



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KELUARGA  
BERENCANA

**PUSKESMAS AMBAL II**

Jl. Kanoman No 8 Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen

Telp. (0287) 6651712; 08112681972

Web : <http://puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id>

Email: [puskesmasambaldua@yahoo.com](mailto:puskesmasambaldua@yahoo.com) Kode Pos 54392

---

**PEDOMAN  
PELAKSANAAN  
INTEGRASI LAYANAN PRIMER  
( ILP )  
PUSKESMAS AMBAL II**

No. 400.7.2.3/DOM/005/IX/2024



puskesmasambaldua@yahoo.com

**TAHUN 2024**

## KATA PENGANTAR

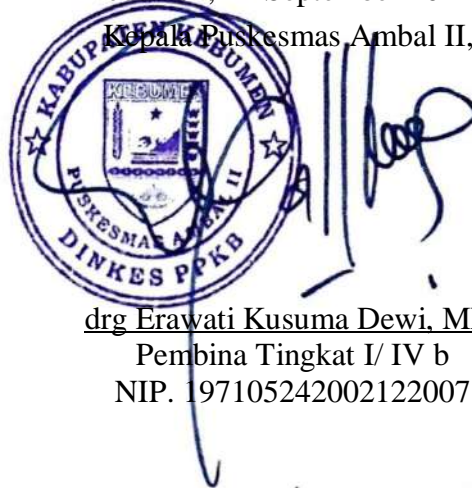
Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat tersusunnya Pedoman Integrasi Layanan Primer (ILP) Puskesmas Ambal II. Pedoman Integrasi Layanan Primer (ILP) ini digunakan sebagai pedoman bagi seluruh pimpinan dan karyawan dalam pelaksanaan Integrasi Layanan Primer di puskesmas.

Pedoman ini mencakup standar ketenagaan, standar fasilitas, tata laksana pelayanan, logistik, keselamatan sasaran, keselamatan kerja dan pengendalian mutu pelayanan upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas.

Dalam penyusunan pedoman ini tentunya masih banyak kekurangan, untuk itu kami harapkan masukan, saran ataupun kritik sebagai koreksi untuk perbaikan kedepannya. Terima kazihi.

Kebumen, 24 September 2024

Kepala Puskesmas Ambal II,



drg Erawati Kusuma Dewi, MM

Pembina Tingkat I/ IV b

NIP. 197105242002122007

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	4
B. Tujuan Pedoman.....	4
C. Sasaran Pedoman.....	4
D. Ruang Lingkup Pedoman .....	5
E. Batasan Operasional .....	5
F. Dasar Hukum.....	5
BAB II. STANDAR KETENAGAAN.....	7
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia.....	7
BAB III. STANDAR FASILITAS	
A. Denah Ruang .....	8
B. Sarana dan Prasarana .....	9
BAB IV. TATA LAKSANA PELAYANAN ILP .....	11
A. Struktur ILP.....	12
B. Integrasi ILP Desa .....	14
C. Klaster Manajemen .....	14
D. Klaster Ibu dan Anak .....	15
E. Klaster Dewasa dan Lansia .....	115
BAB V. LOGISTIK .....	120
BAB VI. KESELAMATAN SASARAN KEGIATAN / PROGRAM .....	127
BAB VII. KESELAMATAN KERJA.....	129
BAB VIII. PENGENDALIAN MUTU .....	130
BAB IX. PENUTUP.....	131

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

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

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

Penguatan pelayanan kesehatan primer penting dilakukan karena fakta yang ada menunjukkan masih banyak masyarakat yang belum terpapar tenaga kesehatan serta beban kesehatan yang masih tinggi, belum lagi lebih dari 50% kasus kematian yang terjadi di Ambal merupakan kasus yang dapat dicegah (akibat penyakit tidak menular). Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan primer belum cukup kuat dalam merespon masalah kesehatan.

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

#### **B. TUJUAN PEDOMAN**

Terselenggaranya Integrasi Layanan Primer sesuai pedoman untuk mendekatkan akses dan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif pada setiap fase kehidupan secara komprehensif dan berkualitas bagi masyarakat.

#### **C. SASARAN PEDOMAN**

Sasaran penyelenggaraan Integrasi layanan Primer meliputi:

1. Sasaran Primer yakni individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
2. Sasaran Sekunder yakni tokoh masyarakat, kader kesehatan, petugas kesehatan;
3. Sasaran Tertier yakni para pengambil kebijakan;

Namun pedoman ini menasar pada sasaran sekunder yaitu petugas kesehatan (karyawan puskesmas)

#### **D. RUANG LINGKUP PEDOMAN**

Ruang lingkup penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer di Puskesmas Ambal II meliputi:

1. penguatan promotif dan preventif melalui pendekatan pada setiap fase kehidupan dengan tetap menyelenggarakan kuratif, rehabilitatif dan paliatif;
2. pendekatan pelayanan kesehatan melalui sistem jejaring pelayanan kesehatan primer mulai dari rukun tetangga, rukun warga, dusun, desa, tingkat kecamatan dan
3. penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) melalui digitalisasi dan pemantauan dengan *dashboard* situasi kesehatan per desa/kelurahan, serta kunjungan keluarga/kunjungan rumah.

#### **E. BATASAN OPERASIONAL**

Definisi Batasan oprsinal Penyelenggaran Integrasi layanan Primer Puskesmas Ambal II sebagai berikut :

1. Perencanaan Puskesmas adalah penyusunan rencana kegiatan tingkat puskesmas untuk tahun yang akan datang, penyusunan ini dilakukan secara sistematis dengan tujuan untuk mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
2. Tata Kelola Puskesmas adalah suatu system atau cara maupun proses yang mengatur dan mengendalikan hubungan antara pihak manajemen dan karyawan untuk mencapai Visi Misi Puskemas.
3. Integrasi Pelayanan Primer dilaksanakan di puskesmas, jejaring dan jaringan pelayanan kesehatan primer
4. Integrasi Pelayanan Primer harus didukung dengan sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

#### **F. DASAR HUKUM**

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang undangan.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara;
6. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;
7. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 64 tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden No 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 01.07/ Menkes /2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer;
11. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 11 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2009 Nomor 11, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 22);
12. Peraturan Bupati Nomor 135 Tahun 2021 tanggal 27 Desember 2021 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Serta Tata Kerja Pusat Kesehatan Masyarakat;
13. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen Nomor 360.2/3802 Tahun 2024 tentang Struktur Organisasi Integrasi Layanan Primer Pusat Kesehatan Masyarakat pada Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen;
14. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen Nomor 360.2/3803 Tahun 2024 tentang Penetapan Pusat Kesehatan Masyarakat , Puskesmas Pembantu dan Pos Pelayanan Terpadu Pelaksana Integrasi Layanan Primer Kabupaten Kebumen;
15. Keputusan Kepala Puskesmas Ambal II Nomor 400.7.2.3/KEP/051/IX/2024 tentang Penerapan Integrasi Layanan Primer Pusat Kesehatan Masyarakat Ambal II;
16. Keputusan Kepala Puskesmas Ambal II Nomor 400.7.2.3/KEP/052/IX/2024 tentang Struktur Organisasi Integrasi Layanan Primer Pusat Kesehatan Masyarakat;

**BAB II**  
**STANDAR KETENAGAAN**

**KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA**

Adapun Kualifikasi Sumber Daya Manusia Integrasi Layanan Primer Puskesmas Ambal II

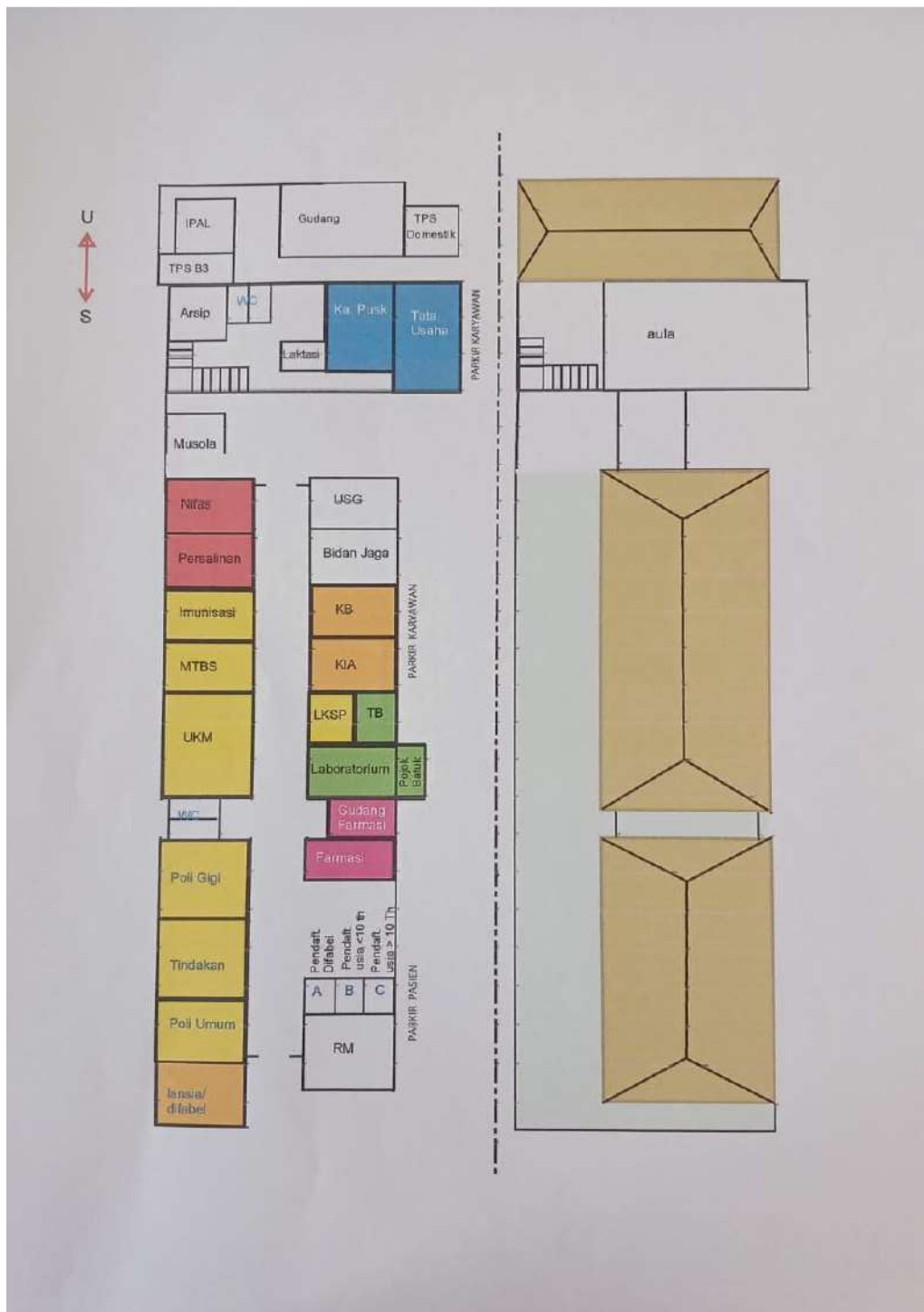
sebagai berikut :

No	Jenis Tenaga	Jumlah	Status
1	Dokter Umum	2	1 PNS / 1 BLUD
2	Dokter gigi	1	PNS
3	Perawat	10	6 PNS/ 1 PPPK / 3 BLUD
4	Bidan	21	18 PNS/ 1 PPPK / 2 BLUD
5	Asisten Apoteker	2	PNS
6	Apoteker	1	PNS
7	Nutrisionis	1	PNS
8	Sanitarian	1	PNS
9	Terapis Gigi dan Mulut	1	PNS
10	Staf Penunjang Administrasi	2	PNS
11	Analisis Kesehatan	2	1 PNS / 1 BLUD
12	Tenaga Promosi Kesehatan	1	BLUD
13	Perekam Medik	1	PNS
14	Staf Administrasi Keuangan	2	BLUD
15	Tenaga Penunjang/ Pendukung Kesehatan	3	BLUD
	Jumlah	51	36 PNS/ 2 PPPK/ 13 BLUD

### BAB III STANDAR FASILITAS

#### A. DENAH RUANG

Untuk memudahkan koordinasi pelaksanaan kegiatan Penyeleenggaraan Integrasi Layanan Primer di Puskesmas Ambal II dengan Denah ruang sebagai berikut :





## B. SARANA DAN PRASARANA

Untuk Mendukung tercapainya penyelenggaraan manajemen puskesmas di butuhkan sarana dan prasarana sebagai berikut .:

PRASARANA	KETERSEDIAAN	JUMLAH/ KAPASITAS	KETERANGAN
<b>Puskesmas Keliling/Ambulans</b>			
Puskesmas Keliling Roda 4			
Puskesmas Keliling Roda 4 Kondisi Baik (Unit)	Ada	1 Unit	Berfungsi
Ambulans Kondisi Baik (Unit)	Ada	1 Unit	Berfungsi
<b>Puskesmas Keliling Roda 2</b>			
Puskesmas Keliling Roda 2 Kondisi Rusak Berat (Unit)	Ada	1 Unit	Tidak berfungsi
Puskesmas Keliling Roda 2 Kondisi Baik (Unit)	Ada	5 Unit	Berfungsi
<b>Penanggulangan Bahaya Kebakaran</b>			
APAR			
Jumlah APAR yang Berfungsi (Unit)	Ada	6 Tabung	Berfungsi
<b>Pengolahan Limbah</b>			
Kerjasama Pengolahan Limbah Kepihak Berijin			
MOU Limbah Padat/B3 (Dokumen)	Ada	1 Dokumen	Berfungsi
MOU Limbah Domestik (Dokumen)	Ada	1 Dokumen	Berfungsi
<b>Sumber Air</b>			
PDAM			
Rata-rata Pemakaian PDAM per Hari (M3/Hari)	Ada	500 liter/hari	Berfungsi
Sumur Bor	Ada	Insidental	Berfungsi
<b>Sumber Listrik</b>			
Listrik PLN			
Daya listrik terpasang (Kapasitas)	Ada	11 KVA (Unit depan) dan 7 KVA (unit belakang)	Berfungsi
<b>Genset</b>			
Jumlah Genset Keseluruhan (Unit)	Ada	1 Unit	Berfungsi

Jumlah genset yang berfungsi (Unit)	Ada	1 Unit	Berfungsi
Jumlah Operator Genset Bersertifikat (Orang)	-	-	-
Total Kapasitas Genset yg Berfungsi (KVA)	Ada	30 KVA	Berfungsi

<b>Jaringan Puskesmas</b>			
<b>Puskesmas Pembantu</b>			
Puskesmas Pembantu Kondisi Baik (Unit)	Ada	1 unit	Berfungsi
Puskesmas Pembantu Kondisi Rusak sedang (Unit)	Ada	1 unit	Berfungsi
<b>Polindes/PKD</b>			
Polindes/PKD kondisi baik (Unit)	Ada	11 unit	Berfungsi
<b>Posyandu</b>			
Posyandu kondisi baik (Unit)		60 unit	Berfungsi
<b>Pendukung Puskesmas</b>			
Rumah Dinas Tenaga Kesehatan	Tidak ada		
<b>Gas dan Vakum Medik</b>			
Tabung Oksigen Kondisi Baik 3 kg (Tabung)	Ada	5 tabung	Berfungsi
Tabung Oksigen Kondisi Baik 12 kg (Tabung)	Ada	3 tabung	Berfungsi
<b>Sistem Telekomunikasi</b>			
<b>Sambungan Saluran Telepon (SST)</b>			
Jumlah SST (unit)	Ada	3 unit	Berfungsi
Jaringan internet (unit)	Ada	1 unit	Berfungsi
Kapasitas Jaringan Internet (MBPS)	Ada	50 MBPS	Berfungsi
<b>Pengkondisian Udara (AC)</b>			
AC split ½ PK (unit)	Ada	4 unit	Berfungsi
AC split 1 PK (unit)	Ada	11 unit	Berfungsi
AC split 1,5 PK (unit)	Ada	2 unit	Berfungsi

## BAB IV

### TATA LAKSANA PENYELENGGARAAN INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (ILP)

Kementerian Kesehatan menggulirkan transformasi sistem kesehatan. Terdapat 6 pilar transformasi sistem kesehatan sebagai penopang kesehatan Indonesia yaitu:

- 1) Transformasi pelayanan kesehatan primer;
- 2) Transformasi pelayanan kesehatan rujukan;
- 3) Transformasi sistem ketahanan kesehatan;
- 4) Transformasi sistem pembiayaan kesehatan;
- 5) Transformasi SDM kesehatan; dan
- 6) Transformasi teknologi kesehatan.

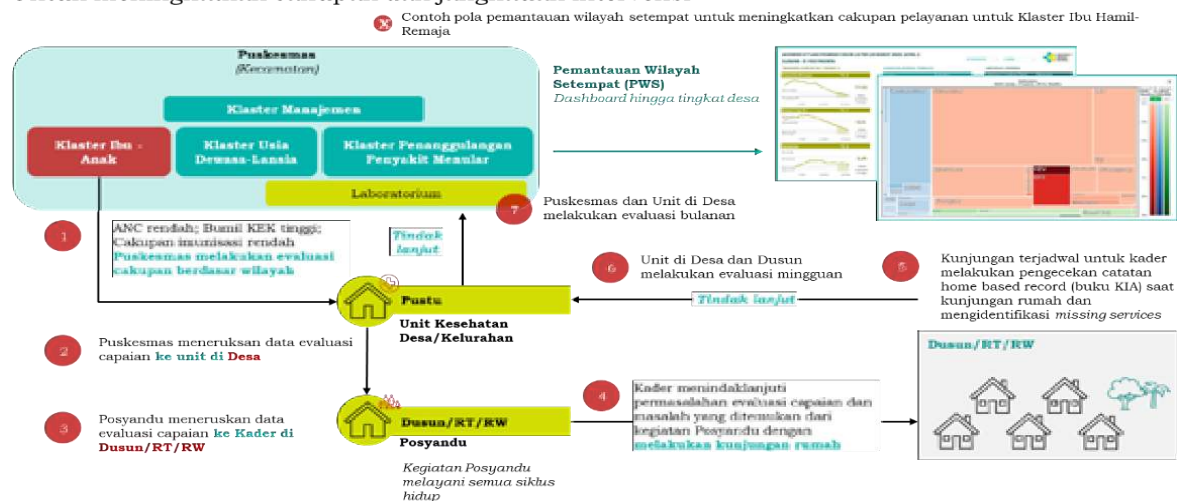
Transformasi pelayanan kesehatan primer dilaksanakan melalui edukasi penduduk, pencegahan primer, pencegahan sekunder dan peningkatan kapasitas serta kapabilitas pelayanan kesehatan primer. Pilar prioritas pertama ini bertujuan menata kembali pelayanan kesehatan primer yang ada, sehingga mampu melayani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

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

Cara kerja baru tersebut terlihat dalam ilustrasi pola kerja berikut :

#### Ilustrasi Pola Kerja Sistem Layanan Kesehatan Primer

Untuk meningkatkan cakupan dan jangkauan intervensi



## A. STRUKTUR INTEGRASI LAYANAN PRIMER DI PUSKESMAS AMBAL II

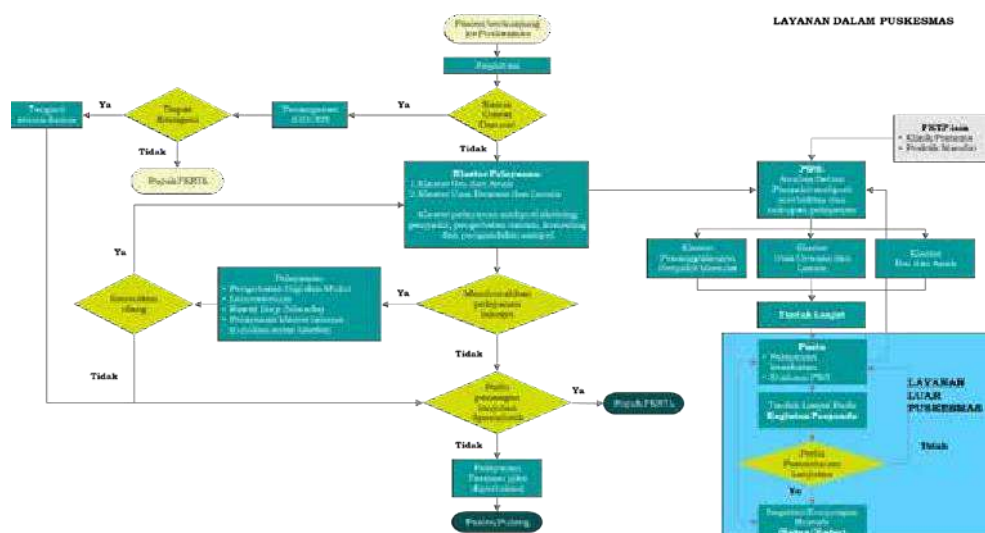
- Cara kerja di puskesmas dilakukan dengan mengoordinasikan pelayanan kesehatan primer berdasarkan siklus hidup dan tidak lagi berbasis program.
- Kepala Puskesmas akan menetapkan pembagian seluruh petugas puskesmas ke dalam klaster-klaster dan menetapkan struktur organisasi puskesmas berdasarkan pembagian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



Tabel 1. Lingkup Kegiatan dan Kompetensi Petugas Puskesmas

No	Klaster	Lingkup Pelayanan/ Kegiatan	Kompetensi PJ dan anggota
1.	Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketatausahaan: kepegawaian, keuangan dan sistem informasi</li> <li>• Manajemen Sumber Daya</li> <li>• Manajemen Puskesmas</li> <li>• Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien</li> <li>• Manajemen Jejaring Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PJ: Kepala Tata Usaha</b></li> <li>• Manajemen data dan sistem informasi</li> <li>• Manajemen keuangan</li> <li>• Manajemen aset</li> <li>• Manajemen sumber daya (SDM, sarpras, obat dan BMHP)</li> <li>• Manajemen program/klaster</li> <li>• Mengoordinir manajemen Puskesmas</li> <li>• Mengoordinir manajemen mutu</li> <li>• Manajemen pemberdayaan masyarakat</li> </ul>

No	Klaster	Lingkup Pelayanan/ Kegiatan	Kompetensi PJ dan anggota
2.	Ibu dan Anak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan bagi ibu hamil, bersalin, nifas</li> <li>Menyelenggarakan pelayanan bagi Kesehatan anak balita dan anak prasekolah</li> <li>Menyelenggarakan pelayanan bagi Kesehatan anak usia sekolah dan remaja</li> </ul>	<p>Mampu memberikan pelayanan, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ANC</li> <li>ibu hamil</li> <li>persalinan normal dan nifas.</li> <li>Neonatal esensial</li> <li>Pelayanan gizi bagi ibu dan anak</li> <li>SDIDTK</li> <li>Imunisasi</li> <li>Skruing penyakit</li> <li>Skruing Kesehatan jiwa</li> <li>MTBS</li> <li>Pengobatan umum</li> <li>Kesehatan gigi dan mulut</li> <li>Komunikasi Antar Pribadi (KAP)</li> <li>Gadar Matneo</li> <li>Perkesmas</li> <li>Skruing Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak</li> </ul>
3.	Usia Dewasa dan Lansia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan bagi usia dewasa</li> <li>Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan bagi lanjut usia</li> </ul>	<p>Mampu memberikan pelayanan, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Skruing penyakit menular</li> <li>Skruing penyakit tidak menular</li> <li>Skruing Kesehatan jiwa</li> <li>Skruing kebugaran jasmani</li> <li>Skruing layak hamil</li> <li>Skruing geriatri</li> <li>Kespro bagi catin</li> <li>KB</li> <li>Pelayanan gizi bagi usia dewasa dan lansia</li> <li>Pengobatan umum</li> <li>Kesehatan gigi dan mulut</li> <li>Kesehatan kerja</li> <li>Komunikasi Antar Pribadi (KAP)</li> <li>Perkesmas</li> <li>Skruing Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak</li> </ul>
No	Klaster	Lingkup Pelayanan/ Kegiatan	Kompetensi PJ dan anggota
4.	Penanggulangan Penyakit Menular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pencegahan, Kewaspadaan Dimidan Respon</li> <li>Pengawasan kualitas lingkungan</li> </ul>	<p>Mampu melakukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Surveilans</li> <li>Penemuan kasus</li> <li>Penyelidikan epidemiologi</li> <li>Pengendalian vector</li> <li><i>Outbreak Respon Immunization (ORI)</i></li> <li>Pelayanan Kesehatan lingkungan</li> <li>Komunikasi Antar Pribadi (KAP)</li> </ul>
5.	Lintas Klaster	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan gawat darurat</li> <li>Pelayanan rawat inap</li> <li>Pelayanan kefarmasian</li> <li>Pelayanan Laboratorium</li> </ul>	<p>Mampu melakukan pelayanan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kegawatdaruratan</li> <li>Rawat inap</li> <li>Kefarmasian</li> <li>Pemeriksaan laboratorium specimen manusia, sampel vector dan reservoir serta sampel lingkungan</li> </ul>



Gambar 3. Alur Pelayanan dan PWS dengan Pendekatan Siklus Hidup

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

## B. INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI PUSKESMAS PEMBANTU

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

## **Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Pustu**

Unit Pelayanan kesehatan di desa yang memberikan pelayanan kesehatan dan mendukung pemberdayaan masyarakat desa

### **C. KLASER MANAJEMEN**

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

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

a. Perencanaan (P1): keterpaduan LP dan LS untuk semua siklus hidup.

Target kinerja disusun masing-masing klaster Puskesmas

b. Penggerakan pelaksanaan (P2): Lokmin membahas pelaksanaan kegiatan dan hasil PWS untuk dirumuskan tindak lanjutnya.

c. Pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3) dilakukan terhadap aspek administratif dan kinerja Puskesmas.

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

pengukuran mutu, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), keselamatan pasien, manajemen risiko, budaya mutu dan keselamatan, keselamatan dan kesehatan kerja (K3), manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK).

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

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

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

### **D. KLASER PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK**

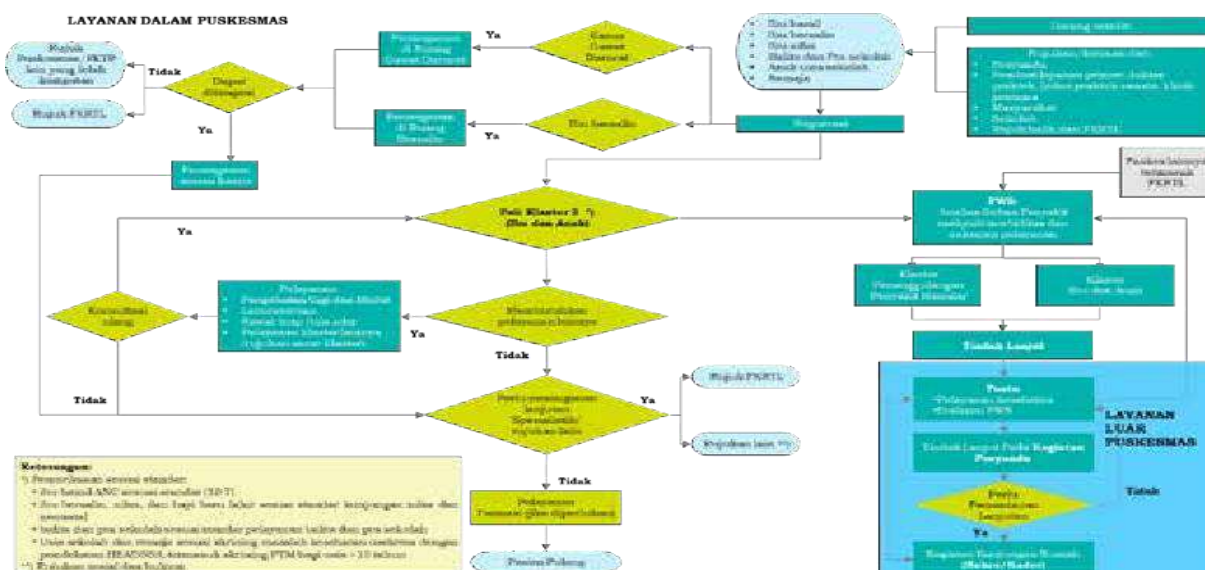
Klaster ini memiliki sasaran intervensi yang terdiri dari 3 kelompok pelayanan yaitu

1) Ibu hamil, bersalin dan nifas;

2) Bawah Lima Tahun (Balita) dan anak pra sekolah serta

3) anak usia sekolah dan remaja,

yang dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan. Untuk dapat melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan maka fokus pelayanan kesehatan menyesuaikan kondisi pertambahan usia pada siklus kehidupan.



