

LAPORAN HASIL KEGIATAN PERTEMUAN WORKSHOP KADER POSYANDU

TEMPAT : HOTEL PESONA ALAM SANGIR

TANGGAL : 12 S/D 14 JULI 2023

**PROGRAM : Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia
Kesehatan**

O

L

E

H

**BIDANG KESEHATAN MASYARAKAT
SEKSI PROMOSI KESEHATAN**

**DINAS KESEHATAN KAB. SOLOK SELATAN
TAHUN 2023**

LAPORAN HASIL KEGIATAN PERTEMUAN KADER POSYANDU

I. PENDAHULUAN

Posyandu merupakan bentuk peran serta masyarakat di bidang kesehatan yang dikelola oleh kader dengan sasaran seluruh anggota masyarakat. Dalam perkembangannya untuk meningkatkan kualitas posyandu, kegiatannya diintegrasikan dengan program Pengembangan Anak Usia Dini (PAUD) dan Bina Keluarga Balita (BKB) yang disebut sebagai Taman Posyandu.

Disamping melaksanakan tugas-tugas pokok di Posyandu, kegiatan kader di Taman Posyandu juga difokuskan pada deteksi dini tumbuh kembang Balita. Kader sebagai pelaksana kegiatan di Taman Posyandu perlu terlebih dulu memahami tentang petunjuk teknis di Taman Posyandu dan meningkatkan pengetahuan serta kemampuan kader dalam melaksanakan deteksi dini tumbuh kembang Balita.

II. LATAR BELAKANG

Dalam upaya untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan dan kemampuan kader di Taman Posyandu dalam melakukan deteksi dini tumbuh kembang Balita perlu dilakukan pertemuan workshop kader posyandu dan refreshing kader.

III. DASAR KEGIATAN

- 1) Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa
- 2) Permendagri Nomor 54 Tahun 2007 tentang Pedoman Pembentukan Posyandu
- 3) **PerMendagri nomor 18 tahun 2018 tentang Lembaga Kemasyarakatan Desa dan Lembaga Adat Desa, yang menyebutkan Posyandu merupakan salah satu jenis lembaga kemasyarakatan desa dan yang membantu kepala desa (walinagari) dalam meningkatkan pelayanan kesehatan.**
- 4) Permenkes Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.
- 5) Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 8 Tahun 2022 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2023
- 6) Visi, misi dan program unggulan Bupati dan Wakil Bupati di bidang Kesehatan
- 7) DPA DAK Non Fisik tahun 2023 program Peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan kegiatan pengembangan mutu dan peningkatan kompetensi teknis sumber daya manusia kesehatan tingkat daerah kabupaten/kota

IV. TUJUAN

a. TUJUAN UMUM

Meningkatkan pengetahuan kader posyandu tentang kegiatan Taman Posyandu

b. TUJUAN KHUSUS

- 1) Meningkatkan pemahaman kader posyandu tentang kegiatan Taman Posyandu.
- 2) Meningkatkan pengetahuan kader posyandu tentang deteksi dini tumbuh kembang Balita.
- 3) Meningkatkan kemampuan kader posyandu dalam melaksanakan deteksi dini tumbuh kembang balita.

V. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KERJA

1. Mengkoordinasikan dengan Puskesmas, Bidan Desa tentang jadwal pelaksanaan pertemuan kader dan menginformasikan kepada pemegang program jika ada materi yang perlu disampaikan pada saat pertemuan kader.
2. Membuat dan menyebarkan undangan pertemuan workshop kader posyandu.
3. Menyiapkan materi dan tempat pelaksanaan pertemuan workshop kader posyandu
4. Pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan pertemuan workshop kader.

VI. SASARAN

Kader posyandu sebanyak 150 orang dari 294 posyandu yang berada di Kab. Solok Selatan pada 47 Nagari

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN DAN TEMPAT

Pertemuan workshop kader posyandu dilaksanakan pada tanggal 12 s/d 14 Juli 2023 yang bertempat di Hotel Pesona Alam Sangir

JADWAL KEGIATAN WORKSHOP KADER POSYANDU

No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan
1.	Rabu / 12 Juli 2023	08.00 – 09.00	Registrasi Peserta
		09.00 – 09.30	Laporan Kegiatan oleh Kepala Dinas Kesehatan
		09.30 – 10.00	Pembukaan dari Bupati
		10.00 – 12.00	Materi Pengelolaan Posyandu
		12.00 – 13.00	Isoma
		13.00 – 15.00	Materi MMD, SMD
		15.00 – 17.00	Materi Kunjungan Rumah
2.	Kamis / 13 Juli 2023	08.00 - 13.00	Praktek pengelolaan posyandu, kunjungan rumah
3.	Jumat / 14 Juli 2023	08.00 – 12.00	Praktek SMD, MMD
		12.00 – 12.30	Penutupan

VIII. SUMBER DANA KEGIATAN

Penganggaran dana untuk pelaksanaan kegiatan workshop posyandu ini berasal dari DAK Non Fisik Dinas Kesehatan Kab.Solok Selatan Tahun 2023

IX. HASIL KEGIATAN

Posyandu Aktif adalah :

1. Melakukan hari buka Posyandu 1 kali dalam sebulan minimal 8 kali per tahun
2. Memberikan pelayanan kesehatan minimal untuk ibu hamil dan atau balita dan atau balita dan atau remaja
3. Memiliki minimal 5 orang kader

KADER POSYANDU

Peran:

1. Pendata/Pencatat
2. Pendamping
3. Penyuluh
4. Penggerak
5. Pelapor

Tugas dan Fungsi Kader Posyandu

1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai siklus hidup (ibu hamil nifas dan bersalin, bayi balita dan anak usia pra sekolah, usia sekolah dan remaja, usia produktif dan lansia) secara terintegrasi
2. Memberikan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat
3. Melakukan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan
4. Melaksanakan kegiatan Posyandu dengan bimbingan teknis petugas kesehatan dan kader pemberdayaan masyarakat Pustu
5. Melakukan kegiatan sebelum hari buka posyandu
6. Menyelenggarakan hari buka posyandu minimal 1 kali dalam sebulan atau sesuai kebutuhan
7. Melakukan Survei Mawas Diri (SMD) bersama kader Pemberdayaan Masyarakat Pustu
8. Menghadiri Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) jika diperlukan
9. Menyusun perencanaan partisipatif untuk disampaikan ke Pustu dan Pokja Posyandu
10. Melakukan kunjungan rumah secara rutin dan terencana serta melakukan kegiatan lainnya sebagai tindak lanjut dari PWS serta melaporkan hasilnya kepada Pustu dan Pokja Posyandu melalui Kepala Desa/Lurah seminggu sekali
11. Melakukan monitoring dan evaluasi bersama kader Pemberdayaan Masyarakat Posyandu Prima

12. Menggerakkan masyarakat untuk berperan serta dalam upaya kesehatan sesuai kewenangannya dengan memanfaatkan Posyandu, Pustu, Puskesmas, dan pelayanan kesehatan lainnya

Peran Kader Posyandu

1. Sebelum Hari Buka Posyandu

- a. Melakukan pendataan sasaran berkoordinasi dengan Dasawisma/ ketua RT/RW/Dusun
- b. Melakukan koordinasi dengan Pokja Desa dan petugas kesehatan Pustu/Puskesmas
- c. Pendekatan kepada tokoh masyarakat untuk menggerakkan masyarakat ke Posyandu RT/RW/Dusun
- d. Menyiapkan tempat/alat/buku register, membagi tugas kader
- e. Menyiapkan bahan PMT Penyuluhan berbahan dasar lokal untuk balita
- f. Menginformasikan kepada masyarakat hari buka Posyandu

2. Hari Buka Posyandu

- a. Mendaftar sasaran pada kartu register Posyandu
- b. Menimbang/Mengukur sasaran dan plotting data/IMT
- c. Mencatat hasil penimbangan dan pengukuran pada buku KIA atau buku catatan kesehatan/kartu pemeriksaan sasaran
- d. Memberikan pelayanan kesehatan seperti PMT Pemulihan/ Oralit/Deteksi Dini pada remaja ≥ 15 tahun, usia produktif, lansia serta rujukan jika diperlukan
- e. Memberikan Penyuluhan kepada sasaran sesuai kebutuhan
- f. Melengkapi pencatatan dan validasi data hasil pelayanan

3. Setelah Hari Buka Posyandu

- a. Melakukan kunjungan rumah dan setiap minggu melakukan evaluasi bersama tenaga kesehatan dan Kader Pustu
- b. Melakukan kegiatan diskusi kelompok,
- c. Membantu kader kesehatan/tokoh masyarakat dalam melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat dengan didampingi petugas kesehatan
- d. Menyampaikan hasil kegiatan Posyandu pada Pokja Posyandu
- e. Merencanakan kegiatan pengembangan/inovatif sesuai kearifan local bersama kader Pustu
- f. Bersama kader Pustu Menyampaikan hasil SMD pada Musyawarah Desa, bersama masyarakat dan tokoh masyarakat menyusun perencanaan partisipatif

Praktek Kegiatan

- a. Praktek Kunjungan Rumah ke rumah warga
- b. Praktek SMD dan MMD

X. LAMPIRAN KEGIATAN

- a. DPA Anggaran
- b. Surat Undangan Peserta
- c. Surat undangan narasumber
- d. Laporan Panitia
- e. Pidato Wakil Bupati
- f. Materi Narasumber
- g. Evaluasi Bidang
- h. Absensi peserta
- i. Dokumentasi kegiatan

Padang Aro, 17 Juli 2023
Pengelola Program Posyandu



Yessi Dharma Ika Putri, SKM
NIP. 19700512 199101 2 001

DOKUMENTASI KEGIATAN













**LAPORAN PANITIA
PELAKSANA KEGIATAN
WORKSHOP KADER POSYANDU KABUPATEN
SOLOK SELATAN
DI AULA HOTEL PESONA ALAM SANGIR
TAHUN 2023**

Padang Aro, 12-14 Juli 2023

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuhu

Salam sejahtera bagi kita semua

Yth. Bapak Wakil Bupati Kabupaten Solok Selatan;
Yth. Bapak Staf Ahli, Asisten dan Kepala Perangkat Daerah.
Yth. Para narasumber pelatihan
Teristimewa kepada:

Kader Posyandu

Rekan Media, panitia pelaksana dan undangan yang berbahagia.
Pertama marilah kita, panjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT.
Selawat dan salam untuk Nabi Muhammad SAW.

Bapak Wakil Bupati, Hadirin yang kami hormati
Sebelum kami menyampaikan laporan kegiatan ini,
izinkan kami menyampaikan beberapa hal.

Pertama, Makin hari masalah kesehatan makin kompleks, sehingga tidak bisa diuraikan oleh dinas kesehatan, puskesmas maupun rumah sakit semata. Butuh peran serta lintas sektor dan masyarakat luas. Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat setempat. Keberadaan Posyandu hingga saat ini menjadi salah satu fasilitas promotif preventif bagi kesehatan ibu dan anak. Pada saat ini tercatat 294 posyandu yang tersebar di tujuh kecamatan, dengan jumlah kader 1.326 orang.

Kedua, dari 1.326 orang kader posyandu di 47 nagari hanya 150 orang yang diikuti sertakan pada workshop kader posyandu kali ini. Sisanya 1.176 (88,68%) kader butuh pelatihan peningkatan kapasitas secara berkala.

Ketiga, Dengan diterbitkan UU Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa pada awal 2014, telah membuka peluang yang sangat luas bagi masyarakat desa di seluruh Indonesia. Negara melalui konstitusi ini telah mendelegasikan sebagian otoritasnya kepada desa atau nagari dalam mengelola rumah tangganya sendiri, termasuk mengelola posyandu yang saat ini menjadi lembaga kemasyarakatan desa.

Keempat, Peningkatan kapasitas kader posyandu sebagaimana yang terdapat dalam Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 8 Tahun 2022 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2023 menjadi salah satu prioritas dari dana desa, disamping pemberian insentif kader posyandu. Sehingga nagari punya peran besar dalam peningkatan kapasitas kader posyandu.

Adapun Dasar Kegiatan hari ini adalah

- 1) Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa
- 2) Permendagri Nomor 54 Tahun 2007 tentang Pedoman Pembentukan Posyandu
- 3) **PerMendagri nomor 18 tahun 2018 tentang Lembaga Kemasyarakatan Desa dan Lembaga Adat Desa, yang menyebutkan Posyandu merupakan salah satu jenis lembaga kemasyarakatan desa dan yang membantu kepala desa (walinagari) dalam meningkatkan pelayanan kesehatan.**

- 4) Permenkes Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.
- 5) Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 8 Tahun 2022 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2023

- 6) Visi, misi dan program unggulan Bupati dan Wakil Bupati di bidang Kesehatan.

Tujuan Kegiatan

- 1) Meningkatkan pemahaman kader posyandu tentang kegiatan taman posyandu
- 2) Meningkatkan pengetahuan kader posyandu tentang deteksi dini tumbuh kembang balita
- 3) Meningkatkan kemampuan kader posyandu dalam melaksanakan deteksi dini tumbuh kembang balita

Peserta

Peserta merupakan kader posyandu di 7 kecamatan di Solok Selatan, sebanyak 150 orang kader.

Waktu Kegiatan

Kegiatan ini akan dilaksanakan selama 3 hari, tanggal 12 s.d 14 Juli 2023 di Aula Pesona Alam Sangir pukul 08.00 s.d selesai

Sasaran Kegiatan

Sasaran kegiatan ini adalah kader posyandu di Kabupaten Solok Selatan

Anggaran Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan bersumber dari anggaran DAK Non Fisik Kegiatan Kesehatan Lingkungan Bidang Kesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Solok Selatan Tahun 2023.

Penutup

Demikianlah laporan pelaksanaan kegiatan ini kami sampaikan dan selanjutnya kami mohon kesediaan Bapak Wakil Bupati untuk berkenan memberikan arahan dan sekaligus membuka acara pelatihan ini secara resmi.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,



SAMBUTAN
WAKIL BUPATI SOLOK SELATAN
KEGIATAN WORKSHOP KADER POSYANDU
KABUPATEN SOLOK SELATAN
DI AULA HOTEL PESONA ALAM SANGIR
TAHUN 2023

Solok Selatan, 12- 14 JULI 2023

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuhu

Salam sejahtera bagi kita semua

Yth. Sdr. Sekretaris Daerah;

Yth. Sdr. Asisten dan Staf Ahli;

Yth. Sdr. Kepala OPD se Kabupaten solok selatan

Rekan Media, seluruh tim operasional dan peserta
workshop kader posyandu yang berbahagia.

Pada hari berbahagia ini, marilah kita panjatkan puji
syukur kehadiran Allah SWT yang telah

menganugerahkan kesehatan dan kebahagiaan b
semua, sehingga kita dapat menghadiri Kegiatan :

**“WORKSHOP KADER POSYANDU KABU
SOLOK SELATAN”** di Aula hotel pesona alam sa

Kemudian Shalawat beserta salam
persembahkan untuk Nabi Muhammad SAW, Ne
telah berjasa dan menjadikan umat manusia be
dan berbudi pekerti, semoga kita tetap menjadi f
yang setia, Aamiin.

Hadirin dan undangan yang berbahagia,

Mengawali sambutan kali ini, izinkan sa
nama Pemerintah Kabupaten Solok Selatan meng
terima kasih dan selamat datang kepada
undangan, peserta workshop dan seluruh
pelaksana kegiatan yang hadir pada hari ini. Ke
juga ucapan terima kasih dan apresiasi yang s

tingginya kepada seluruh peserta workshop kader posyandu se- Kabupaten Solok Selatan.

Hadirin dan undangan yang berbahagia,

Posyandu adalah merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan dasar / sosial dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Hadirin dan undangan yang berbahagia,

Tujuan dari kegiatan workshop ini agar semua masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, untuk mempercepat penurunan kematian bayi,

balita dan ibu. Serta untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan kader di taman P4 dalam melakukan deteksi dini tumbuh kembang B

Hadirin dan undangan yang berbahagia,

Pada saat ini terdapat 294 posyandu di kabupaten solok selatan dengan jumlah kader sebanyak 1.321 sementara yang baru dilatih sebanyak 1.096. Di hari akan dilatih sebanyak 150 orang kader se-kabupaten Solok Selatan.

Hadirin dan undangan yang berbahagia,

Dinas kesehatan sebagai lembaga yang melakukan pembinaan terhadap kader yang dilindungi pemerintah kab.Solok Selatan.

Workshop kader posyandu ini merupakan salah satu bentuk pembinaan dinas kesehatan terhadap posyandu. Kegiatan ini akan meningkatkan peng

dan keterampilan bagi kader dalam pelaksanaan posyandu tentang deteksi dini tumbuh kembang balita di posyandu.

Hadirin dan undangan yang berbahagia,

Diharapkan kepada peserta workshop agar dapat mengikuti kegiatan ini dengan baik dan benar. Output dari pelatihan ini adalah agar kader memiliki pengetahuan, kemampuan dan keterampilan tentang deteksi dini tumbuh kembang balita dan peserta diberi sertifikat pelatihan dari Dinas Kesehatan.

Demikianlah yang dapat saya sampaikan. Akhirnya dengan memohon ridho Allah SWT dan mengucapkan Bismillahirrahmanirrahim **“WORKSHOP KADER POSYANDU KABUPATEN SOLOK SELATAN TAHUN 2023** resmi dibuka. Semoga melalui kegiatan ini kita dapat menjaga kesehatan masyarakat.

Terima Kasih atas segala perhatiannya dan maaf atas segala kekhilafannya.

Wabillahirtaufiq Walhidayah

Wassalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

**WAKIL BUPATI SOLO
SELATAN**

H.YULIAN EFI



PEMERINTAH KABUPATEN SOLOK SELATAN

DINAS KESEHATAN

Jln.Raya Lubuk Gadang- Padang Aro No.58

Telp. 0755 583407

Nomor : 040/ 788 /Kesmas/Dinkes/VII/2023

Padang Aro, 6 Juli 2023

Lamp : -

Kepada Yth :

Hal : Permohonan Fasilitasi MC

Kabag Porkopim Solok Selatan

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, pengetahuan dan kemampuan kader posyandu di Kabupaten Solok Selatan dalam melakukan deteksi dini tumbuh kembang balita maka kami akan mengadakan kegiatan Workshop kader posyandu tingkat Kab. Solok Selatan pada hari Rabu tanggal 12 Juli 2023 di hotel pesona alam sangir yang akan dihadiri oleh Bapak Bupati Solok Selatan. Maka dengan ini kami mohon kepada Ibu untuk memfasilitasi MC pada kegiatan tersebut.

Demikianlah permohonan ini disampaikan , atas perhatian dan kerjasama ibu diucapkan terima kasih.

Plt.Kepala

NAMA	JABATAN	TGL	PARAF
Mada S	Staf	4-7-23	Ch

dr.PENDEWAL, M.H
NIP. 19840208 201101 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN SOLOK SELATAN

DINAS KESEHATAN

Jln. Raya Lubuk Gadang- Padang Aro No.58

Telp. 0755 583407

Nomor : 040/ 867 /Kesmas/Dinkes/VII/2023

Padang Aro, 16 Juli 2023

Lamp : -

Kepada Yth :

Hal : Permohonan Fasilitasi Pembacaan Doa

Kabag Kesra Solok Selatan

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, pengetahuan dan kemampuan kader posyandu di Kabupaten Solok Selatan dalam melakukan deteksi dini tumbuh kembang balita maka kami akan mengadakan kegiatan Workshop kader posyandu tingkat Kab. Solok Selatan pada hari Rabu tanggal 12 Juli 2023 di hotel pesona alam sangir yang akan dihadiri oleh Bapak Bupati Solok Selatan. Maka dengan ini kami mohon kepada Bapak untuk memfasilitasi pembacaan Doa pada kegiatan tersebut.

Demikianlah permohonan ini disampaikan , atas perhatian dan kerjasama ibu diucapkan terima kasih.

Plt.Kepala

No	NAMA	JABATAN	TGL	PARAF
1				
2	Peni Relda Azwar	Plt. Kabid Kesmas		(Peni)
3	Accela Ruswati	ctg	10/7/23	2.
4				

dr.PENDEWAL, M.H
NIP. 19840208 201101 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN SOLOK SELATAN

DINAS KESEHATAN

Jln. Raya Lubuk Gadang - Padang Aro No.58

Telp. 0755 583407

Nomor : 040/ 649 /Kesmas/Dinkes/VI/2023

Padang Aro, 21 Juni 2023

Lamp : -

Kepada Yth :

Hal : Permintaan Narasumber

Kepala Dinas Kesehatan Prov Sumbar

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, pengetahuan dan kemampuan kader posyandu di Kabupaten Solok Selatan dalam melakukan deteksi dini tumbuh kembang balita maka kami akan mengadakan kegiatan Workshop kader posyandu tingkat Kab. Solok Selatan, dengan demikian kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagai narasumber untuk acara tersebut, yang akan dilaksanakan pada:

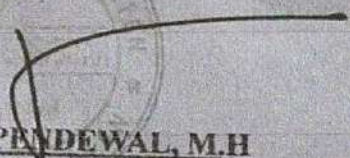
Hari/tanggal : Rabu - Jumat / 12 - 14 Juli 2023

Waktu : 08.00 WIB s/d selesai

Tempat : Hotel Pesona alam Sangir Kab. Solok Selatan

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu diucapkan terima kasih.

