



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR HK.01.07/MENKES/2015/2023  
TENTANG  
PETUNJUK TEKNIS INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa pelayanan kesehatan primer merupakan salah satu pilar transformasi kesehatan yang difokuskan pada pemenuhan kebutuhan kesehatan berdasarkan siklus hidup yang mudah diakses dan terjangkau sampai pada tingkat masyarakat, keluarga dan individu;

b. bahwa penerapan pelayanan kesehatan primer diselenggarakan secara terintegrasi di Puskesmas, jejaring dan jaringan pelayanan kesehatan primer untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di setiap fase kehidupan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

2. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 288);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER.
- KESATU : Integrasi pelayanan kesehatan primer merupakan upaya untuk menata dan mengoordinasikan berbagai pelayanan kesehatan primer dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan berdasarkan siklus hidup bagi perseorangan, keluarga dan masyarakat.
- KEDUA : Integrasi pelayanan kesehatan primer sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU bertujuan untuk mendekatkan akses dan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif pada setiap fase kehidupan secara komprehensif dan berkualitas bagi masyarakat.
- KETIGA : Integrasi pelayanan kesehatan primer sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU menitikberatkan pada:
- a. penguatan promotif dan preventif melalui pendekatan pada setiap fase kehidupan dengan tetap menyelenggarakan kuratif, rehabilitatif dan paliatif;
  - b. pendekatan pelayanan kesehatan melalui sistem jejaring pelayanan kesehatan primer mulai dari tingkat kecamatan, desa/kelurahan, dusun, rukun warga, rukun tetangga; dan
  - c. penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) melalui digitalisasi dan pemantauan dengan *dashboard* situasi

kesehatan per desa/kelurahan, serta kunjungan keluarga/kunjungan rumah.

- KEEMPAT : Integrasi Pelayanan kesehatan primer dilaksanakan di Puskesmas, jejaring dan jaringan pelayanan kesehatan primer
- KELIMA : Integrasi Pelayanan kesehatan primer harus didukung dengan sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
- KEENAM : Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.
- KETUJUH : Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEENAM digunakan sebagai panduan bagi Dinas Kesehatan, Puskesmas, jejaring dan jaringan pelayanan kesehatan primer dalam mengimplementasikan integrasi pelayanan kesehatan primer.
- KEDELAPAN : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 29 Agustus 2023

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum

Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Indah Febrianti, S.H., M.H.  
NIP 197802122003122003

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR HK.01.07/MENKES/2015/2023  
TENTANG PETUNJUK TEKNIS INTEGRASI  
PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

PETUNJUK TEKNIS INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

BAB I  
PENDAHULUAN

Pelayanan Kesehatan Primer dilakukan dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi. Badan Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan pendekatan *Primary Health Care* (PHC) melalui 3 (tiga) strategi utama yaitu integrasi pelayanan kesehatan primer perorangan dan masyarakat, pemberdayaan individu dan masyarakat, serta kebijakan dan aksi multi sektor.

Strategi global pelayanan kesehatan berfokus pada individu (*people-centred*, terintegrasi guna mewujudkan pelayanan yang lebih komprehensif, responsif dan terjangkau untuk mengatasi beragam kebutuhan kesehatan yang diperlukan masyarakat. Melalui pendekatan ini diharapkan setiap orang memiliki pengetahuan dan dukungan yang dibutuhkan untuk mampu membuat keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan kesehatannya.

Penguatan pelayanan kesehatan primer penting dilakukan karena fakta yang ada menunjukkan capaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan tahun 2021 masih jauh dari target yang ditetapkan dan beban kesehatan yang masih tinggi serta sebagian besar kasus kematian yang terjadi di Indonesia merupakan kasus yang dapat dicegah. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan primer belum cukup kuat dalam merespon masalah kesehatan.

Di Indonesia, penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer dilaksanakan oleh Puskesmas yang saat ini berjumlah 10.374 Puskesmas dengan 27.768 Puskesmas Pembantu (Pusdatin, 2022) bersama fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Keberadaan berbagai UKBM sebagai jejaring Puskesmas, seperti Poskesdes (42.051) dan Posyandu (301.068, Komdat Kesmas 2022),

Posyandu Lansia (109.415, Komdat Kesmas 2022), Posyandu Remaja (18.300, Komdat Kesmas 2022), Posbindu (79.099, SIPTM 2022) menunjukkan belum terintegrasinya pemberdayaan masyarakat di tingkat desa/kelurahan. Di sisi lain, masih terdapat 18.193 desa/kelurahan yang tidak memiliki fasilitas kesehatan dalam bentuk Pustu/Poskesdes/Posyandu (laporan daerah per tanggal 20 Desember 2022) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hal tersebut, pemerintah melaksanakan transformasi pelayanan kesehatan primer dengan menerapkan konsep *Primary Health Care* (PHC) melalui integrasi pelayanan kesehatan primer. Sistem ini tidak dapat dijalankan hanya melalui Puskesmas dan jejaringnya, namun memerlukan peran serta aktif masyarakat serta pemerintah daerah setempat untuk dapat diimplementasikan.

## BAB II

### PENYELENGGARAAN INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (ILP)

Kementerian Kesehatan menggulirkan transformasi kesehatan. Terdapat 6 pilar transformasi kesehatan sebagai penopang kesehatan Indonesia yaitu: 1) **Transformasi pelayanan kesehatan primer;** 2) Transformasi pelayanan kesehatan rujukan; 3) Transformasi sistem ketahanan kesehatan; 4) Transformasi sistem pembiayaan kesehatan; 5) Transformasi SDM kesehatan; dan 6) Transformasi teknologi kesehatan.

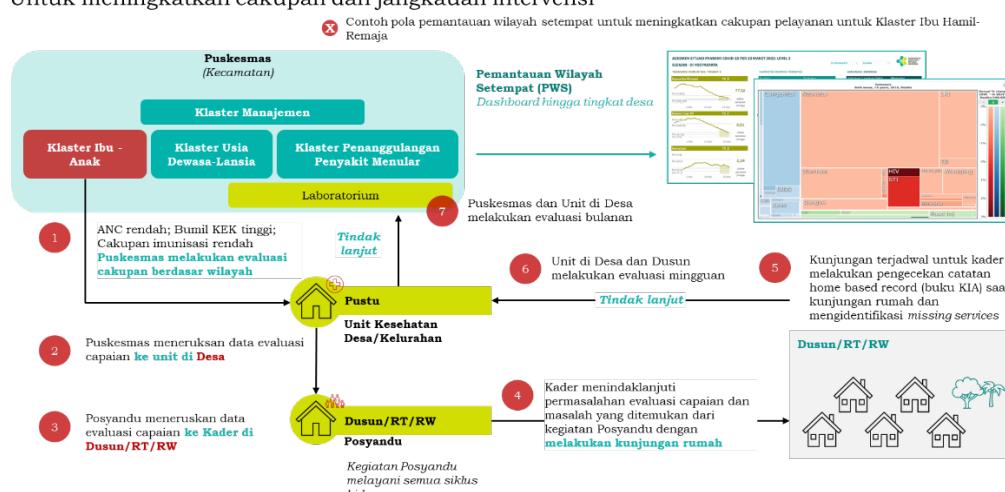
Transformasi pelayanan kesehatan primer dilaksanakan melalui edukasi penduduk, pencegahan primer, pencegahan sekunder dan peningkatan kapasitas serta kapabilitas pelayanan kesehatan primer. Pilar prioritas pertama ini bertujuan menata kembali pelayanan kesehatan primer yang ada, sehingga mampu melayani seluruh penduduk Indonesia dengan pelayanan kesehatan yang lengkap dan berkualitas.

Penataan struktur layanan kesehatan primer tersebut membutuhkan pendekatan baru yang berorientasi pada kebutuhan layanan di setiap siklus kehidupan yang diberikan secara komprehensif dan terintegrasi antar tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan. Pendekatan baru ini disebut sebagai Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, melibatkan Puskesmas, unit pelayanan kesehatan di desa/kelurahan yang disebut juga sebagai Puskesmas Pembantu dan Posyandu. Selanjutnya juga akan melibatkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan primer.

Cara kerja baru tersebut terlihat dalam ilustrasi pola kerja berikut

#### Ilustrasi Pola Kerja Sistem Layanan Kesehatan Primer

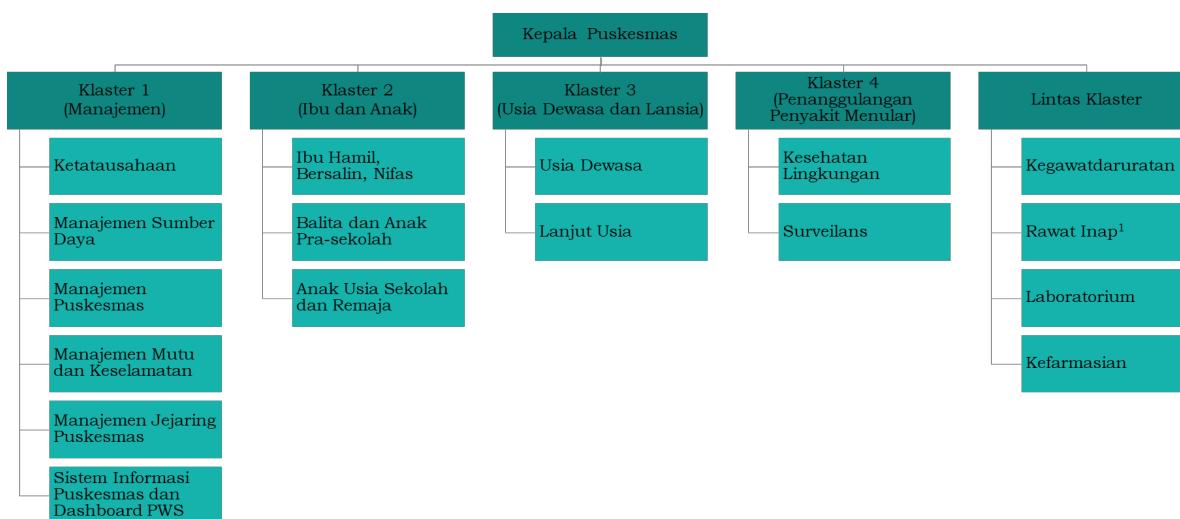
Untuk meningkatkan cakupan dan jangkauan intervensi



Gambar 1. Ilustrasi Pola Kerja Sistem Pelayanan Kesehatan Primer

## A. Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Puskesmas

- Cara kerja di Puskesmas dilakukan dengan mengoordinasikan pelayanan kesehatan primer berdasarkan siklus hidup dan tidak lagi berbasis program.
- Kepala Puskesmas akan menetapkan pembagian seluruh petugas Puskesmas ke dalam klaster-klaster dan menetapkan struktur organisasi Puskesmas berdasarkan pembagian klaster, yaitu:
  - 1. Klaster 1: Manajemen**
  - 2. Klaster 2: Ibu dan Anak**
  - 3. Klaster 3: Usia Dewasa dan Lanjut Usia**
  - 4. Klaster 4: Penanggulangan Penyakit Menular**
  - 5. Lintas Klaster**



Gambar 2. Struktur Organisasi Puskesmas

- Masing-masing klaster minimal terdiri atas penanggung jawab (PJ) dan anggota.
- Lingkup kegiatan dan kompetensi petugas yang diperlukan di masing-masing klaster sebagai berikut:

Tabel 1. Lingkup Kegiatan dan Kompetensi Petugas Puskesmas

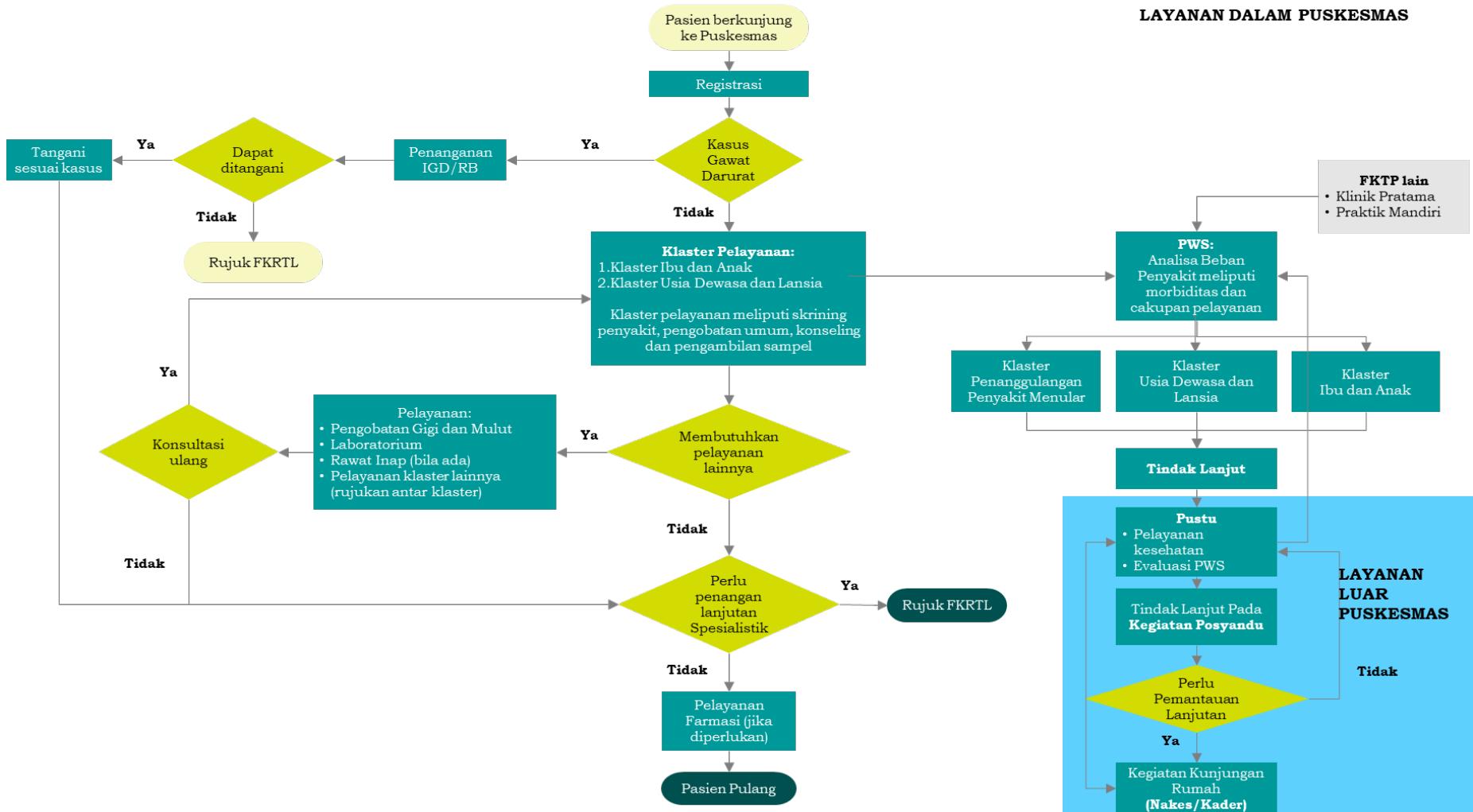
No	Klaster	Lingkup Pelayanan/ Kegiatan	Kompetensi PJ dan anggota
1	Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ketatausahaan: kepegawaian, keuangan dan system informasi</li> <li>Manajemen Sumber Daya</li> <li>Manajemen Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>PJ: Kepala Tata Usaha</b></li> <li>Manajemen data dan sistem informasi</li> <li>Manajemen keuangan</li> <li>Manajemen aset</li> </ul>

No	Klaster	Lingkup Pelayanan/ Kegiatan	Kompetensi PJ dan anggota
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien</li> <li>• Manajemen Jejaring Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manajemen sumber daya (SDM, sarpras, obat dan BMHP)</li> <li>• Manajemen program/klaster</li> <li>• Mengoordinir manajemen Puskesmas</li> <li>• Mengoordinir manajemen mutu</li> <li>• Manajemen pemberdayaan masyarakat</li> </ul>
2	Ibu dan Anak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan bagi ibu hamil, bersalin, nifas</li> <li>• Menyelenggarakan pelayanan bagi Kesehatan anak balita dan anak prasekolah</li> <li>• Menyelenggarakan pelayanan bagi Kesehatan anak usia sekolah dan remaja</li> </ul>	<p>Mampu memberikan pelayanan, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ANC</li> <li>• ibu hamil</li> <li>• persalinan normal dan nifas.</li> <li>• Neonatal esensial</li> <li>• Pelayanan gizi bagi ibu dan anak</li> <li>• SDIDTK</li> <li>• Imunisasi</li> <li>• Skrining penyakit</li> <li>• Skrining Kesehatan jiwa</li> <li>• MTBS</li> <li>• Pengobatan umum</li> <li>• Kesehatan gigi dan mulut</li> <li>• Komunikasi Antar Pribadi (KAP)</li> <li>• Gadar Matneo</li> <li>• Perkesmas</li> <li>• Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak</li> </ul>
3	Usia Dewasa dan Lansia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan bagi usia dewasa</li> </ul>	<p>Mampu memberikan pelayanan, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skrining penyakit menular</li> </ul>

No	Klaster	Lingkup Pelayanan/ Kegiatan	Kompetensi PJ dan anggota
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan bagi lanjut usia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skrining penyakit tidak menular</li> <li>Skrining Kesehatan jiwa</li> <li>Skrining kebugaran jasmani</li> <li>Skrining layak hamil</li> <li>Skrining geriatri</li> <li>Kespro bagi catin</li> <li>KB</li> <li>Pelayanan gizi bagi usia dewasa dan lansia</li> <li>Pengobatan umum</li> <li>Kesehatan gigi dan mulut</li> <li>Kesehatan kerja</li> <li>Komunikasi Antar Pribadi (KAP)</li> <li>Perkesmas</li> <li>Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak</li> </ul>
4	Penanggulangan Penyakit Menular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pencegahan, Kewaspadaan Dini dan Respon</li> <li>Pengawasan kualitas lingkungan</li> </ul>	Mampu melakukan: <ul style="list-style-type: none"> <li>Surveilans</li> <li>Penemuan kasus</li> <li>Penyelidikan epidemiologi</li> <li>Pengendalian vector</li> <li>Outbreak Respon Imunization (ORI)</li> <li>Pelayanan Kesehatan lingkungan</li> <li>Komunikasi Antar Pribadi (KAP)</li> </ul>
5	Lintas Klaster	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan gawat darurat</li> <li>Pelayanan rawat inap</li> <li>Pelayanan kefarmasian</li> <li>Pelayanan Laboratorium</li> </ul>	Mampu melakukan pelayanan: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kegawatdaruratan</li> <li>Rawat inap</li> <li>Kefarmasian</li> <li>Pemeriksaan laboratorium specimen manusia, sampel</li> </ul>

No	Klaster	Lingkup Pelayanan/ Kegiatan	Kompetensi PJ dan anggota
			vector dan reservoir serta sampel lingkungan

- Dalam hal keterbatasan SDM, pelayanan dapat diberikan oleh petugas dari klaster lainnya yang memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
- Pelayanan diberikan secara komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sesuai dengan siklus kehidupan dan masalah Kesehatan yang dialami pengunjung Puskesmas. Alur pelayanan dan PWS dengan pendekatan siklus hidup yang terintegrasi dapat dilihat pada bagan berikut ini.



Gambar 2. Alur Pelayanan dan PWS dengan Pendekatan Siklus Hidup

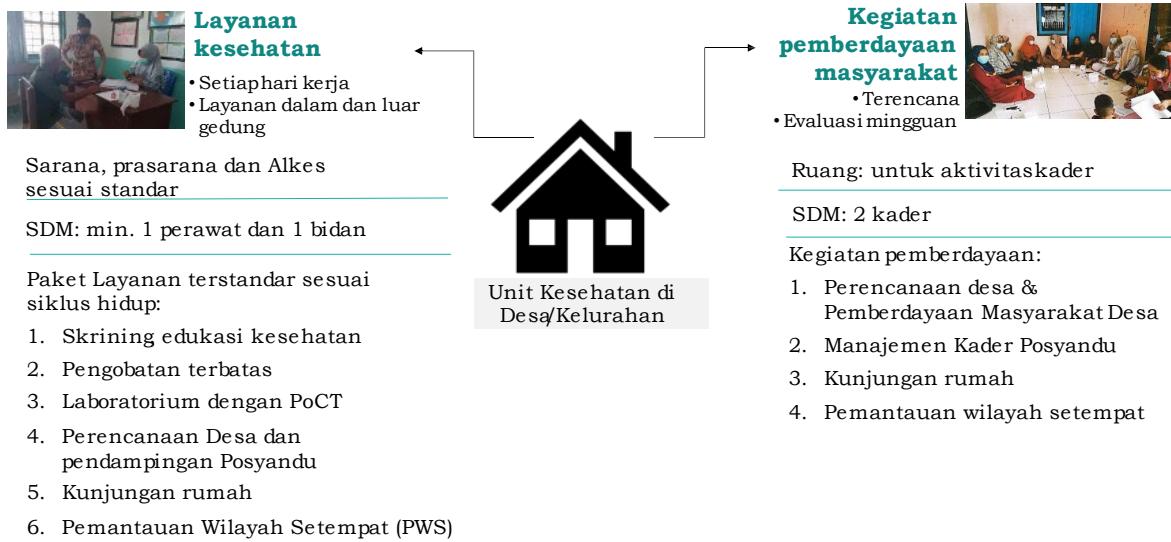
- 1) Pasien dilakukan **identifikasi masalah kesehatan** dan ditentukan **skrining sesuai siklus kehidupan** yang perlu dilakukan pada saat kunjungan tersebut.
  - Pasien diarahkan ke petugas di klaster pelayanan siklus hidup yaitu klaster ibu dan anak atau klaster usia dewasa dan Lansia untuk dilakukan skrining tersebut dan dilakukan penanganan terhadap masalah Kesehatan yang dialami sesuai paket pelayanan.
  - Penanganan di klaster **komprehensif terintegrasi** berbagai program
  - Pelayanan yang dilakukan di ke-2 klaster tersebut didukung dengan **pelayanan laboratorium, kefarmasian dan lainnya**.
  - Pembagian ruang pelayanan mengikuti sistem klaster dan sasaran pelayanan, **mempertimbangkan ketersediaan SDM, ruangan dan luas gedung Puskesmas**. Masing-masing klaster dapat memberikan pelayanan dalam ruang yang terpisah, namun diutamakan ruangan tersebut berdekatan dalam satu klaster.
- 2) Petugas di klaster melakukan **pencatatan pelayanan** di **sistem informasi Puskesmas**. Variabel penting yang **dipantau** akan muncul dalam *dashboard* situasi kesehatan wilayahnya.
  - Dashboard PWS dipantau dan dianalisis morbiditas dan cakupan pelayanan/program. Notifikasi ke Pustu jika ada yang perlu ditindaklanjuti di desa/kelurahan.
  - Puskesmas melakukan evaluasi bulanan atas hasil PWS bersama seluruh perwakilan Pustu. Dalam penanganan kasus di luar Puskesmas, pihak FKTP lain dapat dilibatkan dengan memberikan input terkait kasus yang ditangani ke *dashboard* PWS dan menerima notifikasi tindak lanjut terhadap kasus di wilayahnya.

## B. **Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Puskesmas Pembantu (Pustu)**

Integrasi pelayanan Kesehatan primer pada Pustu dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan untuk seluruh sasaran siklus hidup dan memperkuat peran pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan di desa/kelurahan.

### Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Pustu

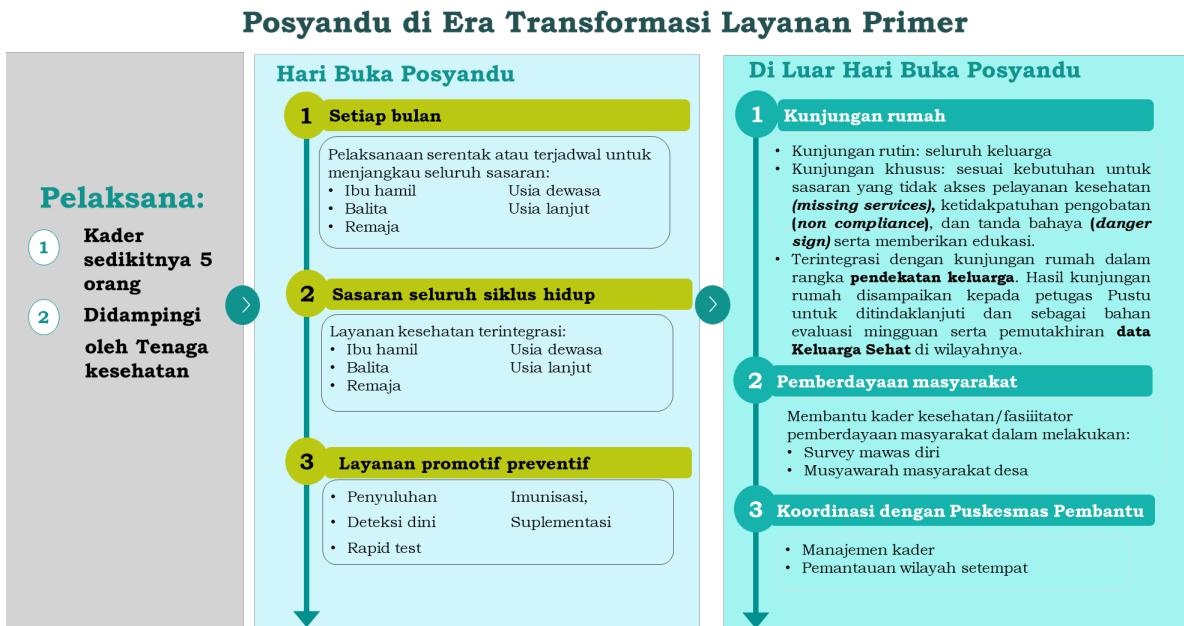
Unit Pelayanan kesehatan di Desa/Kelurahan yang memberikan pelayanan kesehatan dan mendukung pemberdayaan masyarakat desa/kelurahan



Gambar 4. Unit Pelayanan Kesehatan di Desa/Kelurahan

### C. Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Posyandu

- Posyandu merupakan salah satu jenis Lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan (LKD/K) yang merupakan wadah partisipasi masyarakat bertugas membantu kepala desa/lurah di bidang pelayanan kesehatan dan bidang lainnya sesuai kebutuhan.
- Posyandu berada di tingkat dusun/RT/RW yang dibentuk berdasarkan **prakarsa pemerintah desa/kelurahan** dan masyarakat yang **ditetapkan dalam peraturan desa atau peraturan bupati/walikota**.
- Penataan posyandu yang berbasis program antara lain posyandu KIA, posyandu remaja, posbindu PTM, posyandu lansia menjadi posyandu yang melayani seluruh siklus hidup.



Gambar 5. Posyandu Terintegrasi

#### D. Arsitektur Pelayanan Kesehatan Primer



Gambar 6. Arsitektur Pelayanan Kesehatan Primer

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer tercermin dari integrasi antara fasilitas pemberi layanan kesehatan primer dengan partisipasi/pemberdayaan masyarakat. Peran Pustu sebagai unit Kesehatan di Desa/Kelurahan sangat penting karena menjadi jaringan Puskesmas untuk memudahkan akses pelayanan Kesehatan sampai tingkat desa/kelurahan sekaligus memperkuat fungsi pemberdayaan masyarakat di wilayahnya yaitu sebagai koordinator dan pembina Posyandu.

## BAB III

### KLASTER MANAJEMEN

Klaster ini memiliki lingkup tugas dan fungsi mengoordinasikan pelaksanaan manajemen Puskesmas, manajemen mutu pelayanan dan keselamatan bagi masyarakat, pasien, dan petugas. Selain itu, juga bertanggung jawab dalam kegiatan ketatausahaan, manajemen sumber daya serta manajemen jejaring dan jaringan Puskesmas serta sistem informasi.

#### **1. Manajemen Puskesmas:**

- a. Perencanaan (P1): keterpaduan LP dan LS untuk semua siklus hidup. Target kinerja disusun masing-masing klaster Puskesmas
- b. Penggerakan pelaksanaan (P2): Lokmin membahas pelaksanaan kegiatan dan hasil PWS untuk dirumuskan tindak lanjutnya.
- c. Pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3) dilakukan terhadap aspek administratif dan kinerja Puskesmas.

#### **2. Manajemen mutu pelayanan dan keselamatan bagi masyarakat, pasien dan petugas:** pengukuran mutu, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), keselamatan pasien, manajemen risiko, budaya mutu dan keselamatan, keselamatan dan kesehatan kerja (K3), manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK).

#### **3. Manajemen Jejaring Puskesmas:** Kerjasama dan pembinaan ke Pustu, FKTP lain, Posyandu dan UKBM lain

#### **4. Manajemen Pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP):** dalam pemenuhan dibutuhkan sumber daya, pengendalian mutu pelayanan kefarmasian serta formularium Puskesmas.

#### **5. Sistem Informasi:** Puskesmas, Pustu, kegiatan Posyandu dan kunjungan rumah menggunakan sistem informasi yang terstandar dan terintegrasi ke Platform Satu Sehat.

#### **A. Manajemen Puskesmas**

Manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai sasaran/tujuan Puskesmas secara efektif dan efisien. Puskesmas mengintegrasikan seluruh manajemen yang ada (sumber daya (SDM, keuangan, sarana, prasarana), program, pemberdayaan masyarakat, sistem informasi Puskesmas, dan mutu) di dalam menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di wilayah kerjanya. Manajemen Puskesmas mencakup

seluruh kegiatan yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas termasuk kegiatan yang dilakukan di Pustu dan Posyandu

### 1. Perencanaan (P1)

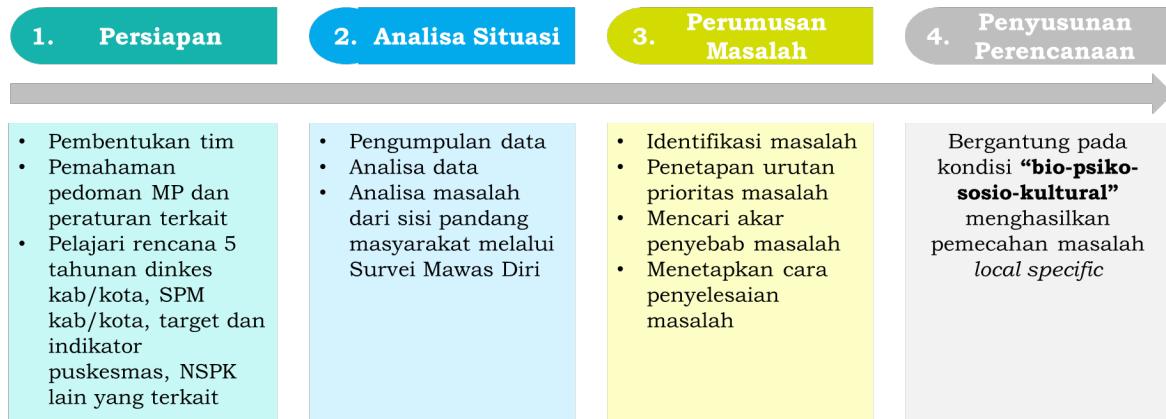
- a. Puskesmas menyusun **perencanaan** secara sistematis untuk **mengatasi masalah kesehatan di wilayah kerjanya**. Perencanaan tersebut mengikuti siklus perencanaan pembangunan daerah, dimulai dari tingkat desa/kelurahan, selanjutnya disusun pada tingkat kecamatan dan kemudian diusulkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- b. Perencanaan Puskesmas dituangkan di dalam **rencana lima tahunan dan rencana tahunan Puskesmas**.
- c. Proses perencanaan **meliputi tahapan persiapan, analisis situasi, perumusan masalah, dan penyusunan perencanaan**.
- d. Kepala Puskesmas membentuk **Tim Perencanaan Puskesmas** yang diketuai oleh Kepala Tata Usaha dan perwakilan seluruh klaster dan lintas klaster di Puskesmas dan Pustu sebagai anggota. Tim perencanaan Puskesmas menyusun upaya pencapaian **target kinerja** masing-masing klaster Puskesmas sesuai kemampuan Puskesmas paling lambat **minggu kedua bulan Februari tahun berjalan**;
- e. Kepala Puskesmas menetapkan **SK Target Kinerja** masing-masing klaster **paling lambat akhir bulan Februari** tahun berjalan.
- f. Pada sistem klaster, **tidak terdapat PJ program**



Gambar 7. Perencanaan Lima Tahunan dan Tahunan

Perencanaan Puskesmas dilakukan melalui pendekatan keterpaduan lintas program dan lintas sektor dalam lingkup siklus kehidupan

Proses perencanaan meliputi tahapan persiapan, analisis situasi, perumusan masalah, dan penyusunan perencanaan.



Gambar 8. Tahapan dalam Proses Perencanaan Puskesmas

## 2. Penggerakan dan Pelaksanaan (P2)

- Puskesmas **memastikan terlaksananya kegiatan** yang sudah dirumuskan dalam dokumen perencanaan melalui **P2**. Penggerakan dan pelaksanaan dapat dilakukan melalui **rapat dinas, pengarahan apel pegawai, pelaksanaan kegiatan sesuai jadwal** maupun **forum khusus yaitu Lokakarya Mini**.
- Lokakarya Mini** diselenggarakan sebagai **forum komunikasi** untuk menilai sejauh mana pencapaian dan hambatan yang dijumpai sekaligus pemantauan dan perencanaan kegiatan Puskesmas yang akan datang. Forum ini terdiri atas **Lokakarya Mini Bulanan** dan **Lokakarya Mini Tribulanan** dengan karakteristik kegiatan sebagai berikut:

Tabel 2. Lokakarya Mini

No	Aspek	Lokmin Bulanan	Lokmin Tribulanan
1	Waktu pelaksanaan	Setiap awal bulan	Setiap 3 bulan, dimulai pada bulan Februari
2	Pelaksana	Seluruh pegawai Puskesmas, jaringan Puskesmas dan jejaring Puskesmas	Camat, pegawai Puskesmas dan jaringannya, Dinkes Kab/Kota, Kepala Desa/Lurah, TP PKK, Pokjanal Posyandu, Kader Posyandu, TNI/Polri, Institusi Pendidikan, dan OPD (Organisasi Perangkat Daerah)terkait lainnya di wilayah Puskesmas
3	Agenda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada bulan yang lalu</li> <li>• Pemantauan rencana kegiatan yang akan datang</li> <li>• Melakukan evaluasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggalang dukungan dan meningkatkan kerja sama antar sektor terkait dalam pembangunan kesehatan</li> <li>• Menginformasikan &amp; mengidentifikasi capaian hasil kegiatan tribulanan sebelumnya, menganalisis hambatan dan masalah pelaksanaan program kesehatan serta masalah dukungan dari masing-masing sektor, merumuskan cara penyelesaian masalah</li> <li>• Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan dan menyepakati untuk menjalankan rencana kegiatan bersama-sama.</li> </ul>

Masing-masing penanggung jawab klaster menyampaikan hasil pelaksanaan kegiatan dan pemantauan wilayah setempat (PWS) pada saat Lokakarya Mini berdasarkan data dalam sistem informasi Puskesmas, dashboard PWS, ataupun laporan dari Pustu. Dari hasil PWS diketahui cakupan pelayanan dan morbiditas serta masalah kesehatan lainnya yang perlu mendapatkan perhatian. Selain itu, capaian indikator keluarga sehat pada Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dibahas bersama dan dirumuskan intervensi selanjutnya dalam forum tersebut.

### **3. Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja Puskesmas (P3)**

Puskesmas memberikan pelayanan kepada masyarakat sehingga perlu dilakukan pengawasan dan pengendalian.

#### **a. Pengawasan**

- 1) Pengawasan dilakukan untuk **standar minimal** SDM dan sarana prasarana yang wajib dipenuhi oleh Puskesmas
- 2) Pengawasan yang dilakukan mencakup a) aspek administratif, seperti registrasi pasien sampai penerimaan obat dan BMHP, sumber daya kesehatan, sarana, prasarana, alat kesehatan dan keuangan, dan b) kinerja, seperti evaluasi kegiatan, dan teknis pelayanan.
- 3) Pengawasan Puskesmas terdiri atas pengawasan internal dan eksternal yang dilakukan melalui kegiatan supervisi secara terjadwal atau sewaktu-waktu dalam lingkup Puskesmas dan jaringannya, sekolah, Posyandu dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) lainnya serta kunjungan rumah.
- 4) Pengawasan internal adalah pengawasan yang dilakukan oleh Puskesmas sendiri, baik oleh kepala Puskesmas, tim audit internal, tim mutu, maupun penanggung jawab klaster.
- 5) Pengawasan melalui audit internal bertujuan untuk mendapatkan data dan informasi faktual dan signifikan berupa data, hasil analisis, hasil penilaian, dan rekomendasi tim audit internal sebagai dasar untuk pengambilan keputusan, pengendalian manajemen, perbaikan atau perubahan baik pada sistem pelayanan maupun sistem manajemen mutu.
- 6) Tahapan dalam melakukan audit yaitu:
  - a) Persiapan

Tim audit menyusun rencana program audit diinformasikan ke masing – masing klister

b) Pelaksanaan audit

- Berdasarkan rencana audit, tim auditor internal melaksanakan audit internal. Pada tahapan ini, tim melakukan pengumpulan data dengan metode seperti telaah dokumen, pengamatan, wawancara, simulasi, memeriksa dokumen dengan memanfaatkan daftar tilik, mencari bukti-bukti, melakukan pemeriksaan silang dan mencari informasi dari sumber luar.
- Selanjutnya hasilnya dianalisis sampai dengan disusun rencana tindaklanjut.

7) Pengawasan eksternal dilakukan oleh instansi dari luar Puskesmas antara lain dinas kesehatan kabupaten/kota, lintas sektor terkait, dan melalui akreditasi Puskesmas.

**b. Pengendalian**

- 1) Pengendalian adalah serangkaian aktivitas untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dengan cara membandingkan capaian saat ini dengan target yang telah ditetapkan. Jika terdapat ketidaksesuaian, maka harus dilakukan upaya perbaikan (*corrective action*) berkesinambungan.
- 2) Kegiatan pengendalian dapat dilakukan pada saat monitoring dan evaluasi kegiatan di Lokakarya Mini Bulanan dan pertemuan tinjauan manajemen.
- 3) Pertemuan tinjauan manajemen dilakukan oleh Puskesmas sebagai upaya pengendalian yang dilakukan berdasarkan hasil pengawasan dan evaluasi.

**c. Penilaian Kinerja Puskesmas**

- 1) Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis, dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien cakupan pelayanan kesehatan serta cakupan manajemen puskesmas sebagai penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas.
- 2) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama dengan

Puskesmas menetapkan target dan indikator serta dukungan sumber daya bagi masing-masing Puskesmas berdasarkan evaluasi hasil kinerja Puskesmas tahun sebelumnya.

- 3) Puskesmas melakukan Penilaian Kinerja Puskesmas berdasarkan hasil pengumpulan data pencapaian dan menyampaikannya kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 4) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan verifikasi, umpan balik dan penetapan kelompok peringkat Puskesmas berdasarkan tingkat kinerja dengan kategori baik, cukup dan kurang.

## **B. Manajemen mutu pelayanan dan keselamatan bagi masyarakat, pasien, dan petugas**

Intervensi mutu dalam rangka peningkatan mutu berkesinambungan diselenggarakan melalui:

### **1. Pengukuran mutu**

Pengukuran mutu di Puskesmas terdiri dari:

- a. Indikator Nasional Mutu (INM)

Terdapat **6 (enam) INM** di Puskesmas :

- 1) Kepatuhan kebersihan tangan;
  - 2) Kepatuhan penggunaan APD;
  - 3) Kepatuhan Identifikasi pasien;
  - 4) Keberhasilan pengobatan TB semua kasus sensisitif obat;
  - 5) Ibu hamil memperoleh pelayanan ANC sesuai standar; dan
  - 6) Kepuasan pasien.
- 7) Ketentuan pengukuran INM mengikuti peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- b. Indikator mutu prioritas Puskesmas

adalah indikator yang dirumuskan berdasarkan **prioritas masalah kesehatan di Puskesmas** yang akan diselesaikan di Puskesmas.

- c. Indikator mutu prioritas pelayanan

Adalah indikator yang dirumuskan berdasarkan **prioritas masalah yang ada dimasing-masing unit layanan**.

## 2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

- a. Prinsip penyelenggaraan PPI salah satunya adalah **penerapan konsep pelayanan pada pasien sehat dan sakit** untuk memutus mata rantai penularan penyakit di Puskesmas. **Penerapan PPI** dimulai dari pasien datang sampai dengan pasien keluar dari Puskesmas.

Tabel 3. Ruang lingkup PPI di Puskesmas meliputi.

No	Ruang Lingkup	Kegiatan
1)	Kewaspadaan Isolasi	<p>a) Kewaspadaan Standar</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kebersihan tangan (hand hygiene),</li><li>• Penggunaan alat pelindung diri (APD),</li><li>• Pengendalian lingkungan,</li><li>• Pengelolaan lombah hasil pelayanan kesehatan,</li><li>• Pengelolaan peralatan perawatan pasien dan alat medis lainnya,</li><li>• Pengelolaan linen,</li><li>• Penyuntikan yang aman,</li><li>• Kebersihan pernapasan atau etika batuk,</li><li>• Penempatan pasien, dan</li><li>• Perlindungan kesehatan petugas.</li></ul> <p>b) Kewaspadaan berdasarkan transmisi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kewaspadaan transmisi kontak</li><li>• Kewaspadaan transmisi droplet</li><li>• Kewaspadaan transmisi udara (airborne)</li></ul>
2)	Pencegahan dan pengendalian infeksi dengan penerapan <i>bundles Healthcare-Associated Infections</i> (HAIs) dan PPI pada penggunaan peralatan kesehatan lainnya di Puskesmas	<p>a) Penerapan bundles HAIs, terdiri atas :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bundle Infeksi Saluran Kemih (ISK) atau <i>Catheter-Associated Urinary</i> (CAUTI);</li><li>• <i>Bundles Peripheral Line Associated Blood Stream Infection</i> (PLABSI), dan</li><li>• Bundle Infeksi Daerah Operasi (IDO).</li></ul> <p>b) PPI pada penggunaan alat peralatan kesehatan lainnya, terdiri atas,</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• PPI pada pemberian alat bantu pernapasan (oksigen nasal),</li><li>• PPI pada pemberian terapi inhalasi (nebulizer), dan</li><li>• PPI pada perawatan luka.</li></ul>
3)	Penggunaan antimicroba yang bijak	
4)	Pendidikan dan pelatihan	
5)	Surveilans	

- b. Penerapan PPI sesuai dengan ruang lingkup yang diuraikan di atas, mengacu pada pedoman dan/ atau ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## 2. Keselamatan Pasien

- a. **Standar Keselamatan Pasien** wajib diterapkan di Puskesmas. **Terdapat 6 (enam) sasaran keselamatan pasien (SKP)**, sebagai berikut.
- 1) SKP.1 mengidentifikasi pasien dengan benar,
  - 2) SKP.2 meningkatkan komunikasi yang efektif,
  - 3) SKP.3 meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai,
  - 4) SKP.4 memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar,
  - 5) SKP.5 mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan,
  - 6) SKP.6 mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh
- b. Penerapan keselamatan pasien di Puskesmas mengacu pada pedoman dan/ atau ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## 3. Manajemen risiko

- a. Puskesmas wajib menerapkan manajemen risiko guna mengantisipasi kondisi ketidakpastian di masa yang akan datang yang mempengaruhi pencapaian tujuan dan sasaran Puskesmas.
- b. Manajemen risiko adalah proses yang proaktif dan kontinu meliputi:
- 1) identifikasi,
  - 2) analisis,
  - 3) evaluasi,

- 4) pengendalian,
  - 5) informasi komunikasi,
  - 6) pemantauan, dan pelaporan risiko,
  - 7) termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya.
- c. Penerapan manajemen risiko mengacu pada pedoman dan/ atau ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Budaya mutu dan keselamatan
    - a. **Budaya mutu** di Puskesmas penting menjadi **nilai** bagi seluruh klaster dalam upaya mencapai tujuan Puskesmas untuk melakukan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Karakteristik lingkungan kerja budaya mutu adalah:
      - 1) Kepemimpinan mutu pada semua jenjang di puskesmas
      - 2) Keterbukaan
      - 3) Penekanan pada kerja tim
      - 4) Tanggung jawab yang jelas
      - 5) Budaya belajar dan pembelajaran
      - 6) Umpaman balik yang aktif untuk peningkatan
      - 7) Keterlibatan kuat pegawai, pengguna dan masyarakat.
      - 8) Pemberdayaan individu
      - 9) Menyeleraskan nilai organisasi
      - 10) Menumbuhkan kebanggan dalam memberi pelayanan
      - 11) Menjadikan pelayanan sepenuh hati
    - b. Penerapan budaya mutu yang adekuat oleh semua klaster di Puskesmas akan menghasilkan pelayanan Puskesmas yang bermutu secara berkesinambungan.
5. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)
    - a. Puskesmas merupakan tempat kerja yang memiliki risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan pegawai, pengunjung dan lingkungan Puskesmas.
    - b. Pegawai yang bekerja di Puskesmas mempunyai risiko terpapar Bahaya seperti Fisik, biologi, kimia, ergonomi, psikososial, yang dapat menimbulkan penyakit akibat kerja, terjadinya kecelakaan kerja terkait dengan pekerjaan yang dilakukan dalam pelayanan baik langsung maupun tidak langsung sehingga berhak mendapatkan

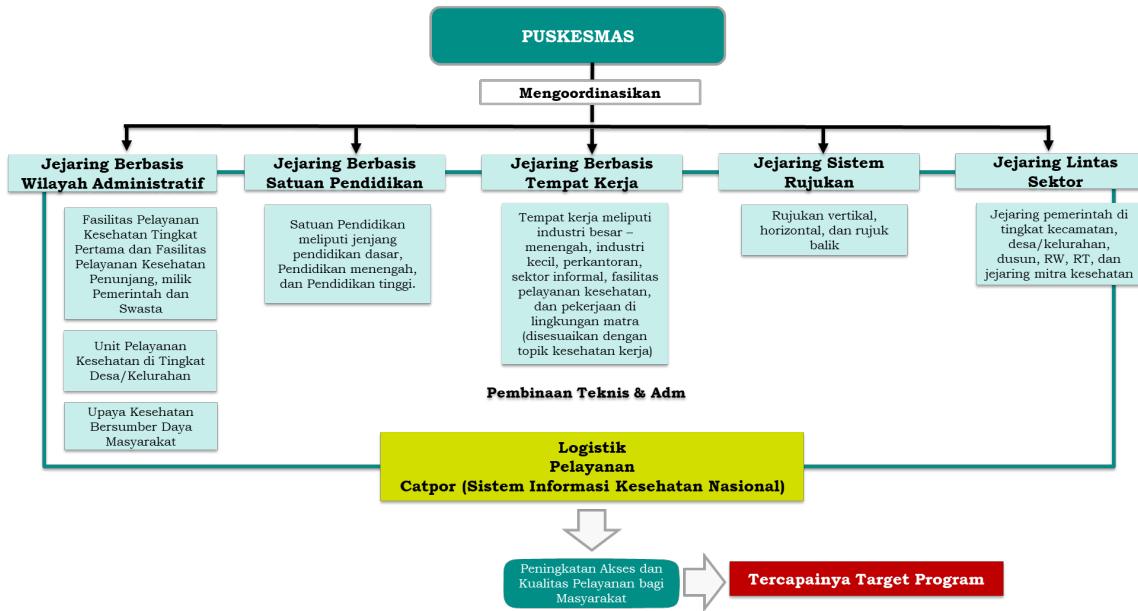
- pelayanan kesehatan dan perlindungan terhadap kesehatannya.
- c. Program K3 bagi Pegawai Puskesmas antara lain:
- 1) Promosi keselamatan dan kesehatan kerja serta kesejahteraan (*well being*) pegawai,
  - 2) pelindungan atas tindak kekerasan yang dilakukan oleh pengguna layanan, keluarga pengguna layanan, maupun oleh sesama pegawai,
  - 3) dan program K3 lainnya sesuai dengan yang ditetapkan oleh Puskesmas.
  - 4) pemeriksaan kesehatan pekerja puskesmas secara berkala
- d. Penyelenggaraan upaya kesehatan dan keselamatan kerja di Puskesmas mengacu pada pedoman dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan.
6. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
- a. Sarana (bangunan), prasarana, peralatan, keselamatan dan keamanan lingkungan Puskesmas harus dikelola secara efektif untuk mengurangi dan mengendalikan bahaya, risiko, mencegah kecelakaan, cidera dan penyakit akibat kerja, melalui penerapan manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK).
  - b. Program manajemen fasilitas dan keselamatan di Puskesmas terdiri dari,
    - 1) Manajemen keselamatan dan keamanan fasilitas,
    - 2) Manajemen bahan berbahaya beracun (B3) dan limbah B3,
    - 3) Manajemen kedaruratan dan bencana,
    - 4) Manajemen pengamanan kebakaran,
    - 5) Manajemen alat kesehatan,
    - 6) Manajemen sistem utilitas, dan
    - 7) Pendidikan MFK.
  - c. Penerapan manajemen risiko mengacu pada pedoman dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### C. Manajemen Jejaring Puskesmas

1. Dalam rangka meningkatkan jangkauan pelayanan kepada seluruh masyarakat, Puskesmas didukung oleh sistem jejaring di wilayahnya yaitu:
  - a. struktur jejaring berbasis wilayah administratif;
  - b. struktur jejaring berbasis sekolah;
  - c. struktur jejaring berbasis tempat kerja;
  - d. struktur jejaring sistem rujukan; dan
  - e. struktur jejaring lintas sektor
2. Manajemen sistem jejaring Puskesmas mengikuti manajemen Puskesmas dan terintegrasi dalam P1-P2-P3 Puskesmas.
3. Manajemen sistem jejaring Puskesmas meliputi antara lain pengelolaan integrasi pelayanan Puskesmas dengan Pustu dan Posyandu serta jejaring pelayanan kesehatan lainnya.
4. Manajemen Jejaring Puskesmas
  - a. Puskesmas berkewajiban melakukan pembinaan teknis dan administrasi terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh jejaring
  - b. Membangun komitmen dalam jejaring pelayanan kesehatan, melalui nota kesepahaman/*Memorandum of Understanding/MoU* atau Perjanjian Kerjasama antara Puskesmas dan jejaringnya yang difasilitasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
  - c. Jejaring Puskesmas diundang dan hadir dalam lokakarya mini puskesmas
  - d. Pembinaan teknis dan administrasi Puskesmas kepada jejaring dilaksanakan melalui 5 langkah yaitu: 1) pembentukan jejaring pelayanan kesehatan; 2) identifikasi permasalahan prioritas; 3) menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL); 4) implementasi integrasi ke dalam pelayanan kesehatan; dan 5) monitoring dan evaluasi.
5. Manajemen integrasi pelayanan Puskesmas, Pustu dan Posyandu mencakup perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi antara lain dalam hal:
  - a. Pemenuhan sumber daya: sarana, prasarana, peralatan, obat dan BMHP, SDM, pendanaan →(Dinkes, Puskesmas, Pemdes, Dana Desa)
  - b. Pemenuhan kompetensi tenaga kesehatan (Dinkes)
  - c. Manajemen kader (Pemdes, TP-PKK, Puskesmas, Dinkes)

- d. Penyediaan SOP pelayanan dan rujukan (Pusat, Dinkes, Puskesmas)
- e. Pelaksanaan pelayanan sesuai standar (Puskesmas, Posyandu, Pustu)
- f. Pencatatan dan pelaporan kegiatan (Puskesmas, Posyandu, Pustu)
- g. Kerja sama dan pembagian peran dengan *stakeholder* terkait (Dinkes, Puskesmas)

### SISTEM JEJARING PELAYANAN KESEHATAN PRIMER



Gambar 9. Sistem Jejaring Pelayanan Kesehatan Primer

### D. Manajemen Pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)

Dalam rangka pemenuhan pengelolaan sediaan farmasi dan BMHP yang sesuai standar dibutuhkan:

#### 1. Sumber Daya Kefarmasian

##### a. Anggaran

Anggaran penyediaan sediaan farmasi dan BMHP dapat bersumber dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau sumber-sumber lain yang resmi sesuai peraturan perundang-undangan.

##### b. Sumber Daya Manusia

c. Sumber daya manusia yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan kefarmasian harus memadai dari segi aspek kuantitas dan kualitas, serta harus mempunyai kewenangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

##### d. Sarana Prasarana

Dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai misalnya

kebutuhan untuk rak penyimpanan, pallet, alat pemantau suhu, kartu stok, lemari pendingin dll.

2. Pengendalian Mutu Pelayanan Kefarmasian
  - a. Pengendalian mutu Pelayanan Kefarmasian merupakan kegiatan yang terintegrasi dengan program pengendalian mutu pelayanan kesehatan Puskesmas.
  - b. Unsur-unsur yang mempengaruhi mutu pelayanan kefarmasian meliputi:
    - 1) Unsur masukan (input), yaitu sumber daya manusia, sarana dan prasarana, ketersediaan dana, dan Standar Prosedur Operasional.
    - 2) Unsur proses, yaitu tindakan yang dilakukan, komunikasi, dan kerja sama.
    - 3) Unsur lingkungan, yaitu kebijakan, organisasi, manajemen, budaya, respon dan tingkat pendidikan masyarakat.
  - c. Sedangkan kegiatan pengendalian mutu pelayanan kefarmasian yang dilakukan meliputi:
    - 1) Perencanaan
    - 2) Pelaksanaan
    - 3) Tindakan hasil monitoring dan evaluasi
3. Formularium Puskesmas

Formularium Puskesmas sangat dibutuhkan dalam rangka kendali mutu dan biaya agar pelayanan kesehatan yang dilakukan dapat memenuhi standar pelayanan kefarmasian. Formularium disusun berdasarkan analisis kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang dilakukan Puskesmas dan mengacu kepada Formularium Nasional.

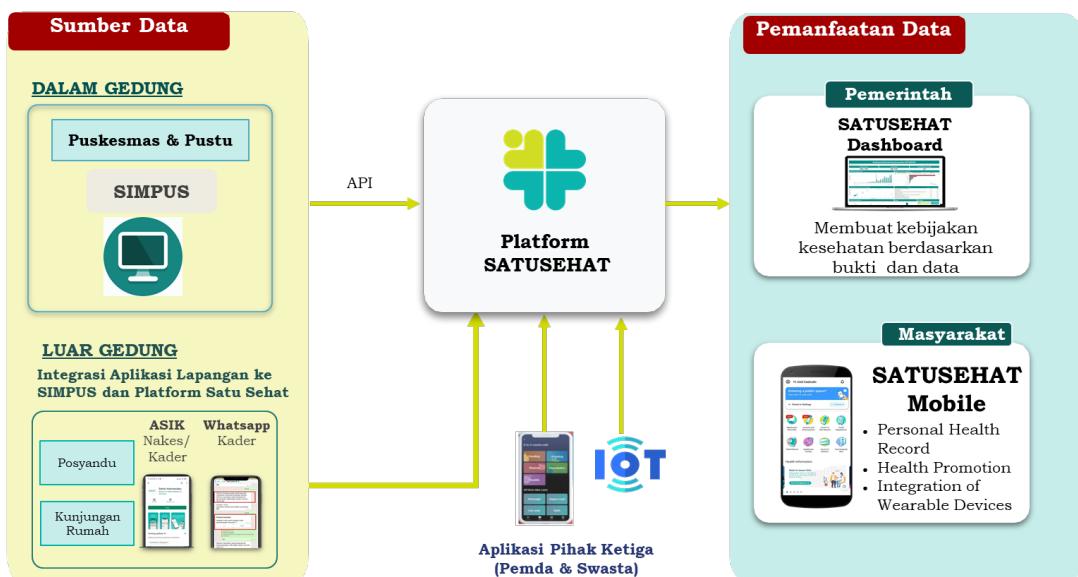
## E. Sistem Informasi

1. Integrasi pelayanan kesehatan primer perlu didukung oleh **Sistem Informasi** yang mampu menjamin **ketersediaan data** dan **informasi pelayanan Puskesmas yang terintegrasi dengan jejaringnya** secara cepat, akurat, terkini, berkelanjutan, dan dapat dipertanggungjawabkan.
2. Sistem informasi tersebut merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan yang meliputi rekam medik, pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya, pencatatan dan pelaporan keuangan Puskesmas dan jaringannya, laporan jejaring Puskesmas di

wilayah kerjanya, laporan lintas sektor terkait, dan survey lapangan.

3. Sistem informasi diselenggarakan **secara elektronik** berbasis web maupun *mobile* sesuai ketentuan yang berlaku.
4. *Dashboard* situasi kesehatan akan menampilkan data kesehatan prioritas yang berasal dari sistem informasi yang digunakan oleh Puskesmas dan jaringannya secara terpadu.
5. *Dashboard* tersebut meliputi cakupan pelayanan dan pola penyakit di wilayah kerja Puskesmas hingga tingkat desa/kelurahan dan dusun/RT/RW.
6. **Petugas di klaster 1 (Manajemen) bertanggung jawab** dalam pengelolaan sistem informasi dan dashboard situasi kesehatan.

#### Arsitektur Sistem Pencatatan Pelayanan Kesehatan Primer dalam SATUSEHAT



Gambar 10. Arsitektur Sistem Pencatatan Pelayanan Kesehatan Primer

Dalam implementasinya di Puskesmas, Pustu, kegiatan Posyandu dan kunjungan rumah, maka pencatatan dan pelaporan akan menggunakan **sistem informasi yang terstandar dan terintegrasi** ke Platform **Satu Sehat**. Sistem informasi tersebut sebagai berikut:

- a. Layanan Dalam Gedung (Puskesmas, Pustu)

Pencatatan layanan dalam Gedung menggunakan Sistem Informasi Puskesmas (SIP/SIMPUS) masing-masing yang telah ada di Puskesmas dan Pustu yang telah mengikuti standar interoperabilitas platform Satu Sehat.

- b. Layanan Luar Gedung (Puskesmas, Pustu, Kegiatan Posyandu, Kunjungan Rumah)

Pencatatan layanan luar gedung menggunakan dua sistem informasi gawai (mobile) yakni:

- 1) Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) oleh Tenaga Kesehatan dan Kader Kesehatan

- 2) Aplikasi Whats App (WA) oleh Kader

Apabila ada aplikasi berbasis gawai (mobile) lain yang dikembangkan oleh pihak ketiga, maka dapat digunakan oleh Tenaga Kesehatan atau Kader Kesehatan apabila telah mengikuti standar interoperabilitas Kementerian Kesehatan dan sesuai dengan kebutuhan program ILP.

- c. Hasil pencatatan data dari Dalam Gedung dan Luar Gedung yang terintegrasi ke Platform Satu Sehat dapat di monitor melalui dashboard untuk proses pemantuan wilayah setempat (PWS). Dashboard PWS membantu Puskesmas dan Pustu dalam melakukan intervensi-intervensi Kesehatan sesuai klaster layanan yang ada.
- d. Hasil layanan di dalam gedung dan luar gedung berbentuk rekam medik elektronik, promosi kesehatan, notifikasi, lokasi fasilitas kesehatan, dan program kesehatan lainnya dapat di peroleh masyarakat melalui Aplikasi Satu Sehat Mobile.

