



Briefing

Briefing dr. Hadi

BRIEFING DR. HADI

- Kalau misalkan khusus yang IKM+gilut, kalau nggak lulus IKM, kudu ngulang IKM+gilut
- Jamfis 08.00-13.00/14.00 (pulang jam 13.00 misalkan gk ada kegiatan lapangan atau janji dengan dosen)
- Cara izin kalau misalkan berhalangan hadir: WA dok hadi dan WA mbak pipit (berlaku di IKM+puskesmas) → maksimal ketidakhadiran hanya 2 hari dan hanya dikasih kalo ada izin
- **2 tugas puskesmas:** evaluasi pribadi dan evaluasi kelompok (laporan dikumpul di minggu ke 9 hari senin via online jam 14.00 TIDAK ADA DELAY)
- Logbook kudu dibawa, diisi, dan kalau udah di puskesmas, minta TTD ketua puskesmasnya juga
- Pembuatan artikel untuk junior, harus dibuat berdasarkan makro project yg dibuat (topik = ...: dr yunisa dan dr aswin) → minggu ke 5 artikel udah kudu dikumpulin (1 kegiatan bisa dibuat menjadi 4 artikel, koordinasikan dengan dr yunisa dan dr aswin)
- Minggu ke 6
 - Laporan kegiatan lapangan udah harus diterima dan dibagikan ke semua staf pendidik pada senin minggu ke jam 6 jam 08.00
 - Minggu ke 6 senin presentasi laporan kegiatan
 - Minggu ke 6 selasa ke puskesmas untuk operan
- Minggu ke 9 hari senin jam 2 siang online kumpulkan status ujian, eval kelompok, eval pribadi via g-form
 - Minggu ke 9 kembali ke fakultas buat ujian
 - Minggu ke 9 senin presentasi evaluasi program
- Kasus KKLP minggu 3 kudu minta ke dok bryani buat topik, minggu ke 4 atau 5 presentasi
- Pengeluaran semuanya ditanggung oleh pihak departemen, kecuali untuk pengeluaran pribadi
- Ujian jelek/nilai gantung → ngulang
- Status ujian kudu di cek dari bab 1-6 pak turnitin, max 30%
- Bimbingan ke dok yunisa dan dok aswin ada 2 BAP ya masing2

Briefing dr. Chan

BRIEFING DR. CHAN

- Yang kudu dipelajari: ilmu epidemiologi dasar, statistika dasar, management program (including puskesmas), promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja (yg kesling dan kesker jarang banget)
- Kegiatan (9 minggu):
 - minggu junior buat bisa ngejar ilmu dasarnya lagi biar bisa inget (topik dan program utama: gizi, imunisasi, KB, DBD, KIA, HIV, dan TB)
 - Kasus KKLP → kasus pribadi (dibagi nanti tema nya apa) DAN kasus KKLP terkait kesehatan lansia
 - LPJ selama kerja di gercep fit → nanti cb lihat dari senior presentasi
 - ujian tutor (pilgan 50 soal) dan ujian KKLP
 - minggu senior (puskesmas)
 - lihat pelayanan apa aja yg ada disitu, kapan kudu merujuk pasien
 - nanti bakalan dikasih 1 topik (out of 7 topik utama di atas) buat dilakukan evaluasi (cari data, cari masalah, evaluasi kurangnya apa aja, kenapa target tidak tercapai)
 - evaluasi program/kinerja (presentasi apa aja yg didapat di puskesmas)
- Kegiatan lapangan
 - kalau turlap kudu terkoordinasi dengan dr yunisa dan dr aswin → jangan cuma koordinasi dengan 1 dokter aja
- 3 materi yg bakalan diajari oleh dr chan (tutor):
 - **imunisasi** → dibagi jadi 3 sesi pertemuan
 - Pertemuan pertama: dasar imunisasi,
 - Pertemuan kedua: evaluasi program dan problem solving, melakukan sampling dari hasil laporan imunisasi kek apa sih yg kurang dari booklet,
 - Pertemuan ketiga: presentasi (nanti buat topiknya bakalan diinfokan lebih lanjut)
 - **KKLP** → dr briyani bakalan ngajar dasar KKLP nya, tapi nanti dr chan bakalan jelaskan tentang aspek KKLP yg perlu diperhatikan saat

menghadapi pasien lansia (apa yg kira2 yang dinilai sama dokter ketika diuji tentang KKL)

-

-



(6/8) Family Medicine-dr. Bryany

KEDOKTERAN KELUARGA – DR. BRYANY (06/08/26)

Link PPT

https://drive.google.com/file/d/1xmPmeOeUPOGWOUiOi0cg0EX-be-A1zNe/view?usp=drive_link

https://drive.google.com/file/d/122jhoFyvP0XdTLoAJ8g_YDw3Vg_VAZxb/view?usp=drive_link

Slide	Penjelasan
 OVERVIEW KEDOKTERAN KELUARGA UNTUK KEPANITERAAN IKM FAMILY MEDICINE, NOW OR NEVER	• kasus kedokteran keluarga mendekatkan prinsip biopsikososial dan menerapkan 4 upaya kesehatan pada keluarga (kuratif, promotif, preventif, rehabilitatif)
Apa yang Anda ketahui mengenai dokter keluarga  tidak diakui di Indonesia 12% Dokter umum 12% 81% menggal aspek biopsikososial	• Pasien seringkali sudah mendapatkan pengobatan dari dokter yang sesuai dengan guideline, tapi kek ada beberapa kasus tertentu dimana pasien merasa tidak cocok (pasien tidak dapat trust dengan dokter, dokter tidak tahu secara menyeluruh mana yang cocok untuk pasien dan mana yg tidak) • Continuum care (gangguan hubungan dokter dengan pasien dapat berpengaruh terhadap kelanjutan dari keseluruhan perawatan pasien) • Tatalaksana nggak berhenti cuma di RS aja, tapi penatalaksanaan pasien SETELAH PULANG DARI PERAWATAN ○ Pasien disable/resiko tinggi jatuh → perlu edukasi ke keluarganya dan caregivernya, cth: edukasi ke WC nya apakah ada handle atau ngga, lantai nya licin atau gak ○ Pasien OA → perhatikan tangga (tinggal di lantai berapa, especially kamar tidurnya), pengelolaan BB (management gizi dan kalori, including gimana cara tinggi kalori

	tapi sedikit kuantitasnya, gimana cara edukasi tentang jenis makanan yang dapat dimakan oleh pasien, olahraga yang sesuai ke px kek berenang jalan kaki minimal 1 jam untuk turunkan BB dan kalo 150 menit/minggu untuk maintenance)
SEJARAH Kedokteran keluarga muncul sekitar 1960an dimana dasarnya adalah adanya masalah dalam hubungan dokter-pasien dan continuity of care https://www.asponline.org/about-asp/about-internal-medicine/career-paths/medical-student-career-path/internal-medicine-vs-family-medicine Kedokteran keluarga mempelajari masalah kesehatan pada anak, dewasa, lansia, ibu hamil dengan menekankan pada upaya promotif dan preventif Promotif dan preventifnya dengan memang individu adalah bagian dari keluarga dan komunitas tempat dia berasal Contoh kasus : seseorang dengan keluhan gatal-gatal yang berulang , kerja di pabrik ban, di rumah juga anak ada keluhan gatal-gatal, kalau muncul keluhan maka gatal sekali sehinggaa digaruk sampai luka dan bernanah Maka seorang dokter keluarga, mendiagnosis penyakit, memberikan terapi, monitoring kepatuhan minum obat, dan edukasi pencegahan2 untuk pasien dan anaknya baik di rumah maupun di lingkungan kerja . jika diperlukan , berkoordinasi dengan spesialis dan subspecialis	• Ada perbedaan pendekatan promotif dan preventif pada setiap kelompok usia ◦ Promotion → orang yang belum ada FR untuk mencegah supaya tidak terjadi penyakitnya ◦ Prevention → org yg ada FR (cth: risiko Hep B di coass prevention pake vaksin Hep B; imunisasi pada bayi; papsmear pada cewek dewasa; PCV influenza herpes pada lansia) ◦ Early diagnosis and prompt treatment → pasien yang resiko tinggi dan gejala minimal (ANAK +BAYI: antropometri pada anak-anak BB/U BB/TB TB/U; Denver 2 lbh spesifik dari SDIDTK untuk skrining perkembangan anak dan lebih dari 2 domain harus konsul Sp.A; REMAJA: HEEADSSS (Home; Education; Eating; Activities; Drugs and Alcohol; Sexuality; Safety; Suicidality); DEWASA: medical checkup/CKG (TD, GDP/HbA1c, profil lipid), SADARI (kanker payudara), IVA/pap smear (kanker serviks, di pemerintah sering pakai IVA karena lebih cepat keluar hasilnya dan sekalian sel-sel

	displasia bisa dimatiin ama asam asetat nya, opsi terapi lain bisa pakai cryotherapy, tapi kalo misalkan gak bisa baru dirujuk) SADARI (dilakukan hari ke 9-14 setelah menstruasi) SADANIS; LANSIA: P3G, FOBT/kolonoskopi buat skrining awal kanker kolorektal (kanker termasuk ke dalam penyakit degeneratif), cek mata berkala untuk katarak, cek pendengaran untuk presbiakustik, dan MCU berkala) ○ Disability limitation → sudah sakit tapi supaya tidak tambah berat (DEWASA dan LANSIA: perbaiki gaya hidup, tatalaksana adekuat, pemeriksaan komplikasi, pada pasien DM kudu cek tanda neuropati) ○ Rehabilitation → orang yg gk akan sembuh, tapi pertahankan supaya QoL tetap baik (cth: bantuan protesa pada pasien amputasi) ● Melihat apakah gejala penyakit dipengaruhi oleh keluarga atau pekerjaan, berdampak pada keluarga dan pekerjaan ○ Cth: program jemur kasur dan rendam spreng ke air panas pada pasien dengan scabies dan himbauan pada orang yg tinggal di tempat yg sama, apakah ada yang punya keluhan serupa atau tidak)
--	--

Primary Care, Health, and Equity

Barbara Starfield,
MD, MPH

Supercourse lecture
September 2004



- membandingkan negara yg 5 level prevention yg baik dan yang tidak baik



Ian R McWhinney buku Textbook of family medicine 'early sign of illness in GP: patient centered, direct/access care, community health, health system

- dalam praktek dokter kalau yg penting itu adalah **CONTINUITY** (serangkaian care planning untuk pelayanan kasus yg kompleks)
- **patient centered** → tiap penyakit tidak dapat diterapi dengan cara yg sama walaupun penyakit nya sama (tergantung dari pasien nya juga)
- status pasien dipengaruhi oleh **akses pelayanan** nya sendiri
- ada **community health** nya atau engga

KARAKTERISTIK DOKTER KELUARGA



General, Primary Care, and family oriented



Holistic care



Continuous care



Comprehensive



Collaborative and coordinative Care



Personal Care

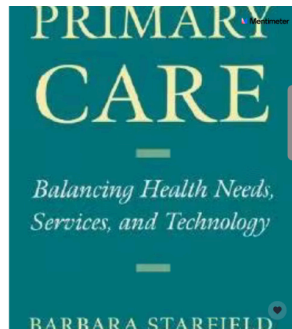


Community Oriented

- **General** (semua siklus kehidupan), **primary care** (first contact), **family oriented** (fokus ke keluarga, berpengaruh terhadap keluarga atau nggak)
- **Holistic care** (penyakit itu disebabkan oleh berbagai macam, nggak cuma kelainan biologis aja, tapi juga emosional, spiritual, dan intelektual juga bisa; cth kek pasien dengan serangan jantung biasanya pencemas)
- **Continuous care** (berkelanjutan, misalkan pasien mau vaksin, nextnya kita kudu jelaskan kapan vaksin selanjutnya dan apa yg mau divaksin, dengan harapannya pasien menjadi loyal dan percaya ke dokter, sehingga datang terus ke dokter, sehingga pasien nya bisa promosi ke

Barbara Starfield, et al:
negara2 yang concern
pada penguatan primary
care mendapatkan
beberapa keuntungan

- lebih rendah belanja kesehatan
- lebih sedikit kehilangan usia produktif
- lebih tinggi income dokter
- lebih rendah prevalensi merokok dan alkohol
- lebih banyak lansia yang sejahtera



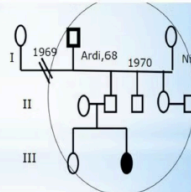
- **Stages of Change:** precontemplation → contemplation → preparation → action → maintenance → relapse

GENOGRAM

Membantu menganalisis : penyakit yang diturunkan, hubungan keluarga secara fisik dan psikologi

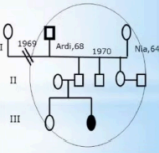
1. Symbols
2. Three or more generations
3. The name of family
4. A listing of the first born of each family to the left, with siblings listed sequentially to the right
5. The names of all family member
6. Age or year of birth of all family members
7. Any deaths, incl. age of death and cause
8. Dates of marriages and divorces

9. Significant diseases or problems of family members
10. Indication of members living together in the same household
11. A key depicting all symbols used
12. Symbols selected for simplicity and maximum visibility



- harus ada 3 generasi (yg tinggal serumah dilingkari)
- pasien ditandai pakai panah
- keluarga siapa (kek di atasnya ditulis "keluarga Tn....", kapan genogram nya dibuat
- kalau ada penyakit di tulis, gak cuma pada px tpi pada keluarga px nya ada penyakit apa aja

Bekri, as of 8 April 2010



Standardized Symbols used in Family Genograms

Symbols of diseases or situation	Symbol
Obesity	Circle with a dot
Alcohol	Square with a dot
Alcoholism	Square with a dot and a line
Adverse	Square with a dot and a line
Hypertension	Square with a dot and a line
Heart disease	Square with a dot and a line
Stroke	Square with a dot and a line
Depression	Square with a dot and a line
Other disease	Square with a dot and a line

Standardized Symbols used in Family Genograms

Symbol	Meaning
Circle with a dot	Married and year
Square with a dot	Separation and year
Square with a dot and a line	Divorce and year
Square with a dot and a line	Unmarried relationship
Square with a dot and a line	Confused relationship
Square with a dot and a line	Distance relationship
Square with a dot and a line	Close relationship
Square with a dot and a line	Family living together

2. Menggunakan berbagai alat diagnosis keluarga untuk merancang bentuk intervensi.

APGAR KELUARGA DENGAN LARSEN	APGAR	SKOR
Adaptation / Adaptasi	A	7-10
Partnership / Kemitraan	P	4-6
Rowht / Pertumbuhan	G	0-3
Effection / Kasih Sayang	A	0-3
Resolve / Kebersamaan	R	0-3

Misalnya dengan menggunakan APGAR SCORE, Family SCREEM dan Genogram diketahui bahwa seseorang dengan penyakit alergi seafood cenderung patuh tidak memakannya jika orangtua yang menegur

- apakah keluarga membuat px merasa diterima atau tidak? mendukung pertumbuhan px atau tidak? kasih sayang? waktu bersama atau tidak?
- kalau selalu ada = skor 2, sesekali = 1, tidak pernah = 0
- menilai keluarga px nya sehat atau ada disfungsi
- misalkan ada gangguan, dimasukkan ke dalam edukasi (edukasi ke keluarganya juga)

	Resources	Pathology
Social	Social interaction is evident among family members.	The family is socially isolated from extra-familial groups.
Cultural	Cultural pride or satisfaction can be identified.	The family has feelings of cultural-ethnic inferiority or shame.
Religion	Religion offers satisfying spiritual experiences.	Dogma and rituals are so rigid that they limit the family's problem solving capacity.
Economic	ability to meet the economic demands of normal life events and illness.	Financial problems make it difficult for the family to meet monetary demands of crisis or illness.
Education	Education of the family members is adequate to allow members to solve or comprehend most of the problems	Limit the ability of family members to comprehend the problem or recommended solution.
Medical	Medical care is available through channels that are easily established	Inaccessible and under utilized.

- **pneumonic SCREAM**

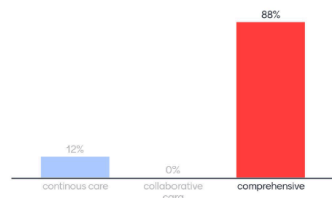
- **Social** → ada hubungan dengan aspek sosial atau nggak (cth: sering ngumpul minum)
- **Culture** → cth kek rokok, di manado suka pesta (DM dan obes tinggi)
- **Religion** → ada pengaruh agama yg jadi pathology atau resources
- **Edukasi** → pendidikan kurang, gk pernah googling soal penyakitnya, gak paham la yg penting soal penyakitnya
- **Ekonomi** → gk ada duit buat nge gym
- **Medical** → dekat atau ada akses pelayanan kesehatan atau nggak

YANG SLIDE DIBAWAH INI TIDAK DIBAHAS OKEIIII :)

dokter merujuk ke pasien perempuan usia 40 th dengan obesitas ke Sp.PD karena sesak nafas. karakteristik dokter keluarga tersebut

The correct answer is: koordinatif

2.Dokter keluarga memfasilitasi upaya pencegahan , terapi, dan rehabilitasi penyakit. Prinsip tersebut adalah?