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

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

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

#### a. Paket Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

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



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

Gambar 12. Standardisasi Paket Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

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

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

Tabel 4. Paket Pelayanan Kesehatan pada Ibu

Pelayanan Ibu hamil, bersalin dan nifas					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Status Gizi ibu hamil, kehamilan, persalinan dan nifas</li> <li>Beresiko</li> <li>Penyakit Menular</li> </ul>	ANC Terpadu	ANC K1, K2, K3, K4, K5 dan K6 plus USG oleh dokter	ANC K2, K3, K4 dan K6 Ibu hamil normal sudah direkomendasikan oleh dokter		Edukasi, pendataan ibu hamil, deteksi ibu hamil berisiko (4T), pemantauan dan pendampingan sesuai nasihat dokter, konseling KB, sweeping serta edukasi tanda bahaya kehamilan dan rujukan fasyankes sesuai kebutuhan
	Kelas Ibu hamil	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu hamil di Posyandu	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu hamil di Posyandu	Kelas ibu hamil: edukasi tanda bahaya, risiko penyulit kehamilan, senam ibu hamil, sharing session, pemantauan TTD (Zat besi, Asam Folat)	Edukasi menggunakan Buku KIA, mengikuti kelas ibu hamil

Pelayanan Ibu hamil, bersalin dan nifas					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
	Pemberian MT ibu hamil KEK	Pemantauan status gizi dan asupan, edukasi, PMT, monitoring	Edukasi gizi seimbang dan pemberian PMT pemulihan	Edukasi gizi seimbang dan PMT pemulihan	Edukasi gizi seimbang, monitoring PMT, mematuhi nasihat dokter
	Persalinan Normal	Persalinan normal dan penyiapan serta stabilisasi rujukan bila diperlukan		-	-
	Pelayanan Nifas (KF 1-4 dan KN 1-3)	Pelayanan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Pelayanan nifas bagi ibu dan bayi baru lahir kondisi normal termasuk kunjungan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Edukasi ASI Eksklusif, PMBA dan kelas ibu balita	Sweeping, pemantauan kondisi, pendampingan dan pemenuhan layanan esensial sesuai nasihat dokter, edukasi tanda bahaya Ibu dan Bayi baru lahir dan rujukan fasyankes sesuai kebutuhan
Pelayanan Nifas (KF 1-4 dan KN 1-3)	Pelayanan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Pelayanan nifas bagi ibu dan bayi baru lahir kondisi normal termasuk kunjungan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Edukasi ASI Eksklusif, PMBA dan kelas ibu balita	Sweeping, pemantauan kondisi, pendampingan dan pemenuhan layanan esensial sesuai nasihat dokter, edukasi tanda bahaya Ibu dan Bayi baru lahir dan rujukan fasyankes sesuai kebutuhan	
Pelayanan pengobatan	Sesuai tata laksana penyakit didukung oleh penunjang laboratorium	-	-	-	

- a. Pelayanan Antenatal Terpadu/*Antenatal Care* (ANC Terpadu) Pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar (10 T) sebagaimana bagan berikut:

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

Gambar 13. Matriks Pemeriksaan 10T saat ANC Plus USG

Keterangan :

- 1) Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, gluko-protein urin, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B), Malaria (daerah endemis), gula darah sewaktu (pada K3), pemeriksaan TCM atau pemeriksaan Bakteri Tahan Asam (BTA) jika TCM tidak bisa dilakukan, pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui ada tidaknya pembawa penyakit talasemia.
- 2) ANC dilakukan minimal 6 kali dengan distribusi waktu:
  - a) Satukali pada trimester ke-1 (0-12 minggu)
  - b) Duakali pada trimester ke-2 (> 12 minggu- 24 minggu), dan
  - c) Tigakali pada trimester ke-3 (> 24 minggu sampai kelahirannya)
- 3) Ibu hamil harus kontak dengan dokter minimal 2 kali, yaitu 1 kali di trimester ke-1 (K1) dan 1 kali di trimester ke-3 (K5). Pelayanan ANC oleh dokter termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG).
- 4) Ibu hamil diharapkan mencapai status imunisasi T5 yang ditentukan melalui skrining status imunisasi Tetanus (status T). Jika status imunisasi Tetanus belum lengkap, maka ibu hamil harus melengkapi status imunisasinya di Puskesmas atau fasyankes lainnya sesuai interval pemberian.
- 5) Pada setiap kunjungan ANC ibu hamil dilakukan skrining TBC dengan wawancara (anamnesis) gejala dan tanda TBC. Apabila hasil skrining TBC positif dilanjutkan dengan pemberian edukasi hasil skrining dan pemeriksaan sputum/dahak dengan pemeriksaan bakteriologis menggunakan TCM atau pemeriksaan mikroskopis (untuk faskes yang belum memiliki akses TCM). Apabila hasil skrining TBC negatif maka dilakukan observasi sampai jadwal ANC berikut.
- 6) Ibu hamil terduga TBC atau ibu hamil dengan TBC wajib memakai masker bedah untuk melindungi lingkungan sekitarnya dari droplet. Petugas kesehatan perlu menggunakan masker N95 jika bersama pasien TBC Resisten Obat (RO), sedangkan ketika berhadapan dengan pasien TBC Sensitif Obat (SO) wajib menggunakan masker bedah.
- 7) ANC ibu hamil terduga maupun terkonfirmasi TBC dilakukan di ruang terpisah dengan ibu hamil sehat, jika tidak memungkinkan dapat dimodifikasi dengan pengaturan jadwal kunjungan ke Puskesmas
- 8) Pada setiap kunjungan ANC ibu hamil dilakukan skrining HIV, Sifilis dan Hepatitis B dengan wawancara (anamnesis) terkait dengan faktor risiko. Apabila hasil skrining HIV positif, sifilis dan dilanjutkan dengan pemberian edukasi dan diarahkan agar lanjut diagnostik di layanan PDP untuk mendapatkan tatalaksana HIV dan Sifilis. Untuk tatalaksana Hepatitis B dirujuk ke FKRTL (Sp. Penyakit Dalam). Apabila tes laboratorium tidak dapat dilakukan saat kunjungan, petugas menjadwalkan untuk tes laboratorium pada saat kunjungan berikutnya.

- 9) Di daerah endemis tinggi malaria (API>5%) pada kunjungan pertama ANC ibu hamil dilakukan skrining malaria dengan melakukan pemeriksaan darah malaria (secara mikroskopis ataupun dengan RDT). Apabila hasil skrining malaria positif maka dilanjutkan dengan pemberian pengobatan sesuai pedoman nasional dan pemberian edukasi. Untuk hasil skrining malaria negatif maka dilanjutkan dengan pemberian edukasi pencegahan terhadap penularan malaria.
- 10) Ibu hamil berkontak dengan dokter gigi minimal 1 kali yaitu pada trimester ke-1 (K1) untuk mendapatkan edukasi kesehatan gigi dan mulut ibu hamil, skrining dan saran penatalaksanaan sesuai kondisi gigi dan mulut pada trimester ke-2. Jika kondisi tidak ada dokter gigi, tenaga kesehatan lain dapat memberikan edukasi terkait risiko kesehatan gigi pada ibu hamil dan pemeliharaan kesehatan gigi pada saat memberikan pelayanan K1.
- 11) Petugas perlu melakukan deteksi dini potensi bahaya di tempat kerja yang berisiko untuk kehamilan (posisi kerja, proses kerja, bahan, alat dan lingkungan kerja yang berisiko untuk kehamilan) pada saat melakukan ANC pada ibu hamil pekerja.
- 12) Apabila pada pelayanan ANC pertama bagi ibu hamil ditemukan ibu memiliki risiko, ANC selanjutnya dapat dilakukan di rumah sakit sesuai dengan rekomendasi hasil ANC pertama.
- 13) Pelaksanaan ANC setelah K1 mengacu rekomendasi hasil pemeriksaan dokter pada K1. ANC diluar jadwal pemeriksaan oleh dokter (selain K1 dan K5), dapat dilaksanakan oleh bidan di Puskesmas atau di Pustu.
- 14) Kader dapat berperan melakukan pendataan ibu hamil, deteksi ibu hamil berisiko, pemantauan dan pendampingan ibu hamil, sweeping, edukasi tanda bahaya kehamilan, dan edukasi lainnya tentang kehamilan pada saat hari buka Posyandu, kunjungan rumah, dan saat pelaksanaan kelas ibu hamil.
- 15) Pemberian edukasi kepada ibu hamil mengacu pada informasi pada buku Kesehatan

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

Ibu dan Anak (Buku KIA).

b. Kelas Ibu Hamil

- 1) Kelas ibu hamil adalah kelompok ibu hamil (maksimal 10 orang) yang belajar bersama, berdiskusi dan bertukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) dengan menggunakan buku KIA.
- 2) Ibu hamil diharapkan mengikuti kelas ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan 1 kali pertemuan ditemani oleh suami atau keluarga.
- 3) Agenda kegiatan kelas ibu hamil disesuaikan dengan kebutuhan yang dapat mempertimbangkan usia kehamilan ibu, meliputi pemberian edukasi, aktifitas fisik/senam hamil, dan konseling.
- 4) Pemberian edukasi umumnya menggunakan media berupa lembar balik, buku KIA, leaflet, poster, video, *food model*, dan *powerpoint*.
- 5) Aktifitas fisik pada ibu hamil dengan umur kehamilan <20 minggu seperti *stretching*, latihan fisik ringan seperti jalan kaki 3x/minggu selama 5-10 menit dan *kegel exercise*. Sedangkan senam hamil dilakukan oleh pada ibu hamil dengan umur kehamilan 20-32 minggu.
- 6) Konseling dilakukan sesuai kebutuhan ibu hamil, dapat memanfaatkan kesempatan saat tenaga kesehatan kontak atau bertemu dengan ibu hamil (K1 sampai K6 dan kelas ibu hamil).
- 7) Kelas ibu hamil dapat dilakukan dimana saja seperti di Puskesmas, Pustu, Posyandu, balai desa bahkan di rumah warga.

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

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

d. Persalinan Normal

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

e. Pelayanan Pasca Persalinan (Nifas)

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

 Pemeriksaan dilakukan    
  Pemeriksaan dilakukan sesuai indikasi    
  Pemeriksaan tidak dilakukan

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

- 3) Pelayanan nifas pada KF1 – KF4 dapat dilihat pada bagan berikut ini:

Gambar 14. Matriks Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

- 4) Pemberian edukasi sebagai bagian pelayanan ibu nifas meliputi:
  - a) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah- buahan.
  - b) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
  - c) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
  - d) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
  - e) Melakukan aktivitas fisik pasca melahirkan dengan intensitas ringan sampai sedang selama 30 menit, frekuensi 3 - 5 kali dalam seminggu.
  - f) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi. Latihan fisik dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan pasca melahirkan.
  - g) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
  - h) Perawatan bayi yang benar serta stimulasi komunikasi sedini mungkin
  - i) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.
- 5) Pelayanan nifas dilakukan terintegrasi yaitu pelayanan kebidanan dan KB pasca salin terintegrasi dengan program-program lain, seperti program gizi, penyakit menular (HIV, Sifilis, Hepatitis B, TBC), penyakit tidak menular, imunisasi, kesehatan jiwa, termasuk deteksi terhadap ada tidaknya tanda-tanda kekerasan pada ibu nifas dan lain lain.

- 6) Kader saat kunjungan rumah melakukan pendataan ibu nifas, sweeping ibu nifas yang belum mendapatkan pelayanan nifas, memiliki tanda bahaya, dan beresiko menularkan penyakit kepada bayinya serta pemberian edukasi terkait perawatan bayi di rumah, pemberian ASI eksklusif serta perencanaan KB.

#### 4. Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Pra Sekolah

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

Tabel 5. Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Pra Sekolah

Pelayanan balita dan anak pra sekolah					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Status gizi</li> <li>• Tumbuh kembang</li> <li>• Penyakit Menular</li> </ul>	Pelayanan neonatal esensial	Kunjungan Neonatal Dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Edukasi perawatan neonatal Termasuk pemberian ASI eksklusif dan konseling	Kunjungan Neonatal dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Edukasi perawatan neonatal termasuk pemberian ASI eksklusif dan konseling	Kunjungan Neonatal dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Edukasi perawatan neonatal termasuk pemberian ASI eksklusif dan konseling	Edukasi perawatan neonatal, tanda bahaya, dan pemberian ASI eksklusif, sweeping.
	Kelas Ibu Balita	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu Balita	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu Balita	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu Balita	Mengajak partisipasi ibu untuk mengikuti kelas ibu balita dan terlibat dalam pelaksanaan kelas ibu balita.
	Pelayanan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	Pemantauan Dan Perawatan	Pemantauan	Pemantauan	Pendampingan dalam perawatan sesuai Buku KIA Khusus Bayi Kecil

	Pengambilan sampel SHK	Pengambilan dan pengiriman sampel SHK	-	-	-
	Pemantauan tumbuh kembang	Timbang BB, Ukur PB atau TB, LiLA, LK, SDIDTK, penentuan status gizi	Timbang BB, Ukur PB/TB, LiLA, LK, SDIDTK, penentuan status gizi	Timbang BB, Ukur PB/TB, LiLA, LK, ceklis perkembangan, rujukan	Sweeping, pemantauan dan edukasi tumbuh kembang

Pelayanan balita dan anak pra sekolah					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
	Imunisasi Rutin Lengkap	Edukasi dan layanan Imunisasi rutin lengkap	Edukasi dan layanan Imunisasi rutin lengkap	Edukasi dan layanan Imunisasi rutin lengkap	DOFU dan edukasi Imunisasi rutin lengkap
	Vitamin A dan Obat Cacing	Pemberian Vitamin A dan obat Cacing	Pemberian Vitamin A dan obat cacing	Pemberian Vitamin A dan obat cacing	Sweeping dan edukasi Vitamin A dan Obat Cacing
	Pelayanan balita dengan masalah gizi (weight faltering), underweight, gizi kurang, gizi buruk dan stunting	Pencegahan dan tatalaksana balita bermasalah gizi (rawat inap / rawat jalan), merujuk ke FKRTL bagi balita bermasalah gizi	Pencegahan dan Tatalaksana balita bermasalah gizi (rawat inap / rawat jalan), merujuk ke FKRTL bagi balita bermasalah gizi	Pendampingan dan rujukan balita bermasalah gizi, Edukasi PMBA dan pemberian MT	Edukasi PMBA dan monitoring, rujukan, sweeping
	Pelayanan pengobatan dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	MTBS	MTBS	-	Edukasi, tanda bahaya, dan kunjungan rumah pada balita tidak melakukan kunjungan ulang, edukasi dan tanda bahaya



	Skrining kasus TBC balita	Gejala TBC, edukasi gaya hidup sehat dan lingkungan Sehat	Gejala TBC	Gejala TBC	Gejala TBC, edukasi gaya hidup sehat dan lingkungan sehat
	Skrining Talasemia	Anamnesis keluarga pasien	Anamnesis keluarga pasien		

### 1. Pelayanan Neonatal Esensial:

Pelayanan kesehatan pada neonatal mengacu pada Buku KIA adalah sebagai berikut:

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

Gambar 15. Matriks Pemeriksaan Kesehatan Bayi Baru Lahir

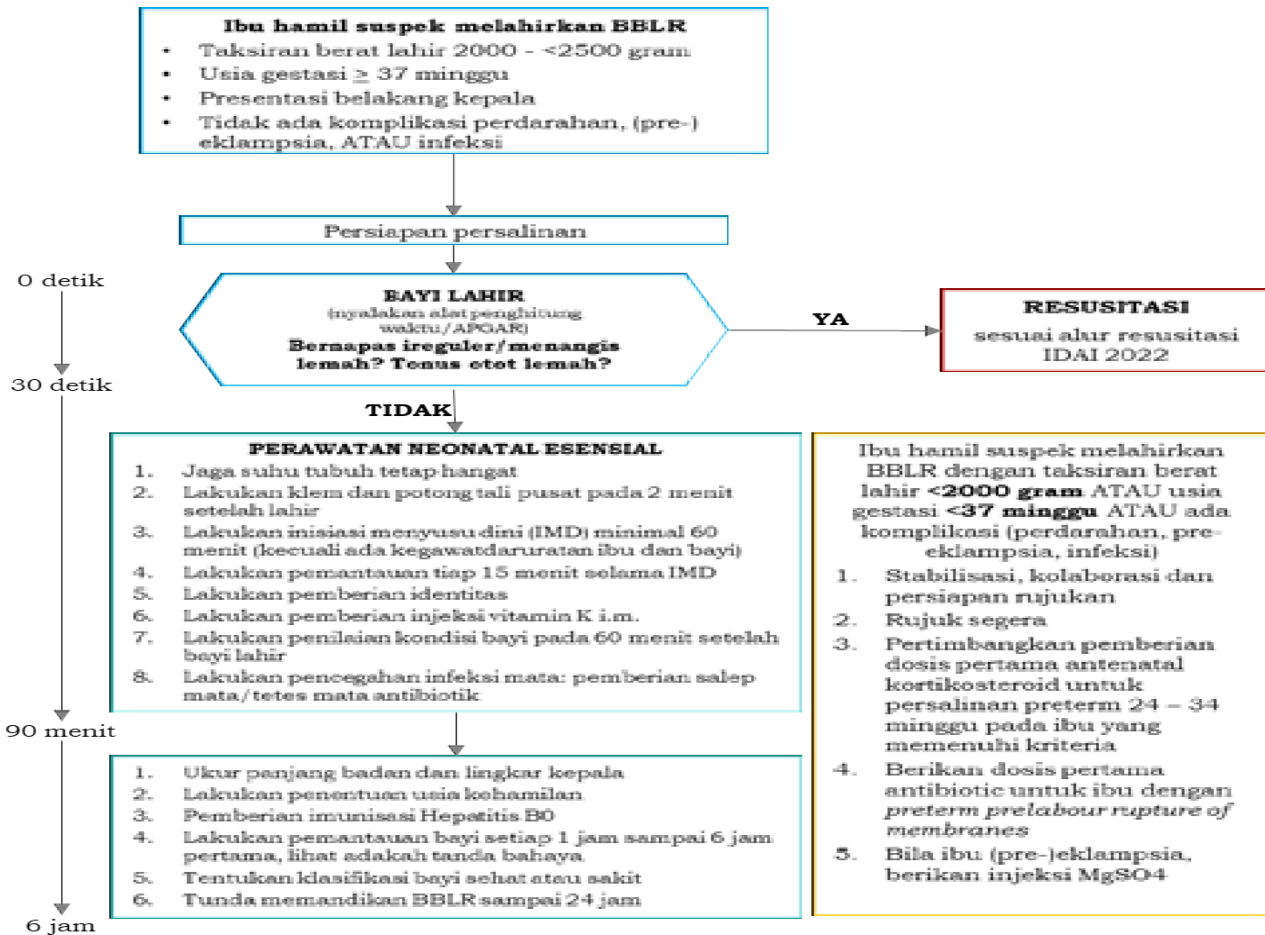
- a. Setiap bayi baru lahir harus mendapatkan kunjungan neonatal lengkap (KN lengkap) sebanyak 3 kali sesuai periode waktu tersebut di atas.
  - b. Pelayanan neonatal esensial dilakukan terintegrasi dengan Kunjungan Nifas (KF 1 s.d KF 4) di Puskesmas, Pustu atau kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan.
  - c. Kader saat kunjungan rumah melakukan pendataan bayi baru lahir, sweeping bayi baru lahir yang belum mendapatkan pelayanan kunjungan neonatal dan yang memiliki tanda bahaya serta pemberian edukasi seperti tanda bahaya, imunisasi dan pemberian ASI eksklusif.
- ### 2. Kelas Ibu Balita
- a. Kelas Ibu Balita adalah kelas dimana para ibu yang mempunyai anak berusia antara 0 sampai 5 tahun secara bersama-sama berdiskusi, tukar pendapat, tukar pengalaman akan pemenuhan pelayanan kesehatan, gizi dan stimulasi pertumbuhan dan perkembangannya dibimbing oleh fasilitator dengan menggunakan Buku KIA.
  - b. Peserta Kelas Ibu Balita adalah ibu yang mempunyai anak usia antara 0 – 5 tahun dengan pengelompokan 0-1 tahun, 1-2 tahun, 2-5 tahun. Peserta kelas ibu paling banyak 15 orang. Proses belajar dibantu oleh seorang fasilitator yang memahami bagaimana teknis pelaksanaan Kelas Ibu Balita.
  - c. Fasilitator Kelas Ibu Balita adalah bidan/perawat/tenaga kesehatan lainnya yang telah mendapat pelatihan fasilitator Kelas Ibu Balita atau melalui *on the job training*.

- d. Kelas Ibu Balita dapat dilaksanakan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu
  - e. Kader mendukung pelaksanaan kelas ibu balita dengan mengajak partisipasi ibu di lingkungan tempat tinggalnya untuk mengikuti kelas ibu balita dan terlibat dalam pelaksanaan kelas ibu balita.
5. Pelayanan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
- a. Bayi Berat Lahir Rendah adalah bayi dengan berat lahir di bawah 2500 gram.
  - b. Pelayanan BBLR hanya dapat dilaksanakan di Puskesmas mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) untuk kasus BBLR stabil (aterm dan APGAR Score 10) dengan berat badan lahir di atas 2000 gram dan tanpa penyulit, presentasi belakang kepala, janin tunggal dan tidak terdapat komplikasi pada ibu (perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi)
  - c. BBLR dengan berat badan lahir di bawah 2000 gram harus dirujuk ke Rumah Sakit/FKRTL dengan kemampuan perawatan BBLR komprehensif yang sesuai.
  - d. Puskesmas yang tidak mampu PONED segera merujuk BBLR ke Rumah Sakit/FKRTL setelah dilakukan resusitasi dan stabilisasi neonatus.
  - e. Pelayanan BBLR mencakup perawatan dan pemantauan BBLR, yang terdiri dari :
    - 1) Penilaian bayi baru lahir

Tabel 6. Penilaian Bayi Baru Lahir

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

- 2) Manajemen BBLR saat dan setelah lahir meliputi



- Tata laksana BBLR saat lahir

Gambar 16. Alur Perawatan BBLR saat lahir

- Resusitasi pada BBLR (jika diperlukan)
- Perawatan Neonatal Esensial pada BBLR stabil

Pada BBLR dengan berat lahir 2000 - <2500 gram yang dinyatakan sehat, lanjutkan perawatan neonatal esensial, mencakup:

- (a) Pemberian identitas bayi
  - (b) Lakukan pencegahan infeksi (pemberian salep mata/tetes mata antibiotik, perawatan tali pusat)
  - (c) Pengukuran panjang badan dan lingkar kepala
  - (d) Berikan imunisasi Hb0 intramuskuler. Jika bayi dilahirkan dari ibu positif hepatitis B, berikan injeksi HbIg
  - (e) Lakukan PMK
  - (f) Ajari dan berikan dukungan bagi ibu untuk menyusui
- 3) Manajemen Laktasi
  - 4) Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan BBLR
  - 6) Tenaga kesehatan terlatih PONEB harus mampu mengenali masalah yang didapat, tanda bahaya, penatalaksanaan kegawatdaruratan, stabilisasi pra rujukan dan rujukan, merawat serta memantau pertumbuhan dan perkembangan BBLR yang benar.
  - 7) Kriteria pemulangan BBLR dari Puskesmas mampu PONEB:
    - a) Keadaan umum baik
    - b) Suhu tubuh dalam rentang normal tanpa bantuan alat
    - c) Berat badan tidak turun lebih dari 10% dari berat lahir
    - d) Mampu minum melalui mulut

- e) Ibu/orangtua 'mampu' merawat BBLR
- f) Sudah buang air kecil (BAK) dan keluar mekonium atau buang air besar (BAB)
- 8) Tenaga kesehatan di Pustu dapat melakukan pemantauan kondisi umum BBLR yang sudah dipulangkan dari Puskesmas sampai BB bayi > 2500 gram sesuai Pedoman Manajemen BBLR di FKTP.
- 9) Pemantauan kondisi BBLR mengacu Buku KIA Khusus Bayi Kecil.
- 10) Kader melakukan kunjungan rumah dan mendampingi ibu dalam perawatan BBLR sesuai Buku KIA Khusus Bayi Kecil.

## 2. Pengambilan dan Pengiriman Sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)

- a. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) ditujukan untuk mendeteksi kelainan hipotiroid kongenital, sehingga dapat diberikan tata laksana sedini mungkin untuk mencegah terjadinya gangguan pertumbuhan dan retardasi mental pada bayi baru lahir.
- b. Puskesmas dan FKTP lain yang menyelenggarakan pelayanan persalinan melakukan pengambilan sampel SHK paling ideal adalah ketika bayi berumur 48 - 72 jam, selanjutnya dikirim ke laboratorium rujukan.
- c. Untuk meningkatkan cakupan SHK, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota perlu bekerja sama dengan FKTP lainnya yang melakukan pertolongan persalinan untuk melakukan pengambilan spesimen darah bayi baru lahir pada hari ketiga. FKTP tersebut kemudian mengirimkan spesimen darah ke laboratorium yang sudah ditentukan untuk pemeriksaan SHK.

## 3. Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan

- a. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dilakukan di Posyandu, Pustu, dan Puskesmas

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

Gambar 17. Matriks Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan

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

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

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

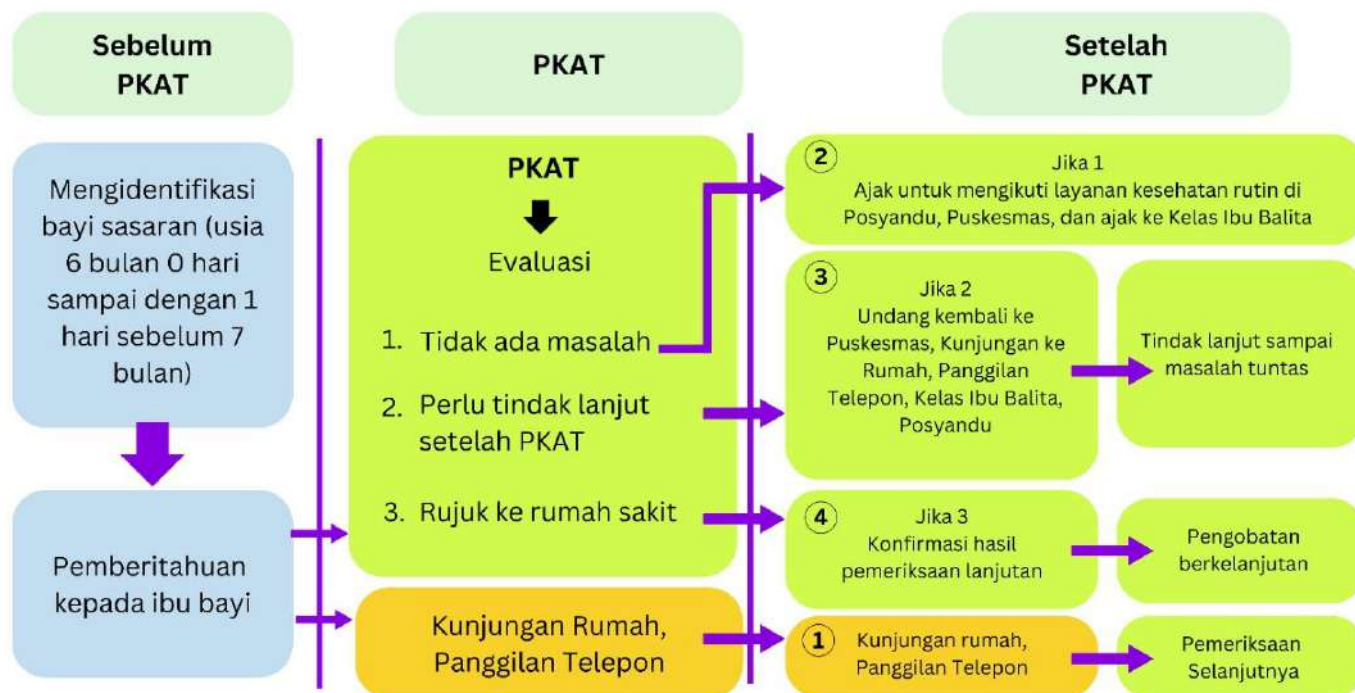
- 2) Tempat Pelaksanaan: Puskesmas/Pustu sesuai dengan kondisi masing-masing.
- 3) Tenaga yang terlibat dalam PKAT adalah perawat, bidan, dokter/ dokter spesialis anak, ahli gizi, psikolog, dan kader.

Tahapan PKAT:



Gambar 18. Tahapan PKAT

#### 4) Alur Operasional PKAT dan Tindak Lanjut



Gambar 19. Alur Operasional PKAT dan tindak lanjut



Gambar 20. Alur Tindak Lanjut Setelah PKAT

## 4. Imunisasi rutin lengkap

Layanan imunisasi rutin lengkap pada balita diberikan dengan jadwal berikut:

## 1) Imunisasi dasar bagi Bayi

Tabel 7. Imunisasi dasar bagi Bayi

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

\*) untuk jenis imunisasi yang sama

\*\*\*) untuk daerah endemis

## 2) Imunisasi Lanjutan bagi Baduta Tabel9. Imunisasi

## Lanjutan bagi Baduta

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

\*\*\*) setelah imunisasi dasar

## 2) Bidan/perawat di Puskesmas, Pustu dan kegiatan Posyandu melaksanakan imunisasi dan hasilnya dicatat dan dipantau pada tabel imunisasi dalam buku KIA dan

rekam medis serta pada aplikasi ASIK.

- 3) Kader melalui kunjungan rumah melaksanakan *Drop Out Follow Up* (DOFU) bagi anak yang tidak datang dan edukasi imunisasi rutin lengkap.
5. Pemberian Vitamin A dan obat cacing
    - a. Pemberian vitamin A untuk bayi (6-11 bulan) dan Anak Balita (12-59 bulan) dilakukan secara serentak pada bulan Februari dan Agustus (Bulan Penimbangan/Bulan Vitamin A).
    - b. Balita diberikan obat cacing minimal 1 kali tiap tahun yaitu di saat yang sama pada bulan Agustus setelah pemberian vitamin A.
    - c. Vitamin A dan obat cacing diberikan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu oleh tenaga kesehatan dan kader. Selain itu, pemberian vitamin A dan obat cacing juga dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan lain dan fasilitas lain seperti taman kanak-kanak, Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), kelompok bermain dan tempat penitipan anak.
    - d. Suplementasi vitamin A juga diberikan pada KLB campak dan situasi bencana untuk meningkatkan imunitas balita.
    - e. Petugas yang memberikan vitamin A dan obat cacing melakukan pencatatan pelayanan di Buku KIA dan sistem informasi Puskesmas.
    - f. Kader saat kunjungan rumah melakukan *sweeping* balita sasaran yang belum menerima vitamin A dan obat cacing melalui informasi di Buku KIA.
  6. Pencegahan, deteksi dini, tatalaksana dan rujukan balita *weight faltering*, *underweight*, gizi kurang, gizi buruk dan *stunting*
    - a. Pencegahan
      - 1) Deteksi dini sebagai upaya awal pencegahan dilakukan melalui identifikasi tanda dan gejala kasus balita *weight faltering*, *underweight*, gizi kurang, gizi buruk dan *stunting* dari hasil pemantauan tumbuh kembang di Puskesmas, Pustu, Posyandu atau kegiatan masyarakat lainnya.
      - 2) Edukasi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)
        - Edukasi PMBA dilakukan di posyandu, Pustu maupun puskesmas. Edukasi tersebut dapat dilakukan melalui konseling (per individu) maupun penyuluhan (sasaran berkelompok).
        - Pelaksanaan Edukasi PMBA dilakukan oleh kader yang telah terorientasi PMBA. Kader dapat berperan sebagai edukator maupun motivator. Di Pustu dan/atau Puskesmas dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan (tenaga gizi/bidan/perawat) terlatih PMBA.
        - Materi edukasi PMBA terkait dengan standar emas yang meliputi:
          - (a) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir
          - (b) Pemberian ASI eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan
          - (c) Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI) mulai usia 6 bulan
          - (d) Melanjutkan pemberian ASI sampai anak berusia 2 tahun atau lebih
        - Tenaga kesehatan di puskesmas selain bertugas dalam pelaksanaan edukasi PMBA juga melakukan pembinaan dan peningkatan kapasitas kader (orientasi) serta melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan edukasi PMBA di posyandu

- 2) Tatalaksana dan rujukan
  - a) Tatalaksana masalah gizi balita dilakukan secara komprehensif oleh tim yang terdiri atas dokter, tenaga gizi dan tenaga kesehatan lainnya di klaster 2 Puskesmas.
  - b) Penanganan di Puskesmas oleh tenaga pengelola gizi/bidan/ perawat melibatkan dokter untuk mencari etiologi masalah gizi (kurangnya asupan, masalah absorpsi dan peningkatan kebutuhan karena penyakit).
  - c) Tata laksana *weight faltering*/gagal tumbuh, *underweight*, gizi kurang, gizi buruk dan stunting mengacu pada Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita, Protokol Tata Laksana Masalah Gizi, Kepmenkes HK.01.07/ MENKES/1928/2022 tentang PNPk Tata Laksana Stunting serta Pedoman SDIDTK.
  - d) Petugas Puskesmas melakukan rujukan balita dengan masalah gizi ke rumah sakit untuk mendapat penanganan secara komprehensif oleh dokter spesialis anak, bila ditemukan:
    - (1) balita *stunting*
    - (2) ditemukan tanda bahaya (*red flags*) penyebab potensial perlambatan pertumbuhan
    - (3) Semua kasus gizi buruk pada bayi usia <6 bulan dan balita  $\geq$ 6 bulan dengan Berat Badan < 4 kg
    - (4) Kasus gizi buruk dengan komplikasi medis (memerlukan rawat inap).
    - (5) Tidak menunjukkan perbaikan yang adekuat setelah tata laksana selama 1 minggu untuk kasus *weight faltering*, gizi kurang dan gizi buruk.
    - (6) Perkembangan menunjukkan hasil meragukan atau menyimpang
  - e) Kader bersama tenaga kesehatan saat kunjungan rumah melaksanakan *sweeping* balita bermasalah gizi dan monitoring perkembangan tata laksana balita bermasalah gizi.