## BAB IV

### KLASTER PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

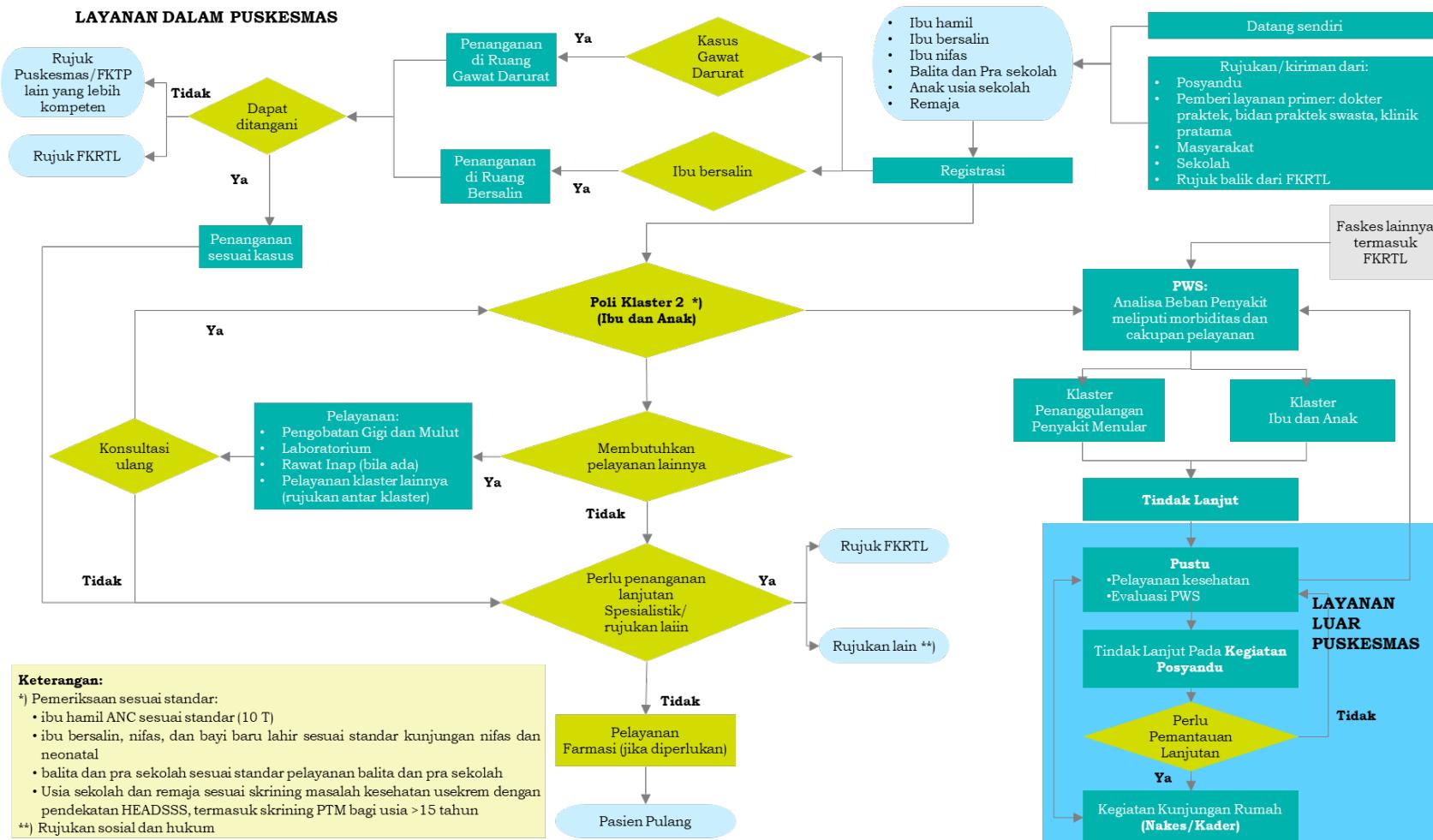
Klaster ini memiliki sasaran intervensi yang terdiri dari 3 kelompok pelayanan yaitu **1) Ibu hamil, bersalin dan nifas; 2) Bawah Lima Tahun (Balita) dan anak pra sekolah serta 3) anak usia sekolah dan remaja**, yang dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan. Untuk dapat melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan maka fokus pelayanan kesehatan menyesuaikan kondisi pertambahan usia pada siklus kehidupan.

Morbiditas yang banyak dialami oleh ibu, anak dan remaja meliputi:

- 1. Ibu hamil, bersalin dan nifas:** anemia, Kurang Energi Kronis (KEK), hipertensi, DM, penyakit infeksi (TBC, malaria, HIV, sifilis, hepatitis), perdarahan jalan lahir, ketuban pecah dini, plasenta previa, asma, penyakit jantung, perdarahan pasca persalinan, infeksi rahim, trauma/robekan perineum, *postpartum blues, postpartum depression*, dll.
- 2. Balita dan anak pra sekolah:** masalah neonatal (asfiksia, sepsis, kelainan kongenital), prematuritas dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), penyakit infeksi (TBC, diare, pneumonia), masalah gizi dan perkembangan (*weight faltering*, gizi kurang, gizi buruk, stunting dan obesitas), dll.
- 3. Anak usia sekolah dan remaja:** masalah gizi (anemia, gizi kurang, obesitas), penyakit infeksi (TBC, HIV, IMS), masalah gigi dan mulut (karies gigi), gangguan refraksi dan pendengaran, masalah perilaku dan penyalahgunaan NAPZA serta kekerasan baik fisik maupun seksual.

## Alur Kerja Klaster Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Mekanisme kerja klaster 2 (ibu dan anak) terdiri dari pelayanan kesehatan di dalam dan luar Puskesmas sesuai gambar berikut:



Gambar 11. Alur Kerja Klaster 2 (Ibu dan Anak)

Alur mekanisme kerja klaster 2 di atas adalah sebagai berikut:

**1. Pelayanan Kesehatan Dalam Puskesmas**

- a. Petugas mengarahkan pasien dengan kondisi gawat darurat, seperti kegawatdaruratan maternal dan neonatal serta kasus kegawatdaruratan pada anak ke ruang tindakan/gawat darurat atau ruang bersalin untuk mendapatkan penanganan segera.
- b. Bila bukan termasuk kasus gawat darurat, petugas registrasi mengarahkan pasien ke ruang pelayanan klaster 2 (ibu dan anak) untuk mendapatkan pemeriksaan (anamnesis dan pemeriksaan fisik) serta penanganan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) sesuai paket layanan pada klaster 2.
- c. Apabila pelayanan tidak dapat diberikan secara lengkap pada saat kunjungan karena kondisi pasien atau hal lainnya, petugas melakukan penjadwalan pelayanan pada waktu dan tempat yang disepakati bersama pasien. Misalnya pada balita sakit, imunisasi dilakukan setelah balita sehat di Posyandu.
- d. Bila pasien membutuhkan pelayanan lainnya maka dapat dilakukan rujukan internal untuk diberikan pelayanan yang diperlukan seperti tindakan medis, laboratorium, rawat inap dan pelayanan di klaster lainnya. Setelah mendapatkan pelayanan yang sesuai, pasien dapat kembali ke petugas klaster 2 untuk konsultasi kembali jika diperlukan.
- e. Bila pasien telah menyelesaikan seluruh pelayanan, maka dapat menuju pelayanan farmasi (jika ada resep dokter) dan pulang.
- f. Bila pasien membutuhkan layanan spesialistik/rujukan lainnya, maka dirujuk ke FKRTL dan fasilitas lainnya (misalnya rujukan sosial dan hukum).
- g. Petugas klaster 2 mencatat seluruh pelayanan yang dilakukan ke dalam sistem informasi dan melakukan PWS melalui analisis beban penyakit yang meliputi morbiditas dan cakupan pelayanan dengan memanfaatkan dashboard situasi kesehatan.
- h. Data untuk PWS juga dapat berasal dari faskes lainnya di wilayah kerja Puskesmas
- i. Hasil PWS yang membutuhkan tindak lanjut di tingkat desa/kelurahan diinformasikan ke petugas di Pustu.

**2. Pelayanan Kesehatan Luar Puskesmas**

- a. Petugas Pustu bersama kader Posyandu menindaklanjuti hasil PWS dalam bentuk kegiatan di Pustu, Posyandu, dan kunjungan rumah.
- b. Petugas Pustu dan kader Posyandu melakukan evaluasi hasil kunjungan rumah (hasil kunjungan rutin maupun tindak lanjut PWS).
- c. Kader Posyandu menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak pada hari buka Posyandu didampingi oleh tenaga kesehatan.
- d. Kader Posyandu melakukan kunjungan rumah untuk menemukan ibu (hamil, bersalin, nifas), dan anak (bayi, balita, anak prasekolah, anak usia sekolah, dan remaja) yang belum mendapatkan pelayanan kesehatan, tidak melakukan kunjungan ulang, ketidakpatuhan pengobatan, dan memiliki tanda bahaya serta memberikan edukasi sesuai kebutuhan sasaran.

## A. Paket Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Pelayanan kesehatan Ibu dan Anak yang diberikan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu meliputi: paket pelayanan Kesehatan bagi sasaran Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas; Anak Balita dan Anak Pra Sekolah; Anak Usia sekolah dan Remaja; serta pelayanan kesehatan lainnya yang ditujukan untuk seluruh sasaran Ibu dan Anak.

Sasaran Masalah Kesehatan	Unit Pemberi Layanan		
	Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa / Kelurahan)	Posyandu (Dusun / RT/RW)
<b>Ibu hamil, bersalin, nifas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ANC Terpadu (6x + USG oleh dokter)</li> <li>Kelas ibu hamil</li> <li>Pemberian Tambahan Asupan Gizi pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK)</li> <li>Persalinan normal</li> <li>Pelayanan Pasca Persalinan (nifas)</li> <li>Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)</li> <li>Pelayanan kesehatan gigi dan mulut</li> <li>Pengobatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ANC Terpadu (K2,K3, K4, K6)</li> <li>Kelas ibu hamil</li> <li>Pemberian Tambahan Asupan Gizi pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK)</li> <li>Pelayanan Pasca Persalinan (nifas)</li> <li>Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)</li> <li>Pengobatan sederhana</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kelas ibu hamil</li> <li>Pemberian Tambahan Asupan Gizi pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK)</li> </ol>
<b>Bayi dan anak pra- sekolah</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan Neonatal Esensial</li> <li>Kelas Ibu Balita</li> <li>Pelayanan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)</li> <li>Pengambilan dan pengiriman sampel SHK</li> <li>Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan</li> <li>Imunisasi Rutin Lengkap</li> <li>Pemberian Vitamin A dan obat cacing</li> <li>Pencegahan, deteksi dini, tatalaksana dan rujukan balita <i>weight faltering, underweight, gizi kurang, gizi buruk dan stunting</i></li> <li>Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)</li> <li>Skrining kasus TBC</li> <li>Skrining Talasemia</li> <li>Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)</li> <li>Pelayanan kesehatan gigi dan mulut</li> <li>Pengobatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan Neonatal Esensial</li> <li>Kelas Ibu Balita</li> <li>Pemantauan Bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR)</li> <li>Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan</li> <li>Imunisasi Rutin Lengkap</li> <li>Pemberian Vitamin A dan obat cacing</li> <li>Pencegahan, deteksi dini, tatalaksana dan rujukan balita <i>weight faltering, underweight, gizi kurang, gizi buruk dan stunting</i></li> <li>Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)</li> <li>Skrining kasus TBC</li> <li>Skrining Talasemia</li> <li>Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)</li> <li>Pengobatan sederhana</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kelas Ibu Balita</li> <li>Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan</li> <li>Imunisasi Rutin Lengkap</li> <li>Pemberian Vitamin A dan obat cacing</li> <li>Deteksi dini, Pendampingan serta rujukan balita <i>weight faltering, underweight, gizi kurang, gizi buruk dan stunting</i></li> <li>Skrining kasus TBC</li> </ol>
<b>Usia sekolah dan remaja</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Skrining kesehatan (PTM &amp; PM)</li> <li>Vaksinasi / Imunisasi</li> <li>Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja</li> <li>Fasilitasi UKS</li> <li>Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)</li> <li>Pelayanan kesehatan gigi dan mulut</li> <li>Pengobatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Skrining kesehatan</li> <li>Vaksinasi / Imunisasi</li> <li>Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja</li> <li>Pencegahan anemia</li> <li>Pengobatan sederhana</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>KIE Kesehatan Remaja</li> <li>Pencegahan anemia</li> </ol>

Gambar 12. Standardisasi Paket Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

### 1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas

Secara lengkap paket pelayanan kesehatan pada ibu hamil, bersalin dan nifas dilaksanakan untuk mencegah dan menangani permasalahan kehamilan termasuk status gizi ibu, persalinan dan nifas berisiko, meliputi:

Tabel 4. Paket Pelayanan Kesehatan pada Ibu

Pelayanan Ibu hamil, bersalin dan nifas					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	
• Status gizi ibu hamil, kehamilan, persalinan dan nifas berisiko	ANC Terpadu	ANC K1, K2, K3, K4, K5 dan K6 plus USG oleh dokter	ANC K2, K3, K4 dan K6 Ibu hamil normal sudah direkomendasikan oleh dokter		Edukasi, pendataan ibu hamil, deteksi ibu hamil berisiko (4T), pemantauan dan pendampingan sesuai nasihat dokter, konseling KB, <i>sweeping</i> serta edukasi tanda

• Penyakit menular					bahaya kehamilan dan rujukan fasyankes sesuai kebutuhan
	Kelas Ibu hamil	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu hamil di Posyandu	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu hamil di Posyandu	Kelas ibu hamil edukasi tanda bahaya, penyulit kehamilan, senam ibu hamil, sharing session, pemantauan TTD (Zat besi, Asam Folat)	Edukasi menggunakan Buku KIA, mengikuti kelas ibu hamil
	Pemberian MT ibu hamil KEK	Pemantauan status gizi dan asupan, edukasi, PMT, monitoring	Edukasi gizi seimbang pemberian pemulihan	Edukasi gizi seimbang dan PMT pemulihan	Edukasi gizi seimbang, monitoring PMT, mematuhi nasihat dokter
	Persalinan Normal	Persalinan normal dan penyiapan serta stabilisasi rujukan bila diperlukan		-	-
	Pelayanan Nifas (KF 1-4 dan KN 1-3)	Pelayanan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Pelayanan nifas bagi ibu dan bayi baru lahir kondisi normal termasuk kunjungan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Edukasi ASI Ekslusif, PMBA dan kelas ibu balita	<i>Sweeping</i> , pemantauan kondisi, pendampingan dan pemenuhan layanan esensial sesuai nasihat dokter, edukasi tanda bahaya Ibu dan Bayi baru lahir dan rujukan fasyankes sesuai kebutuhan
	Pelayanan pengobatan	Sesuai tata laksana penyakit didukung oleh penunjang laboratorium	-	-	-

**a. Pelayanan Antenatal Terpadu/Antenatal Care (ANC Terpadu)**

Pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar (10 T) sebagaimana bagan berikut:

Pemeriksaan 10T saat ANC Plus USG						
	K1	K2	K3	K4	K5	K6
1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2) Ukur Tekanan Darah	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3) Ukur Lingkar Lengan Atas (LILA)	✓	✗	✗	✗	✗	✗
4) Pemeriksaan Tinggi Fundus (penilaian usia/ besar janin)	✗	✓	✓	✓	✗	✓
5) Tentukan Presentase dan Denyut Jantung Janin (DJJ)	✗	✓	✓	✓	✓	✓
6) Pemberian Imunisasi Tetanus Taksoid (TT)	✓	✗	✗	✗	✗	✗
7) Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8) Pemeriksaan Laboratorium (Termasuk status Anemia)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9) Tata laksana kasus	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10) Temu Wicara/konseling	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11) USG Obstetri Dasar Terbatas	✓	✗	✗	✗	✓	✗

Gambar 13. Matriks Pemeriksaan 10T saat ANC Plus USG

#### Keterangan :

Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, gluko-protein urin, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B), Malaria (daerah endemis), gula darah sewaktu (pada K3), pemeriksaan TCM atau pemeriksaan Bakteri Tahan Asam (BTA) jika TCM tidak bisa dilakukan, pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui ada tidaknya pembawa penyakit talasemia.

#### 1) ANC dilakukan minimal 6 kali dengan distribusi waktu:

- a) Satu kali pada trimester ke-1 (0-12 minggu)
  - b) Dua kali pada trimester ke-2 (> 12 minggu - 24 minggu), dan
  - c) Tiga kali pada trimester ke-3 (> 24 minggu sampai kelahirannya)
- 2) Ibu hamil harus kontak dengan dokter minimal 2 kali, yaitu **1 kali di trimester ke-1 (K1) dan 1 kali di trimester ke-3 (K5)**. Pelayanan ANC oleh dokter termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG).
- 3) Ibu hamil diharapkan mencapai **status imunisasi T5** yang ditentukan melalui skrining status imunisasi Tetanus (status T). Jika status imunisasi Tetanus belum lengkap, maka ibu hamil harus melengkapi status imunisasinya di Puskesmas atau fasyankes lainnya sesuai interval pemberian.
- 4) Pada setiap kunjungan ANC ibu hamil dilakukan **skrining TBC** dengan wawancara (anamnesis) gejala dan tanda TBC. Apabila hasil skrining TBC positif dilanjutkan dengan pemberian edukasi hasil skrining dan pemeriksaan sputum/dahak dengan pemeriksaan bakteriologis

menggunakan TCM atau pemeriksaan mikroskopis (untuk faskes yang belum memiliki akses TCM). Apabila hasil skrining TBC negatif maka dilakukan observasi sampai jadwal ANC berikut.

- 5) **Ibu hamil terduga TBC** atau **ibu hamil dengan TBC** wajib memakai masker bedah untuk melindungi lingkungan sekitarnya dari droplet. Petugas kesehatan perlu menggunakan masker N95 jika bersama pasien TBC Resisten Obat (RO), sedangkan ketika berhadapan dengan pasien TBC Sensitif Obat (SO) wajib menggunakan masker bedah.
- 6) ANC ibu hamil terduga maupun terkonfirmasi TBC dilakukan di ruang terpisah dengan ibu hamil sehat, jika tidak memungkinkan dapat dimodifikasi dengan pengaturan jadwal kunjungan ke Puskesmas
- 7) Pada setiap kunjungan ANC ibu hamil dilakukan **skrining HIV, Sifilis dan Hepatitis B** dengan wawancara (anamnesis) terkait dengan faktor risiko. Apabila hasil skrining HIV positif , sifilis dan dilanjutkan dengan pemberian edukasi dan diarahkan agar dilanjut diagnostik di layanan PDP untuk mendapatkan tatalaksana HIV dan Sifilis. Untuk tatalaksana Hepatitis B dirujuk ke FKRTL (Sp. Penyakit Dalam). Apabila tes laboratorium tidak dapat dilakukan saat kunjungan, petugas menjadwalkan untuk tes laboratorium pada saat kunjungan berikutnya.
- 8) Di daerah endemis tinggi malaria (API>5%) pada kunjungan pertama ANC ibu hamil dilakukan **skrining malaria** dengan melakukan pemeriksaan darah malaria (secara mikroskopis ataupun dengan RDT). Apabila hasil skrining malaria positif maka dilanjutkan dengan pemberian pengobatan sesuai pedoman nasional dan pemberian edukasi. Untuk hasil skrining malaria negatif maka dilanjutkan dengan pemberian edukasi pencegahan terhadap penularan malaria.
- 9) Ibu hamil berkontak dengan **dokter gigi** minimal 1 kali yaitu pada trimester ke-1 (K1) untuk mendapatkan edukasi kesehatan gigi dan mulut ibu hamil, skrining dan saran penatalaksanaan sesuai kondisi gigi dan mulut pada trimester ke-2. Jika kondisi tidak ada dokter gigi, tenaga kesehatan lain dapat memberikan edukasi terkait risiko kesehatan gigi pada ibu hamil dan pemeliharaan kesehatan gigi pada saat memberikan pelayanan K1.
- 10) Petugas perlu melakukan deteksi dini potensi bahaya di tempat kerja yang berisiko untuk kehamilan (posisi kerja, proses kerja, bahan, alat dan lingkungan kerja yang berisiko untuk kehamilan) pada saat

melakukan **ANC pada ibu hamil pekerja.**

- 11) Apabila pada pelayanan ANC pertama bagi ibu hamil ditemukan **ibu memiliki risiko**, ANC selanjutnya dapat dilakukan di rumah sakit sesuai dengan rekomendasi hasil ANC pertama.
- 12) **Pelaksanaan ANC setelah K1 mengacu rekomendasi hasil pemeriksaan dokter pada K1.** ANC diluar jadwal pemeriksaan oleh dokter (selain K1 dan K5), dapat dilaksanakan oleh bidan di Puskesmas atau di Pustu.
- 13) **Kader** dapat berperan melakukan pendataan ibu hamil, deteksi ibu hamil berisiko, pemantauan dan pendampingan ibu hamil, sweeping, edukasi tanda bahaya kehamilan, dan edukasi lainnya tentang kehamilan pada saat hari buka Posyandu, kunjungan rumah, dan saat pelaksanaan kelas ibu hamil.
- 14) Pemberian edukasi kepada ibu hamil mengacu pada informasi pada **buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA).**

Melalui ANC terpadu, pemeriksaan dan tatalaksana dilaksanakan secara komprehensif meliputi deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan, masalah gizi, gangguan jiwa, tanda-tanda mengalami kekerasan, penyakit menular dan tidak menular yang dialami ibu hamil, pemberian imunisasi tetanus berdasarkan hasil penapisan status imunisasi, serta tata laksana secara adekuat atau rujukan sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan bersih dan aman. Selain itu tenaga kesehatan juga perlu melakukan konseling Keluarga Berencana (KB) sejak kehamilan sehingga diharapkan ibu hamil sudah dapat memutuskan metode dan jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.

#### **b. Kelas Ibu Hamil**

- 1) **Kelas ibu hamil** adalah kelompok ibu hamil (maksimal 10 orang) yang belajar bersama, berdiskusi dan bertukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) dengan menggunakan buku KIA.
- 2) Ibu hamil diharapkan mengikuti kelas ibu hamil **minimal 4 kali** selama kehamilan dengan **1 kali pertemuan ditemani oleh suami atau keluarga.**
- 3) Agenda kegiatan kelas ibu hamil disesuaikan dengan kebutuhan yang dapat mempertimbangkan usia kehamilan ibu, meliputi pemberian edukasi, aktifitas fisik/senam hamil, dan konseling.
- 4) Pemberian **edukasi** umumnya menggunakan media berupa **lembar balik, buku KIA, leaflet, poster, video, food model, dan powerpoint.**
- 5) **Aktifitas fisik** pada ibu hamil dengan **umur kehamilan <20 minggu** seperti *stretching*, latihan fisik ringan seperti jalan kaki 3x/minggu

selama 5-10 menit dan kegel exercise. Sedangkan **senam hamil** dilakukan oleh pada ibu hamil dengan umur kehamilan **20-32 minggu**.

- 6) **Konseling** dilakukan sesuai kebutuhan ibu hamil, dapat memanfaatkan kesempatan saat tenaga kesehatan kontak atau bertemu dengan ibu hamil (K1 sampai K6 dan kelas ibu hamil).
- 7) Kelas ibu hamil dapat dilakukan dimana saja seperti di **Puskesmas, Pustu, Posyandu, balai desa** bahkan di **rumah warga**.

**c. Pemberian Tambahan Asupan Gizi pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) dan Kekurangan Berat Badan**

- 1) **Ibu hamil KEK** adalah ibu hamil dengan hasil pemeriksaan Lingkar Lengan Atas (LiLA) < 23,5 cm, sedangkan ibu hamil dengan kekurangan berat badan adalah ibu hamil dengan IMT pada trimester I < 18,5
- 2) Ibu hamil KEK dan kekurangan berat badan **harus ditangani oleh dokter** yang melakukan penegakan diagnosa, pengkajian etiologi dan rujukan bila diperlukan.
- 3) Ibu hamil KEK diberikan tambahan asupan gizi dengan jumlah energi 500 kkal, dapat berupa **pemberian Makanan Tambahan (MT) selama minimal 90 hari**. Pemberian MT dilakukan di **Puskesmas, Pustu atau Posyandu**.
- 4) **Kader** melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi, pemantauan dan pendampingan tambahan asupan gizi ibu hamil dengan KEK dan kekurangan berat badan.
- 5) Pemberian tambahan asupan gizi mengacu pada **protokol pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil KEK**.

**d. Persalinan Normal**

- 1) **Persalinan** harus di fasilitas pelayanan kesehatan, agar apabila terjadi komplikasi selama masa persalinan dapat ditangani dengan cepat.
- 2) Tenaga yang menjadi tim **penolong persalinan** sebanyak **3 orang**, terdiri dari dokter, bidan dan perawat atau dokter dan 2 orang bidan.
- 3) **Puskesmas dengan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED)** harus siap 24 jam setiap hari memberikan pelayanan persalinan atau pelayanan rujukan jika diperlukan.

e. **Pelayanan Pasca Persalinan (Nifas)**

- 1) Pelayanan nifas dilaksanakan **minimal 4 (empat) kali** dengan **waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir** bersamaan yaitu:
  - a) Pelayanan pertama dilakukan pada waktu 6 jam sampai dengan 2 hari setelah persalinan (KF1).
  - b) Pelayanan kedua dilakukan pada waktu 3-7 hari setelah persalinan (KF2).
  - c) Pelayanan ketiga dilakukan pada waktu 8-28 hari setelah persalinan (KF3).
  - d) Pelayanan keempat dilakukan pada waktu 29-42 hari setelah persalinan untuk ibu (KF4).
- 2) Pelayanan nifas pertama (**KF 1**) dilakukan di **Fasyankes tempat persalinan**, sedangkan pelayanan nifas lainnya (**KF2 – KF4**) dilakukan di **Puskesmas, Pustu, Fasyankes** lainnya atau **kunjungan rumah** oleh tenaga kesehatan.
- 3) Pelayanan nifas pada KF1 – KF4 dapat dilihat pada bagan berikut ini:

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas				
	6-48 jam <b>KF1</b>	3-7 hari <b>KF2</b>	8-28 hari <b>KF3</b>	29-42 hari <b>KF4</b>
1 Pemeriksaan dengan bagan nifas	✓	✓	✓	✓
2 Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum	✓	✓	✓	✓
3 Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan dan nadi	✓	✓	✓	✓
4 Pemeriksaan lokhia dan perdarahan	✓	✓	✓	✓
5 Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi	✓	✓	✓	✓
6 Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri	✓	✓	✓	✓
7 Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif	✓	✓	✓	✓
8 Pemberian kapsul vitamin A (2 kapsul)	✓	✓	✗	✗
9 Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan	✓	✓	✓	✓
10 Konseling	✓	✓	✓	✓
11 Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi	✓	✓	✓	✓
12 Memberikan nasehat	✓	✓	✓	✓

Gambar 14. Matriks Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

- 4) **Pemberian edukasi** sebagai bagian pelayanan ibu nifas meliputi:
  - a) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
  - b) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
  - c) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan,

- ganti pembalut sesering mungkin.
- d) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
  - e) Melakukan aktivitas fisik pasca melahirkan dengan intensitas ringan sampai sedang selama 30 menit, frekuensi 3 - 5 kali dalam seminggu.
  - f) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi. Latihan fisik dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan pasca melahirkan.
  - g) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
  - h) Perawatan bayi yang benar serta stimulasi komunikasi sedini mungkin
  - i) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.
- 5) Pelayanan nifas dilakukan **terintegrasi** yaitu pelayanan kebidanan dan KB pasca salin terintegrasi dengan program-program lain, seperti program gizi, penyakit menular (HIV, Sifilis, Hepatitis B, TBC), penyakit tidak menular, imunisasi, kesehatan jiwa, termasuk deteksi terhadap ada tidaknya tanda-tanda kekerasan pada ibu nifas dan lain lain.
- 6) **Kader** saat kunjungan rumah melakukan pendataan ibu nifas, sweeping ibu nifas yang belum mendapatkan pelayanan nifas, memiliki tanda bahaya, dan beresiko menularkan penyakit kepada bayinya serta pemberian edukasi terkait perawatan bayi di rumah, pemberian ASI eksklusif serta perencanaan KB.

## 2. Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Pra Sekolah

Pelayanan kesehatan pada balita dan anak pra sekolah ditujukan untuk mencegah dan menangani masalah kesehatan pada **bayi baru lahir (0-28 hari)**, **bayi (0-11 bulan)**, **balita (0-59 bulan)** serta **anak pra sekolah (umur 5-6 tahun)**, seperti permasalahan bayi baru lahir, penyakit infeksi dan gangguan tumbuh kembang melalui deteksi dini, pengendalian risiko dan tata laksana yang sesuai. Pelayanan kesehatan meliputi:

Tabel 5. Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Pra Sekolah

Pelayanan balita dan anak pra sekolah					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)
• Status gizi • Tumbuh kembang • Penyakit Menular	Pelayanan neonatal esensial	Kunjungan Neonatal dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Edukasi perawatan neonatal termasuk pemberian ASI eksklusif dan konseling	Kunjungan Neonatal dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Edukasi perawatan neonatal termasuk pemberian ASI eksklusif dan konseling	Kunjungan Neonatal dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Edukasi perawatan neonatal termasuk pemberian ASI eksklusif dan konseling	Edukasi perawatan neonatal, tanda bahaya, dan pemberian ASI eksklusif, <i>sweeping</i> .
	Kelas Ibu Balita	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu Balita	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu Balita	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu Balita	Mengajak partisipasi ibu untuk mengikuti kelas ibu balita dan terlibat dalam pelaksanaan kelas ibu balita.
	Pelayanan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	Pemantauan dan Perawatan	Pemantauan	Pemantauan	Pendampingan dalam perawatan sesuai Buku KIA Khusus Bayi Kecil
	Pengambilan sampel SHK	Pengambilan dan pengiriman sampel SHK	-	-	-
	Pemantauan tumbuh kembang	Timbang BB, Ukur PB atau TB, LiLA, LK, SDIDTK, penentuan status gizi	Timbang BB, Ukur PB/TB, LiLA, LK, SDIDTK, penentuan status gizi	Timbang BB, Ukur PB/TB, LiLA, LK, ceklis perkembangan, rujukan	<i>Sweeping</i> , pemantauan dan edukasi tumbuh kembang
	Imunisasi Rutin Lengkap	Edukasi dan layanan Imunisasi rutin lengkap	Edukasi dan layanan Imunisasi rutin lengkap	Edukasi dan layanan Imunisasi rutin lengkap	DOFU dan edukasi Imunisasi rutin lengkap
	Vitamin A dan Obat Cacing	Pemberian Vitamin A dan obat cacing	Pemberian Vitamin A dan obat cacing	Pemberian Vitamin A dan obat cacing	<i>Sweeping</i> dan edukasi Vitamin A dan Obat Cacing
	Pelayanan balita dengan masalah gizi ( <i>weight faltering</i> , <i>underweight</i> , gizi kurang,	Pencegahan dan tatalaksana balita bermasalah gizi (rawat inap / rawat jalan), merujuk ke FKRTL bagi balita bermasalah gizi	Pencegahan dan tatalaksana balita bermasalah gizi (rawat inap / rawat jalan), merujuk ke FKRTL bagi balita bermasalah gizi	Pendampingan dan rujukan balita bermasalah gizi, Edukasi PMBA dan pemberian MT	Edukasi PMBA dan monitoring, rujukan, <i>sweeping</i>

	gizi buruk dan stunting	balita bermasalah gizi			
Pelayanan pengobatan dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	MTBS	MTBS	-	Edukasi, tanda bahaya, dan kunjungan rumah pada balita tidak melakukan kunjungan ulang, edukasi dan tanda bahaya	
Skrining kasus TBC balita	Gejala TBC, edukasi gaya hidup sehat dan lingkungan sehat	Gejala TBC	Gejala TBC	Gejala TBC, edukasi gaya hidup sehat dan lingkungan sehat	
Skrining Talasemia	Anamnesis keluarga pasien	Anamnesis keluarga pasien			

**a. Pelayanan Neonatal Esensial:**

- a) Pelayanan kesehatan pada neonatal mengacu pada Buku KIA adalah sebagai berikut:

		0-6jam <b>KN1</b>	6-48 jam <b>KN2</b>	3-7 hari <b>KN3</b>	8-28 hari
<b>Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir</b>					
1	Pemeriksaan dengan bagan MTBS (bayi muda)	✓	✓	✓	✓
2	Menanyakan kondisi bayi baru lahir secara umum	✓	✓	✓	✓
3	Memeriksa tanda bahaya dan identifikasi kuning	✓	✓	✓	✓
4	Pengukuran berat badan, panjang badan dan lingkar kepala	✓	✓	✓	✓
5	Mendampingi inisiasi menyusu dini	✓	(✗)	(✗)	(✗)
6	Memantau dan konseling menyusui	✓	✓	✓	✓
7	Pemotongan dan perawatan tali pusat	✓	✓	✓	✓
8	Pemberian suntikan vitamin K1	✓	(✓)	(✗)	(✗)
9	Pemberian salep mata antibiotik	✓	✓	(✗)	(✗)
10	Pemberian imunisasi hepatitis B0	✓	(✓)	(✓)	(✓)
11	Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)	(✗)	(✓)	✓	(✗)
12	Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (HIV, Sifilis, Hepatitis B)	✓	✓	✓	✓
13	Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.	✓	✓	✓	✓

Gambar 15. Matriks Pemeriksaan Kesehatan Bayi Baru Lahir

- b) Setiap bayi baru lahir harus mendapatkan kunjungan neonatal lengkap (KN lengkap) sebanyak 3 kali sesuai periode waktu tersebut di atas.
- c) Pelayanan neonatal esensial dilakukan terintegrasi dengan Kunjungan Nifas (KF 1 s.d KF 4) di Puskesmas, Pustu atau kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan.

- d) Kader saat kunjungan rumah melakukan pendataan bayi baru lahir, sweeping bayi baru lahir yang belum mendapatkan pelayanan kunjungan neonatal dan yang memiliki tanda bahaya serta pemberian edukasi seperti tanda bahaya, imunisasi dan pemberian ASI eksklusif.

**b. Kelas Ibu Balita**

- 1) **Kelas Ibu Balita** adalah kelas dimana para **ibu yang mempunyai anak berusia antara 0 sampai 5 tahun** secara bersama-sama berdiskusi, tukar pendapat, tukar pengalaman akan pemenuhan pelayanan kesehatan, gizi dan stimulasi pertumbuhan dan perkembangannya dibimbing oleh fasilitator dengan menggunakan Buku KIA.
- 2) Peserta Kelas Ibu Balita adalah ibu yang mempunyai anak usia antara 0 – 5 tahun dengan pengelompokan 0-1 tahun, 1-2 tahun, 2-5 tahun. **Peserta kelas ibu paling banyak 15 orang.** Proses belajar dibantu oleh seorang fasilitator yang memahami bagaimana teknis pelaksanaan Kelas Ibu Balita.
- 3) Fasilitator Kelas Ibu Balita adalah **bidan/perawat/tenaga kesehatan** lainnya yang telah mendapat pelatihan fasilitator Kelas Ibu Balita atau melalui on the job training.
- 4) Kelas Ibu Balita dapat dilaksanakan di **Puskesmas, Pustu, dan Posyandu**
- 5) **Kader** mendukung pelaksanaan kelas ibu balita dengan mengajak partisipasi ibu di lingkungan tempat tinggalnya untuk mengikuti kelas ibu balita dan terlibat dalam pelaksanaan kelas ibu balita.

**c. Pelayanan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)**

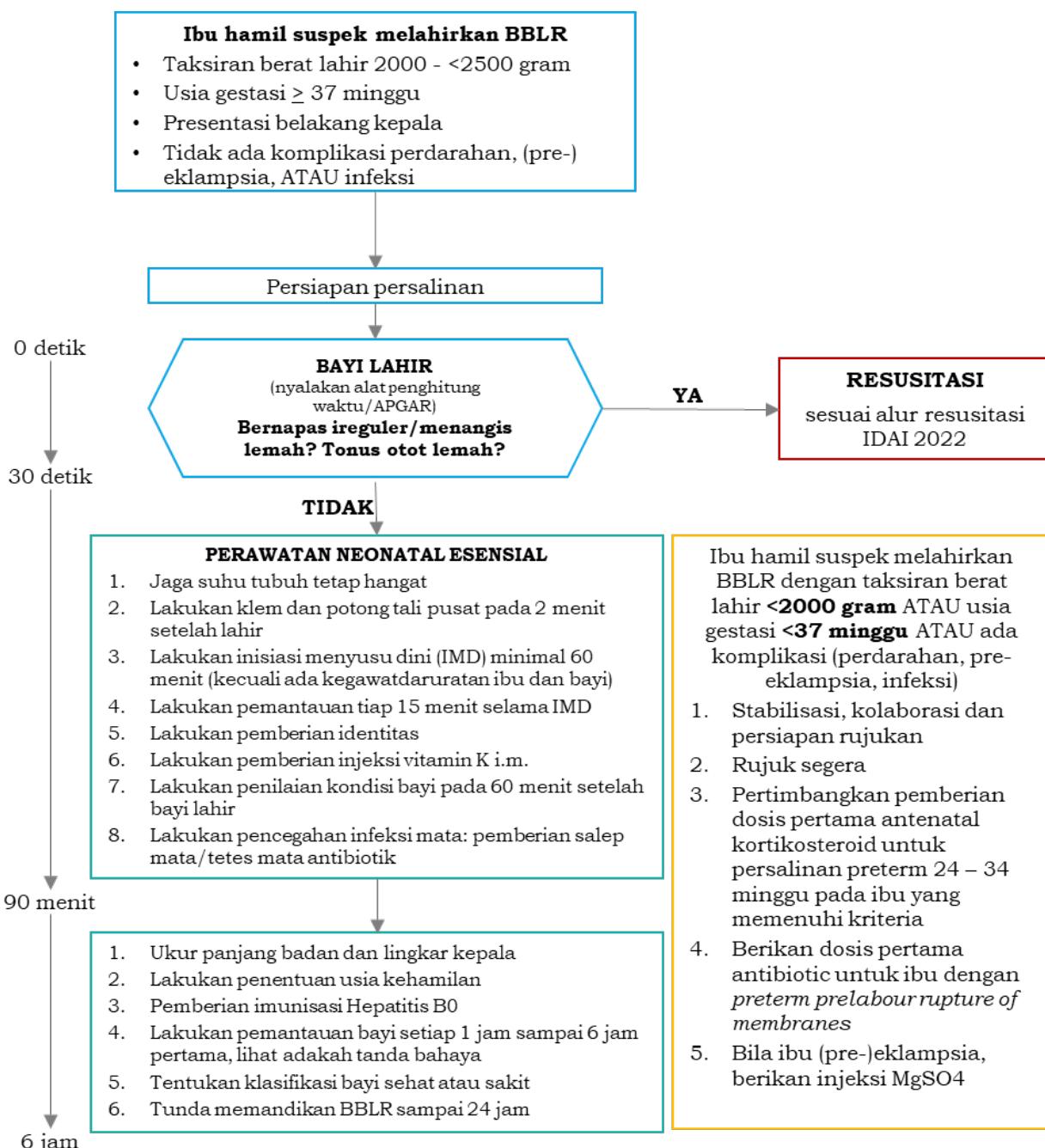
- 1) **Bayi Berat Lahir Rendah** adalah bayi dengan berat lahir di bawah 2500 gram.
- 2) Pelayanan BBLR hanya dapat dilaksanakan di **Puskesmas mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) untuk kasus BBLR stabil (aterm dan APGAR Score 10)** dengan berat badan lahir di atas 2000 gram dan tanpa penyulit, presentasi belakang kepala, janin tunggal dan tidak terdapat komplikasi pada ibu (perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi)
- 3) **BBLR dengan berat badan lahir di bawah 2000 gram** harus dirujuk ke **Rumah Sakit/FKRTL** dengan kemampuan perawatan BBLR komprehensif yang sesuai.

- 4) Puskesmas yang tidak mampu PONED segera merujuk BBLR ke Rumah Sakit/FKRTL setelah dilakukan resusitasi dan stabilisasi neonatus.
- 5) Pelayanan BBLR mencakup perawatan dan pemantauan BBLR, yang terdiri dari :
  - a) Penilaian bayi baru lahir

Tabel 6. Penilaian Bayi Baru Lahir

No	Kriteria	Kategori	Definisi Operasional
1	Berat Lahir	Bayi Berat Lahir Besar (BBLB)	berat lahir >4000 gram
		Bayi Berat Lahir Cukup (BBLC)	berat lahir 2500 gram – 3999 gram
		Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	berat lahir 1500-2499 gram
		Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	berat lahir 1000-1499 gram
		Bayi Berat Lahir Amat Sangat Rendah (BBLASR)	berat lahir <1000 gram
2	Usia Kehamilan	Bayi Lebih Bulan (BLB)	usia kehamilan >42 minggu
		Bayi Cukup Bulan (BCB)	usia kehamilan 37 - <42 minggu
		Bayi Kurang Bulan (BKB)	usia kehamilan <37 minggu
3	Berat lahir dibandingkan Usia Kehamilan	Besar masa Kehamilan (BMK)	pada kurva > persentil 90
		Sesuai masa kehamilan (SMK)	pada kurva persentil 10-90
		Kecil Masa Kehamilan (KMK)	pada kurva persentil <10

- b) Manajemen BBLR saat dan setelah lahir meliputi
- Tata laksana BBLR saat lahir



Gambar 16. Alur Perawatan BBLR saat lahir

- Resusitasi pada BBLR (jika diperlukan)
  - Perawatan Neonatal Esensial pada BBLR stabil
- Pada BBLR dengan berat lahir 2000 - <2500 gram yang dinyatakan sehat, lanjutkan perawatan neonatal esensial, mencakup:
- Pemberian identitas bayi
  - Lakukan pencegahan infeksi (pemberian salep mata/tetes mata antibiotik, perawatan tali pusar)

- (c) Pengukuran panjang badan dan lingkar kepala
  - (d) Berikan imunisasi HbO intramuskuler. Jika bayi dilahirkan dari ibu positif hepatitis B, berikan injeksi HbIg
  - (e) Lakukan PMK
  - (f) Ajari dan berikan dukungan bagi ibu untuk menyusui
  - c) Manajemen Laktasi
  - d) Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan BBLR
- 6) Tenaga kesehatan terlatih PONED harus mampu mengenali **masalah yang didapat, tanda bahaya, penatalaksanaan kegawatdaruratan, stabilisasi pra rujukan dan rujukan, merawat serta memantau pertumbuhan dan perkembangan BBLR yang benar.**
- 7) **Kriteria pemulangan BBLR dari Puskesmas mampu PONED:**
- a) Keadaan umum baik
  - b) Suhu tubuh dalam rentang normal tanpa bantuan alat
  - c) Berat badan tidak turun lebih dari 10% dari berat lahir
  - d) Mampu minum melalui mulut
  - e) Ibu/orangtua ‘mampu’ merawat BBLR
  - f) Sudah buang air kecil (BAK) dan keluar mekonium atau buang air besar (BAB)
- 8) **Tenaga kesehatan di Pustu** dapat melakukan pemantauan kondisi umum BBLR yang sudah dipulangkan dari Puskesmas sampai BB bayi > 2500 gram sesuai Pedoman Manajemen BBLR di FKTP.
- 9) Pemantauan kondisi BBLR mengacu **Buku KIA Khusus Bayi Kecil.**
- 10) **Kader** melakukan kunjungan rumah dan mendampingi ibu dalam perawatan BBLR sesuai Buku KIA Khusus Bayi Kecil.

**d. Pengambilan dan Pengiriman Sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)**

- 1) **Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)** ditujukan untuk mendeteksi kelainan hipotiroid kongenital, sehingga dapat diberikan tata laksana sedini mungkin untuk mencegah terjadinya gangguan pertumbuhan dan retardasi mental pada bayi baru lahir.
- 2) Puskesmas dan FKTP lain yang menyelenggarakan pelayanan persalinan melakukan **pengambilan sampel SHK paling ideal adalah ketika bayi berumur 48 - 72 jam**, selanjutnya dikirim ke laboratorium rujukan.

- 3) Untuk meningkatkan cakupan SHK, **Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu bekerja sama dengan FKTP lainnya** yang melakukan pertolongan persalinan untuk melakukan pengambilan spesimen darah bayi baru lahir pada hari ketiga. FKTP tersebut kemudian mengirimkan spesimen darah ke laboratorium yang sudah ditentukan untuk pemeriksaan SHK.

#### e. Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan

- 1) Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dilakukan di Posyandu, Pustu, dan Puskesmas

Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan	Pemeriksaan dilakukan	Pemeriksaan dilakukan sesuai indikasi	Pemeriksaan tidak dilakukan
	Posyandu	Pustu	Puskesmas
1 Menimbang berat badan yang dicatat serta diplot pada KMS dalam buku KIA serta menentukan status pertumbuhan anak (naik atau tidak naik)	✓	✓	✓
2 Mengukur panjang/tinggi badan anak yang dicatat serta diplot pada grafik dalam buku KIA	✓	✓	✓
3 Mengukur Lingkar Kepala (LK) yang dicatat serta diplot pada grafik dalam Buku KIA	✓	✓	✓
4 Mengukur Lingkar Lengan Atas (LLA) dan dicatat dalam Buku KIA	✓	✓	✓
5 Menilai perkembangan dengan menggunakan daftar tanda (check list) perkembangan dalam buku KIA	✓	✓	✓
6 Memberikan edukasi hasil pemantauan pertumbuhan dan perkembangan kepada orangtua/pengasuh	✓	✓	✓
7 Menyampaikan hasil pemantauan kepada tenaga kesehatan jika ditemukan balita yang memiliki risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan yaitu: balita tidak naik berat badannya 1 kali (IT), balita di bawah garis merah (BGM), balita di atas garis oranye (risiko gizi lebih), balita dengan ceklik perkembangan tidak lengkap	✓	✗	✗
8 Melakukan kunjungan rumah untuk sweeping balita yang tidak datang ke Posyandu, belum memiliki buku KIA, balita dengan masalah gizi serta pemberian edukasi tumbuh kembang.	✓	✓	✗
9 Mengkaji catatan dan status pertumbuhan anak yang terdapat pada buku KIA/KMS anak	✓	✓	✓
10 Menentukan status gizi berdasarkan indeks BB/U, PB/U atau TB/U dan BB/PB atau BB/TB serta IMT/U, tabel weight increment dan length increment pada usia 0-24 bulan	✗	✓	✓
11 Melakukan skrining perkembangan balita menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KSPS) mengacu pada Pedoman Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)	✗	✓	✓
12 Interpretasi hasil pemantauan pertumbuhan dengan indikator status gizi dan pemantauan perkembangan dengan KPS	✗	✓	✓
13 Tindak lanjut hasil pemantauan tumbuh kembang berupa: Pengobatan balita sakit sesuai MTBS, tata laksana kasus, konseling, atau rujukan ke Fasyankes yang lebih tinggi jika diperlukan	✗	✓	✓

Gambar 17. Matriks Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan

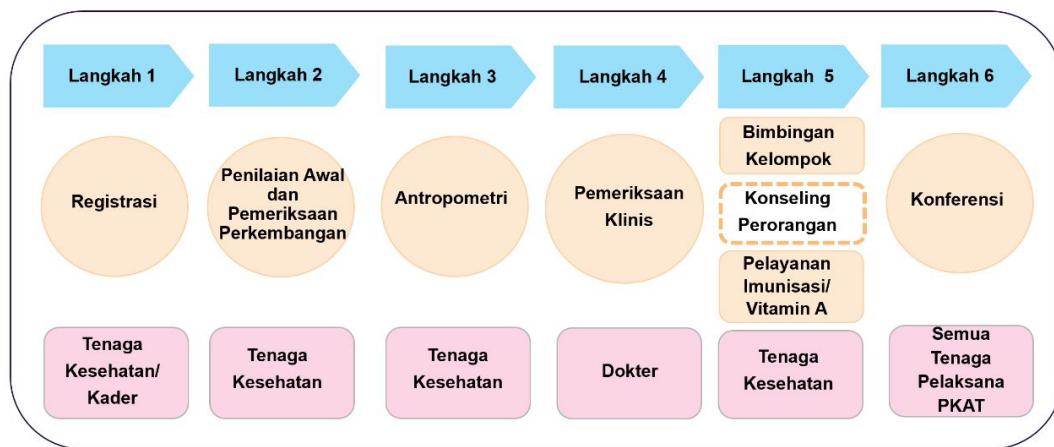
- 2) **Pemeriksaan Kesehatan Anak Terintegrasi (PKAT)** merupakan **pelayanan anak terintegrasi dengan mengutamakan konsep promotif dan preventif**, dimana anak mendapatkan pemeriksaan kesehatan oleh dokter dan interkolaborasi profesi kesehatan dengan menggunakan Buku KIA, pemantauan gizi, imunisasi, penilaian kecemasan orang tua dan lingkungan pengasuhan anak, serta stimulasi dini dan evaluasi tumbuh kembang anak, dan edukasi yang optimal kepada orang tua/pengasuh.

- a) **Sasaran:** bayi usia 6 bulan sampai sebelum usia 7 bulan  
 Rentang usia ini dipilih karena pada usia tersebut merupakan periode kritis perkembangan terutama untuk penglihatan dan pendengaran pada anak. Hal ini menjadikan pada rentang usia

tersebut sebagai waktu terbaik untuk memantau perkembangan menggunakan KPSP, mengevaluasi ASI ekslusif, konseling pengenalan MP-ASI yang optimal, dan mengevaluasi kelengkapan imunisasi dasar, serta waktu pertama kali anak mendapatkan Vitamin A.

- b) **Tempat Pelaksanaan:** Puskesmas/Pustu sesuai dengan kondisi masing-masing.
- c) **Tenaga yang terlibat dalam PKAT** adalah perawat, bidan, dokter/dokter spesialis anak, ahli gizi, psikolog, dan kader.

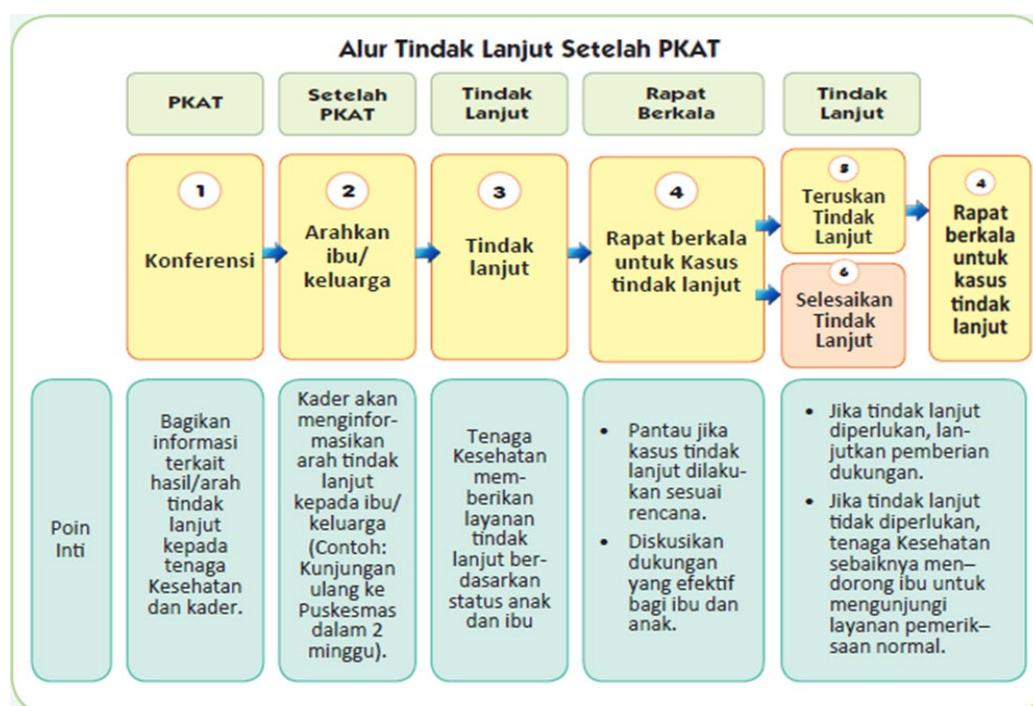
#### **Tahapan PKAT:**



Gambar 18. Tahapan PKAT

#### **d) Alur Operasional PKAT dan Tindak Lanjut**

Gambar 19. Alur Operasional PKAT dan tindak lanjut



Gambar 20. Alur Tindak Lanjut Setelah PKAT

**f. Imunisasi rutin lengkap**

Layanan imunisasi rutin lengkap pada balita diberikan dengan jadwal berikut:

- a) Imunisasi dasar bagi Bayi

Tabel 7. Imunisasi dasar bagi Bayi

Umur	Jenis	Interval Minimal *)
< 24 jam	Hepatitis B (HB0)	
<1 bulan	BCG, OPV1	
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, OPV2, RV1, PCV1	OPV, DPT-HB-Hib,
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, OPV3, RV2, PCV2	RV dan PCV: 1
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, OPV4, RV3, IPV1	bulan setelah imunisasi sebelumnya
9 bulan	Campak-Rubela1, IPV2	
10 bulan	JE**	

\*) untuk jenis imunisasi yang sama

\*\*) untuk daerah endemis

- b) Imunisasi Lanjutan bagi Baduta

Tabel 8. Imunisasi Lanjutan bagi Baduta

Umur	Jenis	Interval Minimal ***)
12 bulan	PCV3	8 minggu dari PCV2
18 - 23 bulan	DPT-HB-Hib 4	12 bulan dari DPT-HB-Hib 3
	Campak-Rubela 2	6 bulan dari Campak-Rubela dosis pertama

\*\*\*) setelah imunisasi dasar

- 1) Bidan/perawat di Puskesmas, Pustu dan kegiatan Posyandu melaksanakan imunisasi dan hasilnya dicatat dan dipantau pada tabel imunisasi dalam buku KIA dan rekam medis serta pada aplikasi ASIK.
- 2) Kader melalui kunjungan rumah melaksanakan *Drop Out Follow Up* (DOFU) bagi anak yang tidak datang dan edukasi imunisasi rutin lengkap.

**g. Pemberian Vitamin A dan obat cacing**

- 1) Pemberian **vitamin A untuk bayi (6-11 bulan)** dan **Anak Balita (12-59 bulan)** dilakukan secara serentak pada bulan **Februari** dan **Agustus (Bulan Penimbangan/Bulan Vitamin A)**.
- 2) **Balita diberikan obat cacing minimal 1 kali tiap tahun** yaitu di saat yang sama pada **bulan Agustus setelah pemberian vitamin A**.
- 3) Vitamin A dan obat cacing diberikan di **Puskesmas, Pustu, dan Posyandu oleh tenaga kesehatan dan kader**. Selain itu, pemberian vitamin A dan obat cacing juga dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan lain dan fasilitas lain seperti taman kanak-kanak, Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), kelompok bermain dan tempat penitipan anak.
- 4) Suplementasi **vitamin A** juga diberikan pada **KLB campak dan situasi bencana** untuk meningkatkan imunitas balita.
- 5) Petugas yang memberikan vitamin A dan obat cacing melakukan **pencatatan pelayanan di Buku KIA dan sistem informasi Puskesmas**.
- 6) **Kader** saat kunjungan rumah melakukan sweeping balita sasaran yang belum menerima vitamin A dan obat cacing melalui informasi di Buku KIA.

**h. Pencegahan, deteksi dini, tatalaksana dan rujukan balita weight faltering, underweight, gizi kurang, gizi buruk dan stunting**

**1) Pencegahan**

- a) Deteksi dini sebagai upaya awal pencegahan dilakukan melalui identifikasi tanda dan gejala kasus balita *weight faltering, underweight, gizi kurang, gizi buruk* dan stunting dari hasil pemantauan tumbuh kembang di Puskesmas, Pustu, Posyandu atau kegiatan masyarakat lainnya.
- b) Edukasi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)
  - Edukasi PMBA dilakukan di posyandu, Pustu maupun puskesmas. Edukasi tersebut dapat dilakukan melalui konseling (per individu) maupun penyuluhan (sasaran berkelompok).
  - Pelaksanaan Edukasi PMBA dilakukan oleh kader yang telah terorientasi PMBA. Kader dapat berperan sebagai edukator maupun motivator. Di Pustu dan/atau Puskesmas dapat

dilakukan oleh tenaga kesehatan (tenaga gizi/bidan/perawat) terlatih PMBA.

- Materi edukasi PMBA terkait dengan standar emas yang meliputi:
  - (a) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir
  - (b) Pemberian ASI eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan
  - (c) Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI) mulai usia 6 bulan
  - (d) Melanjutkan pemberian ASI sampai anak berusia 2 tahun atau lebih
- Tenaga kesehatan di puskesmas selain bertugas dalam pelaksanaan edukasi PMBA juga melakukan pembinaan dan peningkatan kapasitas kader (orientasi) serta melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan edukasi PMBA di posyandu

## 2) **Tatalaksana dan rujukan**

- a) Tatalaksana masalah gizi balita dilakukan secara **komprehensif** oleh tim yang terdiri atas **dokter, tenaga gizi dan tenaga kesehatan lainnya di klaster 2 Puskesmas**.
- b) Penanganan di Puskesmas oleh tenaga pengelola gizi/bidan/perawat melibatkan dokter untuk mencari etiologi masalah gizi (kurangnya asupan, masalah absorpsi dan peningkatan kebutuhan karena penyakit).
- c) Tata laksana weight faltering/gagal tumbuh, *underweight*, gizi kurang, gizi buruk dan stunting mengacu pada **Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita, Protokol Tata Laksana Masalah Gizi, Kepmenkes HK.01.07/MENKES/1928/2022 tentang PNPK Tata Laksana Stunting serta Pedoman SDIDTK**.
- d) Petugas Puskesmas melakukan **rujukan balita** dengan masalah gizi **ke rumah sakit** untuk mendapat penanganan secara komprehensif oleh dokter spesialis anak, **bila ditemukan:**
  - (1) balita stunting
  - (2) ditemukan tanda bahaya (*red flags*) penyebab potensial perlambatan pertumbuhan
  - (3) Semua kasus gizi buruk pada bayi usia <6 bulan dan balita ≥

- 6 bulan dengan Berat Badan < 4 kg
- (4) Kasus gizi buruk dengan komplikasi medis (memerlukan rawat inap).
- (5) Tidak menunjukkan perbaikan yang adekuat setelah tata laksana selama 1 minggu untuk kasus weight faltering, guizi kurang dan gizi buruk.
- (6) Perkembangan menunjukkan hasil meragukan atau menyimpang
- e) **Kader** bersama tenaga kesehatan saat kunjungan rumah melaksanakan sweeping balita bermasalah gizi dan monitoring perkembangan tata laksana balita bermasalah gizi.