Plt.Kepala


dr. PENDEWAL, M.H
NIP. 19840208 201101 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN SOLOK SELATAN
DINAS KESEHATAN

Jln.Raya Lubuk Gadang- Padang Aro No.58

Telp. 0755 583407

Nomor : 040/ **650** /Kesmas/Dinkes/VI/2023

Padang Aro, **21** Juni 2023

Lamp : 1 lembar

Kepada Yth :

Hal : Undangan

Kepala UPT Puskesmas se-Kab. Solok

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, pengetahuan dan kemampuan kader posyandu di Kabupaten Solok Selatan dalam melakukan deteksi dini tumbuh kembang balita maka kami akan mengadakan kegiatan Workshop kader posyandu tingkat Kab. Solok Selatan, dengan demikian kami undang kader posyandu untuk mengikuti ~~acara~~ tersebut (daftar peserta terlampir), yang akan dilaksanakan pada:

Hari/tanggal : Rabu - Jumat / 12 - 14 Juli 2023

Waktu : 08.00 WIB s/d selesai

Tempat : Hotel Pesona alam Sangir Kab. Solok Selatan

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu diucapkan terima kasih.

Plt.Kepala



dr.PENDEWAL, M.H
NIP. 19840208 201101 1 007

Lampiran : Daftar Peserta Workshop Kader Posyandu

NO	UPT PUSKESMAS	JML KADER
1	Koto Parik Gadang Diateh	24
2	Sungai Pagu	26
3	Pauh Duo	15
4	Sangir	37
5	Sangir Jujuan	14
6	Sangir Balai Janggo	12
7	Sangir Batang Hari	7
8	Lubuk Ulang Aling	15
	JUMLAH	150



PEMERINTAH KABUPATEN SOLOK SELATAN

DINAS KESEHATAN

Jln.Raya Lubuk Gadang- Padang Aro No.58

Telp. 0755 583407

Nomor : 040/ 787 /Kesmas/Dinkes/VII/2023

Padang Aro, 6 Juli 2023

Lamp : -

Kepada Yth :

Hal : Undangan

1. Ketua TP-PKK Kab. Solok Selatan
2. Ketua GOW Kab. Solok Selatan
3. Ketua DWP Kab. Solok Selatan

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, pengetahuan dan kemampuan kader posyandu di Kabupaten Solok Selatan dalam melakukan deteksi dini tumbuh kembang balita maka kami akan mengadakan kegiatan Workshop kader posyandu tingkat Kab. Solok Selatan, dengan demikian kami undang Ibu untuk mengikuti acara tersebut, yang akan dilaksanakan pada:

Hari/tanggal : Rabu - Jumat / 12 - 14 Juli 2023

Waktu : 08.00 WIB s/d selesai

Tempat : Hotel Pesona alam Sangir Kab. Solok Selatan

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu diucapkan terima kasih.

Plt.Kepala

No	NAMA	JABATAN	TEL	PARAF
1				
2				
3	pascha s	staf	4-7-23	R.
4				

dr.PENDEWAL, M.H
NIP. 19840208 201101 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN SOLOK SELATAN

DINAS KESEHATAN

Jln. Raya Lubuk Gadang- Padang Aro No.58

Telp. 0755 583407

Nomor : 040/ **808** /Kemas/Dinkes/VII/2023

Padang Aro, **10** Juli 2023

Lamp : -

Kepada Yth Sdr/i :

Hal : Undangan

1. Kepala Bidang P2P
 2. Kepala Bidang Yankes
- di

Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, pengetahuan dan kemampuan kader posyandu di Kabupaten Solok Selatan dalam melakukan deteksi dini tumbuh kembang balita maka kami akan mengadakan kegiatan Workshop kader posyandu tingkat Kab. Solok Selatan, dengan demikian kami undang Ibu untuk mengikuti acara tersebut, yang akan dilaksanakan pada:

Hari/tanggal : Rabu / 12 Juli 2023

Waktu : 08.00 WIB s/d selesai

Tempat : Hotel Pesona alam Sangir Kab. Solok Selatan

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu diucapkan terima kasih.

Plt.Kepala


dr.PENDEWAL, M.H
NIP. 19840208 201101 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN SOLOK SELATAN

DINAS KESEHATAN

Jln. Raya Lubuk Gadang- Padang Aro No.58

Telp. 0755 583407

**SURAT KEPUTUSAN
KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
SOLOK SELATAN**

NOMOR : 800/ OSS /Kesmas/Dinkes-2023

TENTANG

**PEMBENTUKAN PETUGAS DALAM RANGKA KEGIATAN WORKSHOP KADER
POSYANDU DINAS KESEHATAN KABUPATEN SOLOK SELATAN**

KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN SOLOK SELATAN

- Menimbang** : a. Bahwa dalam rangka melaksanakan kegiatan pertemuan workshop kader posyandu pada awal bulan Juni 2023, untuk meningkatkan pengetahuan serta kemampuan kader posyandu demi terwujudnya posyandu yang berkualitas;
- b. Bahwa untuk mewujudkan maksud diatas huruf (a) perlu membentuk Petugas penanggung jawab workshop kader posyandu di Dinas Kesehatan Kab.Solok Selatan;
- Mengingat** : a. Bahwa pentingnya kegiatan Workshop Kader Posyandu
- b. Rapat Staf tanggal 11 Mei 2023

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **PENUNJUKAN PETUGAS PENANGGUNG JAWAB WORKSHOP KADER POSYANDU**

Pertama : Membentuk petugas penanggung jawab workshop kader posyandu

Kedua : Petugas yang dimaksud dalam diktum kesatu keputusan ini mempunyai tugas sebagai berikut:

1. Mengkoordinasikan dengan Puskesmas, Bidan Desa tentang jadwal pelaksanaan pertemuan kader dan menginformasikan kepada pemegang program jika ada materi yang perlu disampaikan pada saat pertemuan kader.
2. Membuat dan menyebarkan undangan pertemuan workshop kader posyandu
3. Menyiapkan materi dan tempat pelaksanaan pertemuan workshop kader posyandu
4. Pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan pertemuan workshop kader

Ketiga : Petugas dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Solok Selatan

- Keempat** : Segala biaya yang ditimbulkan sebagai akibat ditetapkannya keputusan ini dibebankan kepada Anggaran DAK Non Fisik Dinas Kesehatan Kabupaten Solok Selatan tahun 2023
- Kelima** : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan akan dilakukan perbaikan dan penyesuaian sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Padang Aro
Pada Tanggal : Juni 2023
Plt.Kepala Dinas Kesehatan Kab.Solok Selatan

dr.PENDEWAL, M.H
NIP. 19840208 201101 1 007

NO	NAMA	JABATAN	TGL	PARAF
1				
2	Reni Melda Aruor	Kabid Kesmas	20/6-23	Reni
3	Nasda S	Staf	20/6-23	N.
4				

Lampiran : Petugas Penanggung Jawab Workshop Kader Posyandu
Nomor : 800/ / Kesmas/Dinkes-2023

SUSUNAN PENANGGUNG JAWAB WORKSHOP KADER POSYANDU

1.	Pelindung/Pembina	:	Kepala Dinas Kesehatan
2.	Ketua	:	Renni Melda Azwar, S.Tr.Keb
3.	Koordinator	:	Yessi Darma Ika Putri, SKM
4.	Anggota	:	1. Milda Siswati, SKM 2. Elcintya Forenza, Amd.Keb 3. Astina Lingga, Amd.Keb 4. Sucy Ramadani, SKM

DAFTAR HADIR PESERTA WORKSHOP KADER POSYANDU SE KABUPATEN SOLOK SELATAN TAHUN 2023

Hari/ Tanggal : Rabu s.d Jum'at/ 12 s.d 14 Juli 2023
 Jam : 08.00 WIB – Selesai
 Tempat : Aula Hotel Pesona

NO	NAMA	ALAMAT	TANDA TANGAN		
			12 Juli 2023	13 Juli 2023	14 Juli 2023
1	SUSILAWATI	Liki			
2	GUS HELMI	Liki ATAS			
3	Mia Sari	Sungai Senda			
4	DEVI SAPSWITA	Ampalu			
5	SEKATANA WULMAN DARI	SEKO UTARAN			
6	Ismanek	SAKUNCIANAB			
7	PONINITEN	AFD. C MIRA KEKINCI			
8	Yuli Yanti	KPAD PRU			
9	ERMINA	KPPD / PRU			
10	ELNITA GISTI	Sungai sungkai			
11	WESTI HARTENIS	Sungai sungkai			
12	maria Dona	Timbulun			
13	DESMANIDAR	Durian tapung			
14	Mulia Ratna	JRg Jujutan			
15	ELIDA FURI	JRg Sukhai ARU			
16	Regmi gulta.	Lundang			
17	WENI PRISTIA	PT. MITICH KEKINCI			
18	SUPARTI	WONOREJO			
19	JUMTRI	pemeran rugby selatan			

20	MEIRIZA	BT-Lawe BARAT				
21	Delvi sarina	prn. selasa				
22	Yulia Fitri	Pulakek koto baru				
23	MALHERNI	koto baru				
24	Rina Marlina	koto baru				
25	Ega Juwita Sari	Malake koto baru				
26	MONALISA	pukeh koto baru.				
27	MASNI	Bomas				
28	Desi Yurnita Aroca	Bomas				
29	Murhasni	Bomas				
30	Juli handayani	sungai lambai tanyah				
31	HqCmawati	Aia manguruk				
32	SUSI MANDASARI	luak karanu				
33	Poniati	Karang Pulih				
34	CAUSMARNI	Sopan				
35	ERNI YENI	sako selatan				
36	MISRA WENSI	sako selatan				
37	Erma jeni	Bomas				
38	DELA DATUL F.	uv suti 3, kpgd				
39	WUDA YENI	uv suti II, kpgd				
40	ROZA WATI	Tandan simpang 3.				
41	Loli Marlup	Mudiak 1010 selatan				
42	ERNA	Mudiak Lolo Barat				
43	KUMI LAURA	SANGIR				
44	maulita riana wu	kotoringkek SBH				
45	Ropiati	koto lingkek SBH				
46	Endra Juita	Sopan Sari				
47	Warni	Pauh dua				
48	Sumi Savin Susanti	karatek tingsi				
49	HAFFI FANTI	PR. PABAT				

50	DEPNI AGY RASTI	T. AKAR	Hand	Hand	Hand
51	MELDAWATI	T. OKAR	Hand	Hand	Hand
52	GEUS RIANAWATI	PAUH DOO	Hand	Hand	Hand
53	TRI HARAYANI	PAUH DUO	Hand	Hand	Hand
54	RAHMIL IZATI	PAUH DUO	Hand	Hand	Hand
55	RINA HERLIANTI	KPGD	Hand	Hand	Hand
56	PERA CAIRANTI	KPGD	Hand	Hand	Hand
57	DIRNAWATI	KPGD	Hand	Hand	Hand
58	JUNI DESITA	BUNH KASALC.	Hand	Hand	Hand
59	ROZA LIADA	Padung. Air dunda	Hand	Hand	Hand
60	SIVI PARTITA ANGGUN	Sungai banyu	Hand	Hand	Hand
61	YUDA ANGGUN	WUK MATIRO	Hand	Hand	Hand
62	HERNIA NENGSIH	Sanggirugum.	Hand	Hand	Hand
63	SISI WAHYU LIA	SANGIR JUJUAN	Hand	Hand	Hand
64	IRNA SEKINIS	Wuk gadang tanggara	Hand	Hand	Hand
65	ESI MURNI	Sangir Jujuan	Hand	Hand	Hand
66	NEFA WILITA	Kapau alampek dda	Hand	Hand	Hand
67	WILIT IIVI RUBIANTI	TUBSA. PASIR TALANG	Hand	Hand	Hand
68	YAYUK SOEWANDI	TUB PS. TALANG	Hand	Hand	Hand
69	LIKA PUSPITA	MPL. SUNGAI PAGU	Hand	Hand	Hand
70	MERI FENI	S B GL	Hand	Hand	Hand
71	HASTI ARNI	S B H.	Hand	Hand	Hand
72	TUTI GUSTI ADIELIA	KPGD	Hand	Hand	Hand
73	LINDA WATI	KPGD	Hand	Hand	Hand
74	IN DARTI	KPGD	Hand	Hand	Hand
75	ATHA. WATI	KPGD	Hand	Hand	Hand
76	LOLI RITA GUSYANTI	Sangir Jujuan / Pdg gadang	Hand	Hand	Hand
77	RA OKTARIANG	Sangir Jujuan / Pdg gadang	Hand	Hand	Hand
78	OTMAWATI	Sangir Jujuan	Hand	Hand	Hand
79	MARIZIA M	Sangir Gasing hosi	Hand	Hand	Hand

80	Rita Widhi	Sangir Batang Hari	Rmf	Rmf	Rmf
81	YESI GUSMAN	SBH	Yhab	Yhab	Yhab
82	Mayarni	SBH	Mud	Mud	Mud
83	Desi Nopita Sari	SBH	Yhab	Yhab	Yhab
84	Elvi Susanti	SBH	Cand	Cand	Cand
85	Laila Husni	Sungai Pagu	Cand	Cand	Cand
86	Riri Indrawati	Sungai Pagu	Cand	Cand	Cand
87	Meza Hertina	SBH	Mud	Mud	Mud
88	Fikria Yulika Sari	Sangir batang hari	Fud	Fud	Fud
89	RITA PERMATA SARI	Sangir balai Sanggo	Cand	Cand	Cand
90	SRI LESTARI	Sangir balai Sanggo	Cand	Cand	Cand
91	Devi Ratna Sari	Sangir batang hari	Cand	Cand	Cand
92	Liza Gusman Yenti	Sangir Baurite Hari	Cand	Cand	Cand
93	Restya Iriani	KPGD	Cand	Cand	Cand
94	Yoslendra	KPGD	Cand	Cand	Cand
95	Gusman	Sangir Juyan	Cand	Cand	Cand
96	Wahyuni	Sangir Juyan	Cand	Cand	Cand
97	RINISRI YENTI	Sangir	Cand	Cand	Cand
98	Rica Marsusanti	Sangir	Cand	Cand	Cand
99	Meldawati	Sangir	Cand	Cand	Cand
100	Maisuriati	Sangir	Cand	Cand	Cand
101	Susi Susanti	-	Cand	Cand	Cand
102	Witthy Iriani	Sangir	Cand	Cand	Cand
103	FANI MAI ACTATI	Sangir	Cand	Cand	Cand
104	ASNI	Sangir	Cand	Cand	Cand
105	Febrini Mela Sari	Sangir	Cand	Cand	Cand
106	Jesma Juniati	Sangir	Cand	Cand	Cand
107	Lona Arianti	KPGD	Cand	Cand	Cand
108	NAPA Andriani	KPGD	Cand	Cand	Cand
109	MESPA SUSANTI	SANGIR	Cand	Cand	Cand

110	ELFA AYO SYAHPUTRA	SANGIR	ulu	ulu	ulu
111	KOJANUAR	SANGIR	ulu	ulu	ulu
112	PINA EKA PUTRI	BIDAR ALAM LSTJ	ulu	ulu	ulu
113	MAISA FITRI	BIDAR ALAM, SJJ	ulu	ulu	ulu
114	Dora Atih Aingsih	Bidar Alam, SJJ	ulu	ulu	ulu
115	PATRI Rahma Yuni	SANGIR	ulu	ulu	ulu
116	YULIS MANUL MI	SANGIR	ulu	ulu	ulu
117	Cancha Dewi Pranata	Sangir Balai Janggo	ulu	ulu	ulu
118	Yuni Yuni Sari	Sangir Balai Janggo	ulu	ulu	ulu
119	Tria Nanda Sugandi	Sungai Pagu	ulu	ulu	ulu
120	Diti Fitriani	sungai pagu	ulu	ulu	ulu
121	SANISAH	Sangir Balai Janggo	ulu	ulu	ulu
122	Siska Andriani	Sungir Balai Janggo	ulu	ulu	ulu
123	YUSNIERITA	Sangir	ulu	ulu	ulu
124	Lora Sri Handayani	Sangir	ulu	ulu	ulu
125	Rini Fitriani	Pauh Duo	ulu	ulu	ulu
126	Afri Yanti	Pauh Duo	ulu	ulu	ulu
127	GICI RAMADANI	KPGD	ulu	ulu	ulu
128	PERI RAHMADENI	KPGD	ulu	ulu	ulu
129	PINA DESITA	SANGIR BALAI JANGGO	ulu	ulu	ulu
130	Ayuni-SKARTI	Sangir Balai Janggo	ulu	ulu	ulu
131	Pau Yuni	- - -	ulu	ulu	ulu
132	Rifin Desyana Wosa	- - -	ulu	ulu	ulu
133	WARRINIATI	KARAH ALAM PAUH DUO	ulu	ulu	ulu
134	Pesta Nengsih	KAPAU ALAM PAUH DUO	ulu	ulu	ulu
135	DELL GASNI	SANGIR BANG HARI	ulu	ulu	ulu
136	DESFIYARANI	KAPAU ALAM PAUH DUO	ulu	ulu	ulu
137	Simon Gumanti	Padang Aro	ulu	ulu	ulu
138	Nanda Aswadi	Dikes	ulu	ulu	ulu
139	Santi Saputri	DIKES	ulu	ulu	ulu

140	Surya Ramadany	Pakans, AVO	Surya	Surya	Surya
141	Melva I. D.	PD, AVO			
142	Riskiyah	Pakans, AVO			
143	Devi Nopriani	Dinku			
144	Devi Nopriani	Dinku			
145	Uli-Isari	Pakans			
146	Pradica Fiki	Pakans			
147	Ten Darmawati	Dinku			
148	Elanka Fikri	Dinku			
149	Elka Luyga	Dinku			
150	Reni Nede Nede	Dinku			
151	Jukka Afri	Dinku			
152	Weny Fajriani	Dinku			
153	Gul	Nasor TB			
154	Reni Nede Nede	Dinku			
155	Reni Nede Nede	Dinku			
156	Reni Nede Nede	Dinku			