**Red Flags:**

Asupan kalori yang tidak adekuat:

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

Absorpsi yang tidak adekuat

- 9) Anemia, defisiensi besi
- 10) Atresia bilier
- 11) Penyakit celiac
  
- 12) Gangguan gastrointestinal kronis (misal irritable bowel syndrome),
- 13) infeksi
- 14) Fibrosis kistik
- 15) Kelainan metabolisme bawaan
- 16) Alergi susu sapi
- 17) Kolestasis, penyakit hati Peningkatan metabolisme:
- 18) Infeksi kronik (HIV-AIDS, tuberkulosis)
- 19) Kelainan jantung bawaan
- 20) Penyakit paru kronik (pada bayi dengan riwayat prematur)
- 21) Keganasan
- 22) Gagal ginjal
- 23) Hipertiroid

Gambar 21. *Red Flags* Penyebab potensial perlambatan pertumbuhan

## 7. Pelayanan pengobatan dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Tabel 10. Interpretasi dan Tindak Lanjut Hasil Skrining TBC

No	Interpretasi	Definisi Operasional	Tindak Lanjut
1	Terduga TBC	minimal satu gejala dan atau tanda yang ditemukan saat wawancara skrining gejala TBC	<p>a) apabila dapat mengeluarkan dahak, diperiksa Tes Cepat Molekuler (TCM) di Puskesmas. Pengambilan spesimen dahak/sputum 2 kali (Sewaktu-Pagi atau Sewaktu-sewaktu dengan jarak minimal 1 jam) di Pustu, kemudian dikemas dan dikirim ke Puskesmas.</p> <p>b) Jika mengalami kendala mengakses layanan TCM berupa kesulitan transportasi, jarak dan kendala geografis maka penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis BTA sputum, namun tetap harus dilakukan pemeriksaan lanjutan menggunakan TCM untuk mengetahui apakah merupakan TBC sensitive atau resisten. Dinas kesehatan mengatur jejaring rujukan spesimen ke fasyankes TCM terdekat</p> <p>c) Jika kesulitan mendapatkan dahak, penegakan diagnosis TBC klinis menggunakan sistem skoring</p>
2	Bukan terduga TBC	tidak terdapat gejala dan atau tanda yang ditemukan saat wawancara skrining gejala TBC	edukasi pencegahan TBC dan PHBS
3	Kontak erat	orang yang tidak tinggal serumah, tetapi sering bertemu dengan kasus indeks (terkonfirmasi bakteriologis positif dalam waktu yang cukup lama, yang intensitas pajanan/berkontakannya hampir sama dengan kontak serumah. Misalnya : orang yang berada pada ruangan/lingkungan yang sama (tempat kerja, ruang pertemuan, fasilitas umum, rumah sakit, sekolah, tempat penitipan anak) dalam waktu yang cukup lama dengan kasus indeks, dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks minum OAT	<p>a) Kontak erat yang ditemukan saat skrining pada kunjungan rumah atau posyandu, apabila hasil skrining menunjukkan tanpa gejala, maka segera dirujuk ke Puskesmas.</p> <p>b) Puskesmas melakukan observasi dan pemeriksaan TBC laten dengan tes Tuberculin untuk menilai kelayakan pemberian TPT.</p> <p>c) Apabila dalam perjalanannya menunjukkan gejala TBC, harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk menentukan ada tidaknya TBC pada anak tersebut.</p>

## a. Sistem Skoring TBC

Tabel 11. Sistem skoring diagnosis TBC Anak

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

## i. Kesimpulan dari hasil skoring:

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

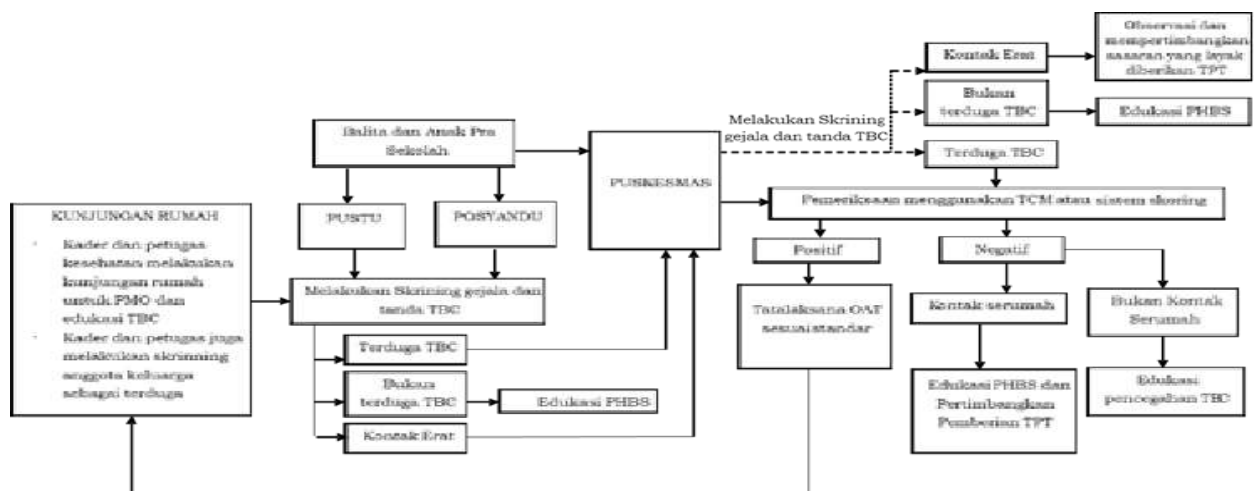
## ii. Parameter Sistem Skoring:

1. Kontak dengan pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis skor 3 bila ada bukti tertulis hasil labotarium TCM dari sumber penularan yang bisa diperoleh dari TB 01 atau dari hasil laboratorium.

## 2. Penentuan status gizi:

- Berat badan dan panjang/tinggi badan dinilai saat pasien datang (moment opname).
- Dilakukan dengan parameter BB/TB atau BB/U. Penentuan status gizi untuk anak usia  $\leq 6$  tahun merujuk pada buku KIA Kemenkes 2016, sedangkan untuk anak usia  $>6$  tahun merujuk pada standar WHO 2005 yaitu grafik IMT/U.
- Bila BB kurang, diberikan upaya perbaikan gizi dan dievaluasi selama 1-2 bulan.
- Untuk menghindari pasien TBC yang mangkir atau *loss to follow up* maka kader dan tenaga kesehatan melaksanakan kunjungan rumah pada balita sakit yang tidak melakukan kunjungan ulang sesuai anjuran.

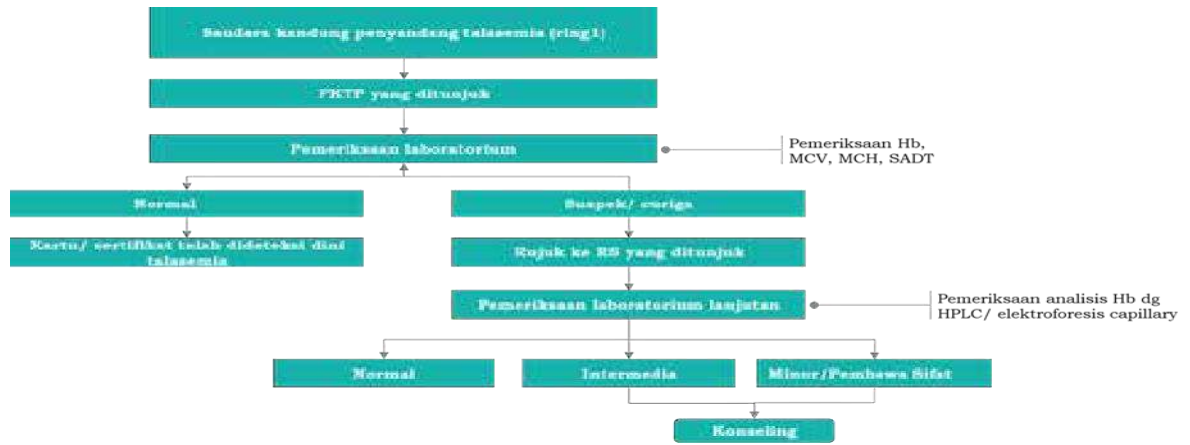
## b. Berikut alur layanan TBC pada Balita dan Anak Pra Sekolah:



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

## 8. Skrining Talasemia

- Sasaran skrining adalah semua bayi berusia 2 tahun keatas yang memiliki saudara kandung penyandang talasemia (keluarga ring 1) atau ada riwayat keluarga dengan transfusi darah rutin.
- Pemeriksaan yang dilakukan di FKTP adalah periksa darah rutin dan sediaan hapus darah tepi. Bila hasilnya di curigai Talasemia maka akan dilakukan rujukan sampel.
- Skrining dapat dilakukan di Pustu dan Puskesmas dengan anamnesis kepada keluarga pasien, apakah punya saudara dan/ atau anak penyandang Talasemia?, apakah ada keluarga yang rutin melakukan transfusi darah? Bila ya, maka lakukan pemeriksaan darah lengkap yang minimal mencakup pemeriksaan Hb, MCV dan MCH, serta membuat sediaan apus darah tepi.
- Metode pengambilan sampel darah Sampel darah dibagi menjadi 2 tabung, tabung pertama diperiksa dengan *hematologi analyzer* dan tabung kedua untuk rujukan ke FKRTL pada hari yang sama jika hasil pemeriksaan tabung pertama dicurigai talasemia.



Gambar 23. Alur Skrining Talasemia

## ii. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

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

Tabel 12. Paket Pelayanan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Pelayanan anak Usia Sekolah dan Remaja					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
Status gizi (termasuk anemia remaja) karies gigi, penglihatan, pendengaran, perilaku berisiko, penyakit menular, mental emosional, rokok & NAPZA,	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di dalam gedung				
	1. Skrining Kesehatan dan Imunisasi Anak Usia Sekolah dan Remaja				
	Skrining Anemia	Anamnesis, Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan	Anamnesis, Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan		
	Skrining TBC	Gejala TBC	Gejala TBC		Gejala TBC, edukasi
	Skrining Malaria	Anamnesis, Pemeriksaan darah malaria	Anamnesis, Pemeriksaan darah malaria	Anamnesis, Pemeriksaan darah malaria	Gejala klinis (demam, menggigil, dll) dan adanya riwayat berkunjung ke daerah endemis malaria
	Skrining HIV	Pemeriksaan Rapid RO untuk melihat hasil positif atau negatif. Jika positif, pemeriksaan R1, dan R3 di Puskesmas RS PDP			
Skrining	TB, BB, LP	TB, BB, LP	TB, BB, LP	Edukasi gaya hidup sehat dan pemantauan selama 3 bulan	

	Skrining DM	Anamnesis penyakit dan diri sendiri; pengukuran TB, LP, TD, kadar gula	Anamnesis penyakit keluarga dan diri sendiri; pengukuran TB, BB, LP, TD, pemeriksaan kadar gula	Anamnesis faktor risiko pengukuran BB, TB, LP, TD, dan pemeriksaan gula darah	Edukasi
--	-------------	--	---	---	---------

Pelayanan anak Usia Sekolah dan Remaja					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
	Skrining Hipertensi	Tekanan darah	Tekanan darah	Tekanan darah	Edukasi
	Skrining Talasemia	Anamnesis kepada keluarga pasien	Anamnesis kepada keluarga pasien		
	Skrining Malaria	Anamnesis, Pemeriksaan darah malaria	Anamnesis, Pemeriksaan darah malaria	Anamnesis, Pemeriksaan darah malaria	Gejala klinis (demam, menggigil, dll) dan adanya riwayat berkunjung ke daerah endemis malaria
	Skrining Kesehatan Indera Penglihatan	Pemeriksaan mata luar, tajam penglihatan dan pemeriksaan buta warna.	Pemeriksaan mata luar, tajam penglihatan dan pemeriksaan buta warna.		Edukasi
	Skrining Kesehatan Indera Pendengaran	Pemeriksaan telinga luar dan fungsi pendengaran dengan tes berbising modifikasi dan tes pena.	Pemeriksaan telinga luar dan fungsi pendengaran dengan tes berbising modifikasi dan tes pena.		Edukasi
	Skrining Kesehatan Jiwa	• Kuesioner SDQ/ SRQ-20 • Kuesioner ASSIST	Kuesioner SDQ/ SRQ-20		identifikasi riwayat skrining
	Vaksinasi/ Imunisasi	MR, Td, Dt, HPV			

Pelayanan anak Usia Sekolah dan Remaja					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Luar Gedung (Fasilitasi Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah)				
	Pelayanan Kesehatan Anak Sekolah/Madrasah				
	a. Penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala:				

	Pemantauan Status Gizi	Fasilitasi kegiatan UKS/M	Fasilitasi kegiatan UKS/M	Sekolah: BB, TB, tanda dan gejala anemia	
	Skrining anemia pada remaja putri			Skrining tanda gejala anemia, anamnesa 5L, pemeriksaan hemoglobin (khusus remaja putri kelas 7 dan 10)	
	Skrining kesehatan indera penglihatan dan pendengaran			Tes tajam penglihatan, tes buta warna, pemeriksaan telinga dan	
				tajam pendengaran	
	Skrining gigi dan mulut			Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut	
	Skrining faktor risiko dan PTM (Obesitas, DM dan hipertensi)			Anamnesis faktor risiko PTM, pengukuran BB, TB, LP, TD, pemeriksaan gula darah*	
	Skrining kesehatan jiwa	Fasilitasi kegiatan UKS, skrining ASSIST	Fasilitasi Kegiatan UKS	Sekolah: kuesioner SDQ (usia 4-18 tahun), SRQ 20 (usia > 18 tahun)	
	Skrining kebugaran	Fasilitasi kegiatan UKS	Fasilitasi kegiatan UKS	Single test	
	Skrining imunisasi rutin	Fasilitasi kegiatan UKS	Fasilitasi kegiatan UKS	Penilaian status imunisasi lengkap	
	Skrining perilaku merokok	Wawancara perilaku merokok dan analisis kadar CO	Wawancara perilaku merokok	Edukasi bahaya merokok	Edukasi bahaya merokok

Pelayanan anak Usia Sekolah dan Remaja					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	
	b. Pemberian TTD				
	Pemberian TTD	Fasilitasi kegiatan UKS		Pemberian dilakukan dengan menentukan hari minum bersama di sekolah	
	c. Pemberian Obat Cacing				
	Pemberian obat cacing	Fasilitasi kegiatan UKS		Pemberian disesuaikan wilayah dengan kasus kecacingan sedang/tinggi	
	d. Imunisasi				
	Vaksinasi/Imunisasi	Fasilitasi kegiatan UKS		MR, Td, Dt, HPV	
	2. Pendidikan Kesehatan				
	Pendidik An Kesehatan An	Fasilitasi kegiatan UKS	Fasilitasi kegiatan UKS	Pemberian pengetahuan kesehatan dan pembiasaan perilaku sehat	
	3. Pembinaan Lingkungan Sehat				
	Pembinaan lingkungan sekolah Sehat	Fasilitasi kegiatan UKS	Fasilitasi kegiatan UKS	Inspeksi kesehatan lingkungan, pembinaan kantin sehat, KTR, KTN, KTK, 3R	

Catatan:

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

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

- 1) **Skrining Kesehatan dan Imunisasi Anak Usia Sekolah dan Remaja** Anak usia sekolah dan remaja yang datang sendiri atau rujukan (dari sekolah, Posyandu, Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA)/ panti, atau Lembaga Pemasyarakatan Khusus Anak(LPKA)) dilakukan skrining yang terdiri dari:

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

- (1) Sasaran: remaja putri usia 12 tahun dan usia 15 tahun yang belum pernah mendapatkan skrining anemia, dengan atau tanpa gejala anemia.
- (2) Metode:
  - (a) anamnesis: gejala yang dialami seperti mudah lelah, letih, lesu, lunglai, lalai (sering lupa), atau sakit kepala, baik dalam beberapa hari maupun lebih lama dari itu. Tanyakan yang relevan dengan anemia missal gaya hidup terkait konsumsi sayur, buah, protein hewani dan tablet tambah darah khususnya remaja putri (juga riwayat menstruasi), kebersihan diri, dan terkait penyakit

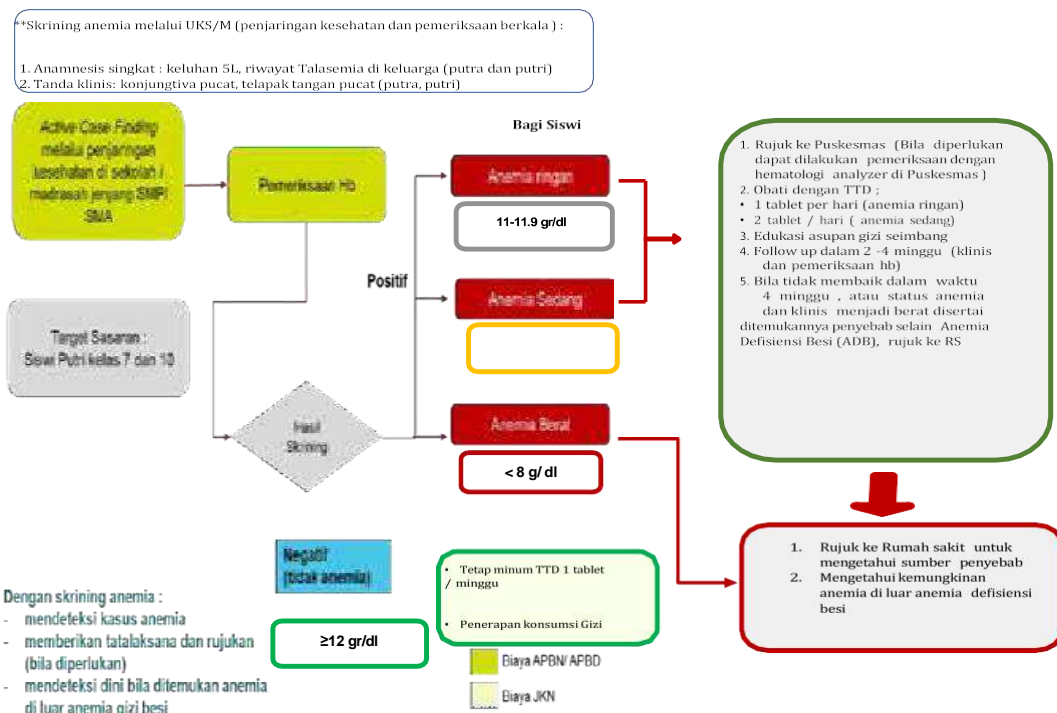
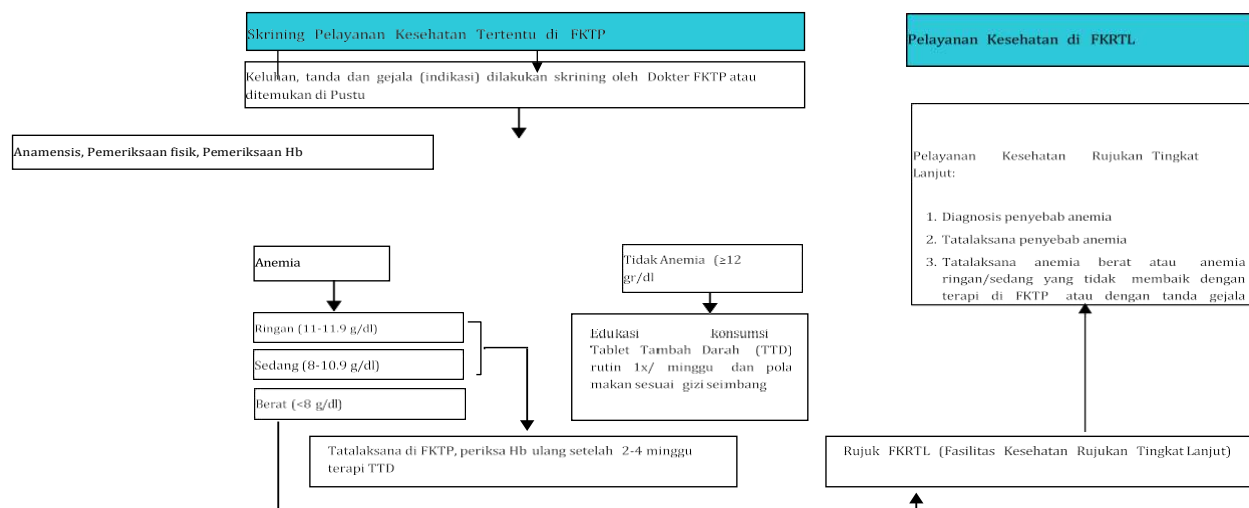


ang sedang diderita.

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

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

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



Catatan:

- \*\* Anamnesis dan tanda klinis **bukan** menjadi syarat pemeriksaan haemoglobin remaja putri kelas 7 dan 10 pada skrining anemia
- TTD (Tablet Tambah Darah) yaitu tablet dengan dosis 60 mg elemental besi dan 400 mcg asam folat)
- Anggaran Pengobatan / tatalaksana dan rujukan : JKN dana lainnya
- Transport penjaringan / skrining : BOK Puskesmas

5. Tugas Tim Pembina dan Pelaksana UKS/M:  
Penerapan UKS/ M, Pelaksanaan Aksi Bergizi,  
Edukasi perubahan perilaku, Pemantauan gizi anak  
sekolah

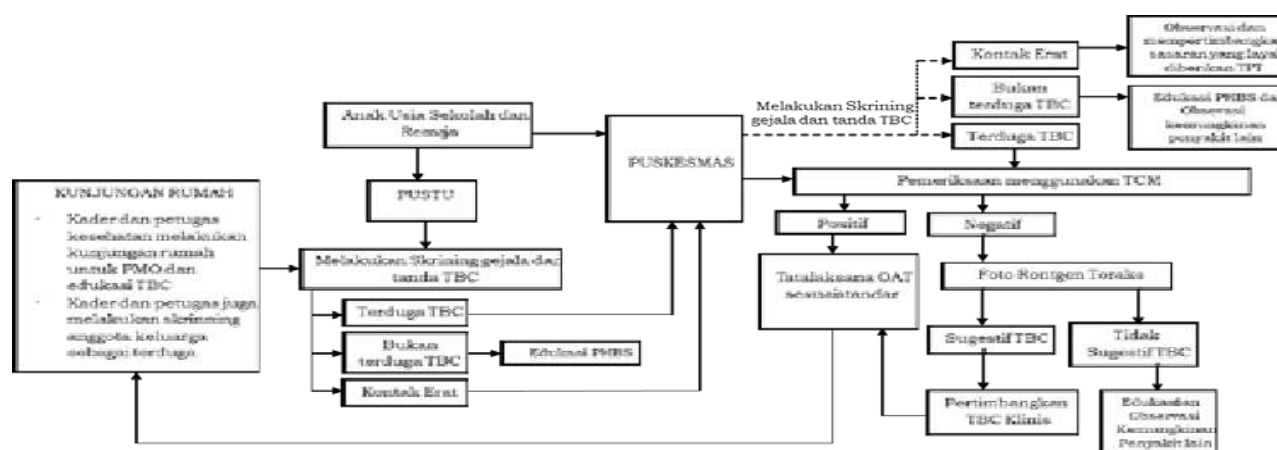
b) Skrining penyakit menular

(1) Skrining TBC

- (a) Sasaran: setiap anak usia sekolah dan remaja yang berkunjung ke Puskesmas, Pustu atau yang ditemui pada kegiatan kunjungan rumah baik sehat maupun sakit, dilakukan oleh tenaga kesehatan atau kader
- (b) Frekuensi: Skrining TBC dilaksanakan pada setiap kali kunjungan.
- (c) Metode: berdasarkan gejala, oleh tenaga kesehatan Puskesmas atau FKTP lainnya.
  - Gejala umum TBC paru adalah batuk lebih 2 minggu. Semua bentuk batuk tanpa melihat durasi disertai gejala tambahan TBC dapat berupa BB turun tanpa penyebab/ BB tidak naik/nafsu makan turun, demam yang tidak diketahui penyebabnya, badan lemas/lesu, berkeringat malam hari tanpa kegiatan, sesak napas tanpa nyeri dada, ada pembesaran getah bening di leher atau di ketiak.
  - Gejala TBC ekstraparu sesuai organ yang terkena
- (d) Hasil skrining: bukan terduga TBC, kontak erat, terduga TBC
- (e) Interpretasi Hasil Skrining: sama dengan definisi pada skrining TBC pada Balita dan Anak Usia Pra Sekolah
- (f) Tindak lanjut setelah skrining TBC adalah:
  - Bukan terduga TBC: tidak perlu tindak lanjut
  - Kontak erat: rujuk ke Puskesmas untuk mendapatkan TPT. Anak usia sekolah dan remaja tanpa gejala kontak erat/serumah dengan pasien TBC; remaja dengan HIV/ AIDS (ODHA) maka diberikan TPT oleh puskesmas. Apabila dalam perjalanannya menunjukkan gejala TBC, harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk menentukan ada tidaknya TBC.
  - Anak yang kontak serumah dengan pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis namun tidak menunjukkan gejala TBC, maka diperlukan pemeriksaan foto rontgen dada (jika tersedia) dan pemeriksaan infeksi TBC (TST/ IGRA) sebelum diberikan TPT oleh puskesmas. Apabila dalam perjalanannya menunjukkan gejala TBC, harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk menentukan ada tidaknya TBC pada anak tersebut.
  - Terduga TBC: apabila dapat mengeluarkan dahak, diperiksa Tes Cepat Molekuler (TCM) di Puskesmas. Pengambilan spesimen dahak/sputum 2 kali (Sewaktu- Pagi atau Sewaktu-sewaktu dengan jarak minimal 1 jam) di Pustu, kemudian dikemas dan dikirim ke Puskesmas. Jika mengalami kendala mengakses layanan TCM berupa kesulitan transportasi, jarak dan kendala geografis maka penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis BTA sputum. Jika terdiagnosis TBC dengan

emeriksaan mikroskopis, dilakukan pemeriksaan lanjutan menggunakan TCM untuk mengetahui apakah merupakan TBC sensitif atau resisten. Dinas kesehatan mengatur jejaring rujukan spesimen ke fasyankes TCM terdekat.

- Untuk terduga dengan hasil pemeriksaan TCM negatif, perlu dipertimbangkan skrining menggunakan foto thoraks, untuk pertimbangan penegakan diagnosis TBC klinis
- (g) Jika kesulitan mendapatkan dahak, dapat dilakukan induksi sputum. Namun jika segala upaya sudah dilakukan untuk mendapatkan sampel dahak tidak dapat diperoleh maka penegakan diagnosis secara klinis dapat dilakukan dengan sistem skoring.
- (h) Pasien TBC Sensitif Obat (SO) datang ke Puskesmas sebulan sekali untuk mengambil obat, sedangkan pasien TBC Resisten Obat (RO) harus datang setiap hari ke puskesmas untuk minum obat didampingi petugas kesehatan.
- (i) Pemantauan pengobatan:
- Pasien TBC Sensitif Obat:
    - dilakukan berupa pemeriksaan klinis (termasuk berat badan) setiap bulan
    - bakteriologis dengan pemeriksaan sputum BTA pada bulan kedua, 1 bulan sebelum akhir pengobatan dan akhir pengobatan
    - foto thorak.
  - Pasien TBC Resisten Obat:
    - pemeriksaan klinis (termasuk berat badan) setiap bulan,
    - pemeriksaan bakteriologis (mikroskopis BTA dan biakan)
    - pemeriksaan penunjang lain seperti EKG, foto toraks dan laboratorium darah rutin dan kimia darah
  - Kader dan nakes melaksanakan kunjungan rumah pada anak dan remaja yang tidak melakukan kunjungan ulang ke layanan kesehatan sesuai anjuran.



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

## (2) Skrining Malaria

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

### (3) Skrining HIV

#### (a) Sasaran :

- remaja dengan HIV / AIDS (ODHA)
- remaja yang kontak serumah dengan pasien TBC paru yang terkonfirmasi bakteriologis,
- remaja dengan hasil PIMS (penyakit infeksi menular seksual) positif
- remaja yang beresiko lainnya misalnya remaja dengan penyakit imunokompromais (pasien yang menjalani pengobatan kanker, pasien yang mendapatkan perawatan analisis, pasien yang mendapat kortikosteroid jangka panjang , pasien yang sedang persiapan transplantasi organ, dll),
- remaja yang menjadi warga binaan pemasyarakatan (WBP), tinggal di sekolah berasrama,
- remaja yang pernah melakukan hubungan seks dengan banyak pasangan
- remaja pengguna narkoba suntik
- remaja yang tinggal di daerah tertentu (wilayah yang beresiko mempengaruhi perilaku), dan
- sesuai dengan indikasi.

(b) Skrining bisa dilakukan di Puskesmas, jika hasil skrining positif (R0) dilanjutkan pemeriksaan R1, R2 dan R3 (diagnosis) di Puskesmas atau RS PDP (Pengobatan Dukungan dan Perawatan HIV).