*Red Flags:*

Asupan kalori yang tidak adekuat:

- 1) Gastroesophageal refluks
- 2) Pasokan ASI tidak adekuat atau perlakuan tidak efektif
- 3) Penyiapan susu formula yang salah
- 4) Gangguan mekanik dalam menyusu (misal celah bibir/ langit-langit)
- 5) Penelantaran atau kekerasan anak
- 6) Kebiasaan makan yang buruk
- 7) Gangguan koordinasi neuromotor oral
- 8) Gangguan gastrointestinal yang diinduksi toksin (misal peningkatan kadar timbal menyebabkan anoreksia, konstipasi, atau nyeri perut)

Absorpsi yang tidak adekuat

- 9) Anemia, defisiensi besi
- 10) Atresia bilier
- 11) Penyakit celiac
- 12) Gangguan gastrointestinal kronis (misal irritable bowel syndrome),
- 13) infeksi
- 14) Fibrosis kistik
- 15) Kelainan metabolisme bawaan
- 16) Alergi susu sapi
- 17) Kolestasis, penyakit hati

Peningkatan metabolisme:

- 18) Infeksi kronik (HIV-AIDS, tuberkulosis)
- 19) Kelainan jantung bawaan
- 20) Penyakit paru kronik (pada bayi dengan riwayat prematur)
- 21) Keganasan
- 22) Gagal ginjal
- 23) Hipertiroid

Gambar 21. *Red Flags* Penyebab potensial perlambatan pertumbuhan

i. **Pelayanan pengobatan dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)**

- 1) MTBS bertujuan untuk mengurangi kematian, kesakitan dan kecacatan pada balita.
- 2) **Sasaran MTBS** adalah:
  - a) Bayi kurang dari 2 bulan (bayi muda) yang sakit maupun sehat.
  - b) Balita umur 2 bulan – 5 tahun yang sakit
  - 3) Tata laksana untuk bayi kurang dari 2 bulan (bayi muda) menggunakan algoritma **Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)**
  - 4) Penerapan MTBS oleh **perawat/bidan di Puskesmas atau Pustu** memperhatikan secara cepat semua gejala dan tanda anak sakit, sehingga segera dapat ditentukan **klasifikasi MTBS** dan penanganannya yaitu:
    - a) **Klasifikasi hijau**, diberikan obat simptomatis yang sesuai dan konseling bagi ibu atau pengasuh anak.
    - b) **Klasifikasi kuning**, dirujuk ke dokter di Puskesmas untuk mendapatkan pengobatan dan konseling bagi ibu atau pengasuh anak.
    - c) **Klasifikasi merah**, dirujuk ke dokter di Puskesmas untuk mendapatkan tata laksana awal dan pelayanan rujukan ke rumah sakit.
  - 5) Deteksi dini dan penanganan kasus sesuai MTBS mengacu **Buku Bagan MTBS dan Formulir Pencatatan** yang dilaksanakan oleh dokter/bidan/perawat di Puskesmas atau Pustu.

j. **Skrining kasus TBC:**

- 1) **Sasaran skrining**: setiap anak yang berkunjung ke Puskesmas, Pustu dan Posyandu, baik anak sehat maupun sakit.
- 2) Skrining dilakukan di **Puskesmas, Pustu** dan **Posyandu** atau saat **kunjungan rumah** oleh **tenaga kesehatan** atau **kader**.
- 3) **Skrining dilakukan dengan melihat gejala atau tanda**, yaitu:
  - a) Gejala umum TBC yang sering ditemui pada anak:
    - (1) Batuk menetap 2 minggu atau lebih dan tidak membaik dengan pengobatan standar
    - (2) Demam (umumnya tidak tinggi) >2 minggu dan/atau berulang tanpa sebab yang jelas
    - (3) Berat badan turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya atau gagal tumbuh meskipun sudah diberikan

- upaya perbaikan gizi
- (4) Badan Lesu, anak kurang aktif bermain
- b) Gejala TBC ekstraparu sesuai organ yang terkena, seperti pembesaran kelenjar limfonodi pada TBC kelenjar, kejang dan penurunan kesadaran pada meningitis karena TBC, lumpuh atau kesulitan berjalan pada TBC skeletal.
- 4) Hasil skrining dapat dibagi menjadi 3 kategori, yaitu **bukan terduga TBC, kontak erat, dan terduga TBC**
- 5) Interpretasi dan tindak lanjut hasil skrining gejala TBC/skoring :

Tabel 10. Interpretasi dan Tindak Lanjut Hasil Skring TBC

No	Interpretasi	Definisi Operasional	Tindak Lanjut
1	Terduga TBC	<b>minimal satu gejala dan atau tanda</b> yang ditemukan saat wawancara skrining gejala TBC	<p>a) apabila dapat mengeluarkan dahak, diperiksa Tes Cepat Molekuler (TCM) di Puskesmas. Pengambilan spesimen dahak/sputum 2 kali (Sewaktu-Pagi atau Sewaktu-sewaktu dengan jarak minimal 1 jam) di Pustu, kemudian dikemas dan dikirim ke Puskesmas.</p> <p>b) <b>Jika mengalami kendala mengakses layanan TCM</b> berupa kesulitan transportasi, jarak dan kendala geografis <b>maka penegakan diagnosis</b> dapat dilakukan dengan <b>pemeriksaan mikroskopis BTA sputum, namun tetap harus dilakukan pemeriksaan lanjutan menggunakan TCM</b> untuk mengetahui apakah merupakan TBC sensitive atau resisten. Dinas kesehatan mengatur jejaring rujukan spesimen ke fasyankes TCM terdekat</p> <p>c) Jika kesulitan mendapatkan dahak, penegakan diagnosis</p>

			TBC klinis menggunakan <b>sistem skoring</b>
2	Bukan terduga TBC	tidak terdapat gejala dan atau tanda yang ditemukan saat wawancara skrining gejala TBC	edukasi pencegahan TBC dan PHBS
3	Kontak erat	orang yang tidak tinggal serumah, tetapi sering bertemu dengan kasus indeks (terkonfirmasi bakteriologis positif dalam waktu yang cukup lama, yang intensitas pajanan/berkontaknya hampir sama dengan kontak serumah. Misalnya : orang yang berada pada ruangan/lingkungan yang sama (tempat kerja, ruang pertemuan, fasilitas umum, rumah sakit, sekolah, tempat penitipan anak) dalam waktu yang cukup lama dengan kasus indeks, dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks minum OAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kontak erat yang ditemukan saat skrining pada kunjungan rumah atau posyandu, apabila hasil skrining menunjukkan tanpa gejala, maka segera dirujuk ke Puskesmas.</li> <li>b) Puskesmas melakukan observasi dan pemeriksaan TBC laten dengan tes Tuberculin untuk menilai kelayakan pemberian TPT.</li> <li>c) Apabila dalam perjalannya menunjukkan gejala TBC, harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk menentukan ada tidaknya TBC pada anak tersebut.</li> </ul>

6) Sistem Skoring TBC

Tabel 11. Sistem skoring diagnosis TBC Anak

<b>Parameter</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Kontak TBC</b>	Tidak jelas	-	Laporan keluarga BTA (-)/tidak tahu	BTA (+)
<b>Uji tuberkulin (Mantoux)</b>	Negatif	-	-	Positif ( $\geq$ 10 mm, atau $\geq$ 5 mm pada keadaan imunokomprom ais)
<b>Berat badan/keadaan gizi</b>	-	BB/TB <90% atau BB/U <80%	Klinis gizi buruk atau BB/TB <70% atau BB/U <60%	-
<b>Demam yang tidak diketahui</b>	-	$\geq$ 2 minggu	-	-
<b>Batuk kronik</b>	-	$\geq$ 2 minggu	-	-
<b>Pembesaran kelenjar limfe kolli, aksila, inguinal</b>	-	> 1 cm, lebih dari 1 KGB, tidak nyeri	-	-
<b>Pembengkakan tulang/sendi panggul, lutut, falang</b>	-	Ada pembengkaka n	-	-
<b>Foto Rontgen toraks</b>	Normal/ kelainan tidak jelas	Gambaran sugestif (mendukung) TBC	-	-
<b>Skor Total</b>				

a) **Kesimpulan dari hasil skoring:**

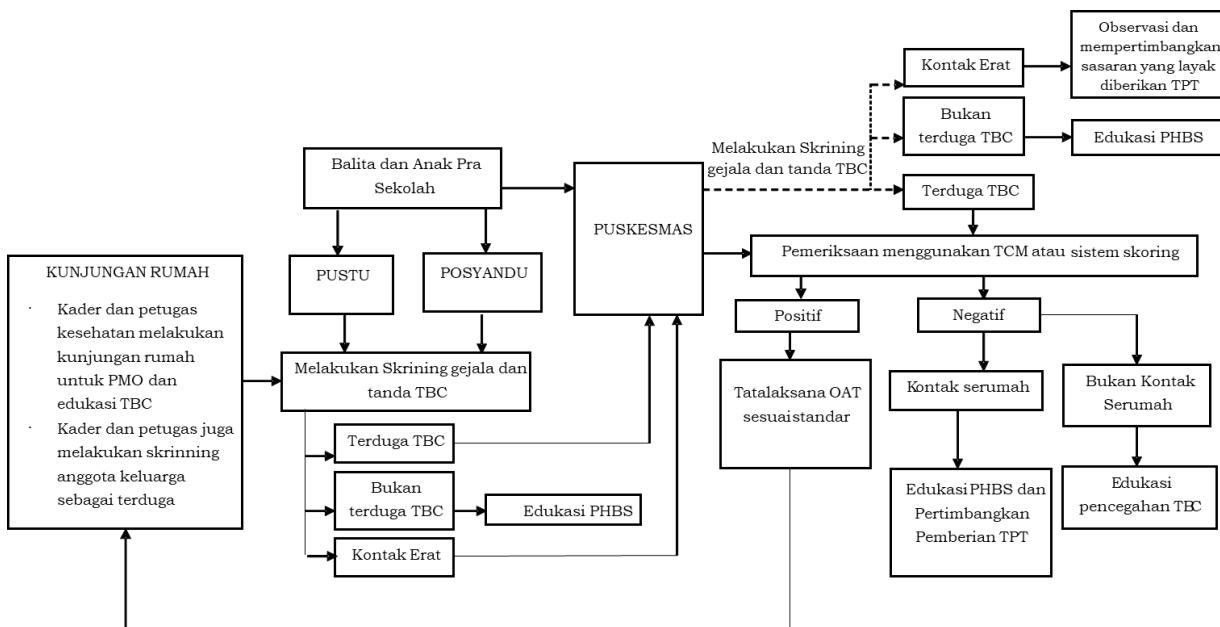
- (1) Jika skor total  $\geq$  6, anak didiagnosis dengan TBC anak klinis dan segera obati dengan OAT
- (2) Jika skor total = 6, uji Tuberkulin positif atau ada kontak erat, dengan gejala lainnya anak didiagnosis dengan TBC anak klinis dan segera obati dengan OAT

- (3) Jika skor total = 6, uji Tuberkulin positif atau ada kontak erat, tanpa adanya gejala lainnya anak didiagnosis dengan infeksi laten TBC, berikan pengobatan pencegahan TBC
- (4) Jika skor total 6, dan uji Tuberkulin negatif atau tidak ada kontak erat, observasi gejala selama 2-4 minggu, bila menetap evaluasi kembali kemungkinan diagnosis TBC dan rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi
- (5) Pada pasien usia balita yang mendapat skor 5, dengan gejala klinis yang meragukan, maka pasien tersebut dirujuk ke RS untuk evaluasi lebih lanjut

**b) Parameter Sistem Skoring:**

- (1) Kontak dengan pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis skor 3 bila ada bukti tertulis hasil labotarium TCM dari sumber penularan yang bisa diperoleh dari TB 01 atau dari hasil laboratorium.
  - (2) Penentuan status gizi:
    - Berat badan dan panjang/tinggi badan dinilai saat pasien datang (*moment opname*).
    - Dilakukan dengan parameter BB/TB atau BB/U. Penentuan status gizi untuk anak usia ≤6 tahun merujuk pada buku KIA Kemenkes 2016, sedangkan untuk anak usia >6 tahun merujuk pada standar WHO 2005 yaitu grafik IMT/U.
    - Bila BB kurang, diberikan upaya perbaikan gizi dan dievaluasi selama 1-2 bulan.
- 7) Untuk **menghindari pasien TBC yang mangkir atau loss to follow up** maka **kader dan tenaga kesehatan melaksanakan kunjungan rumah** pada balita sakit yang tidak melakukan kunjungan ulang sesuai anjuran.

- 8) Berikut alur layanan TBC pada Balita dan Anak Pra Sekolah:

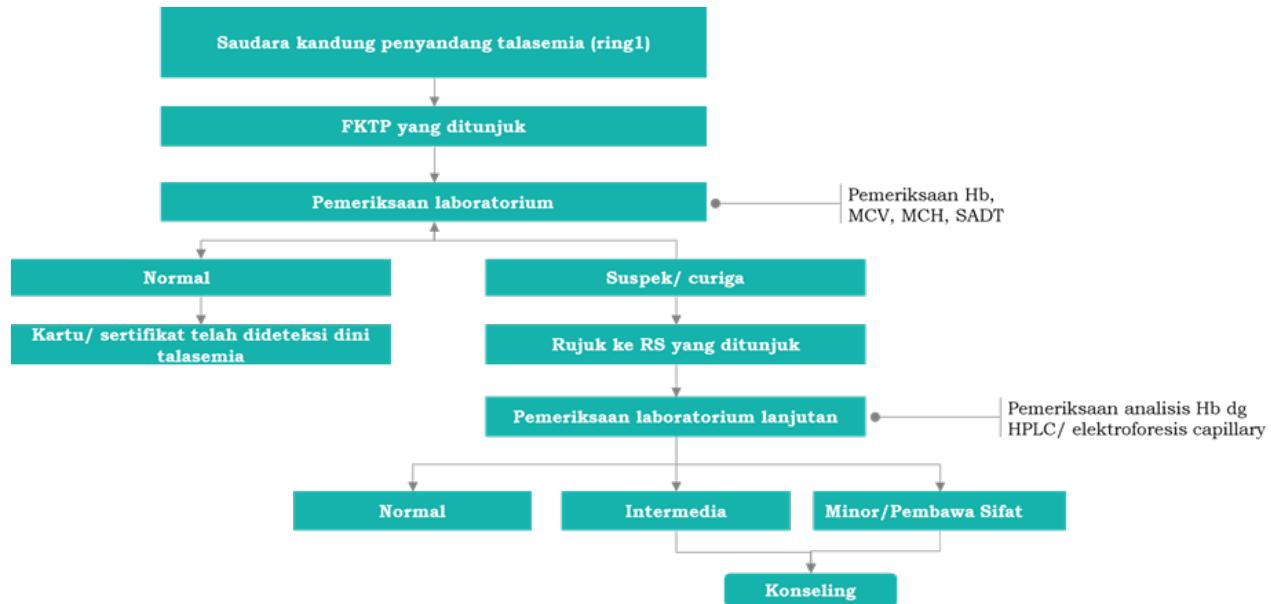


Gambar 22. Alur Skrining TBC pada Balita dan Anak Pra Sekolah

#### k. Skrining Talasemia

- 1) **Sasaran skrining** adalah **semua bayi berusia 2 tahun keatas yang memiliki saudara kandung penyandang talasemia (keluarga ring 1)** atau ada riwayat keluarga dengan transfusi darah rutin.
- 2) Pemeriksaan yang dilakukan di FKTP adalah periksa **darah rutin dan sediaan hapus darah tepi**. Bila hasilnya dicurigai Talasemia maka akan dilakukan rujukan sampel.
- 3) Skrining dapat dilakukan **di Pustu dan Puskesmas** dengan anamnesis kepada keluarga pasien, **apakah punya saudara dan/atau anak penyandang Talasemia?, apakah ada keluarga yang rutin melakukan transfusi darah?** Bila ya, maka lakukan pemeriksaan darah lengkap yang minimal mencakup pemeriksaan Hb, MCV dan MCH, serta membuat sediaan apus darah tepi.
- 4) Metode pengambilan sampel darah  
Sampel darah dibagi menjadi 2 tabung, tabung pertama diperiksa dengan hematologi analyzer dan tabung kedua untuk rujukan ke FKRTL pada hari yang sama jika hasil pemeriksaan tabung pertama dicurigai talasemia.
- 5) Hasil pemeriksaan dicurigai pembawa sifat talasemia bila nilai salah satu dari Hb, MCV atau MCH lebih rendah dari batas normal (Hb < 11mg/dL, MCV < 80 fL, MCH < 27pg).

Berikut alur skrining talasemia pada keluarga ring 1:



Gambar 23. Alur Skrining Talasemia

### 3. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Pelayanan kesehatan bagi **anak usia sekolah ( $\geq 6 - 18$  tahun)** dan **remaja (10 - <18 tahun)** diberikan melalui PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di dalam gedung (Puskesmas dan Pustu) maupun di luar gedung.

Tabel 12. Paket Pelayanan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Pelayanan anak Usia Sekolah dan Remaja					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW) atau Sekolah	Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)
Status gizi (termasuk anemia remaja, karies gigi, penglihatan, pendengaran, perilaku berisiko, penyakit menular, mental emosional, rokok & NAPZA,	<b>Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di dalam gedung</b>				
<b>1. Skrining Kesehatan dan Imunisasi Anak Usia Sekolah dan Remaja</b>					
&	Skrining Anemia	Anamnesis, Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (HA/PoCT)	Anamnesis, Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (PoCT)		
	Skrining TBC	Gejala TBC	Gejala TBC		Gejala TBC, edukasi
	Skrining Malaria	Anamnesis, Pemeriksaan darah malaria	Anamnesis, Pemeriksaan darah malaria	Anamnesis, Pemeriksaan darah malaria	Gejala klinis (demam, menggigil,dll) dan adanya riwayat berkunjung ke daerah endemis malaria
	Skrining HIV	Pemeriksaan Rapid R0			

Pelayanan anak Usia Sekolah dan Remaja					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW) atau Sekolah	Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)
		untuk melihat hasil positif atau negatif. Jika positif, dilanjutkan pemeriksaan R1, R2 dan R3 (diagnosis) di Puskesmas atau RS PDP			
	Skrining obesitas	TB, BB, LP	TB, BB, LP	TB, BB, LP	Edukasi gaya hidup sehat dan pemantauan selama 3 bulan
	Skrining DM	Anamnesis riwayat penyakit penyakit keluarga dan diri sendiri; pengukuran TB, BB, LP, TD, pemeriksaan kadar gula	Anamnesis riwayat penyakit keluarga dan diri sendiri; pengukuran TB, BB, LP, TD, pemeriksaan kadar gula	Anamnesis faktor risiko PTM, pengukuran BB, TB, LP, TD, dan pemeriksaan kadar gula darah	Edukasi
	Skrining Hipertensi	Tekanan darah	Tekanan darah	Tekanan darah	Edukasi
	Skrining Talasemia	Anamnesis kepada keluarga pasien	Anamnesis kepada keluarga pasien		
	Skrining Indera Penglihatan	Pemeriksaan mata luar, tajam penglihatan dan pemeriksaan buta warna.	Pemeriksaan mata luar, tajam penglihatan dan pemeriksaan buta warna.		Edukasi
	Skrining Indera Pendengaran	Pemeriksaan telinga luar dan fungsi pendengaran dengan tes berbisik modifikasi dan tes penala.	Pemeriksaan telinga luar dan fungsi pendengaran dengan tes berbisik modifikasi dan tes penala.		Edukasi
	Skrining Kesehatan Jiwa	• Kuesioner SDQ/SRQ-20	Kuesioner SDQ/SRQ-20		identifikasi riwayat skrining

<b>Pelayanan anak Usia Sekolah dan Remaja</b>					
<b>Sasaran Masalah Kesehatan</b>	<b>Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Unit Pemberi Pelayanan</b>			
		<b>Puskesmas (Kecamatan)</b>	<b>Pustu (Desa/Kelurahan)</b>	<b>Posyandu (Dusun/RT/RW) atau Sekolah</b>	<b>Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuesioner ASSIST</li> </ul>				
Vaksinasi/Imunisasi	MR, Td, Dt, HPV				
<b>2. Pelayanan Klinis/Pengobatan Umum</b>					
Pelayanan klinis/pengobatan umum	Pengobatan umum dengan pendekatan Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR)	Pengobatan umum dengan pendekatan Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR)	(lihat bagian penjaringan kesehatan utk sekolah)		
<b>3. KIE Kesehatan berupa PKHS</b>					
KIE Kesehatan berupa PKHS	Mengajarkan keterampilan yang harus dimiliki dalam kehidupan sehari-hari	Mengajarkan keterampilan yang harus dimiliki dalam kehidupan sehari-hari			
<b>4. Konseling</b>					
Konseling	Disesuaikan dengan masalah yang ditemukan saat pemeriksaan dengan instrument HEEADSSS	Disesuaikan dengan masalah yang ditemukan saat pemeriksaan dengan instrument HEEADSSS			
<b>Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Luar Gedung (Fasilitasi Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah)</b>					
<b>Pelayanan Kesehatan Anak Sekolah/Madrasah</b>					
a. Penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala:					
Pemantauan Status Gizi	Fasilitasi kegiatan UKS/M	Fasilitasi kegiatan UKS/M	Sekolah: BB, TB, tanda dan gejala anemia		
Skrining anemia pada remaja putri			Skrining tanda gejala anemia, anamnesa 5L, pemeriksaan hemoglobin (khusus remaja)		

<b>Pelayanan anak Usia Sekolah dan Remaja</b>					
<b>Sasaran Masalah Kesehatan</b>	<b>Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Unit Pemberi Pelayanan</b>			
		<b>Puskesmas (Kecamatan)</b>	<b>Pustu (Desa/Kelurahan)</b>	<b>Posyandu (Dusun/RT/RW) atau Sekolah</b>	<b>Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)</b>
	Skrining indera penglihatan dan pendengaran			putri kelas 7 dan 10)	
	Skrining gigi dan mulut			Tes tajam penglihatan, tes buta warna, pemeriksaan telinga dan tajam pendengaran	
	Skrining faktor risiko dan PTM (Obesitas, DM dan hipertensi)			Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut	
	Skrining kesehatan jiwa	Fasilitasi kegiatan UKS, skrining ASSIST	Fasilitasi Kegiatan UKS	Sekolah: kuesioner SDQ (usia 4-18 tahun), SRQ 20 (usia > 18 tahun)	
	Skrining kebugaran	Fasilitasi kegiatan UKS	Fasilitasi kegiatan UKS	<i>Single test</i>	
	Skrining imunisasi rutin	Fasilitasi kegiatan UKS	Fasilitasi kegiatan UKS	Penilaian status imunisasi lengkap	
	Skrining perilaku merokok	Wawancara perilaku merokok dan analisis kadar CO	Wawancara perilaku merokok	Edukasi bahaya merokok	Edukasi bahaya merokok
	b. Pemberian TTD				
	Pemberian TTD	Fasilitasi kegiatan UKS		Pemberian dilakukan dengan menentukan hari minum bersama di sekolah	
	c. Pemberian Obat Cacing				
	Pemberian obat cacing	Fasilitasi kegiatan UKS		Pemberian disesuaikan wilayah dengan kasus kecacingan sedang/tinggi	
	d. Imunisasi				
	Vaksinasi/Imunisasi	Fasilitasi kegiatan UKS		MR, Td, Dt, HPV	
	<b>2. Pendidikan Kesehatan</b>				

<b>Pelayanan anak Usia Sekolah dan Remaja</b>					
<b>Sasaran Masalah Kesehatan</b>	<b>Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Unit Pemberi Pelayanan</b>			
		<b>Puskesmas (Kecamatan)</b>	<b>Pustu (Desa/Kelurahan)</b>	<b>Posyandu (Dusun/RT/RW) atau Sekolah</b>	<b>Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)</b>
	Pendidikan Kesehatan kegiatan UKS	Fasilitasi kegiatan UKS	Fasilitasi kegiatan UKS	Pemberian pengetahuan kesehatan dan pembiasaan perilaku sehat	
<b>3. Pembinaan Lingkungan Sehat</b>					
	Pembinaan lingkungan sekolah sehat	Fasilitasi kegiatan UKS	Fasilitasi kegiatan UKS	Inspeksi kesehatan lingkungan, pembinaan kantin sehat, KTR, KTN, KTK, 3R	

Catatan:

\* Pada remaja usia 15 tahun keatas dengan obesitas dan atau hipertensi

### a. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Dalam Gedung

#### 1) Skrining Kesehatan dan Imunisasi Anak Usia Sekolah dan Remaja

Anak usia sekolah dan remaja yang datang sendiri atau rujukan (dari sekolah, Posyandu, Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA)/panti, atau Lembaga Pemasyarakatan Khusus Anak (LPKA)) dilakukan skrining yang terdiri dari:

##### a) Skrining Anemia Usia Sekolah dan Remaja

(1) Sasaran: remaja putri usia 12 tahun dan usia 15 tahun yang belum pernah mendapatkan skrining anemia, dengan atau tanpa gejala anemia.

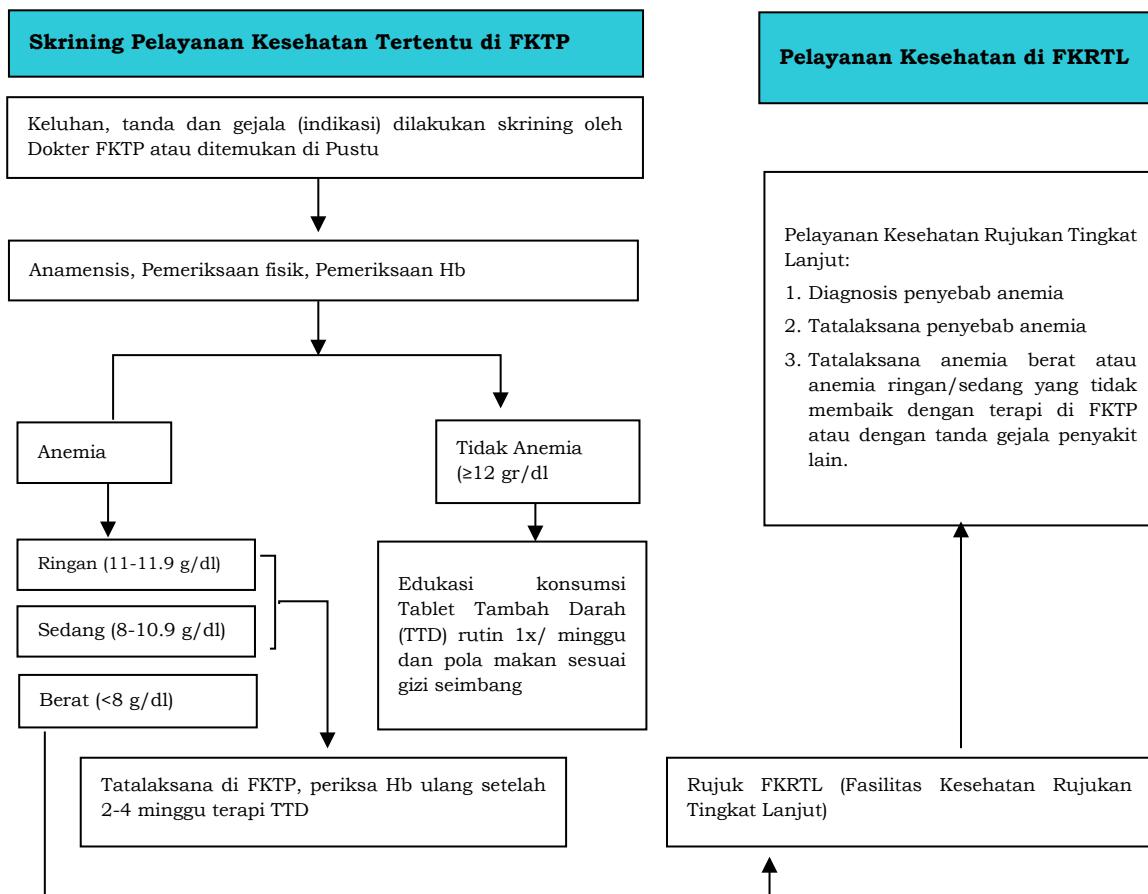
(2) Metode:

(a) anamnesis: gejala yang dialami seperti mudah lelah, letih, lesu, lunglai, lalai (sering lupa), atau sakit kepala, baik dalam beberapa hari maupun lebih lama dari itu. Tanyakan yang relevan dengan anemia misal gaya hidup terkait konsumsi sayur, buah, protein hewani dan tablet tambah darah khususnya remaja putri (juga riwayat menstruasi), kebersihan diri, dan terkait penyakit yang sedang diderita.

(b) pemeriksaan fisik: inspeksi konjungtiva dan telapak tangan tampak pucat (anemis) atau tidak.

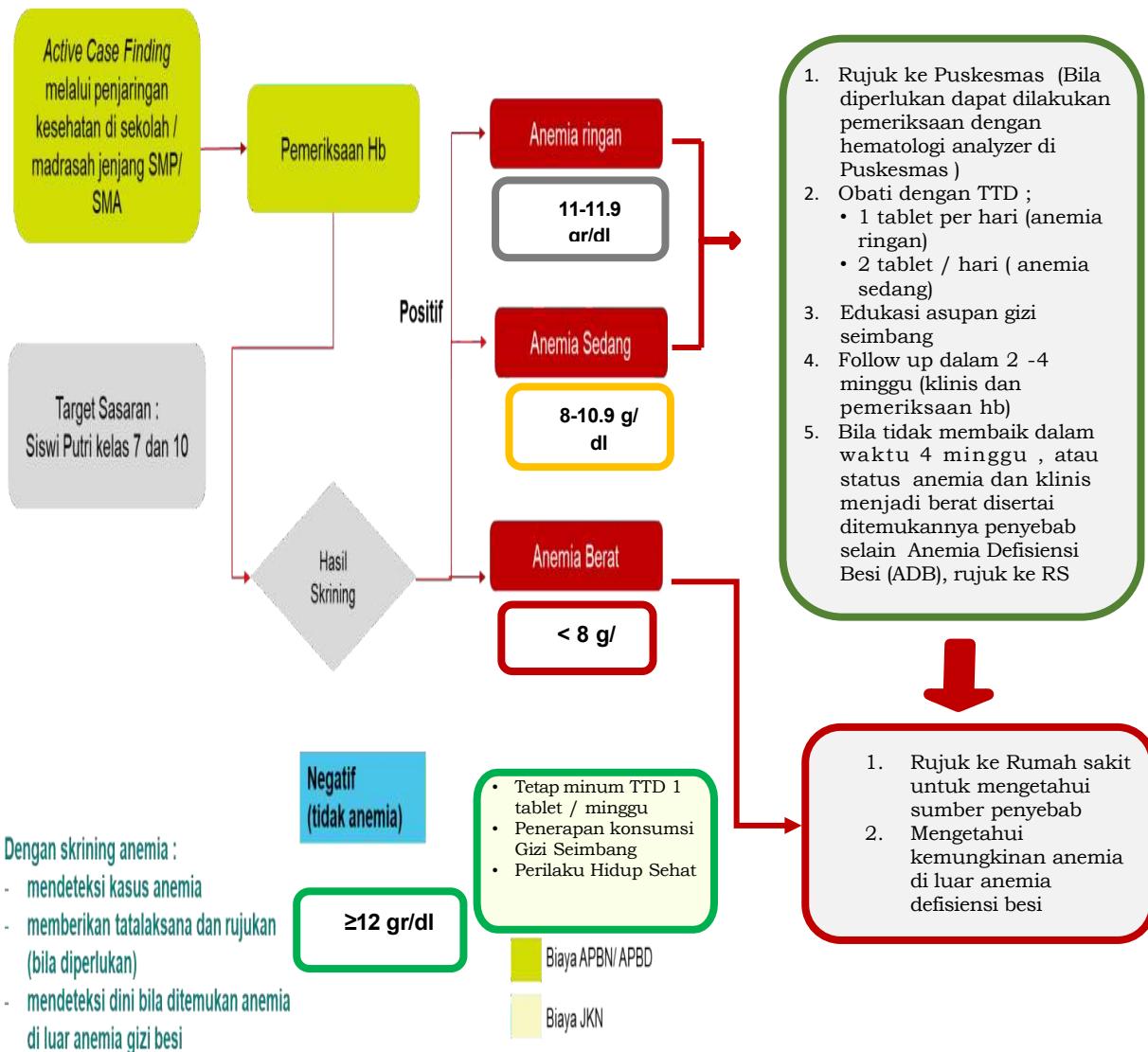
(3) pemeriksaan penunjang: pemeriksaan kadar hemoglobin dengan PoCT Hb meter (dengan strip atau mikrokuvet) atau *hematology analyzer* di Puskesmas. Pemeriksaan di Pustu menggunakan alat POCT Hb meter.

(3) Tata laksana anemia dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



\*\*Skrining anemia melalui UKS/M (penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala) :

1. Anamnesis singkat : keluhan 5L, riwayat Talasemia di keluarga (putra dan putri)
2. Tanda klinis: konjungtiva pucat, telapak tangan pucat (putra, putri)
3. Pemeriksaan hemoglobin (untuk remaja putri kelas 7 dan 10)



Catatan:

1. \*\* Anamnesis dan tanda klinis **bukan** menjadi syarat pemeriksaan haemoglobin remaja putri kelas 7 dan 10 pada skrining anemia
2. TTD (Tablet Tambah Darah) yaitu tablet dengan dosis 60 mg elemental besi dan 400 mcg asam folat)
3. Anggaran Pengobatan / tatalaksana dan rujukan : JKN dana lainnya
4. Transport penjaringan / skrining : BOK Puskesmas
5. Tugas Tim Pembina dan Pelaksana UKS/M: Penerapan UKS/ M, Pelaksanaan Aksi Bergizi, Edukasi perubahan perilaku, Pemantauan gizi anak sekolah

Gambar 24. Tatalaksana Anemia

**b) Skrining penyakit menular**

**(1) Skrining TBC**

- (a) Sasaran: setiap anak usia sekolah dan remaja yang berkunjung ke Puskesmas, Pustu atau yang ditemui pada kegiatan kunjungan rumah baik sehat maupun sakit, dilakukan oleh tenaga kesehatan atau kader
- (b) Frekuensi : Skrining TBC dilaksanakan pada **setiap kali kunjungan**.
- (c) Metode : berdasarkan gejala, oleh tenaga kesehatan Puskesmas atau FKTP lainnya.
- Gejala umum TBC paru adalah batuk lebih 2 minggu. Semua bentuk batuk tanpa melihat durasi disertai gejala tambahan TBC dapat berupa BB turun tanpa penyebab/BB tidak naik/nafsu makan turun, demam yang tidak diketahui penyebabnya, badan lemas/lesu, berkeringat malam hari tanpa kegiatan, sesak napas tanpa nyeri dada, ada pembesaran getah bening di leher atau di ketiak.
  - Gejala TBC ekstraparau sesuai organ yang terkena
- (d) Hasil skrining: bukan terduga TBC, kontak erat, terduga TBC
- (e) Interpretasi Hasil Skrining, sama dengan definisi pada skrining **TBC pada Balita dan Anak Usia Pra Sekolah**
- (f) Tindak lanjut setelah skrining TBC adalah:
- Bukan terduga TBC: tidak perlu tindak lanjut
  - Kontak erat: rujuk ke Puskesmas untuk mendapatkan TPT. Anak usia sekolah dan remaja tanpa gejala kontak erat/serumah dengan pasien TBC; remaja dengan HIV/AIDS (ODHA) maka diberikan TPT oleh puskesmas. Apabila dalam perjalannya menunjukkan gejala TBC, harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk menentukan ada tidaknya TBC.
  - Anak yang kontak serumah dengan pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis namun tidak menunjukkan gejala TBC, maka diperlukan pemeriksaan foto rontgen dada (jika tersedia) dan pemeriksaan infeksi TBC (TST/IGRA) sebelum diberikan TPT oleh puskesmas. Apabila dalam perjalannya menunjukkan gejala TBC, harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk menentukan ada tidaknya TBC pada anak tersebut.
  - Terduga TBC: apabila dapat mengeluarkan dahak, diperiksa Tes Cepat Molekuler (TCM) di Puskesmas. Pengambilan spesimen

dahak/sputum 2 kali (Sewaktu-Pagi atau Sewaktu-sewaktu dengan jarak minimal 1 jam) di Pustu, kemudian dikemas dan dikirim ke Puskesmas. Jika mengalami kendala mengakses layanan TCM berupa kesulitan transportasi, jarak dan kendala geografis maka penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis BTA sputum. Jika terdiagnosis TBC dengan pemeriksaan mikroskopis, dilakukan pemeriksaan lanjutan menggunakan TCM untuk mengetahui apakah merupakan TBC sensitif atau resisten. Dinas kesehatan mengatur jejaring rujukan spesimen ke fasyankes TCM terdekat.

- Untuk terduga dengan hasil pemeriksaan TCM negatif, perlu dipertimbangkan skrining menggunakan foto thoraks, untuk pertimbangan penegakan diagnosis TBC klinis

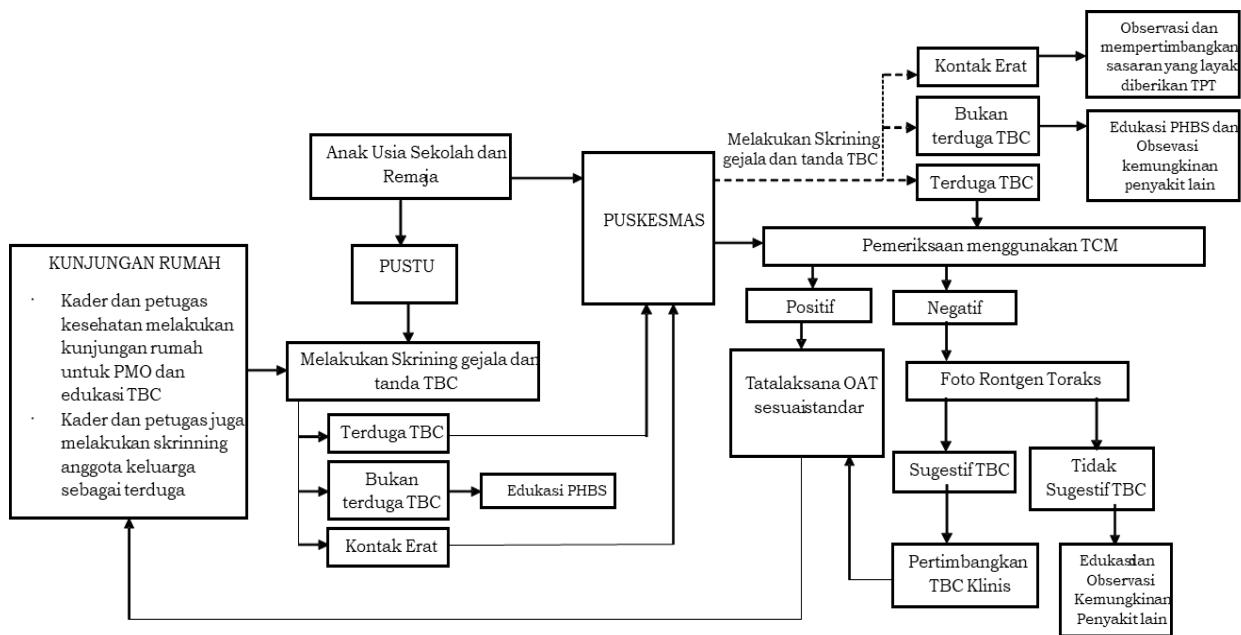
(g) **Jika kesulitan mendapatkan dahak, dapat dilakukan induksi sputum.** Namun jika segala upaya sudah dilakukan untuk mendapatkan sampel dahak tidak dapat diperoleh maka penegakan diagnosis secara klinis dapat dilakukan dengan sistem skoring.

(h) **Pasien TBC Sensitif Obat (SO)** datang ke Puskesmas **sebulan sekali untuk mengambil obat**, sedangkan **pasien TBC Resisten Obat (RO)** harus **datang setiap hari ke puskesmas** untuk minum obat didampingi petugas kesehatan.

(i) Pemantauan pengobatan:

- Pasien TBC Sensitif Obat:
  - dilakukan berupa pemeriksaan klinis (termasuk berat badan) setiap bulan
  - bakteriologis dengan pemeriksaan sputum BTA pada bulan kedua, 1 bulan sebelum akhir pengobatan dan akhir pengobatan
  - foto thorak.
- Pasien TBC Resisten Obat:
  - pemeriksaaan klinis (termasuk berat badan) setiap bulan,
  - pemeriksaan bakteriologis (mikroskopis BTA dan biakan)
  - pemeriksaan penunjang lain seperti EKG, foto toraks dan laboratorium darah rutin dan kimia darah

- Kader dan nakes melaksanakan kunjungan rumah pada anak dan remaja yang tidak melakukan kunjungan ulang ke layanan kesehatan sesuai anjuran.



Gambar 25. Alur Skrining TBC pada Anak Usia Sekolah dan Remaja

## (2) Skrining Malaria

Dilakukan pemeriksaan malaria berdasarkan indikasi (ada gejala klinis) dan riwayat sakit/makan obat sebelumnya ataupun riwayat bepergian ke daerah endemis 1-2 minggu sebelum sakit.

## (3) Skrining HIV

### (a) Sasaran :

- remaja dengan HIV / AIDS (ODHA)
- remaja yang kontak serumah dengan pasien TBC paru yang terkonfirmasi bakteriologis,
- remaja dengan hasil PIMS (penyakit infeksi menular seksual) positif
- remaja yang beresiko lainnya misalnya remaja dengan penyakit imunokompromais (pasien yang menjalani pengobatan kanker, pasien yang mendapatkan perawatan analisis, pasien yang mendapat kortikosteroid jangka panjang , pasien yang sedang persiapan transplantasi organ, dll),
- remaja yang menjadi warga binaan pemasyarakatan (WBP),

- tinggal di sekolah berasrama,
- remaja yang pernah melakukan hubungan seks dengan banyak pasangan
  - remaja pengguna narkoba suntik
  - remaja yang tinggal di daerah tertentu (wilayah yang beresiko mempengaruhi perilaku), dan
  - sesuai dengan indikasi.
- (b) Skrining bisa dilakukan di Puskesmas, jika hasil skrining positif (R0) dilanjutkan pemeriksaan R1, R2 dan R3 (diagnosis) di Puskesmas atau RS PDP (Pengobatan Dukungan dan Perawatan HIV).
- (c) Metode : Pemeriksaan Rapid R0 lalu melihat hasil positif atau negatif. Jika hasil R0 (skrining) positif pasien akan dirujuk ke Puskesmas atau RS PDP agar bisa dilakukan pemeriksaan diagnosis (R1, R2 dan R3 untuk menegakkan diagnosa.
- (d) Tindak lanjut : jika hasil pemeriksaan R1, R2 dan R3 Positif maka pasien dinyatakan sebagai orang penderita HIV (ODHIV) dan bisa diberikan ARV.

**c) Skrining penyakit tidak menular**

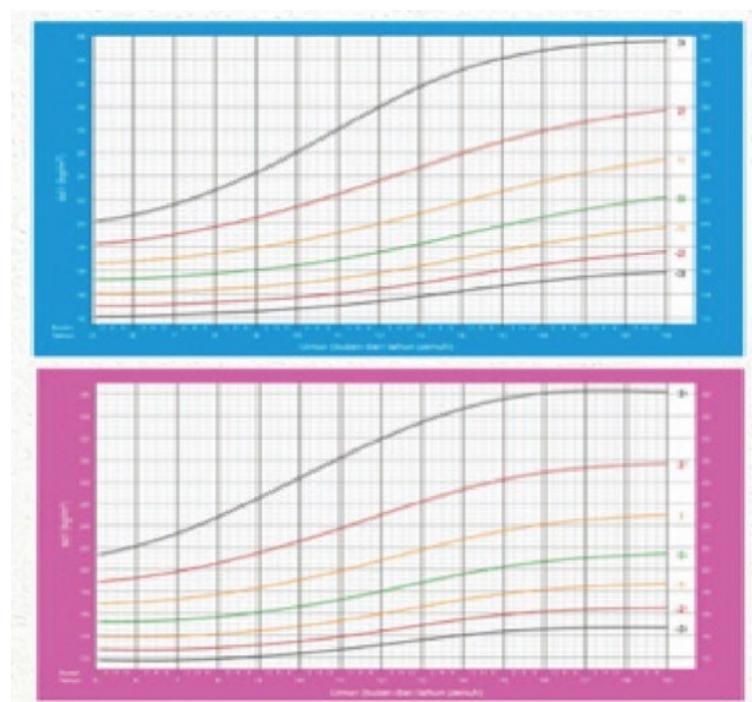
**(1) Skrining Obesitas**

- (a) Sasaran: anak usia sekolah dan remaja
- (b) Frekuensi : 1 tahun sekali.
- (c) Skrining dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dan Pustu serta kader di kegiatan Posyandu.
- (d) Metode :
- Anamnesis untuk mencari tanda atau gejala
  - Pemeriksaan Fisik (kepala, leher dll) Contoh pemeriksaan kepala apakah wajah membulat, pipi tembem, dagu rangkap dll
  - Pemeriksaan Antropometri (pengukuran berat badan dan tinggi badan). Untuk menentukan apakah seorang anak berat badannya sesuai dengan umur, dapat dihitung dengan cara membandingkan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan Umur menggunakan grafik terdapat pada Buku Rapor Kesehatanku untuk anak usia sekolah. Untuk anak laki-laki dapat melihat pada grafik warna biru, sedangkan untuk anak perempuan dapat melihat pada grafik warna pink.

(e) Cara menghitung Indeks massa tubuh (IMT) anak dan remaja dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

Hasil perhitungan IMT dimasukkan ke dalam grafik sesuai jenis kelamin, dihubungkan dengan umur anak dan remaja. Beri tanda titik pada hasil pertemuan IMT dan usia. **Jika titik berada di atas garis kuning atau di bawah garis kuning maka anak perlu dirujuk ke tenaga kesehatan.**



Gambar 26. Grafik IMT menurut Umur Anak Usia 5 – 18 Tahun

(f) Interpretasi :

Tabel 13. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5 – 18 tahun	Gizi Kurang ( <i>thinness</i> )	-3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	+1 SD sd +2 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	>+2SD

(g) Tindak lanjut hasil skrining obesitas:

- Pustu dan kegiatan Posyandu
  - Obesitas, dilakukan edukasi untuk melakukan gaya hidup

sehat dan pemantauan selama 3 bulan untuk kemudian dilakukan evaluasi, apakah perubahan gaya hidup sehat berhasil membuat perubahan pada kondisi obesitasnya atau tidak.

- Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi
- Jika tidak terdapat perubahan maka dilakukan tindak lanjut dini ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- Puskesmas
  - Obesitas: intervensi melalui pengaturan pola makan, aktivitas dan latihan fisik, pengaturan waktu tidur, pengaturan perilaku mengelola stress; edukasi dan konseling; serta rujukan bila ada penyakit penyerta dan atau sindroma metabolik.
  - Gemuk /overweight: edukasi perubahan gaya hidup sehat
  - Normal: pertahankan gaya hidup sehat
  - Gizi kurang: Cari Penyebab terjadinya gizi kurang dan Konsul/rujuk ke ahli Gizi.

## **(2) Skrining Diabetes Melitus (DM)**

- (a) Sasaran: anak dan remaja dengan mengopol, poliuria, polifagi, polidipsia, penurunan berat badan yang cepat dalam 2-6 minggu sebelum diagnosis ditegakkan
  - Pada anak dan remaja dapat terjadi Diabetes Melitus tipe 1 dan tipe 2.
  - Pada anak dan remaja yang mengopol dicurigai DM tipe 1 maka dilakukan pemeriksaan gula darah.
  - Pada anak dan remaja yang dicurigai DM tipe 2 maka dilakukan pemeriksaan gula darah jika memiliki faktor risiko PTM (obesitas dan/atau obesitas sentral, dan/atau tekanan darah tinggi)
- (b) Skrining DM tipe 2 : dilakukan 1 tahun sekali
- (c) Skrining DM meliputi anamnesis riwayat penyakit keluarga dan diri sendiri; pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar perut, pemeriksaan tekanan darah; pemeriksaan kadar gula.
- (d) Skrining untuk deteksi dini DM dapat dilakukan di Posyandu melalui anamnesis faktor risiko PTM, pengukuran BB, TB, LP, TD,

dan pemeriksaan kadar gula darah dengan menggunakan glukometer.

- (e) Skrining DM di Posyandu dilaksanakan oleh kader terlatih dan penegakan diagnosa dilakukan di FKTP.
- (f) Skrining di Pustu dan Puskesmas/FKTP lain dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, mengacu pada Panduan Praktik Klinis (PPK), PNPK, atau ketentuan lain yang berlaku. Alat yang digunakan dalam Skrining DM adalah alat pemeriksaan kadar gula darah adalah Glukometer.
- (g) Penegakan diagnosis DM dilakukan oleh dokter di Puskesmas/FKTP lain dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinis (PPK), PNPK atau ketentuan lain yang berlaku dengan menggunakan fotometer/Clinical Chemistry Analyzer dan atau HbA1C.

### **(3) Skrining Hipertensi**

- (a) Sasaran: seluruh anak usia sekolah dan remaja
- (b) Skrining Hipertensi : minimal setahun sekali pada anak yang tidak memiliki faktor risiko.  
Pada anak yang memiliki faktor risiko seperti obesitas, menggunakan obat-obatan yang dapat meningkatkan tekanan darah, penyakit ginjal, riwayat koarktasio aorta atau diabetes, maka pemeriksaan tekanan darah tersebut harus dilakukan secara rutin.
- (c) Skrining Hipertensi dapat dilakukan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu melalui **pemeriksaan tekanan darah menggunakan tensimeter digital dan atau tensimeter aneroid**.
- (d) Di komunitas, deteksi dini Hipertensi dapat dilakukan oleh kader terlatih dan penegakkan diagnosis dilakukan di Puskesmas/ FKTP.
- (e) Pada tahun 2017 AAP mengeluarkan tabel normatif tekanan darah yang telah disederhanakan, yang bertujuan sebagai alat skrining dalam mengidentifikasi anak dan remaja yang memerlukan evaluasi tekanan darah lebih lanjut. Tabel tekanan darah yang telah disederhanakan tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 14. Klasifikasi Tekanan Darah Normal Berdasarkan Usia

Usia (Tahun)	Tekanan darah (mmHg)			
	Laki-laki		Perempuan	
	Sistole	Diastole	Sistole	Diastole
7	106	68	106	68
8	107	69	107	69
9	107	70	108	71
10	108	72	109	72
11	110	74	111	74
12	113	75	114	75
13	120	80	120	80

Sumber: Pedoman AAP tahun 2017

- (f) Klasifikasi Hipertensi pada anak pada PNPK Tata laksana Hipertensi Anak sebagai berikut:

Tabel 15. Klasifikasi Hipertensi pada Anak menurut AAP Tahun 2017

Anak Usia ≥ 13 tahun	
Tekanan darah normal	< 120/80 mmHg
Tekanan darah meningkat	120/< 80 mmHg - 129/ < 80 mmHg
Hipertensi tingkat 1	130/80 mmHg - 138/89 mmHg
Hipertensi tingkat 2	≥ 140/90 mmHg

- (g) Interpretasi hasil skrining Hipertensi dan tindak lanjutnya:

- Berdasarkan skrining pada kegiatan Posyandu atau Pustu
  - Normal: tetap pertahankan gaya hidup sehat
  - Tekanan darah meningkat: edukasi untuk melakukan gaya hidup sehat dan pemantauan setiap bulan.
  - Hipertensi tingkat 1 dan tingkat 2: Penegakan diagnosis dan tindak lanjut dini ke fasilitas pelayanan kesehatan
- Berdasarkan skrining di Puskesmas
  - Normal: tetap pertahankan gaya hidup sehat
  - Tekanan darah meningkat: edukasi untuk melakukan gaya hidup sehat dan pemantauan setiap bulan, dan Konseling perubahan perilaku untuk lebih sehat, seperti gizi seimbang, aktivitas fisik, layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM).
  - Hipertensi tingkat 1 dan tingkat 2: dirujuk ke FKRTL atau dokter spesialis anak untuk penegakkan diagnosis penyebab

Hipertensi pada anak apakah termasuk Hipertensi esensial atau Hipertensi sekunder, selanjutnya tatalaksana sesuai PNPK dan standar lain yang berlaku

#### (4) Skrining Talasemia

- (a) Sasaran: remaja yang anemia atau remaja yang memiliki saudara kandung penyandang Talasemia (keluarga ring 1) dilanjutkan dengan pemeriksaan darah lengkap untuk memastikan anemia disebabkan oleh Talasemia atau defisiensi besi.
- (b) Bila di Puskesmas hasil pemeriksaan darah menyatakan curiga Talasemia, maka dilanjutkan pemeriksaan di FKTRL dilanjutkan dengan analisis Hb.
- (c) Diagnosis di FKTRL dapat pembawa sifat Talasemia, Talasemia mayor atau bukan Talasemia.
- (d) Pemeriksaan menentukan diagnosis Talasemia hanya dilakukan 1x seumur hidup.
- (e) Tempat skrining, anamnesis, metode, serta interpretasi hasil skrining sama dengan skrining Thalasemia pada Balita dan Anak Usia Prasekolah.
- (f) Alur skrining talasemia pada keluarga ring 1 dapat dilihat pada penjelasan skrining talasemia untuk balita dan anak pra sekolah.

#### (5) Skrining Indera Penglihatan dan Pendengaran

Skrining Indera Penglihatan dan Pendengaran dilaksanakan **minimal 1x setahun termasuk melalui penjaringan anak sekolah**.

- (a) Skrining Indera Penglihatan
  - Untuk mendeteksi adanya penyakit pada mata, gangguan penglihatan seperti kelainan refraksi/gangguan tajam penglihatan dan buta warna pada peserta didik serta menindaklanjuti hasil pemeriksaan (bila terdapat ada kelainan).
  - Pemeriksaan kesehatan indera penglihatan dilakukan melalui pemeriksaan mata luar, tajam penglihatan dan pemeriksaan buta warna.
  - Interpretasi hasil skrining
    - Mata tidak sehat: bisul pada kelopak mata hordeolum, konjungtiva merah, bengkak, ada sekret, dapat terjadi perdarahan konjungtivitis, lensa keruh katarak, ada bercak

- bitot seperti busa defisiensi vitamin A.
- Hasil pemeriksaan tajam penglihatan:
    - Gangguan penglihatan ringan: visus <6/12 – 6/18
    - Gangguan penglihatan sedang: visus <6/18 – 6/60
    - Gangguan penglihatan berat: visus <6/60 – 3/60
    - Buta: visus <3/60
    - Normal: visus 6/6
  - Buta warna: anak tidak dapat menyebutkan satu atau beberapa angka yang terdapat dalam gambar, atau tidak dapat menunjukkan alur.
  - Intervensi lanjut: Rujuk ke Puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya apabila ditemukan gejala-gejala seperti pada mata tidak sehat, tanda-tanda gangguan tajam penglihatan dan buta warna untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut agar mendapatkan kacamata koreksi dan follow up selanjutnya.

(b) Skrining Indera Pendengaran

- Untuk mendeteksi adanya gangguan fungsi pendengaran serta menindaklanjuti hasil pemeriksaan (bila terdapat ada kelainan).
- Pemeriksaan telinga dilakukan melalui pemeriksaan telinga luar dan fungsi pendengaran dengan tes berbisik modifikasi dan tes penala.
- Metode skrining indera pendengaran
  - Tes Berbisik Modifikasi
    - Bila kata-kata yang dapat diulang lebih dari 80%, maka dinyatakan lulus dari pemeriksaan.
    - Bila kata-kata yang dapat diulang kurang dari 80%, maka dinyatakan tidak lulus dan disarankan untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut menggunakan audiometri.
    - Rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk diperiksa Kembali pendengarannya lebih lanjut.
    - Cara pemeriksaan mengacu ke buku Deteksi Dini Gangguan Indera bagi Awam.
  - Tes penala:
    - Tes Rinne: Rinne (+) → telinga normal atau tuli saraf, Rinne (-) → Tuli Konduktif

- Tes Weber: Bila tidak ada lateralisasi (bunyi lebih jelas disalah satu sisi telinga), berarti kedua telinga normal. Bila terdapat lateralisasi ke telinga yang sakit, berarti telinga tersebut menderita tuli konduktif. Bila lateralisasi ke telinga yang sehat, berarti telinga yang sakit menderita tuli saraf.
- Bila waktu terbatas, pemeriksaan dengan garpu tala cukup dilakukan hanya pada anak yang diduga mengalami gangguan pendengaran.
- Rujukan ke fasilitas kesehatan apabila didapatkan gangguan pendengaran untuk pemeriksaan dan penatalaksanaan lebih lanjut.
- Cara pemeriksaan mengacu pada Petunjuk Teknis Penjaringan Kesehatan dan Pemeriksaan Berkala Anak Usia Sekolah dan Remaja.
- Interpretasi hasil skrining
  - Infeksi telinga: Bila didapatkan adanya nyeri saat liang telinga ditarik, adanya cairan dari telinga, bisul dan perdarahan.
  - Serumen prop: apabila ditemukan serumen/kotoran telinga pada liang telinga yang menyumbat dan mengganggu pendengaran.
- Intervensi lanjut: rujuk ke Puskesmas atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya untuk pengangkatan serumen prop.

#### **(6) Skrining Kesehatan Jiwa**

- (a) Sasaran : setiap anak usia sekolah dan remaja yang berkunjung ke Puskesmas atau Pustu
- (b) Frekuensi : dilakukan minimal satu tahun sekali.
- (c) Sebelum pelaksanaan skrining perlu dipastikan siswa dalam kondisi sehat secara fisik.
- (d) Skrining kesehatan jiwa untuk anak usia sekolah dan remaja dapat dilakukan menggunakan instrument **Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan** atau **Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)** baik dalam bentuk kuesioner cetak atau elektronik menggunakan formulir *online* atau Aplikasi SIJIWA yang dapat diisi sendiri oleh peserta didik usia di atas 11 tahun hingga usia 18 tahun dan diisi oleh orang tua/wali/guru bagi peserta didik usia 11 tahun ke

bawah.