Kecakapan Kader dan 25 Kompetensi Dasar, Tingkatkan Kualitas Posyandu Aktif

LILYARNI, SKM, MKM

12 JULI 2023

Personia Alam Sangir, Padang Aro




1 Peningkatan keterampilan kader dengan 25 keterampilan dasar kesehatan

Kategori Keterampilan	Keterampilan Dasar Kesehatan	Keterampilan Dasar Kesehatan	Keterampilan Dasar Kesehatan	Keterampilan Dasar Kesehatan
1. Keterampilan Dasar Kesehatan	1. Keterampilan Dasar Kesehatan	1. Keterampilan Dasar Kesehatan	1. Keterampilan Dasar Kesehatan	1. Keterampilan Dasar Kesehatan
2. Keterampilan Dasar Kesehatan	2. Keterampilan Dasar Kesehatan	2. Keterampilan Dasar Kesehatan	2. Keterampilan Dasar Kesehatan	2. Keterampilan Dasar Kesehatan
3. Keterampilan Dasar Kesehatan	3. Keterampilan Dasar Kesehatan	3. Keterampilan Dasar Kesehatan	3. Keterampilan Dasar Kesehatan	3. Keterampilan Dasar Kesehatan
4. Keterampilan Dasar Kesehatan	4. Keterampilan Dasar Kesehatan	4. Keterampilan Dasar Kesehatan	4. Keterampilan Dasar Kesehatan	4. Keterampilan Dasar Kesehatan
5. Keterampilan Dasar Kesehatan	5. Keterampilan Dasar Kesehatan	5. Keterampilan Dasar Kesehatan	5. Keterampilan Dasar Kesehatan	5. Keterampilan Dasar Kesehatan
6. Keterampilan Dasar Kesehatan	6. Keterampilan Dasar Kesehatan	6. Keterampilan Dasar Kesehatan	6. Keterampilan Dasar Kesehatan	6. Keterampilan Dasar Kesehatan
7. Keterampilan Dasar Kesehatan	7. Keterampilan Dasar Kesehatan	7. Keterampilan Dasar Kesehatan	7. Keterampilan Dasar Kesehatan	7. Keterampilan Dasar Kesehatan
8. Keterampilan Dasar Kesehatan	8. Keterampilan Dasar Kesehatan	8. Keterampilan Dasar Kesehatan	8. Keterampilan Dasar Kesehatan	8. Keterampilan Dasar Kesehatan
9. Keterampilan Dasar Kesehatan	9. Keterampilan Dasar Kesehatan	9. Keterampilan Dasar Kesehatan	9. Keterampilan Dasar Kesehatan	9. Keterampilan Dasar Kesehatan
10. Keterampilan Dasar Kesehatan	10. Keterampilan Dasar Kesehatan	10. Keterampilan Dasar Kesehatan	10. Keterampilan Dasar Kesehatan	10. Keterampilan Dasar Kesehatan
11. Keterampilan Dasar Kesehatan	11. Keterampilan Dasar Kesehatan	11. Keterampilan Dasar Kesehatan	11. Keterampilan Dasar Kesehatan	11. Keterampilan Dasar Kesehatan
12. Keterampilan Dasar Kesehatan	12. Keterampilan Dasar Kesehatan	12. Keterampilan Dasar Kesehatan	12. Keterampilan Dasar Kesehatan	12. Keterampilan Dasar Kesehatan
13. Keterampilan Dasar Kesehatan	13. Keterampilan Dasar Kesehatan	13. Keterampilan Dasar Kesehatan	13. Keterampilan Dasar Kesehatan	13. Keterampilan Dasar Kesehatan
14. Keterampilan Dasar Kesehatan	14. Keterampilan Dasar Kesehatan	14. Keterampilan Dasar Kesehatan	14. Keterampilan Dasar Kesehatan	14. Keterampilan Dasar Kesehatan
15. Keterampilan Dasar Kesehatan	15. Keterampilan Dasar Kesehatan	15. Keterampilan Dasar Kesehatan	15. Keterampilan Dasar Kesehatan	15. Keterampilan Dasar Kesehatan
16. Keterampilan Dasar Kesehatan	16. Keterampilan Dasar Kesehatan	16. Keterampilan Dasar Kesehatan	16. Keterampilan Dasar Kesehatan	16. Keterampilan Dasar Kesehatan
17. Keterampilan Dasar Kesehatan	17. Keterampilan Dasar Kesehatan	17. Keterampilan Dasar Kesehatan	17. Keterampilan Dasar Kesehatan	17. Keterampilan Dasar Kesehatan
18. Keterampilan Dasar Kesehatan	18. Keterampilan Dasar Kesehatan	18. Keterampilan Dasar Kesehatan	18. Keterampilan Dasar Kesehatan	18. Keterampilan Dasar Kesehatan
19. Keterampilan Dasar Kesehatan	19. Keterampilan Dasar Kesehatan	19. Keterampilan Dasar Kesehatan	19. Keterampilan Dasar Kesehatan	19. Keterampilan Dasar Kesehatan
20. Keterampilan Dasar Kesehatan	20. Keterampilan Dasar Kesehatan	20. Keterampilan Dasar Kesehatan	20. Keterampilan Dasar Kesehatan	20. Keterampilan Dasar Kesehatan
21. Keterampilan Dasar Kesehatan	21. Keterampilan Dasar Kesehatan	21. Keterampilan Dasar Kesehatan	21. Keterampilan Dasar Kesehatan	21. Keterampilan Dasar Kesehatan
22. Keterampilan Dasar Kesehatan	22. Keterampilan Dasar Kesehatan	22. Keterampilan Dasar Kesehatan	22. Keterampilan Dasar Kesehatan	22. Keterampilan Dasar Kesehatan
23. Keterampilan Dasar Kesehatan	23. Keterampilan Dasar Kesehatan	23. Keterampilan Dasar Kesehatan	23. Keterampilan Dasar Kesehatan	23. Keterampilan Dasar Kesehatan
24. Keterampilan Dasar Kesehatan	24. Keterampilan Dasar Kesehatan	24. Keterampilan Dasar Kesehatan	24. Keterampilan Dasar Kesehatan	24. Keterampilan Dasar Kesehatan
25. Keterampilan Dasar Kesehatan	25. Keterampilan Dasar Kesehatan	25. Keterampilan Dasar Kesehatan	25. Keterampilan Dasar Kesehatan	25. Keterampilan Dasar Kesehatan

Tanda kecakapan kader berdasarkan 25 keterampilan dasar

Kader Purni:
1. Waga menguasai 2 kompetensi dasar
Pengelolaan Posyandu dan layanan
Sakit.

Kader Madra:
1. Waga menguasai 3 kompetensi dasar
Pengelolaan Posyandu, layanan
Sakit, serta Pemantauan Bayi.

Kader Utami:
Waga menguasai seluruh kompetensi
dasar.



Pelatihan Teknis Kader dan Posyandu Bidang Kesehatan

1. Keterampilan Dasar Kesehatan
2. Keterampilan Dasar Kesehatan
3. Keterampilan Dasar Kesehatan
4. Keterampilan Dasar Kesehatan
5. Keterampilan Dasar Kesehatan

Kader Purni
Kader Madra
Kader Utami

Posyandu Aktif Berprestasi

Pelatihan Kader:
Bahan Bacaan Kader 2023

PENGELOLAAN POSYANDU



PERENCANAAN

1. Tempat Pelaksanaan

a. Hari buka Posyandu dilaksanakan di tingkat dusun/RT/RW/ Nagari/ Banjar atau level setara yang disepakati bersama untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan

b. Diluar hari buka Posyandu dilakukan baik melalui kunjungan rumah dan masyarakat di wilayah Posyandu

2. Prasarana

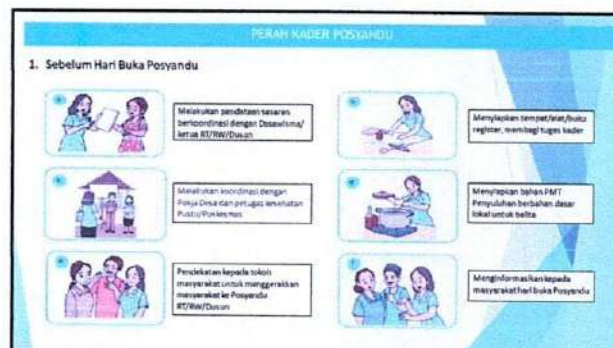
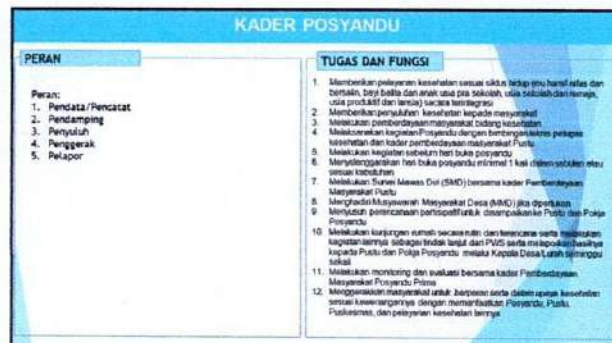
Tempat pelaksanaan Posyandu memiliki ruangan untuk melaksanakan kegiatan Posyandu, sbb:

- Pendaftaran
- Penimbangan, pengukuran panjang/TB, LILA/Kepala/Perut
- Pencatatan hasil penimbangan
- Pelayanan kesehatan
- Penyuluhan dan PMT

3. Peralatan

Jenis peralatan:

- Alat kesehatan
- Perlengkapan kesehatan
- Instrumen
- Logistik





PENCATATAN dan PELAPORAN

Pencatatan Manual:

- Posyandu:
 - Kartu pencatatan ibu hamil, melahirkan/nifas
 - Kartu pencatatan kesehatan bayi, balita dan anak pra sekolah
 - Kartu pencatatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja
 - Kartu pencatatan kesehatan usia produktif dan lansia
 - Kartu Rekapitulasi hari buka (jumlah seseran datang/cidak, normal/masalah)
- Kunjungan rumah menggunakan checklist berkelompok sasaran

Pencatatan Digital:

Saat ini sedang dikembangkan system informasi kesehatan secara online melalui ASIK (Aplikasi Sehat Indonesiaiku), pelaporan Posyandu akan terhubung dengan Pustu dan Puskesmas melalui data Dashboard

Pelaporan:

- Pelaporan kegiatan Posyandu disampaikan kepada Kepala Desa dan sebagai Pokja Posyandu setiap bulan sesuai ketentuan.
- Pelaporan masalah kesehatan (kematian dan kesakitan serta KLB)/hari kunjungan rumah di wilayah Posyandu disampaikan ke petugas kesehatan Pustu/Puskesmas

CONTOH FORM REGISTER/KARTU BANTU SASARAN DI POSYANDU

CONTOH CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

Layanan Dasar Bayi & Balita di Posyandu

posyandu

Penimbangan, pengukuran panjang/tinggi badan, lingkaran kepala, dan lingkaran lengan atas

- Menjelaskan penyiapan alat antropometri (timbangan bayi, timbangan injak, infantometer, stadiometer, alat ukur lingkaran kepala dan lingkaran lengan atas, pita LILA)
- Menjelaskan prinsip penimbangan, pengukuran panjang/tinggi badan, lingkaran lengan atas, dan lingkaran kepala balita
- Menjelaskan cara melakukan penimbangan berat badan pada bayi (yang belum bisa berdiri) dan berat badan pada balita (yang sudah bisa berdiri)
- Menjelaskan cara melakukan pengukuran panjang badan pada bayi usia <2 tahun (yang belum bisa berdiri) dan tinggi badan pada balita usia >2 tahun (yang sudah bisa berdiri)
- Menjelaskan cara melakukan pengukuran lingkaran kepala pada bayi dan balita usia 0-59 bulan
- Menjelaskan cara melakukan pengukuran lingkaran lengan atas pada balita usia 6-59 bulan
- Melakukan pengukuran BB, PB/TB, LK, dan LILA

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1919/2022 tentang Perubahan Kedua Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1182/2022 tentang Standar Alat Antropometri dan Alat Deteksi Dini Perkembangan Anak

Alat ukur berat badan bayi (baby scale) dan balita

Alat ukur panjang badan (infantometer/length board)

Alat ukur linggi badan (stadiometer)

Alat ukur lingkaran atas dan lingkaran kepala

Pengukuran lingkaran lengan atas (LLA)

Penimbangan berat badan bayi dan balita

Pengukuran panjang badan

Pengukuran linggi badan

Pengukuran lingkaran kepala

Alat antropometri yang digunakan :

Timbangan berat badan bayi

Penimbangan Berat Badan Bayi

Persiapan :

1. Letakkan timbangan di tempat yang rata, datar, dan keras sehingga tidak mudah bergeser dari ruangan cukup terang.
2. Pastikan timbangan harus bersih dan tidak ada beban lain di atas timbangan.
3. Baterai dipasang pada tempatnya dengan memperhatikan posisi baterai jangan sampai terbalik.
4. Tekan tombol Power/On dan pastikan angka pada jendela baca menunjukkan angka nol. Posisi awal harus selalu berada di angka nol (jendela baca 0.00 kg)

Langkah-Langkah :

1. Pastikan bayi memakai pakaian seminimal mungkin (tidak memakai popok) dan tidak memegang sesuatu.
2. Letakkan bayi diatas mangkuk timbang bayi hingga angka berat badan muncul pada layar timbangan.
3. Tekan tombol UNIT HOLD, tunggu hingga tulisan "HOLD" pada display berhenti berkedip untuk mendapatkan berat bayi.
4. Catat berat badan bayi dalam satuan kg dengan ketelitian dua angka dibelakang koma (ketelitian 10 gram) dan plot hasil penimbangan BB pada grafik pertumbuhan sesuai jenis kelamin dan usia

Penimbangan Berat Badan Bayi

Alat antropometri yang digunakan :

Timbangan berat badan balita dapat menggunakan timbangan berat badan bayi (baby scale) yang dipasang menggunakan timbangannya

Penimbangan Berat Badan Balita

Persiapan :

1. Letakkan mangkuk timbang bayi pada baby scale untuk digunakan mangkuk timbangan bayi.
2. Pastikan timbangan di tempat yang rata, datar, dan keras sehingga tidak mudah bergeser dari ruangan cukup terang.
3. Pastikan timbangan harus bersih dan tidak ada beban lain di atas timbangan.
4. Baterai dipasang pada tempatnya dengan memperhatikan posisi baterai jangan sampai terbalik.
5. Tekan tombol Power/On dan pastikan angka pada jendela baca menunjukkan angka nol.

Langkah-Langkah :

1. Pastikan balita memakai pakaian seminimal mungkin (tidak memakai popok) tidak memegang sesuatu dan tidak memakai sepatu/sandal kaki.
2. Balita berdiri tegak di bagian timbangan saat angka pada layar timbangan menunjukkan angka 0.00 kg, setelah angka berhenti di atas timbangan sampai angka berat badan muncul pada layar timbangan dan sudah tidak berubah.
3. Tekan tombol di depan layar baca timbangan unit kg, membaca hasil penimbangan.
4. Catat berat badan balita dalam satuan kg dengan ketelitian dua angka dibelakang koma (ketelitian 10 gram) dan plot hasil penimbangan BB pada grafik pertumbuhan sesuai jenis kelamin dan usia

Penimbangan Berat Badan Balita

Pengukuran Panjang Badan (PB) dan Tinggi Badan (TB)

Pengukuran panjang badan dan tinggi badan pada balita dibedakan berdasarkan :

Umur Balita

Kemampuan Balita untuk Berdiri

Jika pengukuran panjang badan balita usia < 2 tahun dilakukan secara berdistal, maka hasil pengukuran yang diperoleh ditambahkan 0,7 cm

Jika pengukuran tinggi badan balita usia ≥ 2 tahun dilakukan secara teletang/berbaring, maka hasil pengukuran yang diperoleh dikurangi 0,7 cm

Pengukuran Panjang Badan dan Tinggi Badan

Alat antropometri yang digunakan :

Alat ukur panjang badan (Infantometer/Length board)



Pengukuran Panjang Badan

Persiapan :

1. Alat ditempatkan pada tempat yang datar, rata dan keras.
2. Alat harus dipastikan dalam kondisi baik dan lengkap, alat penunjuk ukuran (meteran) dapat terbaca jelas dan tidak terhalang atau tertutup.
3. Pasang infantometer sesuai petunjuk.
4. Harus dipastikan bahwa papan geser kaki dapat digerakkan dengan lancar.
5. Siapkan alas kain tipis pada alat ukur untuk bagian kepala balita.

Langkah-Langkah :

1. Lepaskan sepatu/salut kaki, kaos kaki, hiasan rambut, tutup kepala, dan aksesoris lainnya pada balita yang dapat menghambat proses pengukuran.
2. Balita dibaringkan telentang pada papan dengan puncak kepala menempel pada panel bagian kepala (yang tetap).
3. Pengukuran dilakukan oleh dua orang. Pengukur utama memegang dan menekan kaki balita agar tungkai bawah lurus dengan permukaan alat ukur. Asisten pengukur memastikan kepala anak menempel pada papan kepala.
4. Pengukur utama menggerakkan papan geser kaki ke arah telapak kaki balita hingga posisi telapak kaki tegak lurus menempel pada papan geser kaki. Jika balita menangis dan kaki kakinya bergerak, pengukur harus segera menghentikan pengukuran.
5. Pengukur utama membaca hasil pengukuran dalam satuan cm dengan ketelitian satu angka di belakang koma (ketelitian 1 mm).
6. Catat dan plot hasil pengukuran panjang badan balita pada grafik pertumbuhan sesuai umur dan jenis kelamin.

Prinsip pengukuran panjang badan balita usia 0-23 bulan diukur secara teletang/berbaring

Untuk plotting di Grafik pertumbuhan PB/U atau TB/U
Jika pengukuran panjang badan balita usia dibawah 2 tahun dilakukan secara berdistal, maka hasil pengukuran yang diperoleh ditambahkan 0,7 cm



Alat antropometri yang digunakan :

Alat ukur tinggi badan (Stadiometer)



Pengukuran Tinggi Badan

Persiapan :

1. Alat harus dipastikan dalam kondisi baik dan lengkap, alat penunjuk ukuran (meteran) dapat terbaca jelas dan tidak terhalang atau tertutup.
2. Alat ditempatkan pada tempat yang datar, rata dan keras.
3. Casing stadiometer harus terpasang.
4. Harus dipastikan bahwa papan geser kepala dapat digerakkan dengan lancar.
5. Perhatikan adanya tanda-tanda untuk melakukan pengukuran tinggi badan.

Langkah-Langkah :

1. Lepaskan sepatu/salut kaki, kaos kaki, hiasan rambut, tutup kepala, dan aksesoris lainnya pada balita.
2. Pengukuran dilakukan oleh dua orang. Pengukur utama memastikan balita berdiri tegak menghadap ke arah pengukur.
3. Asisten pengukur memastikan kepala balita menempel pada panel bagian kepala, punggung, bokong, betis dan tumit.
4. Posisi kepala anak dipastikan berada pada posisi tegak dan lurus dengan tungkai ke bawah lurus.
5. Tangan kiri pengukur utama memegang kepala balita dan menekan kepala ke atas.
6. Pengukur utama menggerakkan papan geser kepala pada stadiometer hingga menyentuh puncak kepala balita.
7. Pengukur utama membaca angka pada skala pada bagian atas dengan ketelitian satu angka di belakang koma (ketelitian 1 mm).
8. Catat dan plot hasil pengukuran tinggi badan balita pada grafik pertumbuhan sesuai umur dan jenis kelamin.

Prinsip pengukuran tinggi badan balita usia 2-24 bulan diukur secara berdiri

Untuk plotting di Grafik pertumbuhan PB/U atau TB/U
Jika pengukuran tinggi badan balita usia ≥ 2 tahun dilakukan secara teletang/berbaring, maka hasil pengukuran yang diperoleh dikurangi 0,7 cm

Pengukuran Tinggi Badan

Alat antropometri yang digunakan:

Alat ukur lingkaran lengan atas dan lingkaran kepala



Pengukuran Lingkaran Kepala

Persiapan:

1. Pastikan alat ukur tidak kusut, tidak terlipat atau tidak sobek.
2. Alat ukur lingkaran kepala dan lengan atas dalam kondisi bersih sehingga angkanya terlihat jelas.

Langkah-Langkah :

1. Lepaskan tutup kepala, hiasan/sesoris rambut yang dikenakan balita.
2. Alat pengukur dilingkarkan pada kepala balita melewati dahi, di atas alis mata, di atas kuduk telinga, dan bagian belakang kepala yang menonjol, tarik agak kencang.
3. Baca angka yang terlihat pada ujung pita yang terlihat.
4. Catat hasil pengukuran lingkar kepala balita dalam satuan cm dengan ketelitian 1 angka di belakang koma (1 mm) dan plot hasil pengukuran pada grafik pertumbuhan sesuai usia dan jenis kelamin.

Hasil ukur
LK : 54,9 cmPengukuran
Lingkar Kepala

Alat antropometri yang digunakan :

Alat ukur lingkar lengan atas dan lingkar kepala
atau Pita LILAPengukuran
Lingkar Lengan
Atas

Persiapan :

1. Pastikan alat ukur tidak rusak, tidak terlipat atau tidak sobek.
2. Alat ukur dalam kondisi bersih sehingga tidak terkontaminasi.
3. Pengukuran dilakukan pada lengan kiri atau kanan yang tidak dominan.
4. Pastikan lengan yang akan diukur tidak tertutup pakaian.

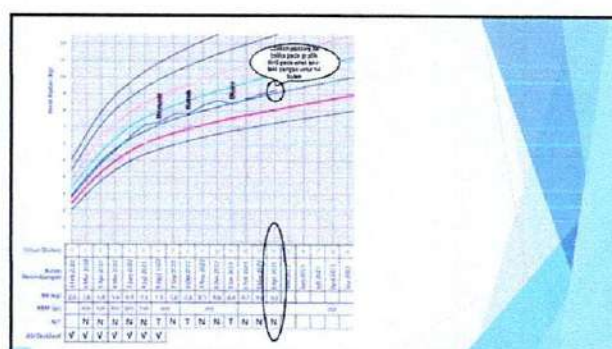
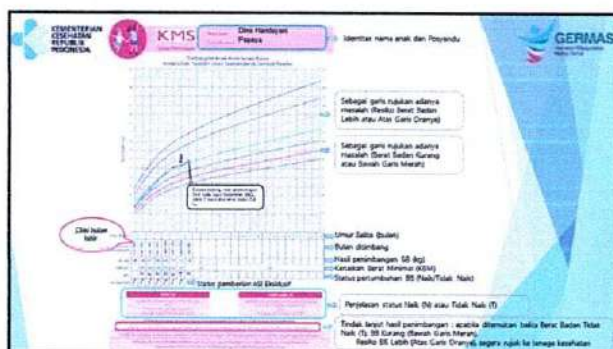
Langkah-Langkah :

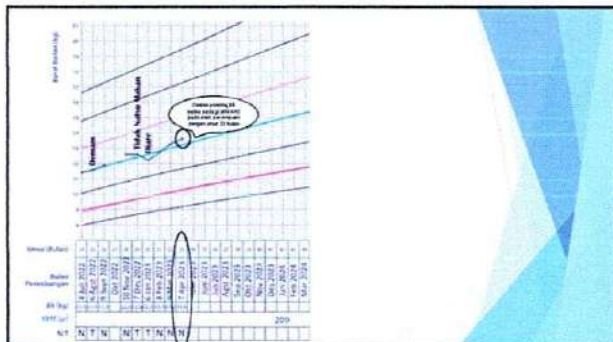
1. Pastikan alat ukur lengan atas dalam kondisi baik.
2. Letakkan tangan balita hingga membentuk sudut 90° letakkan tangan menghadap ke atas.
3. Letakkan ujung pita di atas siku kanan.
4. Ukur panjang antara kedua titik tersebut dan bagi dua untuk mendapatkan nilai lengan atas.
5. Letakkan pita dengan menggunakan penunjang.
6. Letakkan lengan anak, tangan kanan, sejajar dengan badan.
7. Lingkarkan alat ukur pada LILA sisi kanan yang sudah ditandai.
8. Perhatikan alat ukur pada LILA memperoleh angka belakang koma dan tidak terbalik saat alat ukur terlipat.
9. Baca dan catat hasil pengukuran dalam satuan cm dengan ketelitian 1 angka di belakang koma (1 mm).

