kesegaran jasmani	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4a). Jumlah SLTP dan SMU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4b). Jumlah SLTP dan SMU yang melakukan tes kesegaran jasmani	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:	Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:	

VIII. PELAYANAN KESEHATAN					
12. PERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT (PERKESMAS)					
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>					1. Ada    2. Tidak ada
	1).Konsultasi keperawatan di dalam gedung Puskesmas				<input type="checkbox"/>
	2). Kunjungan rumah kepada keluarga rawan kesehatan				<input type="checkbox"/>
	3). Kunjungan dan pembinaan kepada kelompok risiko tinggi				<input type="checkbox"/>
	4). Kunjungan dan pembinaan kepada masyarakat rentan kesehatan				<input type="checkbox"/>
<b>b. Petugas dan Pelatihan</b>					
	1). Jumlah petugas yang melaksanakan Perkesmas tahun 2010?				<input type="text"/> <input type="text"/>
	2). Jumlah petugas yang pernah mengikuti pelatihan Perkesmas tahun 2009 dan 2010?				<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>c. Pedoman dan Pencatatan</b>					1. Ada    2. Tidak ada
	1). Apakah ada Pedoman Perkesmas ?				<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada pencatatan kegiatan Perkesmas pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>
<b>d. Monitoring dan Bimbingan Teknis (tahun 2010)</b>					1. Ya    2. Tidak
	1). Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program Perkesmas pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada umpan balik laporan cakupan program Perkesmas selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?				<input type="checkbox"/>
	3). Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program Program Perkesmas ?				<input type="checkbox"/>
<b>e.Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>			<b>Jumlah Bulan Laporan</b>
1a) Jumlah keluarga rawan kesehatan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1b). Jumlah keluarga rawan kesehatan yang dikunjungi/ dibina	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
			1c). Jumlah keluarga rawan kesehatan yang mandiri	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2a) Jumlah kelompok risiko tinggi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2b) Jumlah kelompok risiko tinggi yang dibina	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3a) Jumlah masyarakat rentan kesehatan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	3b) Jumlah masyarakat rentan kesehatan yang dibina	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>					
<b>13. PROGRAM KESEHATAN KERJA</b>					
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>				1. Ada	2. Tidak ada
	1). Kunjungan/ Pemeriksaan ke tempat kerja				<input type="checkbox"/>
	2). Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK)				<input type="checkbox"/>
<b>b. Petugas dan Pelatihan</b>					
	1). Jumlah petugas yang melaksanakan Program Kesehatan Kerja pada tahun 2010?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Jumlah petugas yang pernah mengikuti pelatihan Kesehatan Kerja pada tahun 2009 dan 2010?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Pedoman dan Pencatatan</b>				1. Ada	2. Tidak ada
	1). Apakah ada Pedoman Pos Upaya Kesehatan Kerja?				<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada pencatatan kegiatan program kesehatan kerja pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>
<b>d. Monitoring dan Bimbingan Teknis (tahun 2010)</b>				1. Ya	2. Tidak
	1). Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program kesehatan kerja pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?				<input type="checkbox"/>
	3). Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program Kesehatan kerja ?				<input type="checkbox"/>
<b>e.Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>	
1a). Jumlah seluruh pekerja formal di wilayah puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1b). Jumlah pekerja yang mendapat pelayanan kesehatan kerja	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2a). Jumlah seluruh industri/perusahaan di wilayah kerja puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2b). Jumlah industri/perusahaan dengan Pos UKK	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
			2c). Jumlah Pos UKK yang berfungsi baik	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

VIII. PELAYANAN KESEHATAN					
14. UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT					
a. Kegiatan (tahun 2010)					
	Kegiatan	1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>	Frekuensi :		
			1. Setiap hari kerja 2. Seminggu 2-4 kali 3. Seminggu sekali	4. Sebulan 1-3 kali 5. Tidak Menentu	
	(1)	(2)	(3)		
	1) Apakah ada pelayanan kesehatan gigi dan mulut di dalam puskesmas	<input type="checkbox"/>	Bila ada, berapa frekuensinya		<input type="checkbox"/>
	2) Apakah ada Kegiatan UKGS ?	<input type="checkbox"/>	Bila ada, berapa frekuensinya		<input type="checkbox"/>
	3) Apakah ada Kegiatan UKGMD ?	<input type="checkbox"/>	Bila ada, berapa frekuensinya		<input type="checkbox"/>
b. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas tahun 2009 dan 2010					
	Jenis pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>	Dokter gigi	Perawat gigi	Lainnya
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	1) Pelatihan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) UKGS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) UKGMD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pedoman					
	Pedoman	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → <b>baris berikutnya</b>	Tahun Pencetakan		
	(1)	(2)	(3)		
	1) Pedoman pelayanan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	2) Pedoman upaya kesehatan gigi dan mulut di sekolah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	3) Pedoman upaya kesehatan gigi dan mulut di masyarakat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
d. Pencatatan (tahun 2010)					
			1. Ada, lengkap	2. Ada, tidak lengkap	3. Tidak ada
	1) Apakah dilakukan pencatatan register Poliklinik Gigi		<input type="checkbox"/>		
	2) Apakah ada pencatatan rujukan?		<input type="checkbox"/>		
e. Pengawasan, Evaluasi dan bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/Kota (tahun 2010)					
	1) Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program pelayanan gigi dan mulut pada tahun 2010?	1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>		
	2) Apakah ada Umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?	1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>		
	3) Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program kesehatan gigi dan mulut di Dinas Kesehatan Kab/Kota?	1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>		

f.Output (tahun 2010)		Jumlah Bulan Laporan		Jumlah Bulan Laporan	
1a). Jumlah kunjungan rawat jalan gigi tahun 2010	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1b). Jumlah kasus gigi yang berlubang	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
			1c). Jumlah kasus gigi yang ditambal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
			1d). Jumlah kasus gigi yang dicabut	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2a). Jumlah sekolah dasar	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2b). Jumlah sekolah dasar dengan UKGS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3a). Jumlah Desa/RW	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	3b). Jumlah Desa/RW dengan UKGMD	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:	Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nama Responden:	Jabatan:	No.HP:	

VIII. PELAYANAN KESEHATAN							
15. UPAYA KESEHATAN JIWA							
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>					1. Ada    2. Tidak ada		
1)	Pemberdayaan masyarakat untuk penemuan kasus gangguan jiwa dan masalah psikososial				<input type="checkbox"/>		
2)	Penemuan dan penanganan kasus gangguan jiwa dan masalah psikososial				<input type="checkbox"/>		
3)	Rujukan kasus gangguan jiwa dan masalah psikososial ke RS				<input type="checkbox"/>		
4)	Konseling masalah psikososial kenakalan remaja, problem rumahtangga, keluarga, dll.				<input type="checkbox"/>		
5)	Pembinaan kesehatan jiwa ke sekolah oleh Puskesmas				<input type="checkbox"/>		
<b>b. Petugas dan Pelatihan</b>							
1).	Jumlah petugas yang melaksanakan Upaya Kesehatan Jiwa tahun 2010				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2).	Jumlah petugas yang pernah mengikuti pelatihan Upaya Kesehatan Jiwa tahun 2009 dan 2010				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>c. Pedoman dan Pencatatan</b>					1. Ada    2. Tidak ada		
1).	Apakah ada Pedoman Upaya Kesehatan Jiwa?				<input type="checkbox"/>		
2).	Apakah ada pencatatan kegiatan Upaya Kesehatan Jiwa pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>		
<b>d. Monitoring dan Bimbingan Teknis (tahun 2010)</b>					1. Ya    2. Tidak		
1).	Apakah ada kunjungan petugas Dinas kesehatan untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program upaya kesehatan jiwa pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>		
2).	Apakah ada umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kabupaten?				<input type="checkbox"/>		
3).	Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program upaya kesehatan jiwa?				<input type="checkbox"/>		
<b>e. Output (tahun 2010)</b>							
		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>			<b>Jumlah Bulan Laporan</b>		
1a).	Jumlah kader kesehatan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1b).	Jumlah kader kesehatan yang diberikan pelatihan penemuan kasus gangguan jiwa dan masalah psikososial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2a).	Jumlah kasus gangguan jiwa dan masalah psikososial yang ditemukan oleh kader	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2b).	Jumlah kasus gangguan jiwa dan masalah psikososial yang ditemukan oleh kader dan dirujuk ke puskesmas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3a).	Jumlah pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial di puskesmas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3b).	Jumlah pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial yang dirujuk ke rumah sakit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		Jumlah Bulan Laporan				Jumlah Bulan Laporan	
4a). Jumlah Sekolah Dasar di wilayah puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	4b). Jumlah Sekolah Dasar yang dibina oleh puskesmas mengenai kesehatan jiwa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>		

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

VIII. PELAYANAN KESEHATAN					
16. UPAYA KESEHATAN MATA					
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>					1. Ada    2. Tidak ada
	1) Kegiatan penjangkaran gangguan penglihatan pada anak sekolah				<input type="checkbox"/>
	2) Kegiatan penyuluhan kesehatan mata kepada kelompok masyarakat				<input type="checkbox"/>
	3) Kegiatan deteksi dini penyakit glaucoma dan katarak pada usia > 45 tahun				<input type="checkbox"/>
	4) Kegiatan rujukan kasus gangguan penglihatan				<input type="checkbox"/>
<b>b. Petugas dan Pelatihan</b>					
	1). Jumlah petugas yang melaksanakan Upaya Kesehatan mata tahun 2010				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2 ). Jumlah petugas yang pernah mengikuti pelatihan Upaya Kesehatan mata tahun 2009 dan 2010				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>c. Pedoman dan Pencatatan</b>					1. Ada    2. Tidak ada
	1). Apakah ada Pedoman Upaya Kesehatan mata?				<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada pencatatan kegiatan upaya kesehatan mata pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>
<b>d. Monitoring dan Bimbingan Teknis (tahun 2010)</b>					1. Ya    2. Tidak
	1). Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program upaya kesehatan mata pada tahun 2010?				<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?				<input type="checkbox"/>
	3). Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program upaya kesehatan mata?				<input type="checkbox"/>
<b>e. Output (tahun 2010)</b>					
		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>			<b>Jumlah Bulan Laporan</b>
1a). Jumlah anak sekolah dasar di wilayah kerja puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1b). Jumlah anak sekolah dasar yang diperiksa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
			1c). Jumlah gangguan penglihatan pada anak sekolah dasar	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2a). Jumlah penduduk wilayah puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2b). Jumlah kelompok masyarakat yang diberi penyuluhan kesehatan mata	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3a). Jumlah penduduk usia > 45 tahun	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	3b). Jumlah penemuan kasus glaucoma dan katarak pada usia > 45 tahun	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4a). Jumlah kasus gangguan penglihatan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	4b). Jumlah kasus gangguan penglihatan yang dirujuk	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nama Responden:		Jabatan:	No.HP:

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>					
<b>17. UPAYA KESEHATAN USIA LANJUT</b>					
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>				1. Ada	2. Tidak ada
	1) Kegiatan promotif penyuluhan tentang perilaku hidup sehat dan gizi lanjut usia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Kegiatan deteksi dini dan pemantauan kesehatan lanjut usia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Kegiatan pengobatan ringan bagi lanjut usia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Kegiatan rehabilitatif berupa upaya medis, psikososial, dan edukatif			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Petugas dan Pelatihan</b>					
	1). Jumlah petugas yang melaksanakan Upaya Kesehatan usia lanjut tahun 2010			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Jumlah petugas yang pernah mengikuti pelatihan Upaya Kesehatan usia lanjut tahun 2009 dan 2010			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Pedoman dan Pencatatan</b>				1. Ada	2. Tidak ada
	1). Apakah ada Pedoman Upaya Kesehatan usia lanjut?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada pencatatan kegiatan upaya kesehatan usia lanjut pada tahun 2010?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Monitoring dan Bimbingan Teknis (tahun 2010)</b>				1. Ya	2. Tidak
	1). Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program upaya kesehatan usia lanjut pada tahun 2010?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3). Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program upaya kesehatan usia lanjut?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>	
1a). Jumlah kelompok usia lanjut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1b). Jumlah kelompok usia lanjut yang diberi penyuluhan dan dibina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2a). Jumlah usia lanjut diwilayah kerja puskesmas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2b). Jumlah usia lanjut yang dideteksi dini	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nama Responden:		Jabatan:	No.HP:

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>					
<b>18. UPAYA PEMBINAAN PENGOBATAN TRADISIONAL</b>					
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>				1. Ada	2. Tidak ada
	1) Pembinaan taman obat keluarga			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Pembinaan pengobat tradisional			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Pelayanan akupuntur di puskesmas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Pelayanan "djamoe" di puskesmas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Petugas dan Pelatihan</b>					
	1). Jumlah petugas yang melaksanakan Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional tahun 2010			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Jumlah petugas yang pernah mengikuti pelatihan Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional tahun 2009 dan 2010			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Pedoman dan Pencatatan</b>				1. Ada	2. Tidak ada
	1). Apakah ada Pedoman Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada pencatatan kegiatan upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional pada tahun 2010?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Monitoring dan Bimbingan Teknis (tahun 2010)</b>				1. Ya	2. Tidak
	1). Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional pada tahun 2010?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3). Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>	
	1a). Jumlah seluruh Taman Obat Keluarga (TOGA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1b). Jumlah TOGA yang dibina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2a). Jumlah seluruh pengobat tradisional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2b). Jumlah pengobat tradisional yang dibina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>			
<b>19. UPAYA KESEHATAN HAJI</b>			
<b>a. Kegiatan (tahun 2010)</b>		1. Ada	2. Tidak ada
1).	Pemeriksaan kesehatan calon jemaah haji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2).	Pembinaan kebugaran calon jemaah haji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3).	Pemantauan kesehatan jemaah haji yang kembali? (pulang haji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Petugas dan Pelatihan</b>			
1).	Jumlah petugas yang melaksanakan Upaya Kesehatan Haji pada tahun 2010?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2).	Jumlah petugas yang pernah mengikuti pelatihan Upaya Kesehatan Haji tahun 2009 dan 2010?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Pedoman dan Pencatatan</b>		1. Ada	2. Tidak ada
1).	Apakah ada Pedoman Upaya Kesehatan Haji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2).	Apakah ada pencatatan kegiatan upaya kesehatan Haji pada tahun 2010?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Monitoring dan Bimbingan Teknis</b>		1. Ya	2. Tidak
1).	Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program upaya kesehatan haji pada tahun 2010?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2).	Apakah ada umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3).	Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program upaya kesehatan haji ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Output (tahun 2010)</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>	<b>Jumlah Bulan Laporan</b>
1a).	Jumlah calon jemaah haji yang diperiksa kesehatannya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1b).	Jumlah calon jemaah haji risiko tinggi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1c).	Jumlah calon jemaah haji risiko tinggi yg dibina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2a).	Jumlah Kartu Kewaspadaan Kesehatan Jemaah Haji (K3JH) paska haji yg kembali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2b).	Jumlah jemaah haji yang dipantau	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:	Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:	

<b>VIII. PELAYANAN KESEHATAN</b>							
<b>20. PELAYANAN LABORATORIUM</b>							
<b>a. Pelayanan Laboratorium (tahun 2010)</b>							
Apakah ada pemeriksaan : Isikan dengan :					1. Ada	2. Tidak ada	
1) Darah rutin	<input type="checkbox"/>	4) Kolesterol	<input type="checkbox"/>	7) Sputum	<input type="checkbox"/>		
2) Urine rutin	<input type="checkbox"/>	5) Feses	<input type="checkbox"/>	8) Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>		
3) Kadar gula darah	<input type="checkbox"/>	6) Darah Malaria	<input type="checkbox"/>				
<b>b. Jumlah petugas yang melaksanakan program pelayanan laboratorium (tahun 2010)</b>							
Jumlah total petugas	Analisis	Perawat	Bidan	Dokter	Lainnya		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
<input type="text"/> <input type="text"/>	<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>c. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas tahun 2009 dan 2010</b>							
Jenis Pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	Analisis	Perawat	Bidan	Dokter	Lainnya	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
1) Tata laksana 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"/>	
2) Pelatihan Mikroskopis Malaria	<input type="checkbox"/>	<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) Pelatihan Mikroskopis TB	<input type="checkbox"/>	<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>d. Pedoman</b>							
1). Buku Pedoman Laboratorium	1. Ada, 2. Tidak ada → e	<input type="checkbox"/>	2). Tahun pencetakan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>e. Pencatatan (tahun 2010)</b>							
					1. Ada, lengkap	2. Ada, tidak lengkap	3. Tidak ada
a. Apakah ada pencatatan registrasi pelayanan laboratorium?					<input type="checkbox"/>		
b. Apakah ada pencatatan rujukan mikroskopis?					<input type="checkbox"/>		
<b>f. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)</b>							
1) Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis pelayanan laboratorium pada tahun 2010?			1. Ada, 2. Tidak ada		<input type="checkbox"/>		
2) Apakah ada Umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?			1. Ada, 2. Tidak ada		<input type="checkbox"/>		
3) Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi pelayanan laboratorium di Dinas Kesehatan Kab/Kota?			1. Ada 2. Tidak ada		<input type="checkbox"/>		
<b>g. Output (tahun 2010)</b>			<b>Jumlah Bulan Laporan</b>		<b>Jumlah Bulan Laporan</b>		
1a). Jumlah pasien yang mendapat pelayanan laboratorium		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>		1b). Jumlah pemeriksaan darah trombosit tersangka DBD		
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	
				1c). Jumlah pemeriksaan darah malaria		<input type="text"/> <input type="text"/>	

			Jumlah Bulan Laporan		Jumlah Bulan Laporan	
				1d). Jumlah pemeriksaan sputum TB	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
				1e). Jumlah kasus rujukan ke laboratorium 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"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:			Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

VIII. PELAYANAN KESEHATAN								
21. PELAYANAN FARMASI								
<b>a. Jumlah petugas yang melaksanakan program pelayanan farmasi (tahun 2011)</b>								
Jumlah total petugas	Apoteker	S1 Farmasi	D3 Farmasi	Asisten Apoteker	Perawat	Lainnya		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7)	
<input type="text"/> <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>b. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas tahun 2009 dan 2010</b>								
Jenis Pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>	Apoteker	S1 Farmasi	D3 Farmasi	Asisten Apoteker	Perawat	Lainnya	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8)
1) Pelayanan obat	<input type="text"/>	<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) Pengelolaan obat	<input type="text"/>	<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>c. Pedoman</b>								
Pedoman		1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → <b>baris berikutnya</b>				Tahun Pencetakan		
(1)		(2)				(3)		
1) Pedoman pelayanan kefarmasian di puskesmas		<input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2) Pedoman pengelolaan obat		<input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>d. Pencatatan (tahun 2011)</b>								
						1. Ada, lengkap	2. Ada, tidak lengkap	3. Tidak ada
1) Catatan penerimaan obat dan alkes						<input type="text"/>		
2) Catatan pemakaian obat dan alkes						<input type="text"/>		
3) Catatan resep yang dilayani (umum, askes, gakin, dll.)						<input type="text"/>		
<b>e. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)</b>								
7) Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis pelayanan farmasi pada tahun 2010?				1. Ada, 2. Tidak ada		<input type="text"/>		
8) Apakah ada Umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?				1. Ada, 2. Tidak ada		<input type="text"/>		
9) Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program farmasi di Dinas Kesehatan Kab/Kota?				1. Ada, 2. Tidak ada		<input type="text"/>		
<b>f. Output (tahun 2011)</b>								
1a). Jumlah resep pasien yang dilayani pada sebulan terakhir sebelum survei		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		1b). Jumlah resep tidak lebih dari 3 jenis obat pada sebulan terakhir sebelum survei			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:	Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:	

**VIII. PELAYANAN KESEHATAN**

**22. PUSKESMAS KELILING (PUSLING)**

**a.Pelayanan (tahun 2010)**

1	Apakah Puskesmas mempunyai Kegiatan Puskesmas Keliling (Pusling) ?	1. Ya 2. Tidak → VIII.23	<input type="checkbox"/>	
2	Jika ya, berapa kali frekuensi kegiatan Pusling selama tahun 2011?	1. > 1 kali dalam sebulan 2. Sebulan sekali 3. Dua bulan sekali 4. Tiga bulan sekali 5. Tidak tentu	<input type="checkbox"/>	
3	Jenis Pelayanan apa saja yang dilakukan pada Pusling :	Isikan dengan :	1. Ya    2. Tidak	
	a) Pelayanan pengobatan	<input type="checkbox"/>	d) Pelayanan imunisasi	<input type="checkbox"/>
	b) Pelayanan KIA	<input type="checkbox"/>	e) Penyuluhan/ Konseling	<input type="checkbox"/>
	c) Pelayanan KB	<input type="checkbox"/>	f) Lainnya	<input type="checkbox"/>

**b.Tenaga Puskesmas yang terlibat dalam Pusling (tahun 2010)**

Jumlah total petugas	dr	drg	Perawat	bidan	kesling	gizi	kesmas	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**c. Pencatatan (tahun 2010)** 1. Ada    2. Tidak ada