- (e) Penilaian hasil dan interpretasi skrining kesehatan jiwa dilakukan oleh tenaga kesehatan.
- (f) Interpretasi :
- Dalam batas “normal”, diberikan edukasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan jiwanya. Materi edukasi kesehatan jiwa yang diberikan merujuk pada Juknis GME dan Depresi atau Pedoman Skrining Kesehatan Jiwa.
  - Adanya masalah kesehatan jiwa, (“borderline” atau “abnormal”), dapat dilakukan konseling oleh guru terlatih kesehatan jiwa atau tenaga kesehatan, KAP kesehatan jiwa, prevensi gangguan jiwa, dan/atau dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan lanjutan dalam bentuk wawancara psikiatrik oleh dokter dan/atau psikolog klinis untuk menentukan adanya gangguan jiwa, dan/atau rujuk ke RS/RSJ jika diperlukan
- (g) Intervensi secara dini dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas atau Pustu adalah pemberian informasi, edukasi, dan konseling awal mengenai kesehatan jiwa dengan cara Komunikasi Antar Personal (KAP)
- (h) Jika ditemukan indikasi remaja yang menunjukkan masalah berisiko atau ketergantungan NAPZA (terdapat riwayat penyalahgunaan zat seperti rokok, alkohol, dan/atau obat lainnya) baik oleh remaja, keluarga, atau teman dekatnya, dapat dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan skrining menggunakan instrument ASSIST.
- (i) Skrining ASSIST dapat dilakukan secara manual atau menggunakan Aplikasi SINAPZA (berbasis android).
- (j) Hasil, interpretasi, dan intervensi skrining ASSIST:

Tabel 16. Interpretasi dan intervensi skrining ASSIST

Interpretasi	Alkohol	Semua zat selain alkohol	Intervensi
Risiko rendah	0-10	0-3	Pemberian KIE pencegahan NAPZA
Risiko sedang	11-26	4-26	Pemberian KIE, asesmen lanjutan dan konseling*

<b>Interpretasi</b>	<b>Alkohol</b>	<b>Semua zat selain alkohol</b>	<b>Intervensi</b>
			Pemberian KIE, konseling dan merujuk ke IPWL*** untuk pemeriksaan lanjutan**
Risiko tinggi	$\geq 27$	$\geq 27$	Rujuk ke IPWL untuk pemeriksaan lanjutan dan rehabilitasi medis

\*Untuk FKTP yang telah ditetapkan menjadi IPWL

\*\*Untuk FKTP non-IPWL

\*\*\*IPWL: Institusi Penerima Wajib Lapor (Puskesmas/ rumah sakit, dan/atau lembaga rehabilitasi yang ditunjuk oleh pemerintah)

- (k) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk mencari indikasi adanya masalah kesehatan jiwa dan menanyakan riwayat skrining kesehatan jiwa. Apabila ditemukan anak dan remaja yang belum mendapatkan skrining kesehatan jiwa, diarahkan untuk mengikuti skrining kesehatan jiwa di Pustu, Puskesmas, atau sekolah.

## **(7) Layanan Vaksinasi/Imunisasi**

- (a) Imunisasi untuk anak Sekolah, khususnya untuk jenjang SD/MI sederajat

Tabel 17. Jadwal Bulanan Imunisasi Anak SD/MI

<b>Kelas</b>	<b>Jenis Vaksin</b>	<b>Bulan</b>	<b>Pemberian</b>
Kelas 1	Campak/MR Dt	Agustus	1 kali
		November	1 kali
Kelas 2	Td	November	1 kali
Kelas 5	Td	November	1 kali
	HPV dosis 1	Agustus	1 kali
Kelas 6	HPV dosis 2	Agustus	

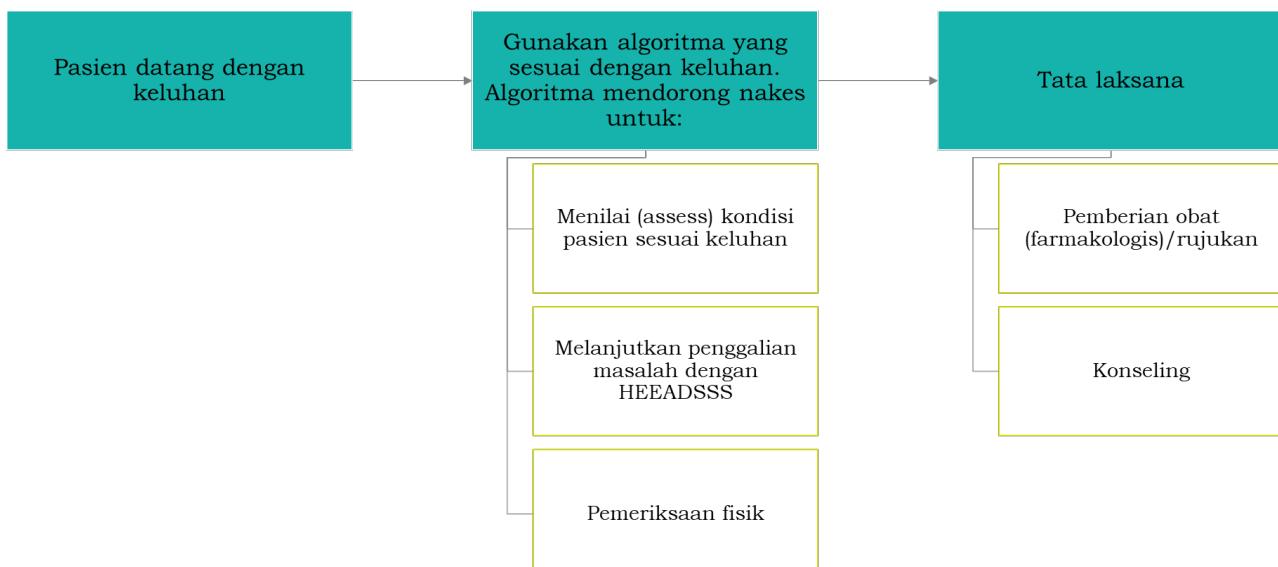
- (b) Pemberian imunisasi di atas, diintegrasikan dalam Usaha Kesehatan Sekolah (Pelayanan Kesehatan), namun untuk pemberian vaksin seperti COVID-19 dapat diberikan oleh nakes puskesmas di luar sekolah. Saat ini vaksin COVID-19 diperbolehkan bagi anak 6-11 tahun dan 12-17 tahun.

- (c) Setiap remaja putri diharapkan mencapai status imunisasi T5 dengan tujuan untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit

tetanus. Pemberian imunisasi yang mengandung Tetanus toxoid ditentukan berdasarkan hasil skrining status imunisasi T.

## 2) Pelayanan Klinis/Pengobatan Umum

- Anak usia sekolah dan remaja yang berkunjung ke Puskesmas/Pustu diberikan pelayanan kesehatan dengan pendekatan Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR) dengan menilai keluhan dengan 7 algoritma, menggali permasalahan psikososial dengan instrumen *Home, Education, Eating, Activity, Drugs, Sexuality, Safety, Suicide* (HEEADSSS). Dilanjutkan pemeriksaan fisik, dan tatalaksana.
- Penilaian keluhan menggunakan 7 algoritma yang terdiri dari:
  - a) Algoritma pertumbuhan dan perkembangan
  - b) Algoritma kesehatan reproduksi
  - c) Algoritma genetalia
  - d) Algoritma infeksi
  - e) Algoritma kesehatan jiwa
  - f) Algoritma Indera
  - g) Algoritma lain lain



Gambar 27. Alur Pengobatan Umum pada Anak Usia Sekolah dan Remaja

- Penggunaan algoritma disesuaikan dengan masalah kesehatan yang ditemukan. Hasil pemeriksaan menggunakan algoritma tersebut dapat dibagi menjadi 3 kategori yaitu **hijau, kuning, dan merah**.
  - a) Hijau diberikan edukasi di Puskesmas atau Pustu
  - b) Kuning membutuhkan tambahan terapi farmakologis dan atau konseling yang dilakukan di Puskesmas,

- c) Merah dilakukan rujukan medis, sosial, dan hukum sesuai dengan masalah yang ditemukan (Pedoman Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR)).

### **3) Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Kesehatan berupa Pendidikan Ketrampilan Hidup Sehat (PKHS)**

Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS) mengajarkan beberapa keterampilan yang harus dimiliki anak usia sekolah dan remaja dalam kehidupan sehari-hari, seperti:

- a) Kesadaran diri: mengenal diri sendiri (Karakter, kekuatan, kelemahan, keinginan)
- b) Empati: memposisikan perasaan orang lain pada diri sendiri
- c) Pengambilan keputusan: kemampuan menentukan pilihan
- d) Pemecahan masalah: menyelesaikan masalah secara konstruktif
- e) Berpikir kritis: menganalisis informasi dan pengalaman
- f) Berpikir kreatif: kemampuan membuat ide baru
- g) Komunikasi efektif: kemampuan menyampaikan gagasan
- h) Kemampuan interpersonal: interaksi dengan sesama secara positif dan harmonis
- i) Pengendalian emosi: kemampuan meredam gejolak emosi sehingga perilaku terkendali
- j) Mengatasi stress: kemampuan mengenali sumber stress, efeknya dan cara mengontrolnya.

### **4) Konseling**

Pemberian konseling **disesuaikan** dengan **masalah** yang ditemukan **saat melakukan pemeriksaan** dengan instrumen HEEADSSS sesuai panduan MTPKR. Pemberian konseling meliputi:

- a) Kemampuan/ketrampilan psikososial
- b) Pola makan gizi seimbang
- c) Aktivitas fisik
- d) Pubertas
- e) Kesehatan reproduksi remaja
- f) Kestabilan emosional
- g) Penggunaan alkohol, tembakau dan zat lainnya
- h) Cedera yang tidak disengaja
- i) Kekerasan dan penganiayaan

- j) Pencegahan kehamilan dan kontrasepsi
- k) Pencegahan HIV AIDS dan IMS.

**b. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Luar Gedung (Fasilitasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)/Madrasah)**

UKS bertujuan untuk menangani permasalahan kesehatan antara lain masalah gizi termasuk anemia, permasalahan gigi mulut termasuk karies, gangguan indera penglihatan dan pendengaran serta perilaku berisiko pada remaja. Lingkup UKS terdiri dari **pelayanan kesehatan anak sekolah, pendidikan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat.**

**1) Pelayanan Kesehatan Anak Sekolah/Madrasah**

- a) Bentuk kegiatan:

(1) Puskesmas melakukan pelayanan ke sekolah minimal 1x setahun untuk penjaringan kesehatan bagi peserta didik kelas 1 SD/MI, 7 SMP/MTs dan 10 SMA/SMK/MA—and 1x setahun untuk pemeriksaan berkala bagi peserta didik kelas 2-6 SD/MI, 8-9 SMP/MTs dan 11-12 SMA/SMK/MA.

(2) pemberian TTD, dan pemberian obat cacing, dan imunisasi.

- b) Bentuk kegiatan penjaringan kesehatan anak sekolah:

(1) Pengisian kuesioner berisi riwayat kesehatan keluarga, diri, imunisasi dan perilaku terkait kesehatan lainnya. Kuesioner diisi oleh masing-masing peserta didik. Bagi peserta didik kelas 1-3 SD/MI atau peserta didik di SLB pengisian kuesioner ini dapat dibantu dengan orang tua/wali/guru.

(2) Pemeriksaan kesehatan secara fisik

(a) Dilakukan oleh guru sekolah/madrasah, meliputi: pengukuran berat badan, tinggi badan, dan pemeriksaan kebersihan diri serta pemeriksaan kebugaran jasmani.

(b) Dilakukan oleh petugas Puskesmas, meliputi: tekanan darah, tajam penglihatan, tajam pendengaran dengan tes berbisik modifikasi, pemeriksaan gigi dan mulut, pemeriksaan telinga, denyut jantung, pernapasan dan lain lain.

(3) Jenis pemeriksaan dalam penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala:

(a) Pemantauan status gizi

Untuk mendeteksi secara dini masalah gizi kurang, gizi lebih dan kekurangan zat gizi mikro antara lain Anemia Gizi Besi (AGB).

Dilakukan melalui:

- pengukuran antropometri dengan menggunakan indeks berat badan dan tinggi badan atau IMT
- pemeriksaan tanda dan gejala anemia
- Apabila terdapat tanda gejala anemia, maka rujuk ke Puskesmas/fasilitas untuk pemeriksaan lebih lanjut yaitu test laboratorium (Hb, risiko kecacingan).

**(b) Skrining anemia pada remaja putri**

- Sasaran bagi remaja putri kelas 7 dan 10
- Skrining dilakukan dengan pemeriksaan tanda dan gejala anemia serta pemeriksaan Hb di sekolah oleh petugas Puskesmas
- Jika ditemukan anemia maka dirujuk ke Puskesmas dan ditatalaksana sesuai algoritma dari Juknis Skrining Anemia.

**(c) Skrining indera penglihatan dan pendengaran**

Penjelasan skrining indera penglihatan dan pendengaran mengacu pada penjelasan di PKPR dalam gedung.

**(d) Skrining gigi dan mulut**

Pemeriksaan gigi dan mulut meliputi pemeriksaan klinis sederhana berupa pemeriksaan keadaan rongga mulut, meliputi bibir, mukosa mulut, lidah, langit – langit, gusi, gigi termasuk kebersihan mulut. Pemeriksaan dilakukan untuk melihat kondisi klinis organ – organ tersebut, apakah dalam kondisi normal atau ada kelainan.

**(e) Skrining faktor risiko PTM**

Penilaian faktor risiko PTM dapat diketahui dari kuesioner riwayat kesehatan diri, riwayat penyakit keluarga, pemeriksaan fisik misalnya pengukuran tekanan darah, pengukuran antropometri, pemeriksaan gula darah bagi anak usia sekolah dan remaja yang memiliki faktor risiko obesitas dan atau hipertensi.

**(f) Skrining kesehatan jiwa**

- Untuk menemukan secara dini adanya masalah kesehatan jiwa.
- Menggunakan Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan pada anak/remaja atau *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) pada awal penerimaan siswa baru (kelas 1,7, dan 10).

- Intervensi secara dini yang dapat dilakukan di layanan primer adalah pemberian informasi, edukasi, dan konseling awal.

**(g) Skrining kebugaran**

- Untuk mengetahui tingkat kebugaran jasmani diberikan rekomendasi latihan fisik terprogram sesuai dengan hasil pengukuran kebugaran jasmani dan memotivasi anak untuk meningkatkan aktivitas fisik, latihan fisik, dan olahraga.
- Instrumen yang digunakan dalam penjaringan kesehatan adalah *Single test* yaitu tes lari 1000 meter untuk 10-12 tahun putera/puteri, 1600 meter untuk 13-19 tahun putera/puteri untuk menilai kemampuan jantung-paru sebagai komponen kebugaran jasmani yang paling dominan.
- Penilaian skrining kebugaran jasmani remaja merujuk pada Tabel 1.

**(h) Skrining Imunisasi rutin**

- Penilaian status imunisasi lengkap meliputi jenis imunisasi yang sudah diberikan melalui program imunisasi.
- Bagi siswa kelas 1 dilakukan pemeriksaan riwayat imunisasi rutin pada bayi dan baduta.
- Bagi siswa kelas 1, 2, 5 (atau pada anak usia 7, 8 dan 11 tahun) dan kelas 6 perempuan (atau pada anak perempuan usia 12 tahun) dilakukan pemeriksaan riwayat imunisasi rutin pada anak usia sekolah dasar/sederajat (BIAS).

**(i) Skrining faktor risiko merokok**

- Untuk mengetahui adanya perilaku merokok secara dini agar dapat diintervensi di layanan primer dengan konseling upaya berhenti merokok (UBM).
- Dilakukan minimal 1x setiap tahun pada siswa dengan kuesioner skrining merokok (Formulir 2) bagi remaja usia 10-18 tahun dan pemeriksaan kadar karbon monoksida (CO) pernafasan jika tersedia alat,

c) Pemberian Tablet Tambah Darah

Tablet Tambah Darah diberikan bagi **remaja putri SMP dan SMA/sederajat kelas 7-12**, yaitu **1 tablet per minggu sepanjang tahun dengan kandungan 60 mg elemental besi dan 400 mcg asam folat**.

Pemberian TTD di sekolah dilakukan dengan menentukan hari minum

bersama di sekolah.

d) Pemberian Obat Cacing

Pemberian Obat Cacing bagi anak usia sekolah dan remaja disesuaikan wilayah dengan kasus kecacingan sedang atau tinggi, **frekuensi 1x/ tahun**, dengan **dosis 1 tablet albendazol 400 mg atau 10 ml albendazol sirup 200 mg/5 ml atau 1 tablet mebendazol 500 mg atau pirantel pamoat dengan ketentuan 10-11 mg/kgBB (maksimal 1 gr).**

e) Imunisasi untuk Anak Sekolah

- (1) khususnya untuk jenjang SD/MI sederajat meliputi MR (Measles Rubela) untuk mencegah Campak dan Rubela, Td dan Dt untuk mencegah Tetanus dan Difteri, HPV (Human Papilloma Virus) untuk mencegah Kanker Leher Rahim. Waktu pemberian disesuaikan dengan tabel 18 untuk Jadwal Bulanan Imunisasi Anak SD/MI
- (2) Untuk pemberian vaksin seperti COVID-19 dapat diberikan oleh nakes Puskesmas di luar sekolah. Saat ini vaksin COVID-19 diperbolehkan bagi anak 6-11 tahun dan 12-17 tahun.
- (3) Setiap remaja putri diharapkan mencapai status imunisasi T5 dengan tujuan untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit tetanus. Pemberian imunisasi yang mengandung Tetanus toxoid ditentukan berdasarkan hasil skrining status imunisasi T.

## 2) Pendidikan Kesehatan

- a) Pendidikan kesehatan merupakan pemberian pengetahuan kesehatan dan pembiasaan perilaku sehat peserta didik.
- b) Materi pendidikan kesehatan yang diberikan bagi peserta didik meliputi **8 isu prioritas kesehatan anak usia sekolah dan remaja** seperti: status gizi, kesehatan mental, kesehatan reproduksi, NAPZA termasuk rokok, HIV/AIDS, gejala/tanda penyakit menular dan tidak menular, kekerasan/cidera, serta masalah PHBS.
- c) Dilaksanakan terencana sesuai kesepakatan Puskesmas dengan masing-masing sekolah. Tempat pelaksanaan di sekolah.
- d) Contoh bentuk kegiatan: Aksi Bergizi dengan kegiatan aktifitas fisik, sarapan dan edukasi gizi, konsumsi TTD pada rematri.

### 3) Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat

- a) Pembinaan lingkungan sekolah sehat adalah usaha untuk menciptakan kondisi lingkungan sekolah/madrasah yang sehat dan dapat mendukung proses pendidikan sehingga mencapai hasil yang optimal baik dari segi pengetahuan, sikap maupun keterampilan. Dilaksanakan pada hari tertentu saat pembinaan puskesmas ke sekolah, tergantung kesepakatan puskesmas dengan masing-masing sekolah. Tempat pelaksanaan di sekolah.
- b) Bentuk kegiatan: pelaksanaan inspeksi kesehatan lingkungan sekolah/madrasah, pembersihan dan desinfeksi seluruh ruangan oleh puskesmas (pemeliharaan sanitasi sekolah dan pengelolaan sampah), perawatan kebun sekolah, pembinaan kantin sehat, penerapan kawasan tanpa rokok (KTR) dan kawasan tanpa NAPZA (KTN), penerapan kawasan tanpa kekerasan (KTK), surveilans dan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit serta pelaksanaan 3R (*Reuse, Reduce, Recycle*).

## 4. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

### a. Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)

- 1) Sasaran: Skrining kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak (KtP/A) adalah perempuan dan anak yang diduga atau dicurigai mengalami tindakan kekerasan.
- 2) Skrining dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih di Puskesmas dan Pustu.
- 3) Metode:
  - a) Skrining dilakukan dengan cara melihat, memeriksa atau mengenali tanda-tanda yang ditemukan pada korban.
    - (1) Tanda-tanda kekerasan pada korban perempuan dewasa diataranya:
      - (a) Ketidaknyamanan yang terlihat ketika membicarakan hubungan dalam rumah tangga
      - (b) Kehadiran pasangan yang selalu menemani dalam ruang periksa, menguasai/ mendominasi pembicaraan, terlalu perhatian dan tidak meninggalkan korban dengan petugas kesehatan sedikitpun
      - (c) Korban berkali-kali datang dengan keluhan yang tidak jelas
      - (d) Korban yang mengeluh masalah kesehatan yang

diasosiasikan dengan kekerasan

- (e) Luka/memar dibagian tubuh tertentu atau di beberapa tempat sekaligus dan Luka yang bervariasi atau memar yang tidak dapat dijelaskan dengan baik dan tidak konsisten dengan latar belakang kejadian serta ada jeda antara luka/memar dengan waktu kedatangan
  - (f) Adanya keluhan subyektif namun tidak ditemukan kelainan pada pemeriksaan fisiknya (keluhan somatik)
  - (g) Adanya gejala Post Traumatic Syndrome Disorders (PTSD)
  - (h) Bisa ditemukan adanya reaksi konversi (Histerical Conversion/Reaction) yaitu kejang yang diakibatkan bukan karena adanya gangguan fungsi organ
  - (i) Luka/memar pada saat hamil, terutama di payudara dan daerah di bawah perut
  - (j) Kesakitan kronis tanpa sebab yang jelas
  - (k) Seringnya berkunjung ke puskesmas, bisa saja ke dokter spesialis yang berbeda-beda tanpa sebab yang jelas.
  - (l) Mengalami bermacam-macam Infeksi Menular Seksual (IMS), infeksi urin dan vaginal
  - (m) Kehamilan yang tidak diinginkan
  - (n) Keguguran dan aborsi
  - (o) Percobaan bunuh diri
- (2) Tanda-tanda pada korban anak dan remaja adalah semua tanda-tanda pada korban perempuan dewasa ditambah dengan:
- (a) Masalah perkembangan dan tingkah laku, seperti kemunduran perkembangan (kembali ngompol, bertingkah laku tidak sesuai dengan usianya dan atau sifat-sifat sebelumnya, dll).
  - (b) Luka/memar yang tidak sesuai dengan waktu kejadian.
  - (c) Masalah psikologis seperti masalah dalam membina kedekatan dengan orang dewasa (*attachment problems*), kecemasan, kelainan tidur atau makan, serangan panik dan masalah penyalahgunaan zat adiktif.
  - (d) Melihat tanda-tanda kemungkinan terjadinya emotional abuse pada anak
  - (e) Melihat Tanda-tanda kemungkinan terjadinya penelantaran (*neglect*) pada anak

(f) Kecurigaan adanya kekerasan fisik, seperti memar dan bilur, luka lecet dan luka robek, Patah/disklokasi tulang, luka bakar, cedera pada kepala, lain-lain

(g) Kecurigaan adanya kekerasan seksual

(h) Kecurigaan adanya kekerasan psikis

Tanda-tanda kekerasaan pada perempuan, anak dan remaja dapat dilihat secara lengkap di Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kekerasaan Pada Perempuan dan Anak (Kemenkes RI, 2021).

Jika korban bukan merupakan rujukan dari institusi yang berwenang, namun dicurigai sebagai korban kekerasan, petugas dapat menggunakan Formulir Skrining Kekerasan pada Perempuan (*Woman Abuse Screening Tools/ WAST*). Formulir skrining kekerasan pada perempuan (*Woman Abuse Screening Tools/ WAST*) tercantum pada formulir 3.

(3) Untuk menilai informasi anamnesis, pemeriksaan fisik dan laboratoris pada Dugaan Kekerasan Anak dengan menggunakan form penilaian (*Joyce Adams (2001): Evolution of a classification scale: Medical Evaluation of Suspected Child Abuse*).

#### 4) Interpretasi Hasil

a) Formulir WAST berisi beberapa pertanyaan skrining yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi korban kekerasan terhadap perempuan (jika ada 1 jawaban yang positif, termasuk kadang-kadang, sebaiknya pasien dirujuk ke petugas terlatih/ yang ditunjuk untuk melayani korban KtP/A).

b) WHO merekomendasikan agar pertanyaan pada formulir ini hanya ditanyakan kepada perempuan yang memiliki/ menunjukkan ciri-ciri atau karakteristik korban, bukan untuk diberikan kepada semua pasien perempuan yang datang ke fasilitas kesehatan.

c) Hasil penilaian dengan menggunakan form penilaian (*Joyce Adams (2001): Evolution of a classification scale: Medical Evaluation of Suspected Child Abuse*) pada dugaan kekerasan anak ada tiga kategori:

(1) Hasil pemeriksaan normal, tidak ada riwayat, tidak ada perubahan perilaku, tidak ada saksi

(2) Kemungkinan terjadinya kekerasan

(3) Sangat mungkin terjadi kekerasan

5) Intervensi Lanjut

- a) **Jika skrining dilakukan di Pustu** dan hasil skrining menunjukkan tanda-tanda pasien mengalami kekerasan maka dilakukan intervensi lanjutan dengan merujuk pasien dan **menyampaikan hasil pemeriksaan ke Puskesmas untuk dilaporkan kepada pihak berwenang** (Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak/UPTD PPA, unit pelaksana teknis dan unit pelaksana teknis daerah di bidang sosial, Lembaga Penyedia Layanan Berbasis Masyarakat, dan/atau kepolisian)
  - b) **Jika skrining dilakukan di Puskesmas** dan hasil skrining menunjukkan tanda-tanda pasien mengalami kekerasan maka dilakukan **tatalaksana sesuai dengan kebutuhan korban**, kemudian melaporkan kepada pihak berwenang (Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak/UPTD PPA, unit pelaksana teknis dan unit pelaksana teknis daerah di bidang sosial, Lembaga Penyedia Layanan Berbasis Masyarakat, dan/atau kepolisian. Jika tatalaksana tidak dapat dilaksanakan di Puskesmas maka dapat di rujuk ke Rumah Sakit.
- 6) Tenaga kesehatan wajib Memberikan Informasi Atas Adanya Dugaan Kekerasan Terhadap Anak.
  - 7) Pemberian informasi adanya dugaan anak korban kekerasan dapat dilakukan secara lisan atau tertulis. Pemberi layanan kesehatan yang memberikan informasi adanya dugaan anak korban KtA berkedudukan sebagai pemberi informasi bukan sebagai saksi pelapor dan berhak mendapat perlindungan hukum. Informasi tersebut merupakan bahan yang akan ditindaklanjuti oleh kepolisian guna kepentingan penyidikan.
  - 8) Petugas kesehatan seringkali merupakan orang pertama yang didatangi oleh korban untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena cidera atau trauma yang dialami oleh korban. Oleh karena itu penting bagi petugas kesehatan untuk memahami dan memiliki kemampuan dalam melakukan pelayanan kepada korban KtP/A, termasuk TPPO.
  - 9) **Tugas tenaga kesehatan di puskesmas** melakukan **identifikasi dan tata laksana korban, mencatat kasus KtP/A secara memadai dan menginformasikan kepada pihak terkait** jika menemukan adanya dugaan terjadinya tindak pidana kekerasan seksual, melibatkan atau kerjasama dengan jejaring dalam penanganannya serta mensosialisasikan PP-KtP/A dengan menggunakan berbagai media

komunikasi.

**b. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut**

- 1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut adalah setiap penyelenggaraan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan gigi dan mulut perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat secara paripurna, terpadu dan berkualitas.
- 2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut secara komprehensif dengan memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan pada ibu hamil, anak, dan remaja termasuk pada penyandang disabilitas yang dilakukan oleh nakes di Puskesmas dan Pustu serta kader Posyandu sesuai dengan kewenangannya.
- 3) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Ibu dan Anak

Tabel 18. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Ibu dan Anak

No	Sasaran	Pelayanan
a)	Ibu Hamil  Tujuan :  (1) memelihara dan meningkatkan kesehatan gigi dan mulut ibu hamil dalam rangka membantu mengoptimalkan kesehatan ibu secara keseluruhan demi tumbuh kembang janin yang baik karena kondisi mulut pada ibu hamil dipengaruhi oleh hormon kehamilan.  (2) mengoptimalkan tumbuh kembang janin dan mencegah terjadinya kelainan kongenital tubuh khususnya dentoorfacial;	(1) konseling kesehatan berupa pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kesehatan gigi dan mulut;  (2) pemeriksaan deteksi dini kelainan/penyakit gigi dan mulut; dan  (3) merujuk ibu hamil dalam hal kondisi gigi dan mulut ibu hamil memerlukan pendekatan kuratif.  (4) Terintegrasi dengan pemeriksaan antenatal sejak K1
b)	Bayi  Tujuan : pemeliharaan kesehatan rongga mulut bayi sebelum tumbuh gigi hingga usia 12 (dua belas) bulan	Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kepada ibu dalam bentuk konseling/penyuluhan tentang:  (1) fase pertumbuhan gigi sulung, (2) keadaan yang menyertai pertumbuhan gigi, (3) kelainan/penyakit yang sering terjadi pada bayi, dan

No	Sasaran	Pelayanan
		(4) mengajarkan cara menjaga kebersihan rongga mulut bayi sebelum tumbuh gigi hingga gigi seri tumbuh lengkap;
c)	Anak balita dan anak usia prasekolah dilakukan dalam rentang usia 12 (dua belas) sampai 72 (tujuh puluh dua) bulan	KIE kepada orang tua tentang: (1) edukasi kepada orang tua dan/atau anggota keluarga lain untuk pembiasaan menggosok gigi dengan rutin dan benar, (2) edukasi pembiasaan prilaku menggosok gigi dengan rutin dan benar kepada anak balita dan anak usia prasekolah. (3) pemeriksaan kondisi gigi dan pengisian kartu menuju gigi sehat pada Buku KIA di setiap kunjungan Posyandu, (4) merujuk anak balita dan usia prasekolah untuk pemeriksaan lebih lanjut di fasyankes jika ditemukan risiko timbulnya karies (seperti ada bercak hitam di gigi, pit dan fissure dalam), telah memiliki karies dan/atau memiliki <i>oral hygiene</i> yang buruk
d)	Anak usia sekolah dan remaja berupa Usaha Kesehatan Gigi Sekolah/Madrasah (UKGS/M) dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi dengan Upaya Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M).	(1) kegiatan penjaringan, (2) pendidikan kesehatan gigi dan mulut, (3) pemeriksaan gigi secara berkala, (4) pelayanan kesehatan gigi dan mulut lanjutan.

- 4) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjutan dilaksanakan di Puskesmas oleh tenaga kesehatan dalam rangka menindaklanjuti hasil penjaringan kesehatan dan/atau pemeriksaan berkala kesehatan gigi dan mulut yang membutuhkan pendekatan kuratif ataupun pencegahan caries.
- 5) Kader kesehatan saat kunjungan rumah melakukan pemberian edukasi kepada ibu hamil, anak, dan remaja terkait pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.

**c. Pelayanan Pengobatan Farmakologis dan Non Farmakologis**

- 1) Pelayanan pengobatan pada ibu dan anak disesuaikan dengan kasus dan kewenangan serta dapat d'integrasikan dengan pelayanan lain yang ada di FKTP.
- 2) Diusahakan pelayanan di FKTP diberikan selesai dalam satu waktu (*one stop services*) atau bila tidak memungkinkan ditetapkan janji temu pada pertemuan berikutnya.
- 3) Pemberian pengobatan pada Ibu hamil perlu perhatian khusus agar tidak membahayakan kesehatan ibu dan janin.
- 4) Pelayanan pengobatan yang diberikan pada ibu hamil yang bekerja mempertimbangkan kemungkinan adanya penyakit akibat kerja yang membutuhkan penanganan khusus dan rekomendasi medis terkait proses kerja yang lebih aman untuk ibu hamil.
- 5) Pengobatan pada anak usia sekolah dan remaja dilakukan dengan pendekatan Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR)
- 6) Pelayanan pengobatan pada penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor risiko lingkungan disertai dengan pelayanan kesehatan lingkungan yang terdiri dari:
  - a) Konseling: komunikasi antara Tenaga Sanitasi Lingkungan dengan pasien yang bertujuan untuk mengenali dan memecahkan masalah kesehatan lingkungan yang dihadapi terkait dengan penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor risiko lingkungan, jika pasien tidak memungkinkan untuk menerima konseling, konseling dapat dilakukan terhadap keluarga atau pihak yang mendampingi.
  - b) Inspeksi Kesehatan Lingkungan adalah kegiatan pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap media lingkungan dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma, dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan yang sehat.
  - c) Intervensi lingkungan berupa komunikasi, informasi, dan edukasi, serta penggerakan/pemberdayaan masyarakat, perbaikan dan pembangunan sarana, pengembangan teknologi tepat guna dan/atau rekayasa lingkungan.
- 7) Ibu dan anak dengan penyakit berpotensi KLB (daftar dan definisi operasional penyakit tercantum pada tabel 31) dilakukan penanganan sesuai ketentuan dan dilaporkan ke klaster 4 untuk ditindaklanjuti.

8) Pelayanan kesehatan tradisional:

- a) Pelayanan kesehatan tradisional (Yankeestrad) dapat diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mendukung upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Diselenggarakan di dalam gedung dan luar gedung Fasyankes (pemberdayaan masyarakat) oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi tambahan di bidang kestrad dan tenaga kesehatan tradisional.
- b) Yankeestrad pada ibu hamil & nifas dilaksanakan dalam bentuk pelayanan akupresur, akupunktur dan ramuan serta edukasi asuhan mandiri kestrad. Misal untuk meningkatkan produksi ASI, ramuan perawatan kesehatan untuk ibu nifas, dll.
- c) Yankeestrad pada bayi & baduta dilaksanakan dalam bentuk pelayanan pijat baduta dan memberikan edukasi kepada orang tua agar dapat melakukan pijat baduta untuk menstimulasi tumbuh kembang.
- d) Yankeestrad pada anak & remaja dilaksanakan dalam bentuk pelayanan akupresur, akupunktur dan ramuan serta edukasi asuhan mandiri kestrad. Misal: membantu mengurangi nyeri haid, meningkatkan daya tahan tubuh, meningkatkan nafsu makan.
- e) Kader kesehatan saat kunjungan rumah dapat melibatkan kader kestrad untuk melakukan edukasi ramuan dan akupresur kepada ibu hamil, anak dan remaja terkait pemeliharaan kesehatan dengan memanfaatkan kesehatan tradisional.

**d. Rujukan medis, sosial, dan hukum**

- 1) Rujukan medis berdasarkan indikasi, sesuai algoritma MTBS, dan algoritma MTPKR.
- 2) Rujukan sosial: terkait perlindungan anak misal ada indikasi kekerasan seksual. Instansi yang perlu diberi informasi yaitu P2TP2A (Pusat Pelayanan Terpadu Penanganan dan Perlindungan Anak) dan shelter (apabila ada).
- 3) Rujukan hukum: terkait kekerasan pada anak baik seksual, fisik, untuk dilaporkan kepada Pihak Berwajib, dengan memberikan keterangan selengkap-lengkapnya.

## BAB V

### KLASTER PELAYANAN

#### KESEHATAN USIA DEWASA DAN LANJUT USIA

Klaster ini memiliki 2 kelompok sasaran intervensi yaitu **1) usia dewasa (18–59 tahun)** dan **2) lanjut usia ( $\geq 60$  tahun ke atas)**. Morbiditas yang banyak dialami oleh usia dewasa dan lansia seperti:

- 1. Usia dewasa:** Penyakit Tidak Menular (obesitas, Hipertensi, Diabetes Melitus, Penyakit Jantung, Stroke, Kanker, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), Talasemia, gangguan/masalah kesehatan indera penglihatan/mata, masalah Kesehatan Jiwa atau Gangguan Jiwa, penyakit menular (TBC, HIV, AIDS, Sifilis, Hepatitis B), Kesehatan Reproduksi, penurunan Kebugaran jasmani, penyakit yang diakibatkan dari paparan di tempat kerja dan kecelakaan kerja.
- 2. Lanjut Usia:** Penyakit Tidak Menular (obesitas, Hipertensi, Diabetes Melitus, penyakit jantung, stroke, kanker, PPOK, skrining indera penglihatan/mata, masalah geriatri, penyakit menular (TBC, HIV, AIDS, Sifilis, Hepatitis B).

Tabel 19 . Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa dan Lansia

Pelayanan Usia Dewasa dan Lanjut Usia					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)
Penyakit Tidak Menular, Penyakit Menular, Masalah gizi, Masalah kesehatan jiwa	Skrining obesitas (1x/tahun)	TB, BB, LP	TB, BB, LP	TB, BB, LP	Edukasi keluarga
	Skrining hipertensi (1x/tahun)	Tekanan darah	Tekanan darah	Tekanan darah	
	Skrining-Diabetes Melitus (1x/tahun)	Gula darah, urinalisis	Gula darah	Gula darah	
	Skrining faktor risiko stroke (1x/tahun)	Profil lipid (Kolesterol total, HDL, LDL, Triglicerida)	-	-	
	Skrining faktor risiko penyakit jantung (1x/tahun)	EKG, profil lipid (Kolesterol total, HDL, LDL, Triglicerida)	-	-	

**Pelayanan Usia Dewasa dan Lanjut Usia**

<b>Sasaran Masalah Kesehatan</b>	<b>Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Unit Pemberi Pelayanan</b>			
		<b>Puskesmas (Kecamatan)</b>	<b>Pustu (Desa/Kelurahan)</b>	<b>Posyandu (Dusun/RT/RW)</b>	<b>Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)</b>
	Skrining kanker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan payudara (1x/tahun)</li> <li>• Leher rahim (1x/3 tahun)</li> <li>• Kolorektal (1x/tahun)</li> <li>• Paru (1x/tahun)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan payudara klinis</li> <li>• Inspeksi visual dengan asam asetat (IVA), DNA HPV Test</li> <li>• Darah samar feces, colok dubur</li> <li>• Anamnesis faktor risiko kanker paru</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SADANIS</li> <li>• Inspeksi visual dengan asam asetat (IVA)</li> <li>• -</li> <li>• Anamnesis faktor risiko kanker paru</li> </ul>	-
	Skrining kesehatan jiwa (1 kali/ tahun)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kuesioner self reporting questioner (SRQ-20)</i></li> <li>• Kuesioner ASSIST (untuk menapis penyalahgunaan NAPZA secara dini)</li> </ul>	Kuesioner SRQ-20	Kuesioner SRQ-20	Penemuan kasus masalah kesehatan jiwa dan pemberian KIE untuk ODGJ dan keluarganya
	Skrining Talasemia	Anamnesis dan pemeriksaan darah lengkap	Anamnesis kepada keluarga pasien	-	Edukasi keluarga
	Skrining PPOK (1x/ tahun)	Kuesioner PUMA	Kuesioner PUMA	Kuesioner PUMA	Edukasi keluarga
	Skrining TBC pada faktor risiko setiap kali kunjungan	Gejala TBC	Gejala TBC,	Gejala TBC	Gejala TBC, edukasi
	Skrining Malaria berdasarkan wawancara (gejala, tinggal di daerah endemis malaria/riwayat kunjungan ke daerah endemis malaria	Gejala Malaria	Gejala Malaria	Gejala Malaria	Gejala Malaria. edukasi
	Skrining indera penglihatan/mata (1 kali/ tahun)	Pemeriksaan kelainan refraksi, skrining katarak	Skrining Tajam penglihatan	Skrining Tajam penglihatan	Edukasi

**Pelayanan Usia Dewasa dan Lanjut Usia**

<b>Sasaran Masalah Kesehatan</b>	<b>Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Unit Pemberi Pelayanan</b>			
		<b>Puskesmas (Kecamatan)</b>	<b>Pustu (Desa/Kelurahan)</b>	<b>Posyandu (Dusun/RT/RW)</b>	<b>Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)</b>
	Skrining kebugaran (1x/ 6 bulan)	Pengukuran kebugaran dengan <i>test rockport</i>	-	-	Edukasi keluarga
	Skrining kasus kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)	Identifikasi, tata laksana dan mencatat kasus serta menginformasukan kepada pihak terkait	Identifikasi, tata laksana dan mencatat kasus serta menginformasikan kepada pihak terkait		
	Pelayanan kesehatan gigi dan mulut	Pelayanan komprehensif, pengobatan serta pemulihan fungsi penggunaahan sesuai permasalahan kesehatan gigi dan mulut			Edukasi
	Pelayanan pengobatan	Disesuaikan dengan kasus dan kewenangan	Disesuaikan dengan kasus dan kewenangan	Disesuaikan dengan kasus dan kewenangan	Disesuaikan dengan kasus dan kewenangan

## B. Alur Kerja Klaster Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa dan Lansia

Alur kerja klaster 3 (usia dewasa dan lanjut usia) terdiri dari pelayanan kesehatan di dalam Puskesmas dan luar Puskesmas sebagaimana berikut.

Alur mekanisme kerja klaster 3 adalah sebagai berikut:

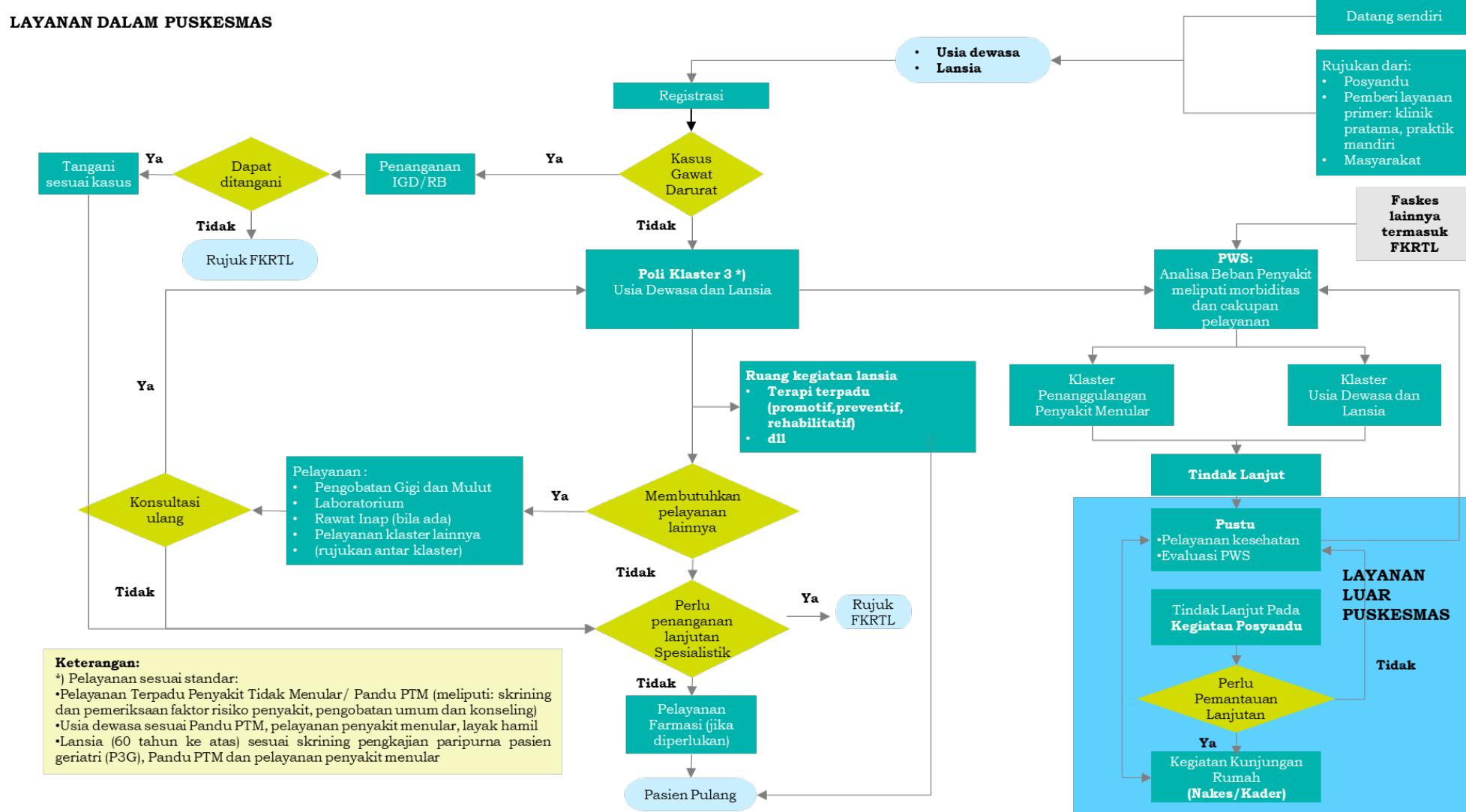
### 1. Pelayanan Dalam Puskesmas:

- a. Petugas mengarahkan pasien dengan kondisi gawat darurat ke ruang tindakan/gawat darurat untuk mendapatkan penanganan segera.
- b. Bila bukan termasuk kasus gawat darurat, petugas registrasi melakukan pendaftaran pasien dan kemudian mengarahkan pasien ke ruang pelayanan klaster 3 (usia dewasa dan lansia).
- c. Petugas di klaster 3 melakukan pemeriksaan awal yaitu anamnesis, suhu, tekanan darah, antropometri dan riwayat skrining sesuai paket pelayanan menurut siklus hidup.
- d. Jika belum dilakukan skrining, maka petugas menentukan kelayakan pasien diskrining. Jika layak, maka petugas melakukan skrining pada pasien tersebut.
- e. Petugas melakukan pemeriksaan lebih lanjut dan tata laksana terhadap hasil skrining dan masalah kesehatan pasien lainnya secara komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) sesuai paket layanan pada klaster 3.
- f. Apabila pelayanan tidak dapat diberikan secara lengkap pada saat kunjungan karena kondisi pasien atau hal lainnya, petugas melakukan penjadwalan skrining/pelayanan lanjutan pada waktu dan tempat yang disepakati bersama pasien (Puskesmas, Pustu, Posyandu, atau FKTP yang sudah bekerja sama dengan Puskesmas).
- g. Bila pasien membutuhkan pelayanan lainnya maka dapat dilakukan rujukan internal seperti pelayanan laboratorium, tindakan medis, rawat inap (bila ada), dan pelayanan klaster lainnya sesuai permasalahan yang ditemukan. Setelah mendapatkan pelayanan yang sesuai, pasien dapat kembali ke petugas klaster 3 untuk konsultasi kembali jika diperlukan.
- h. Bila pasien telah menyelesaikan seluruh pelayanan, maka dapat menuju pelayanan farmasi (jika ada resep dokter) dan pulang.
- i. Bila pasien membutuhkan layanan spesialistik/rujukan lainnya, maka dirujuk ke FKRTL dan fasilitas lainnya (misalnya rujukan sosial dan hukum).
- j. Petugas klaster 3 mencatat seluruh pelayanan yang dilakukan ke dalam sistem informasi dan melakukan PWS melalui analisis beban penyakit yang meliputi morbiditas dan cakupan pelayanan dengan memanfaatkan dashboard situasi kesehatan.
- k. Data untuk PWS juga dapat berasal dari faskes lainnya di wilayah kerja Puskesmas
- l. Hasil PWS yang membutuhkan tindak lanjut di tingkat desa/kelurahan diinformasikan ke petugas di Pustu.

\*Catatan: Pasien lansia diprioritaskan untuk mendapatkan pelayanan.

### 2. Pelayanan Luar Puskesmas

- a. Pelayanan luar Puskesmas dilakukan di Pustu, Posyandu, FKTP lain (klinik pratama, praktik mandiri), di institusi, kampus, tempat-tempat umum serta perawatan jangka Panjang (*home care*) bagi penyintas stroke, perawatan paliatif kanker, dll.
- b. Kegiatan di Pustu meliputi: pelayanan Kesehatan, evaluasi data PWS, dan pemberdayaan masyarakat.
- c. Pemantauan lanjutan akan dilakukan kunjungan rumah baik oleh kader atau nakes.



Gambar 28. Alur Kerja Klaster 3 (Usia Dewasa dan Lansia)

### C. Paket Pelayanan Usia Dewasa dan Lanjut Usia

Pelayanan kesehatan pada usia dewasa dan lanjut usia yang diberikan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu meliputi: paket pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk seluruh sasaran usia dewasa dan lanjut usia; paket pelayanan khusus untuk usia dewasa; dan paket pelayanan khusus untuk lanjut usia.

#### 1. Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa dan Lanjut Usia

Pelayanan kesehatan untuk seluruh sasaran usia dewasa dan lanjut usia meliputi skrining penyakit, pelayanan pengobatan umum/tata laksana masalah kesehatan, pelayanan kesehatan gigi dan mulut serta penyakit akibat kerja.

##### a. Skrining Obesitas

- 1) Sasaran: penduduk usia  $\geq 15$  tahun
- 2) Frekuensi: 1 tahun sekali,
- 3) Tempat pelaksanaan: Posyandu, Pustu dan Puskesmas.
- 4) Metode : melalui pengukuran berat badan, tinggi badan dan lingkar perut.
- 5) Interpretasi :
  - a) Obesitas umum diukur berdasarkan pengkategorian IMT yaitu melihat perbandingan antara Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB).

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

Tabel 20. Kategori Obesitas Pada Orang Dewasa

Klasifikasi	IMT
Berat Badan Kurang (Underweight)	< 18,5
Berat Badan Normal	18,5 – 22,9
Kelebihan Berat Badan ( <i>overweight</i> ) dengan risiko	23 – 24,9
Obesitas I	23 – 29,9
Obesitas II	$\geq 30$

Sumber: The Asia Pasific Perspective, WHO 2000

b) Obesitas sentral dilihat dari ukuran lingkar perut

Tabel 21. Kategori Obesitas Sentral

No	Lingkar Perut	Jenis Kelamin	Klasifikasi
1	≤ 90 cm	Laki-laki	Normal
2	> 90 cm	Laki-laki	Berisiko/ Obesitas Sentral
3	≤ 80 cm	Perempuan	Normal
4	> 80 cm	Perempuan	Berisiko/ Obesitas Sentral

Sumber: The Asia Pasific Perspective, WHO 2000

6) Tindak lanjut :

- a) Petugas di Pustu dan Posyandu (termasuk Pos Upaya Kesehatan Kerja/Pos UKK bagi pekerja informal) melakukan:
  - (1) Edukasi dan pemantauan gaya hidup sehat bagi pasien obesitas. Evaluasi dilakukan setelah 3 bulan untuk melihat keberhasilan.
  - (2) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi.
  - (3) Jika tidak terdapat perubahan maka dilakukan tindak lanjut dini ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- b) Petugas di Puskesmas melakukan tata laksana sebagai berikut.
  - (1) Normal: pertahankan gaya hidup sehat
  - (2) Overweight: edukasi perubahan gaya hidup sehat
  - (3) Obesitas: pengaturan pola makan, aktivitas dan latihan fisik, pengaturan waktu tidur, pengaturan perilaku mengelola stress; edukasi dan konseling; serta rujukan bila ada penyakit penyerta dan atau sindroma metabolik.

**b. Skrining Hipertensi**

- 1) Sasaran: penduduk usia  $\geq 15$  tahun
- 2) Frekuensi: secara rutin dan berkala, minimal 1 tahun sekali.
- 3) Tempat pelaksanaan: Posyandu (termasuk Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK)), Pustu, dan Puskesmas.
- 4) Metode: pemeriksaan tekanan darah menggunakan tensimeter digital dan tensimeter anaeroid.

5) Interpretasi hasil skrining :

Tabel 22. Klasifikasi Hipertensi pada Dewasa

Klasifikasi	TD sistolik (mmHg)		TD diastolic (mmHg)
Optimal	< 120	dan	< 80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi derajat 3	≥ 180	dan/atau	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	dan	< 90

6) Tindak lanjut hasil skrining Hipertensi :

- a) **Petugas di Posyandu atau Pustu** melakukan:
- b) Edukasi gaya hidup sehat pada hasil skrining normal
- c) Edukasi gaya hidup sehat dan pemantauan setiap bulan bagi pasien dengan hasil skrining normal tinggi dan pasien hipertensi.
- d) Edukasi dan merujuk ke Puskesmas bagi pasien dengan hasil skrining menunjukkan tanda hipertensi, pasien hipertensi yang sudah waktunya kontrol ke Puskesmas atau pasien dengan tekanan darah yang tidak terkontrol.
- e) Monitoring tekanan darah dan melanjutkan pemberian obat sesuai dengan terapi dokter oleh petugas Kesehatan di Pustu selama kurun waktu 3 Bulan dengan syarat:
  - (1) Penyandang hipertensi minimal sebulan sekali menerima pelayanan Kesehatan sesuai standard
  - (2) Penyandang hipertensi tekanan darahnya terkendali
  - (3) Tidak ada gejala dan keluhan pada penyandang hipertensi (lemas, sakit kepala, detak jantung cepat/lambat, hipotensi ortostatik dan lain-lain)
  - (4) Bila tekanan darah tidak terkendali dan atau ditemukan gejala dan tanda perburukan segera rujuk ke Puskesmas
  - (5) Bila penyandang hipertensi tidak datang untuk melakukan monitoring tekanan darah maka petugas Kesehatan di Pustu harus melakukan kunjungan rumah

f) **Petugas di Puskesmas** melakukan:

- (1) Penegakan diagnosis hipertensi oleh dokter
  - (2) Tata laksana sesuai PPK dan standar lain yang berlaku bagi pasien Hipertensi, termasuk edukasi dan konseling gaya hidup sehat.
  - (3) Konseling perubahan perilaku untuk lebih sehat, seperti gizi seimbang, aktivitas fisik, layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM).
  - (4) Skrining komplikasi penyakit jantung, stroke dan kelainan ginjal dilakukan pada pasien hipertensi usia  $\geq 40$  tahun meliputi pemeriksaan mata dengan funduskopi, pemeriksaan fungsi jantung dengan EKG dan pemeriksaan profil lipid, pemeriksaan fungsi ginjal dengan urinalisa (albumin, ureum dan kreatinin) minimal 1 tahun sekali.
- 7) **Kader** pada saat kunjungan rumah melakukan sweeping sasaran yang belum dilakukan skrining hipertensi, menemukan pasien hipertensi yang tidak berobat teratur dan memberikan edukasi terkait pencegahan dan kepatuhan dalam pengobatan hipertensi.

**c. Skrining Diabetes Melitus (DM)**

a) Sasaran:

- a) Seluruh usia  $\geq 40$  tahun
- b) Usia 15 -  $< 40$  tahun dengan faktor risiko PTM (obesitas dan/atau obesitas sentral, dan/atau tekanan darah tinggi)
- c) Semua penderita TBC

b) Frekuensi: 1 tahun sekali

c) Tempat pelaksanaan:

- a) Skrining di Posyandu dilaksanakan oleh kader terlatih dan penegakan diagnosis dilakukan di FKTP.
  - b) Skrining di Pustu dan FKTP dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, mengacu pada Panduan Praktik Klinis (PPK), PNPK, atau ketentuan lain yang berlaku.
- d) Metode: Skrining DM meliputi anamnesis riwayat penyakit keluarga dan diri sendiri; pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar perut, pemeriksaan tekanan darah; pemeriksaan kadar gula Alat yang digunakan dalam Skrining DM untuk pemeriksaan kadar gula darah adalah Glukometer.

e) Interpretasi hasil skrining :

Tabel 23. Interpretasi Hasil Pemeriksaan Kadar Gula darah dengan **Glukometer**

Kriteria	Gula darah sewaktu (mg/dl)	Gula darah Puasa (mg/dl)
Diabetes*	≥ 200	≥ 126
Prediabetes	140 -199	100 – 125
Normal	< 100	< 100

\*disertai gejala klasik

Tabel 24. Interpretasi Hasil Pemeriksaan Kadar Gula Darah dengan **Clinical Chemistry Analyzer**

Kriteria	Glukosa Plasma Sewaktu (mg/dl)	Glukosa Plasma Puasa (mg/dl)	Glukosa plasma 2 jam Setelah TTGO (mg/dl)	HbA1C (%)
Diabetes	≥ 200	≥ 126	≥ 200	≥6,5
Prediabetes	140 -199	100 – 125	140 – 199	5,7 – 6,4
Normal	< 100	< 100	< 140	< 5,7

Sumber: PNPK Tatalaksana DM tipe 2 dewasa

f) Penilaian hasil skrining DM dan tindak lanjutnya:

a) **Petugas di Posyandu atau Pustu** melakukan:

- (1) Edukasi gaya hidup sehat pada hasil skrining normal.
- (2) Edukasi dan konseling untuk melakukan gaya hidup sehat (gizi seimbang, aktivitas fisik, layanan upaya berhenti merokok) dan pemantauan selama 3 bulan sekali bagi hasil skrining Prediabetes.
- (3) Rujuk pasien ke Puskesmas/FKTP lainnya jika hasil skrining mengindikasikan Diabetes.
- (4) Monitoring kadar gula darah secara berkala (minimal 1 bulan sekali) dan melanjutkan pemberian obat sesuai terapi dokter di Puskesmas pada pasien DM terkontrol. Jika ditemukan peningkatan kadar gula darah atau adanya tanda gula darah yang tidak terkontrol segera dirujuk ke Puskesmas.

b) **Petugas di Puskesmas** melakukan:

- (1) Penegakan diagnosis DM oleh dokter mengacu pada Panduan Praktik Klinis (PPK), PNPK atau ketentuan lain yang berlaku dengan menggunakan fotometer/Clinical Chemistry Analyzer dan atau HbA1C.

- (2) Tata laksana DM sesuai PPK dan standar lain yang berlaku bagi pasien DM, termasuk edukasi dan konseling gaya hidup sehat.
  - (3) Edukasi pertahankan gaya hidup sehat bagi yang kadar gula darah normal.
  - (4) Edukasi dan konseling untuk melakukan gaya hidup sehat (gizi seimbang, aktivitas fisik, layanan upaya berhenti merokok) dan pemantauan selama 3 bulan sekali bagi yang kadar gula darah menunjukkan prediabetes.
  - (5) Pemeriksaan deteksi dini komplikasi DM minimal dilakukan 1 tahun sekali dengan melakukan pemeriksaan fungsi jantung dengan EKG, profil lipid (kolesterol total, HDL, LDL, trigliserida), pemeriksaan fungsi ginjal dengan urinalisa/ proteinuria dan pemeriksaan fungsi penglihatan dengan funduskopi.
- g) Kader pada saat kunjungan rumah melakukan sweeping sasaran yang belum dilakukan skrining DM, menemukan pasien DM yang tidak berobat teratur dan memberikan edukasi terkait pencegahan dan kepatuhan dalam pengobatan DM.

**d. Skrining Faktor Risiko Stroke**

- a) Sasaran: penderita Hipertensi dan atau Diabetes Melitus yang berusia  $\geq$  40 tahun
- b) Frekuensi: 1 kali dalam setahun
- c) Tempat Pelaksanaan : di Puskesmas
- d) Metode skrining dengan pemeriksaan penunjang yaitu:
  - 1) Melakukan anamnesa faktor risiko dan pemeriksaan fisik
  - 2) Pemeriksaan profil lipid (kolesterol total, HDL, LDL dan Trigliserid) dilakukan pada penderita hipertensi dan atau DM usia  $\geq$  40 tahun
  - 3) Standar baku skrining faktor risiko stroke menggunakan alat fotometer, jika Puskesmas belum memiliki fotometer dapat menggunakan rapid tes profil lipid.
- e) Penilaian hasil skrining FR stroke dan tindak lanjutnya:  
Petugas di Puskesmas melakukan:
  - (1) Interpretasi hasil pemeriksaan profil lipid berdasarkan Pedoman Pengelolaan Dislipidemia di Indonesia tahun 2021 dari PERKENI, seperti tampak pada tabel berikut:

Tabel 25. Hasil Pemeriksaan Profil Lipid

<b>Kolesterol Total (mg/dl)</b>	
Diinginkan	< 200
• Sedikit tinggi (borderline)	200-239
• Tinggi	≥240
Kolesterol LDL (mg/dl)	
• Optimal	< 100
• Mendekati optimal	100-129
• Sedikit tinggi (borderline)	130-159
• Tinggi	160-189
• Sangat Tinggi	≥190
Kolesterol HDL (mg/dl)	
• Rendah	< 40
• Tinggi	≥60
Triglicerid (mg/dl)	
• Normal	< 150
• Sedikit Tinggi	150-199
• Tinggi	200-499
• Sangat Tinggi	>500

(2) Selanjutnya lakukan penilaian prediksi risiko stroke menggunakan “Tabel Prediksi Risiko PTM”. Penilaian prediksi stroke dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, kemudian tindak lanjut dilakukan oleh dokter. Tabel ini memprediksi risiko seseorang menderita penyakit jantung dan pembuluh darah fatal atau non fatal, termasuk stroke untuk 10 tahun mendatang, berdasarkan jenis kelamin, umur, tekanan darah sistolik, kolesterol total, status merokok dan ada/tidaknya diabetes melitus.

