

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

IDENTITAS DIRI PESERTA		
Nama	:	
Alamat KTP	:	
Alamat Domisili	:	
NIK	:	
Pekerjaan	:	
Tanggal Lahir	:	Usia: tahun
Jenis Kelamin	:	• Laki-laki • Perempuan
No. HP/email	:	
PEMERIKSAAN BERAT BADAN DAN TINGGI BADAN		
Berat badan	Kg	Tinggi Badan cm IMTKg/m ²
Untuk Perempuan: Kurus: < 17 Kg/m ² Normal: 17 - 23 Kg/m ² Kegemukan: 23 - 27 Kg/m ² Obesitas: > 27 Kg/m ²		Untuk Laki-laki: Kurus: < 18 Kg/m ² Normal: 18 - 25 Kg/m ² Kegemukan: 25 - 27 Kg/m ² Obesitas: > 27 Kg/m ²
PEMERIKSAAN RIWAYAT KONTAK TBC		
<ul style="list-style-type: none"> • Ya, sebutkan jenis kontak TBC (TBC paru bakteriologis/ klinis/ekstraparu)*lingkari yang dipilih • Tidak 		
FAKTOR RISIKO		
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
PEMERIKSAAN FOTO TORAKS		
<ul style="list-style-type: none"> • Abnormalitas TBC • Abnormalitas BukanTBC • Normal 		
SKRINING GEJALA		
Gejala TBC	Ya	Tidak
Batuk (semua bentuk batuk tanpa melihat durasi)	•	•

Form Skrining Perilaku Merokok pada Anak Usia Sekolah dan Remaja

Kuesioner Skrining Perilaku Merokok Bagi Anak Usia Sekolah

Keterangan: () diisi dengan tanda √

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

B. KARAKTERISTIK RESPONDEN (SISWA KELAS 4 s/d 12) - Diisi oleh peserta didik		
B1	Nama	
B2	NIK	
B3	Kelas	4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / 11 / 12
B4	Tanggal lahir	Tgl / Bulan / Tahun
B5	Umurtahun
B6	Jenis Kelamin	() Laki-laki () Perempuan

C. PERILAKU MEROKOK - Diisi oleh petugas		
C1 a	Apakah kamu merokok ? Bila jawaban 3 dan 4, langsung ke bagian Bagian D	1. () Ya, setiap hari 2. () Ya, kadang-kadang 3. () Pernah mencoba walau hanya 1 hisapan 4. () Tidak merokok/ tidak pernah mencoba
C1 b	Jika jawaban 1 atau 2 , jenis rokok apa yang digunakan ?	() Rokok konvensional : rokok filter/putih, kretek, liting, dll() Rokok elektronik : vape, IQOS, dll() Keduanya () Lainnya,
C2	Berapa usia kamu mulai merokok ? tahun
C3	Apa alasan UTAMA 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 ? (diisi salah satu) btg/hari (jika merokok setiap hari) btg/minggu (jika merokok tidak setiap hari)
C5	Sudah berapa lama kamu merokok ? (diisi salah satu) minggu; (jika < 1 bulan) bulan; (jika < 1 tahun) tahun (jika > 1 tahun)
C6	Bagaimana biasanya (paling sering) kamu mendapatkan rokok ?	() Beli Batangan () Beli bungkus () Dapat dari teman/saudara/keluarga () Lainnya
C7 a	Apakah ada keinginan kamu untuk berhenti merokok ? Jika Tidak, langsung ke Bagian D	() ya; () tidak
C7 b	Bila YA apa alasan UTAMA kamu mau berhenti merokok ? (pilih salah satu)	() 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 a	Apakah kamu pernah melihat orang yang merokok di sekolah?	() ya; () tidak
D2 b	Jika " ya " sebutkan orang yang PALING SERING kamu lihat merokok di sekolah: (pilih salah satu)	() 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 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"/>	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"/>	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"/>	Kadang-kadang	<input type="checkbox"/>	Tidak pernah
6.	Apakah Ibu merasa dibatasi dalam mengatur pembelanjaan rumah tangga?					
	<input type="checkbox"/>	Sering	<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 3. 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? • Jika merokok kurang dari 20 bungkus selama hidup atau kurang dari 1 rokok/ hari dalam 1 tahun maka pilih Tidak • <i>Pack year</i> = lama merokok dalam tahun x jumlah rokok per hari/20 • Rata-rata jumlah rokok/ hari = ___ • Lama merokok dalam tahun = ___	<input type="checkbox"/> 0: Tidak <input type="checkbox"/> 0:< 20 <i>pack years</i> <input type="checkbox"/> 1: 20 – 30 <i>pack years</i> <input type="checkbox"/> 2: > 30 <i>pack years</i>
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
	Total	

