

Kode Provinsi

Kode Kabupaten/ Kota

No Register Faskes KB

No Jaringan/ Jejaring Faskes KB

KARTU PENDAFTARAN TEMPAT PELAYANAN KB

I. IDENTITAS

1. NAMA TEMPAT PELAYANAN KB : _____

2. ALAMAT

a. Jalan :

RT

RW

b. Desa/Kelurahan :

c. Kecamatan :

d. Kabupaten/Kota :

e. Provinsi :

3. JENIS (*centang (v) pada salah satu kotak*)

i. STATIS :

a. FKRTL :

1. Klinik Utama

2. RS Umum

3. RS Khusus

b. FKTP :

1. Puskesmas

2. Praktik Dokter

3. Klinik Pratama

4. RS Tipe D Pratama

c. JARINGAN :

1. Pustu

2. Pusling

3. Poskesdes/Polindes

d. JEJARING :

1. Praktik Dokter

2. Praktik Bidan

ii. BERGERAK :

1. Muyan

2. Kapal Laut

4. KEPEMILIKAN (*centang (v) pada salah satu kotak*)

1. Kemenkes Pusat

2. Dinkes Provinsi

3. Dinkes Kab/Kota

4. BKKBN

5. SKPD KB Kab/Kota

6. TNI

7. POLRI

8. BUMN/BUMD

9. Swasta

10. LSOM

5. a. KB PERUSAHAAN (*centang (v) pada salah satu kotak*) b. PKBRS (*jika FKRTL rumah sakit, centang (v) pada salah satu kotak*)

1. Ya

2. Tidak

1. Ya

2. Tidak

6. KERJASAMA DENGAN BPJS KESEHATAN (*centang (v) pada salah satu kotak YA atau TIDAK. Jika YA, maka centang (v) lagi pada salah satu kotak LANGSUNG atau TIDAK LANGSUNG, selanjutnya isi no. PKS, masa berlaku PKS, dan no. registernya pada BPJS Kesehatan*)

1. Ya

a. Langsung :

No. PKS

Masa Berlaku Awal

/ /

Masa Berlaku Akhir

/ /

No. Register

b. Tidak Langsung :

No. PKS

Masa Berlaku

/ /

Masa Berlaku Akhir

/ /

2. Tidak

II. SARANA DAN PERLENGKAPAN

JENIS PERLENGKAPAN	JUMLAH BISA DIPAKAI
1. Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK)	set
2. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi (BP3K)	set
3. Tensimeter	set
4. Meja ginekologi	unit
5. IUD Kit	set
6. Implant Removal Kit	set
7. Vasektomi Kit	set
8. Minilaparotomi Kit	set
9. Laparoscopi	set
10. Ruang Operasi	ruang
11. Sterilisator	unit
12. Lampu Periksa (<i>Examination Lamp</i>)	unit
13. Ruang Konseling KB dan Kesehatan Reproduksi	ruang
14. Materi Kesehatan Reproduksi	buah
15. Sarana Komputer/Laptop	unit

III. TENAGA (diisi dengan tenaga yang melakukan pelayanan KB dan R/R pada faskes KB/jaringan/jejaring tersebut)

[illegible]

* **Coret yang tidak perlu**

Menyetujui,

Kepala SKPD KB Kabupaten/Kota/Pimpinan Faskes KB Induk*

(_____)

NIP.

Pimpinan Faskes KB/Jaringan/Jejaring*

(_____)

NIP.