(DENGAN HASIL LABORATORIUM)

TABEL PREDIKSI RISIKO PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)

Keterangan :  
 < 4 mmol/L = < 154,68 mg/dl  
 4 - 4,9 mmol/L = 154,68 - 189,5 mg/dl  
 5 - 5,9 mmol/L = 190 - 228,15 mg/dl  
 6 - 6,9 mmol/L = 229 - 266,8 mg/dl  
 ≥ 7 mmol/L = ≥ 267 mg/dl

Gambar 29. Tabel Prediksi Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM)

(3) Cara menggunakan Tabel Prediksi Risiko PTM berdasarkan hasil laboratorium:

- Tentukan dahulu apakah orang yang diperiksa penyandang Diabetes Melitus atau tidak. Gunakan kolom yang sesuai dengan statusnya.
- Kemudian tentukan kolom jenis kelaminnya (laki-laki di kolom kiri dan perempuan di kolom kanan).
- Tentukan status merokok apakah merokok atau tidak, sesuaikan di kolomnya masing-masing
- Selanjutnya tetapkan blok usia. Lihat lajur angka paling kiri (misalnya untuk usia 46 tahun pakai blok usia 45-49 tahun, 68 tahun pakai blok 65-69 tahun, dst).
- Lihat nilai tekanan darah (TD) sistolik pada lajur paling kanan.
- Lihat kolom konversi kadar kolesterol total pada lajur bawah (pada tabel digunakan satuan mmol/l, sedangkan di Indonesia umumnya menggunakan satuan mg/dl, angka konversi tercantum).
- Tarik garis dari blok umur ke arah dalam, kemudian tarik garis dari titik tekanan darah ke arah dalam dan nilai kolesterol ke atas, **angka dan warna kotak** yang tercantum pada titik temu antara kolom umur, TD sistolik dan kolom kolesterol merupakan besarnya risiko untuk mengalami penyakit jantung dan pembuluh darah dalam kurun waktu

10 tahun mendatang.

- (h) Penilaian berdasarkan tingkat risiko ini dilanjutkan dengan tata laksana. Tatalaksana dislipidemia dan faktor risiko lainnya pada pasien mengacu pada pedoman yang berlaku, seperti PPK1, PNPK dan lain-lain, termasuk pemberian edukasi dan konseling gaya hidup sehat
- (4) Tindak lanjut yang dapat dilakukan pada pasien berdasarkan tingkat risiko:
- (a) Risiko < 5%:
    - perlu konseling diet, aktivitas fisik, berhenti merokok dan kembali 1 tahun kemudian untuk penilaian ulang
  - (b) Risiko 5-10%:
    - perlu konsultasi diet, aktivitas fisik, berhenti merokok
    - pertimbangkan penggunaan obat hipertensi dan DM sesuai dengan PPK
    - Lakukan penilaian risiko PTM setiap 3 bulan sampai mencapai kondisi yang diharapkan, dilanjutkan tiap 6-9 bulan kemudian.
  - (c) Risiko 10-20%:
    - perlu konsultasi diet, aktivitas fisik, berhenti merokok
    - pertimbangkan penggunaan obat hipertensi apabila tekanan darah menetap  $\geq 140/90$  mmHg dan DM sesuai dengan PPK
    - Lakukan penilaian risiko PTM setiap 3-6 bulan sekali.
  - (d) Risiko >20%:
    - perlu konsultasi diet, aktivitas fisik, berhenti merokok
    - penggunaan obat hipertensi apabila tekanan darah menetap  $\geq 130/80$  mmHg dan DM
    - pertimbangkan pemberian statin
    - Lakukan penilaian risiko PTM setiap 3 bulan, bila tidak ada perubahan penilaian risiko PTM dalam 6 bulan, rujuk ke FKRTL.
- (5) Hal-hal yang perlu diperhatian dalam melakukan tatalaksana pada pasien adalah:
- (a) Semua pasien dengan tekanan darah  $>160/100$  mmHg harus diberikan obat anti hipertensi
  - (b) Semua pasien dengan diagnosis diabetes dan penyakit kardiovaskuler (penyakit jantung coroner, infark miokard, serangan iskemik transien/TIA, penyakit serebrovaskuler atau penyakit vaskuler perifer), bila stabil hendaknya terus minum obat yang sudah diresepkan dan dianggap mempunyai risiko  $>30\%$ .

- (c) Semua pasien dengan kadar kolesterol total > 320 mg/dl harus diberikan nasihat pola hidup sehat dan terapi statin

**e. Skrining Faktor Risiko Penyakit Jantung**

- 1) Sasaran: penderita hipertensi dan atau Diabetes Melitus yang berusia  $\geq$  40 tahun
- 2) Frekuensi: 1 tahun sekali
- 3) Tempat pelaksanaan: Puskesmas
- 4) Metode dengan pemeriksaan penunjang:
  - a) Melakukan anamnesa faktor risiko, pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik.
  - b) Pemeriksaan EKG
- 5) Penilaian hasil skrining berdasarkan hasil anamnesa faktor risiko, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, dan interpretasi EKG.
- 6) Tatalaksana Penyakit Jantung oleh dokter mengacu pada PPK di FKTP dan standar lain yang berlaku bagi pasien Penyakit Jantung, termasuk edukasi dan konseling gaya hidup sehat

**f. Skrining Kanker Payudara, Kanker leher rahim, kanker Paru, kanker kolorektal**

- 1) Kanker payudara dan leher rahim:
  - a) Sasaran:
    - (1) Skrining kanker payudara pada perempuan usia >15 tahun
    - (2) skrining kanker leher rahim pada perempuan usia >30 tahun dengan riwayat sudah pernah kontak seksual.
  - b) Pemeriksaan payudara
    - (1) Skrining dilakukan di Pustu atau Puskesmas dengan metoda SADANIS (Pemeriksaan Payudara Klinis) oleh dokter dan atau bidan yang memiliki kompetensi.
    - (2) Pasien juga diajarkan untuk melakukan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri) di rumah setiap bulannya pada hari ke 7-10 dihitung dari hari pertama haid.
    - (3) **SADANIS dilakukan setiap 3 tahun sekali** atau lebih cepat apabila ditemukan kelainan dan atau keluhan pada SADARI.
    - (4) Pemeriksaan deteksi dini kanker payudara dapat dilakukan dengan menggunakan USG bila sarana dan prasarana serta SDM sesuai kompetensi tersedia.

- (5) Jika ditemukan kelainan seperti benjolan, abnormal pada kulit payudara, kelainan pada puting dan keluhan/kelainan yang tidak biasa, maka dirujuk ke FKRTL.
  - (6) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi.
- c) Pemeriksaan leher Rahim
- (1) Deteksi dini dapat dilakukan di Pustu dan Puskesmas.
  - (2) Deteksi dini kanker leher rahim melalui skrining dilaksanakan dengan pemeriksaan Inspeksi Visual dengan Asam asetat (IVA)
  - (3) **IVA dilakukan 3 tahun sekali** namun bila dibutuhkan dapat dilakukan setiap tahun pada populasi berisiko tinggi (pasangan seksual lebih dari satu, riwayat sudah pernah berhubungan seksual sebelum usia 18 tahun, riwayat pernikahan lebih dari sekali, infeksi menular seksual berulang, penderita HIV AIDS/ immunocompromised atau mendapatkan terapi imunosupresan jangka panjang, dan malnutrisi).
  - (4) Tindaklanjut hasil IVA positif dilaksanakan di Puskesmas oleh dokter dan atau bidan yang memiliki kompetensi baik melalui pendidikan maupun pelatihan.
  - (5) Skrining dapat dilakukan dengan metode lain seperti pemeriksaan dengan menggunakan DNA HPV test yang dilakukan di Puskesmas.
  - (6) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi.
- 2) Kanker paru dan kolorektal:
- a) Kanker Paru:
    - (1) Sasaran skrining kanker paru terbatas pada kelompok pasien risiko tinggi.
    - (2) Skrining dapat dilakukan di Pustu dan Puskesmas melalui anamnesis faktor risiko kanker paru.
    - (3) Kelompok pasien dengan risiko tinggi dilakukan anamnesa mencakup:
      - (a) Pasien usia  $> 40$  tahun dengan riwayat merokok  $\geq 30$  tahun dan berhenti merokok dalam kurun waktu 15 tahun sebelum pemeriksaan, atau
      - (b) Pasien  $\geq 50$  tahun dengan riwayat merokok  $\geq 20$  tahun dan adanya minimal satu faktor risiko lainnya (selain usia atau

lama merokok, faktor risiko lainnya adalah pajanan radiasi, paparan okupasi bahan kimia karsinogenik, riwayat kanker paru pada pasien atau keluarga dan penyakit paru seperti PPOK atau fibrosis paru)

- (c) Riwayat kanker paru pada keluarga
  - (4) Interpretasi Hasil dan Intervensi Lanjut: Jika ditemukan salah satu dari 3 kriteria di atas maka pasien dirujuk ke FKRTL
  - (5) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi.
- b) Kanker kolorektal
- (1) Sasaran skrining kanker kolorektal adalah individu dengan risiko sedang dan risiko tinggi.
    - (a) Individu dengan risiko sedang adalah:
      - Berusia 50 tahun atau lebih;
      - Tidak mempunyai riwayat kanker kolorektal atau inflammatory bowel disease;
      - Tanpa riwayat keluarga kanker kolorektal; dan
      - Terdiagnosis adenoma atau kanker kolorektal setelah berusia 60 tahun.
    - (b) Individu dengan risiko meningkat atau risiko tinggi adalah:
      - Riwayat polip adenomatosa;
      - Riwayat reseksi kuratif kanker kolorektal;
      - Riwayat keluarga tingkat pertama kanker kolorektal atau adenoma kolorektal (rekomendasi berbeda berdasarkan umur keluarga saat di diagnosis);
  - (2) Metode pemeriksaan:
    - (a) Anamnesa pada pasien risiko sedang adalah:
      - riwayat BAB berdarah, jika ditemukan riwayat tersebut maka pasien dirujuk ke FKRTL
      - Riwayat inflammatory bowel disease yang lama; dan
      - Diagnosis atau kecurigaan sindrom Hereditary Non-polyposis Colorectal Cancer (HNPCC) atau Lynch atau Familial Adenomatous Polyposis (FAP).
    - (b) Pemeriksaan yang dilakukan di Puskesmas berupa colok dubur dan pemeriksaan laboratorium yaitu darah samar faeces.

(3) Interpretasi Hasil:

- (a) Hasil pemeriksaan colok dubur adalah positif bila ditemukan adanya benjolan/hambatan pada perabaan. Bila hasil pemeriksaan colok dubur negatif/tidak ditemukan kelainan tetap harus dilakukan pemeriksaan darah samar faeces.
  - (b) Pemeriksaan darah samar faeces positif jika hasil laboratorium mendeteksi adanya darah samar(tersembunyi) di dalam faeces. Pemeriksaan ini penting untuk mendeteksi tanda adanya polip prakanker atau kanker Kolorectal.
- (4) Intervensi Lanjut: Bila hasil colok dubur dan/atau darah samar faeces positif maka dilakukan rujukan ke FKRTL.
- (5) Tenaga kesehatan/kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi.

**g. Skrining Kesehatan Jiwa**

- 1) Sasaran: usia 15 tahun ke atas dan kelompok berisiko mengalami masalah kesehatan jiwa (daftar kelompok berisiko dapat dilihat di Pedoman Skrining Kesehatan Jiwa).
- 2) Frekuensi: minimal satu tahun sekali.
- 3) Tempat pelaksanaan: Puskesmas, Pustu, Posyandu. Khusus untuk instrument ASSIST dilaksanakan di Puskesmas.
- 4) Metode: Penapisan (skrining) kesehatan jiwa dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) untuk penapisan kesehatan jiwa/mental usia di atas 18 tahun, dan ASSIST (*Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test*) untuk penyalahgunaan NAPZA. Kuesioner SDQ, SRQ-20 dan ASSIST dapat berbentuk cetak (Formulir 6) atau elektronik.
- 5) Skrining SRQ-20 dapat diisi sendiri (*self assessment*) atau melalui wawancara oleh nakes/non-nakes terlatih.
- 6) Pelaksanaan skrining menggunakan SRQ-20 memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
  - a) Pertanyaan berkaitan dengan apa yang dialami individu, bukan terkait apa yang seharusnya dialami.

- b) *Time frame*/lini masa kondisi yang dialami adalah 30 hari terakhir, jadi tidak menyaring kondisi yang terjadi lebih dari satu bulan yang lalu.
  - c) Mendapatkan **hasil > 6** TIDAK berarti individu mengalami gangguan jiwa, akan tetapi berarti individu **berpotensi mengalami masalah kesehatan jiwa** dan memerlukan penelusuran lebih lanjut oleh petugas kesehatan di pelayanan primer.
  - d) Skrining kesehatan jiwa **ditunda** pada kondisi berikut (kriteria eksklusi):
    - (1) Pasien membutuhkan pelayanan gawat darurat
    - (2) Pasien sedang menderita atau kesakitan
  - e) SRQ-20 dapat diisi mandiri oleh individu dan juga dapat dilakukan di luar Puskesmas oleh kader, guru, atau tenaga kesehatan.
  - f) Dapat dilaksanakan secara terpadu dengan skrining program lain, seperti: gizi, penyakit menular (TBC, HIV, Sifilis dan Hepatitis B *dll*), *penyakit tidak menular (hipertensi, diabetes, talasemia, dll)*.
- 7) Pelaksanaan skrining menggunakan instrument ASSIST memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
- a) Skrining ASSIST dilaksanakan di Puskesmas oleh tenaga kesehatan yang telah mendapatkan orientasi atau pelatihan tentang deteksi dini ASSIST.
  - b) ASSIST dapat dilakukan sebagai bagian deteksi dini lanjutan dari skrining pada individu yang terindikasi mengalami masalah kesehatan jiwa atau individu yang keluhannya menandakan ada hubungan dengan penyalahgunaan NAPZA.
  - c) Skrining ASSIST dapat terintegrasi pada program lain, seperti: program HIV dan IMS, TBC, program penyakit tidak menular (PTM),*dll*.
- 8) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk mencari indikasi masalah kesehatan jiwa, pengecekan (*sweeping*) skrining kesehatan jiwa, dan memberikan KIE pada ODGJ dan keluarganya. Apabila ditemukan masyarakat usia dewasa yang belum mendapatkan skrining kesehatan jiwa, diarahkan untuk mengikuti skrining kesehatan jiwa di Pustu atau Puskesmas.
- 9) Bila ditemukan ODGJ yang tidak bersedia datang ke Puskesmas untuk melakukan monitoring rutin, maka petugas Kesehatan di Puskesmas/Pustu harus melakukan kunjungan rumah.

10) Hasil Skrining dan Tindak Lanjut:

a) SRQ-20

Tabel 26. Interpretasi Hasil Kuesioner SRQ-20 dan Intervensi

<b>Skor</b>	<b>Interpretasi</b>	<b>Intervensi</b>
<6	Normal	Edukasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan jiwanya dengan cara KAP (Komunikasi Antar Pribadi). Materi edukasi kesehatan jiwa yang diberikan merujuk pada Juknis GME dan Depresi atau Pedoman Skrining Kesehatan Jiwa.
≥6	Abnormal (Berpotensi mengalami masalah kesehatan jiwa)	KAP kesehatan jiwa, prevensi gangguan jiwa, dan/atau dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan lanjutan dalam bentuk wawancara psikiatrik oleh dokter dan/atau psikolog klinis untuk menentukan adanya gangguan jiwa, dan/atau rujuk ke RS/RSJ jika diperlukan
<6 namun pertanyaan nomor 17 diisi "Ya"		

b) ASSIST

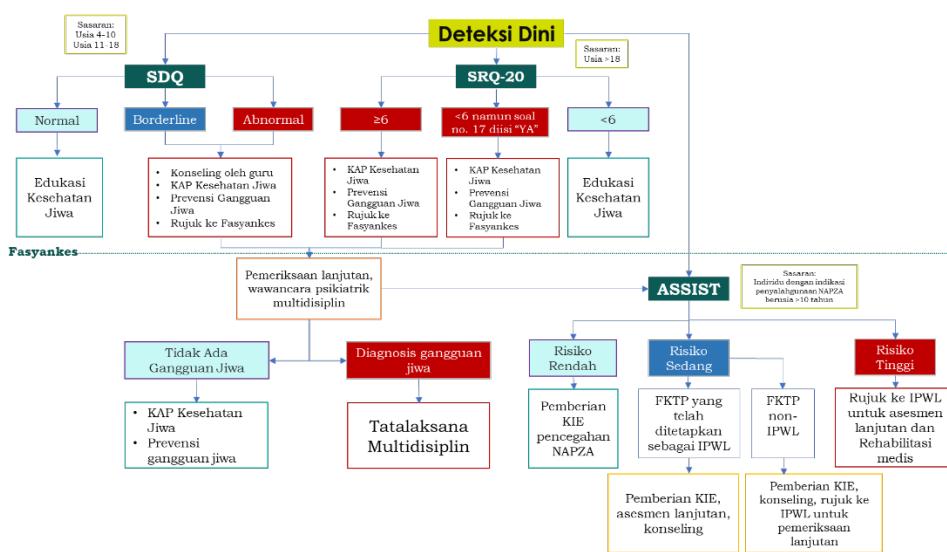
Tabel 27. Interpretasi Hasil Kuesioner ASSIST dan intervensi

<b>Interpretasi</b>	<b>Alkohol</b>	<b>Semua zat selain alkohol</b>	<b>Intervensi</b>
Risiko rendah	0-10	0-3	Pemberian KIE pencegahan NAPZA
Risiko sedang	11-26	4-26	Pemberian KIE, asesmen lanjutan dan konseling*
			Pemberian KIE, konseling dan merujuk ke IPWL*** untuk pemeriksaan lanjutan**
Risiko tinggi	≥27	≥27	Rujuk ke IPWL untuk pemeriksaan lanjutan dan rehabilitasi medis

\*Untuk FKTP yang telah ditetapkan menjadi IPWL

\*\*Untuk FKTP non-IPWL

\*\*\*IPWL: Institusi Penerima Wajib Lapor (Puskesmas/ rumah sakit, dan/atau lembaga rehabilitasi yang ditunjuk oleh pemerintah)



Gambar 30. Alur Skrining Kesehatan Jiwa

## h. Skrining Talasemia

Penjelasan skrining Talasemia pada usia dewasa dan lansia mengacu pada penjelasan di Bab IV Klaster Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.

## i. Skrining Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)

- 1) Sasaran : Skrining PPOK dilakukan untuk mendeteksi penyakit paru obstruktif kronik pada **kelompok usia  $\geq 40$  tahun**,
- 2) Frekuensi : dilakukan minimal 1 kali dalam 1 tahun,
- 3) Tempat pelaksanaan : i Puskesmas, Pustu, Posyandu, dan kunjungan rumah dengan memanfaatkan Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK)
- 4) Skrining PPOK menggunakan kuesioner **Prevalence StUdy and Reguler Practice, Diagnosis and TreatMent, Among General Practicioners in Populations at Risk of COPD in Latin America (PUMA)** dengan isian 7 pertanyaan (formulir 4). Jika:
  - a) Skor  $< 6$ : Risiko rendah maka dilakukan edukasi dan dianjurkan untuk konseling upaya berhenti merokok di layanan primer.
  - b) Skor  $\geq 6$ : Risiko tinggi PPOK, dilakukan edukasi dan anjuran untuk konseling upaya berhenti merokok, lalu rujuk ke FKRTL untuk pemeriksaan dan tatalaksana lebih lanjut. Pada Puskesmas yang memiliki spirometri lakukan pemeriksaan spirometri, bila hasil spirometri setelah uji bronkodilator:
    - (1) FEV1/FCV menunjukkan hasil lebih dari 0,7 atau 70% maka dirujuk ke FRTL untuk penatalaksanaan lebih lanjut,
    - (2) FEV1/FCV menunjukkan kurang dari 0,7 atau 70% maka

dilakukan edukasi perubahan gaya hidup (tidak merokok, tidak menggunakan energi biomass, serta menggunakan alat pelindung diri untuk menghindari polusi udara terutama di lingkungan berisiko polusi udara.

- 5) Tatalaksana PPOK dilakukan sesuai Panduan Praktek Klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- 6) Edukasi tentang bahaya akibat merokok dan paparannya, polusi udara di dalam dan luar ruang, serta prilaku CERDIK dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kader di tatanan keluarga, tatanan kerja, masyarakat, dan fasilitas pelayanan kesehatan.

#### j. Skrining TBC

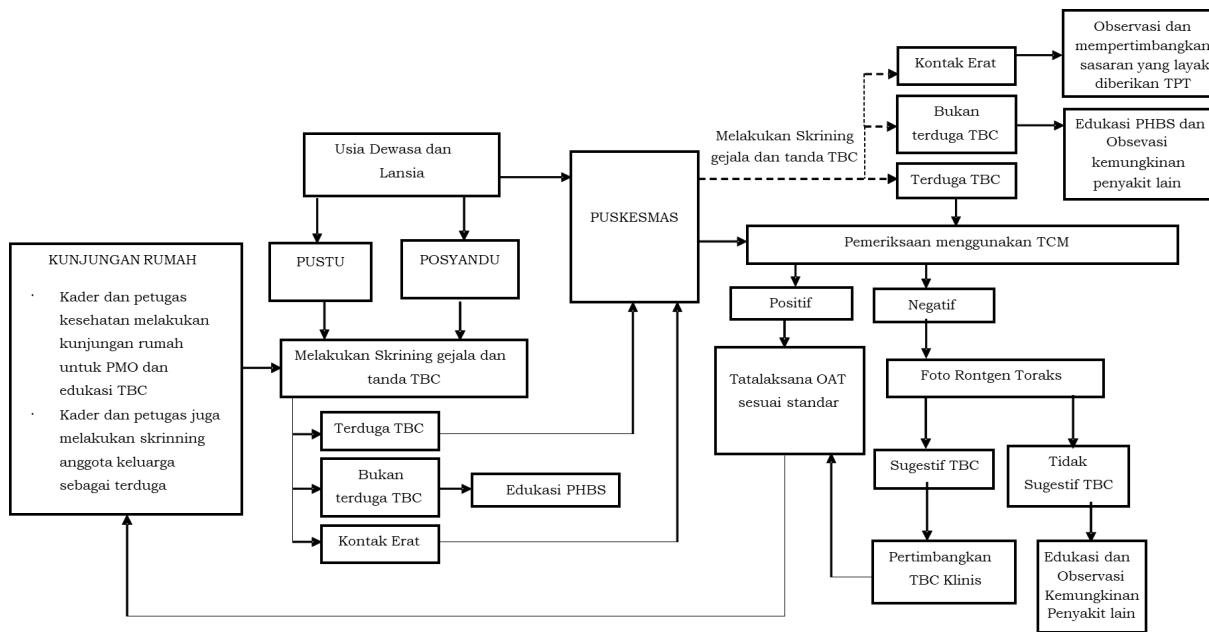
- 1) Sasaran skrining: seluruh usia dewasa dan lansia yang berkunjung ke Puskesmas, Pustu, Posyandu atau yang ditemui pada kegiatan kunjungan rumah baik sehat maupun sakit  
Sasaran diutamakan:
  - a) Kontak dengan pasien TBC
  - b) Orang dengan HIV/AIDS (ODHIV)
  - c) Penyandang DM
  - d) Ibu hamil
  - e) *Urban Poor*
  - f) Perokok
  - g) Gizi buruk/Malnutrisi
  - h) Stunting
  - i) Kelompok risiko lainnya dengan HIV negatif atau tidak diketahui serta pasien immunokompremais lainnya (Pasien yang menjalani pengobatan kanker, pasien yang mendapatkan perawatan dialisis, pasien yang mendapat kortikosteroid jangka panjang, pasien yang sedang persiapan transplantasi organ, dll).
- 2) Frekuensi : sebaiknya 1x dalam sebulan
- 3) Metode skrining: wawancara menggunakan tanda dan gejala serta edukasi hasil skrining. Dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas, Pustu, serta dibantu oleh kader di Posyandu dan pada kegiatan kunjungan rumah. Jika sarana memadai, metode skrining TBC dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan rontgen dada.
- 4) Interpretasi hasil skrining: terduga TBC, Bukan terduga TBC, dan Kontak Erat (Penjelasan interpretasi hasil skrining TB mengacu pada penjelasan

di Bab IV Klaster Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak)

5) Tindak lanjut setelah skrining TBC:

- a) apabila dapat mengeluarkan dahak, diperiksa Tes Cepat Molekuler (TCM) di Puskesmas. Pengambilan spesimen dahak/sputum 2 kali (Sewaktu-Pagi atau Sewaktu-sewaktu dengan jarak minimal 1 jam) di Pustu, kemudian dikemas dan dikirim ke Puskesmas.
  - b) Jika mengalami kendala mengakses layanan TCM berupa kesulitan transportasi, jarak dan kendala geografis maka penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis BTA sputum.
  - c) Jika terdiagnosis TBC dengan pemeriksaan mikroskopis, dilakukan pemeriksaan lanjutan menggunakan TCM untuk mengetahui apakah merupakan TBC sensitif atau resisten. Dinas kesehatan mengatur jejaring rujukan spesimen ke fasyankes TCM terdekat.
  - d) Hasil pemeriksaan TCM atau BTA akan menentukan apakah akan diberikan Obat Anti Tuberculosis (OAT) atau Terapi Pencegahan Tuberculosis (TPT), perlu Pendampingan minum obat oleh keluarga terdekat atau kader sehingga dapat dipastikan pengobatannya rutin dan lengkap.
  - e) Untuk TBC SO datang ke Puskesmas sebulan sekali untuk mengambil obat, untuk TB RO harus datang setiap hari ke Puskesmas.
  - f) Bagi pasien TBC SO yang datang ke Puskesmas dilakukan pemeriksaan sputum ulangan dengan BTA pada bulan ke 2, 5, 6 sebaik follow up pengobatan TBC. Untuk pasien TBC RO dilakukan pemeriksaan sputum ulangan tiap bulan dengan pemeriksaan BTA dan kultur.
- 6) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk melakukan pemantauan kepatuhan minum obat dan edukasi terkait TBC.

- 7) Berikut alur layanan TBC pada Usia Dewasa dan Lansia



Gambar 31. Alur Layanan TBC pada Usia Dewasa dan Lansia

### k. Skrining Malaria

- 1) Sasaran: usia dewasa dan lansia yang datang dengan gejala, tinggal di daerah malaria dan mempunyai riwayat sakit sebelumnya atau berkunjung ke daerah endemis malaria atau ada anggota yang tinggal serumah ataupun kelompok ada yang sakit malaria
- 2) Tempat pelaksanaan : di Puskesmas, Pustu atau Posyandu
- 3) Metode skrining berdasarkan wawancara ada tidaknya gejala, tinggal di daerah endemis malaria atau riwayat kunjungan ke daerah endemis malaria. Pemeriksaan skrining malaria menggunakan **RDT atau mikroskop**
- 4) Interpretasi hasil skrining
  - a) Hasil pemeriksaan positif malaria maka tatalaksana malaria sesuai standar
  - b) Hasil pemeriksaan negatif malaria maka diberikan edukasi pencegahan terhadap malaria
- 5) Tindak lanjut setelah skrining Malaria
  - a) Hasil pemeriksaan positif malaria maka rujuk ke Puskesmas / FKTP untuk pengobatan
  - b) Hasil pemeriksaan negatif malaria maka diberikan edukasi pencegahan terhadap malaria

- 6) Kader melakukan kunjungan rumah untuk melakukan skrining dan melakukan pemantauan kepatuhan minum obat dan edukasi terkait malaria

#### **1. Skrining Indera Penglihatan /Mata**

Skrining indera penglihatan/mata pada usia dewasa dan lansia bertujuan untuk mengetahui visus atau ketajaman penglihatan dan deteksi dini katarak. Kekeruhan lensa mata dapat menurunkan tajam penglihatan sehingga perlu dilakukan skrining katarak. Pemeriksaan yang dilakukan pada skrining mata meliputi pemeriksaan tajam penglihatan sederhana, pemeriksaan kelainan refraksi (visus), dan pemeriksaan katarak.

##### **1) Pemeriksaan Tajam Penglihatan Sederhana**

- a) Sasaran: usia  $\geq 15$  tahun
- b) Frekuensi: 1 tahun sekali
- c) Tempat pelaksanaan: Posyandu dan Pustu
- d) Metode pemeriksaan: Pemeriksaan tajam penglihatan secara sederhana dapat dilakukan oleh kader menggunakan tes hitung jari dari jarak 6 meter atau menggunakan Tumbling-E jika tersedia (kit oftalmologi komunitas). Pemeriksaan tajam penglihatan dengan Tumbling-E menggunakan optotypes ukuran 6 (VA 6/6), 12 (VA 6/12), 18 (VA 6/18) dan 60 (VA 6/60) di 6 meter.
- e) Interpretasi hasil pemeriksaan:

Metode hitung jari: tidak ada gangguan penglihatan jika menjawab benar dalam hitung jari sebanyak 3 kali berturut-turut. Jika terdapat minimal 2 jawaban salah dari 5 pertanyaan, maka dicurigai mempunyai gangguan penglihatan.

Tumbling-E:

- a) Gangguan penglihatan ringan: visus  $< 6/12 - 6/18$
- b) Gangguan penglihatan sedang: visus  $< 6/18 - 6/60$
- c) Gangguan penglihatan berat: visus  $< 6/60 - 3/60$
- d) Buta: visus  $< 3/60$
- e) Normal: visus 6/6
- f) Intervensi lanjut: Apabila ditemukan visus tidak lebih baik dari 6/12 dirujuk ke Puskesmas.
- g) Kader selain melakukan pemeriksaan tajam penglihatan sederhana juga dapat memberikan edukasi terkait perilaku menjaga kesehatan mata.

2) Pemeriksaan Kelainan Refraksi

- a) Sasaran: usia  $\geq 15$  tahun
- b) Frekuensi: 1 tahun sekali
- c) Tempat pelaksanaan: Puskesmas
- d) Metode pemeriksaan:
  - (1) Pemeriksaan kelainan refraksi oleh Dokter dilakukan mulai dari anamnesis, pemeriksaan mata dasar, pemeriksaan visus, dan pemeriksaan koreksi subjektif sederhana.
  - (2) Anamnesis pada pasien sebelum pemeriksaan visus dan koreksi refraksi dilakukan untuk membedakan apakah pandangan kabur yang dialami pasien merupakan kelainan refraksi yang dapat dikoreksi dengan kacamata atau akibat adanya gangguan pada organ mata.
  - (3) Sedangkan pemeriksaan mata dasar sebelum koreksi refraksi bertujuan untuk menghindari kerancuan penyebab mata kabur yang tidak bisa dilakukan koreksi refraksi.
  - (4) Pemeriksaan visus menggunakan Snellen chart atau Tumbling E chart dilakukan pada jarak 6 meter dengan penerangan yang baik.
  - (5) Alat pemeriksaan yang diperlukan meliputi optotype Snellen Chart atau Tumbling E, Trial Frame dan okluder, Trial Lens, senter atau penlight, kipas astigmat dial, pinhole, penggaris untuk mengukur Pupil Distance (PD).
  - (6) Langkah-langkah pemeriksaan dapat mengacu pada Modul Pelatihan Refraksi Bagi Dokter Umum di FKTP.
- e) Interpretasi hasil pemeriksaan:
  - Cara menuliskan hasil pemeriksaan refraksi subyektif:
    - (1) Tuliskan tajam penglihatan tanpa koreksi
    - (2) Tuliskan koreksi lensa sferis dan lensa silindris beserta aksis yang diperlukan
    - (3) Tuliskan tajam penglihatan terbaik dengan koreksi
    - (4) Cantumkan keterangan “PH tetap” apabila tajam penglihatan terbaik tidak mencapai 6/6 dan tidak maju dengan pemberian pinhole.
    - (5) Cantumkan keterangan “DE(-)”, artinya sudah dilakukan pemeriksaan Duke Elder’s Test dan hasilnya negatif.
    - (6) Untuk keadaan presbiopia tuliskan addisi yang diperlukan dan cantumkan hasil tes penglihatan dekatnya.

f) Intervensi Lanjut:

Rujukan dilakukan apabila ditemukan visus 6/9 pada salah satu atau kedua mata atau minimal -sferis 0,5 D atau -silindris minimal 0,25 D.

3) Pemeriksaan Katarak

a) Pemeriksaan katarak bertujuan untuk mendeteksi adanya penyakit katarak pada mata dimana terjadi kekeruhan pada lensa mata yang menyebabkan penurunan tajam penglihatan, ditandai terlihatnya warna putih pada manik mata sehingga penglihatan menjadi berkabut.

b) Sasaran: orang berusia  $\geq 40$  tahun

c) Frekuensi: 1 tahun sekali

d) Tempat pelaksanaan: Puskesmas

e) Metode pemeriksaan:

(1) Apabila pada pemeriksaan tajam penglihatan ditemukan visus  $<6/18$  dan dengan tes pinhole tajam penglihatan tidak menjadi lebih baik, pemeriksaan dilanjutkan dengan pemeriksaan katarak.

(2) Pada pemeriksaan segmen anterior dengan lup-senter terlihat warna kelabu atau putih di daerah pupil, menunjukkan adanya kekeruhan/katarak.

(3) Selanjutnya dilanjutkan pemeriksaan shadow test untuk mengetahui derajat kekeruhan lensa. Pada shadow test bisa terdapat shadow positif, negatif, ataupun pseudo positif tergantung dari derajat kekeruhan lensa.

(4) Pemeriksaan red refleks dengan oftalmoskop dilakukan untuk melihat refleks fundus (warna merah).

f) Interpretasi hasil:

(1) Pada pemeriksaan shadow test, apabila seluruh pupil tetap putih, dan tidak ada bayangan iris di lensa yang keruh, maka tes shadow negatif (-). Hal ini terdapat pada katarak stadium matur.

(2) Apabila sebagian pupil menjadi hitam, yang merupakan bayangan iris di kekeruhan lensa, maka disebut tes bayangan (+) yang terdapat pada katarak immatur.

(3) Apabila terdapat bayangan iris pada kekeruhan lensa, namun terdapat jarak antara iris dan permukaan kapsul anterior lensa dan lensa telah menjadi keruh seluruhnya, maka tes shadow pseudopositif. Hal ini terdapat pada katarak stadium hipermatur.

(4) Pada pemeriksaan red refleks, refleks fundus (warna merah) masih tampak pada katarak immatur. Sedangkan pada katarak matur,

refleks fundus tidak terlihat lagi.

g) Tatalaksana kasus:

- (1) Kriteria rujukan:
  - (a) Jika dari hasil pemeriksaan shadow test dan pemeriksaan refleks fundus ditemukan katarak matur
  - (b) Jika pasien telah mengalami gangguan penglihatan yang signifikan
  - (c) Jika timbul komplikasi
- (2) Perlu dilakukan edukasi dan konseling terkait perawatan katarak, serta dapat melakukan perawatan pasca operasi katarak (rujuk balik).

**m. Skrining Kebugaran**

- 1) **Sasaran skrining kebugaran** adalah semua usia dewasa (pekerja dan non pekerja) serta lanjut usia.
- 2) Skrining kebugaran jasmani bagi usia dewasa:
  - a) Skrining kebugaran dilakukan di Puskesmas, melalui **pengukuran kebugaran minimal setiap 6 bulan sekali**.
  - b) Metode yang digunakan adalah Metode *Rockport*. Metode ini sederhana dengan sarana yang minimal, sehingga dapat dilakukan oleh Puskesmas maupun bekerja sama dengan tempat kerja di wilayah kerjanya. Metode Rockport:
    - a) Merupakan tes pengukuran jasmani yang mudah, murah dan dapat dilakukan oleh semua lapisan masyarakat tanpa risiko yang besar terhadap cidera dan memiliki risiko minimal bagi yang memiliki faktor risiko terhadap penyakit.
    - b) Tes ini dilakukan dengan berjalan atau berlari di lintasan datar sepanjang 1,6 km (seperti halaman sekolah, kantor, fasilitas umum perumahan dan tidak harus lintasan atletik dalam stadion gelanggang olahraga).
    - c) Tes kebugaran jasmani dapat dilakukan menggunakan aplikasi SIPGAR (Sistem Informasi Pemeriksaan Kebugaran Jasmani Mandiri) yang berbasis android atau dilakukan secara manual pada daerah dengan jaringan telekomunikasi terbatas.
    - d) Pada pemeriksaan kebugaran jasmani dengan aplikasi SIPGAR peserta diminta mengisi data pribadi, data kesehatan dan kuisioner PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire) untuk menilai

kelayakan peserta sebelum melakukan pemeriksaan kebugaran. Peserta yang dinyatakan tidak layak perlu memastikan kondisi kesehatan kepada tenaga kesehatan, sementara yang dinyatakan layak dapat melanjutkan pengukuran kebugaran jasmani secara mandiri.

- e) Kategori tingkat kebugaran dinilai dengan melihat waktu tempuh, usia dan jenis kelamin berdasarkan tabel penilaian rockport (tabel B.1) dilanjutkan dengan program latihan fisik sesuai dengan tingkat kebugaran jasmani yang disarankan.
  - c) Rekomendasi aktivitas fisik berdasarkan tingkat kebugaran mengacu pada Tabel 2.
- 3) Skrining kebugaran jasmani bagi lansia
- a) Skrining kebugaran dilaksanakan di **Puskesmas** oleh petugas kesehatan **minimal setiap 6 bulan sekali**.
  - b) Metode yang digunakan adalah metode tes jalan 6 menit yang terdapat pada aplikasi SIPGAR maupun dilakukan manual pada daerah dengan jaringan telekomunikasi terbatas. Skrining ini cukup sederhana dengan sarana yang minimal. Tes jalan 6 menit dinilai sebagai pemeriksaan paling aman bagi lansia dan tidak berisiko ditengah-tengah pelaksanaan tes. Tes ini dinilai dari jarak yang dapat ditempuh dalam waktu 6 menit. Penilaian tes jalan 6 menit kelompok lansia dapat dilihat di tabel 3.
  - c) Skrining kebugaran jasmani dilanjutkan dengan program latihan fisik sesuai dengan tingkat kebugaran jasmani yang direkomendasikan. Rekomendasi latihan fisik untuk lansia:
    - (1) Aktivitas fisik aerobik intensitas sedang 150 menit perminggu atau intensitas tinggi 75 menit perminggu atau kombinasi keduanya.
    - (2) Aktivitas fisik untuk meningkatkan kekuatan otot dilakukan setidaknya 2 kali seminggu.
    - (3) Lansia dengan mobilitas yang buruk perlu melakukan aktivitas fisik untuk meningkatkan keseimbangan dan mencegah jatuh setidaknya 3 kali seminggu.
    - (4) Apabila lansia tidak dapat melakukan aktivitas fisik sesuai rekomendasi, dianjurkan untuk tetap melakukan aktivitas fisik sesuai kondisi dan kemampuannya dengan bantuan dari tenaga ahli seperti dokter olahraga, ortopedi, fisioterapi atau pelatih

kebugaran.

- d) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi keluarga tentang pentingnya skrining kebugaran dan menjaga kebugaran.

**n. Skrining kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak (KtP/A)**

Penjelasan skrining KtPA mengacu pada penjelasan di Bab IV Klaster Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.

**o. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut**

- 1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dilaksanakan secara komprehensif dengan memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan pada usia dewasa dan lanjut usia termasuk pada penyandang disabilitas yang dilaksanakan oleh nakes di Puskesmas dan Pustu serta kader Posyandu.
- 2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada usia dewasa dilaksanakan secara terintegrasi dan komprehensif paripurna dengan pendekatan paradigma sehat.
- 3) Pelayanan Kesehatan gigi dan mulut pada usia dewasa dapat menggunakan pendekatan teknologi informasi seperti telemedisin untuk meminimalkan hilangnya waktu produktif, dilaksanakan secara terintegrasi dan komprehensif.
- 4) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjut usia diutamakan pada pelayanan dengan pendekatan kuratif dan rehabilitatif dalam bentuk pengobatan dan pemulihan fungsi penguyahan sesuai permasalahan kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia.
- 5) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Lanjut Usia dilakukan secara komprehensif tanpa mengabaikan pendekatan promotive dan preventif dengan mempertimbangkan riwayat penyakit dan kondisi umum lanjut usia.
- 6) Kader kesehatan saat kunjungan rumah melakukan melalui pemberian edukasi kepada usia dewasa untuk mempertahankan fungsi penyuyahan, identifikasi kondisi penguyahan dan edukasi kepada lanjut usia untuk mempertahankan dan/atau memulihkan fungsi penguyahan serta menganjurkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut lanjutan jika diperlukan.
- 7) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjutan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dalam rangka menindaklanjuti hasil identifikasi yang

dilaksanakan oleh kader kesehatan.

**p. Pelayanan pengobatan farmakologis dan non farmakologi**

1) Secara Umum:

Pelayanan pengobatan pada usia dewasa dan lansia disesuaikan dengan kasus dan kewenangan serta dapat diintegrasikan dengan pelayanan yang ada di FKTP. Diusahakan pelayanan di FKTP diberikan selesai dalam satu waktu (*one stop services*) atau bila tidak memungkinkan ditetapkan janji temu pada pertemuan berikutnya.

2) Khusus penyakit kronis, monitoring bisa dilakukan di Pustu minimal 1x dalam sebulan, dan setiap 3 bulan sekali harus ke Puskesmas untuk monitoring hasil pengobatan dan deteksi dini komplikasi oleh dokter.

3) Tata laksana penyakit juga memperhatikan Pelayanan Kesehatan Lingkungan. Penjelasan terkait Pelayanan Kesehatan Lingkungan mengacu pada penjelasan pada bab IV Klaster Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.

4) Usia Dewasa dan lanjut usia dengan penyakit berpotensi KLB (daftar dan definisi operasional penyakit tercantum pada tabel 31) dilakukan penanganan sesuai ketentuan dan dilaporkan ke klaster 4 untuk ditindaklanjuti.

5) Pelayanan kesehatan tradisional:

a) Pelayanan kesehatan tradisional dapat diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan usia dewasa dan lansia dalam rangka mendukung upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan di dalam gedung dan luar gedung Fasyankes (pemberdayaan masyarakat) oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi tambahan di bidang kestrad dan tenaga kesehatan tradisional.

b) Pelayanan kesehatan tradisional pada usia dewasa dan lansia dilaksanakan dalam bentuk akupresur, akupunktur dan ramuan serta edukasi asuhan mandiri kestrad. Misal: akupunktur untuk membantu meningkatkan kesuburan/reproduksi, akupresur untuk membantu mengurangi pegal/linu, ramuan untuk meningkatkan daya tahan tubuh, membantu pengendalian penyakit tidak menular (menurunkan tekanan darah, kadar gula darah, asam urat, kolesterol), dll.

c) Kader kesehatan saat kunjungan rumah dapat melibatkan kader kestrad untuk melakukan edukasi ramuan dan akupresur kepada sasaran usia dewasa dan lansia terkait pemeliharaan kesehatan

dengan memanfaatkan kesehatan tradisional.

## 2. Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa

Selain pelayanan yang memiliki prinsip yang sama antara usia dewasa dan lanjut usia di bagian sebelumnya, terdapat pelayanan yang khusus ditujukan bagi usia dewasa yang masih produktif, yaitu:

Tabel 28. Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa

<b>Pelayanan Usia Dewasa</b>					
<b>Sasaran Masalah Kesehatan</b>	<b>Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Unit Pemberi Pelayanan</b>			
		<b>Puskesmas (Kecamatan)</b>	<b>Pustu (Desa/Kelurahan)</b>	<b>Posyandu (Dusun/RT/RW)</b>	<b>Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)</b>
Gangguan mental emosional dan depresi pada usia dewasa,, Masalah Kesehatan Reproduksi	Pelayanan Kesehatan reproduksi bagi Calon pengantin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KIE Kesehatan reproduksi</li> <li>• Pemeriksaan Kesehatan minimal pemeriksaan anemia dan status gizi</li> <li>• Konseling</li> <li>• Tatalaksana sesuai temuan medis</li> </ul>			
	Skrining layak hamil (1x/tahun)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan kesehatan catin dan pasangan usia subur</li> <li>• Tatalaksana sesuai temuan medis</li> <li>• Perencanaan kehamilan sehat</li> </ul>	Skrining layak hamil	Skrining layak hamil (kuesioner aplikasi)	-
	Skrining status imunisasi tetanus bagi usia dewasa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukasi dan layanan imunisasi tetanus</li> </ul>	Edukasi dan layanan imunisasi tetanus	Edukasi dan layanan imunisasi tetanus	Edukasi dan layanan imunisasi tetanus

Pelayanan KB	Pil, suntik, kondom, implant, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dan Metode Operasi Pria (MOP)*	Pil, suntik, kondom, implant dan AKDR	Pil, suntik, kondom	Edukasi dan mobilisasi
Pelayanan penyakit akibat kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penegakkan diagnosis</li> <li>• Tata laksana</li> <li>• Rujukan</li> </ul>			

**a. Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi calon pengantin (Catin)**

- 1) Sasaran: Seluruh calon pengantin (catin) laki-laki dan perempuan
- 2) Frekuensi: 1x sebelum pernikahan, dilaksanakan di Puskesmas oleh tenaga kesehatan.
- 3) Metode: Pada saat melakukan pendaftaran catin sudah diminta untuk mengunduh Aplikasi Kescatin dan melakukan skrining layak hamil secara mandiri menggunakan aplikasi tersebut.
- 4) Selanjutnya Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi bagi catin sebagai berikut:
  - a) Komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kesehatan reproduksi calon pengantin (bagi yang belum mendapatkan bimbingan perkawinan)
  - b) Pemeriksaan kesehatan bagi calon pengantin
  - c) Pemeriksaan kesehatan minimal bagi catin meliputi: anamnesa; pemeriksaan fisik secara umum termasuk status gizi (penentuan IMT dan pemeriksaan Lingkar Lengan Atas (LiLA) bagi catin perempuan) skrining anemia, skrining kesehatan jiwa. Pemeriksaan penunjang lainnya dapat dilakukan atas indikasi seperti Talasemia, TBC, HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dll).
  - d) Skrining status imunisasi T pada WUS, WUS perlu mendapatkan imunisasi yang mengandung tetanus toxoid untuk mencegah dan melindungi diri terhadap penyakit tetanus. Setiap WUS diharapkan mencapai status imunisasi T5. Skrining status imunisasi T dengan melihat riwayat imunisasi Tetanus yang didapat pada saat bayi, baduta, anak usia sekolah. Skrining dan pemberian imunisasi Tetanus mengacu pada Pedoman Tetanus bagi WUS dan Ibu Hamil.
  - e) Intervensi lanjut: Pemberian surat keterangan telah melakukan

pemeriksaan kesehatan, konseling dan tatalaksana sesuai dengan hasil temuan medis.

**b. Skrining Layak Hamil bagi Pasangan Usia Subur (PUS)**

- 1) Sasaran: Untuk usia dewasa yang sudah menikah (PUS)
- 2) Tempat pelaksanaan skrining: Skrining layak hamil berupa pemeriksaan kesehatan terbatas Pasangan Usia Subur (PUS) di Pustu, dan pemeriksaan kesehatan secara lengkap di Puskesmas oleh tenaga Kesehatan. Pelaksanaan dan tindak lanjut skrining layak hamil dapat dilaksanakan secara terpadu dengan program lain, seperti: program gizi, penyakit menular (TBC, HIV, Sifilis dan Hepatitis B dll), penyakit tidak menular (Hipertensi, Diabetes Melitus, Talasemia dll), dan pelayanan kejiwaan.
- 3) Metode: Skrining layak hamil dapat dilakukan secara mandiri oleh pasangan usia subur maupun dibantu oleh kader saat kegiatan Posyandu, sehingga dapat diketahui status kesehatannya apakah dapat menjalani kehamilan secara sehat atau layak untuk menjalani kehamilan. Skrining dilaksanakan menggunakan aplikasi kescatin yang hasilnya kemudian diverifikasi dan ditindak lanjuti oleh petugas kesehatan atau manual dengan menggunakan formulir skrining layak hamil.
- 4) Interpretasi hasil: Skrining dilakukan untuk mengetahui kelayakan kondisi kesehatan Pasangan Usia Subur (PUS) sehingga dapat merencanakan kehamilan sehat. Bagi yang tidak layak hamil atau berisiko dipastikan untuk menggunakan kontrasepsi untuk menghindari kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan risiko tinggi, disamping dilakukan tatalaksana terkait masalah kesehatannya.
- 5) Pasangan Usia Subur (PUS) memiliki kondisi ideal untuk hamil dengan kriteria:
  - a) Usia 20-35 tahun
  - b) Jumlah anak kurang dari 3 orang
  - c) Jarak kehamilan lebih dari 2 tahun
  - d) Status gizi normal (IMT 18,5-24,9), Lingkar Lengan Atas (LiLA) lebih dari 23,5
  - e) Tidak memiliki riwayat kehamilan dengan komplikasi/penyulit. Jika memiliki riwayat komplikasi pada kehamilan sebelumnya, periksa terlebih dahulu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
  - f) Tidak memiliki permasalahan kesehatan. Jika memiliki permasalahan kesehatan, dianjurkan untuk mendapatkan intervensi dan tatalaksana

terlebih dahulu.

6) Kondisi kesehatan yang perlu diperhatikan:

- a) Kadar Hb
- b) Penyakit menular (HIV, Sifilis, Hepatitis, TB, Malaria, Kecacingan)
- c) Penyakit tidak menular (Kanker, Hipertensi, DM, Jantung, Kanker, Autoimun)
- d) Penyakit genetik (Thalasemia, Hemofilia).
- e) Masalah Kesehatan Jiwa
- f) Merokok/terpapar asap rokok

7) Intervensi lanjut dan tatalaksana sesuai hasil skrining layak hamil:

a) Di Pustu:

- (1) PUS Layak hamil: konseling perencanaan kehamilan sehat.
  - (a) Bagi yang berencana hamil dan ingin mengetahui kondisi kesehatannya lebih lanjut dapat disarankan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
  - (b) Bagi yang tidak berencana hamil belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi.
  - (c) Bagi yang tidak berencana hamil sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
- (2) PUS dapat hamil dengan pengawasan: rujuk ke puskesmas untuk mendapatkan tatalaksana, konseling dan perencanaan kehamilan
- (3) PUS tidak layak hamil: konseling, tatalaksana, dan pemasangan kontrasepsi
  - (a) PUS 4T sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
  - (b) PUS 4T belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi
  - (c) PUS ALKI (Anemia, Lila < 23,5 cm, mempunyai penyakit Kronis dan Infeksi menular Seksual) sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
  - (d) PUS ALKI belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi, serta dirujuk untuk mendapatkan tatalaksana sampai kondisi kesehatannya sembuh atau terkontrol.

b) Di Puskesmas

- (1) PUS Layak hamil: konseling perencanaan kehamilan sehat.
- (2) Bagi yang berencana hamil dan ingin mengetahui kondisi kesehatannya lebih lanjut dapat dilakukan pemeriksaan kesehatan secara lengkap.
- (3) Bagi yang tidak berencana hamil belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi.
- (4) Bagi yang tidak berencana hamil sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
  - (e) PUS dapat hamil dengan pengawasan: dilakukan tatalaksana, konseling dan perencanaan kehamilan
  - (f) PUS tidak layak hamil: konseling; tatalaksana dan pemasangan kontrasepsi
- (5) PUS 4T sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
- (6) PUS 4T belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi
- (7) PUS ALKI sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
- (8) PUS ALKI belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi, serta tatalaksana sampai kondisi kesehatannya sembuh atau terkontrol.

**c. Pelayanan KB**

- 1) Pelayanan kontrasepsi merupakan komponen utama program KB dengan fungsi memberikan pelayanan konseling dan pemakaian kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi yang aman dan bermutu perlu memenuhi kriteria berikut:
  - a) Diberikan oleh tenaga kesehatan terampil yang memiliki standar kompetensi;
  - b) Memberikan pelayanan konseling informasi tentang manfaat kontrasepsi, kemungkinan gejala efek samping dan cara mengatasi serta pilihan kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan kesehatan ibu;
  - c) Menyediakan pilihan kontrasepsi dan mampu melakukan fasilitasi rujukan efektif ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi sesuai kebutuhan kesehatan ibu.

- 2) Pelayanan kontrasepsi dilakukan secara berkesinambungan mulai dari pra pelayanan, pelayanan kontrasepsi dan pasca pelayanan.
  - a) **Pra pelayanan** dilakukan pemberian komunikasi, informasi dan edukasi, pelayanan konseling, penapisan kelayakan medis dan permintaan persetujuan tindakan tenaga kesehatan. Konseling yang diberikan meliputi manfaat, kesesuaian alat kontrasepsi, kemungkinan gejala efek samping dan cara-cara mengatasi serta alternatif pilihan alat kontrasepsi. Prinsip konseling membuat ibu mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan mereka.
  - b) **Pelayanan kontrasepsi** adalah pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan vasektomi tanpa pisau (VTP). Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan pada masa interval, paska persalinan, paska keguguran dan pelayanan kontrasepsi darurat. Pelayanan KB pada paska persalinan dan paska keguguran bekerjasama dengan klaster 2.
  - c) **Paska pelayanan kontrasepsi** meliputi pemberian konseling dan pelayanan medis/rujukan bila diperlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi.
- 3) Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan di:
  - a) Posyandu: Pil, suntik dan kondom.
  - b) Pustu: Pil, suntik, kondom, implant dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR).
  - c) Puskesmas: Pil, suntik, kondom, implant dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) dan Metode Operasi Pria (MOP) berupa vasektomi tanpa pisau (VTP).
- 4) Kader dapat membantu petugas kesehatan dalam memberikan edukasi dan mobilisasi (misalnya pemberian kondom).

#### **d. Pelayanan Penyakit Akibat Kerja**

- 1) **Penyakit Akibat Kerja** adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan/atau lingkungan kerja.
- 2) Sasaran adalah seluruh pekerja sektor formal dan informal yang telah didiagnosis klinis penyakit yang dicurigai ada hubungannya dengan pekerjaan dan lingkungan kerjanya
- 3) Tempat pelayanan:
  - a) Penyakit akibat kerja yang spesifik pada jenis pekerjaan tertentu yang dapat ditegakkan di FKTP, termasuk gangguan atau penyakit yang

disebabkan oleh kecelakaan kerja.

- b) Penyakit Akibat Kerja yang spesifik pada jenis pekerjaan tertentu merupakan Penyakit Akibat Kerja yang sudah ditetapkan daftar diagnosisnya (Tabel 4) dan langsung dapat ditegakkan di Puskesmas/FKTP dan/atau Rumah Sakit oleh dokter atau dokter spesialis yang berkompeten di bidang tata laksana penyakit akibat kerja sesuai dengan kewenangan masing-masing dan ketentuan perundang-undangan

4) Metode Penegakan Diagnosis

Dilaksanakan dengan pendekatan 7 (tujuh) langkah yang meliputi:

- a) Penentuan diagnosis klinis
- b) Penentuan pajanan yang dialami pekerja di tempat kerja
- c) Penentuan hubungan antara pajanan dengan diagnosis klinis
- d) Penentuan besarnya pejana selama ditempat kerja
- e) Penentuan faktor individu yang berperan
- f) Penentuan faktor lain di luar tempat kerja
- g) Penetapan diagnosis Penyakit akibat Kerja

5) Interpretasi hasil

Kategori penetapan diagnosis penyakit akibat kerja terdiri dari:

- a) Penyakit Akibat Kerja yang spesifik pada jenis pekerjaan tertentu; dan
- b) Dugaan Penyakit Akibat Kerja
- c) Dugaan Penyakit Akibat Kerja merupakan penyakit yang diduga disebabkan oleh pekerjaan dan/atau lingkungan kerja.

6) Tata Laksana

Tata laksana Penyakit Akibat Kerja dilakukan sesuai dengan kebutuhan medis, yang meliputi:

- a) tata laksana medis; dan
- b) tata laksana okupasi baik untuk individu maupun komunitas.

7) Rujukan

Apabila Fasilitas Pelayanan Kesehatan tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan Penyakit Akibat Kerja sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan wajib merujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang memiliki kompetensi sesuai sistem rujukan.

8) Intervensi lanjut

Untuk Penegakan diagnosis Penyakit Akibat Kerja pada dugaan Penyakit Akibat Kerja dilakukan di Rumah sakit.