(c) Metode : Pemeriksaan Rapid R0 lalu melihat hasil positif atau negatif. Jika hasil R0 (skrining) positif pasien akan dirujuk ke Puskesmas atau RS PDP agar bisa dilakukan pemeriksaan diagnosis (R1, R2 dan R3 untuk menegakkan diagnosa.

(d) Tindak lanjut : jika hasil pemeriksaan R1, R2 dan R3 Positif maka pasien dinyatakan sebagai orang penderita HIV (ODHIV) dan bisa diberikan ARV.

### c) Skrining penyakit tidak menular

#### (1) Skrining Obesitas

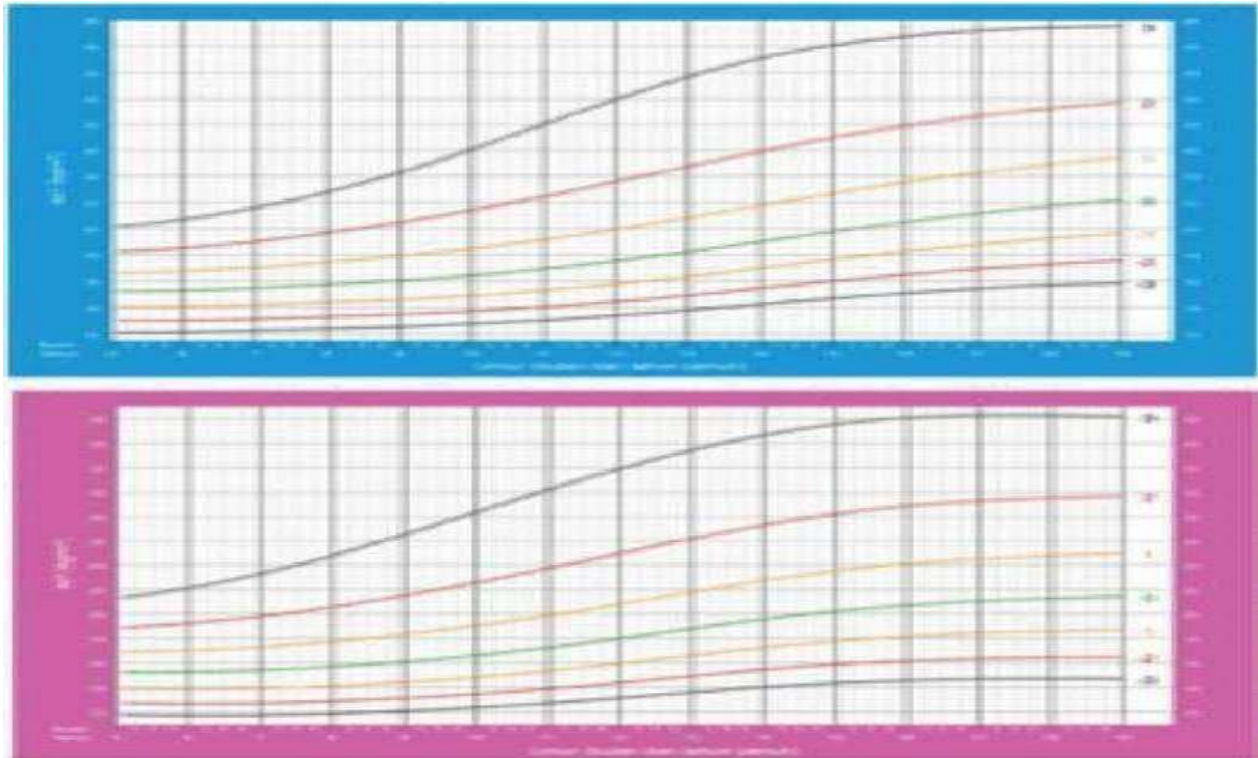
- (a) Sasaran: anak usia sekolah dan remaja
- (b) Frekuensi : 1 tahun sekali.
- (c) Skrining dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dan Pustu serta kader di kegiatan Posyandu.
- (d) Metode :
  - Anamnesis untuk mencari tanda atau gejala
  - Pemeriksaan Fisik (kepala, leher dll) Contoh pemeriksaan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

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

ebagai berikut:

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

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



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

(f) Interpretasi :

Tabel 13. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

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

(g) Tindak lanjut hasil skrining obesitas:

- Pustu dan kegiatan Posyandu
  - Obesitas, dilakukan edukasi untuk melakukan gaya hidup sehat dan pemantauan selama 3 bulan untuk kemudian dilakukan evaluasi, apakah perubahan gaya hidup sehat berhasil membuat perubahan pada kondisi obesitasnya atau tidak.
  - Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi
  - Jika tidak terdapat perubahan maka dilakukan tindak lanjut dini ke

fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

- Puskesmas
    - Obesitas: intervensi melalui pengaturan pola makan, aktivitas dan latihan fisik, pengaturan waktu tidur, pengaturan perilaku mengelola stress; edukasi dan konseling; serta rujukan bila ada penyakit penyerta dan atau sindroma metabolik.
    - Gemuk /*overweight*: edukasi perubahan gaya hidup sehat
    - Normal: pertahankan gaya hidup sehat
    - Gizi kurang: Cari Penyebab terjadinya gizi kurang dan Konsul/rujuk ke ahli Gizi.
- (2) Skrining Diabetes Melitus (DM)
- (a) Sasaran: anak dan remaja dengan mengompol, poliuria, polifagi, polidipsia, penurunan berat badan yang cepat dalam 2-6 minggu sebelum diagnosis ditegakkan
    - Pada anak dan remaja dapat terjadi Diabetes Melitus tipe 1 dan tipe 2.
    - Pada anak dan remaja yang mengompol dicurigai DM tipe 1 maka dilakukan pemeriksaan gula darah.
    - Pada anak dan remaja yang dicurigai DM tipe 2 maka dilakukan pemeriksaan gula darah jika memiliki faktor risiko PTM (obesitas dan/atau obesitas sentral, dan/ atau tekanan darah tinggi)
  - (b) Skrining DM tipe 2 : dilakukan 1 tahun sekali
  - (c) Skrining DM meliputi anamnesis riwayat penyakit keluarga dan diri sendiri; pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar perut, pemeriksaan tekanan darah; pemeriksaan kadar gula.
  - (d) Skrining untuk deteksi dini DM dapat dilakukan di Posyandu melalui anamnesis faktor risiko PTM, pengukuran BB, TB, LP, TD, dan pemeriksaan kadar gula darah dengan menggunakan glukometer.
  - (e) Skrining DM di Posyandu dilaksanakan oleh kader terlatih dan penegakan diagnosa dilakukan di FKTP.
  - (f) Skrining di Pustu dan Puskesmas/FKTP lain dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, mengacu pada Panduan Praktik Klinis (PPK), PNPk, atau ketentuan lain yang berlaku. Alat yang digunakan dalam Skrining DM adalah alat pemeriksaan kadar gula darah adalah Glukometer.
  - (g) Penegakan diagnosis DM dilakukan oleh dokter di Puskesmas/FKTP lain dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinis (PPK), PNPk atau ketentuan lain yang berlaku dengan menggunakan fotometer/*Clinical Chemistry Analyzer* dan atau HbA1C.
- (3) Skrining Hipertensi
- (a) Sasaran: seluruh anak usia sekolah dan remaja
  - (b) Skrining Hipertensi : minimal setahun sekali pada anak yang tidak memiliki faktor risiko.

Pada anak yang memiliki faktor risiko seperti obesitas, menggunakan obat-obatan yang dapat meningkatkan tekanan darah, penyakit ginjal, riwayat koarktasio aorta atau diabetes, maka pemeriksaan tekanan darah tersebut harus dilakukan secara rutin.

- (c) Skrining Hipertensi dapat dilakukan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu melalui

pemeriksaan tekanan darah menggunakan tensimeter digital dan atau tensimeter aneroid.

- (d) Di komunitas, deteksi dini Hipertensi dapat dilakukan oleh kader terlatih dan penegakkan diagnosis dilakukan di Puskesmas/ FKTP.
- (e) Pada tahun 2017 AAP mengeluarkan tabel normatif tekanan darah yang telah disederhanakan, yang bertujuan sebagai alat skrining dalam mengidentifikasi anak dan remaja yang memerlukan evaluasi tekanan darah lebih lanjut. Tabel tekanan darah yang telah disederhanakan tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 14. Klasifikasi Tekanan Darah Normal Berdasarkan Usia

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

Sumber: Pedoman AAP tahun 2017

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

Tabel 15. Klasifikasi Hipertensi pada Anak menurut AAP Tahun 2017

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

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

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

## (4) Skrining Talasemia

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

## (5) Skrining Indera Penglihatan dan Pendengaran

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

## (a) Skrining Indera Penglihatan

- Untuk mendeteksi adanya penyakit pada mata, gangguan penglihatan seperti kelainan refraksi/gangguan tajam penglihatan dan buta warna pada peserta didik serta menindaklanjuti hasil pemeriksaan (bila terdapat ada kelainan).
  - Pemeriksaan kesehatan indera penglihatan dilakukan melalui pemeriksaan mata luar, tajam penglihatan dan pemeriksaan buta



warna. Interpretasi hasil skrining Mata tidak sehat: bisul pada kelopak mata hordeolum, konjungtiva merah, bengkak, adasekret, dapat terjadi

perdarahan konjungtivitis, lensa keruh katarak, ada bercak bitot seperti busa defisiensi vitamin A.

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

(b) Skrining Indera Pendengaran

- Untuk mendeteksi adanya gangguan fungsi pendengaran serta menindaklanjuti hasil pemeriksaan (bila terdapat ada kelainan).
- Pemeriksaan telinga dilakukan melalui pemeriksaan telinga luar dan fungsi pendengaran dengan tes berbisik modifikasi dan tes penala.
- Metode skrining kesehatan indera pendengaran o Tes Berbisik Modifikasi
  - Bila kata-kata yang dapat diulang lebih dari 80%, maka dinyatakan lulus dari pemeriksaan.
  - Bila kata-kata yang dapat diulang kurang dari 80%, maka dinyatakan tidak lulus dan disarankan untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut menggunakan audiometri.
  - Rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk diperiksa Kembali pendengarannya lebih lanjut.
  - Cara pemeriksaan mengacu ke buku Deteksi Dini Gangguan Indera bagi Awam.
- Tes penala:
  - Tes Rinne: Rinne (+) à telinga normal atau tuli saraf, Rinne (-) à Tuli Konduktif
  - Tes Weber: Bila tidak ada lateralisasi (bunyi lebih jelas disalah satu sisi telinga), berarti kedua telinga normal. Bila terdapat lateralisasi ke telinga yang sakit, berarti telinga tersebut menderita tuli konduktif. Bila lateralisasi ke telinga yang sehat, berarti telinga yang sakit menderita tuli saraf.
  - Bila waktu terbatas, pemeriksaan dengan garpu tala cukup dilakukan hanya pada anak yang diduga mengalami gangguan pendengaran.

- Rujukan ke fasilitas kesehatan apabila didapatkan gangguan pendengaran untuk pemeriksaan dan penatalaksanaan lebih lanjut.
  - Cara pemeriksaan mengacu pada Petunjuk Teknis Penjaringan Kesehatan dan Pemeriksaan Berkala Anak Usia Sekolah dan Remaja.
- Interpretasi hasil skrining
    - Infeksi telinga: Bila didapatkan adanya nyeri saat liang telinga ditarik, adanya cairan dari telinga, bisul dan perdarahan.
    - Serumen prop: apabila ditemukan serumen/kotoran telinga pada liang telinga yang menyumbat dan mengganggu pendengaran.
  - Intervensi lanjut: rujuk ke Puskesmas atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya untuk pengangkatan serumen prop.
- (6) Skrining Kesehatan Jiwa
- (a) Sasaran: setiap anak usia sekolah dan remaja yang berkunjung ke Puskesmas atau Pustu
  - (b) Frekuensi: dilakukan minimal satu tahun sekali.
  - (c) Sebelum pelaksanaan skrining perlu dipastikan siswa dalam kondisi sehat secara fisik.
  - (d) Skrining kesehatan jiwa untuk anak usia sekolah dan remaja dapat dilakukan menggunakan instrument Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan atau Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) baik dalam bentuk kuesioner cetak atau elektronik menggunakan formulir online atau Aplikasi SIJWA yang dapat diisi sendiri oleh peserta didik usia di atas 11 tahun hingga usia 18 tahun dan diisi oleh orang tua/ wali/guru bagi peserta didik usia 11 tahun ke bawah.
  - (e) Penilaian hasil dan interpretasi skrining kesehatan jiwa dilakukan oleh tenaga kesehatan.
  - (f) Interpretasi :
    - Dalam batas “normal”, diberikan edukasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan jiwanya. Materi edukasi kesehatan jiwa yang diberikan merujuk pada Juknis GME dan Depresi atau Pedoman Skrining Kesehatan Jiwa.
    - Adanya masalah kesehatan jiwa, (“*borderline*” atau “abnormal”), dapat dilakukan konseling oleh guru terlatih kesehatan jiwa atau tenaga kesehatan, KAP kesehatan jiwa, prevensi gangguan jiwa, dan/atau dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan lanjutan dalam bentuk wawancara psikiatrik oleh dokter dan/atau psikolog klinis untuk menentukan adanya gangguan jiwa, dan/atau rujuk ke RS/RSJ jika diperlukan
  - (g) Intervensi secara dini dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas atau Pustu adalah pemberian informasi, edukasi, dan konseling awal mengenai kesehatan jiwa dengan cara Komunikasi Antar Personal (KAP)
  - (h) Jika ditemukan indikasi remaja yang menunjukkan masalah berisiko atau ketergantungan NAPZA (terdapat riwayat penyalahgunaan zat seperti rokok, alkohol, dan/atau obat lainnya) baik oleh remaja, keluarga, atau teman

dekatnya, dapat dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan skrining menggunakan instrument ASSIST.

- (i) Skrining ASSIST dapat dilakukan secara manual atau menggunakan Aplikasi SINAPZA (berbasis android).
- (j) Hasil, interpretasi, dan intervensi skrining ASSIST:

Tabel 16. Interpretasi dan intervensi skrining ASSIST

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

\* Untuk FKTP yang telah ditetapkan menjadi IPWL

\*\* Untuk FKTP non-IPWL

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

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

(7) Layanan Vaksinasi/Imunisasi

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

Tabel 17. Jadwal Bulanan Imunisasi Anak SD/MI

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

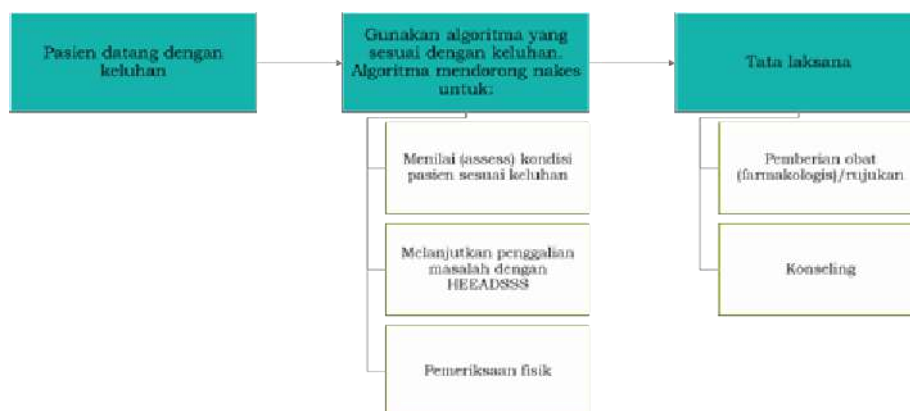
- (b) Pemberian imunisasi di atas, diintegrasikan dalam Usaha Kesehatan

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

- (c) Setiap remaja putri diharapkan mencapai status imunisasi T5 dengan tujuan untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit tetanus. Pemberian imunisasi yang mengandung Tetanus toxoid ditentukan berdasarkan hasil skrining status imunisasi T.

## 2) Pelayanan Klinis/Pengobatan Umum

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



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

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

yang ditemukan (Pedoman Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR)).

3) Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Kesehatan berupa Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)

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

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

4) Konseling

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

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

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

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

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

- a) Bentuk kegiatan:
- (1) Puskesmas melakukan pelayanan ke sekolah minimal 1x setahun untuk penjangkaran kesehatan bagi peserta didik kelas 1 SD/MI, 7 SMP/MTs dan 10 SMA/SMK/MA dan 1x setahun untuk pemeriksaan berkala bagi peserta didik kelas 2-6 SD/MI, 8-9 SMP/MTs dan 11-12 SMA/SMK/MA.
  - (2) pemberian TTD, dan pemberian obat cacing, dan imunisasi.
- b) Bentuk kegiatan penjangkaran kesehatan anak sekolah:
- (1) Pengisian kuesioner berisi riwayat kesehatan keluarga, diri, imunisasi dan perilaku terkait kesehatan lainnya. Kuesioner diisi oleh masing-masing peserta didik. Bagi peserta didik kelas 1-3 SD/MI atau peserta didik di SLB pengisian kuesioner ini dapat dibantu dengan orang tua/wali/guru.
  - (2) Pemeriksaan kesehatan secara fisik
    - (a) Dilakukan oleh guru sekolah/madrasah, meliputi: pengukuran berat badan, tinggi badan, dan pemeriksaan kebersihan diri serta pemeriksaan kebugaran jasmani.
    - (b) Dilakukan oleh petugas Puskesmas, meliputi: tekanan darah, tajam penglihatan, tajam pendengaran dengan tes berbisik modifikasi, pemeriksaan gigi dan mulut, pemeriksaan telinga, denyut jantung, pernapasan dan lain lain.
  - (3) Jenis pemeriksaan dalam penjangkaran kesehatan dan pemeriksaan berkala:
    - (a) Pemantauan status gizi
 

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

      - pengukuran antropometri dengan menggunakan indeks berat badan dan tinggi badan atau IMT
      - pemeriksaan tanda dan gejala anemia
      - Apabila terdapat tanda gejala anemia, maka rujuk ke Puskesmas/fasilitas untuk pemeriksaan lebih lanjut yaitu test laboratorium (Hb, risiko kecacingan).
    - (b) Skrining anemia pada remaja putri
      - Sasaran bagi remaja putri kelas 7 dan 10
      - Skrining dilakukan dengan pemeriksaan tanda dan gejala anemia serta pemeriksaan Hb di sekolah oleh petugas Puskesmas
      - Jika ditemukan anemia maka dirujuk ke Puskesmas dan ditatalaksana sesuai algoritma dari Juknis Skrining Anemia.
    - (c) Skrining indera penglihatan dan pendengaran
 

Penjelasan skrining kesehatan indera penglihatan dan pendengaran mengacu pada penjelasan di PKPR dalam gedung.
    - (d) Skrining gigi dan mulut
 

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

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

(f) Skrining kesehatan jiwa

- Untuk menemukan secara dini adanya masalah kesehatan jiwa.
- Menggunakan Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan pada anak/remaja atau *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) pada awal penerimaan siswa baru (kelas 1,7, dan 10).
- Intervensi secara dini yang dapat dilakukan di layanan primer adalah pemberian informasi, edukasi, dan konseling awal.

(g) Skrining kebugaran

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

(h) Skrining Imunisasi rutin

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

(i) Skrining faktor risiko merokok

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

c) Pemberian Tablet Tambah Darah

Tablet Tambah Darah diberikan bagi remaja putri SMP dan SMA/ sederajat kelas 7-12, yaitu 1 tablet per minggu sepanjang tahun dengan kandungan 60 mg elemental besi dan 400 mcg asam folat. Pemberian TTD di sekolah dilakukan dengan menentukan hari minum bersama di sekolah.

d) Pemberian Obat Cacing

Pemberian Obat Cacing bagi anak usia sekolah dan remaja disesuaikan wilayah

dengan kasus kecacingan sedang atau tinggi, frekuensi 1x/ tahun, dengan dosis 1 tablet albendazol 400 mg atau 10 ml albendazol sirup 200 mg/5 ml atau 1 tablet mebendazol 500 mg atau pirantel pamoat dengan ketentuan 10-11 mg/kgBB (maksimal 1 gr).

e) **Imunisasi untuk Anak Sekolah**

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

2) **Pendidikan Kesehatan**

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

3) **Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat**

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

4) **Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

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

- 1) Sasaran: Skrining kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak (KtP/A)



adalah perempuan dan anak yang diduga atau dicurigai mengalami tindakan kekerasan.

2) Skrining dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih di Puskesmas dan Pustu.

3) Metode:

a) Skrining dilakukan dengan cara melihat, memeriksa atau mengenali tanda-tanda yang ditemukan pada korban.

(1) Tanda-tanda kekerasan pada korban perempuan dewasa diantaranya:

(a) Ketidaknyamanan yang terlihat ketika membicarakan hubungan dalam rumah tangga

(b) Kehadiran pasangan yang selalu menemani dalam ruang periksa, menguasai/ mendominasi pembicaraan, terlalu perhatian dan tidak meninggalkan korban dengan petugas kesehatan sedikitpun

(c) Korban berkali-kali datang dengan keluhan yang tidak jelas

(d) Korban yang mengeluh masalah kesehatan yang diasosiasikan dengan kekerasan

(e) Luka/memar dibagian tubuh tertentu atau di beberapa tempat sekaligus dan Luka yang bervariasi atau memar yang tidak dapat dijelaskan dengan baik dan tidak konsisten dengan latar belakang kejadian serta ada jeda antara luka/ memar dengan waktu kedatangan

(f) Adanya keluhan subyektif namun tidak ditemukan kelainan pada pemeriksaan fisiknya (keluhan somatik)

(g) Adanya gejala Post Traumatic Syndrome Disorders (PTSD)

(h) Bisa ditemukan adanya reaksi konversi (*Histerical Conversion/Reaction*) yaitu kejang yang diakibatkan bukan karena adanya gangguan fungsi organ

(i) Luka/memar pada saat hamil, terutama di payudara dan daerah di bawah perut

(j) Kesakitan kronis tanpa sebab yang jelas

(k) Seringnya berkunjung ke puskesmas, bisa saja ke dokter spesialis yang berbeda-beda tanpa sebab yang jelas.

(l) Mengalami bermacam-macam Infeksi Menular Seksual (IMS), infeksi urin dan vaginal

(m) Kehamilan yang tidak diinginkan

(n) Keguguran dan aborsi

(o) Percobaan bunuh diri

(2) Tanda-tanda pada korban anak dan remaja adalah semua tanda-tanda pada korban perempuan dewasa ditambah dengan:

(a) Masalah perkembangan dan tingkah laku, seperti kemunduran perkembangan (kembali ngompol, bertingkah laku tidak sesuai dengan usianya dan atau sifat-sifat sebelumnya, dll).

(b) Luka/memar yang tidak sesuai dengan waktu kejadian.

(c) Masalah psikologis seperti masalah dalam membina kedekatan

dengan orang dewasa (attachment problems), kecemasan, kelainan tidur atau makan, serangan panik dan masalah penyalahgunaan zat adiktif.

- (d) Melihat tanda-tanda kemungkinan terjadinya emotional abuse pada anak
- (e) Melihat Tanda-tanda kemungkinan terjadinya penelantaran (neglect) pada anak
- (f) Kecurigaan adanya kekerasan fisik, seperti memar dan bilur, luka lecet dan luka robek, Patah/disklokasi tulang, luka bakar, cedera pada kepala, lain-lain
- (g) Kecurigaan adanya kekerasan seksual
- (h) Kecurigaan adanya kekerasan psikis

Screening Tools/ WAST). Formulir skrining kekerasan pada perempuan (Woman Abuse Screening Tools/ WAST) tercantum pada formulir 3.

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

#### 4) Interpretasi Hasil

- a) Formulir WAST berisi beberapa pertanyaan skrining yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi korban kekerasan terhadap perempuan (jika ada 1 jawaban yang positif, termasuk kadang-kadang, sebaiknya pasien dirujuk ke petugas terlatih/ yang ditunjuk untuk melayani korban KtP/A).
- b) WHO merekomendasikan agar pertanyaan pada formulir ini hanya ditanyakan kepada perempuan yang memiliki/ menunjukkan ciri-ciri atau karakteristik korban, bukan untuk diberikan kepada semua pasien perempuan yang datang ke fasilitas kesehatan.
- c) Hasil penilaian dengan menggunakan form penilaian (Joyce Adams (2001): *Evolution of a classification scale: Medical Evaluation of Suspected Child Abuse*) pada dugaan kekerasan anak ada tiga kategori:
  - (1) Hasil pemeriksaan normal, tidak ada riwayat, tidak ada perubahan perilaku, tidak ada saksi
  - (2) Kemungkinan terjadinya kekerasan
  - (3) Sangat mungkin terjadi kekerasan

#### 5) Intervensi Lanjut

- a) Jika skrining dilakukan di Pustu dan hasil skrining menunjukkan tanda-tanda pasien mengalami kekerasan maka dilakukan intervensi lanjutan dengan merujuk pasien dan menyampaikan hasil pemeriksaan ke Puskesmas untuk dilaporkan kepada pihak berwenang (Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak/UPTD PPA, unit pelaksana teknis dan unit pelaksana teknis daerah di bidang sosial, Lembaga Penyedia Layanan Berbasis Masyarakat, dan/atau kepolisian)
- b) Jika skrining dilakukan di Puskesmas dan hasil skrining menunjukkan

tanda-tanda pasien mengalami kekerasan maka dilakukan tatalaksana sesuai dengan kebutuhan korban, kemudian melaporkan kepada pihak berwenang (Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak/UPTD PPA, unit pelaksana teknis dan unit pelaksana teknis daerah di bidang sosial, Lembaga Penyedia Layanan Berbasis Masyarakat, dan/atau kepolisian. Jika tatalaksana tidak dapat dilaksanakan di Puskesmas maka dapat di rujuk ke Rumah Sakit.

- 6) Tenaga kesehatan wajib Memberikan Informasi Atas Adanya Dugaan Kekerasan Terhadap Anak.
- 7) Pemberian informasi adanya dugaan anak korban kekerasan dapat dilakukan secara lisan atau tertulis. Pemberi layanan kesehatan yang memberikan informasi adanya dugaan anak korban KtA berkedudukan sebagai pemberi informasi bukan sebagai saksi pelapor dan berhak mendapat perlindungan hukum. Informasi tersebut merupakan bahan yang akan ditindaklanjuti oleh kepolisian guna kepentingan penyidikan.
- 8) Petugas kesehatan seringkali merupakan orang pertama yang didatangi oleh korban untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena cedera atau trauma yang dialami oleh korban. Oleh karena itu penting bagi petugas kesehatan untuk memahami dan memiliki kemampuan dalam melakukan pelayanan kepada korban KtP/A, termasuk TPPO.
- 9) Tugas tenaga kesehatan di puskesmas melakukan identifikasi dan tata laksana korban, mencatat kasus KtP/A secara memadai dan menginformasikan kepada pihak terkait jika menemukan adanya dugaan terjadinya tindak pidana kekerasan seksual, melibatkan atau kerjasama dengan jejaring dalam penanganannya serta mensosialisasikan PP-KtP/A dengan menggunakan berbagai media komunikasi.

#### **b. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut**

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

No	Sasaran	Pelayanan
a)	<p>Ibu Hamil Tujuan :</p> <p>(1) memelihara dan meningkatkan kesehatan gigi dan mulut ibu hamil dalam rangka membantu mengoptimalkan kesehatan ibu secara keseluruhan demi tumbuh kembang janin yang baik karena kondisi mulut pada ibu hamil dipengaruhi oleh hormon kehamilan.</p> <p>(2) mengoptimalkan tumbuh kembang janin dan mencegah terjadinya kelainan kongenital tubuh khususnya dento-orofacial;</p>	<p>(1) konseling kesehatan berupa pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kesehatan gigi dan mulut;</p> <p>(2) pemeriksaan deteksi dini kelainan/penyakit gigi dan mulut; dan</p> <p>(3) merujuk ibu hamil dalam hal kondisi gigi dan mulut ibu hamil memerlukan pendekatan kuratif.</p> <p>(4) Terintegrasi dengan pemeriksaan antenatal sejak K1</p>
b)	<p>Bayi</p> <p>Tujuan : pemeliharaan kesehatan rongga mulut bayi sebelum tumbuh gigi hingga usia 12 (dua belas) bulan</p>	<p>Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kepada ibu dalam bentuk konseling/penyuluhan tentang:</p> <p>(1) fase pertumbuhan gigi sulung,</p> <p>(2) keadaan yang menyertai pertumbuhan gigi,</p> <p>(3) kelainan/penyakit yang sering terjadi pada bayi, dan</p> <p>(4) mengajarkan cara menjaga kebersihan rongga</p>
		<p>mulut bayi sebelum tumbuh gigi hingga gigi seri tumbuh lengkap;</p>
c)	<p>Anak balita dan anak usia prasekolah dilakukan dalam rentang usia 12 (dua belas) sampai 72 (tujuh puluh dua) bulan</p>	<p>KIE kepada orang tua tentang:</p> <p>(1) edukasi kepada orang tua dan/atau anggota keluarga lain untuk pembiasaan menggosok gigi dengan rutin dan benar,</p> <p>(2) edukasi pembiasaan perilaku menggosok gigi dengan rutin dan benar kepada anak balita dan anak usia prasekolah.</p> <p>(3) pemeriksaan kondisi gigi dan pengisian kartu menuju gigi sehat pada Buku KIA di setiap kunjungan Posyandu,</p> <p>(4) merujuk anak balita dan usia prasekolah untuk pemeriksaan lebih lanjut di fasyankes jika ditemukan risiko timbulnya karies (seperti ada bercak hitam di gigi, pit dan fissure dalam), telah memiliki karies dan/atau memiliki oral hygiene yang buruk</p>

No	Sasaran	Pelayanan
d)	Anak usia sekolah dan remaja berupa Usaha Kesehatan Gigi Sekolah/Madrasah (UKGS/M) dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi dengan Upaya Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M).	(1) kegiatan penjangkaran, (2) pendidikan kesehatan gigi dan mulut, (3) pemeriksaan gigi secara berkala, (4) pelayanan kesehatan gigi dan mulut lanjutan.