Pengukuran
Lingkar Lengan
Atas

Plotting hasil pengukuran pada kurva dalam Buku KIA

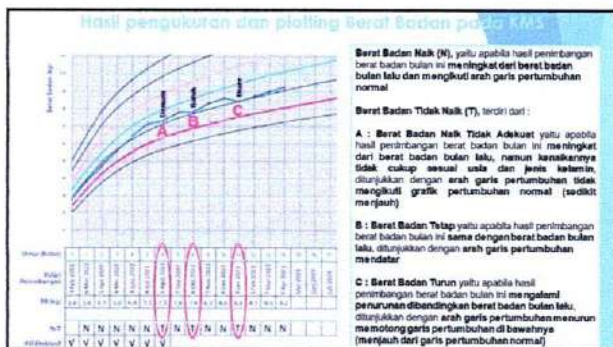
- a. Menjelaskan penggunaan KMS sesuai umur dan jenis kelamin
- b. Menjelaskan cara pengisian KMS (identitas anak, bulan penimbangan, BB, status pertumbuhan Naik/Tidak Naik, kondisi sakit, dan status ASI eksklusif bayi 0-6 bulan)
- c. Menjelaskan cara melakukan plotting hasil penimbangan pada KMS
- d. Menjelaskan interpretasi hasil plotting dan status pertumbuhan pada KMS
- e. Menjelaskan tindak lanjut atas hasil plotting penimbangan





Tenaga kesehatan melakukan supervisi/bimbingan di Posyandu, jika kader mempraktikkan dengan baik maka kader diberi tanda kecakapan

Melakukan penimbangan, pengukuran panjang/tinggi badan dan lingkaran kepala serta plotting dalam Buku KIA



Status pertumbuhan dan tindak lanjut

Kader mendeskripsikan hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan ke Posyandu, jika kader mempraktikkan dengan baik maka kader diberi tanda kecakapan

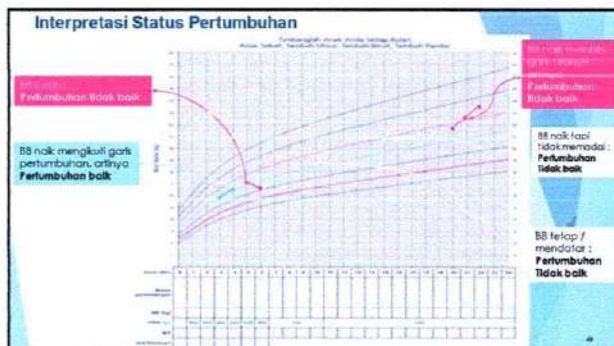
Melakukan penimbangan, pengukuran panjang/tinggi badan dan lingkaran kepala serta plotting dalam Buku KIA



Status pertumbuhan dan tindak lanjut

Kader mendeskripsikan hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan ke Posyandu, jika kader mempraktikkan dengan baik maka kader diberi tanda kecakapan

Melakukan penimbangan, pengukuran panjang/tinggi badan dan lingkaran kepala serta plotting dalam Buku KIA



Apa yang harus dilakukan kader?

Jika balita dengan status pertumbuhan NAIK

- Berikan **pujian** kepada ibu yang telah membawa balita ke posyandu dan sampaikan bahwa kenaikan berat badan balita merupakan keberhasilan ibu mengasuh balita.
- Berikan **umpan balik** untuk mempertahankan kondisi balita dan nasihat tentang pemberian makan sesuai rekomendasi menurut usianya
- Anjurkan untuk datang kembali pada penimbangan berikutnya

Apa yang harus dilakukan kader?

Jika balita dengan status pertumbuhan NAIK, tetapi tren pertumbuhannya naik terus menerus mendekati **GARIS ORANYE**

- Berikan nasihat tentang aktivitas fisik agar status pertumbuhan balita **tidak diatas garis oranye**
- Tetap berikan **pujian** dan umpan balik tentang pemberian makan
- Anjurkan untuk datang kembali pada penimbangan berikutnya

Apa yang harus dilakukan kader?

Jika balita dengan status pertumbuhan NAIK, tetapi garis pertumbuhannya di **ATAS GARIS ORANYE**

- Berikan nasihat tentang aktivitas fisik sesuai usia agar status pertumbuhan tidak diatas garis oranye
- Laporkan ke tenaga kesehatan untuk dilakukan intervensi dini dan **anuran evaluasi 2 minggu**, jika tidak ada perbaikan segera dirujuk
- Tetap berikan **pujian**, edukasi tentang pemberian makan, asupan gizi disesuaikan dengan aktivitas anak
- Anjurkan untuk datang kembali pada penimbangan berikutnya

Apa yang harus dilakukan kader?

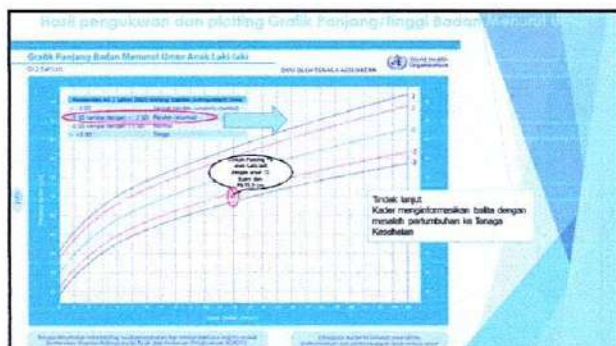
Jika balita dengan status pertumbuhan **TIDAK NAIK**

- Tanyakan dan catat keadaan balita bila ada keluhan (batuk, diare, panas, rewel, dll), kebiasaan makan balita dan hal lainnya seperti faktor lingkungan dan sosial
- Berikan penjelasan tentang kemungkinan penyebab berat badan tidak naik tanpa menyalahkan ibu
- Laporkan ke tenaga kesehatan untuk mendapatkan rujukan ke Puskesmas/Fasilitas Kesehatan
- Tetap berikan **pujian** dan umpan balik tentang pemberian makan
- Anjurkan untuk datang kembali pada penimbangan berikutnya

Apa yang harus dilakukan kader?

Jika balita dengan status pertumbuhan NAIK, tetapi garis pertumbuhannya di **BAWAH GARIS MERAH**

- Tanyakan dan catat keadaan balita bila ada keluhan (batuk, diare, panas, rewel, dll), kebiasaan makan balita dan hal lainnya seperti faktor lingkungan dan sosial
- Berikan penjelasan tentang kemungkinan kenaikan berat badan balita masih belum cukup tanpa menyalahkan ibu
- Laporkan ke tenaga kesehatan untuk mendapatkan rujukan ke Puskesmas/Fasilitas Kesehatan
- Pada balita dengan BB Bawah Garis Merah, setelah dirujuk dan dikonfirmasi, tidak perlu dirujuk kembali jika garis pertumbuhannya mengikuti garis pertumbuhan atasnya (N). Namun jika berat badan tidak mengalami kenaikan (T) maka harus dirujuk
- Tetap berikan **pujian** dan umpan balik tentang pemberian makan
- Anjurkan datang kembali pada penimbangan berikutnya



Tenaga kesehatan melakukan supervisi/tesimbangan Porsyandu. Jika kader mempraktikkan dengan benar, kader diberi tanda kecakapan

Menjelaskan hasil penimbangan berat badan dan pengukuran panjang/ tinggi badan dan tindak lanjut

Ada di halaman berapa?

Mari belajar Buku KIA!

1

1.
Informasi
ASI Eksklusif, MP ASI dan
Pemberian Makan Kaya
Protein Hewani sesuai
umur balita

2

2.
Informasi
penimbangan berat badan,
pengukuran panjang/tinggi
badan, ingkar kepala dan
lingkar lengan atas serta
plotting dalam Buku KIA

2

3.
Informasi
hasil penimbangan berat badan
dan pengukuran panjang/tinggi
badan dan tindak lanjut

2

4. Informasi stimulasi perkembangan, pemberian vitamin A dan obat cacing sesuai umur anak

2

5. Informasi imunisasi rutin lengkap dan Penyakit Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

2

6. Informasi tanda bahaya pada bayi dan balita

2

1. Menjelaskan materi Buku KIA pada Ibu/pengasuh

- Peran & penggunaan buku KIA
- Jenis-jenis materi edukasi terkait balita
 - Jadwal dan jenis imunisasi sesuai usia
 - penilaian status pertumbuhan pada KMS
 - pelayanan gizi (PMEIA, Vitamin A) dan obat cacing
 - kekurang gizi pada bayi dan balita
 - pemantauan kesehatan, kondisi, tanda bahaya dan perawatan pada bayi baru lahir, termasuk IMD dan pemberian ASI eksklusif
 - polio ansh pada balita sesuai usia
 - kondisi (tanda anak sakit), pelayanan kesehatan, dan tanda bahaya pada balita
 - Kelas Ibu Balita
 - deteksi dini masalah kesehatan pada bayi/balita melalui pemeriksaan warna tinja dan warna urine
 - pemenuhan gizi pada balita (MP ASI usia 6-23 bulan dan gizi seimbang usia 2-5 tahun)
 - perawatan bayi dan balita sesuai usia, termasuk pengisian ceklis perkembangan dan stimulasi
 - kesehatan dan keselamatan lingkungan
 - perlindungan anak
 - dukungan anak dengan disabilitas
 - perawatan anak sakit (secara umum)
 - kesiapsiagaan dalam situasi bencana



Tenaga kesehatan melakukan supervisi/bimbingan teknik di Posyandu, jika kader mempraktikkan dengan benar, maka kader akan mendapatkan tanda kecakapan



Melakukan penyuluhan menggunakan Buku KIA bagian balita

ASI Eksklusif, MP ASI Kaya Protein Hewani sesuai umur balita



MP ASI Kaya Protein Hewani sesuai umur balita

ASI Eksklusif 0-6 bulan

MP ASI 6-24 bulan

SETUP MAKANAN BERPROTEIN KAYA PROTEIN HEWANI

Usia 2-5 Tahun

Makanan Balita Usia 2-5 tahun dengan Gizi Seimbang Kaya Protein Hewani

Tenaga kesehatan melakukan supervisi/ bimbingan di Posyandu, jika kader mempraktikkan dengan maka kader diberi tanda kecakapan

Melakukan penyuluhan ASI Eksklusif, MP ASI dan Pemberian Makan Kaya Protein Hewani sesuai umur balita

Stimulasi Perkembangan, kapsul Vitamin A, obat cacing sesuai umur anak

- Menjelaskan cara pengisian ceklis perkembangan sesuai usia
- Menjelaskan cara melakukan stimulasi perkembangan sesuai usia
- Menjelaskan tindak lanjut atas hasil pengisian ceklis perkembangan


Stimulasi Perkembangan, kapsul Vitamin A, obat cacing sesuai umur anak

Stimulasi Perkembangan, kapsul Vitamin A, obat cacing sesuai umur anak

Stimulasi Perkembangan, kapsul Vitamin A, obat cacing sesuai umur anak

Stimulasi Perkembangan, kapsul Vitamin A, obat cacing sesuai umur anak

Tenaga kesehatan melakukan supervisi/ bimbingan/ pelatihan ke Posyandu, jika kader mempraktikkan dengan benar, maka kader diberi tanda kecakapan



Melakukan penyuluhan stimulasi perkembangan, pemberian vitamin A dan obat cacing sesuai umur anak

Keterampilan Pelayanan Bayi dan Balita

Layanan Imunisasi Rutin Lengkap

Dengan menggunakan buku KIA, kader diharapkan mampu memberikan edukasi kepada orang tua atau pengasuh bayi tentang :

- Pengertian imunisasi rutin lengkap
- Jadwal Imunisasi Bayi
- Jadwal Imunisasi Balita (Lanjutan)



Keterampilan Pelayanan Bayi dan Balita

Layanan Imunisasi Rutin Lengkap

a. Menjelaskan pengertian Imunisasi Rutin Lengkap

Seorang anak dinyatakan mendapatkan imunisasi rutin lengkap jika anak tersebut telah lengkap mendapatkan :

- Imunisasi bayi (0 – 11 bulan) lengkap
- Imunisasi lanjutan balita (12 – 23 bulan) lengkap
- Imunisasi Anak Usia Sekolah (SD/MI sederajat) lengkap



Anak usia 0 – 11 bulan

Sudah mendapatkan imunisasi dasar :

- ✓ HB 0 1 dosis
- ✓ BCG 1 dosis
- ✓ DPT-HB-Hib 1 dosis
- ✓ Polio oral (OPV) 4 dosis
- ✓ Polio suntik (IPV) 1 dosis
- ✓ Campak Rubella 1 dosis

Anak usia 12 – 24 bulan

Sudah mendapatkan imunisasi lanjutan :

- ✓ DPT-HB-Hib 1 dosis
- ✓ Campak Rubella 1 dosis

Anak Sekolah Dasar / Madrasah Ibtidaiyah

Sudah mendapatkan imunisasi lanjutan :

- ✓ Campak Rubella dan DT pada anak kelas 1 SD/MI dan
- ✓ Td pada kelas 2 dan 3 SD/MI

Keterampilan Pelayanan Bayi dan Balita

Layanan Imunisasi Rutin Lengkap

Layanan imunisasi rutin lengkap pada balita diberikan dengan jadwal berikut :

Jadwal Imunisasi Bayi (0-11 bulan)

Umur	Jenis
< 24 jam	Hepatitis B (HB0)
< 1 bulan	BCG, OPV1
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, OPV2, RV1, PCV1
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, OPV3, RV2, PCV2
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, OPV4, RV3, IPV1
9 bulan	Campak-Rubella1, IPV2
10 bulan	JE**

Jadwal Imunisasi Lanjutan Balita

Umur	Jenis
12 bulan	PCV3
18 - 23 bulan	DPT-HB-Hib 4
	Campak-Rubella 2

** untuk daerah endemis

Keterampilan Pelayanan Bayi dan Balita

Layanan Imunisasi Rutin Lengkap

Layanan imunisasi rutin lengkap pada anak usia sekolah diberikan untuk peserta didik tingkat sekolah dasar (SD/MI sederajat).

Jadwal Imunisasi Anak Usia Sekolah/ SD/MI Sederajat

Kelas	Jenis Vaksin	Bulan	Pembatan
Kelas 1	Campak-Rubella/MM, DT	Agustus/November	1 kali/1 kali
Kelas 2	Td	November	1 kali
Kelas 5	Td	November	1 kali
Kelas 6	MM/dosis 1	Agustus	1 kali
Kelas 6	HPV dosis 2	Agustus	1 kali

Imunisasi Campak-Rubella/MM untuk mencegah penyakit Campak dan Rubella
Imunisasi DT dan Td untuk mencegah penyakit Difteri dan Tetanus
Imunisasi HPV untuk peserta didik perempuan untuk mencegah penyakit Kanker

Keterampilan Pelayanan Bayi dan Balita

Penyakit-Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)



IMUNISASI HB0

HEPATITIS B

IMUNISASI BCG

TUBERKULOSA (BATUK DARAH)

IMUNISASI DPT-HB-Hib

DIFTERI

PERTUSIS ATAU BATUK REMAN

TETANUS NEKROTISAN

HEPATITIS B

HEMORRAGIK INFLUENZA TYP E B

Penyakit-Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

IMUNISASI OPV, IPV
POLIO

IMUNISASI CAMPAKRUBELA (MEASLES RUBELLA/MMR)
CAMPAK
SINGCHINANTIGENITAL RUBELA

Imunisasi PCV
PNEUMOKOKUS

IMUNISASI HPV
KANKERLEHERANEK

Tenaga kesehatan melakukan supervisi/ bimbingan kepada Posyandu, jika kader mempraktikkan dengan benar maka kader diberi tanda kecakapan

Melakukan penyuluhan layanan imunisasi rutin lengkap dan penyakit dapat dicegah imunisasi (PD3I)

Pemantauan tanda bahaya Bayi dan Balita

Daftar tanda bahaya bayi dan balita

Tanda bahaya pada bayi dan balita

Tanda bahaya pada bayi dan balita

LEMBAR PEMANTAUAN HARIAN BAYI 0 - 2 BULAN

Pemantauan tanda bahaya Bayi dan Balita

Pemantauan tanda bahaya Bayi dan Balita

LEMBAR PEMANTAUAN HINGGUAH BALITA 3- 60 BULAN

Tenaga kesehatan melakukan supervisi/ bimbingan kepada Posyandu, jika kader mempraktikkan dengan benar maka kader diberi tanda kecakapan

Melakukan penyuluhan pemantauan tanda bahaya bayi dan balita





**Layanan Dasar
Ibu Hamil, Ibu Nifas & Ibu Menyusui
di Posyandu**

Kegiatan 1	Kegiatan 2	Kegiatan 3	Kegiatan 4	Kegiatan 5
Pendaftaran / Registrasi	<ul style="list-style-type: none"> Penimbangan Berat Badan Ibu Hamil Pengukuran tinggi lengan atas 		Pelayanan : <ul style="list-style-type: none"> Pemberian TTD Pemberian PMT 	<ul style="list-style-type: none"> Pengulangan panduan mutlak "sisi piringsu" Pengulangan PMT

*Terdapat beberapa kearifan lokal yang dilakukan pencatatan hasil pemeriksaan di halaman pelayanan kesehatan ibu, grafik evaluasi kehamilan dan grafik peningkatan berat badan.

PENGANTARAN PEMANTAUAN KESEHATAN IBU
(LANGKAH 2)

Penimbangan Berat Badan	Pengukuran ULA	Pengukuran Tekanan Darah
<ul style="list-style-type: none"> Mengetahui status gizi ibu hamil selama kehamilan Bila berisiko/ masalah gizi → penanganan tepat → ibu sehat → bayi lahir sehat 	<ul style="list-style-type: none"> Sebagai skrining awal status gizi, terutama kondisi Kurang Energi Kronis/ KEK 	<ul style="list-style-type: none"> Sebagai skrining awal terjadinya hipertensi dalam kehamilan (>140/90 mmHg) Mengurangi terjadinya kasus pre-eklamsi (penyebab utama kematian ibu)

berisiko/ masalah gizi → penanganan tepat → ibu sehat → pertumbuhan dan perkembangan janin optimal → **BAYI LAHIR SEHAT**

Hal yang perlu diperhatikan terkait pelayanan gizi

PELAYANAN DO SELAMA HAMIL


UAT / Parameter	Kategori / Rentangan Berat Badan
W80	100 – 110 kg
W75 – W80	90 – 95 kg
W70 – W75	75 – 85 kg
W65	60 kg







Beresikan diri dengan memperhatikan asupan gizi yang dibutuhkan selama kehamilan
 Lakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala
 Berikan makan yang bergizi untuk mendukung pertumbuhan janin


DIAGNOSIS RENDAH BERAT

Kenaikan berat badan selama hamil harus memperhatikan defisit berat badan




Tenaga kesehatan mencegah atau hasil pemantauan berat badan dalam grafik




Buku KIA Kepada Ibu Hamil dan Menyusui

Menjelaskan isi dan penggunaan buku KIA yang terdiri dari:

1. Pencatatan Tertinggi:
 - a. Pemantauan Pelayanan Kesehatan Ibu
 - b. Kartu Kontrol Minum Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil
 - c. Amnion Pervalan
 - d. Pelayanan Dokter
 - e. Pelayanan Kesehatan
 - f. Pemantauan Mingguan Ibu Hamil
 - g. Pemantauan Harian Ibu Nifas
 - h. Catatan Pelayanan Kesehatan Ibu
 - i. Ringkasan Pelayanan Persalinan
 - j. Ringkasan Pelayanan Nifas
 - k. Rujukan
2. Jenis-jenis Informasi Tentang:
 - a. Ibu Hamil
 - b. Kelas Ibu Hamil
 - c. Ibu Bersalin
 - d. Ibu Nifas
 - e. Ibu Menyusui
 - f. Keluarga Berencana

[illegible]

WASPADA JIKA TERJADI TANDA BAHAYA KEHAMILAN
 Segera hubungi Nakes/Fasyankes terdekat



KEPATUHAN KONSUMSI TTD
 Saat ANC dan diberikan TTD, edukasi penting dilakukan



Alasan mengonsumsi TTD dan Konsumsi TTD

Tujuan pemberian TTD dan Upaya Pencegahan Anemia Pada Ibu Hamil

Mengapa Ibu Hamil Rentan Anemia?