1). Apakah ada pencatatan terpisah untuk kegiatan puskesmas keliling?	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

**d.Bimbingan Teknis dan Evaluasi (tahun 2010)**

	1.Ada 2.Tidak ada → baris berikutnya	Jumlah dalam tahun 2010
1) Apakah ada bimbingan Teknis dari Dinas Kesehatan Kab/Kota dalam kegiatan Pusling?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2) Apakah ada evaluasi pertemuan untuk membahas cakupan Pusling di Dinas Kesehatan Kab/Kota?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**e.Output (tahun 2010)**

	Jumlah Bulan Laporan	Jumlah Bulan Laporan
1a). Jumlah desa/kelurahan/RW di wilayah kerja puskesmas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1b). Jumlah desa/kelurahan/RW yang dilayani dengan kegiatan Pusling	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2). Jumlah masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Pusling	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:	Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nama Responden:	Jabatan:	No.HP:	

23. KEGIATAN TANGGAP DARURAT BENCANA			
a. Kegiatan (tahun 2010)			
	1). Apakah di wilayah kerja, ada desa/ kelurahan rawan bencana?	1.Ada    2.Tidak ada → 3)	<input type="checkbox"/>
	2). Bila ada, jumlah desa/ kelurahan rawan bencana : .....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3). Apakah ada program tanggap darurat yang dilaksanakan Puskesmas?	1.Ada    2.Tidak ada → Blok IX	<input type="checkbox"/>
	4). Kegiatan tanggap darurat bencana	1. Ada    2. Tidak	
	a). Pelatihan Tanggap Darurat kepada masyarakat		<input type="checkbox"/>
	b). Surveilans		<input type="checkbox"/>
	c). Menyediakan posko pelayanan kesehatan		<input type="checkbox"/>
	d). Penyediaan pelayanan obat		<input type="checkbox"/>
	e). Pengawasan makanan dan minuman		<input type="checkbox"/>
b. Petugas dan Pelatihan			
	1). Jumlah petugas yang melaksanakan kegiatan tanggap darurat bencana tahun 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2). Jumlah petugas yang pernah mengikuti pelatihan kedaruratan medik tahun 2009 dan 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Pedoman dan Pencatatan			
	1). Apakah ada Pedoman Tanggap darurat bencana?	1. Ada    2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada pencatatan kegiatan tanggap darurat bencana pada tahun 2010 ?		<input type="checkbox"/>
d. Monitoring dan Bimbingan teknis (tahun 2010)			
	1). Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program tanggap darurat bencana pada tahun 2010?	1. Ya    2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	2). Apakah ada umpan balik dari Dinas Kesehatan Kab/Kota terhadap laporan cakupan selama setahun terakhir (2010)?		<input type="checkbox"/>
	3). Apakah Puskesmas pernah mengikuti pertemuan monitoring dan evaluasi program tanggap darurat bencana di Dinas Kesehatan Kab/Kota pada tahun 2010?		<input type="checkbox"/>
e. Output (tahun 2010)			
	1a). Jumlah desa/kelurahan/RW yang rawan bencana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1b) Jumlah desa/kelurahan/RW yang siaga bencana
	2a). Jumlah kelompok masyarakat di wilayah kerja puskesmas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2b). Jumlah kelompok masyarakat yang menerima pelatihan siaga bencana
	3a). Jumlah penduduk yang berada di wilayah rawan bencana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nama Responden:	Jabatan:	No.HP:	

**IX. PELAYANAN RAWAT INAP (DITANYAKAN KHUSUS PADA PUSKESMAS PERAWATAN)**

**A. FASILITAS FISIK**

Jenis Ruangan	1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>	Jumlah tempat tidur	Berfungsi: 1.Ya 2.Tidak	Ventilasi: 1. Ada, cukup 2. Ada, tidak cukup 3. Tidak ada	Tempat Cuci Tangan: 1. Ada 2. Tidak Ada	Kebersihan: 1.Bersih 2. Tidak bersih
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. Perawatan pasien umum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Perawatan Pasca Persalinan (Nifas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Perawatan bayi sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Perawatan anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ruang petugas jaga	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dapur	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lainnya.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. PELAYANAN RAWAT INAP**

1. Jenis pelayanan (tahun 2010)	1. Ada	2. Tidak ada
a. Pelayanan/ asuhan keperawatan di ruang rawat inap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Melakukan kegiatan Home care (tindak lanjut pasien pasca rawat inap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tatalaksana kasus balita gizi buruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tatalaksana kasus neonatal dengan komplikasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2.Tenaga Puskesmas yang terlibat dalam Rawat Inap yang melaksanakan pelayanan sesuai IX.B.1 (Tahun 2010)**

Jumlah total petugas	Dokter	Perawat	Bidan	Tenaga Gizi	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas tahun 2009 dan 2010**

Jenis Pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>	Jumlah tenaga yang ikut pelatihan				
		Dokter	Perawat	Bidan	Tenaga Gizi	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
a. Penatalaksanaan Puskesmas perawatan	<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. Tata laksana kasus balita gizi buruk	<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. Tatalaksana kasus neonatal dengan komplikasi	<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. Pedoman			
Pedoman	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → baris berikutnya	Tahun Pencetakan	
(1)	(2)	(3)	
a. Pedoman Asuhan Keperawatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pedoman <i>home care</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pencatatan (tahun 2010)			1. Ada 2. Tidak ada
a. Apakah ada pencatatan rawat inap?	<input type="checkbox"/>		
b. Apakah ada pencatatan kegiatan <i>home care</i> ?	<input type="checkbox"/>		
6. Pengawasan, Evaluasi dan bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)			
a. Apakah ada kunjungan petugas Dinas Kesehatan kab/Kota untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis pelayanan rawat inap Puskesmas pada tahun 2010?	1 ya 2 Tidak → c	<input type="checkbox"/>	
b. Jika ada, berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/>	
c. Apakah ada Umpan balik laporan cakupan selama setahun terakhir (2010) dari Dinas Kesehatan Kab/Kota?	1. Ada, 2. Tidak ada → e	<input type="checkbox"/>	
d. Bila ada, frekuensi umpanbalik ?	1. Setiap bulan 2. Setiap tiga bulan 3. Setiap 6 bulan 4. Setahun sekali 5. Tidak tentu	<input type="checkbox"/>	
e. Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program rawat inap Puskesmas di Dinas Kesehatan Kab/Kota?	1. Ada 2. Tidak ada → 7	<input type="checkbox"/>	
f. Jika ada, berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/>	
7. Output (tahun 2010)			
1a) Jumlah pasien yang dirawat di Puskesmas selama tahun 2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b) Jumlah pasien dari keluarga miskin yang dirawat di Puskesmas tahun 2010	<input type="checkbox"/>		
1c) Jumlah pasien yang dilakukan kunjungan rumah pasca rawat inap ( <i>follow up care</i> )	<input type="checkbox"/>		
2) <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) Puskesmas perawatan	<input type="checkbox"/>		
3) Hari rawat rata-rata atau <i>Average Length of Stay</i> (ALOS) Puskesmas perawatan (hari)	<input type="checkbox"/>		

C. Pelayanan PONE D (ditanyakan pada puskesmas dengan PONE D)					
1. Pelayanan (tahun 2010)					
a. Apakah puskesmas memberikan pelayanan emergensi kebidanan dan neonatal dasar (PONE D) 24 jam? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>				
b. Berapa menit waktu tempuh dari Puskesmas Non PONE D terjauh dalam jejaring ke Puskesmas ini ?	<input type="checkbox"/>				
c. Berapa menit waktu tempuh dari Puskesmas ini ke RS PONE K ?	<input type="checkbox"/>				
2. Tenaga Puskesmas yang terlibat dalam PONE D (tahun 2010)					
Jumlah total petugas	Dokter	Bidan	Perawat	Lainnya	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga/ Petugas Puskesmas tahun 2009 dan 2010					
Jenis Pelatihan	1. Ada 2. Tidak ada → 4	Dokter	Bidan	Perawat	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Petugas yang sudah menerima pelatihan PONE D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Pedoman			
	Pedoman	1. Ada buku pedoman 2. Ada materi pelatihan 3. Tidak ada sama sekali Jawaban 2 atau 3 → baris berikutnya	Tahun Pencetakan
	(1)	(2)	(3)
	a. Pedoman Pelayanan PONE D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Pencatatan (tahun 2010)			
	a. Apakah ada register PONE D?		1. Ada    2. Tidak ada <input type="checkbox"/>
	b. Apakah ada pencatatan Asuhan kebidanan?		<input type="checkbox"/>
6. Pengawasan, Evaluasi dan Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kab/ Kota (tahun 2010)			
	a. Apakah ada kunjungan petugas dinas kesehatan untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis pelayanan PONE D pada tahun 2010 (fasilitatif)?	1 Ya    2 Tidak → c	<input type="checkbox"/>
	b. Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Apakah pada tahun 2010 pernah dilakukan pertemuan monitoring dan evaluasi program PONE D di dinas kesehatan?	1 Ada 2 . Tidak ada → 7	<input type="checkbox"/>
	d. Jika ada berapa kali?	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Output (tahun 2010)			
	a. Jumlah tindakan kuret yang dilakukan selama tahun 2010 di puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Jumlah tindakan plasenta manual yang dilakukan selama tahun 2010 di puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Jumlah tindakan vakum ekstraksi yang dilakukan selama tahun 2010 di puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Jumlah tindakan resusitasi bayi yang dilakukan selama tahun 2010 di puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Jumlah tindakan pemberian Magnesium Sulfat (MgSO <sub>4</sub> ) yang dilakukan selama tahun 2010 di puskesmas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f. Jumlah kasus rujukan obstetri emergensi yang di rujuk tahun 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Jumlah kasus rujukan neonatal emergensi yang di rujuk tahun 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	h. Jumlah rujukan obstetri yang diterima puskesmas ini tahun 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	i. Jumlah rujukan neonatal yang diterima puskesmas ini tahun 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	j. Jumlah keluarga miskin yang memperoleh pelayanan PONE D tahun 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	k. Jumlah kasus obstetri emergensi yang meninggal di puskesmas ini tahun 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	l. Jumlah kasus neonatal emergensi yang meninggal di puskesmas ini tahun 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nama Responden:		Jabatan:	No.HP:

<b>X. KEGIATAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT</b>			
<b>A. PUSKESMAS SEBAGAI PUSAT PEMBERDAYAAN MASYARAKAT</b>			
1. Sumberdaya tenaga			
a. Apakah ada petugas Puskesmas yang secara khusus menangani bidang pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan?		1. Ada      2. Tidak ada → 2	<input type="checkbox"/>
b. Jumlah petugas		..... Orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Pelatihan tahun 2009 dan 2010			
a. Apakah ada petugas Puskesmas yg telah mengikuti pelatihan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan ?		1. Ada      2. Tidak ada → 3	<input type="checkbox"/>
b. Jumlah petugas		..... Orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Apakah ada pedoman pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan ?			
		1. Ada      2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
4. Apakah ada SOP/ Protap pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan ?			
		1. Ada      2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
5. Peraturan tertulis bidang pemberdayaan masyarakat			
a. Apakah ada peraturan tertulis yang dibuat terkait dengan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan?		1. Ada      2. Tidak ada → 6	<input type="checkbox"/>
b. Apabila ada, peraturan tersebut berupa :			<input type="checkbox"/>
1. Keputusan Pemda      2. Keputusan Kepala Puskesmas      3. Surat Edaran			
6. Alokasi dana pemberdayaan masyarakat			
a. Apakah ada alokasi dana khusus untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan?		1. Ada      2. Tidak ada → 7	<input type="checkbox"/>
b. Apabila ada, berapa persen dana yang dialokasikan tersebut berasal dari dana operasional Puskesmas?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Apakah ada forum masyarakat sebagai wadah peran serta masyarakat di bidang kesehatan ?			
		1. Ada      2. Tidak ada → 9	<input type="checkbox"/>
8. Apabila ada, bentuk forum tersebut berupa :			
a. BPP	<input type="checkbox"/>	b. Forum Kecamatan Sehat	<input type="checkbox"/>
		c. Lainnya	<input type="checkbox"/>
9. Kegiatan yang dilakukan dalam rangka pemberdayaan masyarakat : Isikan dengan :      1. Ya      2. Tidak			
a. Pertemuan tingkat desa	<input type="checkbox"/>	f. Pelatihan kader lama (refreshing)	<input type="checkbox"/>
b. Survei Mawas Diri	<input type="checkbox"/>	g. Pelatihan bagi tokoh masyarakat	<input type="checkbox"/>
c. Musyawarah Masyarakat Desa	<input type="checkbox"/>	h. Pelatihan bagi LSM / Ormas	<input type="checkbox"/>
d. Pelatihan kader kesehatan baru	<input type="checkbox"/>	i. Pertemuan lintas sektor terkait	<input type="checkbox"/>
e. Pertemuan kader kesehatan	<input type="checkbox"/>		
10. Pembinaan dan pemantauan kegiatan UKBM : Isikan dengan :      1. Ya      2. Tidak			
a. Memberi umpan balik laporan kegiatan	<input type="checkbox"/>	c. Melakukan pertemuan pembinaan	<input type="checkbox"/>
b. Melakukan supervisi kegiatan	<input type="checkbox"/>		

<b>B. UPAYA KESEHATAN BERSUMBERDAYA MASYARAKAT (UKBM)</b>				
1. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)			1. Ada    2. Tidak ada → 2	<input type="checkbox"/>
a. Jumlah Posyandu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Jumlah Posyandu Purnama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Jumlah Posyandu memiliki bangunan sendiri	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Jumlah Posyandu Mandiri	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. Jumlah Posyandu Pratama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Jumlah Posyandu yang memiliki peralatan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d. Jumlah Posyandu Madya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2. Pos Pelayanan Terpadu bagi Lanjut Usia (Posyandu Lansia)			1. Ada    2. Tidak ada → 3	<input type="checkbox"/>
a. Jumlah Posyandu Lansia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Jumlah Posyandu Lansia yang memiliki peralatan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Jumlah Posyandu Lansia yang memiliki bangunan sendiri	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3. Pos Obat Desa (POD) / Warung Obat Desa (WOD)			1. Ada    2. Tidak ada → 4	<input type="checkbox"/>
a. Jumlah POD/WOD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Jumlah POD/WOD yang memiliki peralatan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Jumlah POD/WOD yang memiliki bangunan sendiri	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4. Saka Bakti Husada (SBH)			1. Ada    2. Tidak ada → 5	<input type="checkbox"/>
a. Jumlah kelompok SBH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Jumlah kader SBH yang dilatih	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Jumlah kelompok SBH yang dibina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
5. Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)			1. Ada    2. Tidak ada → 6	<input type="checkbox"/>
a. Jumlah Pondok Pesantren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Jumlah Poskestren yang dibina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Jumlah Poskestren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Jumlah kader Poskestren yang dilatih	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6. Dana Sehat				
a. Apakah ada kelompok Dana Sehat ?	1. Ada    2. Tidak ada → 7		<input type="checkbox"/>	
b. Berapa jumlah kelompok Dana Sehat ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
7. Apakah ada kelompok-kelompok peduli (Peduli Lansia, Peduli HIV-AIDS, dan lain-lain) : Isikan dengan    1. Ya    2. Tidak				
a. Peduli Lansia	<input type="checkbox"/>	c. Peduli TB Paru	<input type="checkbox"/>	
b. Peduli HIV-AIDS	<input type="checkbox"/>	d. Lainnya	<input type="checkbox"/>	



Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nama Responden:		Jabatan:	No.HP:

XII. PUSTU DAN BIDAN DESA			
<b>A. Puskesmas Pembantu (Pustu)</b>		1. Ada 2. Tidak ada → B	<input type="checkbox"/>
1. Jumlah Puskesmas pembantu (Pustu)	..... buah		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Jumlah Pustu dengan petugas menetap di Pustu	..... buah		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Kondisi bangunan Pustu			
a. Jumlah yang Baik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Jumlah yang Rusak sedang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Jumlah yang Rusak ringan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Jumlah yang Rusak berat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Apakah ada bimbingan teknis ke pustu pada tahun 2010?	1. Ada 2. Tidak ada → B		<input type="checkbox"/>
5. Jika ya, berapa kali?	..... kali		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>B. Bidan di desa</b>		1. Ada 2. Tidak ada → XIII	<input type="checkbox"/>
1. Jumlah desa yang memiliki bidan desa		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. Jumlah desa yang bidan desanya bertempat tinggal di desa tersebut		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. Apakah ada bidan yang mendapat tugas sebagai bidan desa lebih dari 1 desa?		1. Ada 2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
4. Jumlah desa dengan bangunan Polindes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5. Jumlah Polindes berdasarkan sumber dana pembangunan Polindes			
a. Sumber dana dari Pemerintah		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Sumber dana dari Swadaya masyarakat		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. Sumber dana dari Pemerintah dan Swadaya masyarakat		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6. Jumlah Polindes yang memiliki peralatan (kit Polindes)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. Jumlah desa dengan bangunan Poskesdes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. Jumlah Poskesdes berdasarkan sumber dana Poskesdes			
a. Sumber dana dari Pemerintah		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Sumber dana dari Swadaya masyarakat		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. Sumber dana dari Pemerintah dan Swadaya masyarakat		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. Jumlah Poskesdes yang memiliki alat kesehatan (kit Poskesdes)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10. Apakah ada bimbingan teknis ke polindes dan poskesdes pada tahun 2010?		1 Ada 2 Tidak Ada → XIII	<input type="checkbox"/>
11. Jumlah pembinaan		..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	No. Urut PKM
Nama Puskesmas:		Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:	No.HP:

XIII. JARINGAN PELAYANAN KESEHATAN DASAR			
	Jenis pelayanan kesehatan dasar	Jumlah yang ada	Jumlah yang melapor ke Puskesmas
		(1)	(2)
1	Dokter umum praktek	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2	Dokter gigi praktek	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3	Bidan praktek	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4	Perawat praktek	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5	Dokter praktek bersama	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
6	Balai pengobatan	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
7	Rumah Bersalin	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
8	Balkesmas	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
9	Badan <i>home care</i> /klinik keperawatan	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
10	Apotek	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
11	Toko obat	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
12	Tempat pengobatan tradisional	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	Kel/ Desa	No Urut PKM	Nurut Rudin
NAMA PUSKESMAS					
ID PUSKESMAS					
Nama Responden:		Jabatan:		No.HP:	

1	Bangunan rumah dinas diperuntukan :	1. Kepala Puskesmas 2. Rumah dinas dokter / dokter gigi 3. Rumah dinas staf	<input type="checkbox"/>	
2	Pemanfaatan rumah dinas :	1. Dimanfaatkan kepala puskesmas 2. Dimanfaatkan oleh dokter / dokter gigi 3. Dimanfaatkan perawat 4. Dimanfaatkan bidan 5. Dimanfaatkan oleh staf lainnya 6. Tidak dimanfaatkan 7. Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>	
3	Posisi/letak rumah :	1. Dalam halaman puskesmas 2. Di sekitar puskesmas 3. Jauh dari puskesmas	<input type="checkbox"/>	
4	Luas bangunan :	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5	Kondisi Bangunan :	1. Baik 2. Rusak ringan 3. Rusak sedang 4. Rusak berat	<input type="checkbox"/>	
6	Sumber air bersih utama :	1.PAM 2.Sumur bor 3.Sumur Gali	4.Mata air 5.PAH 6.Lainnya	<input type="checkbox"/>
7	Apakah air bersih tersedia sepanjang tahun?	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
8	Sumber penerangan utama yang digunakan:	1. PLN 2. Generator 3.Tenaga matahari/solar cell 4.Listrik swadaya masyarakat	<input type="checkbox"/>	

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	Kel/ Desa	No Urut PKM	Nurut Rudin
NAMA PUSKESMAS					
ID PUSKESMAS					
Nama Responden:		Jabatan:		No.HP:	

1.	Bangunan rumah dinas diperuntukan :	1. Kepala Puskesmas 2. Rumah dinas dokter / dokter gigi 3. Rumah dinas staf	<input type="checkbox"/>	
2	Pemanfaatan rumah dinas :	1. Dimanfaatkan kepala puskesmas 2. Dimanfaatkan oleh dokter / dokter gigi 3. Dimanfaatkan perawat 4. Dimanfaatkan bidan 5. Dimanfaatkan oleh staf lainnya 6. Tidak dimanfaatkan 7. Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>	
3	Posisi/letak rumah :	1. Dalam halaman puskesmas 2. Di sekitar puskesmas 3. Jauh dari puskesmas	<input type="checkbox"/>	
4	Luas bangunan :	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5	Kondisi Bangunan :	1. Baik 2. Rusak ringan 3. Rusak sedang 4. Rusak berat	<input type="checkbox"/>	
6	Sumber air bersih utama :	1.PAM 2.Sumur bor 3.Sumur Gali	4.Mata air 5.PAH 6.Lainnya	<input type="checkbox"/>
7	Apakah air bersih tersedia sepanjang tahun?	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
8	Sumber penerangan utama yang digunakan:	1. PLN 2. Generator 3.Tenaga matahari/solar cell 4. Listrik swadaya masyarakat	<input type="checkbox"/>	