Montimeter

<u>Tahun.</u>	<u>Uraian</u> <u>(Tahun)</u>	<u>Life Events/ Crisis</u>	<u>Severity of illness</u>

1. <u>Kondasi Umum</u>	=	
2. <u>Kesadaran</u>	=	
3. <u>Tanda Vital</u>	=	
Tekanan Darah	mmHg	
Nadi	x/menit	
Respirasi	x/menit	
Suhu	+ C	
4. <u>Antropometri</u>	=	

[illegible]

1. <u>Laboratorium</u> (Hasil serial)	=	
2. <u>Radiologi</u>	=	

--

No.	Nama	Jenis Kelamin	Tgl Lahir/ Umur	Pekerjaan	No.HP	Status Kesehatan
1.		L/P				
2.		L/P				
3.		L/P				
4.		L/P				
5.		L/P				
6.		L/P				
7.		L/P				
8.		L/P				
9.		L/P				

Mortimer



YouTube Social Determinants of Health Anim...

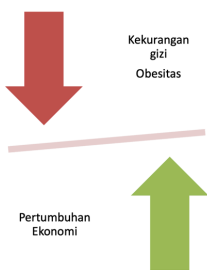
(14/8) Gizi Buruk

GIZI BURUK DI INDONESIA – DR. VETINLY (11/08/26)

Masalah Gizi di Indonesia dan Gizi Buruk

dr. Vetinly, M.Gizi, Sp.GK, AIFO-K
Dept. IKM dan Ilmu Gizi
FKUAJ

Pendahuluan



- Kurang gizi → masalah gizi ganda
- Obesitas >>
- Angka harapan hidup ↑ → penyakit infeksi → PTM
- Masalah gizi ganda → beban ekonomi dan pembangunan



•

- double burden: kekurangan gizi, at the same time juga terjadi kelebihan gizi
- angka harapan hidup meningkat
- dulu yg tinggi tuh penyakit infeksi, tapi sekarang malah yg penyakit tidak menular yang meningkat yang bisa berkontribusi terhadap kematian

Double Burden of Malnutrition



Balita :
12% menderita kurus (wasting) vs 12% lainnya mengalami kegemukan (overweight) (Kementerian Kesehatan, 2013).

Remaja :
Sekitar 11% dari remaja perempuan dan laki-laki berusia 13-15 tahun mengalami kurus VS 11% dari remaja pada usia yang sama lainnya mengalami kegemukan.

Dewasa :
prevalensi berat badan lebih (gemuk) dan obesitas meningkat dua kali lipat pada wanita dewasa (dari 15% menjadi 33%) vs seperempat wanita hamil mengalami kurus (Kementerian Kesehatan, 2013).

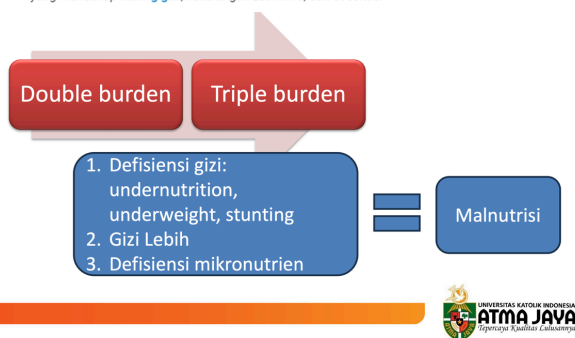
Beban ganda ibu dan anak, di mana ibu yang mengalami berat badan lebih tinggal di rumah yang sama dengan anak yang pendek (stunted) atau gizi kurang (underweight), telah diamati pada 11% rumah tangga pedesaan di Indonesia (Oddo, Rah, Semba, & et al., 2012).



•

KOMPAS.com - Permasalahan kesehatan di Indonesia sangat beragam, salah satunya terkait gizi.

Saat ini Indonesia masih menghadapi masalah malnutrisi dan *triple burden* yang mencakup **kurang gizi**, kekurangan zat mikro, dan obesitas.



- triple burden of nutrition: kekurangan gizi, kelebihan gizi, kekurangan MIKRONUTRIEN
-

Andriani et al. BMC Public Health (2023) 23:1836
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16728-y>

BMC Public Health

RESEARCH

Open Access

A multilevel analysis of the triple burden of malnutrition in Indonesia: trends and determinants from repeated cross-sectional surveys

Helen Andriani¹, Erlin Friska², Miftahul Arsyi², Alphyanto Eko Sutrisno³, Nurul Dina Rahmawati^{4*}

Antrop ibu dan anak
24,9% TBM

Abstract

Background Although child malnutrition has been reducing, the coexistence in mothers and children of various forms of malnutrition has continued to rise around the world. In the Indonesian context, a knowledge gap exists on the coexistence of multiple malnutrition burdens. This study examines trends in the coexistence of the triple burden of malnutrition (TBM) among mother–child pairs living in the same house and explores multilevel (individual, household, and community) factors associated with TBM in Indonesia.

Methods We used data from the 2013 and 2018 Indonesia Basic Health Research, the nationally representative survey of the Indonesian population, as repeated cross-sectional surveys. Study samples were mothers and children (0–59 months old), who resided in the same household and indicated by the same identifier number. The anthropometric measurements of the mothers and children, and the hemoglobin levels of the children were collected. We employed a multilevel mixed-effects model to consider the hierarchical data structure. The model captured the role of cluster, district, provincial differences, and the individual, household, community-level, and TBM status characteristics.

Results Of 3,891 mother–child pairs analyzed, 24.9% experienced TBM. Girls had 63% higher odds than boys of TBM (aOR: 1.63; 95% CI: 1.30 to 2.03). Significantly lower odds were found in children of mothers who had a gestational age lower than 37 weeks (aOR: 0.72; 95% CI: 0.55 to 0.94). At the household level, children with a father who had a high school, primary school, or no school education had significantly higher odds of TBM than children of fathers who had graduated from academy. Children of mothers who visited Antenatal Care (ANC) no more than 6 times had significantly lower odds (aOR: 0.65; 95% CI: 0.47 to 0.88). Children of mothers who consumed Iron and Folic Acid (IFA) supplements had significantly lower odds.

Conclusion TBM is related to characteristics at not just the individual level but also the family and community levels. To achieve significant outcomes, integrated nutrition interventions in Indonesia should also consider family and community factors.

- kek ada trend dimana like, oh iya dalam 1 rumah, ibu nya obese, tapi anaknya malah kek underweight/wasted
-

Triple burden Malnutrition in Indonesia

Andriani et al. BMC Public Health (2023) 23:1836
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16728-y>

BMC Public Health

RESEARCH

Open Access

A multilevel analysis of the triple burden of malnutrition in Indonesia: trends and determinants from repeated cross-sectional surveys

Helen Andriani¹, Erlin Friska², Miftahul Arsyi², Alphyanto Eko Sutrisno³, Alexander Waits³ and Nurul Dina Rahmawati^{4*}

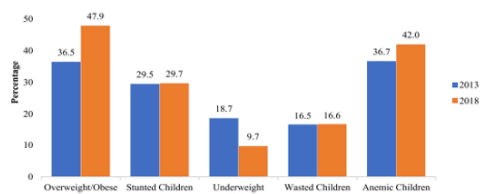
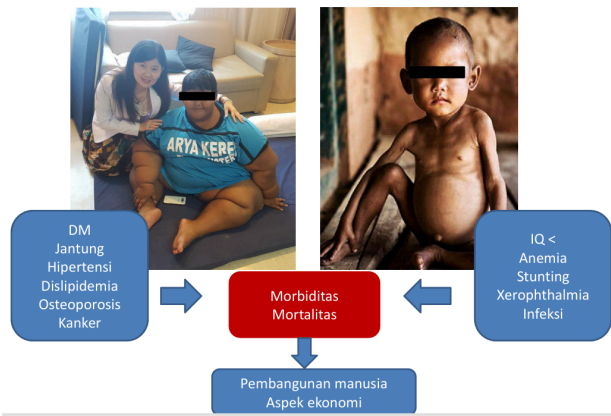


Fig. 1 Proportions of nutritional statuses of mothers and children in Indonesia, 2013 and 2018

-

Implikasi double burden of malnutrition



- yg kiri gizi kurang → anemia, stunting, xerophthalmia, infeksi, IQ rendah
 - gangguan mata yang disebabkan karena kekurangan vitamin A (sampe derajat xerosis kornea tuh threshold dia masih reversible → starting dari ulkus tuh udah irreversible)
- | | |
|--|-----|
| Night blindness | XN |
| Conjunctival xerosis | X1A |
| Bitot's spot | X1B |
| Corneal xerosis | X2 |
| Corneal ulceration/keratomalacia < 1/3 corneal surface | X3A |
| Corneal ulceration/keratomalacia ≥ 1/3 corneal surface | X3B |
| Corneal scar | XS |
| Xerophthalmic fundus | XF |

Reproduced from *Control of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia*, Report of a Joint WHO/UNICEF/USAID/Helen Keller International/IVACG Meeting, World Health Organization, Geneva, 1982. With permission.

Indikator masalah gizi (outcome)

- Persentase balita berat badan kurang (*underweight*);
- Persentase balita pendek (*stunting*);
- Persentase balita gizi kurang (*wasting*);
- Persentase remaja putri anemia;
- Persentase ibu hamil anemia;
- Persentase ibu hamil risiko Kurang Energi Kronik (KEK); dan
- Persentase Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (berat badan kurang dari 2500 gram).



8/45

- outcome jangka panjang, output tuh jangka pendek
- stunting dilihat berdasarkan TB/U
- target angka stunting di indo (target outcome) di bawah 18,8%

Indikator Kinerja Program Gizi (output)

- Cakupan bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif;
- Cakupan bayi usia 6 bulan mendapat ASI Eksklusif;
- Cakupan ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilan;
- Cakupan ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapat makanan tambahan;
- Cakupan balita kurus yang mendapat makanan tambahan;
- Cakupan remaja putri (Rematri) mendapat Tablet Tambah Darah (TTD);
- Cakupan bayi baru lahir yang mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD);
- Cakupan balita yang ditimbang berat badannya (D/S);

Indikator Kinerja Program Gizi

- i. Cakupan balita mempunyai buku Kesehatan Ibu Anak (KIA)/Kartu Menuju Sehat (KMS);
- j. Cakupan balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D);
- k. Cakupan balita ditimbang yang tidak naik berat badannya dua kali berturut-turut (2T/D);
- l. Cakupan balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A;
- m. Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A;
- n. Cakupan rumah tangga mengonsumsi garam beriodium; dan
- o. Cakupan kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan.



Indikator Program Gizi dan Kesehatan Keluarga

No	Indikator	Baseline	2025	2026	Target 2027	2028	2029
Sasaran Bayi Baru Lahir							
32	Angka Still Birth	N/A	7.2	6.8	6.5	6.2	5.8
33	Persentase bayi dengan BBLR (berat badan <2500 gram)	6.1	5.8	5.5	5.2	4.8	4.4
34	Persentase panjang bayi lahir rendah						
35	Persentase lingkar kepala bayi lahir rendah						
36	Persentase bayi baru lahir dengan BBLR mendapat tata laksana		35	45	55	70	85
37	Persentase bayi prematur dan BBLR yang mendapat buku KIA bayi kecil		50	60	70	80	90
38	Persentase bayi baru lahir dengan infeksi neonatorum						
39	Persentase bayi baru lahir dengan infeksi neonatorum yang mendapat tata laksana		70	75	80	85	90
Sasaran Balita dan Anak Prasekolah							
1	Angka Kematian Balita	19.83	15	13.8	13.1	12.5	11.9
2	Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) pada balita	21.5 (2023)	18.8	17.5	16.3	15.2	14.2
3	Prevalensi wasting (gizi kurang dan gizi buruk) pada balita	8.5 (2023)	8	7.5	7	6.5	5
4	Prevalensi underweight (berat badan kurang dan sangat kurang) pada balita	15.9 (2023)	15	14	13	12	11
5	Prevalensi overweight (gizi lebih dan obesitas) pada balita	4.2 (2023)	4	3.5	3	2.5	2
6	Insiden stunting balita (kasus baru)	5.3 (2023)	3	2.3	1.7	1.3	1

• ini termasuk ke dalam outcome

Indikator Program Gizi dan Kesehatan Keluarga

No	Indikator	Baseline	2025	2026	Target 2027	2028	2029
Sasaran Balita dan Anak Prasekolah							
7	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif	68.6 (2023)	73	76	79	82	85
8	Persentase bayi usia 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif	55.5 (2023)	61	64	67	70	73
9	Persentase anak usia 6 - 23 bulan mendapat MPASI	60.9 (2023)	73	76	79	82	85
10	Persentase anak usia 6 - 23 bulan mengonsumsi telur, ikan dan/atau daging	78.4 (2023)	80	83	86	89	92
11	Persentase anak usia 6 - 23 bulan mendapat MPASI baik		76	79	82	85	88
12	Cakupan pemberian suplementasi vitamin A pada balita usia 6-59 bulan	93.42 (2024)	91	92	93	94	95
13	Cakupan balita usia 12-59 bulan yang mendapat suplementasi vitamin A 2 kali dalam setahun						
14	Persentase balita gizi kurang mendapat makanan tambahan	71.29 (2024)	65	70	75	80	85
15	Persentase balita berat badan kurang (mendapat makanan tambahan)	38.17 (2024)	65	70	75	80	85
16	Persentase balita berat badan tidak naik (TT) mendapat makanan tambahan	49.91 (2024)	65	70	75	80	85
17	Persentase balita bermasalah gizi mendapat makanan tambahan		65	70	75	80	85
18	Persentase balita gizi kurang yang mendapat MT dan mengalami perbaikan status gizi		65	68	71	76	81
19	Persentase balita SS kurang yang mendapat MT dan mengalami perbaikan status gizi		55	58	61	66	71

Indikator Program Gizi dan Kesehatan Keluarga

No	Indikator	Baseline	2025	2026	Target 2027	2028	2029
20	Presentase balita BB Tidak Nali (T) yang mendapat MT dan mengalami kenaikan BB adekuat		65	68	71	76	81
21	Presentase balita gizi buruk mendapat tata laksana	87,25 (2024)	91	92	93	94	95
22	Presentase balita stunting diujuk Puskesmas ke RS						
23	Presentase balita dipantau pertumbuhan dan perkembangan	24 (SKL 2023)	50	55	60	65	70
24	Jumlah balita yang mendapatkan suplementasi gizi mikro						
25	Cakupan balita yang ditimbang berat badannya (BDB)	80,76 (2024)	80	85	85	90	90
26	Cakupan balita memiliki buku KIA (K/I)	97,62 (2024)	78	78	79	79	80
27	Cakupan balita ditimbang yang naik berat badannya (NIB)	60,22 (2024)	70	73	75	78	80
28	Cakupan balita dan anak prasekolah diayahi SDOIT di RCTP	49,54 (2024)	50	55	60	65	70
29	Cakupan balita diayahi MBS di RCTP	56,20 (2023)	86	87	88	89	90
30	Presentase balita dan anak prasekolah yang terdeteksi ada gangguan atau penyimpangan perkembangan	5,25 (2023)					
31	Presentase balita dan anak prasekolah yang terdeteksi ada gangguan atau penyimpangan perkembangan yang mendapat intervensi		100	100	100	100	100
32	Presentase Balita dengan kelengkapan pengisian Buku KIA bagian pemantauan perkembangan	22,8 (SKL 2023)	70	73	75	78	80

Indikator lain yang mempengaruhi program gizi

- Kemiskinan
- Akses air bersih dan sanitasi lingkungan
- Praktik pengasuhan anak
- Konsumsi makanan bergizi

- kemiskinan bisa mempengaruhi tingkat daya beli
- PBI (Penerima Bantuan Iuran)/non-PBI
-

Kekurangan Gizi pada Balita

• Definisi

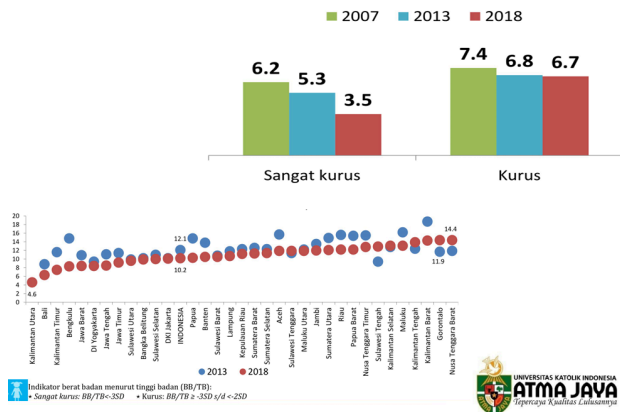
Suatu kondisi yang dapat terjadi secara **akut dan kronis** disebabkan oleh **masuknya zat gizi** yang **tidak memadai, gangguan penyerapan** dan/atau **metabolisme zat gizi akibat penyakit**

• Klasifikasi

- Gizi buruk
- Gizi kurang



Epidemiologi – Riskesdas 2018



Klasifikasi Gizi Buruk

(Berdasarkan Ada Tidaknya Komplikasi)

Gizi Buruk tanpa Komplikasi

- LiLA < 11,5 cm** untuk balita berusia 6-59 bulan;
- BB/PB** (atau **BB/TB**) **kurang dari -3SD**;
- Adanya **edema bilateral** dengan derajat **+1 atau +2**

Gizi Buruk dengan Komplikasi

- Semua kriteria gizi buruk tanpa komplikasi ditambah dengan adanya satu atau lebih:
- Anoreksia
 - Dehidrasi berat
 - Letargi atau penurunan kesadaran
 - Demam tinggi
 - Pneumonia berat
 - Anemia berat

15

Gambar klasifikasi edema pada balita gizi buruk

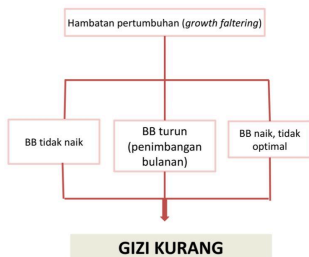


Gizi Kurang



LiLA: antara 11,5 cm sampai <12,5 cm untuk balita usia 6-59 bulan.