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

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

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

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

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

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

**E. KLASTERPELAYANAN KESEHATAN USIA DEWASA DAN LANJUT USIA**

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

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

Pelayanan Usia Dewasa dan Lanjut Usia					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
Penyakit Tidak Menular, Penyakit Menular, Masalah gizi, Masalah kesehatan jiwa	Skrining obesitas (1x/ tahun)	TB, BB, LP	TB, BB, LP	TB, BB, LP	Edukasi keluarga
	Skrining hipertensi (1x/tahun)	Tekanan darah	Tekanan darah	Tekanan darah	
	Skrining Diabetes Melitus (1x/tahun)	Gula darah, urinalisis	Gula darah	Gula darah	

Pelayanan Usia Dewasa dan Lanjut Usia					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
	Skrining faktor risiko stroke (1x/ tahun)	Profil lipid (Kolesterol total, HDL, LDL, Trigliserida)	-	-	Edukasi keluarga
	Skrining faktor risiko penyakit jantung (1x/tahun)	EKG, profil lipid (Kolesterol total, HDL, LDL, Trigliserida)	-	-	
	Skrining kanker • Payudara (1x/ tahun) • Leher rahim (1x/3 tahun) • Kolorektal (1x/ tahun)	• Pemeriksaan payudara klinis • Inspeksi visual dengan asam asetat (IVA), DNA HPV Test	• SADANIS • Inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) • -	-	
	• Paru (1x/ tahun)	• Darah samar feces, colok dubur • Anamnesis faktor risiko kanker paru	• Anamnesis faktor risiko kanker paru	-	

	Skrining kesehatan jiwa (1 kali/ tahun)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuesioner self reporting questioner (SRQ- 20)</li> <li>• Kuesioner ASSIST (untuk menapis penyalahgunaan NAPZA)</li> </ul>	Kuesioner SRQ-20	-	Penemuan kasus masalah kesehatan jiwa dan pemberian KIE untuk ODGJ dan keluarganya
		secara dini			
	Skrining Talasemia	Anamnesis dan pemeriksaan darah lengkap	Anamnesis kepada keluarga pasien	-	Edukasi keluarga
	Skrining PPOK (1x/ tahun)	Kuesioner PUMA	Kuesioner PUMA	Kuesioner PUMA	Edukasi keluarga
	Skrining TBC pada faktor risiko setiap kali kunjungan	Gejala TBC	Gejala TBC,	Gejala TBC	Gejala TBC, edukasi

Pelayanan Usia Dewasa dan Lanjut Usia					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
	Skrining Malaria berdasarkan wawancara (gejala, tinggal di daerah endemis malaria/ riwayat kunjungan ke daerah endemis malaria)	Gejala Malaria	Gejala Malaria	Gejala Malaria	Gejala Malaria. Edukasi
	Skrining indera penglihatan/mata (1 kali/ tahun)	Pemeriksaan kelainan refraksi, skrining katarak	Skrining Tajam penglihatan	Skrining Tajam penglihatan	Edukasi
	Skrining kebugaran (1x/ 6 bulan)	Pengukuran kebugaran dengan test Rockport	-	-	Edukasi keluarga
	Skrining kasus	Identifikasi	Identifikasi		



	kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)	3i, tata laksana dan mencatat kasus serta menginformasikan ke pihak terkait	3i, tata laksana dan mencatat kasus serta menginformasikan ke pihak terkait		
	Pelayanan kesehatan gigi dan mulut	Pelayanan komprehensif, pengobatan serta pemulihan fungsi pengunyahan sesuai permasalahan kesehatan gigi dan mulut			Edukasi
	Pelayanan pengobatan	Disesuaikan dengan kasus dan kewenangan	Disesuaikan dengan kasus dan kewenangan	Disesuaikan dengan kasus dan kewenangan	Disesuaikan dengan kasus dan kewenangan

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

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

Alur mekanisme kerja klaster 3 adalah sebagai berikut:

### 1. Pelayanan Dalam Puskesmas:

- a. Petugas mengarahkan pasien dengan kondisi gawat darurat ke ruang tindakan/gawat darurat untuk mendapatkan penanganan segera.
- b. Bila bukan termasuk kasus gawat darurat, petugas registrasi melakukan pendaftaran pasien dan kemudian mengarahkan pasien ke ruang pelayanan klaster 3 (usia dewasa dan lansia).
- c. Petugas di klaster 3 melakukan pemeriksaan awal yaitu anamnesis, suhu, tekanan darah, antropometri dan riwayat skrining sesuai paket pelayanan menurut siklus hidup.
- d. Jika belum dilakukan skrining, maka petugas menentukan kelayakan pasien diskriminasi. Jika layak, maka petugas melakukan skrining pada pasien tersebut.
- e. Petugas melakukan pemeriksaan lebih lanjut dan tata laksana terhadap hasil skrining dan masalah kesehatan pasien lainnya secara komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) sesuai paket layanan pada klaster 3.
- f. Apabila pelayanan tidak dapat diberikan secara lengkap pada saat kunjungan karena kondisi pasien atau hal lainnya, petugas melakukan penjadwalan skrining/pelayanan lanjutan pada waktu dan tempat yang disepakati bersama pasien (Puskesmas, Pustu, Posyandu, atau FKTP yang sudah bekerjasama dengan Puskesmas).
- g. Bila pasien membutuhkan pelayanan lainnya maka dapat dilakukan rujukan internal seperti pelayanan laboratorium, tindakan medis, rawat inap (bila ada), dan pelayanan klaster lainnya sesuai

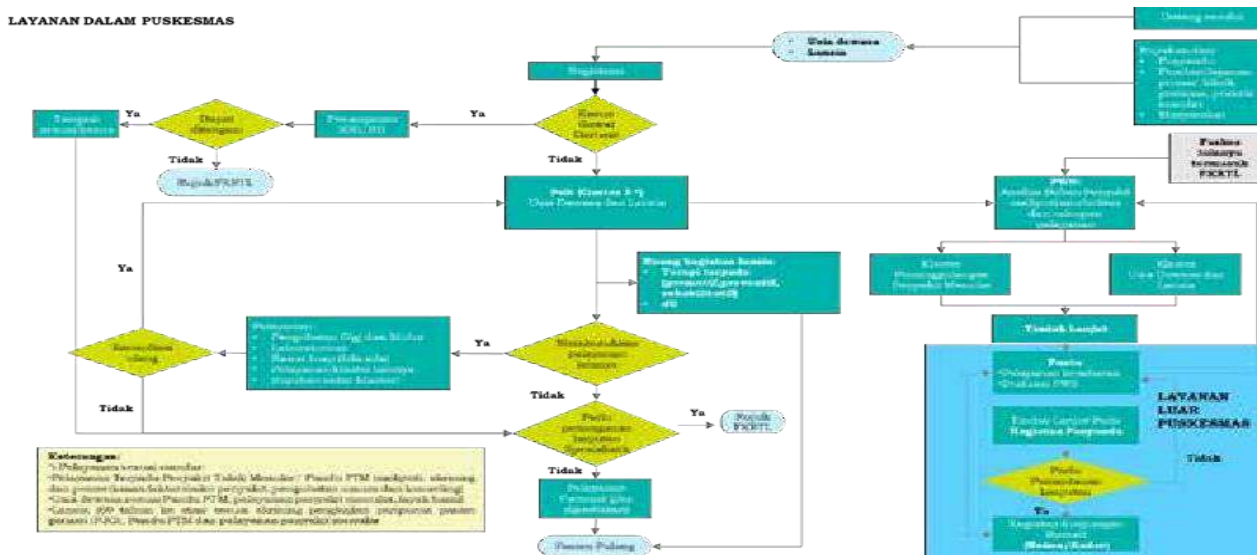
permasalahan yang ditemukan. Setelah mendapatkan pelayanan yang sesuai, pasien dapat kembali ke petugas kluster 3 untuk konsultasi kembali jika diperlukan.

- h. Bila pasien telah menyelesaikan seluruh pelayanan, maka dapat menuju pelayanan farmasi (jika ada resep dokter) dan pulang.
- i. Bila pasien membutuhkan layanan spesialistik/rujukan lainnya, maka dirujuk ke FKRTL dan fasilitas lainnya (misalnya rujukan sosial dan hukum).
- j. Petugas kluster 3 mencatat seluruh pelayanan yang dilakukan ke dalam sistem informasi dan melakukan PWS melalui analisis beban penyakit yang meliputi morbiditas dan cakupan pelayanan dengan memanfaatkan dashboard situasi kesehatan.
- k. Data untuk PWS juga dapat berasal dari faskes lainnya di wilayah kerja Puskesmas
- l. Hasil PWS yang membutuhkan tindak lanjut di tingkat desa/ kelurahan diinformasikan ke petugas di Pustu.

\* Catatan: Pasien lansia diprioritaskan untuk mendapatkan pelayanan.

**2. Pelayanan Luar Puskesmas**

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



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

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

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

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

Pelayanan kesehatan untuk seluruh sasaran usia dewasa dan lanjut usia meliputi

skrining penyakit, pelayanan pengobatan umum/tata laksana masalah kesehatan, pelayanan kesehatan gigi dan mulut serta penyakit akibat kerja.

a. Skrining Obesitas

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

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

Tabel 20. Kategori Obesitas Pada Orang Dewasa

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

Sumber: The Asia Pasific Perspective, WHO 2000

- b) Obesitas sentral dilihat dari ukuran lingkar perut Tabel 21.

Kategori Obesitas Sentral

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

Sumber: The Asia Pasific Perspective, WHO 2000

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

konseling; serta rujukan bila ada penyakit penyerta dan atau sindroma metabolik.

b. Skrining Hipertensi

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

Tabel 22. Klasifikasi Hipertensi pada Dewasa

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

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

- e) Bila penyandang hipertensi tidak datang untuk melakukan monitoring tekanan darah maka petugas Kesehatan di Pustu harus melakukan kunjungan rumah
  - b) Petugas di Puskesmas melakukan:
    - a) Penegakan diagnosis hipertensi oleh dokter
    - b) Tata laksana sesuai PPK dan standar lain yang berlaku bagi pasien Hipertensi, termasuk edukasi dan konseling gaya hidup sehat.
    - c) Konseling perubahan perilaku untuk lebih sehat, seperti gizi seimbang, aktivitas fisik, layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM).
    - d) Skrining komplikasi penyakit jantung, stroke dan kelainan ginjal dilakukan pada pasien hipertensi usia  $\geq 40$  tahun meliputi pemeriksaan mata dengan funduskopi, pemeriksaan fungsi jantung dengan EKG dan pemeriksaan profil lipid, pemeriksaan fungsi ginjal dengan urinalisa (albumin, ureum dan kreatinin) minimal 1 tahun sekali.
  - 7) Kader pada saat kunjungan rumah melakukan sweeping sasaran yang belum dilakukan skrining hipertensi, menemukan pasien hipertensi yang tidak berobat teratur dan memberikan edukasi terkait pencegahan dan kepatuhan dalam pengobatan hipertensi.
  - c. Skrining Diabetes Melitus (DM)
    - a) Sasaran:
      - a) Seluruh usia  $\geq 40$  tahun
      - b) Usia 15 - < 40 tahun dengan faktor risiko PTM (obesitas dan/atau obesitas sentral, dan/atau tekanan darah tinggi)
      - c) Semua penderita TBC
    - b) Frekuensi: 1 tahun sekali
    - c) Tempat pelaksanaan:
      - a) Skrining di Posyandu dilaksanakan oleh kader terlatih dan penegakan diagnosis dilakukan di FKTP.
      - b) Skrining di Pustu dan FKTP dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, mengacu pada Panduan Praktik Klinis (PPK), PNPK, atau ketentuan lain yang berlaku.
    - d) Metode: Skrining DM meliputi anamnesis riwayat penyakit keluarga dan diri sendiri; pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar perut, pemeriksaan tekanan darah; pemeriksaan kadar gula
- Alat yang digunakan dalam Skrining DM untuk pemeriksaan kadar gula darah adalah Glukometer.
- e) Interpretasi hasil skrining :

Tabel 23. Interpretasi Hasil Pemeriksaan Kadar Gula darah dengan Glukometer

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

\*disertai gejala klasik

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

Kriteria	Glukosa	Gula darah Puasa (mg/ dl)	Gula darah sewaktu (mg/dl)	Gula darah Puasa (mg/ dl)
Diabetes	$\geq 200$	$\geq 126$	$\geq 200$	$\geq 6,5$
Prediabetes	140 -199	100 – 125	140 – 199	5,7 – 6,4
Normal	< 100	< 100	< 140	< 5,7

Sumber: PNPk Tatalaksana DM tipe 2 dewasa

- f) Penilaian hasil skrining DM dan tindak lanjutnya:
- (1) Edukasi gaya hidup sehat pada hasil skrining normal.
  - (2) Edukasi dan konseling untuk melakukan gaya hidup sehat (gizi seimbang, aktivitas fisik, layanan upaya berhenti merokok) dan pemantauan selama 3 bulan sekali bagi hasil skrining Prediabetes.
  - (3) Rujuk pasien ke Puskesmas/FKTP lainnya jika hasil skrining mengindikasikan Diabetes.
  - (4) Monitoring kadar gula darah secara berkala (minimal 1 bulan sekali) dan melanjutkan pemberian obat sesuai terapi dokter di Puskesmas pada pasien DM terkontrol. Jika ditemukan peningkatan kadar gula darah atau adanya tanda gula darah yang tidak terkontrol segera dirujuk ke Puskesmas.
  - (5) Petugas di Puskesmas melakukan: Penegakan diagnosis DM oleh dokter mengacu pada Panduan Praktik Klinis (PPK), PNPk atau ketentuan lain yang berlaku dengan menggunakan fotometer/ Clinical Chemistry Analyzer dan atau HbA1C.
  - (6) Tata laksana DM sesuai PPK dan standar lain yang berlaku bagi pasien DM, termasuk edukasi dan konseling gaya hidup sehat.
  - (7) Edukasi pertahankan gaya hidup sehat bagi yang kadar gula darah normal.
  - (8) Edukasi dan konseling untuk melakukan gaya hidup sehat (gizi seimbang, aktivitas fisik, layanan upaya berhenti merokok) dan pemantauan selama 3 bulan sekali bagi yang kadar gula darah menunjukkan prediabetes.
  - (9) Pemeriksaan deteksi dini komplikasi DM minimal dilakukan 1 tahun sekali dengan melakukan pemeriksaan fungsi jantung dengan EKG, profil lipid (kolesterol total, HDL, LDL, trigliserida), pemeriksaan fungsi ginjal dengan urinalisa/ proteinuria dan pemeriksaan fungsi penglihatan dengan funduskopi.
- g) Kader pada saat kunjungan rumah melakukan sweeping sasaran yang belum dilakukan skrining DM, menemukan pasien DM yang tidak berobat teratur dan memberikan edukasi terkait pencegahan dan kepatuhan dalam pengobatan DM.

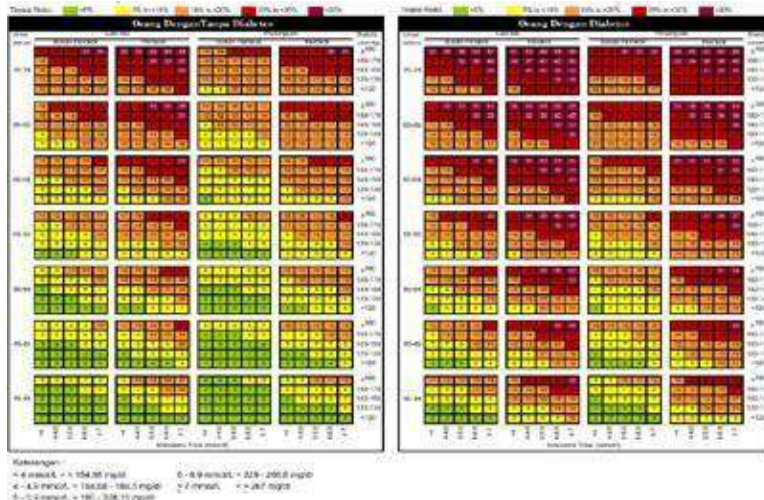
## d. Skrining Faktor Risiko Stroke

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

Tabel 25. Hasil Pemeriksaan Profil Lipid

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

(2) Selanjutnya lakukan penilaian prediksi risiko stroke menggunakan



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

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

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

- (a) Tentukan dahulu apakah orang yang diperiksa penyandang Diabetes Melitus atau tidak. Gunakan kolom yang sesuai dengan statusnya.
- (b) Kemudian tentukan kolom jenis kelaminnya (laki- laki di kolom kiri dan perempuan di kolom kanan).
- (c) Tentukan status merokok apakah merokok atau tidak, sesuaikan di kolomnya masing-masing
- (d) Selanjutnya tetapkan blok usia. Lihat lajur angka paling kiri (misalnya untuk usia 46 tahun pakai blok usia 45-49 tahun, 68 tahun pakai blok 65-69 tahun, dst).
- (e) Lihat nilai tekanan darah (TD) sistolik pada lajur paling kanan.
- (f) Lihat kolom konversi kadar kolesterol total pada lajur bawah (pada tabel digunakan satuan mmol/l, sedangkan di Indonesia umumnya menggunakan satuan mg/dl, angka konversi tercantum).
- (g) Tarik garis dari blok umur ke arah dalam, kemudian tarik garis dari titik tekanan darah ke arah dalam dan nilai kolesterol ke atas, angka dan warna kotak yang tercantum pada titik temu antara kolom umur, TD sistolik dan kolom kolesterol merupakan besarnya risiko untuk mengalami penyakit jantung dan pembuluh darah dalam kurun waktu 10 tahun mendatang.



- (h) Penilaian berdasarkan tingkat risiko ini dilanjutkan dengan tata laksana. Tatalaksana dislipidemia dan faktor risiko lainnya pada pasien mengacu pada pedoman yang berlaku, seperti PPK1, PNPk dan lain-lain, termasuk pemberian edukasi dan konseling gaya hidup sehat
- (4) Tindak lanjut yang dapat dilakukan pada pasien berdasarkan tingkat risiko:
- (a) Risiko < 5%:  
perlu konseling diet, aktivitas fisik, berhenti merokok dan kembali 1 tahun kemudian untuk penilaian ulang
- (b) Risiko 5-10%:
- perlu konsultasi diet, aktivitas fisik, berhenti merokok
  - pertimbangkan penggunaan obat hipertensi dan DM sesuai dengan PPK
  - Lakukan penilaian risiko PTM setiap 3 bulan sampai mencapai kondisi yang diharapkan, dilanjutkan tiap 6-9 bulan kemudian.
- (c) Risiko 10-20%:
- perlu konsultasi diet, aktivitas fisik, berhenti merokok
  - pertimbangkan penggunaan obat hipertensi apabila tekanan darah menetap  $\geq 140/90$  mmHg dan DM sesuai dengan PPK
  - Lakukan penilaian risiko PTM setiap 3-6 bulan sekali.
- (d) Risiko >20%:
- perlu konsultasi diet, aktivitas fisik, berhenti merokok
  - penggunaan obat hipertensi apabila tekanan darah menetap  $\geq 130/80$  mmHg dan DM
  - pertimbangkan pemberian statin
  - Lakukan penilaian risiko PTM setiap 3 bulan, bila tidak ada perubahan penilaian risiko PTM dalam 6 bulan, rujuk ke FKRTL.
- (5) Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan tatalaksana pada pasien adalah:
- (a) Semua pasien dengan tekanan darah >160/100 mmHg harus diberikan obat anti hipertensi
- (b) Semua pasien dengan diagnosis diabetes dan penyakit kardiovaskuler (penyakit jantung coroner, infark miokard, serangan iskemik transien/ TIA, penyakit serebrovaskuler atau penyakit vaskuler perifer), bila stabil hendaknya terus minum obat yang sudah diresepkan dan dianggap mempunyai risiko >30%.
- (c) Semua pasien dengan kadar kolesterol total > 320 mg/dl harus diberikan nasihat pola hidup sehat dan terapi statin

- e. Skrining Faktor Risiko Penyakit Jantung
- 1) Sasaran: penderita hipertensi dan atau Diabetes Melitus yang berusia > 40 tahun
  - 2) Frekuensi: 1 tahun sekali
  - 3) Tempat pelaksanaan: Puskesmas
  - 4) Metode dengan pemeriksaan penunjang:
    - a) Melakukan anamnesa faktor risiko, pemeriksaan tanda- tanda vital dan pemeriksaan fisik.
    - b) Pemeriksaan EKG
  - 5) Penilaian hasil skrining berdasarkan hasil anamnesa faktor risiko, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, dan interpretasi EKG.
  - 6) Tatalaksana Penyakit Jantung oleh dokter mengacu pada PPK di FKTP dan standar lain yang berlaku bagi pasien Penyakit Jantung, termasuk edukasi dan konseling gaya hidup sehat
- f. Skrining Kanker Payudara, Kanker leher rahim, kanker Paru, kanker kolorektal
- 1) Kanker payudara dan leher rahim:
    - 1) Sasaran:
      - (1) Skrining kanker payudara pada perempuan usia >15 tahun
      - 2) skrining kanker leher rahim pada perempuan usia >30 tahun dengan riwayat sudah pernah kontak seksual.
      - 3) Pemeriksaan payudara
        - (1) Skrining dilakukan di Pustu atau Puskesmas dengan metoda SADANIS (Pemeriksaan Payudara Klinis) oleh dokter dan atau bidan yang memiliki kompetensi.
        - (2) Pasien juga diajarkan untuk melakukan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri) di rumah setiap bulannya pada hari ke 7-10 dihitung dari hari pertama haid.
        - (3) SADANIS dilakukan setiap 3 tahun sekali atau lebih cepat apabila ditemukan kelainan dan atau keluhan pada SADARI.
        - (4) Pemeriksaan deteksi dini kanker payudara dapat dilakukan dengan menggunakan USG bila sarana dan prasarana serta SDM sesuai kompetensi tersedia.
        - (5) Jika ditemukan kelainan seperti benjolan, abnormal pada kulit payudara, kelainan pada puting dan keluhan/ kelainan yang tidak biasa, maka dirujuk ke FKRTL.
        - (6) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi.
    - 4) Pemeriksaan leher Rahim
      - (1) Deteksi dini dapat dilakukan di Pustu dan Puskesmas.
      - (2) Deteksi dini kanker leher rahim melalui skrining dilaksanakan dengan pemeriksaan Inspeksi Visual dengan Asam asetat (IVA)
      - (3) IVA dilakukan 3 tahun sekali namun bila dibutuhkan dapat dilakukan setiap tahun pada populasi berisiko tinggi (pasangan seksual lebih dari satu, riwayat sudah pernah berhubungan seksual sebelum usia 18 tahun, riwayat pernikahan lebih dari sekali, infeksi menular seksual berulang, penderita HIV AIDS/ immunocompromised atau mendapatkan terapi imunosupresan jangka panjang, dan malnutrisi).

- (4) Tindaklanjut hasil IVA positif dilaksanakan di Puskesmas oleh dokter dan atau bidan yang memiliki kompetensi baik melalui pendidikan maupun pelatihan.
- (5) Skrining dapat dilakukan dengan metode lain seperti pemeriksaan dengan menggunakan DNA HPV test yang dilakukan di Puskesmas.
- (6) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi.

## 2) Kanker paru dan kolorektal:

### 1) Kanker Paru:

- (1) Sasaran skrining kanker paru terbatas pada kelompok pasien risiko tinggi.
- (2) Skrining dapat dilakukan di Pustu dan Puskesmas melalui anamnesis faktor risiko kanker paru.
- (3) Kelompok pasien dengan risiko tinggi dilakukan anamnesa mencakup:
  - (a) Pasien usia > 40 tahun dengan riwayat merokok  $\geq$  30 tahun dan berhenti merokok dalam kurun waktu 15 tahun sebelum pemeriksaan, atau
  - (b) Pasien  $\geq$  50 tahun dengan riwayat merokok  $\geq$  20 tahun dan adanya minimal satu faktor risiko lainnya (selain usia atau lama merokok, faktor risiko lainnya adalah pajanan radiasi, paparan okupasi bahan kimia karsinogenik, riwayat kanker paru pada pasien atau keluarga dan penyakit paru seperti PPOK atau fibrosis paru)
  - (c) Riwayat kanker paru pada keluarga
- (4) Interpretasi Hasil dan Intervensi Lanjut: Jika ditemukan salah satu dari 3 kriteria di atas maka pasien dirujuk ke FKRTL
- (5) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi.

### 2) Kanker kolorektal

- (1) Sasaran skrining kanker kolorektal adalah individu dengan risiko sedang dan risiko tinggi.
  - (a) Individu dengan risiko sedang adalah:
    - Berusia 50 tahun atau lebih;
    - Tidak mempunyai riwayat kanker kolorektal atau inflammatory bowel disease;
    - Tanpa riwayat keluarga kanker kolorektal; dan
    - Terdiagnosis adenoma atau kanker kolorektal setelah berusia 60 tahun.
  - (b) Individu dengan risiko meningkat atau risiko tinggi adalah:
    - Riwayat polip adenomatosa;
    - Riwayat reseksi kuratif kanker kolorektal;
    - Riwayat keluarga tingkat pertama kanker kolorektal atau adenoma kolorektal (rekomendasi berbeda berdasarkan umur keluarga saat di diagnosis);

- (2) Metode pemeriksaan:
- (a) Anamnesa pada pasien risiko sedang adalah:
- riwayat BAB berdarah, jika ditemukan riwayat tersebut maka pasien dirujuk ke FKRTL
  - Riwayat inflammatory bowel disease yang lama; dan
  - Diagnosis atau kecurigaan sindrom Hereditary Non-polyposis Colorectal Cancer (HNPCC) atau Lynch atau Familial Adenomatous Polyposis (FAP).
- (b) Pemeriksaan yang dilakukan di Puskesmas berupa colok dubur dan pemeriksaan laboratorium yaitu darah samar faeces.
- (3) Interpretasi Hasil:
- (a) Hasil pemeriksaan colok dubur adalah positif bila ditemukan adanya benjolan/hambatan pada perabaan. Bila hasil pemeriksaan colok dubur negatif/tidak ditemukan kelainan tetap harus dilakukan pemeriksaan darah samar faeces.
- (b) Pemeriksaan darah samar faeces positif jika hasil laboratorium mendeteksi adanya darah samar (tersembunyi) di dalam faeces. Pemeriksaan ini penting untuk mendeteksi tanda adanya polip prakanker atau kanker Kolorectal.
- (4) Intervensi Lanjut: Bila hasil colok dubur dan/atau darah samar faeces positif maka dilakukan rujukan ke FKRTL.
- (5) Tenaga kesehatan/kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi.

g. Skrining Kesehatan Jiwa

- 1) Sasaran: usia 15 tahun ke atas dan kelompok berisiko mengalami masalah kesehatan jiwa (daftar kelompok berisiko dapat dilihat di Pedoman Skrining Kesehatan Jiwa).
- 2) Frekuensi: minimal satu tahun sekali.
- 3) Tempat pelaksanaan: Puskesmas, Pustu, Posyandu. Khusus untuk instrument ASSIST dilaksanakan di Puskesmas.
- 4) Metode: Penapisan (skrining) kesehatan jiwa dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) untuk penapisan kesehatan jiwa/mental usia di atas 18 tahun, dan ASSIST (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test) untuk penyalahgunaan NAPZA. Kuesioner SDQ, SRQ-20 dan ASSIST dapat berbentuk cetak (Formulir 6) atau elektronik.
- 5) Skrining SRQ-20 dapat diisi sendiri (self assessment) atau melalui wawancara oleh nakes/non-nakes terlatih.
- 6) Pelaksanaan skrining menggunakan SRQ-20 memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
  - a) Pertanyaan berkaitan dengan apa yang dialami individu, bukan terkait apa yang seharusnya dialami.
  - b) Time frame/lini masa kondisi yang dialami adalah 30 hari terakhir, jadi tidak menyangkut kondisi yang terjadi lebih dari satu bulan yang lalu.

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

Tabel 26. Interpretasi Hasil Kuesioner SRQ-20 dan Intervensi

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

b) ASSIST

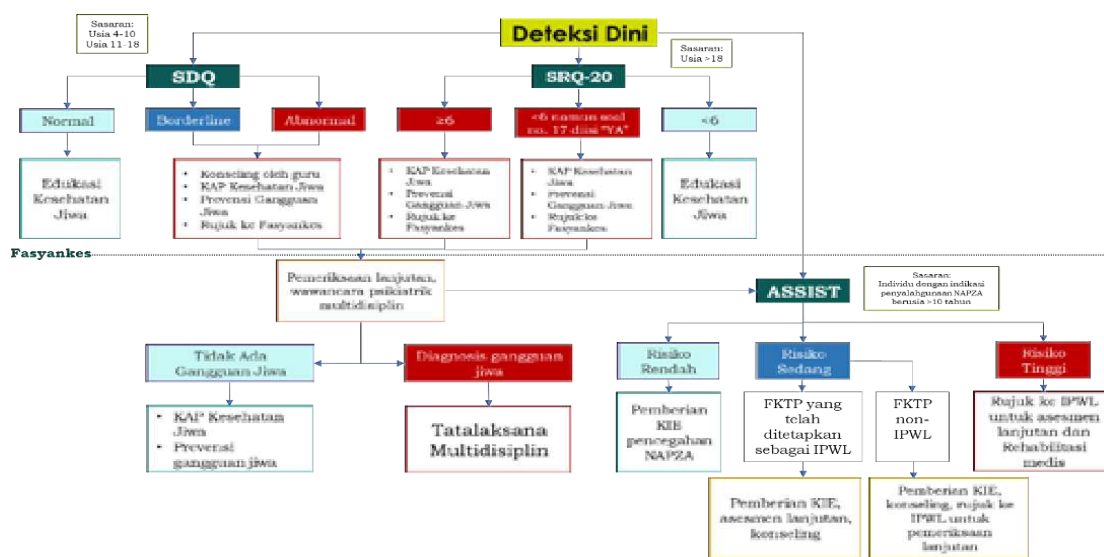
Tabel 27. Interpretasi Hasil Kuesioner ASSIST dan intervensi

Skor	Interpretasi	Intervensi	Intervensi
Risiko rendah	0-10	0-3	Pemberian KIE pencegahan NAPZA
Risiko sedang	11-26	4-26	Pemberian KIE, asesmen lanjutan dan konseling*
			Pemberian KIE, konseling dan merujuk ke IPWL*** untuk pemeriksaan lanjutan**
Risiko tinggi	≥27	≥27	Rujuk ke IPWL untuk pemeriksaan lanjutan dan rehabilitasi medis

\* Untuk FKTP yang telah ditetapkan menjadi IPWL

\*\* Untuk FKTP non-IPWL

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



Gambar 30. Alur Skrining Kesehatan Jiwa

#### h. Skrining Talasemia

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

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

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

alat pelindung diri untuk menghindari polusi udara terutama di lingkungan berisiko polusi udara.