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	Kel/ Desa	No Urut PKM	Nurut Rudin
NAMA PUSKESMAS					
ID PUSKESMAS					
Nama Responden:		Jabatan:		No.HP:	

1.	Bangunan rumah dinas diperuntukan :	1. Kepala Puskesmas 2. Rumah dinas dokter / dokter gigi 3. Rumah dinas staf	<input type="checkbox"/>	
2.	Pemanfaatan rumah dinas :	1. Dimanfaatkan kepala puskesmas 2. Dimanfaatkan oleh dokter / dokter gigi 3. Dimanfaatkan perawat 4. Dimanfaatkan bidan 5. Dimanfaatkan oleh staf lainnya 6. Tidak dimanfaatkan 7. Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>	
3.	Posisi/letak rumah :	1. Dalam halaman puskesmas 2. Di sekitar puskesmas 3. Jauh dari puskesmas	<input type="checkbox"/>	
4.	Luas bangunan :	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	Kondisi Bangunan :	1. Baik 2. Rusak ringan 3. Rusak sedang 4. Rusak berat	<input type="checkbox"/>	
6.	Sumber air bersih utama :	1.PAM 2.Sumur bor 3.Sumur Gali	4.Mata air 5.PAH 6.Lainnya	<input type="checkbox"/>
7.	Apakah air bersih tersedia sepanjang tahun?	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
8.	Sumber penerangan utama yang digunakan:	1. PLN 2. Generator 3.Tenaga matahari/solar cell 4.Listrik swadaya masyarakat	<input type="checkbox"/>	

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	Kel/ Desa	No Urut PKM	Nurut Rudin
NAMA PUSKESMAS					
ID PUSKESMAS					
Nama Responden:		Jabatan:		No.HP:	

1.	Bangunan rumah dinas diperuntukan :	1. Kepala Puskesmas 2. Rumah dinas dokter / dokter gigi 3. Rumah dinas staf	<input type="checkbox"/>	
2.	Pemanfaatan rumah dinas :	1. Dimanfaatkan kepala puskesmas 2. Dimanfaatkan oleh dokter / dokter gigi 3. Dimanfaatkan perawat 4. Dimanfaatkan bidan 5. Dimanfaatkan oleh staf lainnya 6. Tidak dimanfaatkan 7. Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>	
3.	Posisi/letak rumah :	1. Dalam halaman puskesmas 2. Di sekitar puskesmas 3. Jauh dari puskesmas	<input type="checkbox"/>	
4.	Luas bangunan :	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	Kondisi Bangunan :	1. Baik 2. Rusak ringan 3. Rusak sedang 4. Rusak berat	<input type="checkbox"/>	
6.	Sumber air bersih utama :	1.PAM 2.Sumur bor 3.Sumur Gali	4.Mata air 5.PAH 6.Lainnya	<input type="checkbox"/>
7.	Apakah air bersih tersedia sepanjang tahun?	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
8.	Sumber penerangan utama yang digunakan:	1. PLN 2. Generator 3.Tenaga matahari/solar cell 4.Listrik swadaya masyarakat	<input type="checkbox"/>	

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	Kel/ Desa	No Urut PKM	Nurut Rudin
NAMA PUSKESMAS					
ID PUSKESMAS					
Nama Responden:		Jabatan:		No.HP:	

1.	Bangunan rumah dinas diperuntukan :	1. Kepala Puskesmas 2. Rumah dinas dokter / dokter gigi 3. Rumah dinas staf	<input type="checkbox"/>	
2	Pemanfaatan rumah dinas :	1. Dimanfaatkan kepala puskesmas 2. Dimanfaatkan oleh dokter / dokter gigi 3. Dimanfaatkan perawat 4. Dimanfaatkan bidan 5. Dimanfaatkan oleh staf lainnya 6. Tidak dimanfaatkan 7. Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>	
3	Posisi/letak rumah :	1. Dalam halaman puskesmas 2. Di sekitar puskesmas 3. Jauh dari puskesmas	<input type="checkbox"/>	
4	Luas bangunan :	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5	Kondisi Bangunan :	1. Baik 2. Rusak ringan 3. Rusak sedang 4. Rusak berat	<input type="checkbox"/>	
6	Sumber air bersih utama :	1.PAM 2.Sumur bor 3.Sumur Gali	4.Mata air 5.PAH 6.Lainnya	<input type="checkbox"/>
7	Apakah air bersih tersedia sepanjang tahun?	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
8	Sumber penerangan utama yang digunakan:	1. PLN 2. Generator 3.Tenaga matahari/solar cell 4. Listrik swadaya masyarakat	<input type="checkbox"/>	

**XIV.KUESIONER RUMAH DINAS**

**RIFASKES-11.PKM.RUDIN**

Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	Kel/ Desa	No Urut PKM	Nurut Rudin
NAMA PUSKESMAS					
ID PUSKESMAS					
Nama Responden:		Jabatan:		No.HP:	

1.	Bangunan rumah dinas diperuntukan :	1. Kepala Puskesmas 2. Rumah dinas dokter / dokter gigi 3. Rumah dinas staf	<input type="checkbox"/>	
2.	Pemanfaatan rumah dinas :	1. Dimanfaatkan kepala puskesmas 2. Dimanfaatkan oleh dokter / dokter gigi 3. Dimanfaatkan perawat 4. Dimanfaatkan bidan 5. Dimanfaatkan oleh staf lainnya 6. Tidak dimanfaatkan 7. Lainnya, .....	<input type="checkbox"/>	
3.	Posisi/letak rumah :	1. Dalam halaman puskesmas 2. Di sekitar puskesmas 3. Jauh dari puskesmas	<input type="checkbox"/>	
4.	Luas bangunan :	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	Kondisi Bangunan :	1. Baik 2. Rusak ringan 3. Rusak sedang 4. Rusak berat	<input type="checkbox"/>	
6.	Sumber air bersih utama :	1.PAM 2.Sumur bor 3.Sumur Gali	4.Mata air 5.PAH 6.Lainnya	<input type="checkbox"/>
7.	Apakah air bersih tersedia sepanjang tahun?	1. Ya      2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
8.	Sumber penerangan utama yang digunakan:	1. PLN 2. Generator 3.Tenaga matahari/solar cell 4. Listrik swadaya masyarakat	<input type="checkbox"/>	

XV. KUESIONER ALAT KESEHATAN DALAM GEDUNG					RIFASKES-11.PKM.P-UMUM			
Provinsi		Kabupaten		Kecamatan		No. Urut PKM		
Nama Puskesmas:					Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:			No.HP:		

A. JENIS PELAYANAN: POLIKLINIK UMUM							
No. urut	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
1.	D-5	Diagnostik set, lengkap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	D-7	Kaca Kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	D-8	Kaca Pembesar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.	D-9	Kartu Tes Penglihatan dekat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	D-11	Manset Anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.	D-15	Palu pengukur refleksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7.	D-19	Pengukur waktu yang dapat diatur (stop watch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	D-22	Snellen, alat untuk pemeriksaan visus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9.	D-30	Stetoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.	D-32	Sudip Lidah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11.	D-34	Tempat tidur periksa dan perlengkapannya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12.	D-35	Tensimeter air raksa	<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.	D-37	Termometer klinis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14.	D-38	Tes buta warna (ishihara)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15.	D-41	Timbangan 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"/>
16.	D-42	Tonometer, alat untuk mengukur tekanan bola 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"/>
17.	M-1	Alat melebarkan puncrum lacrimalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18.	M-6	Alat untuk mengeluarkan benda asing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19.	M-11	Gunting bedah standar, lengkung, ujung tajam/tajam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20.	M-12	Gunting bedah standar, lengkung, ujung tajam/tumpul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21.	M-13	Gunting bedah standar, lengkung, ujung tumpul/tumpul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22.	M-15	Gunting bedah standar, lurus, ujung tajam/tajam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23.	M-16	Gunting bedah standar, lurus, ujung tajam/tumpul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24.	M-17	Gunting bedah standar, lurus, ujung tumpul/tumpul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25.	M-27	Gunting mayo untuk mata, lurus/lengkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26.	M-28	Gunting pembalut (lister)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27.	M-38	Jarum jahit, lengkung, penampang bulat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
28.	M-39	Jarum jahit, lengkung, penampang segitiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

A. JENIS PELAYANAN: POLIKLINIK UMUM							
No. urut	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29.	M-46	Jarum suntik hypodermis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30.	M-47	Semprit hipodermis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
31.	M-59	Kateter karet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32.	M-62	Kateter Logam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33.	M-70	Klem arteri, lurus (kelly)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
34.	M-72/M-73	Klem/ pemegang jarum jahit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
35.	M-79	Korentang, penjepit sponge ( foerster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36.	M-83	Kuret untuk membersihkan hordeolum (meyerhooper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
37.	M-95	Pinset anatomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
38.	M-98	Pincet bedah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
39.	M-100	Pinset epilasi, untuk mencabut bulu mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
40.	M-126	Semprit untuk telinga dan luka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
41.	M-131	Skalpel, tangkai dan mata pisau bedah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
42.	M-134	Sonde pengukur dalam luka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
43.	M-138	Sterilisator (pemanas alkohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
44.	S-10	Duk bolong, sedang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
45.	U-31	Lampu senter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
46.	U-32	Lemari peralatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
47.	U-34	Mangkok untuk larutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
48.	U-37	Meja instrumen/alat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
49.	U-52	Silinder korentang steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
50.	U-55	Standar dan waskomnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
51.	U-66	Toples kapas/ kasa steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
52.	U-68	Torniket karet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
53.	U-69	Tromol kasa/ kain steril 25 x 120 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
54.	U-72	Waskom bengkok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
55.	U-73	Waskom cekung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
56.	W-15	Tempat sampah basah dan kering, bertutup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

No. urut	No. Kode	2. BAHAN HABIS PAKAI	KETERSEDIAAN		KECUKUPAN	
			1. Ada	2. Tidak ada → baris berikutnya	1. Cukup	2. Tidak cukup
		(1)	(2)		(3)	
1.	M-7	Benang cut gut		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.	M-8	Benang sutera		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.		Syringe disposable		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.	M-49	Jarum disposable		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5.	S-22	Sarung tangan		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

XV. KUESIONER ALAT KESEHATAN DALAM GEDUNG					RIFASKES-11.PKM.P-GIGI						
Provinsi		Kabupaten		Kecamatan			No. Urut PKM				
Nama Puskesmas:					Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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:			No.HP:				