BB/PB (atau BB/TB): -3 SD sampai <- 2 SD



GIZI KURANG

17



17/45

defisiensi gizi pada anak – Indikator status gizi pada anak

4 indeks

BB/U

TB/U

BB/TB

IMT/U

- menilai anak dengan kurang (underweight), kurang (severely underweight), tidak dapat digunakan untuk mengklasifikasi anak yang sangat gemuk.
- kemungkinan mengalami hambatan pertumbuhan, → diukur dengan indeks BB/PB atau IMT/U sebelum
- menggambarkan pertumbuhan tinggi badan berdasarkan berat badan
- mengidentifikasi anak yang pendek (stunted), yang disebabkan oleh gizi kurang, lama atau sel
- menggambarkan anak sesuai dengan panjang/tinggi badan
- dapat digunakan untuk mengidentifikasi anak gizi kurang (severely wasted), yang memiliki risiko overweight).
- Akut dan kronis
- Mirip BB/TB
- IMT/U lebih sensitif untuk penapisan anak gizi lebih dan obesitas. Anak dengan ambang batas IMT/U >+1SD berisiko gizi lebih sehingga perlu ditangani lebih lanjut untuk mencegah terjadinya gizi lebih dan obesitas.

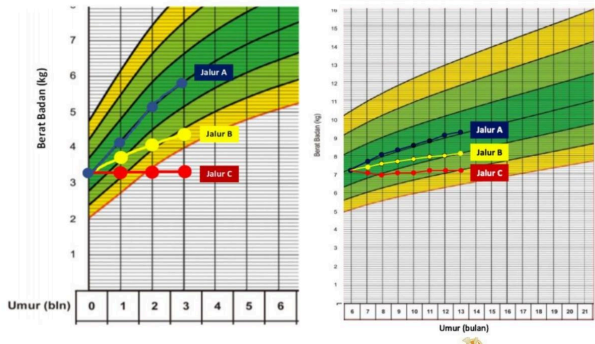


Perubahan istilah indikator status gizi anak

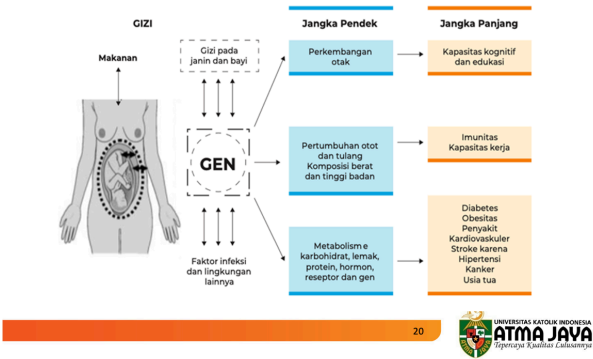
Indikator	PMK 2010 (Riskesmas, PSG, dll)	PMK 2020
BB/U	Gizi buruk Gizi kurang Gizi Baik Gizi lebih	berat badan sangat kurang (severely underweight) berat badan kurang (underweight) berat badan normal risiko berat badan lebih.
BB/TB- BB/PB	Sangat Kurus Kurus Normal Gemuk	Gizi buruk (severely wasted) Gizi kurang (wasted) Gizi baik (normal) Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight) Gizi lebih (overweight) Obesitas (obese).
TB/U – PB/U	sangat pendek Pendek Normal Tinggi.	sangat pendek (severely stunted) pendek (stunted) Normal tinggi.

Status Gizi □ Deteksi Dini • Risiko gagal tumbuh (<i>at risk failure to thrive / FTT</i>) • Kenaikan massa lemak tubuh dini (<i>early adiposity rebound</i>) • Risiko perawakan pendek (<i>Short stature</i>)	•
Perhatian !!! • Anak 0-24 bulan dengan kenaikan berat badan << dari standar <i>weight increment</i> □ berisiko mengalami gagal tumbuh. • Anak dengan BB/PB atau BB/TB <-2 / -3SD termasuk gizi kurang atau gizi buruk □ tatalaksana	•
Perhatian !! • Anak dengan IMT/U >+1 SD atau anak usia lebih dari 7-8 bulan dengan tren IMT meningkat □ berisiko mengalami kenaikan lemak tubuh dini (<i>early adiposity rebound</i>). • Anak 0-24 bulan dengan kenaikan PB < standar <i>length increment</i> □ berisiko mengalami perlambatan pertumbuhan linear	•
Perhatian !! • Anak dengan PB/U atau TB/U <- 2SD adalah anak dengan perawakan pendek (short stature). □ stunting □ rujuk.	•

Deteksi Dini



Dampak Gizi Buruk pada 1000 hari kehidupan



Alur Tata laksana masalah gizi

Konfirmasi Status Gizi di Puskesmas

Balita Tidak Naik (T), BB Kurang (Underweight /BGM) dan Risiko BB Lebih (diatas Garis Oranye) perlu dilakukan konfirmasi status gizi oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Langkah-Langkah konfirmasi status gizi:

1. Periksa grafik BB/PB atau BB/TB

Hasil Konfirmasi BB/PB atau BB/TB	Status Gizi	Tatalaksana
< -3 SD	Gizi Buruk	Tata Laksana Gizi Buruk*
-3 SD sd < -2 SD	Gizi kurang	Tata Laksana Gizi Kurang pada halaman 18 (PMT, edukasi dan stimulasi)
-2 SD sd +1 SD	Gizi baik	Konfirmasi grafik BB/U (langkah 2)
> +1 SD sd +2 SD	Risiko Gizi Lebih	Pemberian edukasi dan konseling, stimulasi dan aktivitas fisik, serta rujukan ke RS pada kasus Balita Obesitas
> +2 SD sd +3 SD	Gizi Lebih	
> +3 SD	Obesitas	

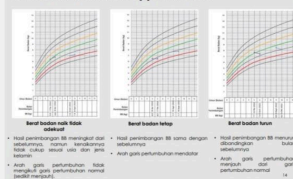
* Mengacu pada Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita

2. Periksa grafik BB/U

Hasil Konfirmasi BB/U	Status Gizi	Tatalaksana
< -2 SD	Berat Badan Kurang	Konfirmasi grafik PB/U atau TB/U; Tata Laksana Berat Badan Kurang tanpa stunting pada halaman 19 (PMT, edukasi dan stimulasi)
-2 SD sd +1 SD	Berat Badan Normal	Jika Tidak Naik (T): Tata Laksana Balita T pada halaman 20 (PMT, edukasi dan stimulasi)
> +1 SD	Risiko Berat Badan Lebih	Jika Balita Naik (N): lanjutkan konfirmasi grafik PB/U atau TB/U (langkah 3)
> +2 SD		Pemberian edukasi dan konseling, stimulasi dan aktivitas fisik, serta rujukan ke RS pada kasus Balita Obesitas

Berat Badan Tidak Naik (T)

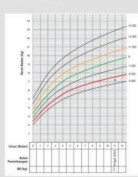
Berat Badan Tidak Naik (T) terdiri dari:



Balita Berat Badan kurang

Underweight / Bawah Garis Merah (BGM)

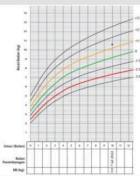
Balita dengan tanda:
BB/U¹ di bawah -2 SD



Balita Risiko Berat Badan Lebih

Di Atas Garis Oranye

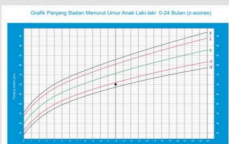
Balita dengan tanda:
BB/U¹ > +1 SD



Balita Stunting

Balita dengan tanda:

PB/U atau TB/U¹ < -2 SD



Pengelolaan terintegrasi --- Siapa ???



keluarga



masyarakat



lintas sektor

Tujuan

1. Deteksi dini balita gizi buruk
2. Cakupan penanganan kasus
3. Tingkat kepatuhan
4. Proporsi kasus yang berhasil disembuhkan

Prinsip

1 Pencegahan = PENTING!

- ★ Kebutuhan zat gizi
- ★ Pengetahuan makanan bergizi
- ★ Pola pemberian makanan bayi & balita
- ★ Ketersediaan, akses, daya beli
- ★ Pelayanan kesehatan
- ★ Air bersih, jamban keluarga, kebersihan lingkungan

2 Terapi gizi

- Makanan padat gizi
→ F-75, F-100, RUTF
- Konseling pemberian makanan sesuai umur
- Pencegahan penyakit

3 Advokasi, Kolaborasi

Lintas sector, mitra, pihak swasta dan masyarakat : c/ pertanian, air bersih dll

Prinsip (2)

- | | |
|--|---|
| <p>4 Pedoman/ protokol
Untuk penanggulangan gizi buruk</p> <p>5 Penanggulangan gizi buruk = prioritas
Deteksi dini, cakupan penanganan</p> <p>6 Sistematis & menyeluruh
Sinergis, efektif dan efisien</p> | <p>7 Sistem informasi
Terkait gizi buruk/ gizi kurang/ masalah gizi lain → dimantapkan □ deteksi dini dan tertangani</p> <p>8 Fungsi posyandu, pergerakan masyarakat secara intensif
dimantapkan</p> <p>9 Pengadaan PKMK
F-75, F-100, RUTF</p> |
|--|---|

•

Empat Komponen Upaya Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi

1. Penggerakan peran serta aktif masyarakat : Toga, toma, kader, keluarga
2. Layanan rawat jalan balita (6-59 bulan) dengan gizi buruk tanpa komplikasi
3. Layanan rawat inap untuk semua bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan gizi buruk (dengan/tanpa komplikasi) dan balita 6-59 bulan dengan komplikasi
4. Tatalaksana kasus gizi kurang 🍌

•

Penggerakan dan Peran Serta Aktif Masyarakat

- ↑ pengetahuan dan pemahaman masyarakat ttg gizi buruk
- ↑ kemampuan keluarga/masyarakat dalam pencegahan, penemuan dini kasus dan mencari pertolongan pelayanan
- Mengarahkan TOMA, kader, pengasuh dan anggota masyarakat lainnya untuk bekerjasama dengan bidan/perawat/petugas gizi di desa
- ↑ penemuan dini, rujukan dan pendampingan kasus balita gizi buruk serta berkontribusi dalam keberhasilan penanggulangan masalah gizi



•

PRINSIP PENCEGAHAN GIZI BURUK PADA BALITA

Upaya pencegahan kejadian gizi kurang/buruk pada balita perlu dilakukan **sedini mungkin**

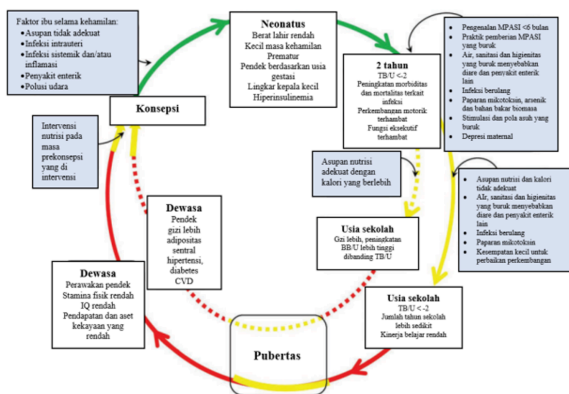
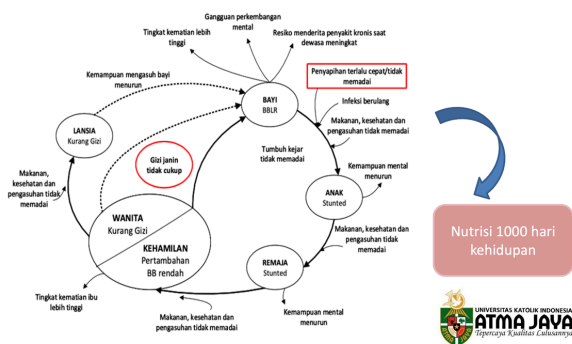
 Status Gizi Ibu -Sejak remaja -Menghindari 4 terlalu -Konseling -Pola hidup sehat	 Standar Emas Makanan Bayi -Inisiasi menyusui dini -ASI eksklusif -MP-ASI -ASI sampai 2 tahun	 Penapisan Massal -Pemantauan pertumbuhan -Plotting pada buku KIA	
---	---	---	---

•

PRINSIP PENCEGAHAN GIZI BURUK PADA BALITA

- Dukungan program terkait : faskes dan sistem rujukan
- Dukungan lintas sektor : air bersih, jamban keluarga
- Perhatian khusus diberikan kepada baduta yang rentan mengalami gizi buruk : 1000 hari pertama kehidupan

Kekurangan gizi pada Perempuan → status gizi anak (Stunting/BGM)



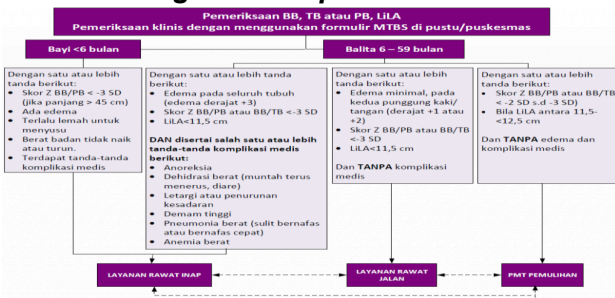
Gambar 3. Stunting syndrome.

1. Garis hijau menunjukkan periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dimana stunting dan patologi terkait dapat dicegah.
2. Garis kuning menunjukkan periode usia 2 tahun sampai pertengahan masa kanak-kanak dan pubertas dimana dapat terjadi catch- up pertumbuhan linear, namun perbaikan kognitif dan sistem imun belum jelas.
3. Garis kuning pendek pada masa prekonsepsi menunjukkan intervensi gizi pada calon ibu dapat meningkatkan luaran kelahiran.
4. Garis merah menunjukkan periode stunting yang tidak responsif terhadap intervensi.
5. Kotak biru berisi faktor penyebab stunting menurut kelompok usia.
6. Kotak putih menunjukkan luaran stunting menurut kelompok usia.
7. Pada usia 2 tahun sampai dewasa terdapat garis putus-putus yang menunjukkan luaran anak stunting dengan kondisi sosioekonomi baik dapat menyebabkan kenaikan BB berlebih.
8. Sedangkan garis utih menunjukkan luaran anak stunting dengan kondisi sosioekonomi rendah.



Tatalaksana gizi buruk pada balita :

-



Rawat Jalan

Konfirmasi status gizi

Pelayanan di MTBS ☐ komprehensif

- Anamnesa
- PF
- PP
- Obat
- Nutrisi : Energi: 150-220 kkal/kgBB/hari. Protein: 4-6 g/kgBB/hari. Cairan: 150-200 ml/kgBB/hari ☐ F100 /RUTF
- Konseling
- Pencatatan

Rawat Inap

1. Balita gizi buruk usia 6-59 bulan dengan komplikasi dan/atau edema +3 atau dengan berat kurang dari 4 kg.
2. Bayi di bawah 6 bulan: semua bayi di bawah 6 bulan dengan gizi buruk menjalani rawat inap, walaupun tidak ada komplikasi.