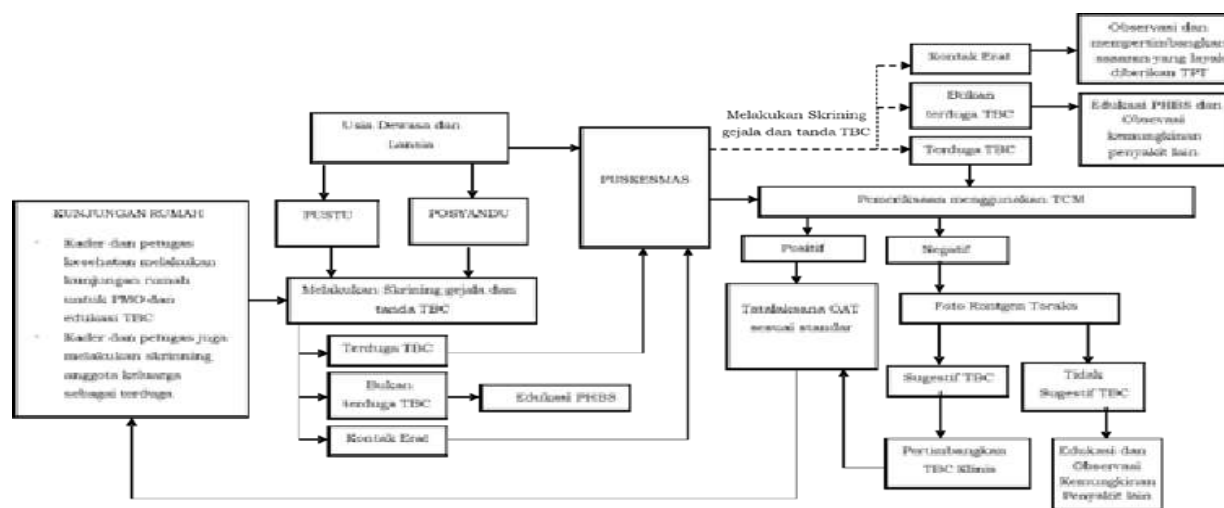
- 5) Tatalaksana PPOK dilakukan sesuai Panduan Praktek Klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- 6) Edukasi tentang bahaya akibat merokok dan paparannya, polusi udara di dalam dan luar ruang, serta perilaku CERDIK dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kader di tatanan keluarga,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

#### j. Skrining TBC

- 1) Sasaran skrining: seluruh usia dewasa dan lansia yang berkunjung ke Puskesmas, Pustu, Posyandu atau yang ditemui pada kegiatan kunjungan rumah baik sehat maupun sakit Sasaran diutamakan:
  - a) Kontak dengan pasien TBC
  - b) Orang dengan HIV/AIDS (ODHIV)
  - c) Penyandang DM
  - d) Ibu hamil
  - e) Urban Poor
  - f) Perokok

- g) Gizi buruk/Malnutrisi
  - h) Stunting
  - i) Kelompok risiko lainnya dengan HIV negatif atau tidak diketahui serta pasien immunokompromais lainnya (Pasien yang menjalani pengobatan kanker, pasien yang mendapatkan perawatan dialisis, pasien yang mendapat kortikosteroid jangka panjang, pasien yang sedang persiapan transplantasi organ, dll).
- 2) Frekuensi : sebaiknya 1x dalam sebulan
  - 3) Metode skrining: wawancara menggunakan tanda dan gejala serta edukasi hasil skrining. Dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas, Pustu, serta dibantu oleh kader di Posyandu dan pada kegiatan kunjungan rumah. Jika sarana memadai, metode skrining TBC dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan rontgen dada.
  - 4) Interpretasi hasil skrining: terduga TBC, Bukan terduga TBC, dan Kontak Erat (Penjelasan interpretasi hasil skrining TB mengacu pada penjelasan di Bab IV Kluster Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak)
  - 5) Tindak lanjut setelah skrining TBC:
    - a) apabila dapat mengeluarkan dahak, diperiksa Tes Cepat Molekuler (TCM) di Puskesmas. Pengambilan spesimen dahak/sputum 2 kali (Sewaktu-Pagi atau Sewaktu-sewaktu dengan jarak minimal 1 jam) di Pustu, kemudian dikemas dan dikirim ke Puskesmas.
    - b) Jika mengalami kendala mengakses layanan TCM berupa kesulitan transportasi, jarak dan kendala geografis maka penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis BTA sputum.
    - c) Jika terdiagnosis TBC dengan pemeriksaan mikroskopis, dilakukan pemeriksaan lanjutan menggunakan TCM untuk mengetahui apakah merupakan TBC sensitif atau resisten. Dinas kesehatan mengatur jejaring rujukan spesimen ke fasyankes TCM terdekat.
    - d) Hasil pemeriksaan TCM atau BTA akan menentukan apakah akan diberikan Obat Anti Tuberculosis (OAT) atau Terapi Pencegahan Tuberculosis (TPT), perlu Pendampingan minum obat oleh keluarga terdekat atau kader sehingga dapat dipastikan pengobatannya rutin dan lengkap.
  - e) Untuk TBC SO datang ke Puskesmas sebulan sekali untuk mengambil obat, untuk TB RO harus datang setiap hari ke Puskesmas.
  - f) Bagi pasien TBC SO yang datang ke Puskesmas dilakukan pemeriksaan sputum ulangan dengan BTA pada bulan ke 2, 5, 6 sebaik follow up pengobatan TBC. Untuk pasien TBC RO dilakukan pemeriksaan sputum ulangan tiap bulan dengan pemeriksaan BTA dan kultur.
- 6) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk melakukan pemantauan kepatuhan minum obat dan edukasi terkait TBC.
  - 7) Berikut alur layanan TBC pada Usia Dewasa dan Lansia





Gambar 31. Alur Layanan TBC pada Usia Dewasa dan Lansia

#### k. Skrining Malaria

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

#### l. Skrining Indera Penglihatan /Mata

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

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

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

    - a) Gangguan penglihatan ringan: visus  $< 6/12 - 6/18$
    - b) Gangguan penglihatan sedang: visus  $< 6/18 - 6/60$
    - c) Gangguan penglihatan berat: visus  $< 6/60 - 3/60$
    - d) Buta: visus  $< 3/60$
    - e) Normal: visus 6/6
    - f) Intervensi lanjut: Apabila ditemukan visus tidak lebih baik dari 6/12 dirujuk ke Puskesmas.
    - g) Kader selain melakukan pemeriksaan tajam penglihatan sederhana juga dapat memberikan edukasi terkait perilaku menjaga kesehatan mata.
- 2) Pemeriksaan Kelainan Refraksi
  - a) Sasaran: usia  $\geq 15$  tahun
  - b) Frekuensi: 1 tahun sekali
  - c) Tempat pelaksanaan: Puskesmas
  - d) Metode pemeriksaan:
    - (1) Pemeriksaan kelainan refraksi oleh Dokter dilakukan mulai dari anamnesis, pemeriksaan mata dasar, pemeriksaan visus, dan pemeriksaan koreksi subjektif sederhana.
    - (2) Anamnesis pada pasien sebelum pemeriksaan visus dan koreksi refraksi dilakukan untuk membedakan apakah pandangan kabur yang dialami pasien merupakan kelainan refraksi yang dapat dikoreksi dengan kacamata atau akibat adanya gangguan pada organ mata.
    - (3) Sedangkan pemeriksaan mata dasar sebelum koreksi refraksi bertujuan untuk menghindari kerancuan penyebab mata kabur yang tidak bisa dilakukan koreksi refraksi.
    - (4) Pemeriksaan visus menggunakan Snellen chart atau Tumbling E chart dilakukan pada jarak 6 meter dengan penerangan yang baik.
    - (5) Alat pemeriksaan yang diperlukan meliputi optotype Snellen Chart atau Tumbling E, Trial Frame dan okluder, Trial Lens, senter atau penlight, kipas astigmat dial, pinhole, penggaris untuk mengukur Pupil Distance (PD).

- (6) Langkah-langkah pemeriksaan dapat mengacu pada Modul Pelatihan Refraksi Bagi Dokter Umum di FKTP.
- e) Interpretasi hasil pemeriksaan:  
 Cara menuliskan hasil pemeriksaan refraksi subyektif:
- Tuliskan tajam penglihatan tanpa koreksi
  - Tuliskan koreksi lensa sferis dan lensa silindris beserta aksis yang diperlukan
  - Tuliskan tajam penglihatan terbaik dengan koreksi
  - Cantumkan keterangan “PH tetap” apabila tajam penglihatan terbaik tidak mencapai 6/6 dan tidak maju dengan pemberian pinhole.
  - Cantumkan keterangan “DE(-)”, artinya sudah dilakukan pemeriksaan Duke Elder’s Test dan hasilnya negatif.
  - Untuk keadaan presbiopia tuliskan addisi yang diperlukan dan cantumkan hasil tes penglihatan dekatnya.
- f) Intervensi Lanjut:  
 Rujukan dilakukan apabila ditemukan visus 6/9 pada salah satu atau kedua mata atau minimal –sferis 0,5 D atau –silindris minimal 0,25 D.
- 3) Pemeriksaan Katarak
- Pemeriksaan katarak bertujuan untuk mendeteksi adanya penyakit katarak pada mata dimana terjadi kekeruhan pada lensa mata yang menyebabkan penurunan tajam penglihatan, ditandai terlihatnya warna putih pada manik mata sehingga penglihatan menjadi berkabut.
  - Sasaran: orang berusia  $\geq 40$  tahun
  - Frekuensi: 1 tahun sekali
  - Tempat pelaksanaan: Puskesmas
  - Metode pemeriksaan:
    - Apabila pada pemeriksaan tajam penglihatan ditemukan visus  $< 6/18$  dan dengan tes pinhole tajam penglihatan tidak menjadi lebih baik, pemeriksaan dilanjutkan dengan pemeriksaan katarak.
    - Pada pemeriksaan segmen anterior dengan lup- senter terlihat warna kelabu atau putih di daerah pupil, menunjukkan adanya kekeruhan/katarak.
    - Selanjutnya dilanjutkan pemeriksaan shadow test untuk mengetahui derajat kekeruhan lensa. Pada shadow test bisa terdapat shadow positif, negatif, ataupun pseudo positif tergantung dari derajat kekeruhan lensa.
    - Pemeriksaan red refleks dengan oftalmoskop dilakukan untuk melihat refleks fundus (warna merah).
  - Interpretasi hasil:
    - Pada pemeriksaan shadow test, apabila seluruh pupil tetap putih, dan tidak ada bayangan iris di lensa yang keruh, maka tes shadow negati (-). Hal ini terdapat pada katarak stadium matur.
    - Apabila sebagian pupil menjadi hitam, yang merupakan bayangan iris di kekeruhan lensa, maka disebut tes bayangan (+) yang terdapat pada katarak immatur.

- c) Apabila terdapat bayangan iris pada kekeruhan lensa, namun terdapat jarak antara iris dan permukaan kapsul anterior lensa dan lensa telah menjadi keruh seluruhnya, maka tes shadow pseudopositif. Hal ini terdapat pada katarak stadium hiper matur.
  - d) Pada pemeriksaan red refleks, refleks fundus (warna merah) masih tampak pada katarak immatur. Sedangkan pada katarak matur, refleks fundus tidak terlihat lagi.
    - g) Tatalaksana kasus:
      - a) Kriteria rujukan:
        - a) Jika dari hasil pemeriksaan shadow test dan pemeriksaan refleks fundus ditemukan katarak matur
        - b) Jika pasien telah mengalami gangguan penglihatan yang signifikan
        - c) Jika timbul komplikasi
        - b) Perlu dilakukan edukasi dan konseling terkait perawatan katarak, serta dapat melakukan perawatan pasca operasi katarak (rujuk balik).
- m. Skrining Kebugaran
- 1) Sasaran skrining kebugaran adalah semua usia dewasa (pekerja dan non pekerja) serta lanjut usia.
  - 2) Skrining kebugaran jasmani bagi usia dewasa:
    - a) Skrining kebugaran dilakukan di Puskesmas, melalui pengukuran kebugaran minimal setiap 6 bulan sekali.
    - b) Metode yang digunakan adalah Metode Rockport. Metode ini sederhana dengan sarana yang minimal, sehingga dapat dilakukan oleh Puskesmas maupun bekerja sama dengan tempat kerja di wilayah kerjanya. Metode Rockport:
      - a) Merupakan tes pengukuran jasmani yang mudah, murah dan dapat dilakukan oleh semua lapisan masyarakat tanpa risiko yang besar terhadap cedera dan memiliki risiko minimal bagi yang memiliki faktor risiko terhadap penyakit.
      - b) Tes ini dilakukan dengan berjalan atau berlari di lintasan datar sepanjang 1,6 km (seperti halaman sekolah, kantor, fasilitas umum perumahan dan tidak harus lintasan atletik dalam stadion gelanggang olahraga).
      - c) Tes kebugaran jasmani dapat dilakukan menggunakan aplikasi SIPGAR (Sistem Informasi Pemeriksaan Kebugaran Jasmani Mandiri) yang berbasis android atau dilakukan secara manual pada daerah dengan jaringan telekomunikasi terbatas.
      - d) Pada pemeriksaan kebugaran jasmani dengan aplikasi SIPGAR peserta diminta mengisi data pribadi, data kesehatan dan kuisisioner PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire) untuk menilai kelayakan peserta sebelum melakukan pemeriksaan kebugaran. Peserta yang dinyatakan tidak layak perlu memastikan kondisi kesehatan kepada tenaga kesehatan, sementara yang dinyatakan layak dapat melanjutkan pengukuran kebugaran jasmani secara mandiri.

- e) Kategori tingkat kebugaran dinilai dengan melihat waktu tempuh, usia dan jenis kelamin berdasarkan tabel penilaian rockport (tabel B.1) dilanjutkan dengan program latihan fisik sesuai dengan tingkat kebugaran jasmani yang disarankan.
  - c) Rekomendasi aktivitas fisik berdasarkan tingkat kebugaran mengacu pada Tabel 2.
- 3) Skrining kebugaran jasmani bagi lansia
- a) Skrining kebugaran dilaksanakan di Puskesmas oleh petugas kesehatan minimal setiap 6 bulan sekali.
  - b) Metode yang digunakan adalah metode tes jalan 6 menit yang terdapat pada aplikasi SIPGAR maupun dilakukan manual pada daerah dengan jaringan telekomunikasi terbatas. Skrining ini cukup sederhana dengan sarana yang minimal. Tes jalan 6 menit dinilai sebagai pemeriksaan paling aman bagi lansia dan tidak berisiko ditengah-tengah pelaksanaan tes. Tes ini dinilai dari jarak yang dapat ditempuh dalam waktu 6 menit. Penilaian tes jalan 6 menit kelompok lansia dapat dilihat di tabel 3.
  - c) Skrining kebugaran jasmani dilanjutkan dengan program latihan fisik sesuai dengan tingkat kebugaran jasmani yang direkomendasikan. Rekomendasi latihan fisik untuk lansia:
    - a) Aktivitas fisik aerobik intensitas sedang 150 menit perminggu atau intensitas tinggi 75 menit perminggu atau kombinasi keduanya.
    - b) Aktivitas fisik untuk meningkatkan kekuatan otot dilakukan setidaknya 2 kali seminggu.
    - c) Lansia dengan mobilitas yang buruk perlu melakukan aktivitas fisik untuk meningkatkan keseimbangan dan mencegah jatuh setidaknya 3 kali seminggu.
    - d) Apabila lansia tidak dapat melakukan aktivitas fisik sesuai rekomendasi, dianjurkan untuk tetap melakukan aktivitas fisik sesuai kondisi dan kemampuannya dengan bantuan dari tenaga ahli seperti dokter olahraga, ortopedi, fisioterapi atau pelatih kebugaran.
  - d) Kader dapat melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi keluarga tentang pentingnya skrining kebugaran dan menjaga kebugaran.
- n. Skrining kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak (KtP/A) Penjelasan skrining KtPA mengacu pada penjelasan di Bab IV Klaster Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.
- o. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
- 1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dilaksanakan secara komprehensif dengan memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan pada usia

dewasa dan lanjut usia termasuk pada penyandang disabilitas yang dilaksanakan oleh nakes di Puskesmas dan Pustu serta kader Posyandu.

- 2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada usia dewasa dilaksanakan secara terintegrasi dan komprehensif paripurna dengan pendekatan paradigma sehat.
  - 3) Pelayanan Kesehatan gigi dan mulut pada usia dewasa dapat menggunakan pendekatan teknologi informasi seperti telemedisin untuk meminimalkan hilangnya waktu produktif, dilaksanakan secara terintegrasi dan komprehensif.
  - 4) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjut usia diutamakan pada pelayanan dengan pendekatan kuratif dan rehabilitatif dalam bentuk pengobatan dan pemulihan fungsi pengunyahan sesuai permasalahan kesehatangigi danmulut pada lanjut usia.
  - 5) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Lanjut Usia dilakukan secara komprehensif tanpa mengabaikan pendekatan promotive dan preventif dengan mempertimbangkan riwayat penyakit dan kondisi umum lanjut usia.
  - 6) Kader kesehatan saat kunjungan rumah melakukan melalui pemberian edukasi kepada usia dewasa untuk mempertahankan fungsi penyunyahan, identifikasi kondisi pengunyahan dan edukasi kepada lanjut usia untuk mempertahankan dan/atau memulihkan fungsi penguyahan serta menganjurkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut lanjutan jika diperlukan.
  - 7) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjutan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dalam rangka menindaklanjuti hasil identifikasi yang dilaksanakan oleh kader kesehatan.
- p. Pelayanan pengobatan farmakologis dan non farmakologi
- 1) Secara Umum:
 

Pelayanan pengobatan pada usia dewasa dan lansia disesuaikan dengan kasus dan kewenangan serta dapat dintegrasikan dengan pelayanan yang ada di FKTP. Diusahakan pelayanan di FKTP diberikan selesai dalam satu waktu (*one stop services*) atau bila tidak memungkinkan ditetapkan janji temu pada pertemuan berikutnya.
  - 2) Khusus penyakit kronis, monitoring bisa dilakukan di Pustu minimal 1x dalam sebulan, dan setiap 3 bulan sekali harus ke Puskesmas untuk monitoring hasil pengobatan dan deteksi dini komplikasi oleh dokter.
  - 3) Tata laksana penyakit juga memperhatikan Pelayanan Kesehatan Lingkungan. Penjelasan terkait Pelayanan Kesehatan Lingkungan mengacu pada penjelasan pada bab IV Klaster Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.
  - 4) Usia Dewasa dan lanjut usia dengan penyakit berpotensi KLB (daftar dan definisi operasional penyakit tercantum pada tabel 31) dilakukan penanganan sesuai ketentuan dan dilaporkan ke klaster 4 untuk ditindaklanjuti.
  - 5) Pelayanan kesehatan tradisional:
    - a) Pelayanan kesehatan tradisional dapat diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan usia dewasa dan lansia dalam rangka mendukung upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan di dalam gedung dan luar gedung Fasyankes (pemberdayaan masyarakat) oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi tambahan di bidang kestrad dan tenaga kesehatan tradisional.

- b) Pelayanan kesehatan tradisional pada usia dewasa dan lansia dilaksanakan dalam bentuk akupresur, akupunktur dan ramuan serta edukasi asuhan mandiri kestrad. Misal: akupunktur untuk membantu meningkatkan kesuburan/ reproduksi, akupresur untuk membantu mengurangi pegal/linu, ramuan untuk meningkatkan daya tahan tubuh, membantu pengendalian penyakit tidak menular (menurunkan tekanan darah, kadar gula darah, asam urat, kolesterol), dll.
- c) Kader kesehatan saat kunjungan rumah dapat melibatkan kader kestrad untuk melakukan edukasi ramuan dan akupresur kepada sasaran usia dewasa dan lansia terkait pemeliharaan kesehatan dengan memanfaatkan kesehatan tradisional.

## 2. Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa

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

Tabel 28. Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa

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

	Pelayanan penyakit akibat kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penegakkan diagnosis</li> <li>• Tata laksana</li> <li>• Rujukan</li> </ul>			
--	---------------------------------	---	--	--	--

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

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

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

- 1) Sasaran: Untuk usia dewasa yang sudah menikah (PUS)
- 2) Tempat pelaksanaan skrining: Skrining layak hamil berupa pemeriksaan kesehatan terbatas Pasangan Usia Subur (PUS) di Pustu, dan pemeriksaan kesehatan secara lengkap di Puskesmas oleh tenaga Kesehatan. Pelaksanaan dan tindak lanjut skrining layak hamil dapat dilaksanakan secara terpadu dengan program lain, seperti: program gizi, penyakit menular (TBC, HIV, Sifilis dan Hepatitis B dll), penyakit tidak menular (Hipertensi, Diabetes Melitus, Talasemia dll), dan pelayanan kejiwaan.
- 3) Metode: Skrining layak hamil dapat dilakukan secara mandiri oleh pasangan usia subur maupun dibantu oleh kader saat kegiatan Posyandu, sehingga dapat diketahui status kesehatannya apakah dapat menjalani kehamilan secara sehat atau layak untuk menjalani kehamilan. Skrining



dilaksanakan menggunakan aplikasi kescatin yang hasilnya kemudian diverifikasi dan ditindak lanjuti oleh petugas kesehatan atau manual dengan menggunakan formulir skrining layak hamil.

- 4) Interpretasi hasil: Skrining dilakukan untuk mengetahui kelayakan kondisi kesehatan Pasangan Usia Subur (PUS) sehingga dapat merencanakan kehamilan sehat. Bagi yang tidak layak hamil atau berisiko dipastikan untuk menggunakan kontrasepsi untuk menghindari kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan risiko tinggi, disamping dilakukan tatalaksana terkait masalah kesehatannya.
- 5) Pasangan Usia Subur (PUS) memiliki kondisi ideal untuk hamil dengan kriteria:
  - a) Usia 20-35 tahun
  - b) Jumlah anak kurang dari 3 orang
  - c) Jarak kehamilan lebih dari 2 tahun
  - d) Status gizi normal (IMT 18,5-24,9), Lingkar Lengan Atas (LiLA) lebih dari 23,5
  - e) Tidak memiliki riwayat kehamilan dengan komplikasi/ penyulit. Jika memiliki riwayat komplikasi pada kehamilan sebelumnya, periksa terlebih dahulu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
  - f) Tidak memiliki permasalahan kesehatan. Jika memiliki permasalahan kesehatan, dianjurkan untuk mendapatkan intervensi dan tatalaksana terlebih dahulu.
- 6) Kondisi kesehatan yang perlu diperhatikan:
  - a) Kadar Hb
  - b) Penyakit menular (HIV, Sifilis, Hepatitis, TB, Malaria, Kecacingan)
  - c) Penyakit tidak menular (Kanker, Hipertensi, DM, Jantung, Kanker, Autoimun)
  - d) Penyakit genetik (Thalasemia, Hemofilia).
  - e) Masalah Kesehatan Jiwa
  - f) Merokok/terpapar asap rokok
- 7) Intervensi lanjut dan tatalaksana sesuai hasil skrining layak hamil:
  - a) DiPustu:
    - a) PUS Layak hamil: konseling perencanaan kehamilan sehat.
      - a) Bagi yang berencana hamil dan ingin mengetahui kondisi kesehatannya lebih lanjut dapat disarankan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
      - b) Bagi yang tidak berencana hamil belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi.
      - c) Bagi yang tidak berencana hamil sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
    - b) PUS dapat hamil dengan pengawasan: rujuk ke puskesmas untuk mendapatkan tatalaksana, konseling dan perencanaan kehamilan
    - c) PUS tidak layak hamil: konseling, tatalaksana, dan pemasangan kontrasepsi

- a) PUS 4T sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
  - b) PUS 4T belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi
  - c) PUS ALKI (Anemia, Lila < 23,5 cm, mempunyai penyakit Kronis dan Infeksi menular Seksual) sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
  - d) PUS ALKI belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi, serta dirujuk untuk mendapatkan tatalaksana sampai kondisi kesehatannya sembuh atau terkontrol.
- b) Di Puskesmas
- a) PUS Layak hamil: konseling perencanaan kehamilan sehat.
  - b) Bagi yang berencana hamil dan ingin mengetahui kondisi kesehatannya lebih lanjut dapat dilakukan pemeriksaan kesehatan secara lengkap.
  - c) Bagi yang tidak berencana hamil belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi.
  - d) Bagi yang tidak berencana hamil sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
    - a) PUS dapat hamil dengan pengawasan: dilakukan tatalaksana, konseling dan perencanaan kehamilan
    - b) PUS tidak layak hamil: konseling; tatalaksana dan pemasangan kontrasepsi
  - e) PUS 4T sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
  - f) PUS 4T belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi
  - g) PUS ALKI sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
  - h) PUS ALKI belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi, serta tatalaksana sampai kondisi kesehatannya sembuh atau terkontrol.

**c. Pelayanan KB**

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

pelayanan, pelayanan kontrasepsi dan pasca pelayanan.

- a) Pra pelayanan dilakukan pemberian komunikasi, informasi dan edukasi, pelayanan konseling, penapisan kelayakan medis dan permintaan persetujuan tindakan tenaga kesehatan. Konseling yang diberikan meliputi manfaat, kesesuaian alat kontrasepsi, kemungkinan gejala efek samping dan cara-cara mengatasi serta alternatif pilihan alat kontrasepsi. Prinsip konseling membuat ibu mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan mereka.
- b) Pelayanan kontrasepsi adalah pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan vasektomi tanpa pisau (VTP). Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan pada masa interval, paska persalinan, paska keguguran dan pelayanan kontrasepsi darurat. Pelayanan KB pada paska persalinan dan paska keguguran bekerjasama dengan klaster 2.
- c) Paska pelayanan kontrasepsi meliputi pemberian konseling dan pelayanan medis/rujukan bila diperlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi.

3) Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan di:

- a) Posyandu: Pil, suntik dan kondom.
- b) Pustu: Pil, suntik, kondom, implant dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR).
- c) Puskesmas: Pil, suntik, kondom, implant dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) dan Metode Operasi Pria (MOP) berupa vasektomi tanpa pisau (VTP).
- 4) Kader dapat membantu petugas kesehatan dalam memberikan edukasi dan mobilisasi (misalnya pemberian kondom).

d. Pelayanan Penyakit Akibat Kerja

- 1) Penyakit Akibat Kerja adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan/atau lingkungan kerja.
- 2) Sasaran adalah seluruh pekerja sektor formal dan informal yang telah didiagnosis klinis penyakit yang dicurigai ada hubungannya dengan pekerjaan dan lingkungan kerjanya
- 3) Tempat pelayanan:
  - a) Penyakit akibat kerja yang spesifik pada jenis pekerjaan tertentu yang dapat ditegakkan di FKTP, termasuk gangguan atau penyakit yang disebabkan oleh kecelakaan kerja.
  - b) Penyakit Akibat Kerja yang spesifik pada jenis pekerjaan tertentu merupakan Penyakit Akibat Kerja yang sudah ditetapkan daftar diagnosisnya (Tabel 4) dan langsung dapat ditegakkan di Puskesmas/FKTP dan/atau Rumah Sakit oleh dokter atau dokter spesialis yang berkompeten di bidang tata laksana penyakit akibat kerja sesuai dengan kewenangan masing-masing dan ketentuan perundang-undangan

## 4) Metode Penegakan Diagnosis

Dilaksanakan dengan pendekatan 7 (tujuh) langkah yang meliputi:

- a) Penentuan diagnosis klinis
  - b) Penentuan pajanan yang dialami pekerja di tempat kerja
  - c) Penentuan hubungan antar pajanan dengan diagnosis klinis
  - d) Penentuan besarnya pajanan selama ditempat kerja
  - e) Penentuan faktor individu yang berperan
  - f) Penentuan faktor lain di luar tempat kerja
  - g) Penetapan diagnosis Penyakit Akibat Kerja
- 5) Interpretasi hasil
- Kategori penetapan diagnosis penyakit akibat kerja terdiri dari:
- (1) Penyakit Akibat Kerja yang spesifik pada jenis pekerjaan tertentu; dan
  - b) Dugaan Penyakit Akibat Kerja
  - c) Dugaan Penyakit Akibat Kerja merupakan penyakit yang diduga disebabkan oleh pekerjaan dan/atau lingkungan kerja.
- 6) Tata Laksana
- Tata laksana Penyakit Akibat Kerja dilakukan sesuai dengan kebutuhan medis, yang meliputi:
- a) tata laksana medis; dan
  - b) tatalaksana okupasi baik untuk individu maupun komunitas.
- 7) Rujukan
- Apabila Fasilitas Pelayanan Kesehatan tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan Penyakit Akibat Kerja sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/ atau ketenagaan wajib merujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang memiliki kompetensi sesuai sistem rujukan.
- 8) Intervensi lanjut
- Untuk Penegakan diagnosis Penyakit Akibat Kerja pada dugaan penyakit Akibat Kerja dilakukan di Rumah sakit.

## 3. Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia

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

Tabel 29. Pelayanan Kesehatan Lansia

Pelayanan Lanjut Usia				
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan		
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)

Penurunan fungsi dan metabolisme tubuh (PM, PTM, demensia, keterbatasan aktivitas fisik, tingkat ketergantungan)	Skrining geriatri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perilaku berisiko;</li> <li>• BB, TB (atau LiLA dan Lingkar betis), LP, IMT, TD;</li> <li>• Skrining Akfififa3 Kehidupan Sehari-hari (AKS/ADL) dan skrining lansia sederhana (SKILAS),</li> <li>• Tindak lanjut SKILAS dengan Mini Cog, SPPB, RAPUH, MNA-SF, GDS-4, Snellen chart/E-chart dan Tes Bisik/Garpu tala</li> <li>• pemeriksaan laboratorium (gula darah, kolesterol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnesa perilaku berisiko;</li> <li>• BB, TB (atau LiLA dan Lingkar betis), LP, IMT, TD;</li> <li>• Skrining Akfififa3 Kehidupan Sehari-hari (AKS/ADL) dan skrining lansia sederhana (SKILAS),</li> <li>• pemeriksaan laboratorium (gula darah, kolesterol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnesa perilaku berisiko;</li> <li>• BB, TB (atau LiLA dan Lingkar betis), LP, IMT, TD;</li> <li>• Skrining Akfififa3 Kehidupan Sehari-hari (AKS/ADL) dan skrining lansia sederhana (SKILAS),</li> <li>• pemeriksaan laboratorium (gula darah, kolesterol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan lansia mendapatkan pelayanan skrining</li> <li>• Edukasi keluarga</li> <li>• Asuhan Keperawatan di rumah (perawatan jangka panjang)</li> </ul>
	Perawatan lanjut usia di rumah (Home Care)	Koordinasi dengan tim dalam rencana tindakan/intervensi keperawatan dan melakukan rujukan sesuai kondisi lanjut usia			

a. Skrining Geriatri

1) Pelaksanaan Skrining

- a) Sasaran: seluruh lanjut usia umur 60 tahun ke atas ( $\geq 60$  tahun)
- b) Frekuensi: dilakukan minimal 1 tahun sekali
- c) Tempat pelaksanaan: Puskesmas, Pustu, Posyandu
- d) Metode:
  - (1) Pemeriksaan status fungsional/aktifitas kehidupan sehari-hari dan skrining lansia sederhana (SKILAS), menggunakan instrument Activity Daily Living (ADL)/ Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) dan instrument skrining lansia sederhana (Formulir 5).
  - (2) Skrining dilakukan pada saat lanjut usia kontak pertama kali dengan petugas kesehatan di puskesmas atau Pustu atau dengan kader di

Posyandu.