B. JENIS PELAYANAN: POLIKLINIK GIGI							
No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
1.	G-1	Bein lurus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	G-23	Pengungkit akar gigi kanan mesial (cryer mesial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	G-24	Pengungkit akar gigi kiri mesial (cryer distal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.	G-42	Tang pencabut akar gigi depan (seri dan taring) atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	G-43	Tang pencabut gigi depan (seri dan taring) atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.	G-44	Tang pencabut akar gigi geraham kecil atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7.	G-45	Tang pencabut gigi geraham kecil atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	G-46	Tang pencabut akar gigi atas bentuk bayonet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9.	G-47	Tang pencabut gigi geraham atas kanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.	G-48	Tang pencabut gigi geraham atas kiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11.	G-49	Tang pencabut gigi geraham terakhir atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12.	G-50	Tang pencabut akar gigi bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13.	G-51	Tang pencabut gigi depan (seri dan taring) bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14.	G-52	Tang pencabut akar gigi geraham kecil bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15.	G-53	Tang pencabut gigi geraham kecil bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16.	G-54	Tang pencabut gigi geraham bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17.	G-55	Tang pencabut gigi geraham terakhir bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18.	G-56	Tang pencabut sisa akar gigi bawah anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19.	G-57	Tang pencabut gigi depan bawah anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20.	G-58	Tang pencabut gigi belakang bawah anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21.	G-59	Tang pencabut sisa akar gigi depan atas anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22.	G-60	Tang pencabut gigi depan atas anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23.	G-61	Tang pencabut sisa akar gigi geraham atas anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24.	G-62	Tang pencabut gigi geraham atas anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

B. JENIS PELAYANAN: POLIKLINIK GIGI							
No. URUT	No. KODE	2. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
25.	G-63	Tang pemotong tulang untuk anak (knabel tang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26.	G-11	Gunting operasi gusi (wagner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27.	M-47	Jarum suntik, hipodermis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
28.	M-42	Jarum jahit, lengkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
29.	M-8	Benang jahit silk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30.	M-74	Klem/ pemegang jarum jahit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
31.	M-129	Skalpel. Mata pisau dan tangkainya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32.	M-79	Korentang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33.	U-52	Silinder korentang steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
34.	U-65	Toples kapas logam dengan pegas dan tutup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
35.	U-67	Toples pembuangan kapas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36.	U-72	Waskom bengkok (neirbeken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
37.	G-9	Ekskavator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
38.	G-13	Kaca mulut datar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
39.	G-14	Tangkai kaca mulut → gambar mengganti kursi gigi lapangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
40.	G-29	Pinset gigi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
41.	G-38	Sonde lengkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
42.	G-39	Sonde lurus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
43.	G-15	Kursi gigi manual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
44.	G- 65	Kursi gigi elektrik /semi elektrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
45.	G-4	Bor intan (diamond bur assorted) untuk air jet hand piece (kecepatan tinggi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
46.	G-5	Bor intan kontra anglehand piece konvensional (kecepatan rendah)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
47.	G-6	Burniser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
48.	G-16	Lempeng kaca pengaduk semen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
49.	G-18	Pemegang matriks (matrix holder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
50.	G-20	Pengaduk amalgam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
51.	G-22	Penghembus angin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
52.	G-25	Penumpat amalgam berujung dua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
53.	G-27	Penumpat plastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
54.	G-28	Penumpat semen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
55.	G-40	Spatula pengaduk semen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
56.	G-41	Spatula pengaduk silikat / glasslonomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

B. JENIS PELAYANAN: POLIKLINIK GIGI							
No. URUT	No. KODE	3. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
57.	G-66	Mikromotor dengan straight dan contra angle hand piece (low speed micro motor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
58.	G-33-36	Skeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
59.	M-121	Semprit air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
60.	U-3	Tempat alkohol (dappen glas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
61.	M-138	Sterilisator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
62.	U-2	Baki logam tempat alat steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
63.	U-14	Generator listrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
64.	U-25	Lampu spiritus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
65.	W-15	Tempat sampah basah dan kering, bertutup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
66.	U-32	Lemari peralatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
67.	D-35	Tensimeter air raksa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68.	D-30	Stetoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

No. URUT	No. KODE	2. BAHAN HABIS PAKAI	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	KECUKUPAN 1. Cukup 2. Tidak cukup
1.	S-22	Sarung tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	S-17	Masker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	G-30	Pita matrik (matrix band)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	G-32	Seluloid kotak/strip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		Disposable syringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XV. KUESIONER ALAT KESEHATAN DALAM GEDUNG					RIFASKES-11.PKM.P-KIA		
Provinsi	Kabupaten	Kecamatan		No. Urut PKM			
Nama Puskesmas:				Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:		No.HP:		

C. JENIS PELAYANAN: POLIKLINIK KIA							
No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	D-14	Meteran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	D-15	Palu pengkur refleks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	D-16	Pelvimeter obstetrik untuk pengukur panggul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.	D-26	Spekulum vagina (cocor bebek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	D-29	Spekulum vagina (sims)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.	D-30	Stetoskop bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7.	D-31	Stetoskop janin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.		Stetoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9.	D-33	Sudip lidah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.	D-34	Tempat tidur periksa dan perlengkapannya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11.	D-36	Tensimeter air raksa	<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.	D-37	Termometer klinis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13.	D-39	Timbangan, dacin	<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.	D-40	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"/>
15.	D-41	Timbangan 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"/>
16.	M-14	Gunting bedah standar, lurus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17.	M-28	Gunting pembalut (lister)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18.	M-59	Kateter karet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19.	M-62	Kateter logam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20.	M-70	Klem arteri, lurus (kelly)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21.	M-71	Klem tampon uterus 25 cm (bozeman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22.	M-77	Klem / penjepit porsio 25 cm (schroder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23.	M-78	Korentang, lengkung, penjepit alat steril (cheattle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24.	M-79	Korentang, penjepit sponge (foerster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25.	M-98	Pinset bedah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26.	M-113	Sempit, gliserin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27.	M-135	Sonde uterus/penduga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
28.	M-138	Sterilisator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
29.	S-4	Celemek plastik (schort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

C. JENIS PELAYANAN: POLIKLINIK KIA							
No. URUT	No. KODE	2. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
30.	S-19	Perlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
31.	U-2	Baki logam tempat alat steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32.	U-32	Lemari peralatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33.	U-34	Mangkok untuk larutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
34.	U-44	Pompa payudara untuk ASI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
35.	U-52	Silinder korentang steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36.	U-54	Standar infus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
37.	U-66	Toples kapas/ kassa steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
38.	U-68	Torniket karet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
39.	U-72	Waskom bengkok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
40.	U-73	Waskom cekung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
41.	U-74	Waskom cuci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
42.	D-45	Dopler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	U-79	Ambu bag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
44.	U-57	Tabung oksigen besar / kecil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
45.	U-81	Lampu / spot light	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
46.	U-83	Tromol untuk alat steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
47.	U-37	Meja instrumen 2 rak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
48.	W-15	Tempat sampah basah dan kering, bertutup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
49.	U-31	Lampu senter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
50.	L-47	Alat pemeriksaan urine (urinometer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
51.	M-159	Peralatan immunisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
52.	L-10	Hemoglobinnometer set (sahli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
53.	D-17	Pengukur panjang 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"/>
54.		Pengukur tinggi anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
55.	D-11/1 2	Manset anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
56.	M-2	Alat pemasangan IUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
57.	M-3	Alat pemasangan norplans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
58.	M-4	Alat pengait IUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
59.	M-49	Jarum suntik hipodermis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

No. URUT	No. KODE	2. BAHAN HABIS PAKAI	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	KECUKUPAN 1. Cukup 2. Tidak cukup
		(1)	(2)	(3)
1.	M-7	Benang cut gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	M-8	Benang sutra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	S-22	Sarung tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	M-147	Jarum suntik, disposable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		Disposable syringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XV. KUESIONER ALAT KESEHATAN DALAM GEDUNG					RIFASKES-11.PKM.P-LAB						
Provinsi		Kabupaten		Kecamatan			No. Urut PKM				
Nama Puskesmas:					Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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:				No.HP:			

D. JENIS PELAYANAN: LABORATORIUM							
No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Digunakan	Baik		
					Tidak digunakan		
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	D-1	Alat hitung manual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	D-9	Pengukur waktu yang dapat diatur (stop watch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	D-32	Sudip lidah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.	L-1	Albumometer (esbasch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	L-2	Beker gelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.	L-3	Botol pencuci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7.	L-4	Corong kaca (5 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	L-5	Ember penutup plastik dengan penutup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9.	L-6	Erlenmeyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.	L-7	Gelas ukur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11.	L-10	Hemoglobinometer set (sahli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12.	L-11	Hemositometer 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"/>
13.	L-13	Kaca preparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14.	L-15	Kaki tiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15.	L-16	Kawat asbes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16.	L-23	Mikroskop binokuler	<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.	L-24	Pemanas / penegas dengan air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18.	L-28	Penjepit tabung dari kayu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19.	L-29	Pensil kaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20.	L-30	Pipet berskala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21.	L-25	Pengisap karet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22.		Tip mikropipet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23.	L-34	Pipet tetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24.	L-35	Rak pengering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25.	L-36	Rak pewarna kaca preparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26.	L-37	Rak tabung reaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27.	L-38	Sengkelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
28.	L-41	Sikat tabung reaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

D. JENIS PELAYANAN: LABORATORIUM							
No. URUT	No. KODE	2. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI  1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29.	L-42	Tabung laju endap darah (westergren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30.	L-44	Tabung reaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
31.	L-45	Tabung sentrifus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32.	L-47	Urinometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33.	M-97	Pinset anatomis (untuk specimen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
34.	M-120	Semprit hipodermik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
35.	M-138	Sterilisator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36.	L-55	Tabung / pipa kapiler untuk hematokrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
37.	U-2	Baki logam tempat alat steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
38.	U-6	Botol mulut sempit dengan tutup ulir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
39.	U-10	Botol tetes 60 cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
40.	U-22	Kompur minyak tanah (portable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
41.	U-25	Lampu spiritus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
42.	U-55	Waskom dan standarnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
43.	U-68	Tornikuet karet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
44.	U-72	Waskom bengkok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
45.	U-73	Waskom cekung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
46.	U-74	Waskom cuci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
47.	L-39	Sentrifus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
48.	U-29	Lemari es tipe kompresi ( tenaga listrik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
49.	L-46	Termometer 0 – 50°C (skala ½ C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
50.	D-13	Meja ginekologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
51.	D-35	Tensimeter air raksa	<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.	L-14	Kaca preparat untuk pemeriksaan gol. darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
53.	U-25	Lampu spiritus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
54.	L-48	Jas laboratorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
55.	W-15	Peralatan untuk tempat pembuangan limbah, sisa spesimen (tempat sampah khusus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
56.	L-58	Rotator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
57.	L-59	Shaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
58.		Spektrofotometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