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	1. Mengingat tiga kata: bunga, pintu, nasi (sebagai contoh) 2. Orientasi terhadap waktu dan tempat: a. Tanggal berapa sekarang? b. Dimana Anda berada sekarang (rumah, klinik, dsb.)? 3. Ulangi ketiga kata tadi	<input type="checkbox"/> Salah pada salah satu pertanyaan <input type="checkbox"/> Tidak dapat mengulang ketiga kata
Keterbatasan mobilisasi	Tes berdiri dari kursi: Berdiri dari kursi lima kali tanpa menggunakan tangan. Apakah orang tersebut dapat berdiri di kursi sebanyak 5 kali dalam 14 detik?	<input type="checkbox"/> Tidak
Malnutrisi	1. Apakah berat badan Anda berkurang >3 kg dalam 3 bulan terakhir atau pakaian menjadi lebih longgar? 2. Apakah Anda hilang nafsu makan Atau mengalami kesulitan makan misal batuk atau tersedak saat makan, menggunakan selang makan/sonde)? 3. Apakah ukuran lingkaran lengan atas (LILA) <21 cm?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya
Gangguan Penglihatan	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 TES MELIHAT 2. TES MELIHAT : Apakah jawaban hitung jari benar dalam 3 kali berturut turut?	<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 TES BISIK	<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: • Perasaan sedih, tertekan, atau putus asa • Sedikit minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu	<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 : Umur/Jenis Kelamin : Tahun

Nama :

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN	HASIL
1	mengendalikan rangsang buang Air Besar (BAB)	0 1 2	0 Tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) 1 Kadang-kadang tak terkendali (1 x / minggu) 2 Terkendali teratur	
2	mengendalikan rangsang Buang Air Kecil (BAK)	0 1 2	0 tak terkendali atau pakai kateter 1 Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1 x / 24 jam) 2 Mandiri	
3	membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat Rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0 1	0 Butuh pertolongan orang lain 1 Mandiri	
4	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0 1 2	0 Tergantung pertolongan orang lain 1 Perlu pertolongan pada beberapa Kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri 2 Beberapa kegiatan yang lain 3 Mandiri	
5	makan minum (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	0 1 2	0 Tidak mampu 1 Perlu ditolong memotong makanan 2 Mandiri	
6	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0 1 2 3	0 Tidak mampu 1 Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 Bantuan minimal 1 orang 3 Mandiri	
7	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0 1 2 3	0 Tidak mampu 1 Bisa (pindah) dengan kursi roda 2 Berjalan dengan bantuan 1 orang 3 Mandiri	
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, Mengencangkan sabuk)	0 1 2	0 Tergantung orang lain 1 Sebagian dibantu (mis: memengancing baju) 2 Mandiri	
9	Naik turun tangga	0 1 2	0 Tidak mampu 1 Butuh pertolongan 2 Mandiri	
10	mandi	0 1	0 Tergantung orang lain 1 Mandiri	
SKOR Total				

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"																								
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Versi 1</th> <th>Versi 2</th> <th>Versi 3</th> <th>Versi 4</th> <th>Versi 5</th> <th>Versi 6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pisang</td> <td>Pemimpin</td> <td>Desa</td> <td>Sungai</td> <td>Kapten</td> <td>Anak Perempuan</td> </tr> <tr> <td>Matahari terbit</td> <td>Musim</td> <td>Dapur</td> <td>Bangsa</td> <td>Taman</td> <td>Surga</td> </tr> <tr> <td>Kursi</td> <td>Meja</td> <td>Bayi</td> <td>Jari</td> <td>Gambar</td> <td>Gunung</td> </tr> </tbody> </table>	Versi 1	Versi 2	Versi 3	Versi 4	Versi 5	Versi 6	Pisang	Pemimpin	Desa	Sungai	Kapten	Anak Perempuan	Matahari terbit	Musim	Dapur	Bangsa	Taman	Surga	Kursi	Meja	Bayi	Jari	Gambar	Gunung
Versi 1	Versi 2	Versi 3	Versi 4	Versi 5	Versi 6																				
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 pukul 11:10 (11 lewat 10 menit). " 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?"																								