Tujuan rawat inap bagi balita gizi buruk dengan komplikasi dan bayi di atas 6 bulan dengan berat badan kurang dari 4 kg sebagai berikut.

- a. Mengupayakan stabilisasi kondisi balita dengan mengembalikan metabolisme untuk keseimbangan elektrolit, normalisasi metabolisme dan mengembalikan fungsi organ.
- b. Menangani komplikasi, yaitu penyakit infeksi dan komplikasi lainnya.
- c. Memberikan makanan bergizi untuk mengejar pertumbuhan, yang dilakukan secara perlahan dan ditingkatkan dengan hati-hati agar tidak membebani sistem.
- d. Memberikan layanan rehabilitasi gizi lengkap.
- e. Memberikan layanan rujukan rawat inap kepada balita gizi buruk yang semula menjalani rawat jalan.

RAWAT INAP

No	Tindakan Pelayanan	Fase Stabilisasi	Fase Transisi	Fase Rehabilitasi	Fase Tindak Lanjut
		Hari 1-2	Hari 3-7	Minggu 2-6	Minggu 7-26
1	Mencegah dan mengatasi hipoglikemia	→ →			
2	Mencegah dan mengatasi hipotemia	→ →			
3	Mencegah dan mengatasi dehidrasi	→ →			
4	Memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit	→ →			
5	Mengobati infeksi	→ →			
6	Memperbaiki kekurangan zat gizi mikro	→ →	Tanpa Fe	Dengan Fe	
7	Memberi makanan untuk fase stabilisasi dan transisi	→ →			
8	Memberi makanan untuk tumbuh keajar				
9	Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang				
10	Mempersiapkan untuk tidak lanjut di rumah				

KEBUTUHAN GIZI BERDASARKAN FASE

Tabel 18. Kebutuhan zat gizi untuk balita gizi buruk menurut fasenya

ZAT GIZI	STABILISASI	TRANSISI	REHABILITASI
Energi	80-100 kkal/kgBB/hr	100-150 kkal/kgBB/hr	150-220 kkal/kgBB/hr
Protein	1-1,5 g/kgBB/hr	2-3 g/kgBB/hr	4-6 g/kgBB/hr
Cairan	130 ml/kgBB/hr atau 100 ml/kgBB/hr bila edema berat	150 ml/kgBB/hr	150-200 ml/kgBB/hr

Rujukan

Rawat Jalan	• Tanpa komplikasi • Nafsu makan baik • Keluarga mampu merawat
Rawat Inap	• BB < 4 kg • Ada komplikasi • Nafsu makan buruk • Keluarga tidak mampu merawat • Bayi < 6 bulan dengan indeks BB/PB < -3 SD
Konseling	• Gizi kurang

(12/08) Epidemiologi - dr. Aswin

PENGANTAR EPIDEMIOLOGI KLINIK – DR. ASWIN

SLIDE	PENJELASAN
 Pengantar Epidemiologi Klinik Dr. dr. Laurentius Aswin Pramono, M.Epid, SpPD-KEMD Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Gizi FKIK UNIKA Atma Jaya	Secara umum, epidemiologi dibagi menjadi 2, yaitu: • epidemiologi komunitas (data diambil dari komunitas) • epidemiologi klinik (settingan klinik, kek RS, puskesmas) → settingan faskes dan yg datang itu adalah pasien EBM tuh termasuk ke dalam epidemiologi klinik Cabang-cabang epidemiologi klinik: • biostatistika • administrasi dan kebijakan dan manajemen kesehatan (salah satu cabang tuh itu adalah manajemen rumah sakit) • ekonomi kesehatan • kesehatan kerja (occupational medicine) • kesehatan lingkungan/ environmental health (yg berhubungan dengan global warming, pencemaran lingkungan) • promosi kesehatan → edukasi promosi dan teknik promkes • gizi masyarakat Perbedaan antara public health dan kedokteran komunitas: • public health tuh entry nya masyarakat • kedokteran komunitas tuh entry nya pasien

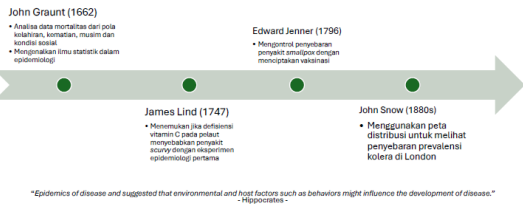
Apa itu Epidemiologi Klinik?

- Cabang ilmu dari perpaduan ilmu kedokteran klinis dengan epidemiologi yang berfokus pada penelitian klinis
- Tujuan
 - Mencari jawaban dari pertanyaan klinis dan membuat panduan *decision-making* dengan bukti terbaik yang telah tersedia
- Peran
 - Menyediakan ide dan metode penelitian klinis yang tepat
 - Mengartikan sebuah evaluasi dari diagnosis dan tatalaksana
 - Melatih klinisi dan mahasiswa kedokteran untuk melakukan *clinical reasoning* yang sesuai dengan bukti penelitian

Wang C, Liu F. Textbook of Clinical Epidemiology For Medical Students. China: Zhengzhou University Press; 2023.

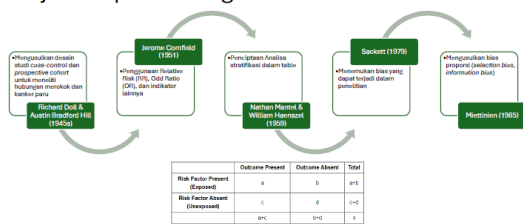
Sejarah Epidemiologi Klinik

- Observasi penyakit** → cara mula-mula untuk menganalisa penyakit yang terjadi

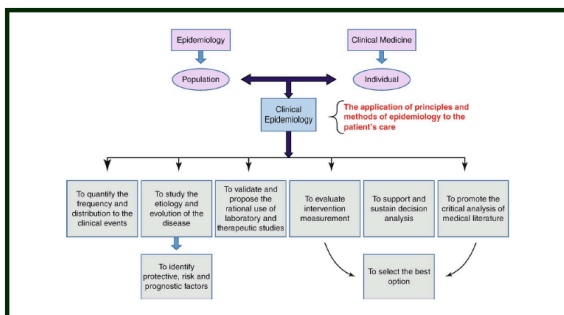


Wang C, Liu F. Textbook of Clinical Epidemiology For Medical Students. China: Zhengzhou University Press; 2023.

Sejarah Epidemiologi Klinik

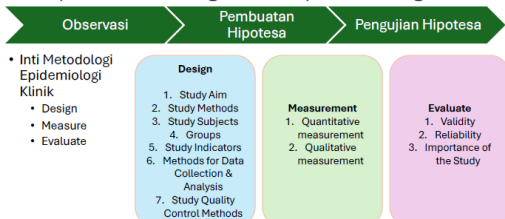


Wang C, Liu F. Textbook of Clinical Epidemiology For Medical Students. China: Zhengzhou University Press; 2023.



- Ilmu pada epidemiologi untuk melakukan aplikasi prinsip dan metodologi untuk perawatan pasien
- Menghubungkan data individu pada populasi masyarakat

Tahapan Metodologi Studi Epidemiologi Klinik



Wang C, Liu F. Textbook of Clinical Epidemiology For Medical Students. China: Zhengzhou University Press; 2023.

Inti Metodologi Studi Epidemiologi Klinik

Design

1. Study Aim
2. Study Methods
3. Study Subjects
4. Groups
5. Study Indicators
6. Methods for Data Collection & Analysis
7. Study Quality Control Methods

Study Aim (Tujuan Penelitian) : Jelas, spesifik, dan bertujuan

Study Methods (Metodologi Penelitian) : Observasi (Deskriptif / Analitik) ATAU Eksperimental, serta Uji statistik yang dipakai

- Observasi Deskriptif : Menguji performa diagnostik dan penapisan
- Observasi Analitik : Evaluasi kemungkinan hubungan antar variable

Study Subjects (Subjek Penelitian) : Populasi, Sampel, Jumlah sampel

Groups (Grup Penelitian) : Grup eksperimental dan Grup Kontrol (Placebo / Cold Standard). Masing-masing wajib representative dan tidak ada selection bias

- Study Indicators** : Bergantung dari tujuan penelitian
- Menguji efektivitas obat baru → effective rate, improvement rate, fatality rate, incidence of adverse effect
 - Menguji efek vaksin → protection rate, rate of change of serum antibody
 - Prognosis penyakit → complication rate, disability rate, recovery rate

Wang C, Liu F. Textbook of Clinical Epidemiology For Medical Students. China: Zhengzhou University Press; 2023.

Inti Metodologi Studi Epidemiologi Klinik

Design

1. Study Aim
2. Study Methods
3. Study Subjects
4. Groups
5. Study Indicators
6. Methods for Data Collection & Analysis
7. Study Quality Control Methods

Methods for Data Collection & Analysis

- Hasil penelitian dipengaruhi *confounding factors* (direct & indirect)
- Untuk mengurangi efek confounding → *control principle, randomization principle, blinded principle* (single blinded, double blinded, triple blinded)

Study Quality Control Methods

- Bias paling umum ditemukan → Selection bias, Information bias, Confounding bias
- Ketidakefektifan alat, waktu pengujian, dan pemeriksa juga dapat menyebabkan bias

Wang C, Liu F. Textbook of Clinical Epidemiology For Medical Students. China: Zhengzhou University Press; 2023.

Inti Metodologi Studi Epidemiologi Klinik

Measurement

1. Quantitative measurement
2. Qualitative measurement

Hard Indices (Objective) → Didapat dari Observasi / Pengukuran

- Frequency Indices (incidence, Prevalence, Mortality, Fatality Rate)
- Effect Indices (Absolute Risk, Relative Risk, Attributable Risk, Dose-Response Relationship)
- Heart rate, Blood pressure, Height, Weight, Morbidity, Death

Soft Indices (Subjective) → Didapat dari opini subjek

- Pain
- Quality of Life
- Symptoms

Wang C, Liu F. Textbook of Clinical Epidemiology For Medical Students. China: Zhengzhou University Press; 2023.

Inti Metodologi Studi Epidemiologi Klinik

Evaluate

1. Validity
2. Reliability
3. Importance of the Study

Validity & Reliability

- Akurasi metode diagnostik
- Efikasi tatalaksana secara jarak pendek dan jarak panjang
- Bias dari pengukuran
- Sumber subjek
- Tingkat representatif subjek
- Tingkat compliance subjek

Importance of the Study

- Evaluasi signifikansi hasil secara klinis (diuji berdasarkan pengalaman klinis, prognosis, diagnosis, etiologi)
- Evaluasi signifikansi hasil secara statistik (nilai p dan confidence interval)
- Evaluasi implikasi hasil secara ekonomi Kesehatan (cost effectiveness)

Wang C, Liu F. Textbook of Clinical Epidemiology For Medical Students. China: Zhengzhou University Press; 2023.

Macam Desain Studi Epidemiologi Klinik

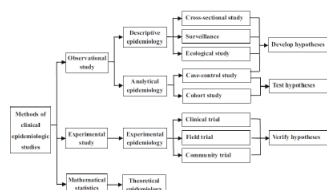


Fig. 1.1 Hierarchy of clinical epidemiological studies design

Wang C, Liu F. Textbook of Clinical Epidemiology For Medical Students. China: Zhengzhou University Press; 2023.

- epidemiologi ada yg observasi (cth: penelitian faktor risiko, misalkan kek hubungan merokok terhadap kejadian kanker paru, melakukan penelitian cohort/case control/cross sectional) dan ada yg intervensi

	• eksperimental tuh artinya kita melakukan penelitian langsung kepada pasien
Evidence-Based Medicine Process Formulating the clinical question → Searching the evidence → Appraising the evidence → Incorporating evidence into decision-making → Evaluating the process Your patient for whom you are uncertain about therapy, diagnosis, or prognosis EBM Components: Best Available Evidence: - Annotated abstracts and tables - Time horizon to benefit Clinician's Judgment: - Individualized risk profile - Prognosis - Good personal context Patient's Values: - Shared decision making	• Evidence-Based Medicine → bentuk siap pakai dari epidemiologi klinik (metode untuk nakes memutuskan apapun, baik etiologi faktor risiko, diagnosis, terapi, hingga prognosis/survival) • Menentukan pertanyaan, mencari jurnal, critical appraisal • 3 pilar EBM: ◦ Best available evidence → studi/paper yg diambil itu bagus atau nggak ◦ Clinician's Judgement → keputusan dari dokternya ◦ Patient's values → kemauan pasien nya gimana • Guideline itu adalah kumpulan EBM • Value-Based Medicine → EBM yg melibatkan unsur value/pembiayaan • fase 1 dan 2 kalo lulus pun masih belum bisa edar, misalkan yg fase 3 baru layak edar (tapi pengecualian pada masa darurat kek COVID-19 even yg obat fase 2 di acc untuk layak edar) → diperkuat dengan fase 4, kadang bisa dimasukkan ke dalam guideline (konsensus)

CBI pt. 1

(EVALUATING THE COMPLETE BASIC IMMUNIZATION PROGRAM PT. 1

- Permenkes no 12 tahun 2017 mengenai penyelenggaraan imunisasi
- target 95% anak harus diimunisasi dasar secara lengkap (RPJMN 2020-2024 yg dimuat di kepres no ...)
- UU no 27 tahun 2023 juga ada ungkit tentang imunisasi (harus imunisasi lengkap supaya bisa menghindari penyakit terkait imunisasi
- Janji politik dengan cara memperkuat SDM dengan cara imunisasi dan MBG
- asta cita = haluan wowo kek gimana, dan harus ditepati selama masa periodenya (17 program prioritas, salah satunya adalah yg nomor 4)
- basically preventif tuh lebih baik daripada kuratif
- 8 program PHTC → salah satunya adalah untuk menurunkan angka kejadian TBC sebanyak 50%, salah satu caranya adalah dengan cara imunisasi pada BCG pada 1 bulan pertama
- vaksinasi melibatkan promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat (cth; kader posyandu yg akan mengajak ibu2 untuk membawa anaknya untuk melakukan imunisasi) juga
- imunisasi juga dapat menurunkan angka kematian pada anak
- kenapa anaknya gak di vaksin? faktor paternalistik (bapaknya gak bolehin), kepercayaan (kematian di tangan Allah), takut demam kalo vaksin campak
- pentingnya masyarakat itu adalah untuk membentuk suatu pola pikir baru ke masyarakat yg sejajar dengan kesehatan
- penyusunan bab I LPJ tuh kudu ada trend (angka sebelumnya) dan membandingkan naik turun nya
- 3 hal yg berpengaruh ke penyakit infeksi: LINGKUNGAN (infeksi daerah perkotaan akan beda dengan yg di perdesaan), AGENT (paparan terhadap etiologinya), HOST (dari kitanya itu imun nya bagus atau nggak) → imunisasi tuh bermain di ketiga ini dimana HOST akan meningkatkan daya tahan tubuh, AGENT (kalau si A sudah divaksinasi, akan less likely untuk menularkan penyakit ke yg lain), ENVIRONMENT (herd immunity)
- imunisasi termasuk ke dalam salah satu intervensi yang cost effective
- vaksin → produk biologis yg dilemahkan/dimatikan untuk induce kekebalan tubuh (aktif/pasif)
- tujuan vaksin: mencegah transmisi yg dapat ditularkan karena imunisasi (PD3I/VP)
- IMUNISASI DASAR (target: 0-12 bulan)
 - kudu tau imunisasi kejar
 - kudu tau kalau misalkan ada KLB, ada dikasih vaksin juga supaya angka KLB turun (OBI/Outbreak Immunization)
 - 3 tahapan strategi: promosi kesehatan, pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat
 - yg di highlight ijo tuh termasuk ke dalam preventif promotif (promosi kesehatan); yg biru tuh untuk yg community empowerment (pemberdayaan masyarakat); yg kuning tuh pelayanan kesehatan
 - Vaksinasi dasar:
 - pas lahir: Hep B 0,5 cc IM
 - 0-1 bulan: BCG 0,05 cc intrakutan; polio oral sebanyak 4 kali sebanyak 2 tetes

- Bulan ke 1: DPT-HepB-HiB dosis secara IM 0,5 cc untuk mencegah DPT, HepB, dan pneumonia sebanyak 3 kali, PCV 0,5 cc IM, rotavirus oral 5 tetes untuk mencegah diare
 - Bulan ke 2: IPV 0,5 cc IM
 - Bulan ke 9: IPV ke 2, MR 0,5cc subkutan
- keuntungan IPV dibandingkan OPV → ada 3 keuntungan
- negara yg masih pakai OPV, kenapa walaupun dikasih OPV tetap perlu dikasih IPV?
- Target imunisasi ; bayi, baduta, anak usia sekolah (BIAS/Bulan Imunisasi Anak Sekolah yg dilakukan di UKS), wanita usia produktif (vaksinasi tetanus di poli ANC/KIA), special risk group (cth: berangkat haji)
- Cara menilai kelayakan vaksin: VVM, shake test
- Pelayanan
- Pemberdayaan masyarakat: kek contoh mengajak masyarakat kek tokoh masyarakat
- Kontraindikasi →
- Miss Opportunity → salah jadwal imunisasi anak, vaksin habis/rusak, nakes gak datang, kontraindikasi yg dilebih2kan