Tanda dan gejala Anemia

Gejala Anemia

Agar konsumsi TTD Efektif

Anjuran minum Tablet Tambah Darah

Kader menganjurkan ibu hamil untuk:

1. Memeriksa kandungan TTD (dari kemasan) sedikitnya mengandung 60 mg zat besi dan 400 mcg asam folat
2. Minum tablet tambah darah (TTD) setiap hari selama kehamilan
3. Mencatat pada kartu kontrol minum TTD setiap setelah minum TTD

Kartu Kontrol Minum TTD pada IBU HAMIL

Bulan Keh-1	Bulan Keh-2	Bulan Keh-3
Bulan Keh-4	Bulan Keh-5	Bulan Keh-6
Bulan Keh-7	Bulan Keh-8	Bulan Keh-9

Isi setiap kotak dengan tanda minum

Tablet tambah Darah

- Berapa banyak tablet tambah darah diberikan?
- Kapan sebaiknya minum tablet tambah darah
- Bagaimana cara minum tablet tambah darah agar khasiatnya optimal dalam mencegah anemia/kurang darah
- Apa saja efek samping minum tablet tambah darah
- Apa yang bisa dilakukan untuk mengurangi efek samping minum tablet tambah darah

Tablet tambah Darah

- Berapa banyak tablet tambah darah diberikan?
 Tablet tambah darah diminum selama hamil (selama hari hamil)
- Kapan sebaiknya minum tablet tambah darah? Sebaiknya diminum malam hari, untuk mengurangi efek samping seperti mual muntah
- Bagaimana cara minum tablet tambah darah agar khasiatnya optimal dalam mencegah anemia/kurang darah?
 - a. Bareng dengan asupan tinggi vitamin C
 - b. Jangan minum dengan asupan berkafein seperti teh, kopi, soda, coklat, dll. Selain itu, jangan mengonsumsi dengan susu, obat maag, dan tablet kalsium karena bisa menghambat penyerapan zat besi
 - c. Hindari minum tablet tambah darah saat perut kosong
 - d. Koreksi salah 1 Efek tablet tambah darah untuk ibu hamil terkadang menyebabkan perut penuh dan mual atau haid
- Apa saja efek samping minum tablet tambah darah? Mual, BAB hitam, gigi berlubang dll

PEMANTAUAN TANDA BAHAYA IBU HAMIL DAN IBU NIFAS

Pemantauan Ibu Hamil	Pemantauan Ibu Nifas
<ul style="list-style-type: none"> • Pemantauan dilakukan oleh ibu/keluarga • Pemantauan setiap minggu 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemantauan dilakukan oleh ibu/keluarga • Pemantauan setiap hari (0-42 hari sesudah melahirkan)

• Diberi tanda ceklis pada kolom kondisi sesuai keadaan ibu

• Apabila ditemukan kondisi ibu hamil/ibu Nifas pada kolom merah, maka rujuk ke tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan



Alur Skrining Anemia pada Remaja Putri kelas 7 dan 10 dan Follow Up

Serius anemia melalui UKDM

1. Anamnesis, pengat: keluhan, riwayat keluarga
2. Tanda klinis: konjungtiva pucat, ingkang tangan pucat
3. Pemeriksaan hemoglobin

Tidak anemia (Hb > 12 g/dl)

Bagi Siswa


- Temporari TTD 1 tahun, minggu
- Pemeriksaan UKDM
- Pemeriksaan UKDM
- Pemeriksaan UKDM
- Pemeriksaan UKDM
- Pemeriksaan UKDM

Tan Paksi dan Paksi UKDM

- Pemeriksaan UKDM
- Pemeriksaan UKDM
- Pemeriksaan UKDM
- Pemeriksaan UKDM
- Pemeriksaan UKDM
- Pemeriksaan UKDM

Kategori	Angka	Angka	Angka
1. Tidak anemia	1. Tidak anemia	1. Tidak anemia	1. Tidak anemia
2. Tidak anemia	2. Tidak anemia	2. Tidak anemia	2. Tidak anemia
3. Tidak anemia	3. Tidak anemia	3. Tidak anemia	3. Tidak anemia
4. Tidak anemia	4. Tidak anemia	4. Tidak anemia	4. Tidak anemia
5. Tidak anemia	5. Tidak anemia	5. Tidak anemia	5. Tidak anemia
6. Tidak anemia	6. Tidak anemia	6. Tidak anemia	6. Tidak anemia
7. Tidak anemia	7. Tidak anemia	7. Tidak anemia	7. Tidak anemia
8. Tidak anemia	8. Tidak anemia	8. Tidak anemia	8. Tidak anemia
9. Tidak anemia	9. Tidak anemia	9. Tidak anemia	9. Tidak anemia
10. Tidak anemia	10. Tidak anemia	10. Tidak anemia	10. Tidak anemia

Tenaga kesehatan melakukan supervisi bimbingan teknis di Poyandu, jika kader mempraktikkan dengan benar, maka kader diberi tanda kecapaian



Jenis NAPZA berdasarkan Efek Ketubuh

NAPZA

Stimulan

Kokain, Amphetamine, Shabu-shabu, Ekstasi

Depresan

Morfin, Heroin (Putaw), Alkohol

Hallusinogen

Tanaman Ganda dan Inhalan

Bahan adiktif lain

Mikotin pada rokok, kafein pada kopi, teh dan beberapa obat,

Efek

Gangguan sistem saraf (termasuk stroke) atau serangan jantung.

Mengganggu kemampuan sistem kekebalan tubuh, pengurangan nafsu makan dan mengakibatkan penurunan berat badan.

Mengganggu dan kelelahan, penurunan fungsi kognitif dan memori (mengganggu kerja otak dan mempengaruhi aktivitas tubuh, rasa nyeri dan stres lebih berat).

Mengganggu fungsi saraf perifer, mengganggu kemampuan sistem kekebalan tubuh, gangguan sistem kekebalan tubuh, gangguan sistem kekebalan tubuh, gangguan sistem kekebalan tubuh.

Kandungan zat berbahaya dalam rokok

Kandungan dalam Rokok

1

- Acetone (Penghapus Cat)
- Naphthalene (Zat Karbonogenik)
- Mutagen (bahan beracun)
- Pyrene (Pestisida Industri)
- Dinitrofluorobenzene (Zat Karbonogenik)
- Naphthalene (Majalah baris)
- Cadmium (Dipakai untuk mobil)
- Carbon Monoxide (Gas dari knalpot)
- Benzopyrene (Zat Karbonogenik)
- Vinyl Chloride (Bahan Plastik PVC)
- Hydrocarbons (Zat Karbonogenik)
- Tobacco (Bahan Karbonogenik)
- Urethane (Zat Karbonogenik)
- Toluene (Pestisida Industri)
- Benzene (Pestisida Industri)
- Dibenzodioxin (Zat Karbonogenik)
- Phenol (Pestisida Industri)
- Butadiene (Zat Karbonogenik)
- Polycyclic Aromatic Hydrocarbons (Zat Karbonogenik)

Bahaya NAPZA termasuk Rokok

Dampak Gangguan Penggunaan NAPZA Terhadap Kesehatan

Dampak Narkotika bagi Kesehatan Fisik

- 0,8% TBC
- 3,0% TBC
- 5,8% TBC
- 6,8% TBC
- 13,1% TBC
- 3,0% TBC
- 2,7% AIDS

Bahaya NAPZA termasuk Rokok

- HEBIS**: Timbul masalah dalam kesehatan Fisik (infeksi, kegagalan fungsi organ) dan Psikis (Skizofrenia, depresi, cemas, bunuh diri)
- SOSIAL**: Pertengahan dengan orang-orang, perilaku kekerasan dalam rumah tangga, perilaku merusak.
- EKONOMI**: Terjadi penurunan produktivitas, kehilangan pekerjaan, kehilangan kepercayaan dalam pekerjaan.
- HUKUM**: Terlibat permasalahan kriminalitas, tertangkap oleh petugas/polis

Tahapan Penyalahgunaan Narkoba

Tahap Coba-Coba

Untuk mencari tahu apakah narkoba itu apa, bagaimana rasanya, dan apakah itu berbahaya atau tidak.

Tahap Pemula

Setelah mencoba, pengguna narkoba akan merasa senang, nyaman, dan puas.

Tahap Berkala

Pengguna narkoba akan merasa senang, nyaman, dan puas.

Tahap Ketergantungan

Pengguna narkoba akan merasa senang, nyaman, dan puas.

Upaya Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA kepada Masyarakat

Memberikan Edukasi kepada Masyarakat Umum

- Melalui kegiatan ceramah, seminar, media sosial cetak dan elektronik

Memberikan Edukasi dan Keterampilan kepada Orang Tua

- Mampu melakukan deteksi dini adanya penyalahgunaan emosi dan perilaku pada remaja
- Dialog yang berkelanjutan antara orang tua dan anak
- Selalu memberi contoh pada anak
- Melibatkan diri pada aktivitas anak
- Miliki jadwal kebersamaan
- Mampu mengajarkan konsistensi atas suatu perbuatan
- Pemantauan disiplin dan membuat kesepakatan
- Mampu mengajarkan teknik pemecahan masalah yang efektif
- Dukung anak

Pencegahan Terhadap Gangguan Penggunaan NAPZA

Bagaimana jika anak terpapar NAPZA?

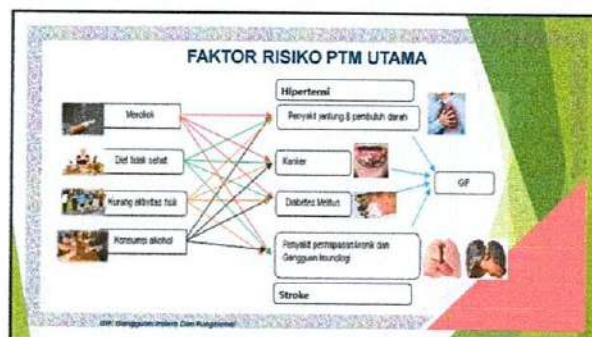
CERIA

Cerdas intelektual, emosional dan spiritual
Empati dalam berkomunikasi efektif
Rajin beribadah sesuai agama dan keyakinan
Interaksi yang bermanfaat bagi kehidupan
Asah, Asih dan Asuh Tumbuh Kembang dalam Keluarga & Masyarakat

Apakah anak terpapar NAPZA? Dilakukan?

Terdapat kesehatan melakukan supervisi bimbingan teknis di Posyandu, jika kader mempraktikkan dengan benar, maka kader diberi tanda kecakapan

Layanan Dasar Usia Produktif dan Lanjut Usia di Posyandu





KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi Hipertensi

Mengendalikan Hipertensi

Gaya hidup sehat dan minum obat secara teratur

Pengobatan secara teratur adalah:

- Meminum obat secara teratur sesuai rekomendasi dokter
- Melakukan kontrol teratur

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi Penyakit Jantung Koroner

Adalah gangguan fungsi jantung akibat efek jantung kekurangan darah karena penyumbatan atau penyempitan pada pembuluh darah koroner akibat korosifikasi kapalan akibat pembuluh darah (Atherosclerosis).

Nyeri dada
Terdapat di daerah dada
Rasa berat di dada
Rasa mual atau nyeri ulu hati

Keringat dingin
Sesak Terbakar

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi Penyakit Jantung Koroner (Lokasi Nyeri Dada)

Dibetakang tulang dada

Dibetakang tulang dada menjalar ke leher

Dari dada ke bahu dan tangan

Sakit dada tajam ke rahang

Dari dada ke bawah di ulu hati (sering didahului sakit maag)

Di daerah punggung, diartian ke bahu belakang

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi Stroke

Stroke adalah penyakit pembuluh darah otak.

Definisi menurut WHO: Stroke adalah rusak otak yang disebabkan karena terdapat lesi yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokus dan global yang dapat membatasi dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas secara vascular.

Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah. Akibatnya jaringan otak tidak memperoleh pasokan darah yang memadai sehingga terjadi nekrosis jaringan, sehingga mengakibatkan kematian sel-sel otak.

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi Stroke (Tanda dan Gejala Stroke)

Ingat Slogan SeGeNa HeRS

STROKE

Seorang tidak menyadari mengalami ke-sakit-sakit, terutama, seperti kelemahan atau麻木 secara tiba-tiba

Gerakan anggota tubuh sebelah kiri atau kanan

Sakit atau rasa kebas-kebas, terutama di bagian wajah, lengan, atau kaki

Rahim, pandangan kabur, mata berkun-kun, telinga berdenging

Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, dengan fungsi kesadaran, memori, dan berpikir terganggu

Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, dengan fungsi kesadaran, memori, dan berpikir terganggu

Se Ge Na He R S

Gejala Tambahan lain, mungkin

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi Diabetes Melitus

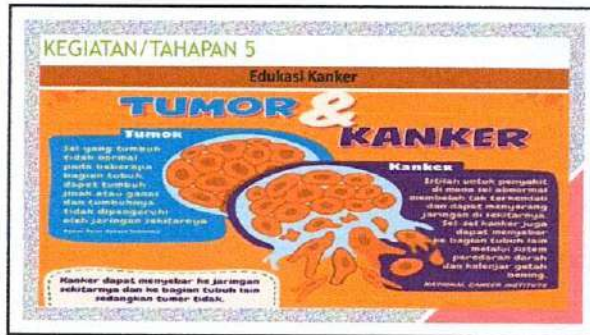
Diabetes Melitus adalah suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal secara menetap.

Gejala Utama (Klasik)

- Sering haus (Polydipsia)
- Sering lapar (Polyphagia)
- Sering buang air kecil (Polyuria)
- Capai Lapis (Poliuria)
- Sakit kepala
- Sakit perut
- Sakit mata
- Sakit gigi
- Sakit telinga
- Sakit kulit
- Sakit otot
- Sakit tulang
- Sakit sendi
- Sakit saraf
- Sakit organ
- Sakit sistem
- Sakit organ
- Sakit sistem

Gejala Tambahan

- Berat badan turun atau tidak dapat bertambah
- Kelelahan
- Obat di rumah banyak habis
- Sakit kepala
- Sakit mata
- Sakit gigi
- Sakit telinga
- Sakit kulit
- Sakit otot
- Sakit tulang
- Sakit sendi
- Sakit saraf
- Sakit organ
- Sakit sistem
- Sakit organ
- Sakit sistem



KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi Kanker

DETEKSI DINI KANKER LEHER RAHM

Dengan Metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) atau Metode Pap Smear

Setiap orang perlu dilatihkan oleh tenaga yang sudah terlatih melakukan inspeksi visual dengan IVA atau Metode Pap Smear

Setiap orang perlu melakukan tes IVA atau Metode Pap Smear secara berkala

TES IVA Dimana?

PUSKESMAS/RUMAH SAKIT

Oleh Siapa?

BIDAN/DOKTER

Kapan?

Setiap 3-5 tahun sekali

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi PPOK

PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS (PPOK)

Penyakit paru obstruktif kronis atau sering disingkat PPOK adalah istilah yang digunakan untuk sejumlah penyakit yang menyerang paru-paru untuk jangka panjang.

PPOK umumnya merupakan kombinasi dari dua penyakit pernapasan yaitu bronkitis kronis dan emfisema.

Bronkitis adalah peradangan kronis pada saluran pernapasan bagian bawah yang menyebabkan produksi lendir yang berlebihan.

Emfisema adalah kondisi kerusakan jaringan paru-paru yang menyebabkan udara terperangkap di paru-paru.

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi PPOK

Sejumlah faktor risiko yang dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengidap PPOK meliputi:

Rokok
Paparan asap rokok pada perokok aktif maupun pasif merupakan faktor utama penyebab PPOK. Semakin banyak jumlah perokok, semakin tinggi risiko seseorang untuk mengidap PPOK.

Usia
PPOK akan berkembang seiring dengan bertambahnya usia. Gejala PPOK umumnya muncul pada orang yang berusia 45 hingga 60 tahun.

Beban Polusi Udara
Masa yang dihabiskan di lingkungan yang tercemar polusi udara, baik di dalam maupun di luar ruangan, dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengidap PPOK.

Faktor Keturunan
Seseorang yang memiliki riwayat keluarga dengan PPOK atau memiliki riwayat penyakit paru-paru lainnya, seperti asma, dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengidap PPOK.

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi PPOK (Gejala)

Gejala PPOK meliputi:

- Saluran pernapasan bagian atas terasa gatal dan berdebu.
- Saluran pernapasan bagian atas terasa gatal dan berdebu.
- Saluran pernapasan bagian atas terasa gatal dan berdebu.
- Saluran pernapasan bagian atas terasa gatal dan berdebu.
- Saluran pernapasan bagian atas terasa gatal dan berdebu.
- Saluran pernapasan bagian atas terasa gatal dan berdebu.
- Saluran pernapasan bagian atas terasa gatal dan berdebu.
- Saluran pernapasan bagian atas terasa gatal dan berdebu.

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi Gangguan Penglihatan

Gangguan penglihatan yaitu kondisi yang ditandai dengan penurunan tajam penglihatan seperti tidak bisa melihat jauh/dekat dengan jelas, atau penglihatan kabur.

Beberapa penyakit penyebab gangguan penglihatan yang sering ditemui di masyarakat yaitu:

- katarak
- katarak
- glaukoma
- retinopati diabetikum

Manajemen Kesehatan Mata di Era Digital

1. Rutin melakukan pemeriksaan kesehatan mata secara berkala.
2. Menjaga kesehatan mata dengan menggunakan pelindung mata yang sesuai.
3. Menjaga kesehatan mata dengan menggunakan pelindung mata yang sesuai.
4. Menjaga kesehatan mata dengan menggunakan pelindung mata yang sesuai.
5. Menjaga kesehatan mata dengan menggunakan pelindung mata yang sesuai.

KEGIATAN/TAHAPAN 5
Edukasi Gangguan Pendengaran

Gangguan pendengaran adalah kondisi yang ditandai dengan penurunan kemampuan mendengar suara.

Anda mungkin mengalami Gangguan Pendengaran, jika:

- Anda merasa kesulitan mendengar suara.
- Anda merasa kesulitan mendengar suara.
- Anda merasa kesulitan mendengar suara.
- Anda merasa kesulitan mendengar suara.
- Anda merasa kesulitan mendengar suara.
- Anda merasa kesulitan mendengar suara.
- Anda merasa kesulitan mendengar suara.
- Anda merasa kesulitan mendengar suara.

JENIS INSTRUMEN SKRINING DAN SASARAN YANG DAPAT DILAKUKAN DI P

SASARAN	JENIS INSTRUMEN
USIA PRODUKTIF	SRQ 20
LANJIA	SRQ 20
REMAJA	SDQ 11-18 THN
ANAK	SDQ 4-11 THN

2) Instrumen Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

SRQ

- Untuk mengetahui adanya gangguan mental emosional seperti gejala depresi, gejala ansietas, gejala kognitif, gejala somatik dan gejala penurunan energi
- Validitas yang cukup baik dalam hal sensitivitas dan spesifitasnya
- Terdiri dari 20 pertanyaan yang diisi langsung atau melalui wawancara
- Dapat diidentifikasi gejala-gejala gangguan mental emosional seperti gejala depresi, gejala ansietas, gejala kognitif, gejala somatik dan gejala penurunan energi.

Interpretasi Hasil:

- Bila terdapat ≥ 6 jawaban Ya maka ada indikasi mengalami masalah kesehatan jiwa sehingga memerlukan pemeriksaan lanjutan wawancara psikotrik untuk mengetahui ada atau tidaknya gangguan jiwa
- Pertanyaan no 17, jika pertanyaan dijawab "YA" meskipun skor total < 6 , maka ada indikasi mengalami masalah kesehatan jiwa sehingga memerlukan pemeriksaan lebih lanjut

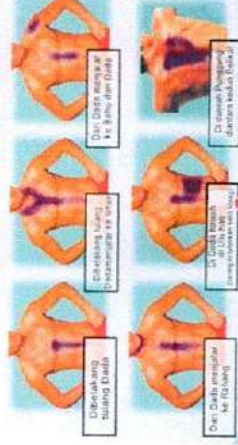


KONSEP POSBINDU PTM

PENDAHULUAN

JENIS-JENIS PTM 1. JANTUNG KORONER

TEMPAT TEMPAT NYERI PADA GANGGUAN JANTUNG



TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM:
Peserta mampu memahami konsep Posbindu

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS:

1. Peserta Mampu Menjelaskan PTM dan Faktor Risiko PTM
2. Peserta Mampu Menjelaskan Konsep Posbindu



**FAKTOR PEMICU GEJALA
SERANGAN JANTUNG**

Proses: Proses ini terjadi karena adanya gangguan aliran darah ke jantung, yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti:

- Penyakit Jantung Koroner:** Penyakit ini terjadi karena adanya plak yang menyumbat pembuluh darah ke jantung.
- Diabetes:** Diabetes dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner.
- Obesitas:** Obesitas dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner.
- Stres:** Stres dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner.
- Rokok:** Rokok dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner.
- Minuman Beralkohol:** Minuman beralkohol dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner.

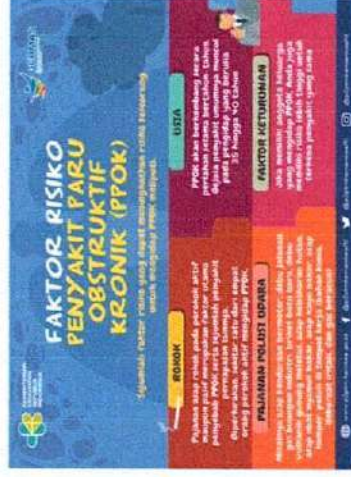
5. KANKER PAYUDARA



6. DIABETES MELITUS



7. PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK)



8. ASMA

Gejala ASMA

Gejala asma dapat berupa:

- Sesak napas
- Batuk
- Mengi
- Nyeri dada

Asma dapat terjadi kapan saja dan di mana saja.