Skoring

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:

§ Seluruh angka (dari 1 sampai 12) ditampilkan pada urutan yang tepat dan arah yang tepat (sesuai arah jarum jam) di dalam lingkaran.

§ Dua jarum jam, satu menunjuk arah 11, satu menunjuk arah 2.

Bila ada elemen yang terlewatkan, harus dinilai sebagai gambar jam yang abnormal. Menolak untuk menggambar jam juga dinilai sebagai gambar jam abnormal.

Total skor à 0-2 menunjukkan kemungkinan gangguan kognitif.
Total skor à 3-5 menunjukkan kemungkinan tidak ada gangguan kognitif.

KUESIONER RAPUH/ FRAILTY SYNDROME

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

A. Berdiri berdampingan	
Bertahan 10 detik	1 poin
Tidak bertahan 10 detik	0 poin
Tidak dilakukan	0 poin
<i>Jika tidak dilakukan, hentikan tes keseimbangan</i>	
B. Berdiri semi-tandem	
Bertahan 10 detik	1 poin
Tidak bertahan 10 detik	0 poin
Tidak dilakukan	0 poin
<i>Jika tidak dilakukan, hentikan tes keseimbangan</i>	
C. Berdiri tandem	
Bertahan 10 detik	2 poin
Bertahan 3 – 9,99 detik	1 poin
Tidak 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

PENGAJIAN NUTRISI (SHORT-FORM MNA)

No	Peapisan	Tools	Nilai	Skor
	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 bulanterakhir	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 à tidak perlu melengkapi pengkajian Skor < 11 kemungkinan malnutrisi à lanjutkan pengkajian				

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-4)

Pertanyaan	Lingkari Jawaban		Skor
	YA	TIDAK	
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	
TOTAL SKOR			
Cara mengisi: 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 àPENGKAJIAN 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 menunjukkan ada gangguan depresi
- Jika skor ≥ 1, pengkajian dilanjutkan menggunakan GDS 15

Formulir 6. Instrumen Skrining Kesehatan Jiwa

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

Laki-Laki/Perempuan

Tanggal lahir

	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 seusiaaku	<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 seusia saya 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 dipermainkan 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 seusia 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

Laki-Laki/Perempuan

Tanggal lahir

Tidak Agak Selalu

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.

NO	Pertanyaan	Y	T
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 pernah Anda gunakan? (HANYA PENGGUNAAN NON-MEDIS)		
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, Rchypnol, 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 disekolah?”

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 <u>tiga bulan terakhir</u> , 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, tomi 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 <u>tiga bulan terakhir</u> , 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

<u>Pernahkan</u> teman atau keluarga atau orang lain mengekspresikan kekhawatiran tentang penggunaan dari (ZAT PERTAMA, KEDUA, DST) Anda?			
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

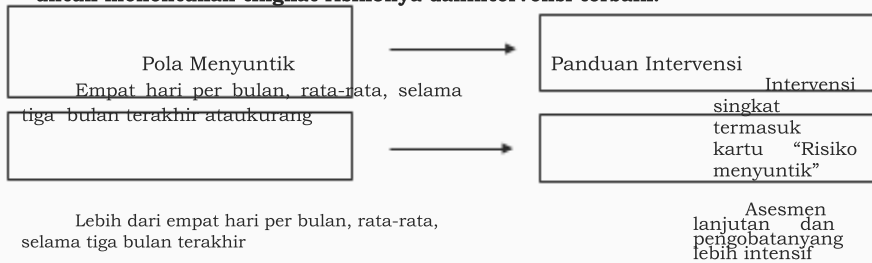
Pernahkan Anda mencoba untuk mengurangi atau menghentikan penggunaan (ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DST) tetapi gagal?			
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	6	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	6	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	6	3
d. Kokain (coke, 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
<u>Pernahkah</u> Anda menggunakan obat dengan cara disuntik? (HANYA PENGGUNAAN NON MEDIS)	* * *