No.Urut	No. Kode	2. BAHAN HABIS PAKAI	KETERSEDIAAN		KECUKUPAN	
			1. Ada	2. Tidak ada → baris berikutnya	1. Cukup	2. Tidak cukup
		(1)	(2)		(3)	
1.	L-12	Kaca penutup (dek glass)	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	L-17	Kertas lakmus	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	L-18	Kertas lensa	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	L-19	Kertas saring	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	L-23	Mikropipet	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		Disposable syringe	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	M-147	Jarum suntik disposable	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	M-92	Penusuk jari untuk pengambilan darah	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	M-131	Skalpel mata pisau bedah dan tangkainya	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	S-22	Sarung tangan	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XV. KUESIONER ALAT KESEHATAN DALAM GEDUNG					RIFASKES-11.PKM.APOTEK						
Provinsi		Kabupaten		Kecamatan			No. Urut PKM				
Nama Puskesmas:						Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Nama Responden:				Jabatan:				No.HP:			

E. JENIS PELAYANAN APOTEK					
NO	JENIS OBAT	KETERSEDIAAN OBAT DAN ALKES TAHUN 2010			
		KETERSEDIAAN 1.Ada 2.Tidak ada→baris berikutnya	KECUKUPAN		DALUWARSA 1. Ada 2.Tidak
			1.Cukup→kolom (4) 2.Tidak cukup	Jumlah Bulan Pernah Kosong	
	1. OBAT UMUM	(1)	(2)	(3)	(4)
1	ACT (obat kombinasi terapi malaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Amoksisilin 500 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ampisilin 1000 mg inj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Antasida DOEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Deksametason inj 5 mg/ml – 2 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Deksametason 0,5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Dekstrometorfan 15 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Diazepam 5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Diazepam inj 5 mg/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Diazepam rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Dietilkarbamazin sitrat 100 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Difenhidramin HCl inj 10 mg/ml – 1 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Fenobarbital inj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	FDC I dan III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	FDC II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	FDC Sisipan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Garam oralit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Gentamisin inj 80 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Gliseril Guaiakolat 100 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Glukosa larutan infuse 5 % steril , 500 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ibuprofen 200 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Kaptopril 25 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Kloramfenikol 250 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Klorfeniramin maleat 4 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO	JENIS OBAT	KETERSEDIAAN OBAT DAN ALKES TAHUN 2010			
		KETERSEDIAAN 1.Ada 2.Tidak ada→baris berikutnya	KECUKUPAN		DALUWARSA 1. Ada 2.Tidak
			1.Cukup→koloml (4) 2.Tidak cukup	Jumlah Bulan Pernah Kosong	
		(1)	(2)	(3)	(4)
	<b>1. OBAT UMUM</b>				
27	Klorpromazine 100 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Kodein 10 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Kotrimoksazol susp 240 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Kotrimoksazol 480 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Lidokain komp inj 2 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Natrium Klorida inf 0,9 % steril, 500 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Parasetamol 500 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Prednison 5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Ringer laktat inf steril, 500 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Retinol 100.000 IU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Retinol 200.000 IU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Salbutamol 2 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Tamiflu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Tetrasiklin 250 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Tetrasiklin HCl salep mata 1 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Vitamin B kompleks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Vit K1 inj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Zinc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>2. OBAT GIGI</b>				
45	Devitalisasi pasta (non arsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Etil klorida semprot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Eugenol cairan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Glass ionomer cement (GIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Kalsium Hidroksida pasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Klorfenol kamfer menthol (CHKM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Mummifying pasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Semen seng fosfat serbuk dan cairan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Temporary stopping fletcher (Fletcher) serbuk dan cairan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Tri kresol formalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO	JENIS OBAT	KETERSEDIAAN OBAT DAN ALKES TAHUN 2010			
		KETERSEDIAAN 1.Ada 2.Tidak ada→baris berikutnya	KECUKUPAN		DALUWARSA 1. Ada 2.Tidak
			1.Cukup→kolom (4) 2.Tidak cukup	Jumlah Bulan Pernah Kosong	
		(1)	(2)	(3)	(4)
	<b>3. OBAT /ALAT KB</b>				
55	Cooper T (380 A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Fallope ring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Medroxy progesteronacetat 150 mg, 1 vial @ 3 ml (obat suntik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Medroxy progesteronacetat 25 mg + estradiol cypionate 5 mg (obat suntik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Ethinylestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg (pil kab)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Lynestrenol 0,5 mg (pil KB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Desogestrel 0,15 mg + ethinylestradiol 0,03 mg (pil KB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Etonogestrel 68 mg (susuk KB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Levonogestrel 75 mg (susuk KB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Levonogestrel 75 mg + insrter (susuk KB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Levonogestrel 36 mg (susuk KB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>4. OBAT KHUSUS PUSKESMAS PONED</b>				
66	ATS 10.000 IU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Bicarbonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Cairan infus dektrose 5 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Cairan infus larutan A2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Cairan infus NaCl 0,9 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Cedilanide inj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Dextran 40 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Ergometrin inj /Methilergometrin maleat inj 0,200 mg-ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Furosemid inj i.v/im 10 mg/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Magnesium sulfat 20 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	Magnesium sulfat 40 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Natrium bicarbonat 0,83 mEK/ml inj (Meylon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	Natricus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	Oksitosin inj 10 IU/ml – 1 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	Pethidin inj 50 mg/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	PP 50.000 IU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82	Tramadol inj 100 mg/2 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>5. Tempat penyimpanan obat khusus</b>	<b>1. YA 2. TIDAK</b>			
83	Tersedia lemari es untuk produk tertentu	<input type="checkbox"/>			

XV. KUESIONER ALAT KESEHATAN DALAM GEDUNG					RIFASKES-11.PKM.IMUNISASI					
Provinsi		Kabupaten		Kecamatan			No. Urut PKM			
Nama Puskesmas:					Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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:			No.HP:			

F. JENIS PELAYANAN: IMUNISASI								
No.	Jenis alat	1. Ada 2. Tidak → baris berikutnya	Jumlah	Tahun terakhir pengadaan	Kondisi alat			
					Berfungsi	Tidak Berfungsi		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
1	Freezer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Alat pembawa vaksin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	a. Cold Box	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	b. Vaccin carier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	c. Termos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3	Cool pack (kotak dingin cair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4	Alat suntik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5	KIPI Kit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6	Safety box	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
7	Refrigerator/ kulkas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	a. Buka atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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. Buka depan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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. Thermometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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. Grafik pencatatan suhu			Kulkas 1	Kulkas 2	Kulkas3		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> °C		
			Kulkas 1	1. √ 2. X	Kulkas 2	1. √ 2. X	Kulkas3	1. √ 2. X
	e. Freeze tag		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F. JENIS PELAYANAN: IMUNISASI**

8	Jenis vaksin	Ketersediaan 1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>	Tempat Penyimpanan 1. Refrigerator (dekat dari freezer) 2. Refrigerator (jauh dari freezer) 3. Dalam Freezer	Jumlah Vaksin	Jumlah Vaksin Kadaluausa	Jumlah Vaksin Rusak (VCCM)	Jumlah Vaksin Rusak (VVM)
	a. HB Uniject	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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. BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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. DPT/HB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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. Campak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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. TT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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. Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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	Sumber Listrik untuk penyimpanan vaksin (freezer/refrigerator)	Jenis sumber listrik : 1. Ada, 2. tidak ada → <b>baris berikutnya</b>			Ketersediaan : 1= Tersedia 24 jam, 2= Tersedia 12-23 jam 3= Tersedia 6-11 jam 4= Tersedia kurang dari 6 jam		
		a. Listrik PLN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		b. Generator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		c. Diesel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		d. Tenaga surya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		e. Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		f. Minyak Tanah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

XV. KUESIONER ALAT KESEHATAN DALAM GEDUNG					RIFASKES-11.PKM.P-RAWAT INAP			
Provinsi		Kabupaten		Kecamatan		No. Urut PKM		
Nama Puskesmas:					Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Nama Responden:			Jabatan:			No.HP:		

G. JENIS PELAYANAN: PERALATAN PERAWATAN (Khusus Puskesmas DTP)							
No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
1.	D-30	Stetoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	D-34	Tempat tidur periksa dan perlengkapannya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	D-35	Tensimeter air raksa	<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.	M-5	Alat penghisap dengan pedal/portable suction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	M-47-M-50	Jarum suntik, hipodermis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.	M-57	Kanula hidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7.	M-58	Kateter, selang penghisap lendir bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	M-117 – M-120	Semprit, hipodermik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9.	S-2	Bantal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.	S-11	Handuk kecil (60 x 40 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11.	S-15	Kasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12.	S-16	Lap untuk mandi pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13.	S-19	Perlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14.	S-21	Sarung bantal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15.	S-25	Selimut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16.	S-26	Sprei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17.	U-1	Baki instrumen tertutup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18.	U-12	Dorongan untuk tabung oksigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19.	U-17	Inkubator bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20.	U-21	Klep pengatur oksigen dengan humidifier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21.	U-24	Kursi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22.	U-30	Lemari kecil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23.	U-37	Meja instrumen / alat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24.	U-38	Pengukur aliran oksigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25.	U-39	Penyekat ruangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26.	U-40	Pispot anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27.	U-41	Pispot dewasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
28.	U-42	Pispot fraktur / immobilisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
29.	U-43	Pispot pria / urinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30.	U-44	Pompa payudara untuk ASI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
31.	U-49	Selang oksigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32.	U-54	Standar infus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33.	U-55 – U-56	Waskom dan standarnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
34.	U-57	Tabung oksigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
35.	U-62	Tempat tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36.	U-69 – U-70	Tromol kasa/kain steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
37.	U-71	Usungan (brankar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
38.	U-72	Waskom bengkok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
39.	U-73	Waskom cekung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
40.	U-74	Waskom cuci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
41.	D-20	Sound timer / pengukur waktu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
42.	U-80	Kursi roda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
43.	S-26	Sprei kecil / steek laken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
44.	S-37	Penjepit formulir aslup/ set formulir aslup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
45.	W-15	Tempat sampah tertutup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
46.	W-20	Tempat sampah plastik untuk pasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
47.	N-12	Jet nebulizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
48.	D-44	Termometer for infant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
49.	U-75	Resusitator for infant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
50.	U-77	Tabung / sungkep untuk resusitasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
51.	D-43	Ari sound timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
52.	S-29	Handuk bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