### 3. Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia

Selain pelayanan yang memiliki prinsip yang sama antara usia dewasa dan lanjut usia sebelumnya, terdapat pelayanan yang khusus ditujukan bagi lanjut usia, yaitu:

Tabel 29. Pelayanan Kesehatan Lansia

<b>Pelayanan Lanjut Usia</b>					
<b>Sasaran Masalah Kesehatan</b>	<b>Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Unit Pemberi Layanan</b>			
		<b>Puskesmas</b> (Kecamatan)	<b>Pustu</b> (Desa/Kelurahan)	<b>Posyandu</b> (Dusun/RT/RW)	<b>Kunjungan Rumah</b> (Rumah/Masyarakat)
Penurunan fungsi dan metabolisme tubuh (PM, PTM, demensia, keterbatasan aktivitas fisik, tingkat ketergantungan)	Skrining geriatri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perilaku berisiko;</li> <li>• BB, TB (atau LiLA dan Lingkar betis), LP, IMT, TD;</li> <li>• Skrining Aktifitas Kehidupan Sehari-hari (AKS/ADL) dan skrining lansia sederhana (SKILAS),</li> <li>• Tindak lanjut SKILAS dengan Mini Cog, SPPB, RAPUH, MNA-SF, GDS-4, Snellen chart/E-chart dan Tes Bisik/Garputala</li> <li>• pemeriksaan laboratorium (gula darah, kolesterol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnesa perilaku berisiko;</li> <li>• BB, TB (atau LiLA dan Lingkar betis), LP, IMT, TD;</li> <li>• Skrining Aktifitas Kehidupan Sehari-hari (AKS/ADL) dan skrining lansia sederhana (SKILAS),</li> <li>• pemeriksaan laboratorium (gula darah, kolesterol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnesa perilaku berisiko;</li> <li>• BB, TB (atau LiLA dan Lingkar betis), LP, IMT, TD;</li> <li>• Skrining Aktifitas Kehidupan Sehari-hari (AKS/ADL) dan skrining lansia sederhana (SKILAS),</li> <li>• pemeriksaan laboratorium (gula darah, kolesterol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan lansia mendapatkan pelayanan skrining</li> <li>• Edukasi keluarga</li> <li>• Asuhan Keperawatan di rumah (perawatan jangka panjang)</li> </ul>
		Perawatan lanjut usia di rumah (Home Care)	Koordinasi dengan tim dalam rencana tindakan/intervensi keperawatan dan melakukan rujukan sesuai kondisi lanjut usia		

#### a. Skrining Geriatri

##### 1) Pelaksanaan Skrining

- a) Sasaran: seluruh lanjut usia umur 60 tahun ke atas ( $\geq 60$  tahun)
  - b) Frekuensi: dilakukan minimal 1 tahun sekali
  - c) Tempat pelaksanaan: Puskesmas, Pustu, Posyandu
  - d) Metode:
    - (1) Pemeriksaan status fungsional/aktifitas kehidupan sehari-hari dan skrining lansia sederhana (SKILAS), menggunakan instrument Activity Daily Living (ADL)/ Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) dan instrument skrining lansia sederhana (Formulir 5).
    - (2) Skrining dilakukan pada saat lanjut usia kontak pertama kali dengan petugas kesehatan di puskesmas atau Pustu atau dengan kader di Posyandu.
- 2) Interpretasi hasil:
- a) Hasil pemeriksaan skrining ADL/AKS, jika skor:
    - 20 : Mandiri (A)
    - 12-19: Ketergantungan ringan (B)
    - 9-11 : Ketergantungan sedang (B)
    - 5-8 : Ketergantungan berat (C)
    - 0-4 : Ketergantungan total (C)
  - b) Hasil pemeriksaan skrining lansia sederhana (SKILAS):  
jika ditemukan 1 atau lebih penurunan kapasitas intriksik (satu atau lebih yang dicentang), maka skrining dilanjutkan oleh petugas kesehatan berdasarkan penurunan kapasitas intrinsik yang ditemui sesuai alur asuhan lanjutan.
- 3) Intervensi lanjut:
- a) Puskesmas dan Pustu
    - Anamnesa perilaku berisiko, pengukuran BB, TB (ukur LiLA dan lingkar betis apabila tidak dapat dilakukan BB, TB), Indeks Masa Tubuh (IMT), Lingkar Perut, Tekanan Darah, skrining ADL/AKS, skrining lansia sederhana/SKILAS serta pemeriksaan laboratorium gula darah dan kolesterol. Hasil skrining ditindaklanjuti dan ditatalaksana sesuai dengan hasil pemeriksaan.
      - (1) Jika hasil pemeriksaan skrining ADL ditemukan:

- (a) lanjut usia sehat dan mandiri atau lanjut usia sehat dengan ketergantungan ringan, dapat mengikuti program lansia di ruangan tertentu/ruang kegiatan lansia dengan berbagai aktifitas seperti latihan fisik, stimulasi kognitif, edukasi/konseling, PMT, penyuluhan, interaksi sosial. Setelah itu pasien dapat pulang.
- (b) Lanjut usia sehat dengan ketergantungan sedang, berat atau total, maka harus mengikuti program layanan perawatan di rumah (homecare), dapat melibatkan pelaku rawat/pendamping/caregiver atau dirujuk ke Rumah Sakit.
- (c) Lanjut usia paska rawat 2 minggu pertama, lanjut usia yang memerlukan asuhan nutrisi, lansia yang memerlukan pendampingan, memiliki masalah psiko-kognitif dengan status fungsional mandiri dapat dilayani di ruang kegiatan, sedangkan lansia dengan derajat ketergantungan ringan sampai sedang harus dipantau dokter selama mengikuti program di ruang kegiatan.
- (2) Jika hasil pemeriksaan skrining lansia sederhana ditemukan satu atau lebih penurunan kapasitas intrinsik, maka dilakukan skrining lanjutan oleh petugas kesehatan berdasarkan penurunan kapasitas intrinsik yang ditemukan sesuai alur asuhan lanjutan menggunakan instrumen Geriatric Depression Scale 4 (GDS-4). Mini Cog/AMT, RAPUH, SPPB, dan Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), dst. Rangkuman instrumen ICOPE di Puskesmas sebagai tindak lanjut SKILAS.

Tabel 30. Rangkuman instrument ICOPE di Puskesmas

NO	PENURUNAN KAPASITAS INSTRINSIK	INSTRUMEN
1	Penurunan Kognitif	Mini-Cog/AMT
2	Keterbatasan Mobilitas	Short Physical Performance Battery (SPBB)
3	Malnutrisi	MNA SF Skrining R.A.P.U.H
4	Gangguan Penglihatan	Tes Penglihatan dengan Bagan Mata Sederhana WHO
5	Gangguan Pendengaran	Tes Bisik
6	Gejala Depresi	Geriatric Depression Scale (GDS-4)
7	Status Fungsional	Activity Daily Living (ADL)
8	Sarcopenia	Kuesioner SARC-Calf

- (3) Jika hasil skrining ADL dan SKILAS meragukan atau tidak dapat ditangani di Puskesmas, maka dilakukan rujukan ke Rumah Sakit
- b) Kegiatan Posyandu
- 1) Skrining kesehatan pada Lanjut usia berupa anamnesa perilaku berisiko, pengukuran BB, TB (LiLA dan lingkar betis apabila tidak dapat dilakukan BB, TB), Indeks Masa Tubuh (IMT), Lingkar Perut, Tekanan Darah, pemeriksaan laboratorium sederhana (gula darah, kolesterol), serta skrining ADL/AKS dan SKILAS.
  - 2) Kegiatan aktivitas fisik (senam, jalan sehat), konseling, penyuluhan, pemberdayaan lanjut usia, pemberian PMT, kegiatan lintas sektor.
  - 3) Jika hasil skrining ADL/AKS ditemukan:
    - lanjut usia sehat dan mandiri, dapat mengikuti kegiatan di posyandu seperti aktifitas fisik, stimulasi kognitif, edukasi/konseling, PMT, penyuluhan, interaksi sosial, rekreasi, dll.
    - Lanjut usia sehat dengan ketergantungan ringan, sedang, berat atau total, maka dirujuk ke Pustu/Puskesmas.
  - 4) Jika hasil pemeriksaan skrining SKILAS ditemukan satu atau lebih penurunan kapasitas intrinsik, maka dilakukan skrining lanjutan oleh petugas kesehatan di Pustu atau puskesmas berdasarkan penurunan kapasitas intrinsik yang ditemukan sesuai alur asuhan lanjutan.
  - c) Kunjungan rumah dilakukan oleh kader bagi lansia yang tidak datang atau belum mau datang atau dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat dengan memastikan lansia mendapatkan layanan skrining dan memberikan edukasi pada keluarga.
- 4) Skrining geriatri dapat dilakukan oleh dokter, perawat, tenaga gizi dan tenaga kesehatan lainnya yang terlatih.
- 5) Pasien geriatri yang bisa ditangani di puskesmas adalah pasien geriatri dengan penyakit yang bisa ditangani sesuai kompetensi dokter umum.

**b. Perawatan Lanjut Usia di Rumah (*Home Care*)**

- 1) Sasaran: seluruh lanjut usia umur 60 tahun ke atas ( $\geq 60$  tahun) dengan tingkat ketergantungan sedang, berat atau total

- 2) Tempat pelaksanaan: di rumah oleh tenaga kesehatan/kader/keluarga/relawan/pekerja sosial, dll
- 3) Program asuhan keperawatan lanjut usia di rumah ditujukan untuk:
  - a) memberikan pelayanan kesehatan pada pasien lanjut usia yang tidak mampu secara fungsional untuk mandiri di rumah namun tidak terdapat indikasi untuk dirawat di rumah sakit dan secara teknis sulit untuk berobat jalan di Puskesmas.
  - b) Mengatasi keluhan/gejala/respon klien terhadap penyakit.
  - c) Mempertahankan kemandirian dan kemampuan klien berfungsi
  - d) Memberikan bimbingan dan petunjuk pengelolaan perawatan pasien di rumah.
  - e) Membantu pasien dan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas sehari-hari.
  - f) Identifikasi masalah keselamatan dan keamanan lingkungan  
Menyediakan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar klien dan keluarga.
  - g) Identifikasi sumber yang ada di masyarakat untuk memenuhi kebutuhan klien/keluarga.
  - h) Mengkoordinir pemenuhan kebutuhan pelayanan klien.
  - i) Meningkatkan kemandirian keluarga dalam melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatan anggota.
- 4) Kasus Prioritas yang perlu dilakukan Asuhan Keperawatan di Rumah:
  - a) Lanjut usia dengan masalah kesehatan:
    - Penyakit degeneratif
    - Penyakit kronis
    - Gangguan fungsi atau perkembangan organ
    - Kondisi paliatif
  - b) Lanjut usia risiko tinggi dengan faktor resiko usia atau masalah kesehatan
    - Lanjut usia terlantar
    - Lanjut usia paska pelayanan rawat inap (hospitalisasi)

## BAB VI

### KLASTER PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR

Penanggulangan penyakit menular ditujukan untuk melindungi masyarakat dari penularan penyakit, menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit menular, dan mengurangi dampak sosial, budaya, dan ekonomi akibat penyakit menular pada individu, keluarga, dan masyarakat.

Strategi dalam penyelenggaraan penanggulangan penyakit menular meliputi mengutamakan pemberdayaan masyarakat, mengembangkan jejaring kerja, koordinasi, dan kemitraan serta kerja sama lintas program, lintas sektor, dan internasional, meningkatkan penyediaan sumber daya dan pemanfaatan teknologi, mengembangkan sistem informasi dan meningkatkan dukungan penelitian dan pengembangan. **Strategi penanggulangan penyakit menular** di atas dilakukan melalui kegiatan:

1. promosi kesehatan;
2. surveilans kesehatan;
3. pengendalian faktor risiko;
4. penemuan kasus;
5. penanganan kasus;
6. pemberian kekebalan (imunisasi);
7. pemberian obat pencegahan secara massal.

**Prioritas dalam penanggulangan penyakit menular** tertuju pada:

1. penyakit endemis, diantaranya DBD, Malaria,
2. penyakit menular potensial KLB/wabah, diantaranya Dengue, Kolera.
3. penyakit dengan angka kematian tinggi, diantaranya Rabies, Tetanus neonatorum, Difteri, TBC.
4. penyakit yang memiliki dampak sosial, ekonomi, politik, dan ketahanan yang luas, diantaranya COVID-19, flu burung.
5. penyakit yang menjadi sasaran reduksi, eliminasi, dan eradicasi global, diantaranya PD3I (Campak, Polio, Difteri, Pertusis), Dengue, Malaria.

#### A. Kegiatan Klaster Penanggulangan Penyakit Menular

1. Kegiatan dalam klaster penanggulangan penyakit menular mengacu pada upaya **pencegahan, kewaspadaan dini, dan respon**. Ketiga upaya tersebut dalam pelaksanaannya **diintegrasikan** dengan kegiatan **klaster siklus hidup** (klaster 2 dan 3) didukung dengan laboratorium.

2. Untuk **memutus mata rantai penularan**, maka perlu dilakukan **Penyelidikan Epidemiologi (PE)** yang bertujuan untuk mengambil dan mengumpulkan data dan informasi kesehatan dari populasi rentan yang mungkin tertular serta tempat-tempat yang diduga sebagai sumber penularan penyakit. Oleh karena itu diperlukan koordinasi dan kolaborasi berbagai pihak untuk memastikan adanya pembagian peran, pemetaan dan pembagian sumber daya.
3. Petugas kesehatan yang melakukan penyelidikan epidemiologi penyakit menular harus memperhatikan **prinsip-prinsip** penularan penyakit antara lain: **masa inkubasi penyakit, cara penularan penyakit, gejala dan tanda, serta upaya pencegahan/ perlindungan diri** seperti: menggunakan alat pelindung diri (APD), menggunakan *repellent*, intervensi kesehatan lingkungan dan lain-lain.
4. Tindak lanjut hasil dari penyelidikan epidemiologi oleh petugas klaster 4 yaitu tatalaksana klinis kasus dan suspek serta pemberian terapi pencegahan penyakit menular ditangani oleh petugas klaster siklus hidup sesuai dengan SOP dan PPK masing-masing penyakit. Pelaksanaannya dapat melibatkan klaster 4.
5. Klaster 4 wajib melakukan **pencatatan dan pelaporan** kasus Penyakit Menular dan upaya penanggulangannya. Jika ada indikasi terjadinya KLB/wabah/KKM maka perlu segera dilakukan verifikasi dan wajib menyampaikan laporan selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam. Dalam hal tidak ada indikasi terjadinya KLB/wabah maka tetap dilaporkan sesuai SOP.
6. Di bawah ini adalah salah satu contoh yang menggambarkan tentang tindak lanjut yang dilaksanakan klaster 4 saat ditemukan kasus TBC pada klaster siklus hidup. Skrining, penegakan diagnosis yang ditunjang oleh pemeriksaan laboratorium hingga tata laksana sesuai SOP yang telah dilaksanakan oleh klaster siklus hidup akan ditindaklanjuti klaster 4 dengan kegiatan:
  - a. Memantau dan menganalisis data PWS terkait beban penyakit dan cakupan pelayanan TBC.
  - b. Merencanakan dan melaksanakan tindak lanjut yang diperlukan, yaitu:
    - 1) Bekerja sama dengan Pustu sebagai jaringan di tingkat desa:
      - a) Melaksanakan investigasi kontak terhadap kontak serumah dan kontak erat bersama kader Posyandu setempat.

- b) Pemantauan minum obat
  - c) Pelacakan kasus putus obat
  - d) Pemantauan faktor risiko lainnya
  - e) edukasi terkait informasi dasar tentang TBC (cara penularan, cara pencegahan, pengobatan, dan lain-lain)
  - f) Investigasi dan atau intervensi kualitas lingkungan (rumah tinggal, sarana sanitasi dan air minum, hygiene perorangan).
- 2) Kunjungan rumah oleh nakes/kader
- a) Penemuan kasus aktif dengan investigasi kontak
  - b) Pengawasan minum obat
  - c) Pelacakan kasus putus obat
  - d) Pemantauan faktor risiko lainnya
  - e) edukasi terkait informasi dasar terkait TBC (cara penularan, cara pencegahan, pengobatan, dan lain-lain)
- c. Melakukan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan
- d. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan

## B. Pengawasan Kualitas Lingkungan

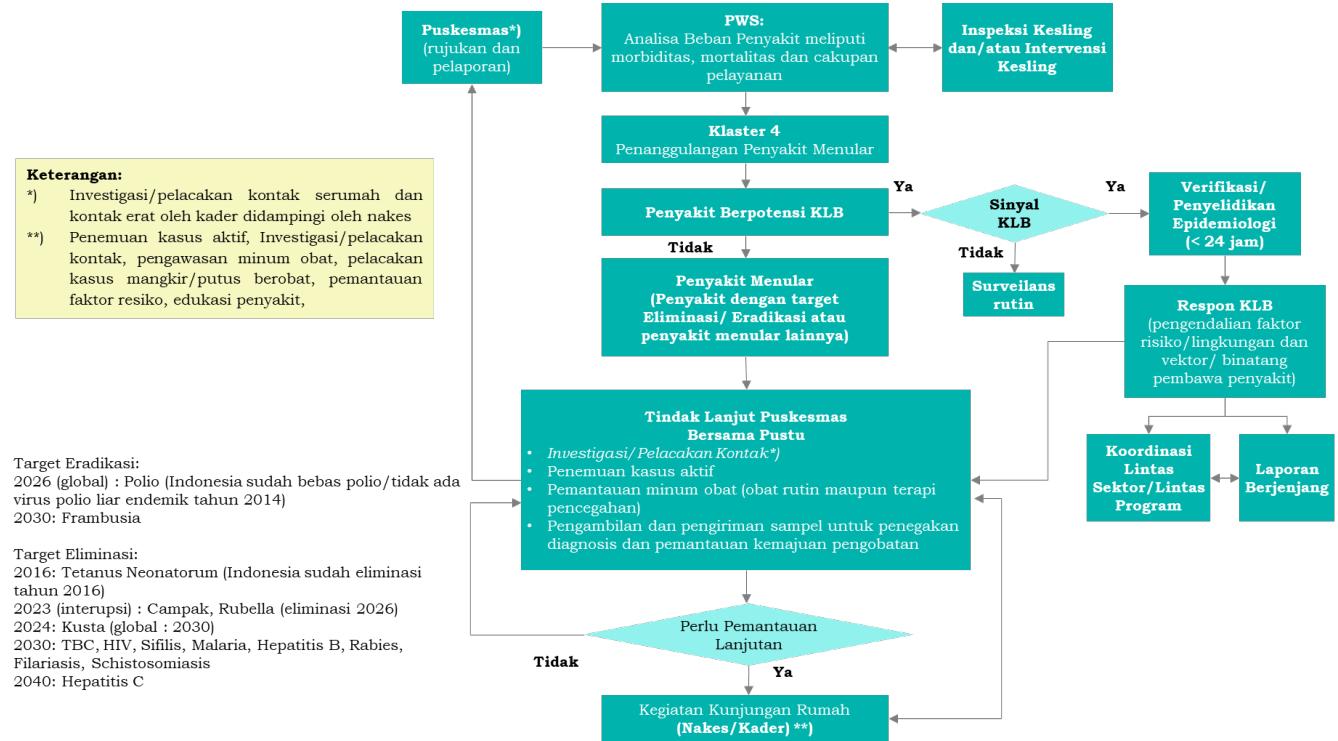
Pengawasan kualitas lingkungan dilakukan dalam rangka pencegahan dan penanggulangan penyakit menular berbasis lingkungan. Pengawasan kualitas lingkungan dilakukan melalui inspeksi kesehatan lingkungan/IKL (pengamatan fisik dan/atau pemeriksaan sampel) serta intervensi lingkungan, pada lokus perumahan, tempat dan fasilitas umum (TFU), tempat pengelolaan pangan, dan kawasan dengan melihat:

1. **Media air:** pengawasan kualitas air minum pada rumah tangga untuk pencegahan penularan penyakit menular melalui air seperti Hepatitis A
2. **Media udara:** pengawasan kualitas lingkungan limbah faskes untuk pencegahan penularan penyakit menular melalui udara seperti TBC
3. **Media tanah:** pengawasan kualitas lingkungan limbah faskes untuk pencegahan penularan penyakit menular melalui tanah seperti antrax, kecacingan
4. **Media pangan:** pengawasan kualitas dan keamanan pangan pada tempat pengelolaan pangan, depot air minum untuk pencegahan penularan penyakit menular melalui pangan seperti Hepatitis A, disentri, kolera

5. **Media sarana dan bangunan:** pengawasan kualitas lingkungan pada tempat fasilitas umum dan Kawasan untuk pencegahan penularan penyakit menular melalui sarana bangunan seperti TBC

## C. Alur Kerja Klaster Penanggulangan Penyakit Menular

### 1. Mekanisme Kerja Klaster 4 (Penanggulangan Penyakit Menular)



Gambar 32. Alur Kerja Klaster Penanggulangan Penyakit Menular

**Alur mekanisme kerja klaster 4 adalah sebagai berikut:**

- Petugas memantau data PWS: morbiditas dan mortalitas penyakit menular dan cakupan pelayanan di wilayah kerja Puskesmas.
- Setiap kasus penyakit menular dinilai apakah berpotensi KLB atau bukan.
- Penyakit berpotensi KLB/wabah (daftar penyakit tercantum pada Tabel 31) dilaporkan ke dalam aplikasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) oleh Petugas Surveilans Puskesmas.
- Di dalam SKDR, jika jumlah kasus melebihi parameter yang telah ditetapkan maka akan muncul “Sinyal KLB” yang dapat tertangkap oleh petugas surveilans di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi maupun di Pusat.
- Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota segera melakukan verifikasi dan melakukan tindak lanjut penyelidikan epidemiologi dalam waktu < 24 jam, penelusuran kontak erat, pengendalian faktor risiko dan lingkungan/vektor/binatang pembawa penyakit termasuk pemeriksaan laboratorium serta pemberian imunisasi (untuk KLB Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi/PD31).
- Di dalam melakukan respon KLB ini diperlukan koordinasi dengan lintas sektor dan lintas program serta disusun laporan berjenjang. Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon ini dibangun untuk mencegah kejadian dan perluasan KLB di suatu wilayah
- Klaster 4 melakukan kegiatan dengan melibatkan Pustu dan kader serta lintas sektor terkait lainnya.

## 2. Jenis Penyakit Menular yang Dapat Menimbulkan Wabah

Di bawah ini adalah beberapa penyakit berpotensi KLB/Wabah

Tabel 31. Jenis Penyakit Menular Yang Dapat Menimbulkan Wabah

Penyakit	Kode	ICD 10
Diare Akut	A	A09
Malaria Konfirmasi	B	B51, B52, B53, B54
Suspek Dengue	C	A90, A91
Pneumonia	D	J13, J14, J15, J16, J17, J18
Diare Berdarah/Disentri	E	A03, A06
Suspek Demam Tifoid	F	A01, A02, A75
Sindroma Jaundice Akut	G	A95, B15, B17.9, R17
Suspek Chikungunya	H	A92
Suspek Flu Burung Pada Manusia	J	J09, J10, J11
Suspek Campak	K	B05, B06
Suspek Difteri	L	A36
Suspek Pertusis	M	A37.9
AFP	N	A80, G54, G56, G57, G61, G62, G63, G70, G71, G72, G73, G81, G82, G83, E876
Gigitan Hewan Penular Rabies	P	A82.9, Z20.3, W54, W55
Suspek Antraks	Q	A22
Suspek Leptospirosis	R	A27.9
Suspek Kolera	S	A00.9
Kluster Penyakit Yang Tidak Lazim	T	
Suspek Meningitis/Encephalitis	U	G03.9, G04.9
Tetanus Neonatorum	V	A33
Suspek Tetanus	W	A35
Influenza Like Illness (ILI)	Y	J09, J10, J11

<b>Penyakit</b>	<b>Kode</b>	<b>ICD 10</b>
Suspek HFMD	Z	B08.4
Suspek Covid-19	AC	U07.1, U07.2, B34.2

Sumber: Pedoman SKDR

### 3. Paket Pelayanan Penanggulangan Penyakit Menular

Rincian kegiatan penanggulangan penyakit menular yang dilakukan di Puskesmas, Pustu, Posyandu dan kunjungan rumah oleh kader dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 32. Paket Pelayanan Penanggulangan Penyakit Menular

Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Delivery Unit			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
<b>Penularan penyakit: NTD, menular langsung, zoonotic, tular vektor, PD3I, Penyakit Potensial KLB lainnya</b>	Edukasi penyakit menular	Edukasi penyakit menular	Edukasi penyakit menular	Edukasi penyakit menular	Edukasi penyakit menular
	Inspeksi Kesehatan Lingkungan/IKL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengamatan fisik lingkungan</li> <li>• Pengukuran parameter media lingkungan</li> <li>• Uji lab (pengambilan dan pengujian sampel) insitu dan di lab</li> <li>• Analisis risiko kesehatan lingkungan</li> </ul>	-	-	Pengamatan fisik lingkungan (kader bersama nakes)
	Pengendalian faktor risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbaikan kualitas media lingkungan</li> <li>• Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit</li> </ul>	Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit	Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit	Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit

Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Delivery Unit			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
	Intervensi kesehatan lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KIE</li> <li>• Penggerakan/pemberdayaan masyarakat/pemicuan</li> <li>• Perbaikan dan pembangunan sarana</li> <li>• Pengembangan teknologi tepat guna</li> <li>• Rekayasa lingkungan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbaikan dan pembangunan sarana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbaikan dan pembangunan sarana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penggerakan/pemberdayaan masyarakat/pemicuan (bersama nakes)</li> <li>• Perbaikan dan pembangunan sarana</li> </ul>
	Penemuan kasus	Penemuan kasus aktif dan pasif	Penemuan kasus aktif dan pasif	Penemuan kasus aktif	Penemuan kasus aktif
	Survey kontak (investigasi/pelacakan kontak/tracing)	Survey kontak (investigasi/ pelacakan kontak/tracing)	Survey kontak (investigasi/ pelacakan kontak/ tracing)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survey kontak (investigasi/tracing)</li> </ul>
	Verifikasi/Penyelidikan epidemiologi	Verifikasi/Penyelidikan epidemiologi	Verifikasi/Penyelidikan epidemiologi	-	-
	Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunisasi rutin dan tambahan</li> <li>• Outbreak response immunization (ORI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunisasi rutin dan tambahan</li> <li>• Outbreak response immunization (ORI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunisasi rutin dan tambahan</li> <li>• Outbreak response immunization (ORI)</li> </ul>	-
	Pencegahan massal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian obat secara massal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian obat secara massal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian obat secara massal</li> </ul>	-
	Respon KLB/wabah:	Respon KLB/wabah:	Respon KLB/wabah:	Respon KLB:	Respon KLB:

<b>Sasaran Masalah Kesehatan</b>	<b>Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Delivery Unit</b>			
		<b>Puskesmas (Kecamatan)</b>	<b>Pustu (Desa/ Kelurahan)</b>	<b>Posyandu (Dusun/RT/RW)</b>	<b>Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengendalian faktor risiko/ lingkungan/ vektor dan binatang pembawa penyakit,</li> <li>• Pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengendalian faktor risiko/ lingkungan/ vektor dan binatang pembawa penyakit,</li> <li>• Pengambilan spesimen klinis dan sampel lingkungan, vektor dan BPP untuk pemeriksaan laboratorium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengendalian faktor risiko/ lingkungan/ vektor dan binatang pembawa penyakit</li> <li>• Pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemantauan dan pengendalian faktor risiko/ lingkungan/ vektor dan binatang pembawa penyakit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemantauan dan pengendalian faktor risiko/ lingkungan/ vektor dan binatang pembawa penyakit</li> </ul>

## BAB VII

### LINTAS KLASTER

Lintas klaster adalah pelayanan kesehatan yang dilaksanakan untuk mendukung pemberian paket pelayanan pada klaster ibu dan anak (klaster 2), klaster usia dewasa dan lanjut usia (klaster 3), serta klaster penanggulangan penyakit menular (klaster 4) di Puskesmas.

Penanggung jawab pelayanan lintas klaster, bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klaster siklus hidup, dalam bentuk:

#### A. Pelayanan gawat darurat

**Pelayanan Kegawatdaruratan** merupakan tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Sedangkan **Pasien Gawat Darurat** adalah orang yang berada dalamancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera. Penanganan pada pasien dengan keadaan tersebut perlu dilakukan secara cepat dan tepat agar dapat menyelamatkan nyawa atau mencegah kecacatan pada pasien.

Pelayanan Kegawatdaruratan harus memenuhi **kriteria kegawatdaruratan**. Kriteria kegawatdaruratan antara lain, yaitu: a) mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan; b) adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi; c. adanya penurunan kesadaran; d. adanya gangguan hemodinamik; dan/atau e. memerlukan tindakan segera.

Pelayanan kegawatdaruratan **wajib** diberikan oleh Puskesmas baik **rawat inap** dan **non rawat inap** sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan gawat darurat dilaksanakan dalam **ruangan khusus** dengan standar sesuai peraturan yang berlaku. Dalam memberikan Pelayanan kegawatdaruratan yang optimal Puskesmas perlu memenuhi SDM, sarana prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Pelayanan yang diberikan sesuai dengan **kemampuan dan standar pelayanan** yang berlaku di **Puskesmas** yang meliputi meliputi pelayanan:

#### 1. Triase

Memilah Pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit. Dimana dilakukan pemberlakuan sistem prioritas dengan penentuan/penyeleksian Pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa

yang timbul berdasarkan: a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit, b) Dapat mati dalam hitungan jam, c) Trauma ringan dan d) Sudah meninggal.

## 2. Survei primer

Penilaian awal, resusitasi dan stabilisasi

## 3. Survei sekunder

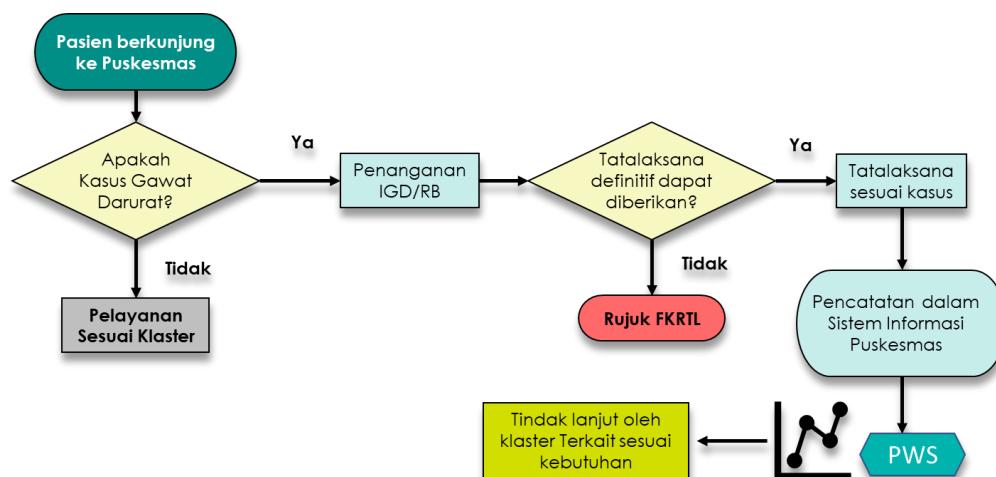
Pemeriksaan lanjutan sesuai kebutuhan

## 4. Tatalaksana definitif

Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap Pasien

## 5. Rujukan

Jika tindak lanjut penanganan terhadap Pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan di Puskesmas



Gambar 33. Peran Pelayanan Kegawatdaruratan dalam Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer

## B. Pelayanan Kefarmasian

Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian mengatur tentang Pengelolaan sediaan farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan Pelayanan Farmasi Klinis. **Tujuan** dari pengaturan tersebut untuk a. meningkatkan **mutu** pelayanan kefarmasian; b. menjamin **kepastian hukum** bagi tenaga kefarmasian; c. **melindungi** pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien.

### 1. Pengelolaan Sediaan Farmasi dan BMHP

#### a. Perencanaan

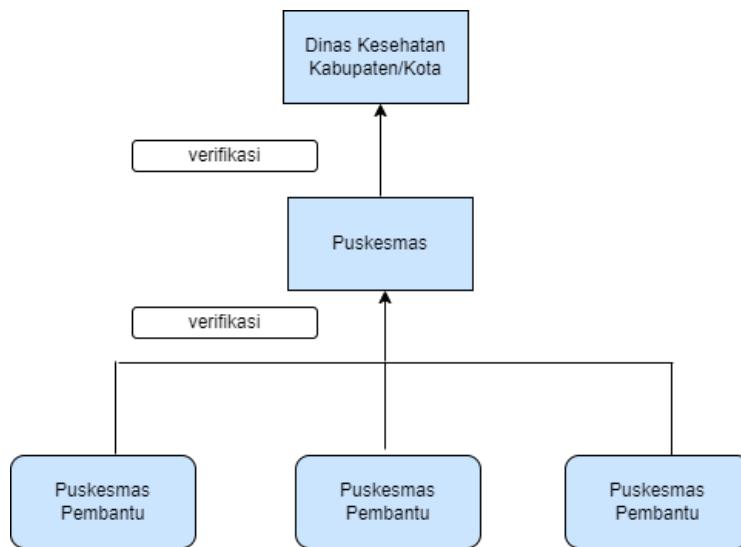
Perencanaan kebutuhan sediaan farmasi dan BMHP di

puskesmas **setiap periode**, dilaksanakan oleh **apoteker atau tenaga teknis kefarmasian (TTK) pengelola ruang farmasi**. Perencanaan obat yang baik dapat mencegah kekurangan/kekosongan atau kelebihan stok obat dan menjaga ketersediaan obat di puskesmas.

Perencanaan merupakan proses kegiatan seleksi Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai untuk menentukan jenis dan jumlah Sediaan Farmasi dalam rangka pemenuhan kebutuhan Puskesmas

- 1) Tujuan perencanaan adalah untuk mendapatkan:
  - a) perkiraan jenis dan jumlah Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai yang mendekati kebutuhan;
  - b) meningkatkan penggunaan Obat secara rasional; dan
  - c) meningkatkan efisiensi penggunaan Obat
- 2) Proses seleksi Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai
- 3) Dilakukan dengan mempertimbangkan pola penyakit, pola konsumsi Sediaan Farmasi periode sebelumnya, data mutasi Sediaan Farmasi, dan rencana pengembangan. Proses seleksi Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai juga harus mengacu pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan Formularium Nasional. Proses seleksi ini harus melibatkan tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas seperti dokter, dokter gigi, bidan, dan perawat, serta penanggung jawab klaster dan lintas klaster yang berkaitan dengan pengobatan.
- 4) Proses perencanaan kebutuhan Sediaan Farmasi per tahun
- 5) Dilakukan secara berjenjang (bottom-up). Puskesmas diminta menyediakan data pemakaian Obat dengan menggunakan Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO).
- 6) Selanjutnya Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota akan melakukan kompilasi dan analisa terhadap kebutuhan Sediaan Farmasi Puskesmas di wilayah kerjanya, menyesuaikan pada anggaran yang tersedia dan memperhitungkan waktu kekosongan Obat, buffer stock, serta menghindari stok berlebih.
- 7) Perhitungan kebutuhan obat untuk satu periode dapat

dilakukan dengan menggunakan metode konsumsi dan atau metode morbiditas.



Gambar 34. Bagan alur perencanaan kebutuhan sediaan farmasi dan BMHP

b. Pengadaan/Permintaan

Pengadaan obat di puskesmas, dilakukan dengan dua cara yaitu dengan melakukan **permintaan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota** dan **pengadaan mandiri** (pembelian).

1) Permintaan

**Sumber penyediaan obat** di puskesmas berasal dari **Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota**. Obat yang disediakan di Puskesmas harus sesuai dengan Formularium Nasional (FORNAS), Formularium Kabupaten/Kota dan Formularium Puskesmas. Permintaan obat puskesmas diajukan oleh kepala puskesmas kepada kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan menggunakan format LPLPO. Permintaan obat dari sub unit ke kepala puskesmas dilakukan secara periodik menggunakan LPLPO sub unit.

2) Pengadaan mandiri (pembelian)

Pengadaan obat secara mandiri oleh Puskesmas dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

c. Penerimaan

1) Penerimaan sediaan farmasi dan BMHP dari Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (IFK) dan sumber lainnya merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan oleh apoteker atau tenaga teknis

kefarmasian (TTK) penanggungjawab ruang farmasi di puskesmas. Apoteker dan TTK penanggungjawab ruang Farmasi bertanggungjawab untuk memeriksa kesesuaian jenis, jumlah dan mutu obat pada dokumen penerimaan.

- 2) Pemeriksaan mutu meliputi pemeriksaan label, kemasan dan jika diperlukan bentuk fisik obat. Setiap obat yang diterima harus dicatat jenis, jumlah dan tanggal kedaluwarsanya dalam buku penerimaan dan kartu stok obat.

d. Penyimpanan

- 1) Penyimpanan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai merupakan suatu kegiatan pengaturan terhadap Sediaan Farmasi yang diterima agar aman (tidak hilang), terhindar dari kerusakan fisik maupun kimia dan mutunya tetap terjamin, sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.
- 2) Tujuan penyimpanan adalah untuk memelihara mutu sediaan farmasi, menghindari penggunaan yang tidak bertanggungjawab, menjaga ketersediaan, serta memudahkan pencarian dan pengawasan.
- 3) Aspek umum yang perlu diperhatikan pada penyimpanan:
  - a) Persediaan obat dan BMHP puskesmas disimpan di gudang obat yang dilengkapi lemari dan rak -rak penyimpanan obat.
  - b) Suhu dan kelembaban ruang penyimpanan harus dapat menjamin kestabilan obat.
  - c) Sediaan farmasi dalam jumlah besar (bulk) disimpan diatas pallet, teratur dengan memperhatikan tanda-tanda khusus.
  - d) Penyimpanan sesuai alfabet atau kelas terapi dengan sistem, *First Expired First Out (FEFO)*, *high alert (LASA)* dan *life saving* (obat emergensi).
  - e) Sediaan psikotropika dan narkotika disimpan dalam lemari terkunci dan kuncinya dipegang oleh apoteker atau tenaga teknis kefarmasian yang dikuasakan.
  - f) Sediaan farmasi dan BMHP yang mudah terbakar, disimpan di tempat khusus dan terpisah dari obat lain.

Contoh: alkohol, chlor etil dan lain-lain.

- g) Tersedia lemari pendingin untuk penyimpanan obat tertentu yang disertai dengan alat pemantau dan kartu suhu yang diisi setiap harinya.
  - h) Jika terjadi pemadaman listrik, dilakukan tindakan pengamanan terhadap obat yang disimpan pada suhu dingin. Sedapat mungkin, tempat penyimpanan obat termasuk dalam prioritas yang mendapatkan listrik cadangan (genset).
  - i) Obat yang mendekati kedaluwarsa (3 sampai 6 bulan sebelum tanggal kedaluwarsa tergantung kebijakan puskesmas) diberikan penandaan khusus dan diletakkan ditempat yang mudah terlihat agar bisa digunakan terlebih dahulu sebelum tiba masa kedaluwarsa
  - j) Inspeksi/pemantauan secara berkala terhadap tempat penyimpanan obat
- 4) Aspek khusus yang perlu diperhatikan:
- a) **Obat High Alert**
- High Alert adalah obat yang perlu diwaspadai karena menyebabkan terjadinya kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*) dan berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*).
- Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:
- (1) Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan dapat mengakibatkan kematian dan kecacatan seperti insulin, atau obat antidiabetik oral
  - (2) Obat dengan nama, kemasan, label, penggunaan klinik/kelihatan sama (*look alike*) dan bunyi ucapan sama (*sound alike*) biasa disebut LASA atau disebut juga Nama Obat dan Rupa Ucapan Mirip (NORUM). Contoh Tetrasiklin dan Tetrakain
  - (3) Elektrolit konsentrat seperti natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% atau magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40% atau lebih

**b) Obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor**

Tempat penyimpanan narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi wajib menjamin, keamanan, khasiat, dan mutu.

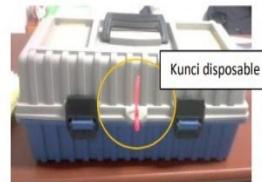
Tempat penyimpanan narkotika, psikotropika berupa lemari khusus dengan persyaratan:

- (1) terbuat dari bahan yang kuat;
- (2) tidak mudah dipindahkan dan mempunyai 2 (dua)
- (3) buah kunci yang berbeda, satu kunci dipegang apoteker penanggung jawab, satu kunci lainnya dipegang oleh tenaga teknis kefarmasian/ tenaga Kesehatan lain yang dikuasakan.
- (4) Apabila apoteker penanggung jawab berhalangan hadir dapat menguasakan kunci kepada tenaga kefarmasian/tenaga kesehatan lain
- (5) diletakkan di tempat yang aman dan tidak terlihat oleh umum, dan kunci lemari khusus dikuasai oleh apoteker penanggung jawab/apoteker

**c) Obat Kegawatdaruratan Medis**

- (1) Penyimpanan obat kegawatdaruratan medis harus diperhatikan dari sisi kemudahan, ketepatan dan kecepatan reaksi bila terjadi kegawatdaruratan. Obat kegawatdaruratan medis digunakan pada saat emergensi dan ditempatkan di ruang pemeriksaan, kamar suntik, poli gigi, ruang imunisasi, ruang bersalin dan di Instalasi Gawat Darurat,
- (2) Keamanan persediaan obat emergensi harus terjamin keamanannya baik dari penyalahgunaan, keteledoran maupun dari pencurian oleh oknum, sehingga dan seharusnya tempat penyimpanan obat harus dikunci semi permanen atau yang dikembangkan sekarang disegel dengan segel yang memiliki nomor seri tertentu atau sering kita sebut segel beregister yang nomor serinya berbeda-beda. Segel tersebut hanya dapat digunakan sekali/disposable artinya ketika segel dibuka, segel

tersebut menjadi rusak sehingga tidak bisa dipakai lagi.



Gambar 35. Kit Emergensi dilengkapi kunci pengaman disposibel



Gambar 36. Tas emergensi dilengkapi kunci pengaman disposibel

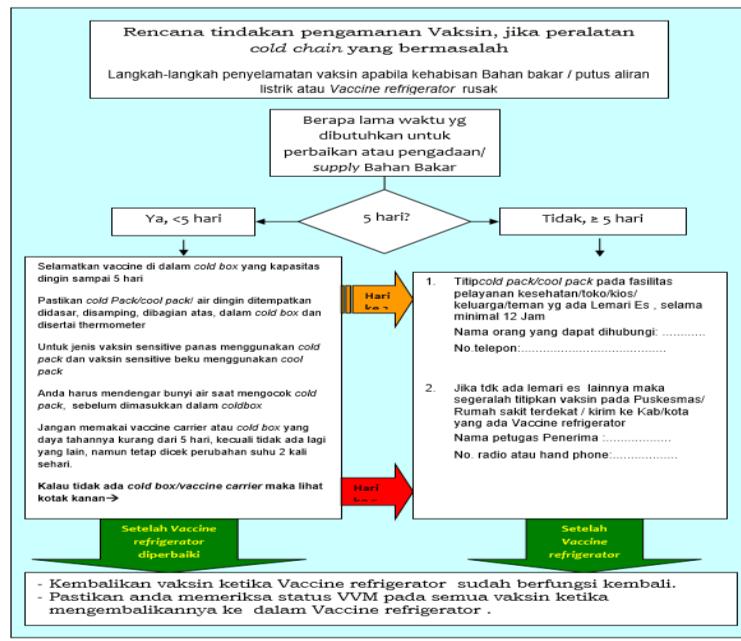
**d) Penyimpanan vaksin**

- (1) Penyimpanan vaksin merupakan suatu kegiatan pengaturan terhadap vaksin yang diterima agar aman, terhindar dari kerusakan fisik maupun kimia dan mutunya dipertahankan sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan hingga pada saat digunakan. Vaksin merupakan bahan biologis yang mudah rusak sehingga
- (2) Harus disimpan pada suhu tertentu (pada suhu 2°C -8°C) di dalam *vaccine refrigerator*.

VAKSIN	PROVINSI	KAB/KOTA	PKM/PUSTU	Bides/UPK
	MASA SIMPAN VAKSIN			
POLIO	-15°C s.d. -25 °C		+1 MG	1 BLN+ 1 MG
DPT-HB-Hib				
DT				
BCG				
CAMPAK				
Td				
IPV				
Hepatitis B		2°C s.d. 8°C		Suhu ruang

Gambar 37. Penyimpanan vaksin

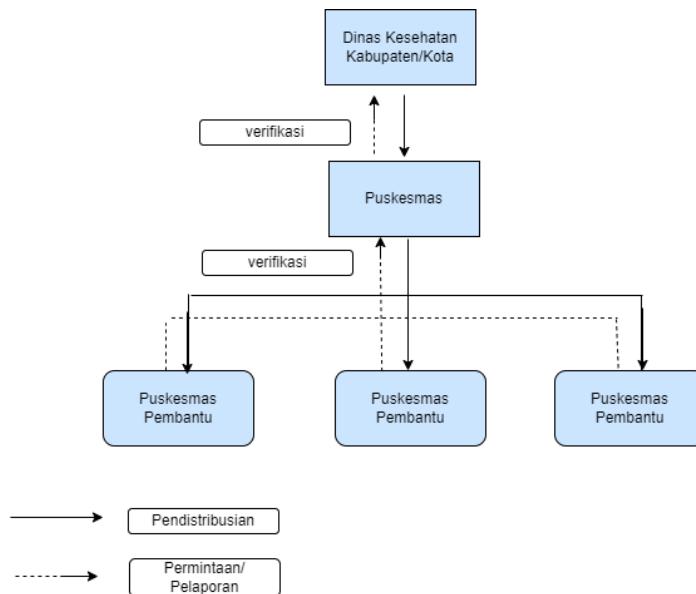
- (3) Dalam kondisi tertentu seperti adanya pemadaman listrik, peralatan cold chain yang bermasalah perlu dilakukan tindakan penyelamatan vaksin supaya dapat mempertahankan suhu vaksin seoptimal mungkin.



Gambar 38. Langkah-langkah penyelamatan vaksin pada keadaan tertentu

e. Pendistribusian

- 1) Pendistribusian Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai merupakan kegiatan pengeluaran dan penyerahan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai secara merata dan teratur untuk memenuhi kebutuhan sub-sub unit Puskesmas dan jaringannya.
- 2) Penentuan frekuensi distribusi dengan mempertimbangkan jarak distribusi dan biaya distribusi yang tersedia sedangkan penentuan jumlah dan jenis obat yang diberikan dengan mempertimbangkan pemakaian rata-rata per periode untuk setiap jenis obat, sisa stok, pola penyakit dan jumlah kunjungan di masing-masing jaringan pelayanan puskesmas.
- 3) Dalam melaksanakan penyerahan obat ke sub unit puskesmas (misalnya puskesmas pembantu), obat diserahkan bersama-sama dengan form LPLPO sub unit yang ditandatangani oleh penanggung jawab jaringan pelayanan puskesmas dan pengelola obat puskesmas sebagai penanggung jawab pemberi obat serta kepala puskesmas.



Gambar 39. Bagan Pendistribusian Sediaan Farmasi dan BMHP

f. Pemusnahan dan Penarikan

- 1) Penarikan sediaan farmasi yang tidak memenuhi standar/ketentuan peraturan perundang-undangan. Sediaan farmasi kedaluwarsa atau rusak harus dimusnahkansesuai dengan jenis dan bentuk sediaan.
- 2) Pemusnahan dilakukan untuk Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai bila:
  - a) produk tidak memenuhi persyaratan mutu;
  - b) telah kedaluwarsa;
  - c) tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan; dan/atau
  - d) dicabut izin edarnya.
- 3) Tahapan pemusnahan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai terdiri dari:
  - a) membuat daftar Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai yang akan dimusnahkan;
  - b) melakukan pengemasan untuk sediaan farmasi dan BMHP yang akan dimusnahkan
  - c) menyimpan sediaan farmasi dan BMHP diruang khusus yang hanya dapat diakses oleh petugas yang diberi tanggung jawab.

g. Pengendalian

Pengendalian persediaan adalah suatu kegiatan untuk

memastikan ketersediaan obat dan BMHP. Tujuan pengendalian agar tidak terjadi kekurangan/kekosongan dan kelebihan obat dan BMHP di jaringan pelayanan puskesmas.

1) Pengendalian Persediaan

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam mengendalikan ketersediaan obat di puskesmas:

- a) Melakukan substitusi obat dalam satu kelas terapi dengan persetujuan dokter/dokter gigi penanggung jawab pasien.
- b) Mengajukan permintaan obat ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- c) Apabila obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis di puskesmas tidak dapat dipenuhi oleh Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota dan tidak tercantum dalam formularium nasional atau e-katalog obat, maka dapat dilakukan pembelian obat sesuai formularium puskesmas dengan persetujuan kepala puskesmas.
- d) Mekanisme pengadaan obat diluar Formularium Nasional dan e-katalog obat dilakukan sesuai dengan peraturan perundangundangan.

2) Pengendalian Penggunaan

Pengendalian penggunaan obat dilakukan untuk mengetahui jumlah penerimaan dan pemakaian obat sehingga dapat memastikan jumlah kebutuhan obat dalam satu periode.

Kegiatan pengendalian penggunaan mencakup:

- a) Memperkirakan/menghitung pemakaian rata-rata periode tertentu. Jumlah stok ini disebut stok kerja.
- b) Menentukan:
  - Stok optimum adalah stok obat yang diserahkan kepada jaringan pelayanan puskesmas agar tidak mengalami kekurangan/ kekosongan.
  - Stok pengaman adalah jumlah stok yang disediakan untuk mencegah terjadinya sesuatu hal yang tidak terduga, misalnya karena keterlambatan pengiriman.
  - Menentukan waktu tunggu (leadtime) adalah waktu yang diperlukan dari mulai pemesanan sampai obat diterima.
  - Menentukan waktu kekosongan obat

c) Pencatatan

Pencatatan merupakan suatu kegiatan yang bertujuan untuk memonitor keluar dan masuknya (mutasi) obat di gudang farmasi puskesmas. Pencatatan dapat dilakukan dalam bentuk digital atau manual dan mampu telusur. Pencatatan dalam bentuk manual biasa menggunakan kartu stok. Fungsi kartu stok obat:

- Mencatat jumlah penerimaan dan pengeluaran obat termasuk kondisi fisik, nomor batch dan tanggal kedaluwarsa obat
- Satu kartu stok hanya digunakan untuk mencatat mutasi satu jenis obat dari satu sumber anggaran
- Data pada kartu stok digunakan untuk menyusun laporan dan rencana kebutuhan obat periode berikutnya

Hal yang harus diperhatikan:

- Kartu stok obat harus diletakkan berdekatan dengan obat yang bersangkutan.
- Pencatatan harus dilakukan setiap kali ada mutasi (keluar/masuk obat atau jika ada obat hilang, rusak dan kedaluwarsa)
- Penerimaan dan pengeluaran dijumlahkan setiap akhir periode.
- Pengeluaran satu jenis obat dari anggaran yang berbeda dijumlahkan dan dianggap sebagai jumlah kebutuhan obat tersebut dalam satu periode

- 3) Penanganan Ketika terjadi kehilangan, kerusakan, dan kedaluwarsa
  - a) Pemusnahan dan penarikan obat yang tidak dapat digunakan harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  - b) Untuk pemusnahan narkotika, psikotropika dan prekursor dilakukan oleh apoteker penanggungjawab dan disaksikan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota dan dibuat berita acara pemusnahan.

- c) Obat yang rusak dan/kedaluwarsa atau akan dilakukan penarikan dilakukan pemisahan dan penandaan khusus dan diletakkan ditempat yang aman.
- d) Jika terjadi selisih stok maka dapat dilakukan penelusuran melalui data pencatatan pada kartu stok. Jika ada kehilangan maka harus dilaporkan kepada pimpinan puskesmas.

h. Pencatatan dan Pelaporan

- 1) Tujuan pencatatan dan pelaporan adalah:
  - a) Bukti bahwa pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai telah dilakukan;
  - b) Sumber data untuk melakukan pengaturan dan pengendalian; dan
  - c) Sumber data untuk pembuatan laporan
- 2) Jenis laporan yang dibuat oleh Tenaga Kefarmasian yaitu:
  - a) Laporan Penerimaan dan Pengeluaran obat
  - b) Laporan Obat Rusak dan Kedaluwarsa
  - c) Laporan Narkotika dan Psikotropika
  - d) Laporan Pelayanan Kefarmasian (Aplikasi SIMONA)
  - e) Laporan Kepatuhan terhadap Formularium Nasional
  - f) Laporan Ketersediaan 40 Obat Esensial
  - g) Laporan obat program

i. Pemantauan dan Evaluasi Pengelolaan

Pemantauan dan evaluasi pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan secara periodik dengan tujuan untuk:

- 1) mengendalikan dan menghindari terjadinya kesalahan dalam pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai sehingga dapat menjaga kualitas maupun pemerataan pelayanan;
- 2) memperbaiki secara terus-menerus pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai; dan
- 3) memberikan penilaian terhadap capaian kinerja pengelolaan.

## 2. Pelayanan Farmasi Klinis

a. Pengkajian dan Pelayanan Resep

- 1) Pengkajian dan pelayanan resep merupakan suatu rangkaian

kegiatan yang meliputi penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, pengkajian resep, penyiapan termasuk peracikan obat, dan penyerahan disertai pemberian informasi. Pengkajian dan pelayanan resep dilakukan untuk semua resep yang masuk tanpa kriteria khusus pasien.

- 2) Pengkajian resep dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan.
- 3) Persyaratan administrasi meliputi:
  - a) Nama, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien.
  - b) Nama, dan paraf dokter.
  - c) Tanggal resep.
  - d) Ruangan/unit asal resep.
- 4) Persyaratan farmasetik meliputi:
  - a) Bentuk dan kekuatan sediaan.
  - b) Dosis dan jumlah Obat.
  - c) Stabilitas dan ketersediaan.
  - d) Aturan dan cara penggunaan.
  - e) Inkompatibilitas (ketidakcampuran Obat).
- 5) Persyaratan klinis meliputi:
  - a) Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan Obat.
  - b) Duplikasi pengobatan.
  - c) Alergi, interaksi dan efek samping Obat.
  - d) Kontra indikasi.
  - e) Efek adiktif.

b. Pelayanan Informasi Obat

Pelayanan Informasi Obat (PIO) merupakan kegiatan penyediaan dan pemberian informasi dan rekomendasi obat yang dilakukan oleh apoteker kepada dokter, perawat, profesi kesehatan lainnya serta pasien dan pihak lain di luar Puskesmas.

Tujuan:

- 1) Menyediakan informasi mengenai Obat kepada tenaga kesehatan lain di lingkungan Puskesmas, pasien dan masyarakat.
- 2) Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan yang berhubungan dengan Obat (contoh: kebijakan permintaan Obat oleh jaringan dengan mempertimbangkan stabilitas,

harus memiliki alat penyimpanan yang memadai).

- 3) Menunjang penggunaan Obat yang rasional

Contoh kegiatan:

- 1) Memberikan dan menyebarkan informasi kepada konsumen secara pro aktif dan pasif.
- 2) Menjawab pertanyaan dari pasien maupun tenaga kesehatan melalui telepon, surat atau tatap muka.
- 3) Membuat buletin, leaflet, label Obat, poster, majalah dinding dan lain-lain.
- 4) Melakukan kegiatan penyuluhan bagi pasien rawat jalan dan rawat inap, serta masyarakat
- 5) Melakukan pendidikan dan/atau pelatihan bagi tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya terkait dengan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai.
- 6) Mengoordinasikan penelitian terkait Obat dan kegiatan Pelayanan Kefarmasian.

c. Konseling

- 1) Konseling merupakan suatu proses untuk mengidentifikasi dan penyelesaian masalah pasien yang berkaitan dengan penggunaan Obat pasien rawat jalan dan rawat inap, serta keluarga pasien.
- 2) Tujuan dilakukannya konseling adalah memberikan pemahaman yang benar mengenai Obat kepada pasien/keluarga pasien antara lain tujuan pengobatan, jadwal pengobatan, cara dan lama penggunaan Obat, efek samping, tanda-tanda toksisitas, cara penyimpanan dan penggunaan Obat.

3) Manfaat

- a) Meningkatkan hubungan kepercayaan antara apoteker dan pasien;
- b) Meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan;
- c) Mencegah atau meminimalkan masalah terkait obat;

d. Visite

Visite merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap yang dilakukan apoteker secara mandiri atau bersama tim tenaga Kesehatan (dokter, perawat, ahli gizi dan lain-lain) untuk

mengamati kondisi klinis pasien secara langsung dan mengkaji masalah terkait obat, memantau terapi obat dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD).

Tujuan:

- 1) Memeriksa Obat pasien.
- 2) Memberikan rekomendasi kepada dokter dalam pemilihan Obat dengan mempertimbangkan diagnosis dan kondisi klinis pasien.
- 3) Memantau perkembangan klinis pasien yang terkait dengan penggunaan Obat.
- 4) Berperan aktif dalam pengambilan keputusan tim profesi kesehatan dalam terapi pasien

e. Pemantauan Terapi Obat (PTO)

Merupakan proses yang memastikan bahwa seorang pasien mendapatkan terapi Obat yang efektif, terjangkau dengan memaksimalkan efikasi dan meminimalkan efek samping.

Tujuan:

- 1) Mendeteksi masalah yang terkait dengan Obat.
- 2) Memberikan rekomendasi penyelesaian masalah yang terkait dengan Obat.

Kegiatan ini juga untuk meningkatkan efektivitas terapi dan meminimalkan risiko Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD).

f. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)

Merupakan kegiatan untuk mengevaluasi penggunaan obat untuk menjamin obat yang digunakan sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau (rasional).

Tujuan EPO yaitu:

- 1) Mendapatkan gambaran pola penggunaan Obat pada kasus tertentu.
- 2) Melakukan evaluasi secara berkala untuk penggunaan Obat tertentu.

g. Home *Pharmacy Care* (Pelayanan Kefarmasian di Rumah)

Apoteker dapat melakukan kunjungan pasien dan atau pendampingan pasien untuk pelayanan kefarmasian di rumah dengan persetujuan pasien atau keluarga terutama bagi pasien khusus yang membutuhkan perhatian lebih.

h. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)

MESO bertujuan untuk menemukan Efek Samping Obat (ESO) sedini mungkin terutama yang berat, tidak dikenal dan frekuensinya jarang.

Pelaporan efek samping obat dapat dilakukan melalui e-meso.pom.go.id.

### **3. Edukasi Penggunaan Obat**

- a. Salah satu penyebab masalah kesehatan yaitu penggunaan obat secara tidak rasional, yang dapat mengakibatkan terapi menjadi kurang efektif dan tidak efisien. Menurut WHO, lebih dari 50% obat di dunia diresepkan dan digunakan secara tidak tepat/rasional. Ketidakrasionalan penggunaan obat dapat berupa penggunaan obat secara berlebihan (*overuse*), penggunaan obat yang kurang (*underuse*) dan penggunaan obat tidak tepat indikasi, dosis, cara dan lama pemakaian, dan lain-lain (*misuse*).
- b. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa 35,2% masyarakat Indonesia menyimpan obat di rumah tangga, baik diperoleh dari resep dokter maupun dibeli sendiri secara bebas. Proporsi masyarakat yang menyimpan obat keras tanpa
- c. resep mencapai 81,9% (Kementerian Kesehatan, 2013), di antaranya termasuk antibiotik. Penyimpanan dan penggunaan obat yang tepat dan benar perlu diketahui oleh masyarakat untuk mengurangi risiko masalah kesehatan yang dapat timbul karena perilaku tersebut.
- d. Selain itu, perkembangan ilmu pengetahuan di bidang farmasi yang pesat diikuti dengan semakin meningkatnya kecerdasan masyarakat, semakin gencarnya promosi/iklan obat melalui media massa dan tingginya biaya pelayanan kesehatan, sehingga memicu dilakukannya swamedikasi oleh masyarakat. Swamedikasi merupakan upaya yang paling banyak dilakukan masyarakat untuk mengatasi keluhan atau gejala penyakit, sebelum mencari pertolongan ke fasilitas pelayanan kesehatan/tenaga kesehatan terdekat. Swamedikasi yang dilakukan dengan tepat dan benar dapat berkontribusi dalam meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat.
- e. Dalam rangka percepatan upaya peningkatan pengetahuan,

kesadaran, kepedulian, dan keterampilan masyarakat mengenai penggunaan obat secara rasional, dilaksanakan program Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (GeMa CerMat) yang merupakan wadah penggerakan penggunaan obat rasional, CBIA dan program terkait lain yang berkesinambungan dengan melibatkan lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait. Gerakan ini telah dicanangkan oleh Menteri Kesehatan RI pada tanggal 13 November 2015 dan ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/Menkes/427/2015 tentang Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat.

- f. Tujuan dilaksanakannya GeMa CerMat yaitu:
- meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya
  - penggunaan obat secara tepat dan benar;
  - meningkatkan kemandirian masyarakat dalam memilih, mendapatkan,
  - menggunakan, menyimpan dan memusnahkan obat secara tepat dan benar;
  - meningkatkan penggunaan obat secara rasional.
  - Sasaran GeMa CerMat adalah seluruh masyarakat dengan melibatkan lintas sektor dan lintas program, organisasi profesi kesehatan, institusi pendidikan, akademisi, lembaga swadaya masyarakat, tokoh agama, tokoh adat serta elemen-elemen lain yang ada di masyarakat.
  - Kegiatan GeMa CerMat meliputi upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan, serta perubahan perilaku masyarakat dalam memilih, mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat secara benar, meliputi obat bebas untuk swamedikasi, maupun obat keras yang diperoleh dengan resep dokter.