**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 jenisamfetamin		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	<447"	<516"	<417"	<504"	412"	452"
Baik	448"-549"	517"-628"	418"-514"	505"-610"	413"-505"	453"-554"
Cukup	550"-652"	629"-737"	515"-612"	611"-719"	506"-557"	555"-655"
Kurang	653"-753"	738"-848"	613"-709"	720"-828"	558"-649"	656"-756"
Kurang Sekali	>754"	>849"	>710"	>829"	>650"	>757"

Penilaian single

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

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

Tab

Reko

Hasil Kebugaran	Frekuensi / minggu	Intensitas olahraga	Durasi (waktu 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	Jalan santai, Jalan Cepat, Jogging, Besepeda
Aerobik tipe 2	Senam, Renang, Step Aerobik, Disko Robik dll
Aerobik tipe 3	Olahraga Permainan Seperti Sepak Bola, Tennis, Tennis Meja, Bola Basket, Bulutangkis, Bola Voli, Dll

Tabel 3. Penilaian Skrining Kebugaran Jasmani 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 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 Akibat Kerja	Mesothelioma pleura (C45.0)	Tidak Ada	Asbes	Pekerja pada industri asbes, pekerja konstruksi, pekerja bengkel otomotif,	masa laten > 15tahun, durasi pajanan tidak berpengaruh	Tidak Ada	Tidak ada riwayat menggunakan atap asbes di luar tempat kerja, Tidak tinggal di area sekitar industri asbes	A2
3	Pneumokoniosis yang disebabkan oleh asbestos	Asbestosis Akibat Kerja	Pneumokoniosis karena asbes dan serat mineral lainnya/Asbestosis (J61)	Pleural plaque	Asbes	Pekerja pada industri asbes, pekerja konstruksi, pekerja bengkel otomotif,	masa laten > 15tahun, durasi pajanan minimal 15 tahun	Tidak Ada	Tidak ada riwayat menggunakan atap asbes di luar tempat kerja, Tidak tinggal di area sekitar industri asbes	A2
4	Asma yang disebabkan oleh debu 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 paparan	Debu Tepung, Deterjen bubuk yang mengandung enzim, Serbuk sari, Debu Semen	Pembuat roti, kue dan makanan lain yang mengandung tepung, pekerja perusahaan pembuatdeterjen bubuk, Pekerja laundry, Pedagang bunga, Pekerja meubel,	Tidak berpengaruh	Tidak ada riwayat asma atau alergi sebelumnya	Tidak ada alergen di luar pekerjaan 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;	Dermatitis kontak iritan akibat kerja	Dermatitis kontak iritan kelompok agen penyebab utama: Sabun / Deterjen, Pelarut, Minyak dan pelumas, produk	Gejala berkurang apabila menghindari agen penyebab, morfologi lesi sesuai dengan pajanan	Sabun / Deterjen, Pelarut, minyak dan pelumas, produk minyak bumi, Asam,alkali, Semen, garam logam,terak dan kaca wol atau	Pekerjaan yang menggunakan bahanpajanan yang beresourian. Pekerja di lingkungan basah <i>fwet workers</i> seperti nelayan, pembantu rumah tangga, penjual ikan, Pekerja semen,	DurasiTidak berpengaruh	Tidak ada	tidak ada kontak dengan bahan iritan yang berada di luar tempatkerja	A1 dan A2