- 2) Interpretasi hasil:
  - a) Hasil pemeriksaan skrining ADL/AKS, jika skor: 20 : Mandiri (A)12-19  
: Ketergantungan ringan (B) 9-11 : Ketergantungan sedang (B) 5-8  
: Ketergantungan berat (C)\0-4 : Ketergantungan total (C)
  - b) Hasil pemeriksaan skrining lansia sederhana (SKILAS): jika ditemukan 1 atau lebih penurunan kapasitas intrinsik (satu atau lebih yang dicentang), maka skrining dilanjutkan oleh petugas kesehatan berdasarkan penurunan kapasitas intrinsik yang ditemui sesuai alur asuhan lanjutan.
  
- 3) Intervensi lanjut:
  - a) Puskesmas dan Pustu Anamnesa perilaku berisiko, pengukuran BB, TB (ukur LiLA dan lingkaran betis apabila tidak dapat dilakukan BB, TB), Indeks Masa Tubuh (IMT), Lingkaran Perut, Tekanan Darah, skrining ADL/AKS, skrining lansia sederhana/SKILAS serta pemeriksaan laboratorium gula darah dan kolesterol. Hasil skrining ditindaklanjuti dan ditatalaksana sesuai dengan hasil pemeriksaan.
    - a) Jika hasil pemeriksaan skrining ADL ditemukan:
      - a) lanjut usia sehat dan mandiri atau lanjut usia sehat dengan ketergantungan ringan, dapat mengikuti program lansia di ruangan tertentu/ruang kegiatan lansia dengan berbagai aktifitas seperti latihan fisik, stimulasi kognitif, edukasi/konseling, PMT, penyuluhan, interaksi sosial. Setelah itu pasien dapat pulang.
      - b) Lanjut usia sehat dengan ketergantungan sedang, berat atau total, maka harus mengikuti program layanan perawatan di rumah (homecare), dapat melibatkan pelaku rawat/pendamping/caregiver atau dirujuk ke Rumah Sakit.
      - c) Lanjut usia paska rawat 2 minggu pertama, lanjut usia yang memerlukan asuhan nutrisi, lansia yang memerlukan pendampingan, memiliki masalah psiko- kognitif) dengan status fungsional mandiri dapat dilayani di ruang kegiatan, sedangkan lansia dengan derajat ketergantungan ringan sampai sedang harus dipantau dokter selama mengikuti program di ruang kegiatan.
    - b) Jika hasil pemeriksaan skrining lansia sederhana ditemukan satu atau lebih penurunan kapasitas intrinsik, maka dilakukan skrining lanjutan oleh petugas kesehatan berdasarkan penurunan kapasitas intrinsik yang ditemukan sesuai alur asuhan lanjutan menggunakan instrumen Geriatric Depression Scale 4 (GDS-4). Mini Cog/ AMT, RAPUH, SPPB, dan Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), dst. Rangkuman instrumen ICOPE di Puskesmas sebagai tindak lanjut SKILAS.

Tabel 30. Rangkuman instrument ICOPE di Puskesmas

NO	PENURUNAN KAPASITAS INSTRINSIK	INSTRUMEN
1	Penurunan Kognitif	Mini-Cog/AMT
2	Keterbatasan Mobilitas	Short Physical Performance Battery (SPBB)
3	Malnutrisi	MNA SF Skrining R.A.P.U.H

4	Gangguan Penglihatan	Tes Penglihatan dengan Bagan Mata Sederhana WHO
5	Gangguan Pendengaran	Tes Bisik
6	Gejala Depresi	Geriatric Depression Scale (GDS-4)
7	Status Fungsional	Activity Daily Living (ADL)
8	Sarcopenia	Kuesioner SARC-CalF

- c) Jika hasil skrining ADL dan SKILAS meragukan atau tidak dapat ditangani di Puskesmas, maka dilakukan rujukan ke Rumah Sakit
  - b) Kegiatan Posyandu
    - a) Skrining kesehatan pada Lanjut usia berupa anamnesa perilaku berisiko, pengukuran BB, TB (LiLA dan lingkaran betis apabila tidak dapat dilakukan BB, TB), Indeks Masa Tubuh (IMT), Lingkaran Perut, Tekanan Darah, pemeriksaan laboratorium sederhana (gula darah, kolesterol), serta skrining ADL/AKS dan SKILAS.
    - b) Kegiatan aktivitas fisik (senam, jalan sehat), konseling, penyuluhan, pemberdayaan lanjut usia, pemberian PMT, kegiatan lintas sektor.
    - c) Jika hasil skrining ADL/AKS ditemukan:
      - lanjut usia sehat dan mandiri, dapat mengikuti kegiatan di posyandu seperti aktifitas fisik, stimulasi kognitif, edukasi/konseling, PMT, penyuluhan, interaksi sosial, rekreasi, dll.
      - Lanjut usia sehat dengan ketergantungan ringan, sedang, berat atau total, maka dirujuk ke Pustu/ Puskesmas.
    - d) Jika hasil pemeriksaan skrining SKILAS ditemukan satu atau lebih penurunan kapasitas intrinsik, maka dilakukan skrining lanjutan oleh petugas kesehatan di Pustu atau puskesmas berdasarkan penurunan kapasitas intrinsik yang ditemukan sesuai alur asuhan lanjutan.
  - c) Kunjungan rumah dilakukan oleh kader bagi lansia yang tidak datang atau belum mau datang atau dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat dengan memastikan lansia mendapatkan layanan skrining dan memberikan edukasi pada keluarga.
  - 4) Skrining geriatri dapat dilakukan oleh dokter, perawat, tenaga gizi dan tenaga kesehatan lainnya yang terlatih.
  - 5) Pasien geriatri yang bisa ditangani di puskesmas adalah pasien geriatri dengan penyakit yang bisa ditangani sesuai kompetensi dokter umum.
- b. Perawatan Lanjut Usia di Rumah (*Home Care*)
- 1) Sasaran: seluruh lanjut usia umur 60 tahun ke atas ( $\geq 60$  tahun) dengan tingkat ketergantungan sedang, berat atau total
  - 2) Tempat pelaksanaan: di rumah oleh tenaga kesehatan/ kader/ keluarga/relawan/pekerja sosial, dll
  - 3) Program asuhan keperawatan lanjut usia di rumah ditujukan untuk:

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

#### **F. KLASSTER PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR**

Penanggulangan penyakit menular ditujukan untuk: a. melindungi masyarakat dari penularan penyakit; b. menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit menular; dan c. mengurangi dampak sosial, budaya, dan ekonomi akibat penyakit menularpadaindividu, keluarga, danmasyarakat.

Strategi dalam penyelenggaraan penanggulangan penyakit menular meliputi:

- a. mengutamakan pemberdayaan masyarakat;
  - b. mengembangkan jejaring kerja, koordinasi, dan kemitraan serta kerja sama lintas program, lintas sektor, dan internasional;
  - c. meningkatkan penyediaan sumber daya dan pemanfaatan teknologi;
  - d. mengembangkan sistem informasi; dan
  - e. meningkatkan dukungan penelitian dan pengembangan.
- Strategi penanggulangan penyakit menular di atas dilakukan melalui kegiatan:
1. promosi kesehatan;
  2. surveilans kesehatan;
  3. pengendalian faktor risiko;
  4. penemuan kasus;
  5. penanganan kasus;
  6. pemberian kekebalan (imunisasi);
  7. pemberian obat pencegahan secara massal.



Prioritas dalam penanggulangan penyakit menular tertuju pada:

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

#### **A. Kegiatan Kluster Penanggulangan Penyakit Menular**

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

2. Merencanakan dan melaksanakan tindak lanjut yang diperlukan, yaitu:
  - a. Bekerja sama dengan Pustu sebagai jaringan di tingkat desa:
    - 1) Melaksanakan investigasi kontak terhadap kontak serumah dan kontak erat bersama kader Posyandu setempat.
    - 2) Pemantauan minum obat
    - 3) Pelacakan kasus putus obat
    - 4) Pemantauan faktor risiko lainnya
    - 5) edukasi terkait informasi dasar tentang TBC (cara penularan, cara pencegahan, pengobatan, dan lain-lain)
    - 6) Investigasi dan atau intervensi kualitas lingkungan (rumah tinggal, sarana sanitasi dan air minum, hygiene perorangan).
  - b. Kunjungan rumah oleh nakes/kader
    - 1) Penemuan kasus aktif dengan investigasi kontak
    - 2) Pengawasan minum obat
    - 3) Pelacakan kasus putus obat
    - 4) Pemantauan faktor risiko lainnya
    - 5) edukasi terkait informasi dasar terkait TBC (cara penularan, cara pencegahan, pengobatan, dan lain-lain)
  - c. Melakukan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan
  - d. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan

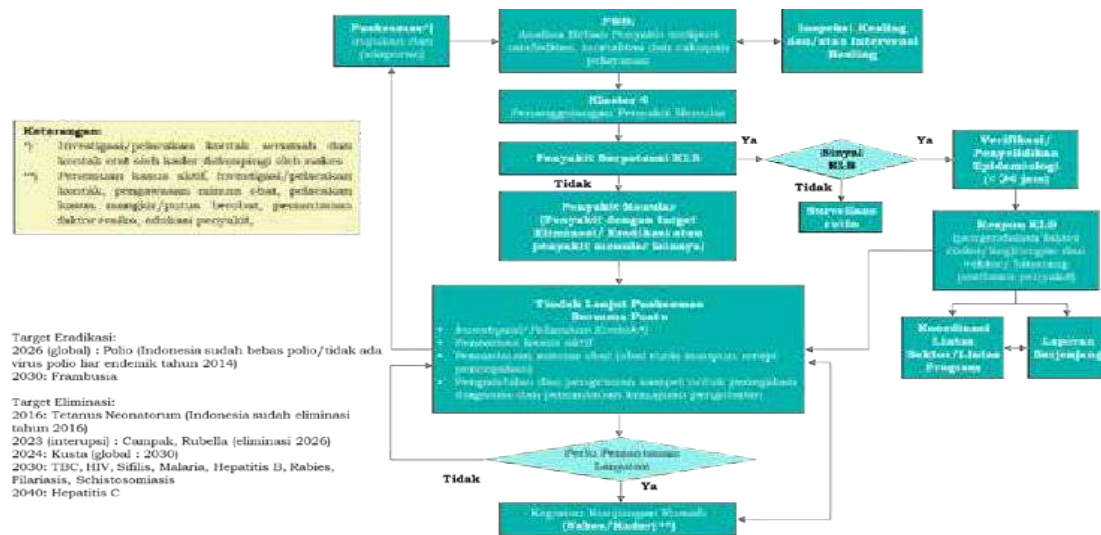
#### **B. Pengawasan Kualitas Lingkungan**

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

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

**C. Alur Kerja Kluster Penanggulangan Penyakit Menular**

**1. Mekanisme Kerja Kluster 4 (Penanggulangan Penyakit Menular)**



Gambar 32. Alur Kerja Kluster Penanggulangan Penyakit Menular

Alur mekanisme kerja kluster 4 adalah sebagai berikut:

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

## 2. Jenis Penyakit Menular yang Dapat Menimbulkan Wabah

Di bawah ini adalah beberapa penyakit berpotensi KLB/Wabah

Tabel 30. Rangkuman instrument ICOPE di Puskesmas

Penyakit	Kode	ICD 10
Diare Akut	A	A09
Malaria Konfirmasi	B	B51, B52, B53, B54
Suspek Dengue	C	A90, A91
Pneumonia	D	J13, J14, J15, J16, J17, J18
Diare Berdarah/Disentri	E	A03, A06
Suspek Demam Tifoid	F	A01, A02, A75
Sindroma Jaundice Akut	G	A95, B15, B17.9, R17
Suspek Chikungunya	H	A92
Suspek Flu Burung Pada Manusia	J	J09, J10, J11

Penyakit	Kode	ICD 10
Suspek Campak	K	B05, B06
Suspek Difteri	L	A36
Suspek Pertusis	M	A37.9
AFP	N	A80, G54, G56, G57, G61, G62, G63, G70, G71, G72, G73, G81, G82, G83, E876
Gigitan Hewan Penular Rabies	P	A82.9, Z20.3, W54, W55
Suspek Antraks	Q	A22
Suspek Leptospirosis	R	A27.9
Suspek Kolera	S	A00.9
Kluster Penyakit Yang Tidak Lazim	T	
Suspek Meningitis/Encephalitis	U	G03.9, G04.9
Tetanus Neonatorum	V	A33
Suspek Tetanus	W	A35
Influenza Like Illness (ILI)	Y	J09, J10, J11
Suspek HFMD	Z	B08.4
Suspek Covid-19	AC	U07.1, U07.2, B34.2

Sumber: Pedoman SKDR

### 3. Paket Pelayanan Penanggulangan Penyakit Menular

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

Tabel 32. Paket Pelayanan Penanggulangan Penyakit Menular

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

		pembangunan sarana <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan teknologi tepat guna</li> <li>• Rekayasa lingkungan</li> </ul>			dan pembangunan sarana
	Penemuan kasus	Penemuan kasus aktif dan pasif	Penemuan kasus aktif dan pasif	Penemuan kasus aktif	Penemuan kasus aktif
<b>Pelayanan Lanjut Usia</b>					
<b>Sasaran Masalah Kesehatan</b>	<b>Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Delivery Unit</b>			
		<b>Puskesmas (Kecamatan)</b>	<b>Pustu (Desa/Kelurahan)</b>	<b>Posyandu (Dusun/RT/RW)</b>	<b>Kunjungan Rumah (Rumah/Masyarakat)</b>
	Survey kontak (investigasi/pelacakan kontak/tracing)	Survey kontak (investigasi/pelacakan kontak/tracing)	Survey kontak (investigasi/pelacakan kontak/tracing)	-	• Survey kontak (investigasi/tracing)
	Verifikasi/ Penyelidikan epidemiologi	Verifikasi/ Penyelidikan epidemiologi	Verifikasi/ Penyelidikan epidemiologi	-	-
	Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunisasi rutin dan tambahan</li> <li>• Outbreak response immunization (ORI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunisasi rutin dan tambahan</li> <li>• Outbreak response immunization (ORI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunisasi rutin dan tambahan</li> <li>• Outbreak response immunization (ORI)</li> </ul>	-
	Pencegahan massal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian obat secara massal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian obat secara massal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian obat secara massal</li> </ul>	-
	Respon KLB/wabah: • Pengendalian faktor risiko/lingkungan/vektor dan binatang pembawa penyakit dan binatang pembawa	Respon KLB/wabah: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengendalian faktor risiko/lingkungan/vektor dan binatang pembawa penyakit,</li> <li>• Pengambilan spesimen klinis dan sampel lingkungan, vektor dan</li> </ul>	Respon KLB/wabah: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengendalian faktor risiko/lingkungan/vektor dan binatang pembawa penyakit</li> <li>• Pengambilan</li> </ul>	Respon KLB: Pemantauan dan pengendalian faktor risiko/lingkungan/vektor dan binatang pembawa penyakit	Respon KLB: Pemantauan dan pengendalian faktor risiko/lingkungan/vektor dan binatang pembawa penyakit

	a penyakit, • Pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium	BPP untuk pemeriksaan laboratorium	spesimen untuk pemeriksaan laboratorium		
--	---	--	--	--	--

### G. LINTAS KLASTER

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

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

#### A. Pelayanan gawat darurat;

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

Pelayanan Kegawatdaruratan harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan. Kriteria kegawatdaruratan antara lain, yaitu:

- a) mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan;
- b) adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;
- c. adanya penurunan kesadaran;
- d. adanya gangguan hemodinamik; dan/atau memerlukan tindakan segera.

Pelayanan kegawatdaruratan wajib diberikan oleh Puskesmas baik rawat inap dan non rawat inap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan gawat darurat dilaksanakan dalam ruangan khusus

dengan standar sesuai peraturan yang berlaku. Dalam memberikan Pelayanan kegawatdaruratan yang optimal Puskesmas perlu memenuhi SDM, sarana prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

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

### 1. **Triase**

Memilah Pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit. Dimana dilakukan pemberlakuan sistem prioritas dengan penentuan/ penyeleksian Pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan: a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit, b) Dapat mati dalam hitungan jam, c) Trauma ringan dan d) Sudah meninggal.

### 2. **Survei primer**

Penilaian awal, resusitasi dan stabilisasi

### 3. **Survei sekunder**

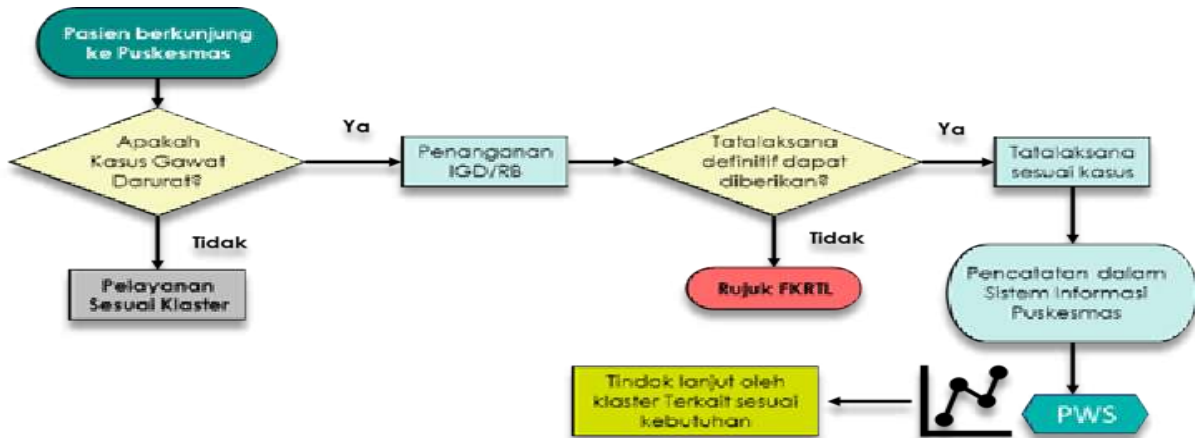
Pemeriksaan lanjutan sesuai kebutuhan

### 4. **Tatalaksana definitif**

Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap Pasien

### 5. **Rujukan**

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



Gambar 33. Peran Pelayanan Kegawatdaruratan dalam Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer

## **B. Pelayanan kefarmasian;**

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

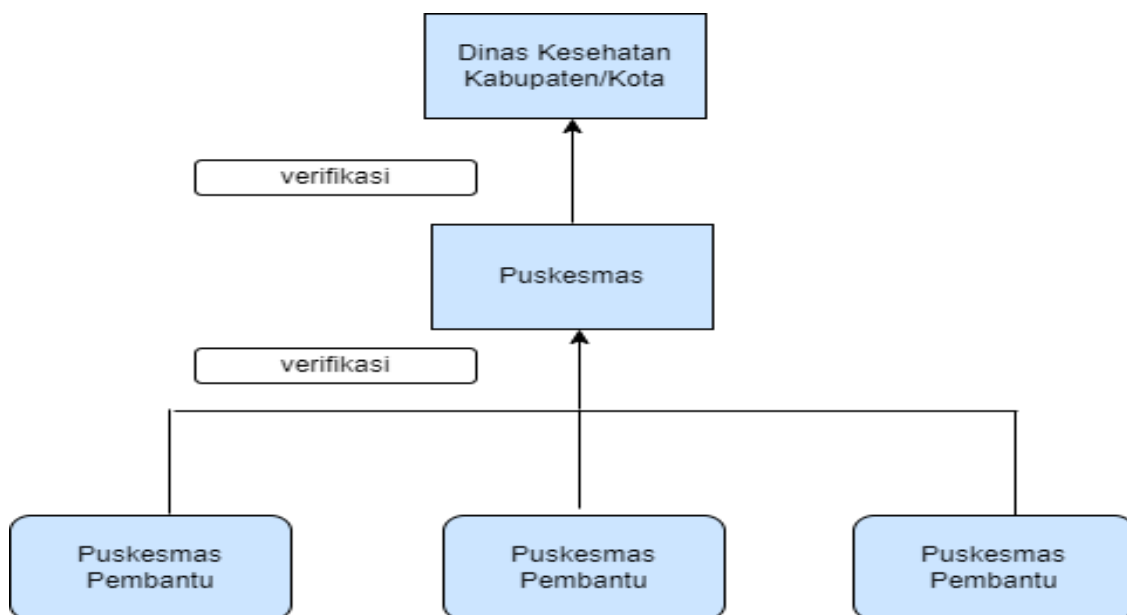
### 1. **Pengelolaan Sediaan Farmasi dan BMHP**

#### **a. Perencanaan**

Perencanaan kebutuhan sediaan farmasi dan BMHP di puskesmas setiap periode, dilaksanakan oleh apoteker atau tenaga teknis kefarmasian (TTK) pengelola ruang farmasi. Perencanaan obat yang baik dapat mencegah kekurangan/kekosongan atau kelebihan stok obat dan menjaga ketersediaan obat di puskesmas. Perencanaan merupakan proses kegiatan seleksi Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai untuk menentukan jenis dan jumlah Sediaan Farmasi dalam rangka pemenuhan kebutuhan Puskesmas



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



Gambar 34. Bagan alur perencanaan kebutuhan sediaan farmasi dan BMHP

### **b. Pengadaan/Permintaan**

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

#### 1) Permintaan

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

#### 2) Pengadaan mandiri (pembelian)

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

### **c. Penerimaan**

- 1) Penerimaan sediaan farmasi dan BMHP dari Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (IFK) dan sumber lainnya merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan oleh apoteker atau tenaga teknis kefarmasian (TTK) penanggungjawab ruang farmasi di puskesmas. Apoteker dan TTK penanggungjawab ruang Farmasi bertanggungjawab untuk memeriksa kesesuaian jenis, jumlah dan mutu obat pada dokumen penerimaan.
- 2) Pemeriksaan mutu meliputi pemeriksaan label, kemasan dan jika diperlukan bentuk fisik obat. Setiap obat yang diterima harus dicatat jenis, jumlah dan tanggal kedaluwarsanya dalam buku penerimaan dan kartu stok obat.

### **d. Penyimpanan**

- 1) Penyimpanan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai merupakan suatu kegiatan pengaturan terhadap Sediaan Farmasi yang diterima agar aman (tidak hilang), terhindar dari kerusakan fisik maupun kimia dan mutunya tetap terjamin, sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.
- 2) Tujuan penyimpanan adalah untuk memelihara mutu sediaan farmasi, menghindari penggunaan yang tidak bertanggungjawab, menjaga ketersediaan, serta memudahkan pencarian dan pengawasan.
- 3) Aspek umum yang perlu diperhatikan pada penyimpanan:
  - a. Persediaan obat dan BMHP puskesmas disimpan di gudang obat yang dilengkapi lemari dan rak-rak penyimpanan obat.

- b. Suhu dan kelembaban ruang penyimpanan harus dapat menjamin kestabilan obat.
- c. Sediaan farmasi dalam jumlah besar (bulk) disimpan diatas pallet, teratur dengan memperhatikan tanda-tanda khusus.
- d. Penyimpanan sesuai alfabet atau kelas terapi dengan sistem, *First Expired First Out* (FEFO), *high alert* (LASA) dan *life saving* (obat emergensi).
- e. Sediaan psikotropika dan narkotika disimpan dalam lemari terkunci dan kuncinya dipegang oleh apoteker atau tenaga teknis kefarmasian yang dikuasakan.
- f. Sediaan farmasi dan BMHP yang mudah terbakar, disimpan di tempat khusus dan terpisah dari obat lain. Contoh: alkohol, chlor etil dan lain-lain.
- g. Tersedia lemari pendingin untuk penyimpanan obat tertentu yang disertai dengan alat pemantau dan kartu suhu yang diisi setiap harinya.
- h. Jika terjadi pemadaman listrik, dilakukan tindakan pengamanan terhadap obat yang disimpan pada suhu dingin. Sedapat mungkin, tempat penyimpanan obat termasuk dalam prioritas yang mendapatkan listrik cadangan(genset).
- i. Obat yang mendekati kedaluwarsa (3 sampai 6 bulan sebelum tanggal kedaluwarsa tergantung kebijakan puskesmas) diberikan penandaan khusus dan diletakkan ditempat yang mudah terlihat agar bisa digunakan terlebih dahulu sebelum tiba masa kedaluwarsa
- j. Inspeksi/pemantauan secara berkala terhadap tempat penyimpanan obat

4) Aspek khusus yang perlu diperhatikan:

a) *Obat High Alert*

High Alert adalah obat yang perlu diwaspadai karena menyebabkan terjadinya kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*) dan berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*).

Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

- (1) Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan dapat mengakibatkan kematian dan kecacatan seperti insulin, atau obat antidiabetik oral
- (2) Obat dengan nama, kemasan, label, penggunaan klinik/ kelihatan sama (*look alike*) dan bunyi ucapan sama (*sound alike*) biasa disebut LASA atau disebut juga Nama Obat dan Rupa Ucapan Mirip (NORUM). Contoh Tetrasiklin dan Tetrakain
- (3) Elektrolit konsentrat seperti natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% atau magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40% atau lebih

b) Obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor

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

Tempat penyimpanan narkotika, psikotropika berupa lemari khusus dengan persyaratan:

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

c) Obat Kegawatdaruratan Medis

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

Gambar 35. Kit Emergensi dilengkapi kunci pengaman disposibel



Gambar 36. Tas emergensi dilengkapi kunci pengaman disposibel

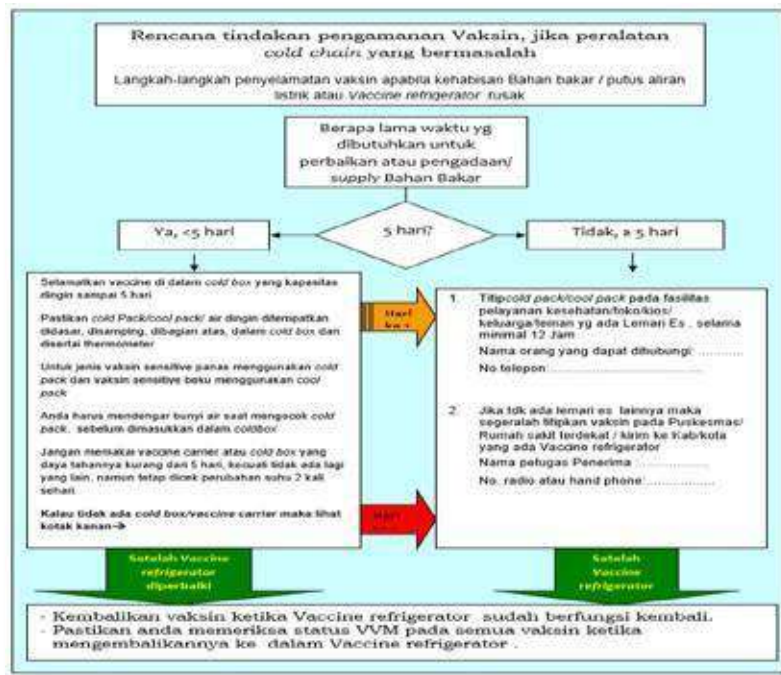
d) Penyimpanan vaksin

- (1) Penyimpanan vaksin merupakan suatu kegiatan pengaturan terhadap vaksin yang diterima agar aman, terhindar dari kerusakan fisik maupun kimia dan mutunya dipertahankan sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan hingga pada saat digunakan. Vaksin merupakan bahan biologis yang mudah rusak sehingga
- (2) Harus disimpan pada suhu tertentu (pada suhu 2<sup>0</sup>C -8<sup>0</sup>C) di dalam *vaccine refrigerator*.

	PROVINSI	KAB./KOTA	PCM/PUSTU	Idaru/LPK
	2 BLN+1 BLN	1 BLN-1 BLN	1 BLN+1 MG	1 BLN+1 MG
POLO	-15°C s.d. -25 °C			
DFT-HB-HB				
DFT				
BCG				
CAMPAK	2°C s.d. 8°C			
Td				
EPV				
Hepatitis B				

Gambar 37. Penyimpanan vaksin

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

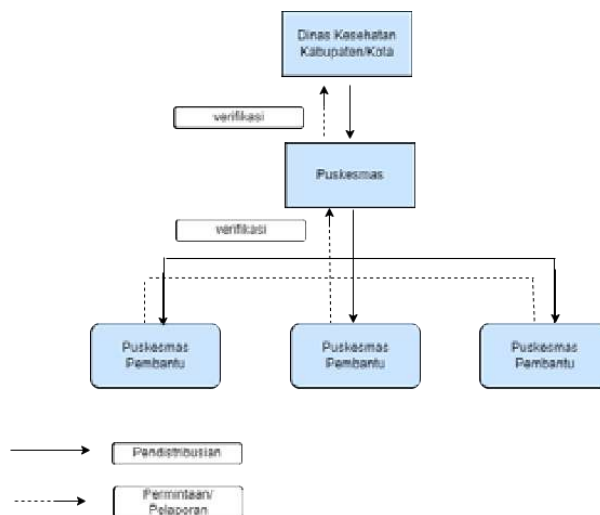


Gambar 38. Langkah-langkah penyelamatan

vaksin pada keadaan tertentu

### e. Pendistribusian

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



Gambar 39. Bagan Pendistribusian Sediaan Farmasi dan BMHP

### f. Pemusnahan dan Penarikan

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

### g. Pengendalian

Pengendalian persediaan adalah suatu kegiatan untuk memastikan ketersediaan obat dan BMHP. Tujuan pengendalian agar tidak terjadi kekurangan/kekosongan dan kelebihan obat dan BMHP di jaringan pelayanan puskesmas.