(13/08) UKS - dr. Yunisa

USAHA KESEHATAN SEKOLAH - DR. YUNISA

Link ppt : <https://drive.google.com/file/d/1xbQDxiEuVMIsdMjlwvZ8uLTzoiRFdTTI/view?usp=sharing>

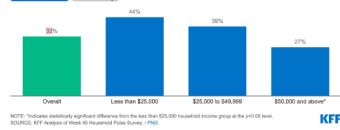
SLIDE	PENJELASAN
 Yunisa Astiarani Departemen IKM dan Gizi FKIK UAJ	
 DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
The School as a Platform for Health Promotion The school platform represents one of the most effective strategies through which preventive health and nutrition interventions can be delivered to school-aged children living in LMICs. Many school-based health interventions can be delivered at very low cost, with annual costs per child estimated to be ≤3 US dollars each for micronutrient supplementation, refractive error screening, toothbrush provision, malaria prevention education, and human papilloma virus vaccination. Delivering these interventions through schools, which children are attending on a daily basis, reduces some of the barriers to health service utilization that are inherent in families needing to visit primary care providers.	
Post Pandemic on School Age Children RISE IN VIOLENCE - As in any crisis, children were at risk of violence over the past two years of the pandemic. - In a <i>Save the Children</i> survey of 25,000 people across 37 countries in 2020, children reported higher rates of violence when schools were closed compared to when attending class in person. It also revealed that one in five caregivers reported an increase in their use of negative or violent parenting methods. - The latest figures from South Africa showed more than 350 children were killed in the last three months of 2021, and there was a 30% jump in attempted murders, with most of the violence taking place at home. WORSENING MENTAL HEALTH - Children have been overwhelmingly affected by negative feelings as a result of the pandemic and the disruption to their lives, including from the lack of socializing and school closures—with uncertainty and stress contributing to staggering levels of loneliness, anxiety, and depression. - Save the Children set up a free counseling helpline to support children and young people's mental health in India. In spring 2021, with a 7,000% increase in calls from March to April. - There are early indications that governments did not adequately respond to the huge increase in children's mental health and well-being needs. DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	

Post Pandemic on School Age Children

Delayed and Missed Healthcare Services

- Schools, parents, and children will likely **continue to catch up on missed services and loss of instructional time** in the upcoming school year.
- The pandemic has also led to declines in children's routine vaccinations, blood lead screenings, and vision screenings.

Figure 2
Children in Low-Income Households Were More Likely to Miss or Delay Preventative Care Appointments.
Share of Adults Reporting Any Child Missed or Delayed a Preventive Appointment in Past 12 Months By Selected Characteristics, Reported April 27-May 9, 2022



DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA

Post Pandemic on School Age Children

The Increase in chronic conditions and malnutrition problems

- Smoking, obesity, and undernourishment are more likely during two years pandemic.



DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA

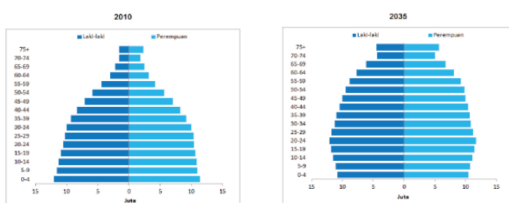


DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA



DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA

Proyeksi Penduduk Indonesia



DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA

- bentuk yg bagus adalah yg sebelah kanan karena lebih banyak usia produktif
- syarat GDP meningkat?
 - bisa dividen kalau misalkan usia produktif nya bekerja (yg ditakutkan adalah pengangguran nya)
- syarat orang bisa bekerja adalah lapangan pekerjaan dan ada yg

	qualified → masalahnya dulu di indo tuh berdasarkan studi kek IQ nya 78/79 jadinya lebih mudah di motorin sehingga kudu ada intervensi ke mereka - salah satu yg mempengaruhi tingkat stunting di indonesia adalah GIZI - di indonesia menghadapi triple burden - Program baru: - skrining anemia pada remaja putri - Pemberian tablet tambah darah 52 tab seminggu sekali (kalau misalkan anemia tuh kudu minum sehari sekali) - skrining antropometri, status gizi, telinga, mata, kardiorespirasi - -
WHO-Global School Health • 1995 (UKS 1956) • A comprehensive school health program is an organized set of policies, procedures, and activities designed to protect and promote the health and well-being of students and staff which has traditionally included health services, healthful school environment, and health education. DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
School and youth health problems 1. Tobacco use 2. Behaviour that results in injury and violence 3. Alcohol and substance use 4. Dietary and hygienic practices that cause disease 5. Sedentary lifestyle 6. Sexual behaviour that causes unintended pregnancy and disease DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Healthy Further Education programme Governor Pack Health promotion and interventions  Greater levels of intervention Eliminate choice Restrict choice Guide choice through disincentives Guide choice through changing the default Enable choice Provide information Do nothing or monitor the current situation Nuffield Ladder of Intervention LSIS	

Situasi • Anak usia 5-19 tahun berjumlah ± 30% (UNICEF, SDKI) • Masa transisi terpenting dengan problem yang masih mengkhawatirkan • Nutrisi (<i>double burden</i> termasuk <i>stunting risk</i>) • Kesehatan reproduksi • Kekerasan, narkoba, HIV • Kesehatan mental DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Angka Partisipasi Sekolah Angka Partisipasi Sekolah (APS) Indonesia tahun 2024 menunjukkan tren kenaikan Detail APS Indonesia 2024 (Data per November 2024) • Kelompok Umur 7-12 Tahun: Meningkatkan menjadi 99,19%. • Kelompok Umur 13-15 Tahun: Meningkatkan menjadi 96,17%. • Kelompok Umur 16-18 Tahun: Meningkatkan menjadi 74,64%. • Kelompok Umur 19-23 Tahun: Meningkatkan menjadi 29,01%. Sumber : Biro Pusat Statistik, 2024 DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Mengapa usia sekolah ? • Merupakan masa transisi yang terpenting • Mengikuti pendidikan sebaik-baiknya • Persiapan lapangan kerja • Memelihara kesehatan • Persiapan membentuk keluarga dan warga negara yang bertanggung jawab DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) • TRIAS UKS : • Pendidikan kesehatan (PK) • Pelayanan kesehatan • Pembinaan lingkungan sekolah sehat • Tujuan umum : • Meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat serta derajat kesehatan peserta didik dan menciptakan lingkungan yang sehat, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan yang harmonis dan optimal dalam rangka pembentukan manusia Indonesia seutuhnya.  DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Sasaran UKS • Peserta didik dari tingkat Pendidikan Usia Dini sampai dengan tingkat Pendidikan Menengah Atas (TK/RA, SD/MI, SMP/MTs, dan SMA/ SMK/MA) termasuk peserta didik di perguruan agama beserta lingkungannya DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	

Masalah Kesehatan pd Anak Usia Sekolah

- Dietary behaviors (Nutritional problems)
- Hygiene
- Alcohol and other drug use
- Tobacco use
- Sexual behaviors (HIV, other STI, unintended pregnancy)
- Mental health
- Violence and unintentional injury

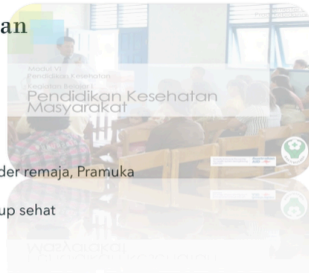


DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA



Pendidikan Kesehatan

- Kegiatan kurikuler
 - Modul sisipan dalam kurikulum
- Kegiatan ekstrakurikuler
 - Diskusi, simulasi
 - Aktivitas kesehatan kader/kader remaja, Pramuka
 - Majalah dinding
 - Pendidikan keterampilan hidup sehat
 - Konseling sebaya, dll



DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA

Pelayanan Kesehatan

- Komprehensif
 - Promotif
 - Preventif
 - Kuratif
 - Rehabilitatif
- Dokter kecil ?



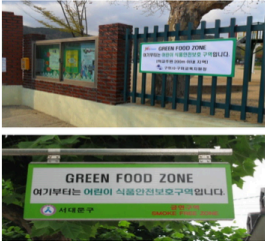
DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA

Dokter Kecil

- Siswa yang memenuhi kriteria dan telah dilatih untuk mengikuti **sebagian** pelaksanaan usaha pemeliharaan dan peningkatan kesehatan terhadap diri sendiri, teman, keluarga dan lingkungannya
- Kegiatan :
 - Pengetahuan gizi dasar
 - Distribusi obat cacing, vitamin, dll
 - Pertolongan pertama pada kecelakaan
 - Pertolongan pertama pada penyakit tertentu
 - Pengenalan dini tanda-tanda penyakit
 - Pengamatan kebersihan sekolah
 - Pencatatan & pelaporan (buku harian dokter kecil)



DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA

Pembinaan Lingkungan Kehidupan Sekolah Sehat • Meningkatkan faktor pelindung • Gedung • Halaman • Kantin/warung sekolah • Memperkecil faktor resiko • Pagar pengaman • Kawasan tanpa rokok • Bebas pornografi dan pornoaksi  DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Tim Pembina UKS • Pembinaan dan pengembangan UKS dilaksanakan secara terpadu berdasarkan Keputusan bersama 4 Kementrian (Mendiknas, Menkes, Menag, dan Mendagri) yang terdiri atas : • Tim pembina UKS Pusat • Tim pembina UKS Propinsi • Tim pembina UKS Kabupaten/Kota • Tim pembina UKS Kecamatan (petugas puskesmas) • Tim pelaksana UKS di Sekolah (petugas puskesmas) DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Pedoman tenaga kesehatan • UKS di tingkat sekolah dasar • UKS di tingkat sekolah lanjutan  DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Strategi Operasional (sekolah dasar) • Paket minimal • Penyuluhan kesehatan di sekolah oleh tenaga kesehatan termasuk UKGS tahap 1 • Imunisasi pada anak SD kelas 1 (DT) dan kelas 2 dan 3 (TT) • Pembinaan lingkungan sehat • Paket standar • Paket minimal ditambah : kader kesehatan (dr kecil), P3K dan P3P, penjangkaran kesehatan, pemeriksaan kesehatan periodik, UKGS tahap II, pengawasan kantin DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Strategi Operasional (sekolah dasar) • Paket optimal • Paket standar, ditambah: konseling kesehatan remaja, UKGS tahap III, kebun sekolah dan adanya dana sehat • Paket paripurna • Paket optimal, ditambah : memantau kesegaran jasmani DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	

Strategi Operasional (sekolah lanjutan) • Strata Minimal • Pendidikan kesehatan • Penjaskes dalam kurikulum • Guru membuat rencana pembelajaran PK • Buku pegangan guru tentang PK dan buku bacaan PK • Ada guru pendidikan jasmani • Pelayanan kesehatan • Penyuluhan kesehatan remaja • Penjarangan kesehatan, pengukuran TB/BB, pengawasan penjaja makanan • Kegiatan P3K dan P3P • Pembinaan lingkungan kesehatan • Ada air bersih, tempat cuci tangan, WC/jamban, tempat sampah, saluran pembuangan air kotor, halaman/pekarangan, pojok UKS, poster bahaya rokok, poster narkoba, memiliki kantin, ruang ibadah, pengawasan terhadap kantin sekolah, melakukan 3M plus (1 Kali seminggu) DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Strategi Operasional (sekolah lanjutan) • Strata standar • Pendidikan Kesehatan • Dipenuhi strata minimal • Dilaksanakannya pendidikan jasmani dan kesehatan secara ekstrakurikuler • Memiliki guru mata pelajaran pendidikan jasmani dengan ratio 1:24 jpl dalam seminggu • Memiliki media pendidikan kesehatan • Memiliki guru BK/BP • Dilakukan pengukuran dan pencatatan kesegaran jasmani • Adanya pendidikan kesehatan remaja dalam ekstrakurikuler DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Strategi Operasional (sekolah lanjutan) • Pelayanan kesehatan • Dilaksanakannya strata minimal • Pemeriksaan kesehatan berkala tiap 6 bulan termasuk TB/BB • Ada pencatatan hasil pemeriksaan dan pengukuran TB/BB pada buku KMS remaja • Ada rujukan bagi yang memerlukan • Pelayanan konseling kesehatan remaja • Pengawasan penjaja makanan di sekitar sekolah DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Strategi Operasional (sekolah lanjutan) • Pembinaan lingkungan sekolah sehat • Memenuhi strata minimal • Pengawasan kantin/warung secara rutin • Memiliki pagar aman • Ada penghijauan/perindungan • Memiliki ruang konseling • Memiliki ruang UKS dengan peralatan sederhana • Lingkungan sekolah bebas jentik • Melaksanakan pembinaan sekolah kawasan tanpa rokok, bebas narkoba, dan miras • Jarak papan tulis dengan bangku terdepan 2.5 meter DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	
Strategi Operasional (sekolah lanjutan) • Strata Optimal • Pendidikan kesehatan • Dipenuhinya strata standar, pendidikan kesehatan terintegrasi pada mata pelajaran lain, tes kebugaran jasmani, memiliki guru pembina UKS, evaluasi pendidikan kesehatan, peran aktif pendidik sebaya dalam PKHS, pendidikan kesehatan remaja dalam mata pelajaran • Pelayanan kesehatan • Memenuhi strata standar, dana sehat, jumlah KKR sudah dilatih < 10%, konseling kesehatan remaja oleh konselor sebaya • Pembinaan lingkungan sekolah sehat • Strata standar, ada tempat cuci tangan dan sabun, tempat cuci peralatan masak/makan, petugas kantin bersih dan sehat, tempat sampah di tiap kelas, tpa sekolah, ada jamban/WC, ada halaman luas, pagar aman dan indah, taman/kebun sekolah, ruang UKS dg peralatan lengkap, terciptanya sekolah kawasan tanpa rokok, bebas narkoba dan miras DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA JAYA	

Strategi Operasional (sekolah lanjutan)

- Strata paripurna
 - Pendidikan kesehatan
 - Strata optimal, memiliki guru pembina UKS terlatih dg jml memadai, program kemitraan pendidikan kesehatan dengan instansi terkait.
 - Pelayanan kesehatan
 - Strata optimal, ada kegiatan forum komunikasi/diskusi kelompok terarah dari konselor sebaya, jumlah KKR yang dilatih >10%
 - Pembinaan lingkungan sekolah
 - Strata optimal, ada menu gizi seimbang di kantin dan petugas kantin terlatih, air bersih yg memenuhi syarat kesehatan, pemisahan sampah organik dan non organik, rasio WC : siswa = 1:20, saluran pembuangan limbah tertutup, mengalir dan lancar
 - Taman/kebun sekolah, ruang kelas memenuhi syarat kesehatan, rasio kepadatan siswa 1:1.5-1.75 m2, memiliki ruang peralatan UKS yg ideal.

DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA
JAYA



PETUGAS KESEHATAN !!

Perencanaan dan penyusunan program kerja pelayanan kesehatan dalam UKS
Pelaksanaan kegiatan UKS
Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan UKS (pertemuan periodik triwulan)
Kunjungan sekolah minimal 2 kali dalam 1 tahun oleh petugas untuk melaksanakan kegiatan UKS

Pembinaan perbaikan gizi
Pembinaan kesehatan lingkungan
Pencegahan dan pengendalian penyakit
Pengobatan
Laboratorium sederhana
Kesehatan jiwa, kesehatan remaja, dan olah raga.