No. URUT	No. KODE	2. BAHAN HABIS PAKAI	KETERSEDIAAN	KECUKUPAN
			1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya	1. Cukup 2. Tidak cukup
(1)	(2)	(3)		
1.	S-22 – S-24	Sarung tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	M-149 – M-152	Jarum suntik, disposable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		Disposable syringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XV. KUESIONER ALAT KESEHATAN DALAM GEDUNG					RIFASKES-11.PKM.PONED			
Provinsi		Kabupaten		Kecamatan		No. Urut PKM		
Nama Puskesmas:				Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Nama Responden:			Jabatan:			No.HP:		

H. JENIS PELAYANAN: PONED							
No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
1.	D-26	Spekulum vagina (cocor bebek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.		Spekulum sims besar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.		Spekulum L (doyem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.	D-40	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"/>
5.	D-44	Termometer bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.		Stateskop bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7.		Stateskop monoareel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.		Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9.		Inkubator	<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.	M-140	Tang jaringan plasenta/abortus, 32 cm (kelly)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11.		Tenaculum (barrett/Braun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12.	M-143	Vakum ekstraktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13.	M-154	Forcep/ aligator forceps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14.	M-58	Kateter, selang penghisap lendir bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15.	M-58	Penghisap lendir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16.	M-71	Klem tampon uterus (bozeman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17.	M-82	Kuret untuk abortus dan jaringan plasenta (BUMM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18.	M-84	Kuret untuk uterus (BUMM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19.	M-85	Kuret untuk uterus (sims)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20.	M-9	Dilatator, Komplet (hegar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21.		Baju kangguru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22.		Meja bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23.	U-75	Resusitator bayi / ambu bag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24.	U-77	Tabung/ sungkup resusitator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25.		Lampu pemanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26.		Tabung oksigen dan regulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

No. URUT	No. KODE	2. BAHAN HABIS PAKAI	KETERSEDIAAN		KECUKUPAN	
			1. Ada	2. Tidak ada → baris berikutnya	1. Cukup	2. Tidak cukup
		(1)	(2)		(3)	
1.		Sarung tangan panjang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.		Spuit 10 cc	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3.		Infus set	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4.		Plaster	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5.		Abbocath vena kateter no 14	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6.		Abbocath vena kateter no 16	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7.		Kateter folley no 22	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8.		Urine bag	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9.		Transfusi set	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10.		Infus set pediatric	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11.		Wing needle no 27	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12.		Sonde lambung (disposable)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

XVI. KUESIONER ALAT KESEHATAN LUAR GEDUNG						RIFASKES-11.PKM.PUSLING		
Provinsi		Kabupaten		Kecamatan		No. Urut PKM		
Nama Puskesmas:					Kode Puskesmas: <input type="text"/> <input type="text"/> <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:			No.HP:		

A. JENIS PELAYANAN: KIT PERALATAN PUSKESMAS KELILING							
No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b> 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
				Digunakan	Tidak digunakan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
1.	D-5	Diagnostik set, lengkap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	D-11	Manset Anak dengan Velecro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	D-14	Meteran	<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.	D-15	Palu pengukur refleks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	D-26	Spekulum vagina (cocor bebek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.	D-30	Stetoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7.	D-31	Stetoskop janin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	D-32	Sudip Lidah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9.	D-35	Tensimeter air raksa	<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.	D-37	Termometer klinis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11.	D-41	Timbangan 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"/>
12.	G-1	Bein lurus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13.	G-9	Ekskavator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14.	G-12	Jarum semprit air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15.	G-13	Kaca mulut tanpa tangkai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16.	G-14	Tangkai untuk kaca mulut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17.	G-16	Lempeng kaca pengaduk semen (glass slab)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18.	G-23	Pengungkit akar gigi kanan (mesial/cryer mesial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19.	G-24	Pengungkit akar gigi kiri (distal/cryer distal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20.	G-27	Penumpat plastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21.	G-29	Pinset gigi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22.	G-33	Skeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23.	G-38	Sonde lengkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24.	G-39	Sonde lurus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25.	G-40	Spatula pengaduk semen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26.	G-42	Tang pencabut akar gigi depan (seri dan taring) atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27.	G-43	Tang pencabut gigi depan (seri dan taring) atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

A. JENIS PELAYANAN: KIT PERALATAN PUSKESMAS KELILING							
No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik	Rusak		
28.	G-44	Tang pencabut akar gigi geraham kecil atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
29.	G-45	Tang pencabut gigi geraham kecil atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30.	G-46	Tang pencabut akar gigi atas bentuk bayonet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
31.	G-47	Tang pencabut gigi geraham atas kanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32.	G-48	Tang pencabut gigi geraham atas kiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33.	G-49	Tang pencabut gigi geraham terakhir atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
34.	G-50	Tang pencabut akar gigi bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
35.	G-51	Tang pencabut gigi depan (seri dan taring) bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36.	G-52	Tang pencabut akar gigi geraham kecil bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
37.	G-53	Tang pencabut gigi geraham kecil bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
38.	G-54	Tang pencabut gigi geraham bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
39.	G-55	Tang pencabut gigi geraham terakhir bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
40.	G-56	Tang pencabut sisa akar gigi bawah anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
41.	G-57	Tang pencabut gigi depan bawah anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
42.	G-58	Tang pencabut gigi belakang bawah anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
43.	G-59	Tang pencabut sisa akar gigi depan atas anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
44.	G-60	Tang pencabut gigi depan atas anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
45.	U-3	Tempat alkohol (dappen glas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
46.	L-8	Gelas pengukur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
47.	L-10	Hemoglobinometer (sahli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
48.	L-13	Kaca preparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
49.	L-28	Penjepit tabung tabung kayu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
50.	L-34	Pipet tes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
51.	L-44	Tabung reaksi (12 mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
52.	M-2	Alat pemasang IUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
53.	M-3	Alat pemasang, norplant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
54.	M-10	Gunting bedah standar, standar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
55.	M-28	Gunting pembalut (lister)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
56.	M-33	Irigator dengan konektor nilon, lurus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
57.	M-38	Jarum jahit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
58.	M-46	Jarum suntik, hipodermis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

A. JENIS PELAYANAN: KIT PERALATAN PUSKESMAS KELILING							
No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI 1. Ya 2. Tidak
				Baik		Rusak	
59.	M-59	Kateter karet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
60.	M-62	Kateter Logam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
61.	M-70	Klem arteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
62.	M-72	Klem/ pemegang jarum jahit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
63.	M-77	Klem/ penjepit porsio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
64.	M-78	Korentang, lengkung, penjepit alat steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
65.	M-79	Korentang, penjepit sponge (foerster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
66.	M-95	Pinset anatomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
67.		Pinset bedah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
68.	M-111	Selang karet untuk anus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
69.	M-113	Semprit, gliserin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
70.	M-117	Semprit, hipodermik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
71.	M-121	Semprit, air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
72.	M-126	Semprit untuk telinga dan luka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
73.	M-128	Sikat tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
74.	M-131	Skalpel, mata pisau bedah dan tangkainya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
75.	M-135	Sonde uterus/penduga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
76.	M-138	Sterilisator (pemanas alkohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
77.	S-4	Celemek plastik (schort) panjang 52 inci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
78.	U-2	Baki logam tempat alat steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
79.	U-5	Botol mulut besar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
80.	U-6	Botol mulut sempit dgn tutup ulir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
81.	U-18	Kain balut segitiga (mitela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
82.	U-22	Kompur minyak tanah (portable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
83.	U-25	Lampu spiritus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
84.	U-31	Lampu senter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
85.	U-34	Mangkok untuk larutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
86.	U-44	Pompa payudara untuk ASI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
87.	U-48	Sandaran kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
88.	U-52	Silinder korentang steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
89.	U-53	Spalk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
90.	U-55	Waskom dan standarnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
91.	U-57	Tabung oksigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
92.	U-59	Tas kanvas tahan air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

A. JENIS PELAYANAN: KIT PERALATAN PUSKESMAS KELILING							
No. URUT	No. KODE	1. ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b> 3. Diganti alat lebih modern	JUMLAH			KALIBRASI
				Baik	Rusak	1. Ya 2. Tidak	
93.	U-65	Toples kapas logam dengan pegas dan tutup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
94.	U-66	Tempat kasa steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
95.	U-67	Toples pembuangan kapas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
96.	U-68	Torniket karet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
97.	U-72	Waskom bengkok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
98.	U-73	Waskom cekung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
99.	U-74	Waskom cuci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
100.	D-40	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"/>
101.	D-17	Pengukur panjang 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"/>
102.	D-44	Termometer for infant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

No. URUT	No. KODE	2. BAHAN HABIS PAKAI	KETERSEDIAAN	KECUKUPAN
			1. Ada 2. Tidak ada → <b>baris berikutnya</b>	1. Cukup 2. Tidak cukup
		(1)	(2)	(3)
1.	M-92	Penusuk jari untuk mengambil darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	S-22	Sarung tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	M-148	Jarum suntik, disposable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	M-146	Disposable syringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>XVI. KUESIONER ALAT KESEHATAN LUAR GEDUNG</b>						<b>RIFASKES-11.PKM. KIT</b>		
<b>Provinsi</b>		<b>Kabupaten</b>		<b>Kecamatan</b>		<b>No. Urut PKM</b>		
<b>Nama Puskesmas:</b>					<b>Kode Puskesmas:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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>Nama Responden:</b>			<b>Jabatan:</b>			<b>No.HP:</b>		

B		KIT	
No. URUT	No. KODE	ALAT KESEHATAN	KETERSEDIAAN 1. Ada 2. Tidak ada → baris berikutnya 3. Diganti alat lebih modern
		(1)	(2)
1		Kit Sanitasi/ Kesehatan lingkungan	<input type="checkbox"/>
2		Kit Penyuluhan/ Promosi kesehatan	<input type="checkbox"/>
3		Kit Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)/Public Health Nursing ( PHN)	<input type="checkbox"/>
4		Kit Gizi	<input type="checkbox"/>
5		Kit Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)	<input type="checkbox"/>
6		Kit Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)	<input type="checkbox"/>

						RIFASKES-11.PKM					
Provinsi		Kabupaten		Kecamatan		No. Urut PKM					
Nama Puskesmas:						Kode Puskesmas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Nama Responden:				Jabatan:				No.HP:			

<b>CATATAN</b>											