Gejala asma dapat disebabkan oleh:

- Faktor keturunan
- Paparan alergen
- Paparan polutan
- Paparan infeksi
- Paparan stres
- Paparan olahraga
- Paparan cuaca
- Paparan makanan
- Paparan obat-obatan

Gejala asma dapat diobati dengan obat-obatan.

Gejala asma dapat dicegah dengan menghindari pemicunya.

9. KATARAK

Tanda dan Gejala Katarak meliputi:

- 1. Penglihatan kabur atau buram
- 2. Perubahan warna atau bentuk objek
- 3. Perubahan bentuk objek
- 4. Perubahan ukuran objek
- 5. Perubahan bentuk objek
- 6. Perubahan ukuran objek
- 7. Perubahan bentuk objek
- 8. Perubahan ukuran objek
- 9. Perubahan bentuk objek
- 10. Perubahan ukuran objek

SEPULUH PENYEBAB KEMATIAN UTAMA (SEMUA UMUR) SAMPLE REGISTRATION SYSTEM (SR5) INDONESIA, 2014

No	Penyebab Kematian	%
1	Stroke (I60 - I69)	21.1
2	Penyakit Jantung Koroner (I20 - I25)	12.9
3	Diabetes mellitus dengan komplikasi (E10 - E14)	6.7
4	Tuberkulosis Paru (A15 - A16)	5.7
5	Hipertensi dengan komplikasi (I11 - I13)	5.3
6	Penyakit Paru Obstruksi Kronis (J40-J47)	4.9
7	Penyakit Hati (K70 - K76)	2.7
8	Kecelakaan lalu lintas (V01- V99)	2.6
9	Pneumonia (J12 - J18)	2.1
10	Diare dan penyakit infeksi saluran pencernaan lain (A09)	1.9

ASMA pada Anak

Faktor Pencetus Asma

Gejala asma dapat disebabkan oleh:

- 1. Faktor keturunan
- 2. Paparan alergen
- 3. Paparan polutan
- 4. Paparan infeksi
- 5. Paparan stres
- 6. Paparan olahraga
- 7. Paparan cuaca
- 8. Paparan makanan
- 9. Paparan obat-obatan

Faktor Risiko KATARAK

1. Usia lanjut (di atas 40 tahun)
2. Riwayat keluarga
3. Penyakit mata lainnya (seperti: glaukoma, katarak, retina)
4. Kelainan sistem kekebalan tubuh (seperti: diabetes mellitus, penyakit ginjal kronis)
5. Paparan sinar matahari langsung yang berlebihan
6. Kelainan bawaan
7. Paparan sinar ultraviolet

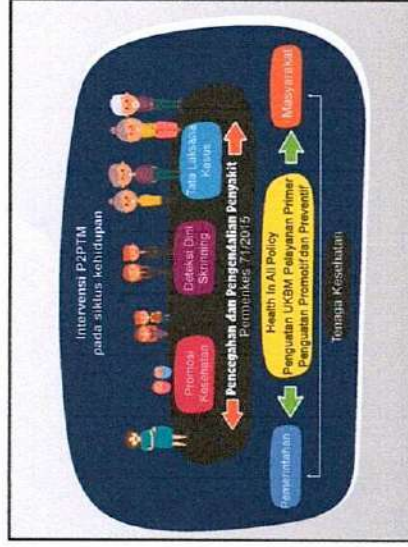
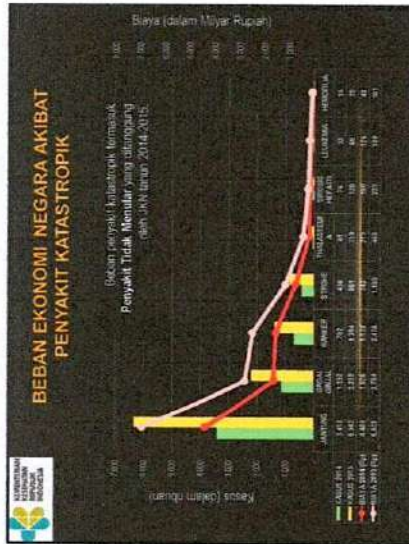
SEBAGIAN BESAR MASYARAKAT TIDAK MENGETI

Beban PTM, penduduk usia >15 tahun

Penyakit	(%)	(juta)
Stroke	1.21	1.2 juta
Hipertensi	25.8	47.1 juta
Obesitas	6.9	10 juta

Note:

- Cakupan hipertensi oleh nakes → 36.6%
- Cakupan diabetes mellitus oleh nakes → 30.4%
- Sekitar 2/3 penderita tidak tahu bahwa dirinya menderita PTM



[illegible]

PERMENKES NO. 73 TAHUN 2014 TENTANG PUKESMAS

PERPERIS RI NO. 72 TAHUN 2012 TENTANG SKN

Tipe Sistem Pelayanan Masyarakat

Mencakup layanan kesehatan dan masyarakat untuk:

- pengembangan pelayanan
- pengabdian masyarakat
- penelitian
- pelayanan kesehatan masyarakat
- pelayanan kesehatan masyarakat

PERMENKES NO. 39 TAHUN 2016 TENTANG Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

Hipertensi dan merokok

designed by templatept.com



KEMENTERIAN
KESEHATAN
INDONESIA

UU NO. 36/2009
TTG KESEHATAN

- Pasal 1 : kesehatan adalah keadaan sejahtera baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
- Pasal 11 : Setiap orang berkewajiban berprilaku hidup sehat
- Pasal 16 : Pemerintah bertanggung jawab menyediakan dan meniadakan peran aktif masyarakat
- Pasal 82 : Pemerintah dan pemerintah daerah menjamin dan menyediakan fasilitas untuk kelangsungan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

REGULASI PENDUKUNG

- SARANAN PIRAMIDAL PROPOSISI**
 - PIRAMIDAL PROPOSISI
 - PIRAMIDAL PROPOSISI
 - PIRAMIDAL PROPOSISI
- KEMENTERIA KEMENTERIA**
 - Persentase desa dengan Posbindu PTM
- KEMENTERIA KEMENTERIA**
 - Persentase desa dengan Posbindu PTM
- PP NO.2 TAHUN 2018 TENTANG SPM**
- PERMENDES NO. 19/2017; PTMANTASTAM DANIA DESA**
- PERMENDES NO. 19/2017; PTMANTASTAM DANIA DESA**



REPUBLIC OF INDONESIA
MINISTRY OF HEALTH

POSBINDU PTM

(POS PEMERIKSAAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR)



REPUBLIC OF INDONESIA
MINISTRY OF HEALTH

Apa itu POSBINDU PTM ?

POSBINDU PTM merupakan kegiatan pemeriksaan faktor risiko PTM melalui pratinjauan tenaga kesehatan.

Program ini ditujukan kepada seluruh masyarakat untuk dan keluarga yang beresiko tinggi dari 10 kanker PTM.

Kapan Posbindu PTM dilaksanakan ?

Posbindu PTM dilaksanakan secara berkala, yaitu satu kali setahun atau dua kali dalam setahun.

Hal ini untuk meningkatkan kesadaran masyarakat agar lebih peduli dengan kesehatan diri mereka.

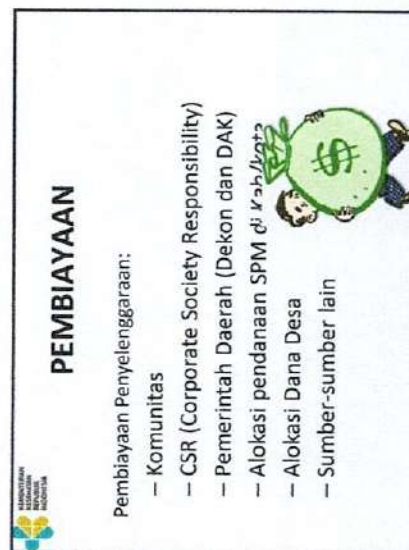
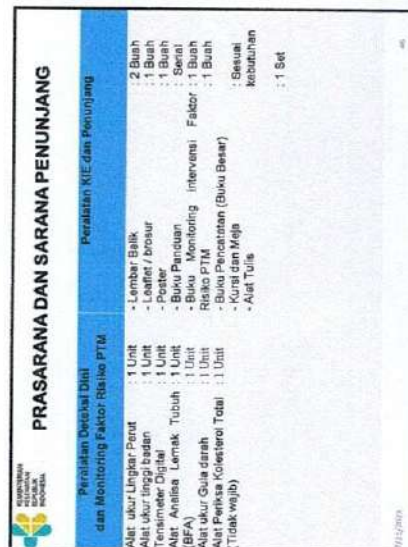
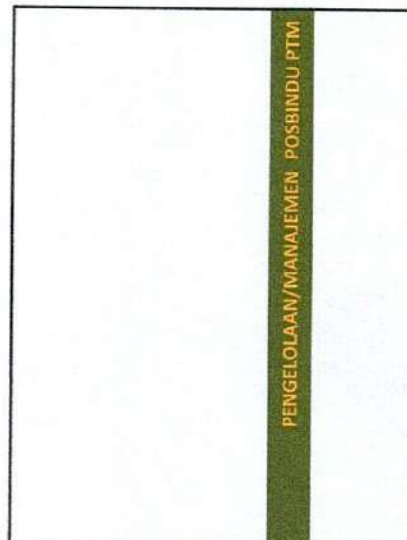
Program ini juga dilaksanakan dengan tujuan lain untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Mengapa perlu Posbindu PTM ?

Posbindu PTM diperlukan untuk dapat mengidentifikasi faktor risiko PTM yang beresiko tinggi, sehingga dapat melakukan upaya untuk mencegah terjadinya Penyakit Tidak Menular.









Kriteria Pengendalian Faktor Risiko PTM

Faktor Risiko	Baik	Buruk
Glukosa darah puasa	<126	≥126
Glukosa darah 2 jam	<200	≥200
Glukosa darah sewaktu	<200	≥200
Kolesterol darah total	<200	≥200
Tekanan darah	<140/90	≥140/90
Indeks Massa Tubuh (IMT)	<25	≥25
Langkat perut	P < 90 cm, W < 80 cm	P > 90 cm, W > 80 cm



TAHAPAN 5 MEJA POSBINDU

Tujuan Pembelajaran

- Setelah mengikuti materi ini peserta mampu melakukan pengkajian faktor risiko PTM.
- Peserta mampu menjelaskan langkah mendapatkan informasi PTM dan faktor risikonya
- Peserta mampu melakukan pengkajian faktor risiko PTM

LANGKAH MENDAPATKAN INFORMASI PTM DAN FAKTOR RISIKONYA

Wawancara Biodata Umum

- Tanyakan kepada peserta Posbindu apakah sudah pernah datang ke Posbindu sebelumnya?
- Catat semua informasi ini pada Register **Pada Buku dan Buletin Pengkajian PTM.**
 - NIK, nama lengkap, tanggal lahir, jenis kelamin, Golongan darah)
 - Lembar informasi. Di isi jika peserta Posbindu telah pernah didiagnosa menyandang salah satu penyakit oleh tenaga medis
 - Jika ini kunjungan kedua dan tidak ada perubahan data pribadi, peserta Posbindu diarahkan langsung pada tahapan kegiatan berikutnya

MEJA 1



PENGKAJIAN FAKTOR RISIKO PENYAKIT TIDAK MENULAR



- Langkah Mendapatkan Informasi PTM dan Faktor Risikonya
- Pengkajian Faktor Risiko PTM

DATA PRIBADI

Nama, NIK, Nama Lengkap, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Golongan Darah, Alamat, Pekerjaan, Pendidikan, Status Perkawinan, Jumlah Anak, Riwayat Penyakit, Riwayat Trauma, Riwayat Operasi, Riwayat Obat, Riwayat Diet, Riwayat Olahraga, Riwayat Stress, Riwayat Tidur, Riwayat Minum, Riwayat Merokok, Riwayat Alkohol, Riwayat Narkoba, Riwayat Penyakit Menular, Riwayat Penyakit Tidak Menular, Riwayat Penyakit Lainnya.

B. Wawancara Faktor Risiko Diri Sendiri

1. Tanyakan Merokok atau tidak, atau pernah merokok
2. Tanyakan apakah ada anggota keluarga serumah merokok. Jika iya, apakah merokoknya dalam keadaan tertutup atau terbuka, apakah menggunakan asap rokok
4. Tanyakan apakah pola aktivitas fisik kurang tidak.
5. Tanyakan apakah mengonsumsi alkohol/widak
6. Tanyakan tingkat stress dengan menggunakan **kuesioner SKQ-20**

C. Wawancara Riwayat PTM Diri Sendiri

Apa ada riwayat menderita Penyakit Tidak Menular sebagai berikut:

-
- ```

graph TD
 A[Penyakit Diabetes (Ya/Tidak/Tidak Tahu)] --> B[Penyakit Hipertensi (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 B --> C[Penyakit Jantung (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 C --> D[Penyakit Stroke (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 D --> E[Penyakit Asma (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 E --> F[7. Menawari Supi (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 F --> G[8. BPPOK (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 G --> H[9. Terepasma (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 H --> I[10. Gangguan Penglihatan (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 I --> J[11. Gangguan pendengaran (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 J --> K[13. Gangguan Mental Emosi (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]
 K --> L[14. Disabilitas (Ya/Tidak/Tidak Tahu)]

```

# PENGKAJIAN FAKTOR RISIKO



## Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)

11. Apakah Anda merasa sulit untuk memahami aktivitas sehari-hari?
12. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengingat hal-hal yang baru?
13. Apakah Anda mengalami stres saat kerja?
14. Apakah Anda merasa tidak mampu bekerja dalam kelompok?
15. Apakah Anda mengalami masalah belajar banyak hal?
16. Apakah Anda merasa tidak beragat?
17. Apakah Anda mengalami pikiran untuk meninggalkan pekerjaan?
18. Apakah Anda merasa stres sepanjang waktu?
19. Apakah Anda merasa tidak enak di perut?
20. Apakah Anda mudah lupa?

**D. Wawancara Riwayat P  
Keluarga**

Apakah ada riwayat keluarga yang menderita Penyakit Tidak Menular sebagai berikut:

- |                                                      |                                                    |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1. Isoniazid (Isoniazid) (70/750mg/750mg Tab)        | 8. Rifampicin (Rifampicin) (600/750mg/750mg Tab)   |
| 2. Pyrazinamide (Pyrazinamide) (500/750mg/750mg Tab) | 9. Ethambutol (Ethambutol) (800/750mg/750mg Tab)   |
| 3. Isoniazid (Isoniazid) (70/750mg/750mg Tab)        | 10. Clofazimine (Clofazimine) (50/750mg/750mg Tab) |
| 4. Isoniazid (Isoniazid) (70/750mg/750mg Tab)        | 11. Clofazimine (Clofazimine) (50/750mg/750mg Tab) |
| 5. Isoniazid (Isoniazid) (70/750mg/750mg Tab)        | 12. Clofazimine (Clofazimine) (50/750mg/750mg Tab) |
| 6. Isoniazid (Isoniazid) (70/750mg/750mg Tab)        | 13. Clofazimine (Clofazimine) (50/750mg/750mg Tab) |
| 7. Isoniazid (Isoniazid) (70/750mg/750mg Tab)        | 14. Clofazimine (Clofazimine) (50/750mg/750mg Tab) |

## WAWANCARA FAKTOR RISIKO PERILAKU

any other factor. But, if you're not sure, ask your doctor.

1. Tanyakan Marckie atau tidak, atau pernah memetik
2. Tanyakan apakah dia mengerti bahasa secara mendalam. Jika ya, apakah membaca di rumah? Pernah atau tidak
3. Tanyakan pola konsumsi sayur buah rumah Bapak
4. Tanyakan apakah pola aktivitas fisik rumah Bapak
5. Tanyakan apakah menggunakan alat bantu
6. Tanyakan tingkat stres dengan menggunakan kuisioner SRQ-20





### TUJUAN PEMBELAJARAN

#### Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu melaksanakan pengukuran faktor risiko PTM.

#### Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah sesi ini selesai, peserta mampu :


1. Melakukan pengukuran tinggi badan
2. Melakukan pengukuran berat badan
3. Melakukan pengukuran lingkar perut
4. Menghitung indeks massa tubuh (IMT)

### 1. BERAT BADAN :

**Persiapan :**

- a. Ambil timbangan dari kotak karton dan keluarkan dari bungkus plastiknya.
- b. Letakkan alat timbang pada lantai yang keras dan datar.
- c. Warga posbindu PTM yang akan ditimbang diminta membuka alas kaki dan jaket serta mengeluarkan isi kantong yang berat seperti kunci.
- d. Pastikan timbangan pada nilai pengukuran pada angka 0.

**Prosedur :** Sesuai tataaksana penimbangan.



### PENGUKURAN FAKTOR RISIKO PTM



### PENGUKURAN FR PTM:

1. Berat Badan
2. Tinggi Badan
3. Lingkar Perut
4. Indeks Massa Tubuh (IMT)

### 2. TINGGI BADAN :

**Pengukuran tinggi badan (cm)**  
dimaksudkan untuk mendapatkan data tinggi badan semua kelompok umur.

**Persiapan :**  
Gunakan alat pengukur tinggi badan : *microtise* dengan kapasitas ukur 2 meter dan ketelitian 0,1 cm.

**Prosedur :** Sesuai tataaksana



Continue..

- Pengukuran berat badan dan tinggi badan dilakukan untuk mendapatkan nilai **IMT** ➔ **Obesitas**.
- Penilaian IMT menggunakan rumus :

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

- Cut off  $\geq 27$  penentu kategori obesitas (PGS, 2014)

### 3. LINGKAR PERUT :

Dimaksudkan untuk mengetahui ada tidaknya obesitas abdominal/ sentral.

1. Alat yang dibutuhkan :
  - a. Ruangan yang tertutup dari pandangan umum. Jika tidak ac gunakan tirai pembatas
  - b. Pita pengukur
  - c. Spidol atau pulpen.
2. Jelaskan tujuan pengukuran lingkaran perut dan tindakan apa saja yang akan dilakukan dalam pengukuran.

4. Tempatkan titik tengah di antara di antara titik tulang rusuk terakhir titik ujung lengkung tulang panggul pita pengukur dan tandai titik tengah tersebut dengan alat tulis
5. Minta warga Posbindu PTM untuk berdiri tegak dan bernafas dengan normal (ekspirasi normal). Lakukan pengukuran lingkaran perut dimulai/ diambil dari titik tengah kemudian secara sejajar horizontal melingkari pinggang dan perut kembali menuju titik tengah diawal pengukuran.
6. Apabila warga Posbindu PTM mempunyai perut yang gesurit ke bawah, pengukuran mengambil bagian yang paling bundar lalu berakhir pada titik tengah vertikal lagi. Pita pengukur tidak boleh melipat dan ukur lingkaran pinggang mendekati angka 0,1 cm.

- Tabel Kategori IMT Pada Orang Dewasa

| IMT               | Klasifikasi                         |
|-------------------|-------------------------------------|
| IMT $< 18,5$      | Berat badan kurang (underweight)    |
| IMT $18,5 - 22,9$ | Berat badan normal                  |
| IMT $23 - 24,9$   | Kelebihan berat badan dengan risiko |
| IMT $25 - 29,9$   | Obesitas I                          |
| IMT $\geq 30$     | Obesitas II                         |

### Cara Pengukuran Lingkaran Perut :

1. Untuk pengukuran ini warga Posbindu PTM diminta dengan cara yang santun untuk membuka pakaian bagian atas atau menyingsingkan pakaian bagian atas dan raba tulang rusuk terakhir warga Posbindu PTM untuk menetapkan titik pengukuran
2. Tempatkan titik batas tepi tulang rusuk paling bawah
3. Tempatkan titik ujung lengkung tulang panggul paha panggul

### Tabel 3. Lingkaran Perut dan Risiko Penyakit

| No | Lingkaran Perut | Jenis Kelamin | Risiko Penyakit  |
|----|-----------------|---------------|------------------|
| 1  | $\geq 90$ cm    | Laki - laki   | Meningkat        |
| 2  | $\geq 102$ cm   | Laki - laki   | Sangat Meningkat |
| 3  | $\geq 80$ cm    | Perempuan     | Meningkat        |
| 4  | $\geq 88$       | Perempuan     | Sangat Meningkat |



**MEJA 3**

**GERMAS**  
Gerdan Masyarakat  
Hidup Sehat


**PEMERIKSAAN  
FAKTOR RISIKO  
PENYAKIT TIDAK  
MENULAR**

### Prosedur Pengukuran :

- Tekan tombol "START/STOP" untuk mengaktifkan alat
- Sebaiknya menghindari kegiatan aktivitas fisik minimal 30 menit sebelum pengukuran.
- Hindari melakukan pengukuran dalam kondisi stres
- Duduk dengan posisi kaki tidak menyilang tetapi kedua telapak kaki datar menyentuh lantai. Letakkan lengan **bagian** Posbindu PTM di atas meja sehingga mancet yang sudah terpasang sejajar dengan jantung.
- Singsingkan lengan baju pada lengan bagian **bagian** klien dan memintanya untuk tetap duduk tanpa banyak gerak, dan tidak berbicara pada saat pengukuran.