DEPARTMENT PUBLIC HEALTH &
NUTRITION ATMA JAYA

Referensi

- Departemen Kesehatan. 2005. Pedoman perbaikan gizi anak sekolah dasar dan madrasah ibtidaiyah. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 2003. Pedoman untuk Tenaga Kesehatan UKS di Tingkat Sekolah Dasar. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 2007. Pedoman untuk Tenaga Kesehatan UKS di Tingkat Sekolah Lanjutan. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Rapor Kesehatanku: Buku Catatan Kesehatan Peserta Didik Tingkat SD/MI. Kemenkes RI
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Rapor Kesehatanku: Buku Informasi Kesehatan Peserta Didik Tingkat SD/MI. Kemenkes RI
- *World Health Organization*. Diambil pada 8 Oktober 2016
- Biro Pusat Statistik Indonesia. Diambil pada 8 Oktober 2016

DEPARTMENT PUBLIC HEALTH & NUTRITION ATMA
JAYA

(13/08) KB - dr. Briyani

KELUARGA BERENCANA – dr. BRIYANI

- Latar belakang menggunakan prinsip segitiga terbalik (misalkan di puskesmas kita kenapa mesti mengevaluasi program KB nya → angka dan dampak program KB)
- indikator dampak: secara berturut2 tiap tahun, misalkan target program KB tidak tercapai dengan baik, dampaknya apa untuk jangka panjang (kehamilan tidak direncanakan → ibu mengalami perdarahan antepartum, bayi mengalami distosia bahu karena CPD → kematian ibu dan bayi)
- Kematian ibu = kematian perempuan saat hamil, saat bersalin, atau dalam 42 hari setelah masa akhir kehamilan (penyebab nya biasanya karena komplikasi selama kehamilan) → jadinya kek penyebab lain kek kecelakaan tuh gk termasuk ke dalam komplikasi kehamilan, ibu hamil bisa terjadi DIC
- Total fertility rate → rata-rata anak yg dilahirkan oleh seorang wanita selama masa reproduksi (misalkan gak ada KB → TFR nya bakalan naik)
 - age specific fertility rate (ASFR) → 15-49 tahun (biasanya dibagi per 5 tahun, yg perlu diperhatikan biasanya yg risiko tinggi yg usianya terlalu muda karena risiko biopsikososial, bentuk panggul →
 - komplikasi medis: CPD, pre eklampsia, Plasenta previa, solusio plasenta; komplikasi lain: tidak siap secara pendidikan dan ekonomi, terlalu dependent → tidak bisa mendidik anaknya supaya mendapatkan pendidikan yg layak (SDM rendah → kemiskinan, penyakit banyak, kejahatan), tidak bisa menyusui dengan baik)
 - TFR indo di angka 2,4 (dari 2012 sampai sekarang kurleb sama, dan survei berlangsung tiap 5 tahun, yg sebenarnya terhitung stabil, tapi targetnya indo adalah 2,1) → jangan sampe TFR nya ke arah negatif (di bawah 2 → aging population (SDM sulit karena kuantitas rendah, tapi masih ketutup karena kualitas SDM nya ini masih bagus)
 - Bakalan mengalami gangguan dari ekonominya karena pada kelompok dependent kek lansia atau anak usia sekolah membutuhkan subsidi pemerintah
 - unmet need → masih menunda punya anak, tapi gk pake kontrasepsi → kehamilan tidak direncanakan → ruptur uteri pada riwayat SC, partus prematurus karena jejas bekas SC

- aspek kesejahteraan, BKKBM tuh menyarankan jarak anak tuh 4 tahun karena anak sudah bisa ngomong dan lebih mandiri, dibandingkan dengan anak 2 tahun karena anak 2 tahun cenderung mengalami korban kekerasan karena ibu high risk mengalami postpartum depression/baby blues
- yang harus dimasukkan ke dalam latar belakang : **kematian ibu** (angkanya biasanya hampir tidak ada di puskesmas, tapi bisa ditanyain aja buat 3 tahun terakhir berapa banyak, jangan cuma 1 karena pasti biasanya gak ada tuh → hasil trend tuh bisa stagnan/meningkat/menurun), **kematian bayi** (sama kek yg ibu), **ASFR** (puskesmas gak ada, tapi ada di SDKI), **unmet need** (misalkan klo di puskesmas gk ada, bisa ambil dari SDKI survei demografi kesehatan Indonesia 2012 dan 2017 dan SKI)
- keempat hal ini bisa menjadi pengantar untuk pembuatan indikator output evaluasinya
 - akseptor KB dalam 3 tahun terakhir (target > 70% atau di bawah itu?)
 - akseptor KB pasca salin dalam 3 tahun terakhir (target > 70% atau di bawah itu?)
- sumber: laporan nasional, laporan tahunan puskesmas
- cara evaluasi:
 - menggunakan pendekatan kerangka konsep (output yg tidak berhasil karena proses yg tidak dijalankan → mungkin disebabkan karena input/masalah pada lingkungan)
 - Gambar: Output → proses (kegiatan yg mungkin tidak dilakukan) → input (bisa dipengaruhi lingkungan)
 - Cth di kasus KB: **output** (akseptor KB pasca salin tidak mencapai target) → **proses** (pemberdayaan masyarakat, pelaksanaan pelayanan, pelaksanaan promosi kesehatan) → **input** (ANC [10T di no 10 itu harusnya membicarakan soal rencana KB] → bersalin → kunjungan nifas (42 hari pasca lahiran) → imunisasi anak)
- **Pelaksanaan pelayanan:**
 - data bisa secara observasi atau menilai langsung di tempat → menilai based on edukasi yg diberikan dari tiap bidan (karena bidan satu dengan yg lainnya, edukasi bisa beda2 → kudu tau ada /nggak SOP yg dilakukan untuk edukasi kepada ibu hamil)

- puskesmas ada program Kelompok Ibu Hamil (ibu hamil kek sharing informasi tentang masalah kehamilan, klo bersalin apa aja yg perlu disiapkan, hingga KB → kudu dilihat ini dijalankan dengan rutin atau nggak)
- edukasi pada saat bersalin (kapan harus bawa anak imunisasi, cara menyusui dengan benar, syarat bayi sehat) → di puskesmas kudu cek ke ruangan bersalin apakah ada edukasi mengenai KB atau nggak (kalau ada, SOP nya gimana)
- kunjungan nifas → kapan kunjungan nifas, apa saja yg dilakukan/diperiksa pada saat kunjungan nifas (apakah ada edukasi mengenai KB pada saat kunjungan nifas)
- kunjungan anak imunisasi → apakah bidan ada menanyakan mengenai status KB pada ibu nya?
- misalkan nih ada masalah di ANC gk pernah diimunisasi, kenapa bisa? bisa aja karena inputnya (cth: pasien rame dan bidan nya sedikit, gak ada SOP nya yg pasti → data didapat dari wawancara dengan bidan nya untuk menggali input nya)
- **pemberdayaan masyarakat**
 - kalo di konteks KB pasca salin, kerjasama antara kader dan puskesmas (di komunitas yg ngerjain program KB tuh Pemberdayaan, Perlindungan Anak, dan Pengendalian Penduduk di bawah pantauan dinas kesehatan) → kader DAWIS (kader dasa wisma di tingkat RT/RW) → tugas: mendata dan mencari berapa banyak bayi/ibu hamil/lansia di wilayah, menyelenggarakan acara posyandu juga
 - tugas PPAPP: meningkatkan kesadaran masyarakat untuk KB, bisa dengan cara acara edukasi KB, program KB keliling
 - misalkan acara KB, PPAPP kudu kerjasama dengan dawis (bantu nyariin akseptor KB nya) dan puskesmas (yg pasang KB nya)
 - wawancara apakah ada pertemuan rutin nggak antara ketiga ini terkait acara KB? klo gk ada, artinya yg datang buat KB itu adalah mereka yg inisiatif, bukan karena dorongan dari pemerintah, sehingga sebenarnya targetnya itu adalah meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap KB
- Promosi Kesehatan

- 2 cara: one-on-one dengan yg massal (cth di kasus ini tuh di poli ibu dan anak, poli imunisasi)
- ketika melakukan edukasi, kudu tau lokasi dan target nya siapa, cth di RPTRA (tempat bermain, ayunan)
- **prinsip edukasi one-on-one:** menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, suaranya jelas, menggunakan alat bantu, catatan yg bisa dibawa pulang (leaflet), tidak seperti menggurui dan ngomong sendiri terus → cara cek ni px dah paham atau nggak (kasi 1 pertanyaan yg kita tau intinya apa, cth kek KB ibu hamil yang diedukasi KB, kita bisa pancing “kira2 pentingnya KB habis lahiran tuh apa?/metode KB yg aman untuk ibu menyusui tuh apa?”
- observasi konseling KB dan edukasi berkelompok → cek apakah sudah mengerti atau belum

- **INPUT**

- digali, karena SDM terbatas, pasien banyak (anggapan nya ideal tuh 1 pasien 15 menit), SOP kagak ada
- SDM keterbatasan, menyalahkan masyarakat tidak boleh dijadikan sumber masalah [BISA TAK LULUS] → TIDAK VISIBLE
- prinsip sumber masalah adalah sesuatu yg bisa kita gali dan visible untuk dilakukan intervensi (cth: buat SOP → sosialisasikan → implementasikan; akan lebih gampang drpd rekrut orang/sekolahin masyarakatnya)
- apa yg bikin pasien gk datang ke puskesmas? akses nya jauh dan susah (tidak dilewati transportasi umum, kudu pakai ojek, puskesmas sering banjir/kebakaran), kelompok yg menolak KB (cth: muslim garis keras, katolik)

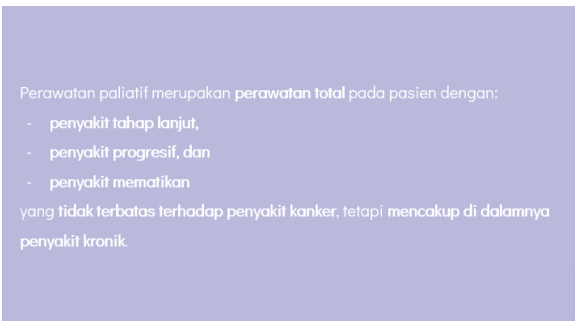
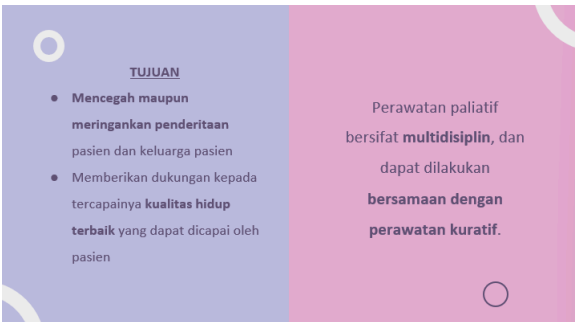
- **CONTOH INDIKATOR OUTPUT LAIN: % AKSEPTOR KB RENDAH (SECARA KESELURUHAN, BOTH PASCA SALIN, SEBELUMNYA)**

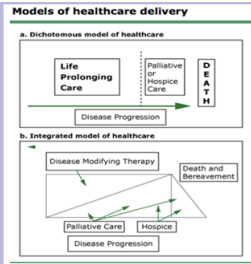
- target: calon pengantin (usia yg terlalu muda biasanya yg < 21 tahun usia menikahnya), penyakit (cth: ibu hamil dengan hipertensi di poli umum, anemia poli umum/gizi, TBC di poli umum)
- kita cek juga apakah ada kolaborasi antar layanan atau nggak → ditandai dengan RUJUKAN INTENRAL (dapat berupa surat, form rujukan internal, sosialisasi rujukan internal)

-

(12/08) Perawatan Paliatif

PERAWATAN PALIATIF

SLIDE	PENJELASAN
 Slide 1: Perawatan Paliatif dr. L. Aswin Pramono, M.Epid, Sp.PD	
 Slide 2: Definisi	
 Perawatan paliatif merupakan perawatan total pada pasien dengan: - penyakit tahap lanjut, - penyakit progresif, dan - penyakit mematikan yang tidak terbatas terhadap penyakit kanker, tetapi mencakup di dalamnya penyakit kronik.	
 Slide 4: Tujuan Perawatan Paliatif TUJUAN • Mencegah maupun meringankan penderitaan pasien dan keluarga pasien • Memberikan dukungan kepada tercapainya kualitas hidup terbaik yang dapat dicapai oleh pasien Perawatan paliatif bersifat multidisiplin, dan dapat dilakukan bersamaan dengan perawatan kuratif.	



National Consensus Project for Quality Palliative Care (2004). Clinical practice guidelines for quality palliative care. [file://www.nationalconsensusproject.org](http://www.nationalconsensusproject.org).

Indikasi

NCCN criteria for palliative care assessment

Patient characteristics	Social circumstances or issues related to anticipatory bereavement
Limited options for treatment	Limited access to care
High risk of poor pain control or refractory pain. Risk factors include: - Neuropathic pain - Incident or breakthrough pain - Rapid escalation of opioid dose - History of substance (drug, alcohol) abuse - Impaired cognition - Psychosocial/family distress	Familial factors, including: - Limitations of the family/caregiver - Inadequate family support - Family discord - History of intensely dependent relationship(s) - Parental concerns regarding care of dependents
High symptom burden or distress score	Financial limitations
Intensive care unit admission with multiple complications or need for prolonged ventilator support	Unresolved grief or multiple prior losses
Physical symptoms other than pain that are refractory to conventional management	Spiritual or existential crisis
Cognitive impairment	
Severe or multiple comorbid conditions	
Communication barriers related to language, literacy, or physical issues	
Request for hastened death	
Inability to engage in advance care planning and care plan	

Criteria for a palliative care assessment at the time of admission

A potentially life-limiting or life-threatening condition and ...
Primary criteria *
The "surprise question": You would not be surprised if the patient died within 12 months or before adulthood
Frequent admissions (eg, more than one admission for same condition within several months)
Admission prompted by difficult-to-control physical or psychological symptoms (eg, moderate-to-severe symptom intensity for more than 24-48 hours)
Complex care requirements (eg, functional dependency; complex home support for ventilator/antibiotics/feedings)
Decline in function, feeding intolerance, or unintended decline in weight (eg, failure to thrive)
Secondary criteria *
Admission from long-term care facility or medical foster home ⁴
Elderly patient, cognitively impaired, with acute hip fracture
Metastatic or locally advanced incurable cancer
Chronic home oxygen use ⁴
Out-of-hospital cardiac arrest
Current or past hospice program enrollee ⁴
Limited social support (eg, family stress, chronic mental illness) ⁴
No history of completing an advance care planning discussion/document

Domain

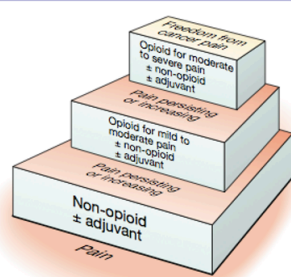
Keluhan Fisik Keluhan Non Fisik Seringkali tanda gejala pada pasien tidak dapat langsung dinilai secara komprehensif hanya dari satu kali pertemuan saja, dibutuhkan beberapa kali pertemuan untuk dapat mebina rapor dan mengkaji keluhan apa saja yang didapatkan.	
"PAIN RULES" Pain A norexia and other appetite or oral intake related issues I ncontinence and other genitourinary symptoms N ausea and other gastrointestinal symptoms (constipation, vomiting, diarrhea) R espiratory symptoms (dyspnea, cough) U lcerations and other skin complaints L evel of functioning (expressed, for instance, as ECOG or Karnofsky, or other performance scales) E nergy and other related issues such as fatigue or asthenia S edation, sleep and other side effects of treatment (including opioids and chemotherapy) ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group. * Prevalence of symptoms derived from J Pain Symptom Manage 2006; 31:58.	
TABLE 11-4 COMMON PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF TERMINALLY ILL PATIENTS Physical Symptoms Pain Fatigue and weakness Dyspnea Insomnia Dry mouth Anorexia Nausea and vomiting Constipation Cough Swelling of arms or legs Itching Diarrhea Dysphagia Dizziness Fecal and urinary incontinence Numbness/tingling in hands/feet Psychological Symptoms Anxiety Depression Hopelessness Meaninglessness Irritability Impaired concentration Confusion Delirium Loss of libido	
Nyeri	
NYERI → rangsang sensorik yang tidak menyenangkan dan dapat menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan. Tingkat keparahan dari nyeri → tidak tergantung dari derajat kerusakan jaringan → tingkat keparahan nyeri pada setiap pasien berbeda Rasa nyeri dapat dibagi menjadi dua tipe, yaitu : - Nosiseptif : rangsang langsung dari ujung saraf bebas perifer - Neuropatik : disfungsi dari sistem persepsi nyeri pada sistem saraf perifer maupun pusat (lebih sulit untuk diatasi)	

Penilaian dari nyeri → alat bantu

- verbal rating scale (tidak nyeri, nyeri ringan/sedang/berat)
- Visual analog score (dari 0 hingga 10)
- Behavioral rating scale (pada mereka dengan gangguan kognitif yang sulit untuk dilakukan penilaian nyeri) dan lain-lain

Terapi farmakologis nyeri (prinsip WHO *step-ladder*)

- pemberian analgetik sesuai dengan derajat nyeri dan dosis dapat ditingkatkan hingga nyeri teratasi
- Apabila nyeri masih tidak teratasi atau teramat hebat, maka pemberian opioid kuat dapat dilakukan.