	dan		minyak bumi, asam, alkali, Semen, garam logam, terak dan kaca wol (L.24)	pada area kontak,	bahan iritan lainnya.	Penata rambut,			
6	Dermatitis kontak alergika dan urtikaria yang disebabkan oleh faktor penyebab alergi lain yang timbul dari aktivitas pekerja-an yang tidak termasuk dalam penyebab lain	Dermatitis kontak alergi akibat kerja	Dermatitis kontak alergi kelompok agen penyebab utama: antibiotik, pengawet, tanaman dan pohon, antiseptik, produk karet, pewarna, perekat dan agen bonding, logam (L23)	Area kontak sesuai dengan pajanan, tidak lang-sung	Produk karet, pe- warna, perekat dan agen bonding, logam	Pekerja logam, penya-dap karet, Pekerja kebun yang menggu- nakan sarung tangan karet, Penyamak kulit, pekerja pemuat 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
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 mengerahkan tenaga, pekerjaannya 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 (gerak repetitif), pekerjaan yang melibatkan getaran, Posisi ekstrim pada pergelangan tangan terutama kombinasi dari risiko tersebut	Dokter gigi, Pekerja dengan alat Jack Hammer, Pekerja menetik, Tukang potong daging (butcher), pekerja gergaji (sawmill), pekerja perakitan (manufacture), pekerja pelinting rokok dengan tangan, pemain musik drum dan pekerja lainnya yang terpajan gerakan berulang (gerak repetitif), getaran, posisi ekstrim pada pergelangan tangan	Minimal 8 bulan	Tidak ada obesitas, tidak ada kehamilan, tidak ada riwayat dislipidemia, hipertensi, DM, Rheumatoid Arthritis dan tidak ada riwayat cidera pada pergelangan tangan	Tidak ada aktifitas lain di luar pekerjaan yang dapat menyebabkan CTS seperti gerakan repetitif, pekerjaan yang melibatkan getaran, posisi ekstrim pada pergelangan tangan	A1 dan A2
9	Penyakit otot dan kerangka lain	Nyeri Punggung Bawah Sederhana Akibat Kerja	<i>Simple LBP</i> (M54.5)	<i>Keluhan ter-jadi segera setelah angkat angkut saat bekerja</i>	<i>Manual handling, whole body vibration</i>	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 terpajanan	Tidak ada riwayat tulang punggung sebelumnya, tidak ada riwayat RA/OA pada tulang punggung sebelumnya.	Tidak ada aktivitas <i>manual handling</i> dan <i>whole body vibration</i> di luar pekerjaan.	A1
10	Penyakit otot dan kerangka lain	HNP Akibat Kerja	Kelainan Lumbal dan Diskus Intervertebralis lainnya (M50.1-1)	Hasil rontgen Lesi di L3, L4, L5 Terjadi segera setelah posisi angkat angkut saat bekerja	<i>Manual handling, whole body vibration</i>	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 terpajanan	Tidak ada riwayat trauma tulang punggung sebelumnya, tidak ada riwayat angkat angkut sebelumnya.	Tidak ada aktivitas <i>manual handling</i> dan <i>whole body vibration</i> di luar pekerjaan	A2
11	Penyakit yang disebabkan oleh radiasi optik, meliputi ultra violet, radiasi elektromagnetik	Katarak Juvenil Akibat Kerja	Katarak lainnya (H.26.8)	Tidak ada	<i>Ultra Violet, Infrared, Microwave, Pengion Radiasi</i>	Pengelas, Pekerjaan dengan paparan radiasi pengion dari mesin x-ray, reaktor nuklir, pandai besi, blower kaca, penerbang dan pekerja	Minimal 6 Bulan	Tidak ada riwayat trauma mata sebelumnya, Tidak ada riwayat	-	A1 dan A2