### C. Pelayanan Laboratorium

1. Pelayanan laboratorium mendukung penegakan diagnostik pada klaster siklus hidup dan surveilans pada klaster penanggulangan penyakit menular. Laboratorium Puskesmas merupakan **Laboratorium Kesehatan Masyarakat Tingkat 1** yang berjejaring dengan Laboratorium Kesehatan Masyarakat di tingkat selanjutnya.

2. **Fungsi Laboratorium Kesehatan Masyarakat tingkat 1** di Puskesmas meliputi:
  - a. Pemeriksaan laboratorium terhadap spesimen klinis yang berasal dari manusia di wilayah kerja Puskesmas;
  - b. Pemeriksaan laboratorium sampel lingkungan, vektor, dan Binatang Pembawa Penyakit (BPP) di wilayah kerja Puskesmas;
  - c. Surveilans penyakit dan faktor risiko kesehatan berbasis laboratorium serta respon kejadian luar biasa/kedaruratan kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas;
  - d. Melakukan pengelolaan dan analisis data laboratorium kesehatan di wilayah kerja Puskesmas; dan.
  - e. Melakukan komunikasi dengan pengelola program dan pemangku kepentingan terkait lainnya.
3. Laboratorium berperan dalam pengukuran, penetapan dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia dan bahan bukan berasal dari manusia sebagai upaya deteksi dini pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, penyakit menular serta faktor risiko kesehatan lingkungan, vektor dan BPP serta peningkatan kesehatan masyarakat.
4. Setiap Puskesmas harus memiliki laboratorium sebagai Labkesmas Tingkat I yang harus diselenggarakan secara baik dengan memenuhi standar sumber daya (sarana, prasarana, peralatan, dan ketenagaan), standar pemeriksaan, melaksanakan program peningkatan mutu laboratorium dan memperhatikan keselamatan dan kesehatan kerja (K3).
5. Standar pemeriksaan laboratorium dan alur pelayanan sebagai berikut: Diselenggarakan untuk mendukung kegiatan promotif dan preventif di pelayanan kesehatan primer melalui paket layanan laboratorium sebagai berikut:
  - a. **Pemeriksaan spesimen klinis**

Tabel 33. Standar Pemeriksaan Spesimen Klinis

PoCT dan Rapid Tes	Mikroskopik dan Makroskopik	Hematologi	Kimia Klinik	Urinalisis*
<ul style="list-style-type: none"><li>PoCT Hb</li><li>PoCT Gula Darah</li><li>PoCT Kolesterol</li><li>PoCT Asam Urat</li><li>HIV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Mikroskopik:</li><li>Malaria</li><li>TBC</li><li>Lepra</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hemoglobin</li><li>Hematokrit</li><li>Hitung Eritrosit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Glukosa</li><li>Kolesterol Total</li><li>Trigliserida</li><li>Kolesterol HDL</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>pH</li><li>Berat jenis</li><li>Protein</li><li>Glukosa</li><li>Bilirubin</li></ul>

PoCT dan Rapid Tes	Mikroskopik dan Makroskopik	Hematologi	Kimia Klinik	Urinalisis*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HbSAg</li> <li>• Sifilis</li> <li>• COVID19</li> <li>• PoCT HbA1c</li> <li>• Rapid test untuk pemeriksaan penyakit menular di daerah tertentu (endemis) seperti: malaria, DBD, Filaria, HIV, Leptospira, dll</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anthrax (pewarnaan gram)</li> <li>• Filariasis</li> <li>• Gonore</li> <li>• Trichomoniasis</li> <li>• Candidiasis</li> <li>• Tineasis (jamur permukaan)</li> <li>• Vaginitis</li> <li>• Pemeriksaan feses <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Vibrio cholerae</li> <li>◦ Amoeba</li> <li>◦ Telur cacing</li> <li>◦ Eritrosit</li> <li>◦ Lekosit</li> <li>◦ Sisa makanan</li> <li>◦ Lain-lain</li> </ul> </li> <li>Makroskopik</li> <li>• Darah samar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung Trombosit</li> <li>• Hitung Leukosit</li> <li>• Hitung jenis leukosit</li> <li>• Indeks eritrosit (MCV, MCHC, MCH)</li> <li>• LED</li> <li>• Masa Perdarahan</li> <li>• Masa pembekuan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolesterol LDL</li> <li>• Asam Urat</li> <li>• Ureum/ BUN</li> <li>• Kreatinin</li> <li>• SGOT</li> <li>• SGPT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urobilinogen</li> <li>• Nitrit</li> <li>• Leukosit esterase</li> <li>• Eritrosit</li> <li>• Keton</li> </ul> <p>*dengan metode strip tes-carik celup</p>

#### b. Pemeriksaan sampel lingkungan

- 1) Pengujian kualitas air minum untuk parameter wajib dengan sanitarian kit;
- 2) Pengujian kualitas udara untuk parameter fisik dan mikroba dengan sanitarian kit;
- 3) Pengujian keamanan pangan untuk parameter E coli dan parameter kimia dengan sanitarian kit;
- 4) Identifikasi vektor dan binatang pembawa penyakit secara makroskopis;
- 5) Analisis kepadatan vektor dan binatang pembawa penyakit dengan entomologi kit;
- 6) Pengambilan sampel untuk rujukan pengujian.

#### c. Pemeriksaan vektor dan BPP

- 1) Identifikasi habitat vektor DB, Chikungunya dan Malaria
- 2) Identifikasi jentik/nyamuk DBD, Chikungunya dan Malaria secara mikroskopis
- 3) Penangkapan dan Pengambilan sampel untuk Pes\*(daerah Khusus)

#### 4) Penangkapan dan Pengambilan sampel untuk Schistosomiasis\*(daerah khusus)

Klaster 2 ( Ibu dan Anak )	Klaster 3 (Usia Dewasa-Lansia)
<p>1. <b>Ibu Hamil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tes kehamilan</li><li>• Kadar hemoglobin darah,</li><li>• Golongan darah</li><li>• Gluko-protein urin</li><li>• Tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B), Malaria (daerah endemis),</li><li>• Gula darah sewaktu ,</li><li>• Pemeriksaan Bakteri Tahan Asam (BTA)</li><li>• Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui ada tidaknya pembawa penyakit tularemia</li></ul> <p>2. <b>Bayi :</b> Pengambilan dan pengiriman sampel SHK</p> <p>3. <b>Remaja</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• kadar hemoglobin darah di sekolah</li><li>• Skrining faktor risiko PTM : DM, thalasemia</li><li>• Skrining TBC, HIV, dll</li></ul>	<p>1. <b>Usia Dewasa</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Skrining penyakit menular : TBC, HIV, Malaria, IMS, dll</li><li>• Skrining Faktor Risiko PTM : Stroke dan Jantung, DM, Penyakit paru obstruksi kronik, Kanker paru, Hepatitis, Thalasemia, Anemia, Kanker payudara, Kanker serviks, Kanker usus Lengan Atas / LiLa) dan pemeriksaan tanda anemia (pem konjungtiva dan Hb) pemeriksaan tambahan diantaranya atas indikasi thalasemia, TBC, HIV, Sifilis, hepatitis dan lain-lain</li></ul> <p>2. <b>Lanjut Usia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Skrining penyakit menular : TBC, HIV</li><li>• Skrining Faktor Risiko PTM : Stroke dan Jantung, DM, Penyakit paru obstruksi kronik, Kanker paru, Hepatitis, Thalasemia, Anemia, Kanker payudara, Kanker usus</li><li>• Skrining khusus geriatri tentang tingkat kemandirian aktivitas sehari-hari</li></ul>

Ditemukan kasus penyakit menular di klaster 2 dan 3



#### Klaster 4 ( Penanggulangan penyakit menular )



Tindak lanjut : Pencegahan, Kewaspadaan dini dan Respon (Surveilans Pasif dan Aktif)

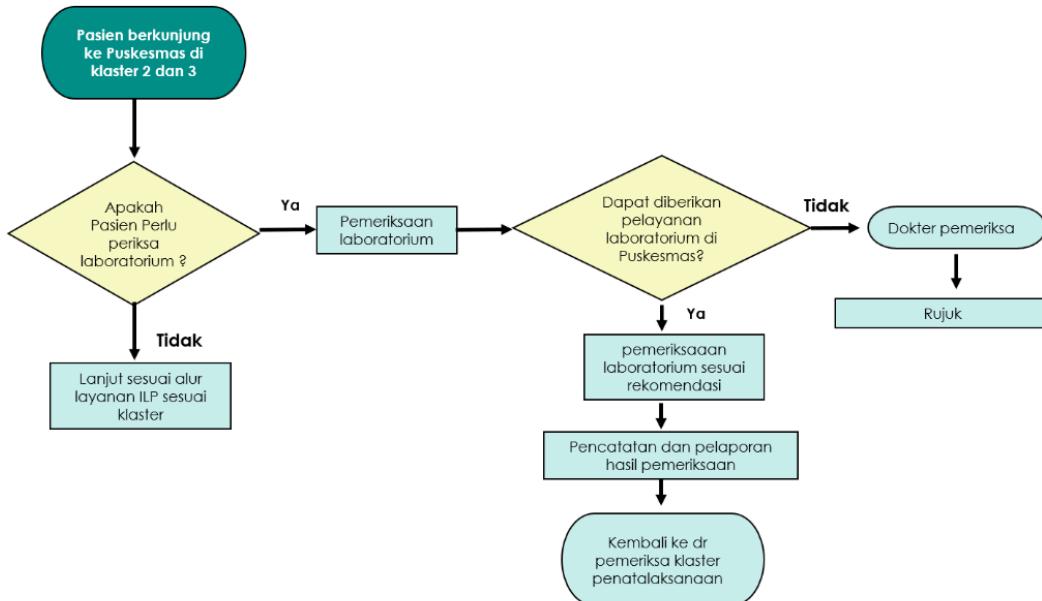
Gambar 40. Paket Pelayanan Laboratorium Pendukung Pelayanan di Klaster Puskesmas

Laboratorium Puskesmas berperan dalam pelaksanaan surveilans pasif dan surveilans aktif sebagai berikut:

- a. Peran Laboratorium dalam surveilans pasif yaitu melakukan pemeriksaan terhadap spesimen klinis pasien dan keluarga yang datang ke Puskesmas untuk mendukung penegakan diagnosis penyakit menular di klaster siklus hidup.
- b. Peran laboratorium dalam surveilans aktif yaitu melakukan pemeriksaan terhadap spesimen klinis dan sampel yang diambil dari kegiatan surveilans aktif (penyelidikan epidemiologi/*contact tracing*).

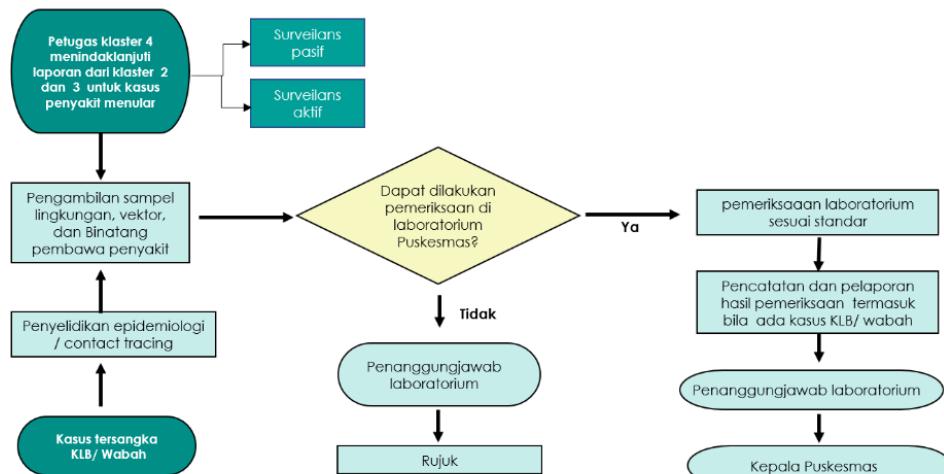
##### 1) Alur Pelayanan

- a) Spesimen klinis



Gambar 41. Alur pelayanan untuk pemeriksaan spesimen klinis

b) Sampel Lingkungan, Vektor, dan BPP



Gambar 42. Alur Pelayanan untuk pemeriksaan sampel lingkungan, vektor dan BPPP

2) Mekanisme rujukan dan pembinaan:

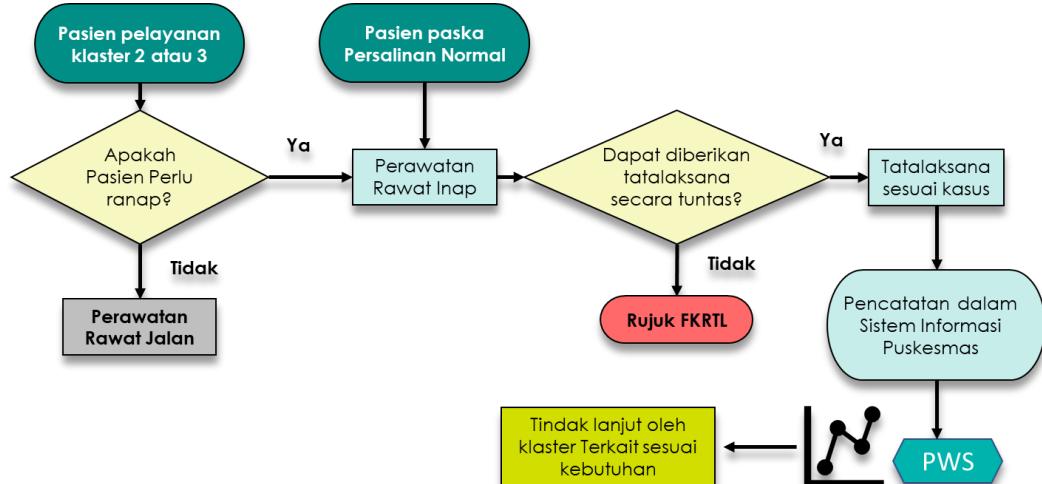
- Puskesmas dapat melakukan rujukan spesimen klinis dan rujukan sampel lingkungan, vektor dan BPP. Rujukan dapat dilakukan secara horizontal ke Puskesmas lain yang memiliki fasilitas pemeriksaan yang dibutuhkan. Selain itu, dapat juga dilakukan rujukan vertikal ke Labkesmas tingkat di atasnya atau ke laboratorium jejaring Labkesmas misalnya Rumah Sakit atau laboratorium medis lainnya.
- Laboratorium akan mendapat pembinaan mutu, monitoring dan evaluasi dari Labkesmas Tingkat 2 (Labkesda kabupaten/kota) bersama Dinas Kesehatan kabupaten/kota setempat minimal 1 kali setahun.

3) Pencatatan dan Pelaporan

Setiap laboratorium Puskesmas wajib melaksanakan pencatatan dan pelaporan pelayanan laboratorium yang terintegrasi dengan sistem pencatatan dan pelaporan Puskesmas.

**D. Pelayanan rawat inap**

1. Pelayanan Rawat Inap diselenggarakan oleh Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap (khusus paska persalinan normal). Puskesmas Rawat Inap adalah Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.
2. Dalam memberikan Pelayanan rawat inap yang optimal Puskesmas perlu memenuhi SDM, sarana prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Pelayanan yang diberikan sesuai dengan kemampuan dan standar pelayanan yang berlaku di Puskesmas
3. Pelayanan Rawat inap di Puskesmas hanya diperuntukkan untuk kasus yang lama rawatnya paling lama 5 hari. Pasien yang memerlukan perawatan lebih dari 5 hari harus dirujuk ke rumah sakit, secara terencana.
4. Rawat inap di Puskesmas ditujukan untuk: 1) Merawat penderita yang memerlukan rawat inap secara tuntas sesuai standar prosedur operasional dan standar pelayanan; 2) Merawat penderita gawat darurat secara tuntas ataupun merawat sementara dalam rangka menstabilkan kondisi sebelum dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan, sesuai standar prosedur operasional dan standar pelayanan; 3) Observasi penderita dalam rangka diagnostik; dan 4) Pelayanan persalinan normal dan atau persalinan dengan penyulit, sesuai dengan pedoman atau ketentuan peraturan perundang-undangan.
5. Pelayanan rawat inap merupakan salah satu metode penatalaksanaan pasien yang dapat dilakukan oleh puskesmas.



Gambar 43. Peran Pelayanan Rawat Inap dalam Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer

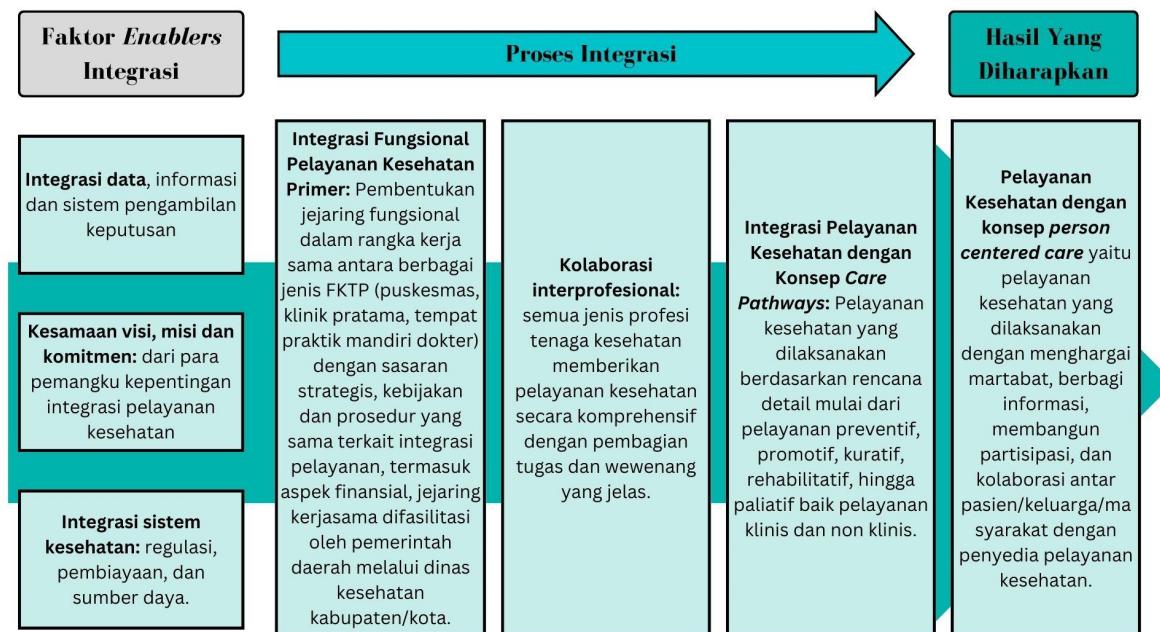
## BAB VIII

### INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN DENGAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA LAIN

Integrasi pelayanan kesehatan pada Puskesmas dengan Fasyankes lain khususnya FKTP lain diselenggarakan melalui **model Integrated Quality of Care (IQ-Care)**. Model IQ-Care adalah **pelayanan kesehatan yang merespon kebutuhan individu masyarakat** melalui penyediaan **layanan yang komprehensif** mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, diagnosis, pengobatan, penatalaksanaan penyakit, rehabilitasi, dan perawatan paliatif.

Integrasi pelayanan kesehatan model IQ-Care diselenggarakan secara **kolaboratif dan inovatif** oleh penyedia layanan **di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama wilayah kerja puskesmas** yang dihimpun dalam komitmen penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan di puskesmas dengan fasyankes lain. Komitmen penyelenggaraan dituangkan dalam suatu dokumen komitmen atas fasilitasi dan koordinasi dinas kesehatan kabupaten/kota.

Dalam implementasi model IQ-Care perlu dipersiapkan komponen-komponen yang mendukung, antara lain meliputi ketersediaan faktor pendukung, pelaksanaan proses integrasi dan output yang sesuai dengan target/tujuan pembangunan kesehatan. Ketersediaan faktor pendukung sebagai fondasi sangat diperlukan yaitu kesamaan visi, misi, dan komitmen dari pemangku kepentingan; integrasi data dan informasi untuk pengambilan keputusan; serta integrasi sistem kesehatan yang berperan penting dalam menjamin penyelenggaraan integrasi berkalan dengan baik.



Gambar 44. Integrasi Pelayanan Kesehatan Menggunakan Model IQ-Care

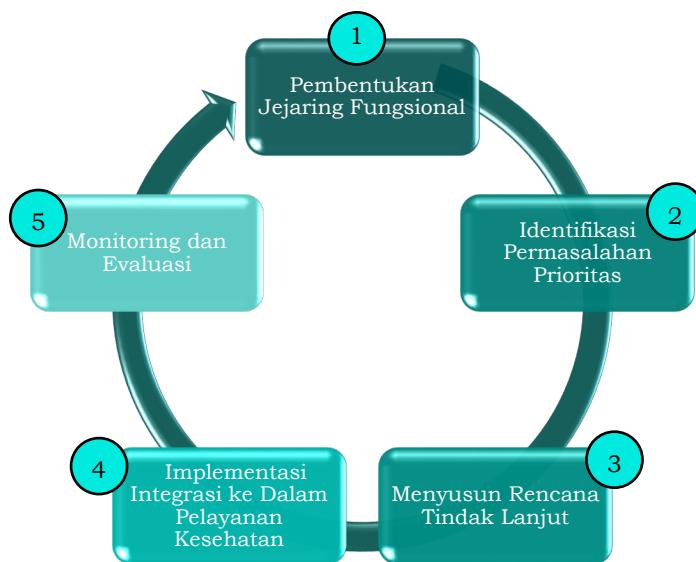
**Penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan dengan fasyankes lain** ditujukan untuk mendukung pencapaian program **prioritas nasional dan prioritas daerah** termasuk **pemenuhan standar pelayanan minimal (SPM)** **bidang kesehatan kabupaten/kota**, agar dapat berjalan dengan efektif, efisien, bermutu, dan berkesinambungan dengan memperhatikan keselamatan pasien.

Mekanisme penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan di FKTP dilaksanakan melalui 5 tahapan:

1. Pembentukan jejaring fungsional;
  - a. Pembentukan jejaring difasilitasi oleh pemerintah daerah melalui dinas kesehatan kabupaten/kota, atau dapat didelegasikan kepada puskesmas sebagai unit pelaksana teknis dan sebagai pembina FKTP di wilayah kerjanya. Jejaring bersifat fungsional yang berkerja sama dalam rangka optimalisasi fungsi perlayanan kesehatan dari masing-masing FKTP dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan prioritas di suatu wilayah.
  - b. Pembentukan jejaring tersebut dituangkan dalam suatu komitmen bersama dalam bentuk nota kesepahaman/memorandum of understanding (MoU), dan/atau perjanjian kerja sama antara dinas kesehatan dengan FKTP terkait, atau penetapan jejaring melalui surat keputusan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.
2. Identifikasi permasalahan prioritas;
  - a. Dinas kesehatan, puskesmas bersama dengan jejaring FKTP yang sudah dibentuk mengidentifikasi masalah kesehatan prioritas yang terdapat di

- wilayah kerja puskesmas.
- b. Identifikasi masalah kesehatan dilakukan berdasarkan ketersediaan data kesehatan masyarakat, program prioritas yang ada di kabupaten/kota, antara lain terkait pelayanan esensial, penanggulangan penyakit, promosi kesehatan/KIE dalam rangka pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular, penanggulangan wabah/atau kejadian luar biasa (KLB), program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), visi misi pimpinan daerah, dan SPM bidang kesehatan kabupaten/kota.
3. Rencana Tindak Lanjut Terhadap Hasil Identitas Permasalahan Prioritas;
- a. Melakukan menyusun *care pathway* untuk masalah prioritas tersebut mulai dari promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, sampai dengan paliatif. Penyusunan care pathway dilakukan dengan mempertimbangkan ketersediaan dan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan.
  - b. *Care pathway* dimulai dari sebelum masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan, saat masyarakat di fasilitas pelayanan kesehatan sampai masyarakat kembali ke rumah. *Care pathway* dapat dikembangkan sesuai dengan pedoman nasional praktik kedokteran (PNPK) dan panduan praktek klinis (PPK) di FKTP atau merujuk pada referensi lain.
4. Implementasi Rencana Tindak Lanjut;
- Implementasi Rencana Tindak Lanjut dimulai dengan integrasi profesional dimana masing-masing FKTP dapat membentuk tim multidisiplin sesuai dengan care pathway yang sudah dibuat. Tim multidisiplin ini bekerja secara bersama-sama baik internal maupun antar FKTP yang tergabung dalam jejaring dengan pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas.
5. Monitoring dan evaluasi
- a. Monitoring dilakukan secara kolektif setiap bulan oleh tim yang dibentuk dinas kesehatan, pada setiap tahapan tata laksana pelayanan kesehatan yang tertulis dalam care pathway. Hasil dari monitoring digunakan untuk menyusun rencana tindak lanjut dan disampaikan kepada semua jejaring untuk mendapatkan tanggapan dan masukan dalam upaya perbaikan.
  - b. Evaluasi dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota bertujuan untuk mengetahui sejauh mana manfaat atau dampak implementasi integrasi pelayanan kesehatan terhadap pelayanan yang diterima oleh pasien, yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam memberikan layanan dan dampak bagi penyedia layanan kesehatan termasuk dalam

mendukung pencapaian target-target kinerja, target prioritas daerah dan nasional. Evaluasi dilaksanakan secara rutin setiap enam (6) bulan atau dua belas (12) bulan. Hasil evaluasi dapat digunakan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota untuk meninjau kembali seluruh proses integrasi dan dapat menjadi dasar atau pertimbangan untuk keberlanjutan kerjasama terkait jejaring.



Gambar 45. Tahapan Implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan dalam Model Integrated of Care (IQ-Care)

Puskemas sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota dan penyelenggara upaya kesehatan tingkat pertama bertanggung jawab mewujudkan wilayah kerja puskesmas yang sehat. Implementasi sistem jejaring pelayanan kesehatan primer akan menempatkan puskesmas dalam posisi yang strategis sebagai koordinator dari jejaring FKTP di wilayah kerjanya. Setelah adanya fasilitasi dan penguatan pembentukan jejaring oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, puskesmas sebagai pembina kemudian berintegrasi dan bekerja sama dengan FKTP dalam jejaring untuk melaksanakan program prioritas.

Atas fasilitasi dinas kesehatan, puskesmas bersama dengan FKTP jejaringnya berdasarkan data kesehatan yang telah terkumpul menetapkan program prioritas atau permasalahan kesehatan yang perlu menjadi fokus utama di wilayah kerja jejaring tersebut, serta memastikan pelayanan kesehatan terkait fokus utama dapat terlaksana sesuai standar yang berlaku. Puskesmas bersama jejaringnya menyusun rencana tindak lanjut terkait fokus utama yang diprioritaskan, dengan Menyusun suatu *care pathway* terintegrasi antar FKTP

disertai dengan pembagian tugas pada masing-masing FKTP jejaring.

Puskemas dengan FKTP jejaring kemudian bersama-sama melakukan implementasi rencana tindak lanjut yang telah disepakati terkait fokus utama yang diprioritaskan. Puskesmas kemudian melakukan data dari hasil implementasi care pathway yang kemudian akan dimonitor dan dievaluasi secara berkala oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi tersebut dinas kesehatan perlu melakukan pembinaan, memberikan dukungan dan melakukan perubahan pada rencana tindak lanjut yang dilaksanakan puskesmas dan jejaring demi tercapainya penyelesaian program prioritas ataupun permasalahan kesehatan di wilayahnya.

## BAB IX

### PERAN LINTAS SEKTOR

Untuk menyukseskan program Transformasi Layanan Primer, Kemenkes membutuhkan kerja sama dari Kementerian/Lembaga dan lintas sektor lainnya, yaitu:

Tabel 34. Peran Lintas Sektor

Kementerian/ Lembaga	Kegiatan
Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Mendukung koordinasi, sinkronisasi perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan</b>, monitoring evaluasi untuk integrasi layanan primer</li><li><b>Mendukung koordinasi penyiapan regulasi</b> integrasi layanan primer</li></ul>
Kementerian Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Menyusun kebijakan</b> trasnformasi layanan primer</li><li>Menyusun <b>perencanaan kebutuhan SDM, sarana prasarana alat</b></li><li>Mengkoordinasikan <b>pelaksanaan integrasi layanan primer</b></li><li>Melakukan <b>pelatihan Tenaga Kesehatan dan pelatihan Kader</b></li><li><b>Integrasi sistem informasi</b> pelaporan real-time layanan primer</li></ul>
Kementerian Dalam Negeri	<ul style="list-style-type: none"><li>Memberikan <b>instruksi kepada kepala daerah untuk berkomitmen</b> mendukung transformasi layanan primer</li><li><b>Memastikan ketersediaan anggaran untuk kegiatan Unit Kesehatan Desa/kelurahan seperti Pustu/Poskesdes serta Posyandu</b></li><li>Mendorong Pokjanal untuk berperan aktif dalam memperkuat Posyandu sebagai LKD</li><li>Melakukan <b>pembinaan dan pengawasan secara berjenjang</b> terhadap Posyandu</li><li><b>Memastikan dan mengawal pemenuhan nakes</b> di Puskesmas dan Pustu/Poskesdes oleh Pemda dan Pemdes</li></ul>
Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Memberi dukungan regulasi dalam pengalokasian dana desa</b> untuk mendukung kegiatan Posyandu dan pemberdayaan masyarakat desa lainnya</li><li>Membina perencanaan desa agar layanan primer menjadi salah satu prioritas</li></ul>
Kementerian Keuangan	<ul style="list-style-type: none"><li>Mendukung dengan <b>perencanaan dan pengalokasian anggaran</b> untuk program layanan kesehatan primer (Sarpras, alkes, SDM) melalui berbagai sumber pendanaan</li><li><b>Transfer ke Daerah dan Dana Desa (TKDD) diprioritaskan untuk transformasi Kesehatan, termasuk penguatan layanan primer</b></li></ul>

Kementerian/ Lembaga	Kegiatan
Bappenas	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Melakukan koordinasi, sinkronisasi kebijakan perencanaan</b> (kegiatan, input SDM, sarpras, regulasi) dan penganggaran untuk integrasi layanan primer.</li><li>• Melakukan koordinasi evaluasi program</li></ul>
Kementerian Komunikasi dan Informatika	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dukungan untuk penyebarluasan informasi kesehatan</b> melalui berbagai macam media.</li><li>• <b>Dukungan penguatan jaringan informasi</b> untuk mendukung sistem pencatatan dan pelaporan secara elektronik.</li></ul>
Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dukungan regulasi dalam bidang kesehatan</b> untuk mendukung transformasi layanan primer.</li></ul>
TP-PKK	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Melakukan koordinasi dan sinkronisasi kegiatan PKK</b> mendukung pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan</li><li>• Melakukan pembinaan kegiatan PKK di daerah secara berjenjang sampai tingkat desa/kelurahan dalam mendukung Posyandu dan kegiatan pemberdayaan masyarakat lainnya di bidang kesehatan</li></ul>

## BAB X

### PENCATATAN DAN PELAPORAN

#### 1. Pencatatan

Pencatatan pelayanan tiap klaster oleh tenaga kesehatan (Nakes) dan Kader Kesehatan dilaksanakan melalui sistem digital. Pencatatan layanan di dalam gedung (Puskesmas dan Pustu) melalui Sistem Informasi Puskesmas (SIP) terstandar, dan pencatatan layanan di luar gedung (Posyandu dan Kunjungan Rumah) melalui Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK), Whatsapp terstandar, dan aplikasi mobile pihak ketiga lainnya yang terstandar dan terintegrasi dengan *Platform Satu Sehat*.

##### a. Pencatatan Layanan Dalam Gedung

- 1) Pencatatan layanan di dalam gedung akan menggunakan Sistem Informasi Puskesmas (SIP) terstandar yang meliputi pencatatan sesuai paket layanan ILP setiap klaster. Seluruh SIP yang digunakan oleh Puskesmas wajib terintegrasi dan mengikuti standar **Satu Sehat**.
- 2) Pencatatan dengan sistem digital menyesuaikan paket layanan dalam gedung sesuai paket layanan ILP yang telah ditetapkan, meliputi morbiditas dan cakupan pelayanan.
  - a) Ibu hamil, bersalin dan nifas:
    - (1) Morbiditas: jumlah ibu hamil KEK, jumlah ibu hamil KEK dapat PMT, jumlah ibu hamil anemia, jumlah ibu hamil DM, jumlah ibu hamil hipertensi, jumlah ibu hamil HIV, jumlah ibu hamil hepatitis, jumlah ibu hamil COVID-19.
    - (2) Cakupan pelayanan: jumlah ibu hamil ANC terpadu, % ibu hamil mendapatkan K1, K2, K3, K4, K5 dan K6, status imunisasi tetanus
    - (3) Cakupan KBPP
  - b) Neonatal
    - (1) Morbiditas: Jumlah BBLR, jumlah neonatus SHK+, jumlah neonatus icteric, jumlah neonatus hiv, jumlah neonatus dirujuk.
    - (2) Cakupan pelayanan: % kunjungan neonatus 1, % kunjungan neonatus 2, % kunjungan neonatus 3/ lengkap, % SHK pada bayi baru lahir, % Pemberian Vit K pada bayi baru lahir, % IMD pada bayi baru lahir, % bayi baru lahir di lakukan MTBM, % bayi baru lahir diimunisasi Hb0.

- c) Bayi
  - (1) Morbiditas: jumlah bayi stunting, jumlah bayi wasting, jumlah bayi gizi kurang, jumlah bayi gizi buruk, jumlah bayi obesitas, jumlah bayi dengan gangguan perkembangan, jumlah bayi diare, jumlah bayi pneumonia.
  - (2) Cakupan pelayanan: % bayi mendapatkan Standar Pelayanan Minimal, % bayi mendapatkan ASI eksklusif (0-6 bulan), % bayi dipantau pertumbuhan dan perkembangan, % bayi mendapatkan imunisasi rutin lengkap, % bayi mendapatkan Vitamin A.
- d) Balita dan Pra sekolah
  - (1) Morbiditas: % anak usia sekolah dan remaja gizi kurang, % anak usia sekolah dan remaja gizi baik, % anak usia sekolah dan remaja gizi lebih, % anak usia sekolah dan remaja obesitas, % anak usia sekolah dan remaja dengan karies, % anak usia sekolah dan remaja dengan hipertensi, % remaja putri anemia, % remaja dengan gangguan refraksi, % remaja dengan gangguan pendengaran.
  - (2) Cakupan pelayanan: % remaja putri kelas 7 dan 10 mendapatkan pemeriksaan haemoglobin/ skrining anemia, % remaja mendapatkan skrining kesehatan, % remaja putri mendapatkan TTD, % remaja putri mengonsumsi TTD, % anak usia sekolah dasar/sederajat mendapatkan imunisasi rutin lengkap.
- e) Anak Usia Sekolah dan Remaja
  - (1) Morbiditas: % anak usia sekolah dan remaja gizi kurang, % anak usia sekolah dan remaja gizi baik, % anak usia sekolah dan remaja gizi lebih, % anak usia sekolah dan remaja obesitas, % anak usia sekolah dan remaja dengan karies, % anak usia sekolah dan remaja dengan hipertensi, % remaja putri anemia, % remaja dengan gangguan refraksi, % remaja dengan gangguan pendengaran.
  - (2) Cakupan pelayanan: % remaja putri kelas 7 dan 10 mendapatkan pemeriksaan haemoglobin/ skrining anemia, % remaja mendapatkan skrining kesehatan, % remaja putri mendapatkan TTD, % remaja putri mengonsumsi TTD, % anak usia sekolah dasar/sederajat mendapatkan imunisasi rutin

lengkap.

f) Usia Dewasa

- (1) Morbiditas: Jumlah catin perempuan, jumlah catin perempuan anemia, jumlah catin dengan gangguan jiwa, jumlah DM pada usia dewasa, jumlah hipertensi pada usia dewasa, jumlah katarak pada usia dewasa.
- (2) Cakupan pelayanan: %Catin yang mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi, % PUS Perempuan yang diskriminasi layak hamil, %PUS 4 T berKB, %PUS ALKI berKB, %usia dewasa mendapatkan skrining indera penglihatan/mata.

g) Lansia

- (1) Morbiditas: jumlah lansia dengan tekanan darah tinggi, jumlah lansia dengan DM, jumlah lansia dengan underweight, jumlah lansia dengan obesitas, jumlah lansia mandiri, jumlah lansia HIV, jumlah lansia dengan katarak.
- (2) Cakupan pelayanan: % lansia mendapatkan skrining

- 3) Pada klaster penanggulangan penyakit menular, dalam pelaksanaan akan fokus pada pencatatan kasus, surveilans penyakit menular, kesehatan lingkungan dan program intervensi, yang mencakup:
  - a) Indikator Utama setiap program/penyakit
  - b) Indikator Proses setiap program/penyakit
  - c) Indikator Output setiap program/penyakit
- 4) Dalam rangka mendukung pencatatan layanan per klaster siklus hidup dan klaster penanggulangan penyakit menular, terdapat modul pencatatan layanan umum untuk multi klaster yang mencakup:
  - a) Modul anamnesa
  - b) Modul Kesehatan Gigi dan mulut
  - c) Modul laboratorium
  - d) Modul Farmasi
  - e) Modul kasir
  - f) Modul Instalasi Gawat Darurat, dan
  - g) Modul lainnya yang relevan
  - h) Pada klaster manajemen, dalam pelaksanaan akan fokus pada pencatatan administrasi dan manajemen yang mencakup:
    - i) Sumber daya manusia
    - j) Logistik pendukung/perbekalan kesehatan
    - k) Obat

- l) Manajemen mutu
- m) Perencanaan
- n) Keuangan
- o) dan lainnya

Adapun pencatatan layanan dalam gedung, Pustu, menggunakan sistem digital yang sama dengan Puskesmas dengan terlebih dahulu melakukan proses penyesuaian kebutuhan, kondisi, dan paket layanan ILP untuk Pustu.

**b. Pencatatan Layanan Luar Gedung**

- 1) Pencatatan layanan di luar gedung (Posyandu dan Kunjungan Rumah) akan menggunakan sistem pencatatan digital sebagai berikut:
  - a) Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) bagi Nakes dan Kader Kesehatan
  - b) Whats app Kementerian Kesehatan bagi Kader kesehatan, dan
  - c) Aplikasi milik pihak ketiga yang terintegrasi dan mengikuti standar Satu Sehat.
- 2) Seluruh pencatatan layanan luar gedung menyesuaikan paket-paket layanan yang telah ditetapkan sesuai klaster siklus hidup dan klaster penanggulangan penyakit menular. Terkhusus kunjungan rumah meliputi formulir digital di dalam ASIK yang terdiri dari:
  - a) Data Keluarga dan Anggota Keluarga
  - b) Checklist kunjungan rumah ibu hamil
  - c) Checklist kunjungan rumah ibu bersalin dan nifas
  - d) Checklist kunjungan rumah bayi, balita dan pra sekolah
  - e) Checklist kunjungan rumah usia sekolah dan remaja
  - f) Checklist kunjungan rumah usia dewasa
  - g) Checklist kunjungan rumah lansia
  - h) Checklist kunjungan rumah penyakit menular
  - i) Rekapitulasi Kunjungan Rumah
  - j) Tindak Lanjut Kunjungan Rumah
- 3) Data layanan luar gedung (Posyandu dan Kunjungan Rumah) akan terintegrasi dengan sistem pencatatan dalam gedung untuk menjadi kesatuan data yang terhimpun dalam dashboard monitoring berdasarkan wilayah kerja.

## 2. Pelaporan

Laporan layanan kesehatan primer dihasilkan dari pencatatan di setiap layanan klaster yang berasal dari SIP (dalam gedung) dan ASIK, Whatsapp (luar gedung). Seluruh data akan ditampilkan di dalam **dashboard analisa** secara otomatis yang dapat menggambarkan **cakupan layanan, beban penyakit (morbidity), dan capaian indikator setiap program sesuai klaster siklus usia hidup, dan klaster penanggulangan penyakit menular.**

Level akses dan level analisa dashboard dibangun berjenjang sesuai dengan level wilayah kerja pengelola program di Puskesmas, Dinas Kesehatan Kab/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan nasional sehingga dapat digunakan sebagai alat monitoring efektivitas program, capaian indikator, dan dasar penentuan kebijakan intervensi.

Dashboard analisis secara digital dibangun sesuai kebutuhan program dengan menampilkan analisa data (morbidity, capaian indikator, dll) berdasarkan karakteristik tertentu seperti wilayah, waktu, demografi (usia, jenis kelamin), dan karakteristik lainnya (seperti pemilihan terhadap layanan terhadap penyandang disabilitas dsb). Dashboard terdapat beberapa jenis, sebagai berikut:

- 1) Dashboard Utama
  - a) Data kunjungan layanan ke Puskesmas dan Pustu
  - b) Data kunjungan layanan Posyandu dan Kunjungan Rumah
  - c) Data beban morbidity penyakit berdasarkan wilayah kerja Puskesmas dan Pustu
  - d) Data capaian indikator sesuai program
- 2) Dashboard Klaster 1
  - a) Data SDM berdasarkan karakteristik tertentu seperti jumlah, jenis ketenagaan, masa tugas, status kepegawaian, tingkat pendidikan, keahlian, dan lainnya
  - b) Data ketersediaan logistik pendukung/perbekalan kesehatan seperti data inventarisasi peralatan kesehatan, fasilitas infrastruktur, dan peralatan dan bahan pendukung lain
  - c) Data inventarisasi stok obat (stok masuk – keluar)
  - d) Data manajemen mutu program
  - e) Data perencanaan program
  - f) Data keuangan
  - g) Data lainnya

3) Dashboard Klaster 2

- a) *Continuum of Care* Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir di wilayah Puskesmas dan Pustu
  - (1) Kunjungan 1 (K1)
  - (2) Kunjungan 6 (K6)
  - (3) Persalinan di Fasyankes
  - (4) Kunjungan nifas lengkap
  - (5) Kunjungan neonatal lengkap
- b) Cakupan imunisasi dasar lengkap dan imunisasi baduta lengkap di wilayah Puskesmas/Pustu
  - (1) % Imunisasi dasar lengkap
  - (2) % Imunisasi baduta lengkap
- c) Pemantauan pertumbuhan balita di wilayah Puskesmas/Pustu
  - (1) Sasaran balita (S)
  - (2) Balita ditimbang (D)
  - (3) Balita tidak naik berat badan adequate (T)
  - (4) Balita gizi kurang
  - (5) Balita stunting
- d) Total kunjungan remaja yang datang untuk mendapat pelayanan kesehatan di wilayah Puskesmas/Pustu
- e) Jumlah remaja putri mengonsumsi tablet tambah darah di wilayah Puskesmas/Pustu

4) Dashboard Klaster 3

- a) Data pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) pada usia dewasa dan lansia di wilayah Puskesmas dan Pustu, yakni:
  - (1) Data layanan pengendalian PTM (Skrining, tatalaksana pengobatan, rujukan, edukasi/konseling)
  - (2) Data faktor risiko PTM penduduk
  - (3) Data diagnosa PTM penduduk
  - (4) Data capaian program PTM prioritas berdasarkan indikator (Renstra, RPJMN, SPM)
- b) Data pengendalian masalah kejiwaan dan Napza pada usia dewasa dan lansia di wilayah Puskesmas dan Pustu, yakni:
  - (1) Data layanan pengendalian masalah kesehatan jiwa (Skrining, diagnosa, tatalaksana pengobatan, edukasi/konseling, rujukan)
  - (2) Data layanan masalah Napza (Skrining, diagnosa, tatalaksana pengobatan, edukasi/konseling, rujukan)

- (3) Data diagnosa masalah kejiwaan penduduk
- (4) Data capaian program kesehatan jiwa dan Napza berdasarkan indikator (Rentra, RPJMN, SPM)
- c) Data layanan kesehatan reproduksi pada usia dewasa di wilayah Puskesmas dan Pustu, yakni:
  - (1) Data layanan kesehatan reproduksi (Skrining layak hamil bagi calon pengantin dan pasangan usia subur,
  - (2) Data diagnosa, tatalaksana pengobatan, edukasi/konseling, dan rujukan
  - (3) Data capaian program kesehatan reproduksi berdasarkan indikator (Rentra, RPJMN, SPM)
  - (4) Data layanan kesehatan kerja (Identifikasi faktor risiko, pembinaan kesehatan kerja di sektor formal dna informal
  - (5) Data diagnosa, tatalaksana pengobatan, edukasi/konseling, dan rujukan berkaitan dengan penyakit akibat kerja
  - (6) Data capaian program kesehatan kerja berdasarkan indikator (Rentra, RPJMN, SPM)
  - (7) Data layanan kesehatan jasmani (Skrining kebugaran jasmani)
  - (8) Data capaian program kesehatan jasmani berdasarkan indikator (Rentra, RPJMN, SPM)
  - (9) Data layanan kesehatan jasmani (Skrining kebugaran jasmani)
  - (10) Data capaian program kesehatan jasmani berdasarkan indikator (Rentra, RPJMN, SPM)
  - (11) Data layanan kesehatan kelompok rentan (Skrining kekerasan terhadap perempuan dan anak, layanan kesehatan reproduksi bagi kelompok disabilitas)
  - (12) Data layanan kesehatan lansia (Skrining ICOPE, dan Layanan Geriatri)
  - (13) Data capaian program kesehatan lanjut usia berdasarkan indikator (Rentra, RPJMN, SPM)
- 5) *Dashboard Klaster 4*
  - a) Skrining TB di wilayah Puskesmas/Pustu
    - (1) Jumlah pasien yang mendapat skrining TB
    - (2) Jumlah pasien yang terduga TB
    - (3) Jumlah pasien TB
    - (4) Jumlah pasien TB diobati

- b) Investigasi kontak di wilayah Puskesmas/Pustu
  - (1) Kasus indeks (terdiagnosis TB Paru)
  - (2) Jumlah investigasi kontak
- c) Hasil investigasi kontak di wilayah Puskesmas/Pustu
  - (1) Jumlah kontak serumah dari kasus baru
  - (2) Mendapatkan TPT
  - (3) Mendapatkan OAT
  - (4) Tidak terdiagnosis TB atau tidak eligible TPT dan OAT

BAB XI  
PENUTUP

Petunjuk teknis ini diharapkan dapat menjadi panduan dalam meningkatkan pelayanan promotif dan preventif di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu Puskesmas dan sistem jejaringnya dengan konsep Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Melalui petunjuk teknis yang disusun ini, diharapkan dapat terlaksana upaya pencegahan, deteksi dini, promosi kesehatan, pembangunan infrastruktur, ketersediaan sarana, prasarana, sumber daya manusia, serta manajemen pelayanan kesehatan yang semakin kuat di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia.

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum

Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Indah Febrianti, S.H., M.H.  
NIP 197802122003122003

## **FORMULIR DAN TABEL**

### **FORMULIR 1.**

#### **Skrining Gejala TBC dan Penyakit Pernapasan Lainnya dan Petunjuk Teknis Pelaksanaan Skrining (IK) TBC**

Investigasi Kontak (IK) merupakan salah satu bentuk skrining TBC untuk meningkatkan penemuan kasus TBC dan infeksi laten TBC secara dini dan sistematis terhadap orang yang kontak sumber infeksi TBC (kasus indeks). Meskipun orang dengan infeksi laten TBC tidak/belum menunjukkan gejala, akan tetapi berisiko menjadi sakit TBC sehingga orang dengan infeksi laten TBC harus diberikan penanganan yang tepat dan sesuai standar. Hal ini dilakukan bertujuan (1) mencegah terlambatnya penemuan orang dengan infeksi laten TBC, (2) mencegah terjadinya sakit TBC pada orang dengan infeksi laten TBC, (3) memutus rantai penularan TBC di masyarakat.

Kasus indeks adalah semua pasien TBC baru/kambuh yang terkonfirmasi bakteriologis (TBC Sensitif Obat maupun TBC Resisten Obat) dan TBC anak di lingkungan rumah tangga atau tempat-tempat lain (tempat kerja, asrama, sekolah, tempat penitipan anak, lapas/ rutan, panti, dsb). Sumber data kasus indeks berasal dari data Puskesmas, Rumah Sakit, dan Fasyankes swasta.

Kontak serumah adalah orang yang tinggal serumah minimal satu malam, atau sering tinggal serumah pada siang hari dengan kasus indeks dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks mulai mendapat obat anti tuberkulosis (OAT).

Kontak erat adalah orang yang tidak tinggal serumah, tetapi sering bertemu dengan kasus indeks dalam waktu yang cukup lama, yang intensitas pajanan/berkontaknya hampir sama dengan kontak serumah. Misalnya orang yang berada pada ruangan/lingkungan yang sama (tempat kerja, ruang pertemuan, fasilitas umum, rumah sakit, sekolah, tempat penitipan anak) dalam waktu yang cukup lama dengan kasus indeks, dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks minum OAT.

Kegiatan Investigasi Kontak (IK) dilakukan oleh petugas kesehatan dan atau kader kesehatan yang ditunjuk dan dipilih oleh Puskemas dan sudah terlatih yang dibekali dengan surat tugas dan tanda pengenal dari Pimpinan Puskesmas. Sebelum pelaksanaan kegiatan di lapangan, petugas kesehatan dan kader melakukan koordinasi dan menyusun rencana kegiatan IK berdasarkan kasus indeks yang ada di wilayah kerja Puskesmas.

Peran kader secara khusus dalam upaya penemuan kasus TBC dimasyarakat antara lain mendata kontak serumah dan kontak erat kasus indeks, melakukan skrining secara langsung terhadap setiap kontak di sekitar kasus indeks dan menemukan terduga TBC serta merujuk terduga TBC dan semua kontak anak ke semua kontak, memantau munculnya gejala pada kontak serumah berkoordinasi dengan PMO, melaporkan kegiatan investigasi kontak sesuai dengan formulir yang tersedia ke petugas Kesehatan, melakukan edukasi kepada pasien TBC dan kontak sekitar.

#### Persiapan

- a. Petugas Kesehatan menginformasikan kepada setiap pasien baru bahwa akan tim (Petugas Kesehatan dan atau kader) yang akan melakukan kunjungan rumah dan rumah sekitar pasien.
- b. Petugas kesehatan melakukan identifikasi kontak dari kasus indeks dan mengisi formulir TBC.16K.
- c. Petugas kesehatan menyepakati jadwal IK bersama kader. Data kasus indeks diberikan oleh petugas kesehatan kepada kader sesuai dengan wilayah kerja kader.
- d. Petugas kesehatan menyerahkan formulir TBC.16K kepada kader dan diharapkan kader menghubungi PMO masing masing kasus indeks untuk mengatur jadwal kunjungan
- e. Sebelum melakukan kunjungan, kader menyiapkan masker untuk diberikan pada pasien, surat tugas, tanda pengenal, materi KIE untuk edukasi, formulir TBC.16K, TBC.16 RK dan surat pengantar

#### Pelaksanaan:

- a. Petugas kesehatan atau kader mengunjungi rumah kasus indeks, dengan mengutamakan kerahasiaan pasien. Jika diperlukan, untuk memastikan alamat, petugas kesehatan/ kader dapat menghubungi tokoh masyarakat, seperti RT, RW, Lurah, Kepala Desa, Kepala Dusun, dll. Kader juga dapat melakukan kunjungan dengan didampingi oleh petugas kesehatan.
- b. Petugas kesehatan/kader melakukan konfirmasi ulang terkait kontak yang tercatat di formulir TBC.16 K dan pendaftaran kontak, pada rumah kasus indeks minimal 20 kontak yang akan diinvestigasi.
- c. Petugas kesehatan/kader melakukan skrining berdasarkan gejala secara langsung (tatap muka) kepada kontak.
- d. Gejala umum TBC adalah batuk lebih 2 minggu. Semua bentuk batuk tanpa melihat durasi disertai gejala tambahan TBC dapat berupa BB turun tanpa

penyebab/BB tidak naik/nafsu makan turun, demam yang tidak diketahui penyebabnya, badan lemas/lesu, berkeringat malam hari tanpa kegiatan, sesak napas tanpa nyeri dada, ada pembesaran getah bening di leher atau di ketiak. Gejala TBC ekstraparu sesuai organ yang terkena

- e. Apabila menemukan terduga TBC, petugas kesehatan/kader mengisi Surat Pengantar Pemeriksaan TBC dan merujuk kontak untuk mendapat pemeriksaan di fasyankes. Apabila diperlukan, kader mendampingi terduga TBC untuk datang ke fasyankes.
- f. Jika pada saat kunjungan, tidak semua kontak dapat diskriining, maka kader melakukan kunjungan ulang di hari berikutnya untuk memastikan semua kontak telah dilakukan skrining.
- g. Pelaksanaan kegiatan IK oleh petugas Kesehatan maupun kader harus dicatat dan dilaporkan baik dalam kartu pengobatan pasien TBC yang merupakan kasus indeks (TBC.01) maupun formulir pemeriksaan kontak (TBC.16K).

## FORMULIR SKRINING GEJALA TBC DAN PENYAKIT PERNAPASAN LAINNYA (WAJIB DIISI OLEH PETUGAS)

<b>IDENTITAS DIRI PESERTA</b>		
<b>Nama</b>	:	
<b>Alamat KTP</b>	:	
<b>Alamat Domisili</b>	:	
<b>NIK</b>	:	
<b>Pekerjaan</b>	:	
<b>Tanggal Lahir</b>	:	Usia:      tahun
<b>Jenis Kelamin</b>	: • Laki-laki • Perempuan	
<b>No. HP/email</b>	:	
<b>PEMERIKSAAN BERAT BADAN DAN TINGGI BADAN</b>		
Berat badan .....	Kg	Tinggi Badan ..... cm      IMT .....Kg/m <sup>2</sup>
Untuk Perempuan: Kurus: < 17 Kg/m <sup>2</sup> Normal: 17 - 23 Kg/m <sup>2</sup> Kegemukan: 23 - 27 Kg/m <sup>2</sup> Obesitas: > 27 Kg/m <sup>2</sup>		Untuk Laki-laki: Kurus: < 18 Kg/m <sup>2</sup> Normal: 18 - 25 Kg/m <sup>2</sup> Kegemukan: 25 - 27 Kg/m <sup>2</sup> Obesitas: > 27 Kg/m <sup>2</sup>
<b>PEMERIKSAAN RIWAYAT KONTAK TBC</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya, sebutkan jenis kontak TBC (TBC paru bakteriologis/ klinis/ekstraparuh)*lingkari yang dipilih</li> <li>• Tidak</li> </ul>		
<b>FAKTOR RISIKO</b>		
Pernah terdiagnosa/ berobat TBC	• Ya, kapan? .....	• Tidak
Pernah berobat TBC tapi pernah tidak tuntas	• Ya	• Tidak
Malnutrisi	• Ya	• Tidak
Merokok /Perokok Pasif	• Ya	• Tidak
Riwayat DM/Kencing Manis	• Ya	• Tidak
ODHIV	• Ya	• Tidak
Lansia > 65 tahun	• Ya	• Tidak
Ibu Hamil (Tidak direkomendasikan untuk pemeriksaan Skrining X-Ray)	• Ya	• Tidak
Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP)	• Ya	• Tidak
Tinggal diwilayah padat kumuh miskin	• Ya	• Tidak
<b>PEMERIKSAAN FOTO TORAKS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abnormalitas TBC</li> <li>• Abnormalitas BukanTBC</li> <li>• Normal</li> </ul>		
<b>SKRINING GEJALA</b>		
<b>Gejala TBC</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
Batuk (semua bentuk batuk tanpa melihat durasi)	•	•
BB turun tanpa penyebab jelas/BB tidak naik/nafsu makan turun	•	•

Demam yang tidak diketahui penyebabnya	•	•
Berkeringat malam hari tanpa kegiatan	•	•
<b>Gejala Penyakit Pernapasan Lainnya, sebutkan (seperti pilek/flu, sakit tenggorokan dll) .....</b>		
<b>HASIL SKRINING GEJALA TBC DAN PENYAKIT PERNAPASAN LAINNYA</b>		
Tidak Ada gejala	•   Ada gejala TBC	•   Ada Gejala Penyakit Pernapasan Lainnya

**Tanggal Skrining:** .....

**Pemeriksa,**

**Peserta,**

(.....) (.....)