Langkah-langkah:

1. Nyeri ringan → analgetik non opioid (parasetamol 1 gram setiap 6 jam)
2. Nyeri sedang ataupun dosis maksimal parasetamol dan nyeri belum teratasi → opioid lemah (kodein 60 mg setiap 6 jam)
3. Nyeri berat ataupun dosis maksimal opioid lemah dan nyeri belum teratasi → opioid kuat (morfin)

*setiap langkah tersebut dapat dilakukan pemberian terapi anti nyeri yang bersifat ajuvan (obat yang mempunyai indikasi primer bukan sebagai analgetik tetapi dalam keadaan tertentu dapat digunakan sebagai analgetik)

12.6 Adjuvant analgesics			
Drug	Dosage	Indications	Side-effects*
NSAIDs (e.g. diclofenac)	50 mg and 8-hourly (SR 75 mg 12 hourly) 100 mg per rectum once a day	Bone metastases, soft tissue inflammation, liver pain, inflammatory pain	Gastric irritation and bleeding, fluid retention, headache, caution in renal impairment
Corticosteroids (e.g. dexamethasone)	8–16 mg per day (taper down to lowest dose which controls pain)	Neural intracranial pressure, nerve compression, soft tissue inflammation, liver pain	Gastric irritation if used together with NSAID, fluid retention, confusion, Cushingoid appearance, candidiasis, hyperglycaemia
Gabapentin	100–300 mg twice starting dose, titrate to 600 mg 8-hourly	Neuropathic pain of any aetiology	Mild sedation, tremor, confusion
Carbonic anhydrase (evidence for all anticonvulsants)	100–200 mg twice starting (buccal)	Neuropathic pain of any aetiology	Vertigo, sedation, constipation, rash
Anticholinergics (evidence for all tricyclics)	25 mg twice starting dose (10 mg bidently)	Neuropathic pain of any aetiology	Sedation, dizziness, confusion, dry mouth, constipation, urinary retention; avoid in cardiac disease
Ketamine	10–40 mg 8-hourly	Severe neuropathic pain (only under specialist supervision)	Confusion, anxiety, agitation, hypertension

*In old age, all drugs can cause confusion.

Terapi non farmakologis :

- radioterapi
- fisioterapi
- akupunktur
- TENS
- teknik psikologis seperti relaksasi, hypnosis, cognitive behavior therapy, dan biofeedback dapat dikerjakan juga.

Dyspnea

Dyspnea

Merupakan pengalaman yang bersifat *subyektif* akan ketidaknyamanan yang dirasakan saat bernapas. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti fisik, psikis, social dan lingkungan.

Dyspnea

Pada perawatan paliatif pasien dengan dyspnea harus dilakukan penilaian berupa :

- Kualitas sesak : Lapar akan udara atau terasa seperti tercekik terkait dengan gagal jantung sedangkan proses ekspirasi yang tidak tuntas dan dada terasa sesak dapat dikaitkan dengan asma.
- Intensitas sesak : dapat dengan borg scale yang sudah dimodifikasi ataupun pasien diminta menyebutkan derajat sesak dari angka 0 hingga 10.
- Dampak sesak terhadap status fungsional pasien
- Dampak distress yang ditimbulkan oleh sesak

Modified Borg Scale

The modified Borg Scale for assessing the intensity of dyspnea or fatigue

0	Nothing at all
0.5	Very, very slight (just noticeable)
1	Very slight
2	Slight (light)
3	Moderate
4	Somewhat severe
5	Severe (heavy)
6	
7	Very severe
8	
9	
10	Very, very severe (maximal)

Dyspnea

- Terapi dari sesak dapat bersifat farmakologis dan non farmakologis. Terapi **non farmakologis** yang dapat dikerjakan berupa :
 - Teknik relaksasi dan dukungan psikososial
 - Pembatasan aktivitas fisik dan penggunaan alat bantu seperti kursi roda dll
 - Penggunaan kipas dengan hembusan angin sejuk ke muka pasien
 - Fisioterapi dada
 - Suplementasi oksigen

Dyspnea

- **Terapi farmakologis** yaitu dengan mengatasi penyebab dasar dari sesak napas.
- Apabila nyeri dapat diberikan opioid dengan morfin sebagai modalitas terpilih.
- Pada gagal jantung dapat diberikan diuretic kuat, pada bronkokonstriksi dapat diberikan agonis beta secara inhalasi, pada sebab-sebab tertentu seperti keganasan dan SVKS dapat diberikan kortikosteroid.

Konstipasi

- Didapatkan pada **90% pasien** dengan penyakit terminal
- Disebabkan berbagai hal seperti :
 - Hiperkalsemia
 - Penggunaan opioid
 - Antidepresan trisiklik
 - Imobilisasi
 - Asupan diet kurang serat
- Jika **tidak ditangani** → menyebabkan nyeri abdomen, muntah, konstipasi, dan delirium



- **Penilaian konstipasi** :
 - **Kebiasaan defekasi** pasien sebelumnya (frekuensi, konsistensi, dan volum)
 - **Pemeriksaan rektal dan abdomen** → rule out impaksi / akut abdomen
 - Pemeriksaan penunjang **BNO** → bila curiga ada obstruksi
- **Tatalaksana** :
 - **Aktifitas fisik, hidrasi, dan pemberian serat** dalam asupan diet yang cukup
 - **Pemberian serat kontraindikasi** bila pasien menggunakan **opioid**
 - Terapi medikamentosa → **laxan, pelunak feses, dan enema**

TABLE 10. MEDICATIONS FOR THE MANAGEMENT OF CONSTIPATION		
Intervention	Dose	Comment
Stimulant laxatives		These agents directly stimulate peristalsis and may reduce colonic absorption of water.
Purge laxative	120–240 mL/d	
Senna (Sennelax)	2–8 tablets PO bid	
Bisacodyl	5–15 mg/d PO PR	Work in 6–12 h.
Osmotic laxatives		These agents are not absorbed. They attract and retain water in the gastrointestinal tract.
Lactulose	15–30 mL PO qd–bid	Lactulose may cause flatulence and bloating.
Magnesium hydroxide (Milk of Magnesia)	15–30 mL/d PO	
Magnesium citrate	125–250 mL/d PO	Lactulose works in 1 day; magnesium products in 6 h.
Stool softeners		These agents work by increasing water secretion and as detergents increasing water penetration into the stool.
Sodium docusate (Colace)	300–600 mg/d PO	Work in 1–3 days.
Calcium docusate	300–600 mg/d PO	
Suppositories and enemas		
Bisacodyl	10–15 PR qd	
Sodium phosphate enema	PR qd	Fixed dose, 4.5 oz, Fleet's.



Nausea

Karakteristik mual dan muntah Mual ringan + muntah banyak Obstruksi usus Mual terus-menerus + muntah sedikit / tidak ada Kelainan metabolik atau efek obat	
Fig. 12.6 Mechanisms of nausea. (ACh = acetylcholine; D₂ = dopamine; 5-HT = 5-hydroxytryptamine; serotonin; H₁ = histamine)	
Tatalaksana Cari dan atasi etiologi yang reversibel Stop obat tersangka jika memungkinkan Antagonis dopamin e.g. haloperidol, proklorperazine Metoklopramide jika dicurigai penurunan motilitas Benzodiazepine untuk mual antisipatorik (e.g. lorazepam)	
Depresi	
Depresi Penegakkan diagnosis depresi pada pasien dengan penyakit kritis • Tidak mudah → banyak gejala & tanda ketidakseimbangan vegetatif (contoh: insomnia, anoreksia, ↓BB, kesulitan konsentrasi) ditemukan pada pasien dengan proses menuju kematian itu sendiri. • Fokus penegakkan diagnosis lebih diutamakan kepada adanya mood disforik, rasa tidak berdaya, keputus asaan dan tidak adanya minat/kesenangan dan konsentrasi pada aktivitas normal.	

Depresi : Penatalaksanaan

- Penanganan terhadap semua keluhan fisik yang dapat menyebabkan depresi, terutama nyeri, harus dilakukan.
- Terapi farmakologis → pilihan utama.
- Apabila pasien mempunyai **prognosis buruk / somnolen karena pengaruh opioid → psikostimulan** lebih dipilih dibandingkan SSRI karena bekerja lebih cepat.

Dextroamphetamine:

- Dosis awal 2,5 – 5 mg, pada pagi dan malam hari
- Dosis dapat dinaikkan hingga 15 mg, 2x per hari.

Pemoline → psikostimulan nonamfetamin dengan risiko penyalahgunaan lebih kecil.

- Dosis dimulai dari 18,75 mg pada pagi dan malam hari.
- Dapat diserap melalui mukosa bukal → dapat digunakan pada pasien dengan obstruksi usus atau disfagia.

Depresi : Penatalaksanaan

Pasien dengan prognosis selama beberapa bulan / lebih lama, obat terpilih:

- SSRI, ex: fluoxetine, sertraline, paroxetine, citalopram
- SNRI (*serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor*), ex: venlafaxine

Dosis obat-obatan tersebut **dimulai dengan setengah dosis** dewasa sehat.

Benzodiazepine seperti alprazolam → pasien kritis dengan campuran depresi & ansietas

- Dosis 0,25 – 1 mg, 3x per hari
- Penggunaan dengan perhatian khusus → banyak interaksi obat, dapat menyebabkan delirium.

Delirium

Definisi

Disfungsi global dari serebral, yang ditandai dengan perubahan **fungsi kognitif dan kesadaran**

Perlu dicurigai pada pasien penyakit kritis dengan gejala:

- Onset baru dari disorientasi
- Gangguan kognitif
- Somnolen
- Tingkat kesadaran yang fluktuatif
- Agitasi



Perangkat Penilaian

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)		Score
MMSE		MMSE
Orientation (Time)	1	1
Orientation (Place)	1	1
Orientation (Person)	1	1
Registration	1	1
Attention and Calculation	1	1
Language	1	1
Writing	1	1
MMSE Total	30	30

MMSE

Item	r-value	
	DRS-R-98 Total	DRS-R-98 Severity
Sleep-wake cycle disturbance	0.89	0.83
Perceptions and hallucinations	0.90	0.87
Delusions	0.90	0.87
Libility of affect	0.89	0.86
Language	0.89	0.85
Thought process abnormalities	0.89	0.85
Motor agitation	0.89	0.86
Motor retardation	0.90	0.87
Orientation	0.88	0.84
Attention	0.88	0.84
Short-term memory	0.89	0.85
Long-term memory	0.88	0.84
Visuospatial ability	0.88	0.84
Temporal onset of symptoms	0.88	N/A
Fluctuation of symptom severity	0.88	N/A
Physical disorder	0.89	N/A

Note: DRS-R-98 = Delirium Rating Scale-Revised-98; N/A = not applicable.

Delirium Rating Scale

Perangkat Penilaian

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Name: _____ Date: _____

Height/Weight: _____

Age: _____ Sex: _____ Education: _____

ORIENTATION

Time of day: _____ Date: _____ Place: _____

REGISTRATION

Repeat these three words (e.g., apple, table, chair) and write them down in the space provided. (10 seconds)

Apple _____ Table _____ Chair _____

RECALL

Repeat these three words (e.g., apple, table, chair) and write them down in the space provided. (10 seconds)

Apple _____ Table _____ Chair _____

LANGUAGE

Repeat "Yes, yes, yes, no, no" and write down the words in the space provided. (10 seconds)

Yes, yes, yes, no, no _____

COPIING

Copy the figure on the right into the space provided. (10 seconds)

Figure: A cube with a circle inside.

Copy: _____

SCORING

Orientation: 5 points (1 point for each correct answer)

Registration: 3 points (1 point for each correct word)

Recall: 3 points (1 point for each correct word)

Language: 8 points (1 point for each correct word)

Copied: 1 point (1 point for correct copy)

TOTAL SCORE _____

MMSE

Item	r-value	
	DRS-R-98 Total	DRS-R-98 Severity
Sleep-wake cycle disturbance	0.89	0.85
Perceptions and hallucinations	0.90	0.87
Delusions	0.90	0.87
Lability of affect	0.90	0.86
Language	0.89	0.85
Thought process abnormalities	0.89	0.85
Motor agitation	0.89	0.86
Motor retardation	0.90	0.87
Orientation	0.88	0.84
Attention	0.88	0.84
Short-term memory	0.89	0.85
Long-term memory	0.88	0.84
Visuospatial ability	0.88	0.84
Temporal onset of symptoms	0.88	N/A
Fluctuation of symptom severity	0.88	N/A
Physical disorder	0.89	N/A

Note: DRS-R-98 = Delirium Rating Scale-Revised-98; N/A = not applicable.

Delirium Rating Scale

Pendekatan Spiritual

Pasien dengan penyakit kritis akan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dan menjadi lebih giat dan bersungguh-sungguh dalam melakukan ibadah dan berdoa.

Hal ini menjadi mekanisme koping dari pasien menghadapi stressor (terutama: stressor psikis)

Penilaian akan kondisi spiritual dilakukan oleh individu yang berpengalaman dan dicapai dengan dialog terbuka dan empatik

Perangkat yang dapat digunakan dalam pendekatan spiritual pasien perawatan paliatif

Tool	Domains	Examples of content
HQIP*	1. Sources of hope 2. Religious/faith 3. Personal spirituality and practices 4. Effect on medical care and end-of-life care	1. What gives you hope (or strength or peace) in the time of illness? 2. Are you a participant of religious or spiritual community? How? How often? 3. What aspects of your spiritual beliefs do you find most helpful and meaningful personally? 4. How do your beliefs affect the kind of medical care you would like me to provide over the next few days/weeks/months?
FECA spiritual history*	1. Faith 2. Importance/Influence 3. Community 4. Addressability	1. How important is it? 2. Do you belong to a religious or spiritual community? 3. How would you like me as your provider to address these issues in your care?
SPSICA	1. Spiritual belief system 2. Personal spirituality 3. Integration with a spiritual community 4. Ritualized practices and expression 5. Implications for medical care 6. Terminal events	1. Do you have a formal religious affiliation? Do you have a spiritual life that is important to you? 2. To what extent is your spirituality important to you? 3. Do you belong to any religious or spiritual group or community? 4. What specific practices do you carry out as part of religious or spiritual life? 5. Would you like to discuss religious or spiritual implications of health care? 6. Are there particular aspects of medical care that you wish to begin or have withheld because of your religious/spirituality?

* Prastowo S, Ngil E, Sukandari and medical practice using the HQIP questions as a practical tool for spiritual assessment. Am Fam Physician 2011; 83:85-89.

* Prastowo S, Ngil E, Sukandari and medical practice using the FECA questions as a practical tool for spiritual assessment. Am Fam Physician 2011; 83:85-89.

* Prastowo S, Ngil E, Sukandari and medical practice using the SPSICA questions as a practical tool for spiritual assessment. Am Fam Physician 2011; 83:85-89.

Breaking the Bad News

Pada pasien dengan penyakit kritis → penyampaian kondisi kepada pasien dan keluarga harus diperhatikan → perlu komunikasi efektif dan empati
Yang penting untuk disampaikan:

- Diagnosis penyakit
- Prognosis pasien
- Kemungkinan kegagalan terapi kuratif
- Pentingnya terapi simptomatik dan paliatif

TABLE 11-2 ELEMENTS OF COMMUNICATING BAD NEWS—THE P-SPIKES APPROACH

Acronym	Steps	Aim of the Interaction	Preparations, Questions, or Phrases
P	Preparation	Mentally prepare for the interaction with the patient and/or family.	Review what information needs to be communicated. Plan how you will provide emotional support. Rehearse key steps and phrases in the interaction. Ensure patient, family, and appropriate social supports are present. Devote sufficient time. Ensure privacy and prevent interruptions by people or beepers. Bring a box of tissues.
S	Setting of the interaction	Ensure the appropriate setting for a serious and potentially emotionally charged discussion.	Start with open-ended questions to encourage participation. Possible phrases to use: What do you understand about your illness? When you first had symptom X, what did you think it might be? What did Dr. X tell you when he sent you here? What do you think is going to happen?
P	Patient's perception and preparation	Begin the discussion by establishing the baseline and whether the patient and family can grasp the information. Ease tension by having the patient and family contribute.	Possible phrases to use: If this condition turns out to be something serious, do you want to know? Would you like me to tell you all the details of your condition? If not, then who would you like me to talk to?
I	Invitation and information needs	Discover what information needs the patient and/or family have and what limits they want regarding the bad information.	

K	Knowledge	Provide the bad news or other information to the patient and/or family sensitively.	Do not just dump the information on the patient and family. Possible phrases to use: I feel badly to have to tell you this, but... Unfortunately, the tests showed... I'm afraid the news is not good... Strong feelings in reaction to bad news are normal. Acknowledge what the patient and family are feeling. Remind them such feelings are normal, even if frightening. Give them time to respond. Remind patient and family you won't abandon them. Possible phrases to use: I imagine this is very hard for you to hear. You look very upset. Tell me how you are feeling. I wish the news were different. We'll do whatever we can to help you.
E	Empathy and exploration	Identify the cause of the emotions—e.g., poor prognosis. Empathize with the patient and/or family's feeling. Explore by asking open-ended questions.	It is the unknown and uncertain that can increase anxiety. Recommend a schedule with goals and landmarks. Provide your rationale for the patient and/or family to accept (or reject). If the patient and/or family are not ready to discuss the next steps, schedule a follow-up visit.
S	Summary and planning	Delineate for the patient and the family the next steps, including additional tests or interventions.	