- Jika pengukuran selesai, manset akan mengempis kembali dan hasil pengukuran akan muncul. Alat akan menyimpan hasil pengukuran secara otomatis
- Tekan "START/STOP" untuk mematikan alat. Jika Anda lupa untuk mematikan alat, maka alat akan mati dengan sendirinya dalam 5 menit.



### Pemeriksaan Tekanan Darah

Pemeriksaan tekanan darah dilakukan setiap bulan bagi yang sehat maupun yang sudah menyandang hipertensi. (petugas pelaksana posbindu PTM yang terlatih dan tenaga kesehatan).

Pengukuran ini untuk mendapatkan tekanan darah pada individu.

Alat dan Bahan:

- Tensimeter Digital
- Manset besar
- Batu baterai AA



### Interpretasi Hasil Pengukuran Tekanan Darah

| No. | Tekanan Darah             | Klasifikasi*         |
|-----|---------------------------|----------------------|
| 1.  | $\leq 120/\leq 80$ mm/Hg  | Normal               |
| 2.  | 120-139/80-90 mm/Hg       | Prehipertensi        |
| 3.  | 140-159/90-99 mm/Hg       | Hipertensi derajat 1 |
| 4.  | $\geq 160/\geq 100$ mm/Hg | Hipertensi derajat 2 |

- Biarkan lengan dalam posisi tidak tegang dengan telapak tangan terbuka ke atas. Pastikan tidak ada lekukan pada pipa manset

- Jari manis tubuh lihat nomor dibawah



### Pemeriksaan kadar gula darah

#### Alat dan bahan

- Alat pemeriksaan kadar gula darah lipid (*Analyzer*)
- Test strip gula darah dan kolesterol
- Auto lancet (*Autoclix*)
- *Lancet*
- Pipet ukuran 40uL untuk *panel test strip* dan 15 uL untuk *single test strip*
- Alkohol 70%
- Kapas
- Tissue kering



Panel: Strip dan Piccol, Acum, Alkohol Swab, Auto Strip, Lancet, Strip Lancet Device, Lancet, Alkohol 70%, Code Strip

### Pemeriksaan dengan (lihat gambar)

#### (dibuatkan dengan foto pribadi)

- Masukkan tes strip bila gambar strip tes muncul
- Bersihkan ujung jari (jari manis/jari tengah/telunjuk) dengan kapas yang telah diberi alkohol 70%, keringkan.
- Tusukkan *lancet/autoclix* pada ujung jari secara tegak lurus, cepat dan tidak tertalu dalam.
- Usap dengan kapas steril kering setelah darah keluar.
- Sentuhkan satu/dua tetes darah
- Baca hasil glukosa darah.



## PEMERIKSAAN LAINNYA

### Pemeriksaan tajam penglihatan

Alat yang diperlukan :

- Kit Optalmologi Komunitas, terdiri dari :
  - Kartu E yang telah disederhanakan atau Tumbling E
  - Occluder atau penutup mata dengan pinhole flexible
  - Tali pengukur 6 meter dengan penanda/multiple dincin di kedua ujungnya dan penanda pada 1 meter & 3 meter

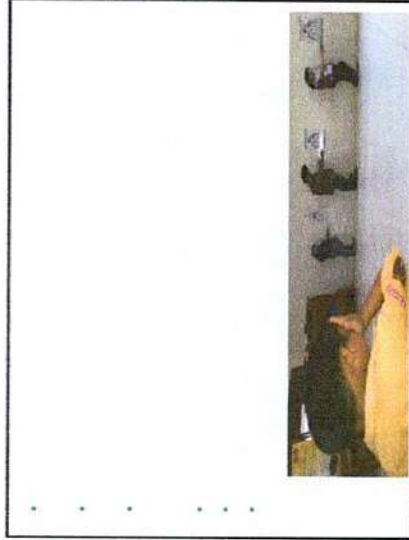


### Metode Pengukuran Tajam Penglihatan :

- Perkenankan diri dan berikan penjelasan singkat cara pemeriksaan
- Pemeriksa menempatkan satu cincin di jari sebagai penanda, terperiksa/responden melakukan hal yang sama dengan cincin di ujung pita lainnya.
- Pemeriksaan dimulai dari mata kanan dengan mata kiri tertutup tanpa menggunakan pinhole. Upayakan mata tidak terkedip.
- Pemeriksaan dimulai dari jarak 6 meter.
- Tes dilakukan sebanyak 4 kali, apabila jawaban benar semua maka dilanjutkan pada tes yang lebih sulit yaitu huruf yang lebih kecil.
- Apabila terdapat kesalahan saat menjawab, ulangi terlebih dahulu sampai dengan 5 kali.
- Ulangi pemeriksaan pada jarak 3 meter dengan teknik diatas apabila semua jawaban benar di jarak 6 meter.







### Pemeriksaan Sederhana Telinga

Pemeriksaan pendengaran dilakukan untuk mengetahui fungsi telinga.

1. Cara pemeriksaan pendengaran dengan bisikan :

- Atur posisi pasien berdiri, menghadap ke arah pemeriksa.
- Anjurkan peserta posbindu untuk menutup salah satu telinga yang diperiksa.
- Bisikkan satu bilangan ( mis. tujuh enam ).

Continue...

d. Beri tahu peserta posbindu untuk mengulangi bilangan yang didengarkan.

e. Periksa telinga sebelahnya dengan cara yang sama.

f. Bandingkan kemampuan mendengar pada telinga kanan dan kiri peserta posbindu.

### TEKNIK PEMERIKSAAN TAJAM PENGLIHATAN SEDERHANA DENGAN METODE HITUNG JARI

- Pemeriksa berdiri 6 meter atau 6 langkah tegak di depan pasien di ruang terbuka yang terang (sebaiknya murkita sinar matahari)
- Pemeriksaan dimulai dengan mata kanan. Pasien diminta menutup mata kiri dengan telapak tangan, tanpa menekan mata.
- Pemeriksa menguncungkan jari dengan latar belakang putih (kertas putih/HVS), di depan dada pemeriksa diganti-ganti sebanyak 5 kali.
- Jika pasien tidak bisa menghitung jari, sebanyak 2 kali atau lebih, berarti pasien mengalami gangguan penglihatan
- Catat identitas pasien, antarkan ke fasilitas kesehatan terdekat untuk pemeriksaan lebih lanjut.
- Pemeriksaan yang sama diulang pada mata kiri

### 5. Pemeriksaan Sederhana Telinga

Pemeriksaan pendengaran dilakukan untuk mengetahui fungsi telinga.


1. Cara pemeriksaan pendengaran dengan bisikan :

- Atur posisi pasien berdiri membelakangi anda pada jarak sekitar 4,5-6 meter
- Anjurkan peserta posbindu untuk menutup salah satu telinga yang diperiksa.
- Bisikkan satu bilangan ( mis. tujuh enam ).

### 2. Cara pemeriksaan pendengaran dengan arloji :


- Pegang sebuah arloji disamping telinga peserta posbindu
- Minta peserta posbindu menyatakan apakah mendengar detak arloji.
- Pidatlah posisi arloji perlahan - lahan menjauhi telinga dan minta peserta posbindu menyatakan mendengar lagi detak arloji normal dapat di dengar sampai jarak 30 cm
- Bandingkan telinga kanan dan ki

### SKRINING TAJAM PENDENGARAN



**YANG DIPERIKSA**


Manusia  
Meningkatkan  
Kualitas  
Hidup



**Pemeriksaan**

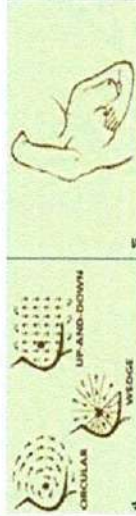
Manusia  
Meningkatkan  
Kualitas  
Hidup

100%  
Gangguan pendengaran  
dapat diidentifikasi  
dan ditangani



1. Teknik pemeriksaan ini dapat membantu dalam mendeteksi gangguan pendengaran yang mungkin terjadi. Teknik ini dapat membantu dalam mendeteksi gangguan pendengaran yang mungkin terjadi. Teknik ini dapat membantu dalam mendeteksi gangguan pendengaran yang mungkin terjadi.

2. Teknik pemeriksaan ini dapat membantu dalam mendeteksi gangguan pendengaran yang mungkin terjadi. Teknik ini dapat membantu dalam mendeteksi gangguan pendengaran yang mungkin terjadi. Teknik ini dapat membantu dalam mendeteksi gangguan pendengaran yang mungkin terjadi.




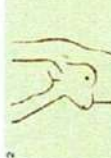

## MEJA 4

### KONSELING HASIL PEMERIKSAAN FAKTOR RESIKO



### Pemeriksaan Payudara

1. Beritahu klien dengan informasi dan persiapkan peralatan sebelum pemeriksaan.
2. Setelah ada persiapan selesai, lakukan pemeriksaan payudara dan ketiak.
3. Setelah selesai pemeriksaan payudara dan ketiak, lakukan pemeriksaan payudara dan ketiak.
4. Setelah selesai pemeriksaan payudara dan ketiak, lakukan pemeriksaan payudara dan ketiak.
5. Setelah selesai pemeriksaan payudara dan ketiak, lakukan pemeriksaan payudara dan ketiak.

### Pemeriksaan Kanker Rahim dengan IVA :

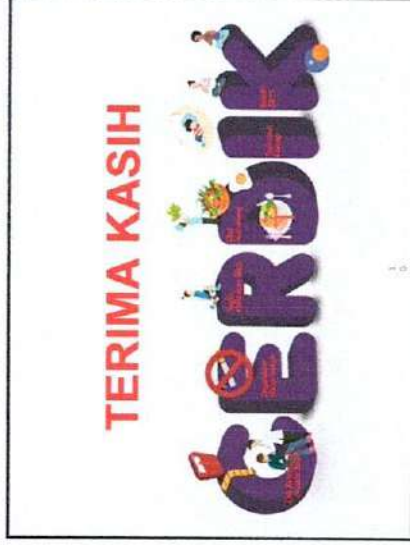
| Pemeriksaan                                | Tujuan                                                                                                              | Tatalaksana                                                                   | Hasil                                                                                                   |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tenaga Kesehatan Terlatih (Dokter/Perawat) | Deteksi dini kelainan mulut rahim (serviks), abnormal polip, serviks, oedema, hiperproliferasi, pertumbuhan atipik. | Mengamati serviks (mata telanjang) setelah diberikan asam asetat/asetan 3-5%. | Positif (+) : Jika ditemukan bercak putih seperti serutan setelah 1 (satu) menit dioleskan asam asetat. |



### BERIKAN KONSELING SESUAI FAKTOR RESIKONYA

- MISAL HIPERTENSI DISARANKAN UNTUK MENGURANGI GARAM DAN TIDAK MEROKOK BAGI YANG LAKI-LAKI
- KURANGI BERAT BADAN JIKA OBESITAS
- RAJIN AKTIFITAS FISIK
- KURANGI STRES





- DETEKSI DINI FAKTOR RESIKO PTM DI POSBINDU SELAIN DI CATAT DI BUKU REGISTER, HASIL PEMERIKSAAN DI INPUT KE APLIKASI SEHAT INDONESIAKU ( DAFTAR AKUN DIDAMPINGI OLEH PETUGAS KESEHATAN)



**PELAKSANAAN SKRINING PENYAKIT TIDAK MENULAR & KESWA NAPZA PADA POSYANDU TERINTEGRASI**



**FRADILLA PITRI, SKM**  
Dinas Kesehatan Provinsi Sumbbar

## INTEGRASI DETEKSI DINI PTM DENGAN POSYANDU PRIMA

- PEMERIKSAAN DETEKSI DINI FAKTOR RESIKO PTM
- SASARAN USIA 15 TAHUN KEATAS

### USIA PRODUKTIF

SELURUH SASARAN MENDAPATKAN SKRINING HIPERTENSI, DM, JANTUNG, DAN STROKE, KANKER, PPOK, OBESITAS

- Pemeriksaan tekanan darah
- Pemeriksaan gula darah
- Deteksi dini obesitas LP, IMT, TB, BB
- Kuis skor SRQ-20

### LANSIA

SELURUH SASARAN MENDAPATKAN SKRINING HIPERTENSI, DIABETES, KANKER, PPOK

- PEMANTAUAN KEPATUHAN PENGOBATAN PADA SASARAN DENGAN PENYAKIT KRONIS

## OUTLINE

SKRINING PTM MELALUI KEGIATAN POSBINDU

SKRINING NAPZA

SKRINING JIWA

## Masalah Penyakit Tidak Menular di Indonesia



## POSBINDU PTM

Bentuk peran serta masyarakat dalam upaya promotif-preventif utk mendeteksi dan pengendalian dini faktor risiko PTM secara terpadu dan berkelanjutan

Tujuan meningkatkan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan penanganan dini faktor risiko PTM

Sasaran pada orang dewasa usia 15 tahun sampai 59 tahun

## Pencegahan & Pengendalian Faktor Risiko PTM

- 1. Pada orang sehat → Agar faktor risiko tetap terjaga dalam kondisi normal
- 2. Pada orang dgn Faktor Risiko → Mengembalikan kondisi yang berisiko kepada kondisi yang normal
- 3. Pada pasien PTM → Mengendalikan faktor risiko pada kondisi normal untuk mencegah komplikasi kronik & PTM lain (gagal ginjal, impotensi, jantung koroner, neuropati dll) agar pasien tetap produktif



## Tujuan POSBINDU....



## Konsep Pengendalian Faktor Risiko Berbasis Masyarakat

- ✓ Masyarakat sebagai :
  - target perubahan
  - sasaran
  - Agen dan sumber
- ✓ Target Perubahan → Individu, Kelompok, dan Organisasi
- ✓ Kegiatannya → Promosi-Edukasi Kesehatan, Deteksi Dini dan Tindak Lanjut Fr.PTM
- ✓ Pendekatan Faktor Risiko PTM Bersama secara Komprehensif
- ✓ Terintegrasi dengan Kegiatan Masyarakat yang Sudah Ada dan Rutin (aktifitas sosial, keagamaan, kerja, pendidikan dll)



## Manfaat Penyelenggaraan Pos Pembinaan Terpadu PTM



## PERAN PENANGGUNG JAWAB POSBINDU PTM

| TINGKAT/UNIT                 | PERANAN                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Masy (PKK, Tema, Kader, dsb) | •Melaksanakan kegiatan pos deteksi dini faktor risiko PTM (Posbindu PTM)                                                                                                                                                                                                                          |
| Poskesmas                    | •Membina, monitoring dan menyelenggarakan kegiatan pelaksanaan Posbindu PTM di masyarakat                                                                                                                                                                                                         |
| Dinkes Kabupaten/Kota        | •Memfasilitasi dan evaluasi kegiatan posbindu PTM<br>•Mengembangkan Jejaring pos deteksi dini faktor risiko PTM di Tingkat kab/kota<br>•Mengadvokasi penyelenggaraan pos deteksi dini faktor risiko PTM di Kab/Kota<br>•Mendorong kemandirian pelaksanaan posbindu oleh dari dan untuk masyarakat |

## Tugas Kader

- Melakukan pendekatan pada tokoh dan aparat pemerintah setempat
- Melakukan survei mawas diri/pendataan dg petugas
- Melakukan musyawarah & penentuan jadwal
- Mendorong masy datang ke posbindu
- Melaksanakan posbindu
- Melakukan pencatatan







**Kriteria Klinis Faktor Risiko PTM**

| Faktor Risiko               | Baik                 | Sedang        | Buruk                |
|-----------------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Gula darah puasa            | < 90                 | 90 – 109      | ≥ 110                |
| Gula darah 2 jam stlh puasa | < 90                 | 90 – 179      | ≥ 180                |
| Gula darah sewaktu          | < 90                 | 90 – 199      | ≥ 200                |
| Kolesterol                  | < 150                | 150 – 199     | ≥ 200                |
| Trigliserid                 | < 150                | +             | ≥ 150                |
| Tekanan darah               | < 130/85             | 130-139/85-89 | ≥ 140/90             |
| Indeks massa tubuh          | 18.5 – 24.9          | 25 – 27       | ≥ 27                 |
| Lemak perut                 | 1 – 9                | 10 – 14       | ≥ 15                 |
| Lemak tubuh laki-laki       | 10 – 20              | 20.1 – 25     | ≥ 25                 |
| Lemak tubuh perempuan       | 20 – 30              | 30.1 – 35     | ≥ 35                 |
| Rasio ling-ping             | L < 0.95<br>P < 0.85 | +             | L ≥ 0.95<br>P ≥ 0.85 |

**Monitoring Faktor Risiko PTM**

Pemantauan secara rutin & periodik

- ☞ Rutin
  - Pemeriksaan kondisi kesehatan diupayakan menjadi kebiasaan meski tidak dalam kondisi sakit
- ☞ Periodik
  - Pemeriksaan kesehatan dilakukan secara berkala sesuai anjuran yg bermakna secara klinis

**Anjuran Jangka Waktu Pemantauan**

| Faktor Risiko               | Orang Sehat    | Penderita      |
|-----------------------------|----------------|----------------|
| Gula darah puasa            | 1 tahun sekali | 3 bulan sekali |
| Gula darah 2 jam stlh puasa | 1 tahun sekali | 3 bulan sekali |
| Gula darah sewaktu          | 1 tahun 3 kali | 1 bulan sekali |
| Kolesterol                  | 1 tahun 3 kali | 1 bulan sekali |
| Trigliserid                 | 1 tahun 3 kali | 1 bulan sekali |
| Tekanan darah               | 1 bulan sekali | 1 bulan sekali |
| Indeks massa tubuh          | 1 bulan sekali | 1 bulan sekali |
| Lemak tubuh                 | 1 bulan sekali | 1 bulan sekali |
| Lemak perut                 | 1 bulan sekali | 1 bulan sekali |
| Rasio ling-ping             | 1 bulan sekali | 1 bulan sekali |

**MARI MENUJU MASA MUDA SEHAT HARI TUA NIKMAT DENGAN PERILAKU CERDIK**

- Cek kondisi kesehatan anda secara rutin dan teratur
- Enyahkan asap rokok dan polusi udara lainnya
- Rangsang aktifitas dengan gerak olah raga dan seni
- Diet yang sehat dengan kalori seimbang
- Istirahat yang cukup
- Kuatkan Iman dalam menghadapi stres

**HARAPANNYA**

PTM akan berangsur mengalami penurunan dengan intervensi faktor risiko bersama melalui POSBINDU

# DETEKSI DINI MASALAH KESEHATAN JIWA

SEKSI P2PTM & KESWA  
DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA BARAT

## Pemeriksaan Kesehatan Mental

### Pengertian

1. Merupakan kegiatan untuk menemukan secara dini adanya masalah emosional
2. Agar dapat diketahui dan segera dilakukan tindakan intervensi
3. Bila masalah mental emosional terlambat diketahui, maka intervensinya akan lebih sulit dan hal ini akan berpengaruh pada perkembangan mental dan kepribadian peserta didik
4. Pemeriksaan kesehatan mental dapat dilakukan ukali satuan pada awal penerimaan peserta didik baru dan tiap tahun berikutnya

## Sasaran Penyelenggaraan Deteksi Dini Kesehatan Jiwa



### TERSIER

Pemegang Kebijakan

komitmen memfasilitasi sumberdaya penyelenggaraan skrining

### SEKUNDER

Mitra Potensial

Pihak yang mendukung penyelenggaraan skrining spt tenaga kesehatan

### PRIMER

Sasaran Utama

Individu berisiko masalah jiwa

## Tempat Dan Sasaran Kelompok Berisiko Penyelenggaraan Skrining

| TEMPAT                | KELOMPOK BERISIKO                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fasilitas             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien penyakit kronis: Hipertensi, DM, gagal ginjal, penyakit jantung, TB, DM, Kanker, HIV/AIDS, dll</li> <li>• Pasien dengan penyakit fisik yang tidak terkontrol melalui derivat dengan akurat</li> <li>• Rawat inap dan rawat jalan</li> </ul> |
| Lingkungan Pendidikan | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siswa baru dan tingkat akhir dari PAUD hingga perguruan tinggi</li> <li>• Siswa khusus, dasar dan lanjut, penunjang</li> <li>• Santri</li> </ul>                                                                                                   |
| Tempat Kerja          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pekerja dengan sistem shift</li> <li>• Pekerja di tempat kerja yang berisiko</li> </ul>                                                                                                                                                            |
| Lapangan PRA          | Warga dalam penanggulangan di Fasilitas Rawat Inap dan kesehatan                                                                                                                                                                                                                            |
| Peris Sosial          | Pengguna sandi (warga binaan) Panti jompo                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Lingkungan Pendidikan | Kemampuan di lembaga rehabilitasi penyalahgunaan Raca dan kelainan                                                                                                                                                                                                                          |
| Penyakit kronis       | Polio/epilepsi, NUTRA                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| TEMPAT            | KELOMPOK BERISIKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Masyarakat (UKBM) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masyarakat pra sejahtera atau rawan sosial ekonomi</li> <li>• Pekerja migran</li> <li>• Pengungsi</li> <li>• Orang tua tunggal</li> <li>• Keluarga (pendamping) pasien ODGJ dan penyakit kronis</li> <li>• Orang dengan disabilitas dan keluarganya</li> <li>• Korban tindak kekerasan</li> <li>• Pekerja seks komersial (Tuna Susila)</li> <li>• Anak dengan gangguan pertumbuhan</li> <li>• Anak jalanan/anak &amp; balita terlantar/pelendang dan pengemis usia remaja</li> <li>• Anak yang memerlukan perlindungan khusus (Anak Berhadapan dengan Hukum/ABH, pengungsi, pencari suaka dsb)</li> <li>• Kelompok minoritas</li> <li>• Korban trafficking</li> <li>• Korban dan penyintas bencana alam/non alam dan bencana sosial</li> <li>• Masyarakat terpinggir</li> <li>• Orang dengan variasi preferensi seksual</li> <li>• Lansia yang tinggal sendir/hanya dengan pasangannya</li> <li>• Lansia yang membutuhkan perawatan jangka panjang dan keluarganya</li> <li>• Pendamping lansia (caregiver)</li> </ul> |