**Formulir 2.****Kuesioner Skrining Perilaku Merokok pada Anak Usia Sekolah dan Remaja**

**Kuesioner Skrining Perilaku Merokok**  
**Bagi Anak Usia Sekolah**

Keterangan: ( ) diisi dengan tanda ✓

<b>A. KETERANGAN TEMPAT</b>					
A1	No Kuesioner		A 5	Puskesmas	
A2	Nama Sekolah		A 6	Nama petugas	
A3	Provinsi		A 7	Hari/tanggal	
A4	Kabupaten/Kota				

<b>B. KARAKTERISTIK RESPONDEN (SISWA KELAS 4 s/d 12) - Diisi oleh peserta didik</b>	
B1	Nama
B2	NIK
B3	Kelas
B4	Tanggal lahir
B5	Umur
B6	Jenis Kelamin ( ) Laki-laki ( ) Perempuan

<b>C. PERILAKU MEROKOK - Diisi oleh petugas</b>		
C1 a	Apakah kamu merokok ? <b>Bila jawaban 3 dan 4, langsung ke bagian Bagian D</b>	1. ( ) Ya, setiap hari 2. ( ) Ya, kadang-kadang 3. ( ) Pernah mencoba walau hanya 1 hisapan 4. ( ) Tidak merokok/ tidak pernah mencoba
C1 b	Jika <b>jawaban 1 atau 2</b> , jenis rokok apa yang digunakan ?	( ) Rokok konvensional : rokok filter/putih, kretek, linting, dll ( ) Rokok elektronik : vape, IQOS, dll ( ) Keduanya ( ) Lainnya, .....
C2	Berapa usia kamu mulai merokok ?	..... tahun
C3	Apa alasan <b>UTAMA</b> kamu mulai merokok ? <i>(pilih salah satu)</i>	( ) Ikut-ikutan teman ( ) Pengaruh keluarga ( ) Rasa ingin tahu ( ) Terpaksa oleh

		teman/lingkungan(    ) Mengisi waktu luang (    ) Menghilangkan stress (    ) ..... Lainnya
C4	Berapa jumlah batang rokok yang kamu hisap setiap hari atau minggu ? <i>(diisi salah satu)</i>	..... btg/hari ( <i>jika merokok setiap hari</i> ) ..... btg/minggu ( <i>jika merokok tidak setiap hari</i> )
C5	Sudah berapa lama kamu merokok ? <i>(diisi salah satu)</i>	..... minggu; ( <i>jika &lt; 1 bulan</i> ) ..... bulan; ( <i>jika &lt; 1 tahun</i> ) ..... tahun ( <i>jika &gt; 1 tahun</i> )
C6	Bagaimana biasanya <b>(paling sering)</b> kamu mendapatkan rokok ?	(    ) Beli Batangan (    ) Beli bungkus(    ) Dapat dari teman/saudara/keluarga (    ) ..... Lainnya
C7	Apakah ada keinginan kamu untuk berhenti merokok ? a <b>Jika Tidak, langsung ke Bagian D</b>	(    ) ya; (    ) tidak
C7	b Bila <b>YA</b> apa alasan <b>UTAMA</b> kamu mau berhenti merokok ? <i>(pilih salah satu)</i>	(    ) Kondisi kesehatan (    ) Motivasi diri sendiri (    ) Disarankan orangtua/guru/teman (    ) Tidak mampu beli/ mahal (    ) ..... Lainnya

#### D. PENGETAHUAN TENTANG ROKOK DAN SUMBER PAPARAN

D1	Apakah kamu tahu dampak buruk dari merokok ?	(    ) ya; (    ) tidak
D2	Apakah kamu pernah melihat orang yang merokok di sekolah? a	(    ) ya; (    ) tidak
D2	b Jika <b>"ya"</b> sebutkan orang yang <b>PALING SERING</b> kamu lihat merokok di sekolah: <i>(pilih salah satu)</i>	(    ) Teman (    ) Guru (    ) Satpam (    ) Supir, penjaga kantin, cleaning service (    ) ..... Lainnya,
D3	Apakah ada anggota keluarga di rumah yang merokok ?	(    ) ya; (    ) tidak
D4	Apakah teman-teman dekatmu banyak yang merokok ?	(    ) ya; (    ) tidak

#### E. PEMERIKSAAN KADAR CO PERNAPASAN (dilakukan pada semua sasaran)

E1	Apakah dilakukan pemeriksaan kadar CO pernapasan?	(    ) ya; (    ) tidak
E2	Hasil pemeriksaan kadar CO pernapasan	..... ppm

Terima kasih atas partisipasinya, Kalian Keren tanpa rokok! Sehat tanpa rokok, hidup tanpa beban

### **Formulir 3. Formulir Skrining Kekerasan pada Perempuan**

**Formulir Skrining Kekerasan pada Perempuan (*Woman Abuse Screening Tools/WAST*)**

No. Responden	:			
Umur	:			
Tempat Wawancara	:			
Berilah tanda cek (✓) di depan jawaban yang sesuai dengan kondisi ibu				
1. Secara umum, bagaimana ibu menggambarkan hubungan ibu dengan pasangan?				
<input type="checkbox"/> Penuh ketegangan <input type="checkbox"/> Agak ada ketegangan <input type="checkbox"/> Tanpa ketegangan				
2. Apakah Ibu dan pasangan Ibu mengatasi pertengkaran mulut dengan				
<input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Agak kesulitan <input type="checkbox"/> Tanpa kesulitan				
3. Apakah pertengkaran mulut mengakibatkan ibu merasa direndahkan atau merasa tidak nyaman dengan diri sendiri				
<input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Tidak pernah				
4. Apakah pertengkaran mulut mengakibatkan pasangan Ibu memukul, menendang, atau mendorong?				
<input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Tidak pernah				
5. Apakah Ibu merasa ketakutan terhadap apa yang dikatakan atau dilakukan oleh pasangan Ibu?				
<input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Tidak pernah				
6. Apakah Ibu merasa dibatasi dalam mengatur pembelanjaan rumah tangga?				
<input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Tidak pernah				

**Formulir 4. Kuesioner PUMA** (Prevalence StUdy and Regular Practice, Diagnosis and TreatMent, Among General Practitioners in Populations at Risk of COPD in Latin America)

**KUESIONER PUMA**

Dilakukan pada subjek berumur  $\geq 40$  tahun

Inisial pasien: _____	Tanggal:
Puskesmas:	Nama dokter:
No rekam medis:	Tanda tangan dokter:

Tabel 1. Beri tanda silang (X) pada pernyataan yang sesuai

No.	Pertanyaan	Skor
1	Wanita atau Laki - Laki	<input type="checkbox"/> 0: Wanita <input type="checkbox"/> 1: Laki - laki
2	Usia dalam tahun	<input type="checkbox"/> 0: 40 – 49 tahun <input type="checkbox"/> 1: 50 – 59 tahun <input type="checkbox"/> 2: $> 60$ tahun
3	Merokok Apakah Anda pernah merokok? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika merokok kurang dari 20 bungkus selama hidup atau kurang dari 1 rokok/ hari dalam 1 tahun maka pilih Tidak</li> <li>• <i>Pack year</i> = lama merokok dalam tahun <math>\times</math> jumlah rokok per hari/20</li> <li>• Rata-rata jumlah rokok/ hari = _____</li> <li>• Lama merokok dalam tahun = _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0: Tidak <input type="checkbox"/> 0:< 20 pack years <input type="checkbox"/> 1: 20 – 30 pack years <input type="checkbox"/> 2: > 30 pack years
4	Apakah Anda pernah merasa napas pendek ketika Anda berjalan lebih cepat pada jalan yang datar atau pada jalan yang sedikit menanjak?	<input type="checkbox"/> 0: Tidak <input type="checkbox"/> 1: Ya
5	Apakah Anda biasanya mempunyai dahak yang berasal dari paru atau kesulitan mengeluarkan dahak saat Anda sedang tidak menderita selesma/flu?	<input type="checkbox"/> 0: Tidak <input type="checkbox"/> 1: Ya
6	Apakah Anda biasanya batuk saat Anda sedang tidak menderita selesma/flu?	<input type="checkbox"/> 0: Tidak <input type="checkbox"/> 1: Ya
7	Apakah Dokter atau tenaga medis lainnya pernah meminta Anda untuk melakukan pemeriksaan spirometri atau peak flow meter (meniup ke dalam suatu alat) untuk mengetahui fungsi paru anda?	<input type="checkbox"/> 0: Tidak <input type="checkbox"/> 1: Ya
	<b>Total</b>	

**Interpretasi:**

**Bila skor  $<6$  edukasi bahaya merokok**

**Bila skor  $\geq 6$  edukasi dan berikan konseling upaya berhenti merokok (UBM) di layanan primer, lakukan pemeriksaan spirometri (bila tersedia), rujuk ke FKRTL**

## Formulir 5. Kuesioner Skrining Lansia Sederhana (SKILAS)

Kondisi Prioritas Terkait Penurunan Kapasitas Intrinsik	Pertanyaan	Hasil (berikan tanda centang sesuai hasil pemeriksaan)
Penurunan Kognitif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingat tiga kata: bunga, pintu, nasi (sebagai contoh)</li> <li>2. Orientasi terhadap waktu dan tempat:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tanggal berapa sekarang?</li> <li>b. Dimana Anda berada sekarang (rumah, klinik, dsb.)?</li> </ol> </li> <li>3. Ulangi ketiga kata tadi</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Salah pada salah satu pertanyaan <input type="checkbox"/> Tidak dapat mengulang ketiga kata
Keterbatasan mobilisasi	<p><b>Tes berdiri dari kursi:</b> Berdiri dari kursi lima kali tanpa menggunakan tangan.</p> <p>Apakah orang tersebut dapat berdiri di kursi sebanyak 5 kali dalam 14 detik?</p>	<input type="checkbox"/> Tidak
Malnutrisi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah berat badan Anda berkurang &gt;3 kg dalam 3 bulan terakhir atau <b>pakaian menjadi lebih longgar?</b></li> <li>2. Apakah Anda hilang nafsu makan Atau mengalami kesulitan makan (misal batuk atau tersedak saat makan, menggunakan selang makan/sonde)?</li> <li>3. <b>Apakah ukuran lingkar lengan atas (LiLA) &lt;21 cm?</b></li> </ol>	<input type="checkbox"/> Ya  <input type="checkbox"/> Ya  <input type="checkbox"/> Ya
Gangguan Penglihatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah Anda mengalami masalah pada mata: kesulitan melihat jauh, membaca, penyakit mata, atau sedang dalam pengobatan medis (diabetes, tekanan darah tinggi)? Jika tidak, lakukan <b>TES MELIHAT</b></li> <li>2. <b>TES MELIHAT :</b> Apakah jawaban hitung jari benar dalam 3 kali berturut turut?</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Ya Jika tidak, lakukan tes MELIHAT Hasil TES MELIHAT  <input type="checkbox"/> Tidak, kemungkinan ada gangguan penglihatan berat hingga buta
Gangguan Pendengaran	Mendengar bisikan saat <b>TES BISIK</b>	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika tidak dapat dilakukan Tes Bisik, rujuk Puskesmas
Gejala Depresi	Selama dua minggu terakhir, apakah Anda merasa terganggu oleh: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perasaan sedih, tertekan, atau putus asa</li> <li>• Sedikit minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya

### Keterangan:

Jika ditemukan 1 atau lebih penurunan kapasitas intrinsik (jika ada salah satu atau lebih yang dicentang, maka skrining dilanjutkan oleh petugas Kesehatan sesuai alur asuhan lanjutan.

**PENILAIAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN INSTRUMEN INDEKS BARTHEL  
MODIFIKASI**

Tanggal : .....

Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin :..... Tahun .....

<b>NO</b>	<b>FUNGSI</b>	<b>SKOR</b>	<b>KETERANGAN</b>	<b>HASIL</b>
1	Mengendalikan rangsang Buang Air Besar (BAB)	0 1 2	Tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) Kadang-kadang tak terkendali (1 x / minggu) Terkendali teratur	
2	Mengendalikan rangsang Buang Air Kecil (BAK)	0 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1 x / 24 jam) Mandiri	
3	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat Rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	
4	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa Kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri Beberapa kegiatan yang lain Mandiri	
5	Makan minum (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	0 1 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri	
6	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) Bantuan minimal 1 orang Mandiri	
7	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri	

<b>NO</b>	<b>FUNGSI</b>	<b>SKOR</b>	<b>KETERANGAN</b>	<b>HASIL</b>
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, Mengencangkan sabuk)	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mis: memengganting baju) Mandiri	
9	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri	
10	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri	
<b>Skor Total</b>				

Skor Penilaian ADL dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi:

- 20 : Mandiri (A)
- 12 – 19 : Ketergantungan ringan (B)
- 9 – 11 : Ketergantungan sedang (B)
- 5 – 8 : Ketergantungan berat (C)
- 0 - 4 : Ketergantungan total (C)

**Instrumen Tindak Lanjut SKILAS di Puskesmas:**  
**INSTRUMEN PEMERIKSAAN MINI COG**

NO	Instruksi					
1	Dapatkan perhatian pasien, kemudian katakan: "Saya akan menyebutkan tiga kata dan saya meminta Bapak/Ibu untuk mengingatnya sekarang dan nanti. Ketiga kata tersebut adalah ..... , ..... , ..... (pilih ketiga kata dari pilihan versi di bawah ini) Tolong sebutkan ketiganya sekarang"					
	<b>Versi 1</b>	<b>Versi 2</b>	<b>Versi 3</b>	<b>Versi 4</b>	<b>Versi 5</b>	<b>Versi 6</b>
	Pisang	Pemimpin	Desa	Sungai	Kapten	Anak Perempuan
	Matahari terbit	Musim	Dapur	Bangsa	Taman	Surga
	Kursi	Meja	Bayi	Jari	Gambar	Gunung
	Berikan 3 kesempatan pasien untuk mengulang kata-kata tersebut. Bila pasien tidak mampu setelah 3 kali pengulangan, lanjutkan ke langkah ke-2.					
2	Katakan seluruh frase berikut sesuai urutannya: "Tolong gambar sebuah jam pada lembar ini. Mulailah dengan menggambar sebuah lingkaran besar. Kemudian, tuliskan angka-angka pada lingkaran dan atur jarum jam mengarah <b>pukul 11:10 (11 lewat 10 menit)</b> ." Bila subjek tidak dapat menyelesaikan gambar jam dalam waktu 3 menit, hentikan pemeriksaan langkah ini dan lanjut ke langkah ke-3.					
3	Katakan: "Apakah ketiga kata yang tadi saya minta Bapak/Ibu untuk mengingatnya?"					

<b>Skoring</b> 3 item recall (0-3 poin) Menggambar jam (0-2 poin)	1 poin untuk setiap kata yang tepat 0 poin untuk gambar jam yang abnormal 2 poin untuk gambar jam yang normal
Sebuah jam yang benar/ tepat harus mencakup beberapa elemen:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seluruh angka (dari 1 sampai 12) ditampilkan pada urutan yang tepat dan arah yang tepat (sesuai arah jarum jam) di dalam lingkaran.</li> <li>▪ Dua jarum jam, satu menunjuk arah 11, satu menunjuk arah 2.</li> </ul>	
Bila ada elemen yang terlewatkan, harus dinilai sebagai gambar jam yang abnormal. Menolak untuk menggambar jam juga dinilai sebagai gambar jam abnormal.	
Total skor → 0-2 menunjukkan kemungkinan gangguan kognitif. Total skor → 3-5 menunjukkan kemungkinan tidak ada gangguan kognitif.	

## KUESIONER RAPUH/ FRAILTY SYNDROME

No	Pengkajian	Tools	Nilai	Skor
<b>R = Resistensi</b>				
	Dengan usaha sendiri tanpa bantuan alat berjalan, apakah anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga dan tanpa istirahat diantaranya ?	Ya	1	
		Tidak	0	
<b>A = Aktivitas 1</b>				
	Seberapa sering dalam 4 minggu anda merasa kelelahan ?  <input type="checkbox"/> 1 :sepanjang waktu <input type="checkbox"/> 2 :sebagian besar waktu <input type="checkbox"/> 3 :kadang - kadang <input type="checkbox"/> 4 :jarang	Jawab 1 atau 2	1	
		Selain jawab 1 atau 2	0	
<b>P = Penyakit lebih dari 5</b>				
	Apakah dokter pernah mengatakan kepada anda tentang penyakit anda  (11 penyakit utama) :  <input type="checkbox"/> diabetes, kanker, (selain kanker kulit kecil), <input type="checkbox"/> hipertensi <input type="checkbox"/> penyakit paru kronik, <input type="checkbox"/> serangan jantung, <input type="checkbox"/> gagal jantung kongestif <input type="checkbox"/> nyeri dada, <input type="checkbox"/> asma, <input type="checkbox"/> nyeri sendi <input type="checkbox"/> stroke <input type="checkbox"/> penyakit ginjal	0 - 4 penyakit	0	
		5 - 11 penyakit	1	
<b>U = Usaha berjalan</b>				
	Dengan usaha sendiri tanpa bantuan alat berjalan, apakah anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira sejauh 100 sampai 200 meter ?	Ya	1	
		Tidak	0	
<b>H = Hilangnya berat badan</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berapa berat badan saudara dengan mengenakan baju tanpa alas kaki saat ini?</li> <li>• Satu tahun yang lalu, berapa berat badan anda dengan mengenakan baju tanpa alas kaki?</li> </ul> <p>Keterangan Perhitungan berat badan dalam persen : [(berat badan 1 tahun yang lalu - berat badan sekarang)/ berat badan satu tahun lalu] x 100 %.</p>	$\geq 5\%$	1	
		< 5 %	0	
<b>Skor 0</b> : tidak ada Sindroma Kerapuhan <b>Skor 1-2</b> : Sindroma Pra-Kerapuhan ( <i>Pre-Frailty Syndrome</i> ) <b>Skor <math>\geq 3</math></b> : Sindroma Kerapuhan ( <i>Frailty Syndrome</i> )				

## ABBREVIATED MENTAL TEST

	Salah = 0	Benar = 1
A. Umur ..... tahun		
B. Waktu / jam sekarang .....		
C. Alamat tempat tinggal .....		
D. Tahun ini .....		
E. Saat ini berada di mana .....		
F. Mengenali orang lain di RS. (dokter, perawat, dll)		
G. Tahun kemerdekaan RI .....		
H. Nama Presiden RI .....		
I. Tahun kelahiran pasien atau anak terakhir .....		
J. Menghitung terbalik (20 s/d 1) .....		

**SKOR TOTAL AMT:.....**

Cara pelaksanaan:

1. Meminta pasien untuk menjawab pertanyaan tersebut, beri tanda centang (V) pada nilai nol (0) jika salah dan satu (1) jika benar.
2. Jumlahkan skor total A sampai J, item K tidak dijumlahkan, hanya sebagai keterangan
3. Interpretasi:
  - SKor 8 – 10 menunjukkan normal
  - Skor 4 – 7 gangguan ingatan sedang dan
  - Skor 0 – 3 gangguan ingatan berat

**SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)****1. Tes keseimbangan: berdiri selama 10 detik dengan kaki di masing-masing dari tiga posisi berikut. Gunakan jumlah nilai dari 3 posisi****A. Berdiri berdampingan**

Bertahan 10 detik	1 poin
Tidak bertahan 10 detik	0 poin
Tidak dilakukan	0 poin

*Jika tidak dilakukan, hentikan tes keseimbangan***B. Berdiri semi-tandem**

Bertahan 10 detik	1 poin
Tidak bertahan 10 detik	0 poin
Tidak dilakukan	0 poin

*Jika tidak dilakukan, hentikan tes keseimbangan***C. Berdiri tandem**

Bertahan 10 detik	2 poin
Bertahan 3 – 9,99 detik	1 poin
Bertahan <3 detik	0 poin
Tidak dilakukan	0 poin

**2. Tes kecepatan berjalan: waktu untuk berjalan sejauh empat meter**

<4,82 detik	4 poin
4,82 detik – 6,20 detik	3 poin
6,21 detik – 8,70 detik	2 poin
>8,70 detik	1 poin
Tidak dapat menyelesaikan	0 poin

**3. Tes berdiri dari kursi: waktu untuk bangkit dari kursi lima kali**

<11,19 detik	4 poin
11,2 – 13,69 detik	3 poin
13,7 – 16,69 detik	2 poin
16,7 – 59,9 detik	1 poin
>60 detik atau tidak dapat menyelesaikan	0 poin

**Skor SPPB Akhir =**

Skor tes berdiri dari kursi (4) + Skor tes keseimbangan (4) + Skor tes kecepatan berjalan (4)

**Interpretasi :**

Mobilitas normal : 10-12

Mobilitas terbatas : < 10

**PENGKAJIAN NUTRISI (SHORT-FORM MNA)**

No	Penapisan	Tools	Nilai	Skor	
PENAPISAN NUTRISI	a. Apakah ada penurunan asupan makanan dalam jangka waktu 3 bulan oleh karena kehilangan nafsu makan, masalah pencernaan, kesulitan menelan atau mengunyah?	Nafsu makan yang sangat berkurang	0		
		Nafsu makan sedikit berkurang (sedang)	1		
		Nafsu makan biasa saja	2		
	b. Penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir	Penurunan berat badan lebih dari 3 kg	0		
		Tidak tahu	1		
		Penurunan berat badan 1-3 kg	2		
		Tidak ada penurunan berat badan	3		
	c. Mobilitas	Harus berbaring di tempat tidur atau menggunakan kursi roda	0		
		Bisa keluar dari tempat tidur atau kursi roda, tetapi tidak bisa keluar rumah	1		
		Bisa keluar rumah	2		
	d. Menderita stress psikologis/penyakit akut dalam 3 bulan terakhir:	Ya	0		
		Tidak	2		
	e. Masalah neuropsikologi	Demensia berat atau depresi berat	0		
		Demensia ringan	1		
		Tidak ada masalah psikologis	2		
	f. Indeks Massa Tubuh (IMT) berat badan dalam kg/tinggi badan dalam	IMT < 19	0		
		IMT 19 - < 21	1		
		IMT 21 - < 23	2		
		IMT 23 atau lebih	3		
Skor PENAPISAN (Subtotal maksimum 14 poin)					
Skor ≥ 12 normal, tidak beresiko → tidak perlu melengkapi pengkajian					
Skor ≤ 11 kemungkinan malnutrisi → lanjutkan pengkajian					

**GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-4)**

Pertanyaan	Lingkari Jawaban		Skor
Apakah Anda sebenarnya cukup puas dengan hidup Anda ?	YA	TIDAK	
Apakah Anda sering merasa bosan ?	YA	TIDAK	
Apakah Anda sering merasa tidak berdaya ?	YA	TIDAK	
Apakah Anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	YA	TIDAK	
<b>TOTAL SKOR</b>			
<b>Cara mengisi:</b> jika jawaban yang dipilih adalah yang dicetak tebal, maka skor =1, bila tidak, maka skor =0	Interpretasi skor: 0 = tidak depresi 1 = kemungkinan depresi 2-4 = depresi Jika skor ≥ 1 → PENGKAJIAN LANJUTAN GDS 15		

Panduan pengisian instrument GDS:

- Jelaskan pada pasien bahwa pemeriksa akan menanyakan **keadaan perasaannya dalam 2 minggu terakhir**, tidak ada jawaban benar atau salah, jawablah “ya” atau “tidak” sesuai dengan perasaan yang paling tepat akhir-akhir ini.
- Bacakan pertanyaan sesuai dengan kalimat yang tertulis, tunggu jawaban pasien. Jika jawaban kurang jelas, tegaskan lagi apakah pasien ingin menjawab Ya atau Tidak. Beri tanda (lingkari) jawaban pasien tersebut.
- Setelah semua pertanyaan dijawab, **hitunglah jumlah jawaban yang bercetak tebal**. Setiap jawaban (ya/tidak) yang bercetak tebal diberi nilai 1 (satu).
- Jumlah skor 0 menunjukkan tidak depresi
- Jumlah skor 1 menunjukkan kemungkinan depresi
- Jumlah skor 2-4 menujukkan ada gangguan depresi
- Jika skor ≥ 1, pengkajian dilanjutkan menggunakan GDS 15

## Formulir 6. Instrumen Skrining Kesehatan Jiwa

usia 11-18 th

### INSTRUMENT STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

Untuk setiap pernyataan, beri tanda pada kotak Tidak Benar, Agak Benar atau Selalu Benar. Akan sangat membantu kami apabila kamu mau menjawab semua pernyataan sebaik mungkin meskipun kamu tidak yakin benar. Berikan jawabanmu sebagaimana sesuatu telah terjadi pada dirimu selama enam bulan terakhir.

Nama .....  
Tanggal lahir .....

Laki-Laki/Perempuan

	Tidak Benar	Kadang Benar	Selalu Benar
1. Saya berusaha baik kepada orang lain. Saya peduli dengan perasaan mereka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Saya gelisah, saya tidak dapat diam untuk waktu lama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Saya sering sakit kepala, sakit perut atau macam-macam sakit lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kalau saya memiliki mainan, CD, atau makanan, Saya biasanya berbagi dengan orang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Saya menjadi sangat marah dan sering tidak dapat mengendalikan kemarahan saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Saya lebih suka sendiri daripada bersama dengan orang yang seusiaku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Saya biasanya melakukan apa yang diperintahkan oleh orang lain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Saya banyak merasa cemas atau khawatir terhadap apapun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Saya selalu siap menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bila sedang gelisah atau cemas badan saya sering bergerak –gerask tanpa saya sadari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Saya mempunyai satu orang teman baik atau lebih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Saya sering bertengkar dengan orang lain. Saya dapat memaksa orang lain melakukan apa yang saya inginkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Saya sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Orang lain seusiaya umumnya menyukai saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Perhatian saya mudah teralih, saya sulit untuk memusatkan perhatian pada apapun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Saya merasa gugup dalam situasi baru, saya mudah kehilangan rasa percaya Diri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Saya bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda dari saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Saya sering dituduh berbohong atau berbuat curang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Saya sering diganggu atau dipermalih oleh anak-anak atau remaja lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Saya sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Saya berpikir terlebih dulu akibat yang akan terjadi, sebelum berbuat atau melakukan sesuatu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Saya mengambil barang yang bukan milik saya dari rumah, sekolah atau dari mana saja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Saya lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan orang seusiaya Saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Banyak yang saya takuti, saya mudah menjadi takut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Saya menyelesaikan pekerjaan yang sedang saya lakukan. Saya mempunyai perhatian yang baik terhadap apapun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tanda tangan.....

Tanggal hari ini.....

Terima kasih banyak atas bantuan anda

## INSTRUMENT STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

Untuk setiap pernyataan, beri tanda pada kotak Tidak Benar, Agak Benar atau Selalu Benar. Akan sangat membantu kami apabila kamu mau menjawab semua pernyataan sebaik mungkin meskipun kamu tidak yakin benar. Berikan jawabanmu sebagaimana sesuatu telah terjadi pada dirimu selama enam bulan terakhir.

Nama .....  
Tanggal lahir .....

Laki-Laki/Perempuan

	Tidak Benar	Agak Benar	Selalu Benar
1. Dapat memperdulikan perasaan orang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam untuk waktu lama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sering mengeluh sakit kepala, sakit perut atau sakit lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kalau mempunyai mainan, kesenangan atau pensil, anak bersedia berbagi dengan anak-anak lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sering sulit mengendalikan kemarahan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cenderung menyendiri, lebih suka bermain seorang diri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Umumnya bertingkah laku baik, biasanya melakukan apa yang disuruh oleh orang dewasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Banyak kekhawatiran atau sering tampak khawatir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Suka menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Terus menerus bergerak dengan resah atau menggeliat-geliat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mempunyai satu atau lebih teman baik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sering berkelahi dengan anak-anak lain atau mengintimidasi mereka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Pada umumnya disukai oleh anak-anak lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mudah teralih perhatiamnya, tidak dapat berkonsentrasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gugup atau sulit berpisah dengan orang tua/pengasuhnya pada situasi baru, mudah kehilangan rasa percaya diri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sering berbohong atau berbuat curang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Diganggu dipermainkan, diintimidasi atau diancam oleh anak-anak lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak lain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sebelum melakukan sesuatu ia berfikir dahulu tentang akibatnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mencuri dari rumah, sekolah atau tempat lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan anak-anak lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Banyak yang ditakuti, mudah menjadi takut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Memiliki perhatian yang baik terhadap apapun, mampu menyelesaikan tugas atau pekerjaan rumah sampai selesai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tanda tangan.....

Tanggal hari ini.....

Terima kasih banyak atas bantuan anda

## Self-Reporting Questionnaire-20

**Nama:** .....

**Tanggal Lahir/Usia:** .....

**Laki-Laki/Perempuan**

**Alamat:**.....

**No. Telp:**.....

**Petunjuk:** Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda **selama 30 hari terakhir**. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom **Y (berarti Ya)**. Sebaliknya, Apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom **T (Tidak)**. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Y dan T. Kami tegaskan bahwa jawaban Anda bersifat rahasia dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

<b>NO</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Y</b>	<b>T</b>
1	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?		
2	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		
3	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?		
4	Apakah Anda mudah merasa takut?		
5	Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir?		
6	Apakah tangan Anda gemetar?		
7	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		
8	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?		
9	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		
10	Apakah Anda lebih sering menangis?		
11	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?		
12	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan?		
13	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?		
14	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?		
15	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?		
16	Apakah Anda merasa tidak berharga?		
17	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?		
18	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?		
19	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?		
20	Apakah Anda mudah lelah?		

## WHO - ASSIST V3.1

---

NAMA DOKTER

KLINIK

ID ATAU NAMA KLIEN

TGL

### **PENDAHULUAN (BACAKAN PADA PASIEN)**

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini menanyakan tentang pengalaman Anda menggunakan alkohol, produk tembakau, dan zat adiktif lainnya seumur hidup Anda dan dalam tiga bulan terakhir. Zat-zat ini dapat dirokok, ditelan, dihisap, dihirup, atau disuntik (tunjukkan kartu respons).

Beberapa zat dalam daftar bisa diresepkan oleh dokter (seperti amfetamin, sedatif, obat anti nyeri). Untuk wawancara ini, kami tidak akan mencatat obat-obat yang Anda gunakan seperti yang ditentukan oleh dokter Anda. Meskipun demikian, bila Anda menggunakan obat-obat tersebut untuk alasan-alasan selain dari ketentuan, atau menggunakannya lebih sering, atau pada dosis yang lebih tinggi daripada yang ditentukan, atau dengan cara yang tidak seharusnya, mohon beritahu saya.

Walaupun kami juga tertarik untuk mengetahui tentang penggunaan obat-obat ilegal Anda, yakinlah bahwa informasi penggunaan tersebut akan diperlakukan sangat rahasia.

#### **Pertanyaan 1** (mohon lingkari jawaban untuk masing-masing kategori zat)

Dalam hidup Anda, zat apa dibawah ini yang <u>pernah</u> <u>Anda gunakan?</u> (HANYA PENGGUNAAN NON-MEDIS)	Tidak pernah	Pernah
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	Tidak pernah	Pernah
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, sopi, tomi dll.)	Tidak pernah	Pernah
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	Tidak pernah	Pernah
d. Kokain (coke, crack, etc.)	Tidak pernah	Pernah
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	Tidak pernah	Pernah
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	Tidak pernah	Pernah
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	Tidak pernah	Pernah
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	Tidak pernah	Pernah
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	Tidak pernah	Pernah
j. Lainnya – sebutkan:	Tidak pernah	Pernah

Gali bila semua jawaban tidak pernah: "tidak pernah juga menggunakan ketika Anda di sekolah?"

Bila "tidak pernah" untuk semua butir, hentikan wawancara

Bila "pernah" untuk butir yang manapun, tanyakan Pertanyaan 2 untuk tiap zat yang pernah digunakan

**Pertanyaan 2**

Dalam tiga bulan terakhir, seberapa sering Anda menggunakan zat yang anda sebut (ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DST)?	TIDAK PERNAH	SEKALI ATAU DUA KALI	TIAP BULAN	TIAP MINGGU	SELALU ATAU HAMPIR SELALU
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	2	3	4	6
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, sopi, tom, dll.)	0	2	3	4	6
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	2	3	4	6
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, bu, dll)	0	2	3	4	6
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	2	3	4	6
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	2	3	4	6
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	2	3	4	6
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	2	3	4	6
j. Lainnya – sebutkan:	0	2	3	4	6

Bila "tidak pernah" untuk semua butir dalam Pertanyaan 2, loncat ke pertanyaan 6.

Bila zat-zat dalam Pertanyaan 2 digunakan dalam tiga bulan terakhir, lanjutkan dengan Pertanyaan 3, 4, & 5 untuk masing-masing zat yang digunakan.

**Pertanyaan 3**

Selama tiga bulan terakhir, seberapa sering anda mempunyai keinginan atau dorongan yang kuat untuk menggunakan (ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL)?	TIDAK PERNAH	SEKALI ATAU DUA KALI	TIAP BULAN	TIAP MINGGU	SELALU ATAU HAMPIR SELALU
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	3	4	5	6
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	3	4	5	6
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	3	4	5	6
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	3	4	5	6
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	3	4	5	6
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	3	4	5	6
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	3	4	5	6
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	3	4	5	6
j. Lainnya – sebutkan:	0	3	4	5	6

Pertanyaan 4

Selama tiga bulan terakhir, seberapa sering penggunaan (ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL) Anda menyebabkan masalah kesehatan, sosial,hukum, atau keuangan?	Tidak pernah	Satu atau dua kali	Tiap bulan	Tiap minggu	Harian atau Hampir tiap hari
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	4	5	6	7
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	4	5	6	7
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot,dll.)	0	4	5	6	7
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	4	5	6	7
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	4	5	6	7
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	4	5	6	7
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	4	5	6	7
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	4	5	6	7
j. Lainnya – sebutkan:	0	4	5	6	7

Pertanyaan 5

Selama tiga bulan terakhir, seberapa sering Anda gagal melakukan hal-hal yang biasanya diharapkan dari Anda akibat penggunaan (ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DST) Anda?	Tidak pernah	Satu atau dua kali	Tiap bulan	Tiap minggu	Harian atau Hampir tiap hari
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)					
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, cap tikus, dll.)	0	5	6	7	8
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	5	6	7	8
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	5	6	7	8
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	5	6	7	8
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	5	6	7	8
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	5	6	7	8
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	5	6	7	8
j. Lainnya – sebutkan:	0	5	6	7	8

**Tanyakan Pertanyaan 6 & 7 untuk semua zat yang pernah digunakan (yakni, zat yang didapat pada Pertanyaan 1)**

Pertanyaan 6

<b>Pernahkah teman atau keluarga atau orang lain mengekspresikan kekhawatiran tentang penggunaan dari (ZAT PERTAMA, KEDUA, DST) Anda?</b>	Tidak pernah	Pernah, dalam 3 bulan terakhir	Pernah, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	6	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	6	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	6	3
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	6	3
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	6	3
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	6	3
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	6	3
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	6	3
j. Lainnya – sebutkan:	0	6	3

Pertanyaan 7

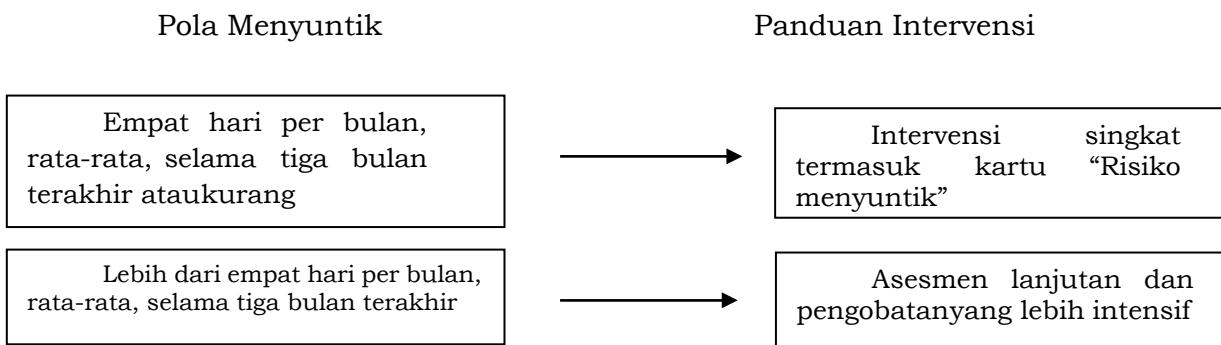
<b>Pernahkah Anda mencoba untuk mengurangi atau menghentikan penggunaan (ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DST) tetapi gagal?</b>	Tidak pernah	Pernah, dalam 3 bulan terakhir	Pernah, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	6	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	6	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	6	3
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	6	3
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	6	3
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	6	3
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	6	3
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	6	3
j. Lainnya – sebutkan:	0	6	3

Pertanyaan 8

	Tidak pernah	Pernah, dalam 3 bulan terakhir	Pernah, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir
<b>Pernahkah Anda menggunakan obat dengan cara disuntik? (HANYA PENGGUNAAN NON MEDIS)</b>	*	*	*

## CATATAN PENTING:

**Klien yang pernah menyuntik obat-obatan dalam tiga bulan terakhir harus ditanyakan mengenai pola menyuntiknya selama periode ini, untuk menentukan tingkat risikonya dan intervensi terbaik.**



## BAGAIMANA CARA MENGHITUNG SKOR SPECIFIC SUBSTANCE INVOLVEMENT (SSI)

Untuk masing-masing zat (**a.** sampai **j.**) jumlahkan semua skor yang didapat dari pertanyaan **2** sampai **7**. Jangan ikutkan hasil dari P1 ataupun P8 dalam skor ini. Contoh, skor untuk kanabis (ganja) dijumlahkan dari: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Perhatikan bahwa P5 untuk tembakau tidak diberi kode, dan yang dijumlahkan hanya pertanyaan: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

## JENIS INTERVENSI DITENTUKAN OLEH SKOR SSI PASIEN

	Catatan Skor SSI	Tidak ada Intervensi	Intervensi singkat	Pengobatan yang lebih intensif *
a. Tembakau		0 - 3	4 - 26	27+
b. Minuman beralkohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. Kanabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. Kokain		0 - 3	4 - 26	27+
e. Stimulan jenis amfetamin		0 - 3	4 - 26	27+
f. Inhalansia		0 - 3	4 - 26	27+
g. Sedativa atau obat tidur		0 - 3	4 - 26	27+
h. Halusinogen		0 - 3	4 - 26	27+
i. Opioid		0 - 3	4 - 26	27+
j. Zat-lain:		0 - 3	4 - 26	27+

Sekarang gunakan KARTU UMPAN BALIK ASSIST untuk memberikan klien intervensi singkat.

## **Tabel 1. Penilaian Skrining Kebugaran Jasmani Remaja**

Skrining kebugaran jasmani dilakukan minimal setiap 6 bulan sekali dengan menggunakan metode *Single Test*. Tes dilakukan dengan berlari pada jarak tempuh tertentu sesuai dengan usia anak sebagai berikut:

- usia 10-12 tahun menempuh jarak 1000 meter
- usia 13-19 tahun menempuh jarak 1600 meter

Penilaian dilihat dari waktu tempuh yang diperlukan, dan dikonversikan menjadi tingkat kebugaran berdasarkan usia dan jenis kelamin (tabel penilaian di bawah/dapat dilihat pada Buku Pedoman Kebugaran Jasmani).

Skrining ini merupakan skrining kebugaran sederhana dengan sarana yang minimal serta dapat dilakukan melalui aplikasi SIPGAR maupun pengukuran manual, sehingga dapat dilakukan oleh Puskesmas maupun Posyandu, bekerja sama dengan UKS. Pencatatan dan pelaporan dilakukan melalui SIPGAR admin dan SITKO.

Setelah dilakukan skrining kebugaran diharapkan anak usia sekolah diberikan edukasi aktivitas fisik dan latihan fisik sesuai dengan tingkat kebugaran dan kondisi kesehatan masing-masing.

Penilaian single test 1600 meter Kelompok umur 10-12 tahun

Klasifikasi	Usia 10 tahun		Usia 11 tahun		Usia 12 tahun	
	Putera	Puteri	Putera	Puteri	Putera	Puteri
Baik Sekali	<4'47"	<5'16"	<4'17"	<5'04"	4'12"	4'52"
Baik	4'48"- 5'49"	5'17"- 6'28"	4'18"- 5'14"	5'05"- 6'10"	4'13"- 5'05"	4'53"- 5'54"
Cukup	5'50"- 6'52"	6'29"- 7'37"	5'15"- 6'12"	6'11"- 7'19"	5'06"- 5'57"	5'55"- 6'55"
Kurang	6'53"- 7'53"	7'38"- 8'48"	6'13"- 7'09"	7'20"- 8'28"	5'58"- 6'49"	6'56"- 7'56"
Kurang Sekali	>7'54"	>8'49"	>7'10"	>8'29"	>6'50"	>7'57"

Penilaian single test 1600 meter Kelompok umur 13-19 tahun

Putera	Klasifikasi					
	Umur (tahun)	Baik Sekali	Baik	Cukup	Kurang	Kurang Sekali
13	<7'23"	7'24"- 8'40"	8'41"- 9'58"	9'59"- 11'15"	>11'16"	
14	<7'06"	7'07"- 8'14"	8'15"- 9'21"	9'22"- 10'28"	>10'29"	
15	<6'32"	6'33"- 7'46"	7'47"- 9'01"	9'02"- 10'16"	>10'17"	
16	<6'31"	6'32"- 7'43"	7'44"- 8'55"	8'56"- 10'06"	>10'07"	
17	<6'28"	6'29"- 7'40"	7'41"- 8'52"	8'53"- 10'04"	>10'05"	
18	<6'27"	6'28"- 7'27"	7'28"- 8'56"	8'27"- 9'25"	>9'26"	
19	<6'21"	6'22"- 7'21"	7'22"- 8'26"	8'21"- 9'29"	>9'30"	

Puteri	Klasifikasi					
	Umur (tahun)	Baik Sekali	Baik	Cukup	Kurang	Kurang Sekali
13	<9'29"	9'30"- 10'55"	10'56"- 12'21"	12'22"- 13'46"	>13'47"	
14	<9'26"	9'27"- 10'51"	10'52"- 12'15"	12'16"- 13'39"	>13'40"	
15	<9'03"	9'04"- 10'33"	10'34"- 12'04"	12'05"- 13'34"	>13'35"	
16	<7'55"	7'56"- 9'48"	9'49"- 11'40"	11'41"- 13'32"	>13'33"	
17	<7'54"	7'55"- 9'43"	9'44"- 11'33"	11'34"- 13'22"	>13'23"	
18	<7'52"	7'53"- 9'27"	9'28"- 11'02"	11'03"- 12'37"	>12'38"	
19	<7'51"	7'52"- 9'25"	9'26"- 11'00"	11'01"- 12'34"	>12'35"	

## Rekomendasi Aktivitas Fisik berdasarkan Tingkat Kebugaran

<b>Hasil Kebugaran</b>	Baik/Baik Sekali	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivitas fisik 60 menit setiap hari sesuai dengan olahraga dan kegiatan yang disukai</li> <li>2. Diarahkan mengikuti klub olahraga atau atlet olahraga</li> </ol>
	Cukup	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi untuk Aktivitas fisik 30-60 menit setiap hari (ditingkatkan bertahap).</li> <li>2. Analisis catatan kebiasaan aktivitas fisik dan riwayat penyakit.</li> </ol>
	Kurang/Kurang Sekali	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi untuk Aktivitas fisik 30-60 menit setiap hari (ditingkatkan bertahap).</li> <li>2. Cek hasil penjaringan kesehatan apakah ada masalah kesehatan.</li> <li>3. Analisis catatan kebiasaan aktivitas fisik dan riwayat penyakit</li> </ol>

**Tabel 2. Skrining Kebugaran Jasmani Usia Dewasa**

Rekomendasi Aktivitas Fisik berdasarkan Tingkat Kebugaran

Hasil Kebugaran	Frekuensi / minggu	Intensitas olahraga	Durasi (diluar pemanasan dan pendinginan)	Tipe olahraga
Baik/ Baik Sekali	4-5 x	denyut nadi 140 - 150 x/ menit	40 - 60 menit	Aerobik tipe 1, 2, 3
Cukup	3 x	denyut nadi 120 - 140 x/ menit	30 - 40 menit	Aerobik tipe 2
Kurang/ Kurang Sekali	2 x	denyut nadi 100 - 120 x/ menit	20 - 30 menit	Aerobik tipe 1

Keterangan Tipe Aerobik

Keterangan
Aerobik tipe 1
Aerobik tipe 2
Aerobik tipe 3

Jalan santai, Jalan Cepat, Jogging, Besepeda

Senam, Renang, Step Aerobik, Disko Robik dll

Olahraga Permainan Seperti Sepak Bola, Tennis, Tennis Meja, Bola Basket, Bulutangkis, Bola Voli, Dll

**Tabel 3. Penilaian Skrining Kebugaran Jasmani Lansia**

Penilaian Tes Jalan 6 Menit Kelompok Lansia

KATEGORI	JARAK TEMPUH ( meter ) MENURUT UMUR ( tahun ) untuk Laki-laki						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Kurang Sekali	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m	200 m
Kurang	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m
Cukup	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m
Baik	650 m	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m
Baik Sekali	700 m	650 m	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m
KATEGORI	JARAK TEMPUH ( meter ) MENURUT UMUR ( tahun ) untuk Wanita						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Kurang Sekali	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m	200 m	150 m
Kurang	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m	200 m
Cukup	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m
Baik	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m
Baik Sekali	650 m	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m

**Tabel 4. Daftar Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu**

Daftar Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu  
 (konsensus Tatalaksana Penyakit Akibat Kerja, Kemenkes Tahun 2019)

No	Jenis penyakit akibat kerja	Diagnosa Okupasi	ICD X	Tanda Khas	Agen/ Pajanan	Pekerjaan	Lama Pajanan	Faktor Individu	Faktor lain di luar pekerjaan	Kategori Penetapan Diagnosa
1	Tuberkulosis	TB Paru Akibat Kerja	TB Paru (A15.0)	Tidak Ada	Mycobacterium Tuberculosis dari manusia yang terinfeksi	Tenaga kesehatan yang melayani pasien TB, Petugas laboratorium memeriksa spesimen pasien TB, Tenaga non kesehatan di fasilitas kesehatan yang kontak dengan pasien/spesimen TB	Minimal 1 bulan	Tidak Ada	Tidak ada kontak dengan penderita TB di luar tempat kerja.	A1 dan A2
2	Kanker disebabkan oleh asbestos	Mesothelioma pleura (C45.0) Akibat Kerja	Mesothelioma pleura (C45.0)	Tidak Ada	Asbes	Pekerja pada industri asbes, pekerja konstruksi, pekerja bengkel otomotif,	masa laten > 15 tahun, durasi pajanan tidak berpengaruh	Tidak Ada	Tidak ada riwayat menggunakan atap asbestos di luar tempat kerja, Tidak tinggal di area sekitar industri asbestos	A2
3	Pneumokoniosis yang disebabkan oleh asbestos	Asbestosis Akibat Kerja	Pneumoconiosis karena asbes dan serat mineral lainnya/Asbestosis (J61)	Pleural plaque	Asbes	Pekerja pada industri asbes, pekerja konstruksi, pekerja bengkel automotif,	masa laten > 15 tahun, durasi pajanan minimal 15 tahun	Tidak Ada	Tidak ada riwayat menggunakan atap asbestos di luar tempat kerja, Tidak tinggal di area sekitar industri asbestos	A2

No	Jenis penyakit akibat kerja	Diagnosa Okupasi	ICD X	Tanda Khas	Agen/ Pajanan	Pekerjaan	Lama Pajanan	Faktor Individu	Faktor lain di luar pekerjaan	Kategori Penetapan Diagnosa
4	Asma yang disebabkan oleh penyebab sensitasi atau zat iritan yang dikenal dalam proses pekerjaan	Asma Akibat Kerja	Asma, tidak ditentukan (J45.9)	Gejala timbul setelah terpajan dan berkurang apabila menghindari pajanan.	Debu Tepung, Detergen bubuk yang mengandung enzym, Serbuk sari, Debu Semen	Pembuat roti, kue dan makanan lain yang mengandung tepung, pekerja perusahaan pembuat deterjen bubuk, Pekerja laundy, Pedagang bunga, Pekerja meubel,	Tidak berpengaruh	Tidak ada riwayat asma atau alergi sebelumnya	Tidak ada alergen di luar pekerjaan atau alergi yang dapat menyebabkan timbulnya asma	A1 dan A2
5	Dermatitis kontak iritan yang disebabkan oleh zat iritan yang timbul dari aktivitas pekerjaan, tidak termasuk dalam penyebab lain; dan	Dermatitis kontak iritan akibat kerja	Dermatitis kontak iritan kelompok agen penyebab utama: Sabun / Deterjen, Pelarut, Minyak dan pelumas, produk minyak bumi, Asam, alkali, Semen, garam logam, terak dan kaca wol (L.24)	Gejala berkurang apabila menghindari agen penyebab, morfologi lesi sesuai dengan pajanan pada area kontak,	Sabun / Deterjen, Pelarut, Minyak dan pelumas, produk minyak bumi, Asam, alkali, Semen, garam logam, terak dan kaca wol atau bahan iritan lainnya.	Pekerjaan yang menggunakan bahan pajanan yang bersifat iritan. Pekerja di lingkungan basah ( <i>wet workers</i> seperti nelayan, pembantu rumah tangga, penjual ikan, dll), Pekerja semen, Penata rambut,	Durasi Tidak berpengaruh	Tidak ada	tidak ada kontak dengan bahan iritan yang berada di luar tempat kerja	A1 dan A2
6	Dermatitis kontak alergika dan urtikaria yang disebabkan oleh faktor penyebab alergi lain yang timbul dari aktivitas pekerjaan yang tidak termasuk dalam	Dermatitis kontak alergi akibat kerja	Dermatitis kontak alergi kelompok agen penyebab utama: antibiotik, pengawet, tanaman dan pohon,	Area kontak sesuai dengan pajanan, tidak langsung timbul setelah kontak	Produk karet, pewarna, perekat danagen bonding, logam	Pekerja logam, penya-dap karet, Pekerja kebun yang menggunakannya sarung tangan karet, Penyamak kulit, pekerja pembuat sepatu, pekerja tekstil di bagian pewarnaan, penata rambut,	-	Tidak ada	Tidak ada kontak dengan bahan pajanan di luar tempat kerja	A2

No	Jenis penyakit akibat kerja	Diagnosa Okupasi	ICD X	Tanda Khas	Agen/ Pajanan	Pekerjaan	Lama Pajanan	Faktor Individu	Faktor lain di luar pekerjaan	Kategori Penetapan Diagnosa
	penyebab lain		antiseptik, produk karet, pewarna, perekat dan agen bonding, logam (L23)							
7	Penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi lain di tempat kerja	Varicella Akibat Kerja	Varicella zoster virus dari manusia (B01)	Tidak Ada	Virus Varicella zoster	Tenaga kesehatan yang melayani pasien varicella	minimal 14 hari setelah kontak	Tidak ada	Tidak kontak dengan penderita varicella di luar tempat kerja.	A1 dan A2
8	<i>Carpal tunnel syndrome</i> karena periode berkepanjangan dengan gerak repetitif yang menggerahkan tenaga, pekerjaan yang melibatkan getaran, posisi ekstrim pada pergelangan tangan,	<i>Carpal Tunnel Syndrom</i> Akibat Kerja	<i>Carpal Tunnel Syndrom</i> (G.56.0)	Tidak Ada	Gerakan berulang- ulang (gerak repetitif), pekerjaan yang meli- batkan getaran, Posisi ekstrim pada pergelangan tangan terutama kombinasi dari risiko tersebut	Dokter gigi, Pekerja dengan alat Jack Hammer, Pekerja mengetik, Tukang potong daging (butcher), pekerja gergaji (sawmill), pekerja perakitan (manufacture), pekerja pelinting rokok dengan tangan, pemain musik drum dan pekerja lainnya yang terpajang gerakan berulang (gerak repetitif), getaran, posisi ekstrim pada pergelangan tangan	Minimal 8 bulan	Tidak ada obesitas, tidak ada kehamilan, tidak ada riwayat Arthritis dan tidak ada riwayat cidera pada pergelangan tangan	Tidak ada aktifitas lain di luar pekerjaan yang dapat menyebabkan CTS seperti gerakan dislipide- mia, hiper-tensi, DM, Rheuma-thoid	A1 dan A2

No	Jenis penyakit akibat kerja	Diagnosa Okupasi	ICD X	Tanda Khas	Agen/ Pajanan	Pekerjaan	Lama Pajanan	Faktor Individu	Faktor lain di luar pekerjaan	Kategori Penetapan Diagnosa
9	Penyakit otot dan kerangka lain	Nyeri Punggung Bawah Sederhana Akibat Kerja	Simple LBP (M54.5)	Keluhan terjadi segera setelah angkat angkut saat bekerja	Manual handling, whole body vibration	Perawat yang angkat angkut pasien, Pengendara alat berat, Pekerja kuli panggul, penerbang helikopter, pramu-gari/pramugara mekanik pesawat, Anak Buah Kapal bagian mesin	Bersifat akut segera setelah terpajakan	Tidak ada riwayat trauma tulang punggung sebelumnya, tidak ada riwayat RA/OApada tu- lang punggung sebelumnya.	Tidak ada aktivitas manual handling dan whole body vibration di luar pekerjaan.	A1
10	Penyakit otot dan kerangka lain	HNP Akibat Kerja	Kelainan Lumbal dan Diskus Intervertebral lain- nya dengan radikulopati (M51.1)	Hasil rontgen Lesi di L3,L4, L5 Terjadi segera setelah posisi angkat angkut saat bekerja	Manual handling, whole body vibration	Perawat yang angkat angkut pasien, Pengendara alat berat, Pekerja kuli panggul, penerbang helikopter, pramugari/pramugara, mekanik pesawat, Anak Buah Kapal bagian mesin	Bersifat akut segera setelah terpajakan	Tidak ada riwayat trauma tulang punggung sebelumnya, tidak ada riwayat RA/OApada tu- lang punggung sebelumnya.	Tidak ada aktivitas manual handling dan whole body vibration di luar pekerjaan	A2
11	Penyakit yang disebabkan oleh radiasi optik, meliputi ultra violet, radiasi elektromagnetik (visible light), infra merah, termasuk laser	Katarak Juvenilis Akibat Kerja	Katarak lainnya (H.26.8)	Tidak ada	Ultra Violet, Infrared, Microwave, Pengion Radiasi	Pengelas, Pekerjaan dengan paparan radiasi pengion dari mesin x-ray, reaktor nuklir, pandai besi, blower kaca, penerbang dan pekerja di landasan pesawat.	Minimal 6 Bulan	Tidak ada riwayat trauma mata sebelumnya, Tidak ada riwayat DM sebelumnya	-	A1 dan A2

No	Jenis penyakit akibat kerja	Diagnosa Okupasi	ICD X	Tanda Khas	Agen/ Pajanan	Pekerjaan	Lama Pajanan	Faktor Individu	Faktor lain di luar pekerjaan	Kategori Penetapan Diagnosa
12	Penyakit yang disebabkan oleh radiasioptik, meliputi ultra violet, radiasi elektromagnetik (visible light), infra merah, termasuk laser	<i>Keratitis Exposure</i>	Photokera-titis (H16.1)	Gejala timbul segera setelah terpapar exposure las	<i>UV, infrared</i>	Welders, Pekerja peleburan logam, Pekerja <i>glass blower</i> , Pekerja yang ter- papar UV, <i>laser grade 3-4</i> (panjang gelombang 532 - 1064 nm)	Timbul < 24 jamsetelah terpapar	Tidak ada	Tidak ada	A1
13	Kerusakan pendengaran yang disebabkan oleh kebisingan	Tuli sensorineural akibat bising di tempat kerja ( <i>Noise Induced Hearing Loss</i> )	Efek kebisingan padatelinga bagian dalam (H83.3)	<i>Sensoryneur al Hearing Loss.</i> Pemeriksaan audio- metri nada murni didapatkan tuli sensorineur pada frekuensi antara 3000 – 6000 Hz	Bising berlebih	Pekerja drilling, Pekerja - bengkel, Pengemudi alat berat, Pekerja kamar mesin kapal, Pekerja ruang mesin kompresor hiperbarik, Teknisi pesawat, Penerbang helikopter Pekerja di landasan pesawat, tenaga kesehatan evakuasi medis udara Pandai besi, Personil militer dan kepolisian yang menggunakan senjata api. Pekerjaan lainnya yang terpapar bising tinggi.		Tidak ditemukan riwayat genetik pada te- linga, ri- wayat minum obat (ototoksik), infeksi telinga kronik), trauma kepala, trauma telinga	Tidak ada hobi men- dengarkan musik keras, menembak, dan lain lain	A1 dan A2
14	Penyakit yang disebabkan oleh udara bertekanan atau udara yang didekompresi;	Otitic barotrauma akibat kerja	Aero otitic barotrauma (T70.0)	Tidak ada	Perubahan Tekanan	Penerbang, Awak ka-bin dan atlet dirgan- tara, penyelam, tena- ga kesehatan pen- damping ruang udara Hypobarik dan Hyperbarik (TOHB),	Bersifat akut segera setelah terpajangan	Tidak ada	Tidak ada	A2

No	Jenis penyakit akibat kerja	Diagnosa Okupasi	ICD X	Tanda Khas	Agen/ Pajanan	Pekerjaan	Lama Pajanan	Faktor Individu	Faktor lain di luar pekerjaan	Kategori Penetapan Diagnosa
						Pekerja di bawah tanah (Compressed Air Worker (CAW)), tenaga kesehatan evakuasi medis udara				
15	Penyakit yang disebabkan oleh udara bertekanan atau udara yang didekompresi;	Sinus baro trauma akibat kerja	Sinus baro trauma (T70.1)	Tidak ada	Perubahan Tekanan	Penerbang, Awak ka-bin dan atlet dirgan- tara, penyelam, tena- ga kesehatan pen- damping ruang udara Hypobarik dan Hyperbarik (TOHB), Pekerja di bawah tanah (Compressed Air Worker (CAW)), tenaga kesehatan evakuasi medis udara	Bersifat akut segera setelah terpajangan	Tidak ada	Tidak ada	A2
16	Penyakit yang disebabkan oleh udara bertekanan atau udara yang didekompresi	Barotrauma(Mata, Salu-ran Cerna Saluran Na-pas, Kulit, Gigi) Akibat Kerja	Efek dari tekanan udara dan tekanan air, tidak spe- siflik (T70.9)	Tidak ada	Perubahan Tekanan	Penerbang, Awak kabin dan atlet dir- gantara, penyelam, tenaga kesehatan pendamping ruang udara Hypobarik dan Hyperbarik (TOHB), Pekerja di bawah tanah (Compressed Air Worker (CAW), tenaga kesehatan evakuasi medis udara	Bersifat akut se- gera setelah terpajangan	Tidak ada	Tidak ada	A2
17	Penyakit yang disebabkan oleh udara bertekanan atau udara yang didekompresi	Penyakit DekompresiAkibat Kerja ( <i>Caisson Disease</i> )	<i>Caisson disease/ decompression sickness</i> (T70.3)	Tidak ada	Perubahan Tekanan	Penerbang, Awak ka-bin dan atlet dirgan- tara, penyelam, tena- ga kesehatan pen- damping ruang udara Hypobarik dan Hyperbarik (TOHB), Pekerja di bawah tanah	Bersifat akut segera setelah terpajangan	Tidak ada	Tidak ada	A2

No	Jenis penyakit akibat kerja	Diagnosa Okupasi	ICD X	Tanda Khas	Agen/ Pajanan	Pekerjaan	Lama Pajanan	Faktor Individu	Faktor lain di luar pekerjaan	Kategori Penetapan Diagnosa
						(Compressed Air Worker (CAW)), tenaga kesehatan evakuasi medis udara				
18	Virus Hepatitis	Hepatitis B Akibat kerja	Hepatitis BAkut (B16)	Pernah mengalami <i>needle stick injury</i> dari pasien Hepatitis B	Virus Hepatitis B	Tenaga kesehatan yang merawat pasien, tenaga laboratorium,	kurangdari 6 bulan	Tidak ada riwayat Hepatitis B sebelumnya (Pemeriksaan sebelumnya negatif)	Tidak adariwayat transfusidarah	A2
19	Virus Hepatitis	Hepatitis C Akibat kerja	Hepatitis C Akut (B17.0)	Pernah mengalami <i>needle stick injury</i> dari pasien Hepatitis C	Virus Hepatitis C	Tenaga kesehatan yang merawat pasien, tenaga laboratorium,	kurangdari 6 bulan	Tidak ada riwayat Hepatitis C sebelumnya (Pemeriksaan sebelumnya negatif)	Tidak adariwayat transfusidarah	A2
20	Kelainan saluran pernafasan atas yang disebabkan oleh sensitiasi atau iritasi zat yang ada dalam proses pekerjaan	Rhinitis dan Rhinosinu-sitis Akibat Kerja	Rhinitis Akut (J00)	-	Debu	Pekerja di pabrik semen, pabrik textile, pertambangan batubara, pekerja di pabrik asbes,	Segera setelah terpajan	Tidak ada riwayat alergi sebelumnya	Tidak adapajanan /debu laindi luar pekerjaan.	A1
21	Penyakit saluran pernafasan lain di mana ada hubungan langsung antara paparan faktor	<i>Laryngitis</i> Akut AkibatKerja	<i>Laryngitis</i> Akut (J04.0)	Suara serak setelah penggunaan suara berlebihan saat bekerja	Penggunaanpita suara berlebihan	Penyanyi, presenter, pembaca berita, guru, dosen, pekerjaan lain yang menggunakan suara berlebihan.	Segera setelah penggunaan suara berlebihan	Tidak ada	-	A1 dan A2

No	Jenis penyakit akibat kerja	Diagnosa Okupasi	ICD X	Tanda Khas	Agen/ Pajanan	Pekerjaan	Lama Pajanan	Faktor Individu	Faktor lain di luar pekerjaan	Kategori Penetapan Diagnosa
	risiko yang muncul akibat aktivitas pekerjaan dengan penyakit yang dialami oleh pekerja yang dibuktikan secara ilmiah dengan menggunakan metode yang tepat									