	k(visible light) infra meran, termasuk laser					di landasan pesawat.		DM seotum-nya		
12	Penyakit yang disebabkan oleh radiasi ultraviolet, radiasi elektromagnetik (visible light) infra meran, termasuk laser	Keratitis Exposure	Photokeratitis (H16.1)	Gejala timbul segera setelah terpapar laser	UV, infrared	Welders, Pekerja peleburan logam, Pekerja yang menggunakan laser grade 3-4 (panjang gelombang 532 - 1064 nm)	Timbul < 24 jam setelah terpapar	Tidak ada	Tidak ada	A1
13	Kerusakan pendengaran yang disebabkan oleh kebisingan	Tuli sensori neural akibat bising di tempat kerja (Noise Induced hearing loss)	Efek kebisingan pada telinga bagian dalam	Sensory neural Hearing Loss. Pemeriksaan audiometri murni didaftarkan	Bising berlebih	Pekerja drilling, Pekerja bengkel, Pengemudi alat berat, Pekerja kamar mesin kapal, Pekerja ruang mesin kompresor hidrolik, Teknisi pemeliharaan, Pekerja pemrosesan logam, Pekerja landasan pesawat, tenaga kesehatan	Tidak ditemukan riwayat genetik pada keluarga, riwayat hobi mendengarkan musik keras, menembak, dan lain lain	Tidak ada	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
				sensorine- ural pada frekuensi antara 3000 - 6000 Hz		evakuasi medis udaraPandai besi, Personil militer dan kepolisianyang menggunakan senjata api. Pekerjaanlainnya yang terpaparbising tinggi.		kronik), trauma kepala, trauma telinga		
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 pendamping ruang udaraHypobarik dan Hyperbarik (TOHB), Pekerja di bawah tanah (Compressed Air Worker (CAW)), tenaga kesehatan evakuasi medis udara	Bersifat akut segera setelah terpaja- nan	Tidak ada	Tidak ada	A2
15	Penyakit yang disebabkan oleh udara bertekanan atau udara yang didekompresi ;	Sinus barotrauma akibat kerja	Sinus barotrauma (T70.1)	Tidak ada	Perubahan Tekanan	Penerbang, Awak ka- bin dan atlet dirgan- tara, penyelam, tena- ga kesehatan pendamping ruang udaraHypobarik dan Hyperbarik (TOHB), Pekerja di bawah tanah (Compressed Air Worker (CAW)), tenaga kesehatan evakuasi medis udara	Bersifat akut segera setelah terpaja- nan	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- sifik (T70.9)	Tidak ada	Perubahan Tekanan	Penerbang, Awak kabin dan atlet dir- antara, 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 terpajanan	Tidak ada	Tidak ada	A2
17	Penyakit yang disebabkan oleh udara bertekanan atau udara yang didekompresi	Penyakit Dekompresi Akibat Kerja (Caisson Disease)	Caisson disease/ decompres- sion sickness (T70.3)	Tidak ada	Perubahan Tekanan	Penerbang, Awak ka- bin dan atlet dirgan- tara, penyelam, tena- ga kesehatan pendamping ruang udaraHypobarik dan Hyperbarik (TOHB), Pekerja di bawah tanah (Compressed Air Worker (CAW)), tenaga kesehatan evakuasi medis udara	Bersifat akut segera setelah terpaja- nan	Tidak ada	Tidak ada	A2
18	Virus Hepatitis	Hepatitis B	Hepatitis B	Pernah	Virus Hepa-	Tenaga kesehatan	kurang dari 6	Tidak ada	Tidak ada	A2

		Akibat kerja	Akut (B16)	mengalam <i>needle</i> darah dan/ <i>stickinjury</i> cairan tubuh dari yang terin- feksi Hepatitis B	titis B dari darah dan/ cairan tubuh yang terin- feksi	yang merawat pasien, tenaga laboratorium,	bulan	riwayat Hepatitis B sebelum- nya (Peme- riksaan se- belumnya negatif)	riwayat transfusi darah	
19	Virus Hepatitis	Hepatitis C Akibat kerja	Hepatitis C Akut (B17.0)	Pernah mengalam <i>needle</i> darah dan/ <i>stickinjury</i> cairan tubuh dari yang terin- feksi Hepatitis C	Virus Hepa- titis C dari darah dan/ cairan tubuh yang terin- feksi	Tenaga kesehatan yang merawat pasien, tenaga laboratorium,	kurang dari 6 bulan	Tidak ada riwayat Hepatitis C sebelum- nya (Peme- riksaan se- belumnya negatif)	Tidak ada riwayat transfusi darah	A2
20	Kelainan saluran pernafasan atas yang disebabkan	Rhinitis dan Rhinosinu- sitis Akibat kerja	Rhinitis Akut (J00)	-	Debu	Pekerja di pabrik semen, pabrik <i>textile</i> , pertambangan	Segera setelah terpapar	Tidak ada riwayat alergi se- belumnya	Tidak ada paparan /debu lain di luar pekerjaan.	A1

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
	oleh sensitisasi atau iritasi zat yang ada dalam proses pekerjaan					batubara, pekerja di pabrik asbes,				
21	Penyakit saluran pernafasan lain di mana ada hubungan langsung antara paparan faktor risiko yang muncul akibat aktivitas pekerjaan dengan penyakit yang dialami oleh pekerja yang dibuktikan secara ilmiah dengan menggunakan metode yang tepat	Laryngitis Akut Akibat Kerja	Laryngitis Akut (J04.0)	Suara serak setelah penggunaan suara berlebihan saat bekerja	Penggunaanpi ta suara berlebihan	Penyanyi, presenter, pembaca berita, guru, dan lain, pekerjaan yang menggunakan suara berlebihan.	Segera setelah penggunaan suara berlebihan	Tidak ada	-	A1 dan A2

KEPMENKES TENTANG **265**
PETUNJUK TEKNIS
INTEGRASI PELAYANAN
KESEHATAN PRIMER