#### 1) Pengendalian Persediaan

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

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

#### 2) Pengendalian Penggunaan

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

Kegiatan pengendalian penggunaan mencakup:

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

#### c) Pencatatan

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

Fungsi kartu stok obat:

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

vHal yang harus diperhatikan:

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

3) Penanganan Ketika terjadi kehilangan, kerusakan, dan kedaluwarsa

- a) Pemusnahan dan penarikan obat yang tidak dapat digunakan harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b) Untuk pemusnahan narkotika, psikotropika dan prekursor dilakukan oleh apoteker penanggungjawab dan disaksikan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota dan dibuat berita acara pemusnahan.
- c) Obat yang rusak dan/kedaluwarsa atau akan dilakukan penarikan dilakukan pemisahan dan penandaan khusus dan diletakkan ditempat yang aman.
- d) Jika terjadi selisih stok maka dapat dilakukan penelusuran melalui data pencatatan pada kartu stok. Jika ada kehilangan maka harus dilaporkan kepada pimpinan puskesmas

**h. Pencatatan dan Pelaporan**

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

**i. Pemantauan dan Evaluasi Pengelolaan**

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

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



## 2. Pelayanan Farmasi Klinis

### a. Pengkajian dan Pelayanan Resep

- 1) Pengkajian dan pelayanan resep merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, pengkajian resep, penyiapan termasuk peracikan obat, dan penyerahan disertai pemberian informasi. Pengkajian dan pelayanan resep dilakukan untuk semua resep yang masuk tanpa kriteria khusus pasien.
- 2) Pengkajian resep dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawatjalan.
- 3) Persyaratan administrasi meliputi:
  - Nama, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien.
  - Nama, dan paraf dokter.
  - Tanggal resep.
  - Ruangan/unit asal resep.
- 4) Persyaratan farmasetik meliputi:
  - .. Bentuk dan kekuatan sediaan.
  - Dosis dan jumlah Obat.
  - Stabilitas dan ketersediaan.
  - Aturan dan cara penggunaan.
  - Inkompatibilitas (ketidakcampuran Obat).
- 5) Persyaratan klinis meliputi:
  - Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan Obat.
  - Duplikasi pengobatan.
  - Alergi, interaksi dan efek samping Obat.
  - Kontra indikasi.
  - Efek adiktif.

### b. Pelayanan Informasi Obat

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

Tujuan:

- 1) Menyediakan informasi mengenai Obat kepada tenaga kesehatan lain di lingkungan Puskesmas, pasien dan masyarakat.
- 2) Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan yang berhubungan dengan Obat (contoh: kebijakan permintaan Obat oleh jaringan dengan mempertimbangkan stabilitas, harus memiliki alat penyimpanan yang memadai).
- 3) Menunjang penggunaan Obat yang rasional Contoh kegiatan:
  - 1) Memberikan dan menyebarkan informasi kepada konsumen secara proaktif dan pasif.
  - 2) Menjawab pertanyaan dari pasien maupun tenaga kesehatan melalui telepon, surat atau tatap muka.
  - 3) Membuat buletin, leaflet, label Obat, poster, majalah dinding dan lain-lain.
  - 4) Melakukan kegiatan penyuluhan bagi pasien rawat jalan dan rawat inap, serta masyarakat
  - 5) Melakukan pendidikan dan/atau pelatihan bagi tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya terkait dengan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai.
  - 6) Mengoordinasikan penelitian terkait Obat dan kegiatan Pelayanan Kefarmasian.

**c. Konseling (Layanan Konseling Satu Pintu /LKSP)**

- 1) Konseling merupakan suatu proses untuk mengidentifikasi dan penyelesaian masalah pasien yang berkaitan dengan penggunaan Obat pasien rawat jalan dan rawat inap, serta keluarga pasien.
- 2) Tujuan dilakukannya konseling adalah memberikan pemahaman yang benar mengenai Obat kepada pasien/keluarga pasien antara lain tujuan pengobatan, jadwal pengobatan, cara dan lama penggunaan Obat, efek samping, tanda-tanda toksisitas, cara penyimpanan dan penggunaan Obat.
- 3) Manfaat
  - a) Meningkatkan hubungan kepercayaan antara apoteker dan pasien;
  - b) Meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan;
  - c) Mencegah atau meminimalkan masalah terkait obat;

**d. Visite**

Visite merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap yang dilakukan apoteker secara mandiri atau bersama tim tenaga Kesehatan (dokter, perawat, ahligizi dan llain-lain) untuk mengamati kondisi klinis pasien secara langsung dan mengkaji masalah terkait obat, memantau terapi obat dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD).

Tujuan:

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

**e. Pemantauan Terapi Obat (PTO)**

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

Tujuan:

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

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

**f. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)**

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

Tujuan EPO yaitu:

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

- g. Home Pharmacy Care (Pelayanan Kefarmasian di Rumah)** Apoteker dapat melakukan kunjungan pasien dan atau pendampingan pasien untuk pelayanan kefarmasian di rumah dengan persetujuan pasien atau keluarga terutama bagi pasien khusus yang membutuhkan perhatian lebih.

#### h. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)

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

Pelaporan efek samping obat dapat dilakukan melalui [e-meso.pom.go.id](http://e-meso.pom.go.id).

### 3. Edukasi Penggunaan Obat

a. Salah satu penyebab masalah kesehatan yaitu penggunaan obat secara tidak rasional, yang dapat mengakibatkan terapi menjadi kurang efektif dan tidak efisien. Menurut WHO, lebih dari 50% obat di dunia diresepkan dan digunakan secara tidak tepat/rasional. Ketidakrasionalan penggunaan obat dapat berupa penggunaan obat secara berlebihan (*overuse*), penggunaan obat yang kurang (*underuse*) dan penggunaan obat tidak tepat indikasi, dosis, cara dan lama pemakaian, dan lain-lain (*misuse*).

b. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa 35,2% masyarakat Indonesia menyimpan obat di rumah tangga, baik diperoleh dari resep dokter maupun dibeli sendiri secara bebas.

Proporsi masyarakat yang menyimpan obat keras tanpa

c. resep mencapai 81,9% (Kementerian Kesehatan, 2013), di antaranya termasuk antibiotik. Penyimpanan dan penggunaan obat yang tepat dan benar perlu diketahui oleh masyarakat untuk mengurangi risiko masalah kesehatan yang dapat timbul karena perilaku tersebut.

d. Selain itu, perkembangan ilmu pengetahuan di bidang farmasi yang pesat diikuti dengan semakin meningkatnya kecerdasan masyarakat, semakin gencarnya promosi/iklan obat melalui media massa dan tingginya biaya pelayanan kesehatan, sehingga memicu dilakukannya swamedikasi oleh masyarakat. Swamedikasi merupakan upaya yang paling banyak dilakukan masyarakat untuk mengatasi keluhan atau gejala penyakit, sebelum mencari pertolongan ke fasilitas pelayanan kesehatan/tenaga kesehatan terdekat. Swamedikasi yang dilakukan dengan tepat dan benar dapat berkontribusi dalam meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat.

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

f. Tujuan dilaksanakannya GeMa CerMat yaitu:

- meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya
- penggunaan obat secara tepat dan benar;
- meningkatkan kemandirian masyarakat dalam memilih, mendapatkan,
- menggunakan, menyimpan dan memusnahkan obat secara tepat dan benar;
- meningkatkan penggunaan obat secara rasional.

- Sasaran GeMa CerMat adalah seluruh masyarakat dengan melibatkan lintas sektor dan lintas program, organisasi profesi kesehatan, institusi pendidikan, akademisi, lembaga swadaya masyarakat, tokoh agama, tokoh adat serta elemen-elemen lain yang ada di masyarakat.
- Kegiatan GeMa CerMat meliputi upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan, serta perubahan perilaku masyarakat dalam memilih, mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat secara benar, meliputi obat bebas untuk swamedikasi, maupun obat keras yang diperoleh dengan resep dokter.

### C. Pelayanan Laboratorium

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

Diselenggarakan untuk mendukung kegiatan promotif dan preventif di pelayanan kesehatan primer melalui paket layanan laboratorium sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan spesimen klinis

Tabel 33. Standar Pemeriksaan Spesimen Klinis

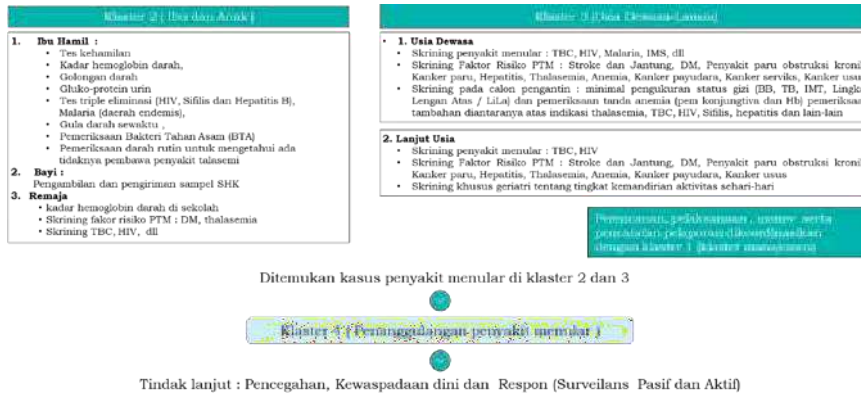
PoCT dan Rapid Tes	Mikroskopik dan Makroskopik	Hematologi	Kimia Klinik	Urinalisis*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• oCT Hb</li> <li>• PoCT Gula Darah</li> <li>• PoCT Kolesterol</li> <li>• PoCT Asam Urat</li> <li>• HIV</li> <li>• HbSAg</li> <li>• Sifili3</li> <li>• COVID19</li> <li>• PoCT HbA1c</li> <li>• Rapid test untuk pemeriksaan penyakit menular di daerah tertentu (endemis) seperti: malaria, DBD, Filaria, HIV, Leptospira, dll</li> </ul>	Mikroskopik: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malaria</li> <li>• TBC</li> <li>• Lepra</li> <li>• Anthrax (pewarnaan gram)</li> <li>• Filariasis</li> <li>• Gonore</li> <li>• Trichomoniasis</li> <li>• Candidiasis</li> <li>• Tineasis (jamur permukaan)</li> <li>• Vaginitis</li> <li>• Pemeriksaan feses               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Vibrio cholerae</li> <li>o Amoeba</li> <li>o Telur cacing</li> <li>o Eritrosit</li> <li>o Lekosit</li> <li>o Sisa makanan</li> <li>o Lain-lain</li> </ul> </li> <li>• Makroskopik</li> <li>• Darah samar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemoglobin</li> <li>• Hematokrit</li> <li>• Hitung Eritrosit</li> <li>• Hitung Trombosit</li> <li>• Hitung Leukosit jenis leukosit</li> <li>• Indeks eritrosit (MCV, MCHC, MCH)</li> <li>• LED</li> <li>• Masa Perdarahan</li> <li>• Masa pembekuan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glukosa</li> <li>• Kolesterol Total</li> <li>• Trigeliserida</li> <li>• Kolesterol HDL</li> <li>• KolesterolLDL</li> <li>• Asam Urat</li> <li>• Ureum/ BUN</li> <li>• Kreatinin</li> <li>• SGOT</li> <li>• SGPT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pH</li> <li>• Berat jenis</li> <li>• Protein</li> <li>• Glukosa</li> <li>• Bilirubin</li> <li>• Urobilinogen</li> <li>• Nitrit</li> <li>• Leukosit esterase</li> <li>• Eritrosit</li> <li>• Keton</li> </ul> <p>*dengan metode strip tes-carik celup</p>

b. Pemeriksaan sampel lingkungan

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

c. Pemeriksaan vektor dan BPP

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



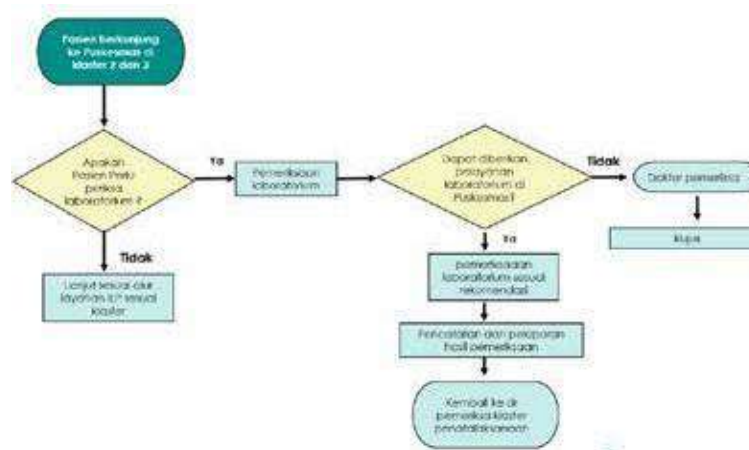
Gambar 40. Paket Pelayanan Laboratorium Pendukung Pelayanan di Kluster Puskesmas

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

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

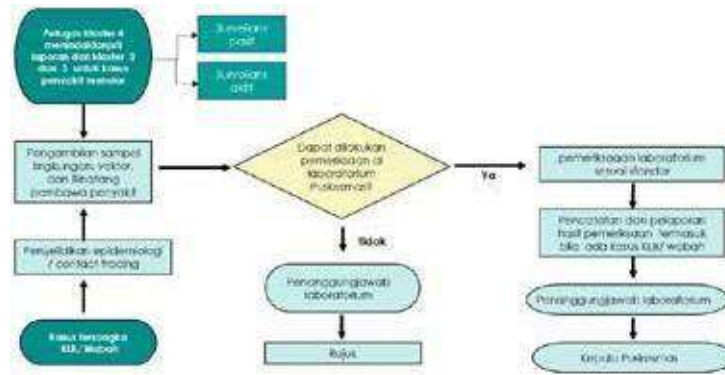
1) Alur Pelayanan

a) Spesimen klinis



Gambar 41. Alur pelayanan untuk pemeriksaan spesimen klinis

## b) Sampel Lingkungan, Vektor, dan BPP



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

## 2) Mekanisme rujukan dan pembinaan:

a) Puskesmas dapat melakukan rujukan spesimen klinis dan rujukan sampel lingkungan, vektor dan BPP. Rujukan dapat dilakukan secara horizontal ke Puskesmas lain yang memiliki fasilitas pemeriksaan yang dibutuhkan. Selain itu, dapat juga dilakukan rujukan vertikal ke Labkesmas tingkat di atasnya atau ke laboratorium jejaring Labkesmas misalnya Rumah Sakit atau laboratorium medis lainnya.

b) Laboratorium akan mendapat pembinaan mutu, monitoring dan evaluasi dari Labkesmas Tingkat

2 (Labkesda kabupaten/kota) bersama Dinas Kesehatan kabupaten/kota setempat minimal 1 kali setahun.

## 3) Pencatatan dan Pelaporan

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

## **BAB V**

### **LOGISTIK**

Manajemen logistik adalah suatu pengetahuan mengenai perencanaan, penentuan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, pemeliharaan serta penghapusan material atau alat-alat kesehatan. Tujuan dari manajemen logistik adalah tersedianya setiap bahan setiap saat dibutuhkan, baik mengenai jenis, jumlah maupun kualitas yang dibutuhkan secara efisien. Manajemen Logistik dalam penyelenggaraan Kepemimpinan puskesmas Ambal II dilaksanakan dengan perencanaan yang melalui tahapan sebagai berikut:

#### A. Perencanaan

Tahap Persiapan Puskesmas mempersiapkan:

1. Tim penyusun perencanaan tingkat puskesmas (PTP) dengan anggota pemegang program di Puskesmas.
2. Sosialisasi pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) oleh Kepala Puskesmas.
3. Pedoman yang harus dipelajari yaitu Kebijakan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia serta pengarahannya Dinas Kesehatan.

#### B. Tahap Analisa Situasi

Tujuan tahapan analisis situasi yaitu untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan permasalahan yang dihadapi puskesmas melalui analisa data umum dan data khusus yang sudah dikumpulkan.

#### C. Tahap Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Tujuan:

1. Mempertahankan kegiatan yang sudah dicapai pada periode sebelumnya dan memperbaiki program yang masih bermasalah.
2. Menyusun rencana kegiatan baru yang disesuaikan dengan kondisi kesehatan di wilayah tersebut dengan kemampuan Puskesmas.

Langkah RUK:

#### D. Analisa masalah, dengan tahapan antara lain:

1. Identifikasi masalah.
2. Menetapkan urutan prioritas masalah.
3. Merumuskan masalah.
4. Mencari akar penyebab masalah.
5. Menetapkan cara-cara pemecahan masalah.

#### E. Penyusunan RUK upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan, meliputi:

1. Kegiatan tahun yang akan datang (kegiatan rutin, sarana/prasarana, operasional dan program hasil analisis masalah).
2. Kebutuhan Sumber Daya, berdasarkan ketersediaan sumberdaya yang ada pada tahun ini.



3. Rekapitulasi RUK dan sumber daya yang dibutuhkan ke dalam format RUK Puskemas.

#### F. Tahap Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Langkah Penyusunan RPK antara lain:

1. Mempelajari alokasi kegiatan dan biaya yang sudah disetujui.
2. Membandingkan alokasi yang sudah disetujui dengan RUK yang diusulkan dan situasi pada saat penyusunan RPK.
3. Menyusun rancangan awal, rincian dan volume kegiatan yang akan dilaksanakan serta sumber daya pendukung menurut bulan dan lokasi pelaksanaan.
4. Mengadakan lokakarya mini tahunan untuk membahas kesepakatan RPK.
5. Membuat RPK yang telah disusun dalam bentuk matriks.

#### G. Pencatatan dan Pelaporan

##### 1. Pencatatan

Setiap pelaksana kegiatan Puskesmas dan jaringannya wajib melakukan pencatatan kegiatan yang dilaksanakan.

- a. Lingkup pencatatan meliputi pencatatan:
  - 1) data dasar; dan
  - 2) data program.
- b. Data dasar meliputi:
  - 1) identitas Puskesmas;
  - 2) wilayah kerja Puskesmas;
  - 3) sumber daya Puskesmas; dan
  - 4) sasaran program.
- c. Data program meliputi data:
  - 1) upaya kesehatan masyarakat esensial;
  - 2) upaya kesehatan masyarakat pengembangan;
  - 3) upaya kesehatan perseorangan; dan
  - 4) upaya Kesehatan Jaringan Puskesmas dan Jejaring Fasyankes
  - 5) bangunan, Sarpras dan peralatan kesehatan
  - 6) mutu Puskesmas
  - 7) program lainnya.
- d. Data program lainnya meliputi data manajemen Puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat, pelayanan laboratorium, dan kunjungan keluarga.
- e. Data upaya kesehatan perseorangan dicatat dalam bentuk rekam medis yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

f. Pencatatan menggunakan instrumen:

1) Kartu;

a) kartu status

Kartu status paling sedikit memuat:

- (1) identitas Puskesmas;
- (2) identitas sasaran;
- (3) kegiatan dan hasil kegiatan terhadap sasaran;
- (4) identitas pelaksana kegiatan;

b) Kartu Puskesmas

Kartu Puskesmas merupakan identitas pengunjung Puskesmas yang diberikan kepada setiap pengunjung Puskesmas dan ditunjukkan kepada petugas Puskesmas setiap kali berkunjung.

Kartu Puskesmas paling sedikit memuat:

- (1) nama lengkap sesuai dengan kartu tanda penduduk;
- (2) Nomor Induk Kependudukan (NIK); dan
- (3) Nomor Kartu Keluarga (NKK).

2) Formulir

a) Formulir merupakan instrumen pencatatan yang digunakan satukali dalam kegiatan terhadap sasaran kegiatan.

b) Formulir paling sedikit memuat:

- (1) identitas Puskesmas;
- (2) identitas sasaran;
- (3) kegiatan dan hasil kegiatan terhadap sasaran; dan
- (4) identitas pelaksana kegiatan.

3) Register

Register merupakan instrumen pencatatan yang berisi rekapitulasi daftar identitas dan hasil kegiatan terhadap sejumlah sasaran, baik yang bersumber dari kartu maupun formulir.

Register paling sedikit memuat:

- (1) identitas Puskesmas;
- (2) identitas sasaran;
- (3) kegiatan dan hasil kegiatan terhadap sasaran; dan
- (4) identitas pelaksana kegiatan.

g. Hasil pencatatan di dokumentasikan sebagai dokumen implementasi berupa DAUN ( Daftar Hadir, Absensi, Undangan dan Notulen).

2. Pelaporan

a. Setiap Penanggung Jawab, Koordinator dan Pelaksana membuat laporan untuk dilaporkan dan di tandatangi oleh Kepala Puskesmas.

- b. Setiap Pelaksana melaporkan capaian pada Rapat Pokja, Lokmin, Rapat Tinjauan Manajemen atau pada saat dilakukan monev oleh Penanggung Jawab atau Kepala Puskesmas.
- c. Setiap Pelaksana melaporkan capaian pada SIP Online.
- d. Laporan yg sudah ditandatangani oleh Kepala Puskesmas di kelola oleh Tim SIP.
- e. Kepala Puskesmas harus menyampaikan laporan kegiatan Puskesmas secara berkala kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
- f. Laporan disusun berdasarkan pencatatan kegiatan dan hasil kegiatan di Puskesmas dan jaringan Puskesmas.
- g. Laporan terdiri atas laporan data dasar dan laporan data program.
- h. Laporan data program dilakukan secara rutin dan tidak rutin.
- i. Laporan data dasar meliputi:
  - 1) identitas Puskesmas;
  - 2) wilayah kerja Puskesmas;
  - 3) sumber daya Puskesmas; dan
  - 4) sasaran program.
- j. Laporan data program secara rutin disampaikan dalam bentuk:
  - 1) laporan mingguan  
Laporan mingguan mencakup laporan penyakit potensi wabah.
  - 2) laporan bulanan  
Laporan bulanan mencakup laporan data program dalam 1 (satu) bulan.
  - 3) Laporan 6 bulanan  
Laporan 6 bulanan mencakup laporan Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP). Dilakukan bulan Juli tahun berjalan dan Januari tahun berikutnya.
  - 4) laporan tahunan
- k. Laporan 6 bulanan berupa Laporan PKP
  - 1) Laporan tahunan mencakup laporan data dasar dan data program dalam 1 (satu) tahun.
  - 2) Pelaporan disampaikan sesuai dengan jadwal sebagai berikut.
  - 3) laporan mingguan paling lambat setiap hari Selasa pada minggu berikutnya.
  - 4) laporan bulanan paling lambat setiap tanggal 5 pada bulan berikutnya.

- 5) laporan tahunan paling lambat setiap tanggal 5 pada tahun berikutnya.
- 6) Laporan data program secara tidak rutin terdiri atas:
  - a) laporan kejadian luar biasa.
  - b) laporan khusus.
- 7) Laporan kejadian luar biasa dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.  
Laporan terdiri atas:
  - a) Laporan surveilans sentinel.
  - b) Laporan untuk kebutuhan tertentu.
- 8) Laporan surveilans sentinel dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 9) Laporan untuk kebutuhan tertentu dilaksanakan sesuai dengan p e r m i n t a a n kebutuhan melalui Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten.
- 10) Dinas Kesehatan Kabupaten wajib membuat dan m e n g i n f o r m a s i k a n umpan balik terhadap laporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya.
- 11) Umpan balik disampaikan paling lambat tanggal 20 (dua puluh) pada bulan diterimanya laporan.
- 12) Umpan balik berupa surat pemberitahuan yang memuat keterangan p a l i n g sedikit mengenai:
  - a) Jenis laporan.
  - b) Kelengkapan isi laporan.
- 13) Ketepatan waktu penyampaian laporan terdiri dari:
  1. Hasil validasi isi laporan.
  2. Rekomendasi.
- 14) Dalam hal berdasarkan rekomendasi dibutuhkan perbaikan laporan, puskesmas harus menyampaikan laporan perbaikan paling lambat tanggal 5 (lima) pada bulan berikutnya setelah laporan disampaikan.
- 15) Pencatatan dan Pelaporan Keuangan Puskesmas dan Jaringannya. Setiap Puskesmas wajib melakukan pencatatan dan pelaporan keuangan. Pencatatan dan pelaporan keuangan dilaksanakan sesuai standar akuntansi keuangan dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

3. Survei Lapangan
  - a. Survei lapangan dilakukan untuk memperoleh formasi yang diperlukan untuk pengambilan keputusan melalui Survei lapangan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan.
  - b. Hasil survei lapangan harus dilaporkan oleh kepala Puskesmas kepada kepala dinas kesehatan kabupaten.
  
4. Laporan Lintas Sektor Terkait
  - a. Untuk pemenuhan kebutuhan data dalam manajemen Puskesmas dan pembangunan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas, dilakukan pengumpulan data yang bersumber dari laporan lintas sektor terkait.
  - b. Data dari laporan lintas sektor terkait berupa data demografi, data terkait program Puskesmas, dan data lainnya sesuai kebutuhan.
  - c. Data diintegrasikan dalam pelaporan Puskesmas dengan mencantumkan sumber data.
  
5. Laporan Jejaring Puskesmas di Wilayah Kerja
  - a. Untuk pemenuhan kebutuhan data dalam manajemen Puskesmas dan pembangunan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas, dilakukan pengumpulan data pelayanan kesehatan yang bersumber dari laporan jejaring Puskesmas di wilayah kerjanya.
  - b. Jejaring Puskesmas terdiri atas klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya serta upaya kesehatan bersumber daya kesehatan bersumber daya masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.
  - c. Data pelayanan kesehatan paling sedikit terdiri atas:
    1. Data kelahiran.
    2. Data kematian.
    3. Data kesakitan dan masalah kesehatan lainnya.
    4. Data kunjungan pelayanan.
  - d. Data kesakitan dan masalah kesehatan lainnya ditetapkan oleh kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten.
  - e. Data dikelola dalam pelaporan yang terintegrasi dengan pelaporan Puskesmas dengan mencantumkan sumber data.

- f. Ketentuan mengenai laporan jejaring Puskesmas dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **BAB VI**

### **KESELAMATAN SASARAN KEGIATAN / PROGRAM**

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu system dimana psukesmas membuat asuhan kebidan lebih awal. Hal ini termasuk asesmen resiko, identifikasi dan pengolahan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan anilisa insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya implementasi solusi untuk menimbulkan timbulnya resiko. System ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oelh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

#### A. Tujuan

Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oelh fasilitas pelayanan kesehatan.

#### B. Penyelenggaraan Keselamatan Pasien

Kriteria standar keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan meliputi :

1. Pelayanan secara menyeluruh dan terkoordinasi mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, pemindahan pasien, rujukan, dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan ketersediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Koordinasi pelayanan dalam meningkatkan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, asuhan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi, rujukan, dan tindak lanjut lainnya.

#### C. Standar Keselamatan Pasien fasilitas Pelayanan Kesehatan

Standar keselamatan pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi.

#### D. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

1. Hak pasien untuk mendapat informasi.
2. Mendidik pasien dan keluarga tentang hak dan kewajiban pasien.
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

#### E. Sasaran Keselamatan Pasien

Untuk meningkatkan keselamatan pasien perlu dilakukan pengukuran terhadap sasaran-sasaran keselamatan pasien. Indikator pengukuran sasaran keselamatan pasien seperti pada tabel berikut ini :

No	Indikator Sasaran Keselamatan Pasien Puskemas Ambal II	Target
1	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi pasien	100%
2	Peningkatan komunikasi efektif	100%
3	Tidak terjadinya kesalahan pemberian obat kepada pasien	100%
4	Tidak terjadinya kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan	100%
5	Pengurangan terjadinya risiko infeksi di Puskesmas	100%
6	Mengurangi resiko cedera pasien akibat terjatuh	100%



## **BAB VII**

### **KESELAMATAN KERJA**

Dalam mengurangi dan mencegah bahaya yang akan terjadi, setiap pemegang program harus mengerjakan pekerjaannya dengan hati-hati, mengenali bahan potensial berbahaya dan penanggungannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Kegiatan tersebut merupakan upaya kesehatan dan keselamatan kerja.

Keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas Ambal II adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia di Puskesmas, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Puskesmas melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di Puskesmas.

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan rawat jalan, dan kasus darurat di ruang tindakan. Standar pelaksanaan K3 di Puskesmas, yaitu :

1. Pengenalan potensi bahaya dan pengendalian resiko K3 di fasyankes.
2. Penerapan kewaspadaan standar.
3. Penerapan prinsip ergonomi.
4. Pemeriksaan kesehatan berkala.
5. Pemberian imunisasi.
6. Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat di puskesmas.
7. Pengelolaan sarana dan prasarana puskesmas dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja.
8. Pengelolaan peralatan medis puskesmas dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja.
9. Kesiap siagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana termasuk kebakaran pengelolaan bahan berbahaya, beracun dan limbah bahan berbahaya dan beracun.
10. Pengelolaan limbah domestik.

## **BAB VIII**

### **PENGENDALIAN MUTU**

Pengendalian mutu pelayanan klinis merupakan kegiatan untuk mencegah terjadinya masalah terkait pelayanan pengobatan atau mencegah terjadinya kesalahan pengobatan/medikasi (medication error), yang bertujuan untuk keselamatan pasien.

Unsur-unsur yang mempengaruhi mutu pelayanan sebagai berikut :

1. Unsur masukan (input), yaitu sumber daya manusia, sarana dan prasarana, ketersediaan dana, dan standar prosedur operasional.
2. Unsur proses, yaitu tindakan yang dilakukan, komunikasi, dan kerja sama.
3. Unsur lingkungan, yaitu kebijakan, organisasi, manajemen, budaya, respon, dan tingkat pendidikan masyarakat.

Pengendalian mutu pelayanan klinis terintegrasi dengan program pengendalian mutu pelayanan klinis Puskesmas yang dilaksanakan secara berkesinambungan.

Kegiatan pengendalian mutu pelayanan klinis meliputi :

1. Perencanaan yaitu menyusun rencana kerja dan cara monitoring dan evaluasi untuk peningkatan mutu standar.
2. Pelaksanaan yaitu monitoring dan evaluasi capaian pelaksana rencana kerja (membandingkan antara capaian dengan rencana kerja).
3. Memberikan umpan balik terhadap hasil capaian.
4. Tindakan hasil monitoring dan evaluasi yaitu melakukan perbaikan kualitas pelayanan standar.
5. Meningkatkan kualitas pelayanan jika capaian sudah memuaskan.

## **BAB IX**

### **PENUTUP**

Dengan disusunnya pedoman Integrasi layanan Klinis menghasilkan output sesuai dengan harapan, Melalui layanan Integrasi Layanan primer baik dan pelaksanaan yang bertanggung jawab serta pengawasan dan pengendalian yang baik diharapkan tujuan puskesmas sesuai dengan visi misi dapat terwujud baik output, maupun outcome indikator-indikator yang telah ditetapkan sesuai dengan kebijakan.