(18/08) Ujian KKLP Lansia

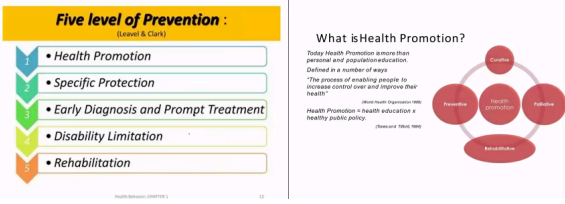
Slide	Penjelasan
	- penilaian aspek keluarga dan promosi kesehatan - community oriented juga dinilai → salah satu bidang yg terkait dengan IKM adalah pengelolaan pasien lansia
1. Management of Presenting Problem Focus on the patient's main complaint • History of presenting illness • Symptoms and severity • Patient concerns and expectations • Immediate diagnosis and treatment Example: Patient comes with fever → explore onset, duration, associated symptoms, exposure 2. Modification of Help-Seeking Behaviour Understanding why the patient came now • Why today? • Patient beliefs about illness • Previous self-treatment • Health-seeking habits Example: Patient with cough for 2 weeks comes today because fear of tuberculosis. STOTT DAVIS MODEL OF HISTORY TAKING 3. Management of Continuing Problems Address chronic or ongoing conditions • Chronic diseases • Medication adherence • Follow-up of previous issues • Monitoring long-term care Example: Patient comes for flu → also review hypertension or diabetes control. 4. Opportunistic Health Promotion Use consultation to promote prevention • Vaccination status • Lifestyle counseling (smoking, diet, exercise) • Screening (BP, BMI, cancer screening) • Preventive education Example: Patient visits for headache → check blood pressure and advise smoking cessation	- mencari kenapa baru datang sekarang? (help seeking behaviour) - riwayat penyakit dahulu dan pengobatan nya juga ditanyain semua - untuk menilai tilikan pasien nya baik atau nggak - nggak semua orang tuh siap untuk melakukan perubahan (cth: pasien merokok tuh belum siap untuk berhenti merokok) - sudah mulai bisa berpikir tatalaksana non medikamentosa yang sesuai dengan px ini - prevensi dan promosi (pas mau promosi kesehatan, harus tahu latar belakang px ini apa, pekerjaannya apa, status vaksinasinya apa → penyusunan health promotion prevention yg sesuai dengan px ini)

RUBRIK PENILAIAN CASE REPORT KEPANITERAAN KLINIK PRODI KEDOKTERAN KELUARGA DAN LAYANAN PRIMER

KLOTER :
 KASUS (Di Klini Saja):
 BATA KULAH : PELAYANAN KEDOKTERAN KELUARGA DAN LAYANAN PRIMER TERKAIT LANSIA
 NAMA PENILAI :

NO	ASPEK PENILAIAN	BOBOT	SKOR	0	①	②
1	ANAMNESIS HOLISTIK	4		Melakukan dan melengkapi head 0-1 poin anamnesis xapi	Melakukan dan melengkapi head 2-3 poin anamnesis xapi	Melakukan dan melengkapi head (sempat aspek) dari anamnesis holistik sesuai dengan Short Case Model Yaku • Anamnesis mengenai masalah kesehatan head or (presenting problem) • Anamnesis mengenai masalah kesehatan kronik (possible prevention and management of chronic illness) • Anamnesis mengenai kesehatan sesuai kelompok usia (identification of potential abuse based on ages and gender) • Menentukan plan dan penggunaan sumber layanan kesehatan untuk menyelesaikan masalah kesehatan pasien (patient-activation/ patient engagement)
2	PEMERIKSAAN FISIK DAN CLINICAL REASONING	4		Melakukan dan melengkapi 0 poin	Melakukan dan melengkapi 1 poin	Melakukan dan melengkapi head dari pemeriksaan fisik sesuai dengan kriteria berikut 1. Melakukan pemeriksaan Fisik klinis secara Kopf dan melakukan analisis dan hasil temuan klinis.

- anamnesis, PF, PP, penegakkan diagnosis, dan tatalaksana
- penalaran klinis → gimana cara menegakkan diagnosis berdasarkan data2 di atas
- anamnesis holistik → presenting problem, kesehatan kronik, kesehatan sesuai kelompok usia, tatalaksana
- poin ke 2: gak usah selengkap yg poin pertama
- poin ke 4: latar belakang px nya yg seperti apa, details px yg mendukung proses dia untuk menuju sehat (cth: buruh pekerja kasar dengan pengusaha yg ekonomi cukup oke, akan berbeda ketika mengalami penyakit, ke jaminan ada atau nggak)
- misalkan nanti pembiayaan juga masuk, cth: dia px pembiayaan umum, tapi ditanggung oleh anaknya
- pemeriksaan PF head to toe, minimal dari temuan klinisnya apa yg mendukung dan rule out DD nya (KU, kes, TTV, antro, generalisata dilakukan menyeluruh dan dipertanggung jawabkan hasil pemeriksaannya, dan KONSISTEN, jangan yg px dengan stroke iskemik tapi gak ada hasil CT scan)

	assess kondisi keluarga dan yg berhubungan dengan kondisi masyarakat, lingkungan primer px nya) - KIE → konseling informasi dan edukasi (promosi dan preventif di px nya apa) - klo px bedah gimana cara persiapan bedahnya - family-oriented dan community-oriented (tx keluarga dan tx komunitas) - orang high maintenance → kasi makan diet kek gimana - pasien yg sulit → melakukan penyesuaian terhadap px nya - orang HT dengan budget yg cukup → resepkan yg baik sesuai dengan - PPT jangan pake koran okayy (poin) - poin 3 dan 4 no 6 PENTING ANJAYY (kadang yg poin 1 dan 2 ya kadang bisa tutup mata)
	five levelnya, pasti ada health promotion dan specific protection klo makin spesifik tergantung penyakitnya (cth: proteksi CA serviks dengan cara HPV) disability limitation dan rehab kadang bisa saling beririsan, jadinya biar bisa buat (kadang bisa btercampur) health promotion gk mesti soal kesehatan (cth: pembuatan UU mengenai ini, kebijakan pemerintah)

C. ANALISIS PENGALAMAN SAKIT (ILLNESS)	D. INSTRUMEN PENILAIAN KELUARGA (FAMILY ASSESSMENT)
Keperawatan GIGI	1. Geografi Keluarga (Family Geomaps)
(Gambarkan pengalaman sakit pasien yang meliputi: lokasi, perjalanan, titik pada jangka atau kompas)	(Gambarkan lokasi rumah pasien dan lokasi institusi pelayanan kesehatan dan lingkungan geografis lainnya) (Sifatnya 2 dimensi)
1. Pribadi:	2. Bentuk Keluarga (Family Structure)
2. Perasaan:	
3. Efek pada fungsi:	
4. Harapan:	
Keperawatan Asuhan Terpadu (Mencakup Aspek & lingkungan masyarakat pasien):	
1. Aspek dan pengalaman pasien terhadap perawatan:	
2. Perasaan, pikiran, dan perasaan pasien terhadap perawatan	
3. Perasaan, fungsi, dan perasaan pasien tentang fungsi perawatan	
4. Harapan dan	

- APGAR → faktor yg berhubungan dengan keluarga
- SCREEM → sumber daya yg ada di keluarga
- event predisposisi yg berhubungan dengan perjalanan hidup pasien nya

- langsung loncat ke PF
-

- PF khusus tuh yg kek, PF neuro, status dermatologis
- 1 WD dan 2 DD
- komprehensif starting dari px nya dulu,
- rehab bila perlu

- planning nya pake yg 5 level prevention, makin ke bawah tuh makin gk relate ke px nya
- status KKLK tidak perlu digambar denah nya
- catatan hasil kunjungan rumah: bikin SOAP saja (klo misalkan wellness rajal, SOAP bbrp minggu, kontrol seperti apa, harus ada yow)

Promosi Kesehatan - dr. Felkur

Menyusun Promkes - dr. Felkur

Tab 17

- target 70% untuk KB di indonesia
- banyak kelompok yang gak pakai KB adalah kelompok yang termasuk ke dalam unmet need
- kalau misalkan pakai kontrasepsi jangka panjang, risiko dropout nya lebih banyak dibandingkan kalau misalkan yg pakai jangka pendek
- yang data BKKBN termasuk ke dalam data sekunder, kalau yg data survei tuh termasuk ke dalam data primer, kudu lihat tren nya gimana
- 3 pertanyaan di poli umum: jumlah anak, rencana mau punya anak lagi atau nggak, ada pakai KB atau nggak
- cara tau ada rujukan ke poli KB atau nggak: formulir rujukan, sebulan ada kirimin berapa orang ke poli KB
-

(22/08) regsat

Figure 1: The original logical framework

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Assumptions
GOAL <i>The longer-term change a project or programme hopes to contribute to</i>	<i>The measures that will show whether or how far the goal has been achieved</i>	<i>Sources of information, or methods used to collect the indicators</i>	(This box is not used)
PURPOSE <i>The change hoped for by the end of the project or programme</i>	<i>The measures that will show whether or how far the purpose has been achieved</i>	<i>Sources of information, or methods used to collect the indicators</i>	<i>Assumptions necessary if the purpose is to contribute to the wider goal</i>
OUTPUTS <i>The products or services the project or programme intends to deliver</i>	<i>The measures that will show whether the outputs have been delivered</i>	<i>Sources of information, or methods used to collect the indicators</i>	<i>Assumptions necessary for outputs to generate the desired purpose</i>
ACTIVITIES <i>The activities that will be implemented through the project or programme</i>			<i>Assumptions necessary for activities to be turned into outputs</i>
INPUTS <i>The financial, human, and material resources required to implement the project or programme</i>			<i>Initial assumptions about the project</i>

- tanpa menghilangkan pentingnya penanganan medis pada pasien
- tabel ini bukan untuk evaluasi, tapi untuk perencanaan
- evaluasi tergantung posisi evaluatornya (evaluasi dan monitoring tuh berbeda)
 - evaluasi bisa pakai data monitor, bisa dari yg lain (bisa dengan proyek dan bisa pakai pihak luar) → kalau nanti di ujian, kita (evaluasi formal = buat evaluasi dari pedoman/teori yg ada)
-
- tahapan pertama: MEMBACA PEDOMAN (belum tentu yg terbaru itu lengkap; biasanya yg terbaru tuh cuma substitusi dari yang lama) → PLOT KERANGKA (di tabel di atas tuh yg column paling kiri)
- output= hasil langsung dari orang yg mengikuti program (kek orang buat sepatu, output tuh sepatunya)
- membuat indikator output (hasil dari beberapa kegiatan)
- target indikator berasal indikator jumlah sumber daya/**mean of verification yang pasti** (jumlah kegiatan yg tidak terlaksana/jumlah kegiatan yang direncanakan) → mintain dari badan perencanaan
 - mean of verification tuh artinya sumber data
 - membandingkan mean of verification badan perencanaan dan yg ada di data lapangan
 - orang perencanaan cuma ada di puskesmas kecamatan (klo yg pembantu gk ada),
- kalau mau melakukan perbandingan, jangan sekali2 pake persepsi
- yg tau apa yg sebetulnya adalah orang bagian perencanaan dan orang manajemen, bukan pemegang program nya
- indikator kualitatif dan kuantitatif
- pedoman teknis, pengelolaan, UU

- asumsi tuh perencanaan (klo evaluasi tuh kek faktor lingkungan, misalkan kek ada input tapi proses gk jalan, tapi bisa aja disebabkan karena faktor tertentu)
- kerangka WHO tuh sebenarnya bukan untuk evaluasi (di ujian keluar, misalkan kek based on kerangka WHO, apa yg kita lihat di keran
-

LPJ SENIOR

LPJ SENIOR

- skrining: lebih oke pendekatannya via kader, lalu kunjungan ke pasien pas malam hari/weekend karena bbrp pasien ada yg baru pulang kerja jam segitu (total ada 2 orang terduga TB), skrining door to door, followup hasil pemeriksaan
- teman peduli: peer supportnya cuma datang 1 dari 4 orang (25%), anggota grupnya gak aktif (memilih lbh nyaman untuk offline via home visit dan sharing session)
- gercep TB: flipbook gak terbaca sepenuhnya (gak mencapai target, cuma 52% dengan target >80%)
- gercep fit: diberikan evaluasi mengajak lbh tinggi kelompok lansia dan berisiko, konsisten jadwal, komunikasi via WA dan via kader dan warga RW 04, loyalty card+reward (pikirin reward starting dari kloter 4)

MASUKKAN

- gercep TB: saran dokyun untuk followup, tpi keknya hasilnya bakalan jelek banget (baru ada indikator proses tapi belum ada indikator outputnya, bebas mau kapan) **hasil output di akhir aja, mid evaluasi bisa diberikan pertanyaan?** kenapa gercep TB nggak pakai video aja?
- skrining TB: skrining hitungannya lebih ke penelitian dan bukan pemberdayaan masyarakat, jadinya kek gpp pake sistem appointment aja (metode apapun gpp yg penting capaian nya tinggi), kudu dijelaskan untuk mereka yg menolak tuh karakteristik demografik nya gimana (misalkan ada yg nolak, kudu dijelaskan secara spesifik kenapa warga nya menolak)
- gercep fit: ditingkatkan pendaftaran lansia (misalkan di rumah ada dewasa yg lansia, dan yg punya aktivitas fisik rendah), gercep fit tuh lebih buat ke engagement, kek mana tau inovasi baru buat rute nya
- teman peduli kenapa 1 kali/bulan? kerjasama dengan kader dan ketua RW, jangan sampai mereka jadi beban
- saat pembuatan indikator di awal gercepfit itu lansia, tapi kan dalam proses ada bbrp penyesuaian buat indikatornya? bole -dokreg-
- bbrp gak terinfo, suk terlewat, diingetin buat bahannya
- edukasi tentang pentingnya olahraga seminggu sekali dan berjemur untuk PMO

- PMO di skrining karena pasien tidak pakai masker di rumah

BIMBINGAN LPJ MAKRO

10/08

BIMBINGAN LPJ MAKRO 10 AGUSTUS 26

- Khas pada populasi perkotaan (especially yg melakukan urbanisasi) adalah social capitalnya kurang → sense of belongingnya kurang → dari kita kudu melakukan engagement lebih pada populasi perkotaan (kudu ada inovasi baru supaya biar bisa engage masyarakatnya)
- Pas kemarin gercep fit itu, sebenarnya kita bisa minta feedback ke ibu2nya “kira-kira dari ibu ada kebosanan pada orang yg sering datang, ada yg bisa dilakukan biar semangat nggak?”
- Masukkan dr. Yunisa:
 - latar belakang → coba tekanan kenapa ini jadi masalah (jangan cuma lihat dari LPJ sebelumnya), trend untuk kasus (2024 ranking 2 dari TB, mungkin dari kek sebelumnya di peringkat 4 atau 5, proporsi kasus dengan jumlah penduduk kita mungkin no 1, trend kenaikan kasus mungkin ada notifikasi kasus, PR lol), yg utama disini adalah skrining → followup
 - skrining mesti direncanakan, coba hitung perkiraan angka setelah pendataan selesai, supaya bisa dihitung untuk strip gula darah gratis (karena pas udah kelar skrining, dapat gratis cek gula darah)
 - perkiraan Kamis/rabu ini kita lihat kuesioner untuk skrining, untuk persamaan persepsi nya gimana, harus baik benar (pertanyaan harus ada probing dan menggali dalam, dan jangan sampai menyinggung pasien nya)
 - skrining bisa dicicil, yg penting dilakukan dengan benar
 - tujuan khusus lpj
 - skrining → di acc dokyun yes
 - yg ngajak keliling ke museum anatomi, dari kita nya yg edukasi ke pasien nya, kloter ini fokus ke peningkatan kapasitas dan inovasi baru deh (kasi complementary ke peer support nya, pikirkan deh)
 - design poster/leaflet (kalau misalkan yg poster mau yg gede), print jangan terlalu banyak karena gak efektif → sederhana tapi informatif (size file nya jangan terlalu gede)
 - tanyain ke PPTI untuk follow up, tugasnya apa2 aja, statusnya kek gimana
 - pas skrining ke rumah, cek tensi juga, sudah pernah berobat atau belum

- reward pikirkan, tanyain dulu budgetnya berapa di followup ke kak pipit atau dok yunisa besok
- 2 lomba aja deh buat yg 17an

-