## Kelompok Berisiko Berdasarkan Siklus Kehidupan

| TAHAPAN USA | KELOMPOK BERISIKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anak        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siswa baru dan tingkat akhir PAUD dan SD/MI</li> <li>• Santri</li> <li>• Anak dengan gangguan pertumbuhan</li> <li>• Anak jalanan/anak &amp; balita terlantar/pelendang dan pengemis usia remaja</li> <li>• Anak yang memerlukan perlindungan khusus (Anak Berhadapan dengan Hukum/ABH, pengungsi, pencari suaka dsb)</li> <li>• Pasien penyakit kronis: Kanker, HIV/AIDS, dll</li> <li>• obesitas</li> <li>• Anak dengan disabilitas</li> <li>• Korban tindak kekerasan</li> <li>• Korban trafficking</li> <li>• Korban dan penyintas bencana alam/non alam dan bencana sosial</li> <li>• Warga dalam penyalahgunaan di LPKA</li> </ul> |
| Remaja      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siswa baru dan tingkat akhir SMP dan SMA</li> <li>• Pasien penyakit kronis: Kanker, HIV/AIDS, dll</li> <li>• Santri</li> <li>• Remaja dengan disabilitas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



| TAHAPAN USIA |  | KELOMPOK BERISIKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Remaja       |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Korban tindak kekerasan</li> <li>Korban trafficking</li> <li>Korban dan penyintas bencana alam/non alam dan bencana sosial</li> <li>Pekerja seks komersial (Tuna Susila)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Dewasa       |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mahasiswa baru dan tingkat akhir Perguruan Tinggi</li> <li>Pasien penyakit kronis: Hipertensi (stroke, gagal ginjal, penyakit jantung) TBC, DM, Kanker, HIV/AIDS, dll</li> <li>Pasien dengan penyakit fisik yang tidak sembuh setelah dirawat dengan adekuat</li> <li>Ibu hamil dan post partum</li> <li>Ibu dengan anak balita</li> <li>Orang tua tunggal</li> <li>Orang dengan disabilitas</li> <li>Korban tindak kekerasan</li> <li>Pekerja dengan sistem shift</li> <li>Pekerja di tempat kerja yang berisiko</li> <li>Pekerja migran</li> <li>Korban trafficking</li> <li>Korban dan penyintas bencana alam/non alam dan bencana sosial</li> <li>Keluarga (pendamping) pasien ODG dan penyakit kronis</li> </ul> |

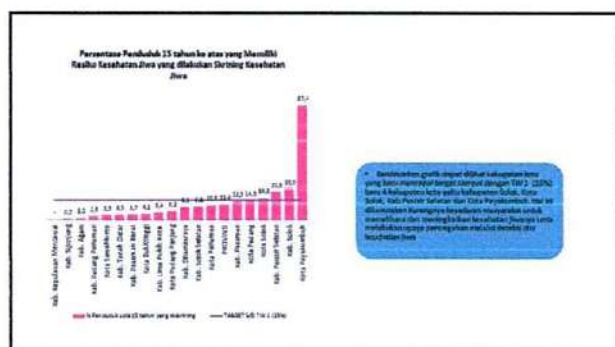
| TAHAPAN USIA |  | KELOMPOK BERISIKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dewasa       |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Keluarga (pendamping) orang dengan disabilitas</li> <li>Pekerja seks komersial (Tuna Susila)</li> <li>Orang dengan variasi preferensi seksual</li> <li>Pendamping lansia (caregiver)</li> <li>Warga binaan pemasyarakatan di Lapas/Rutan dan keluarganya</li> <li>Penghuni panti sosial (warga binaan)</li> <li>Pelugas panti sosial</li> <li>Klien/pasien di lembaga rehabilitasi penyalahgunaan Napza dan keluarganya</li> </ul> |
| Lansia       |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lansia yang tinggal sendirian/hanya dengan pasangannya</li> <li>Lansia yang membutuhkan perawatan jangka panjang</li> <li>Penghuni panti sosial (warga binaan)</li> <li>Pasien penyakit kronis: Hipertensi (stroke, gagal ginjal, penyakit jantung) TBC, DM, Kanker, HIV/AIDS, dll</li> <li>Korban dan penyintas bencana alam/non alam dan bencana sosial</li> <li>Korban kekerasan</li> </ul>                                     |

Pelaksanaan Skrining di Kelompok Masyarakat dan Masyarakat

• UKBM: Posyandu, Posbindu, Pos UKK

| UKBM/KLKO | Sasaran                                                                                                               | Instrumen | Pelaksana                                  |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|
| Posyandu  | Anak Balita                                                                                                           | SDQ 4-10  | Kader terlatih didampingi Tenaga kesehatan |
|           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ibu yang memiliki anak balita</li> <li>Ibu hamil</li> <li>Ibu nifas</li> </ul> | SRQ 20    | Kader terlatih didampingi Tenaga kesehatan |
|           | Remaja                                                                                                                | SDQ 11-18 | Kader terlatih didampingi Tenaga kesehatan |
|           | Lansia                                                                                                                | SRQ 20    | Kader terlatih didampingi Tenaga kesehatan |

| UKBM                            | Sasaran                                         | Instrumen | Pelaksana                                  |
|---------------------------------|-------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|
| Posbindu                        | Usia 15-18 th                                   | SDQ 11-18 | Kader terlatih didampingi Tenaga kesehatan |
|                                 | Usia > 18 th                                    | SRQ 20    | Kader terlatih didampingi Tenaga kesehatan |
| Pos UKK (Upaya Kesehatan Kerja) | Pekerja informal mulai kelompok usia > 18 tahun | SRQ 20    | Kader terlatih didampingi Tenaga kesehatan |



**STRENGTH AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)**

- Kuesioner untuk deteksi dini masalah perilaku dan emosi pada anak dan remaja usia 4-17 tahun
- Beberapa versi digunakan untuk memenuhi kebutuhan penelitian, klinisi, dan pengajar
- Banyak klinik kesehatan mental anak dan remaja, menggunakan kuesioner ini sebagai penerimaan awal
- Dapat dilakukan pada peserta didik SD, SMP, SMA sederajat
- Hasil pemeriksaan ini tidak dapat menggambarkan kondisi emosional anak dengan disabilitas intelektual dan gangguan spektrum autisme. (tidak dilakukan di SLB dan F)

# STRENGTH ADN DIFICULTIES QUESTIONARE (SDQ) MELIPUTI 5 RANAH

## MASALAH (DIFFICULTIES)

1. Masalah emosi – Emotion (E) Butir 5
2. Masalah Perilaku – Conduct (C) Butir 5
3. Masalah Hiperaktivitas/Intensi (H) Butir 5
4. Masalah Hubungan teman Sebaya – Peer (P) 5 Butir

## Kekuatan

1. Perilaku Pro-Sosial (Pr) Butir 5

## Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan Pada Anak

Isi tabel dengan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan kesulitan dan kekuatan anak, dengan kolom untuk jawaban Ya/Tidak dan skor.

Isi tabel dengan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan kesulitan dan kekuatan anak, dengan kolom untuk jawaban Ya/Tidak dan skor.

## Skor Total

- Masalah Emosional (E) = E1+E2+E3+E4+E5  
(pertanyaan nomor 3 + 8 + 13 + 16 + 24)
- Masalah Perilaku (C) = C1+C2+C3+C4+C5  
(pertanyaan nomor 5 + 7 + 12 + 18 + 22)
- Masalah Hiperaktivitas (H) = H1+H2+H3+H4+H5  
(pertanyaan nomor 2 + 10 + 15 + 21 + 25)
- Masalah Teman Sebaya (P) = P1+P2+P3+P4+P5  
(pertanyaan nomor 6 + 11 + 14 + 19 + 23)
- Prososial (Pr) = Jumlah Pr1 + Pr2 + Pr3 + Pr4 + Pr5  
(pertanyaan nomor 1 + 4 + 9 + 17 + 20)

## Total Kesulitan

Menjumlahkan semua ranah **kesulitan** ranah perilaku prososial (berfungsi sebagai faktor pendukung/ kekuatan)

$$\text{Total kesulitan} = \text{Kekuatan}$$

$$E + C + H + P$$

1. Masalah Emosional (E) 5. Perilaku Prososial (Pr)
2. Masalah Perilaku (C)
3. Masalah Hiperaktivitas (H)
4. Masalah teman sebaya (P)

## Interpretasi

SDQ Bukan alat **diagnosis**, hanya alat deteksi dini

- **Normal**
- **Garis ambang/ borderline** – memiliki **potensi** untuk mengalami masalah emosi dan perilaku.
- **Abnormal** – Masalah perilaku dan emosi. Kategori ini menjadi perhatian utama dan harus dilakukan pemeriksaan lanjutan.



## INTERPRETASI SKOR KEKUATAN DAN KEKURANGAN (SRQ) PADA ANAK

| Pengisian                 | Kategori |          |          |
|---------------------------|----------|----------|----------|
|                           | Normal   | Berisiko | Abnormal |
| <b>Orang tua</b>          |          |          |          |
| Skor total keseluruhan    | 0-13     | 14-15    | 16-20    |
| Skor masalah emosional    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah tingkah laku | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah kemampuan    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah kemampuan    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah kemampuan    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| <b>Siapa</b>              |          |          |          |
| Skor total keseluruhan    | 0-11     | 12-13    | 14-20    |
| Skor masalah emosional    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah tingkah laku | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah kemampuan    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah kemampuan    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah kemampuan    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| <b>Guru/keluarga</b>      |          |          |          |
| Skor total keseluruhan    | 0-10     | 11-12    | 13-20    |
| Skor masalah emosional    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah tingkah laku | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah kemampuan    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah kemampuan    | 0-2      | 3        | 4-5      |
| Skor masalah kemampuan    | 0-2      | 3        | 4-5      |

## Kuesioner Self-Reporting Questionnaire (SRQ) 20

- Self-Reporting Questionnaire (SRQ) adalah kuesioner yang dikembangkan oleh World Health Organization (WHO) untuk skrining gangguan psikiatri dan untuk keperluan penelitian dan telah banyak dilakukan di berbagai negara.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 menggunakan SRQ untuk menilai kesehatan jiwa penduduk Indonesia.
- Murah, efektif dan mudah
- Divalidasi Hartono dari Badan Litbang Depkes (1995).
- Terdiri atas 20 pertanyaan

| NO | Pertanyaan                                                      | Y | T |
|----|-----------------------------------------------------------------|---|---|
| 1  | Apakah Anda sering merasa sakit kepala?                         |   |   |
| 2  | Apakah Anda sering merasa nafsu makan?                          |   |   |
| 3  | Apakah Anda sering merasa lelah?                                |   |   |
| 4  | Apakah Anda merasa mudah marah?                                 |   |   |
| 5  | Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir?                |   |   |
| 6  | Apakah tangan Anda gemetar?                                     |   |   |
| 7  | Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?                      |   |   |
| 8  | Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?                       |   |   |
| 9  | Apakah Anda merasa tidak bahagia?                               |   |   |
| 10 | Apakah Anda lebih sering menangis?                              |   |   |
| 11 | Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari? |   |   |
| 12 | Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengingat sesuatu?        |   |   |
| 13 | Apakah aktivitas/bekerja sehari-hari Anda terganggu?            |   |   |
| 14 | Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan?        |   |   |
| 15 | Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?               |   |   |
| 16 | Apakah Anda merasa tidak berharga?                              |   |   |
| 17 | Apakah Anda merasa sulit untuk mengatasi masalah Anda?          |   |   |
| 18 | Apakah Anda merasa lebih sering sakit?                          |   |   |
| 19 | Apakah Anda merasa tidak enak di perut?                         |   |   |
| 20 | Apakah Anda mudah lelah?                                        |   |   |

## Kuesioner Self-Reporting Questionnaire (SRQ) 20

## Kuesioner Self-Reporting Questionnaire (SRQ) 20

Skor total "ya" memiliki skor 1

Skor total "tidak" memiliki skor 0

Jika skor total "ya" lebih dari 10, maka terdapat gangguan mental emosional atau distonia yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

## Kuesioner Self-Reporting Questionnaire (SRQ) 20

- Selain dari skor total, juga dapat dihitung skor subskala sebagai berikut:
  - Gejala depresi: nomor 6,9,10,14,15,16, dan 17.
  - Gejala cemas: nomor 3,4 dan 5
  - Gejala somatik: nomor 1, 2, 7, dan 19
  - Gejala kognitif: nomor 8,12, dan 13
  - Gejala penurunan energi: nomor 8,11,12,13,18, dan 20

## PROGRAM NAPZA

TW 1 2023

### PREVALENSI PENGGUNA NARKOBA DI INDONESIA DAN SUMATERA BARAT 2019-2021

INDONESIA (Jumlah penduduk 187.513.456)

|                       | 2019      | 2021      |
|-----------------------|-----------|-----------|
| PREVALENSI (15-64 th) | 2,4 %     | 2,57 %    |
| JUMLAH                | 4.534.774 | 4.827.616 |

SUMATERA BARAT (Jml penduduk 3.780.000)

|            | 2019   | 2021   |
|------------|--------|--------|
| PREVALENSI | 1,15 % | 1,2 %  |
| JUMLAH     | 43.470 | 45.360 |

|           | 2019    | 2021    |
|-----------|---------|---------|
| Laki-Laki | 890.722 | 586.821 |
| Perempuan | 907.622 | 600.404 |



### JUMLAH WARGA BINAAN DENGAN KASUS NARKOBA DI SUMATERA BARAT

| TAHUN  | JUMLAH WARGA BINAAN | KASUS NARKOBA |        |
|--------|---------------------|---------------|--------|
| • 2021 | • 6.334 Orang       | • 4117 Orang  | • 65 % |
| • 2022 | • 6.200 Orang       | • 4960 Orang  | • 80 % |

### JUMLAH PENYALAHGUNA NARKOBA YANG MENJALANI REHABILITASI/PENGOBATAN

Jumlah Penyalahguna Narkoba yang Mendapat Rehabilitasi Medis Tahun 2021 - 2022

| NO | KAB KOTA             | JUMLAH IPWL | 2021       | 2022       |
|----|----------------------|-------------|------------|------------|
| 1  | Kab. Kepulauan       | 0           | 0          | 0          |
| 2  | Kab. Pesisir Selatan | 0           | 3          | 0          |
| 3  | Kab. Solok           | 2           | 4          | 0          |
| 4  | Kab. Sijunjung       | 0           | 0          | 0          |
| 5  | Kab. Tanah Datar     | 1           | 3          | 0          |
| 6  | Kab. Padang Panjang  | 2           | 15         | 0          |
| 7  | Kab. Agung           | 1           | 8          | 2          |
| 8  | Kab. Lima Puluh Kota | 2           | 25         | 2          |
| 9  | Kab. Pasaman         | 1           | 17         | 2          |
| 10 | Kab. Solok           | 2           | 1          | 0          |
| 11 | Kab. Dharmasraya     | 1           | 0          | 0          |
| 12 | Kab. Pasaman Barat   | 1           | 0          | 0          |
| 13 | Kab. Padang          | 7           | 172        | 77         |
| 14 | Kota Solok           | 2           | 0          | 0          |
| 15 | Kota Sawahlunto      | 1           | 0          | 0          |
| 16 | Kota Padang Panjang  | 1           | 5          | 0          |
| 17 | Kota Bukittinggi     | 3           | 11         | 0          |
| 18 | Kota Payakumbuh      | 2           | 74         | 25         |
| 19 | Kota Pariaman        | 1           | 3          | 2          |
|    | <b>TOTAL</b>         | <b>50</b>   | <b>366</b> | <b>105</b> |

**INSTITUSI PENERIMA IPWL WAJIB LAPOR**

|                    |      |
|--------------------|------|
| JUMLAH RUMAH SAKIT | : 7  |
| JUMLAH PUSKESMAS   | : 22 |
| JUMLAH KLINIK      | : 2  |

**DAFTAR IPWL DI SUMATERA BARAT (JUMLAH = 31)**

|                              |                        |                        |                          |                                   |                                      |
|------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| RSUP M. Djamil               | RSUD Solok             | RSUD Perliman          | RSUD Dr. Achmad Mochtar  | RSUD Arosuka                      | RSI HB Sazlin                        |
| RS Bhayangkara Tr. IV Padang | Puskesmas Tanjung Pati | Puskesmas Tanjung Batu | Puskesmas Singkarak      | Puskesmas Seberang Padang         | Puskesmas Perkebunan Rejmiyah Ahmad  |
| Puskesmas Payakumbuh         | Puskesmas Nias         | Puskesmas Muara Panas  | Puskesmas Muara Labuh    | Puskesmas Lubuk Sikaping          | Puskesmas Lubuk Alang                |
| Puskesmas Limau Kiam         | Puskesmas KTK          | Puskesmas Kota Baru    | Puskesmas Kinali         | Puskesmas Kebun Sikolas           | Puskesmas Kampung Teleng             |
| Puskesmas Guguk Panjang      | Puskesmas Buro         | Puskesmas Andalas      | Puskesmas Alahan Panjang | Klinik Pratama BNP Sumatera Barat | Klinik Bidadien Pelda Sumatera Barat |
|                              |                        |                        |                          |                                   | Puskesmas Guguk Panjang              |



## Daftar IPWL Usulan di Provinsi Sumatera Barat

1. Puskesmas Lubuk Buaya
2. Puskesmas Lubuk Kilangan
3. Puskesmas Pasar Usang
4. Puskesmas Kambang
5. Puskesmas Sitiung I
6. Puskesmas Kural Tali
7. Puskesmas Lubuk Basung
8. Puskesmas Dangung-Dangung
9. Puskesmas Tapus
10. Puskesmas Pasar Baru
11. Puskesmas tanah garam
12. Puskesmas Nan Balimo

## SKRINING NAPZA DENGAN DAST 10



## 2. INSTRUMEN DAST 10

## a. Pengisian DAST 10

- DAST kepanjangan dari *Drug Abuse Screening Test*.
- DAST 10 diberikan kepada calon klien untuk mendeteksi penyalahgunaan Narkoba yang dilakukan oleh seseorang dan dapat melihat tingkat keparahan Narkoba yang dialami selama 12 bulan terakhir.
- DAST 10 terdiri dari 10 pertanyaan yang dapat diisi sendiri oleh klien.
- Syarat klien: dewasa, sukarela (tanpa paksaan), dan memiliki kemampuan kognitif dan mental yang memadai untuk menjawab pertanyaan.

## 2. INSTRUMEN DAST 10

## Ketentuan pertanyaan dalam DAST 10

1. Pertanyaan berfokus pada kemungkinan atas penyalahgunaan Narkoba, tidak termasuk alkohol pada 12 bulan terakhir
2. Penyalahgunaan Narkoba, meliputi:
  - Pemakaian obat-obatan dengan resep atau melebihi jumlah yang disarankan, seperti obat penenang, obat tidur
  - Segala macam pemakaian non medis obat-obatan
  - Kelas-kelas dari obat-obatan tersebut meliputi: ganja, bahan pelarut (bensin, dll), obat penenang, obat tidur, kokain, stimulan (sabu), halusinogen (ekstasi), ataupun narkotika (morfin, tramadol, dll).

## Definisi Operasional Pertanyaan DAST 10

| No. | Pertanyaan                                                                                                                                                                                                   | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Apakah Anda menggunakan obat selain yang diberikan untuk alasan medis?                                                                                                                                       | Yang dimaksud obat disini adalah: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak sesuai dengan medis atau diluar instruksi medis</li> <li>- Obat tanpa resep dokter/ obat yang dibeli di warung atau apotek</li> <li>- Takaran obat yang melebihi dari dosis sesuai resep</li> </ul> |
| 2.  | Apakah Anda menyalahgunakan lebih dari satu zat pada suatu waktu?                                                                                                                                            | Yang dimaksud disini satu zat/satu zat/satu adalah selama 1 tahun terakhir menggunakan 2 jenis zat sesuai dengan pertanyaan no 1.                                                                                                                                                    |
| 3.  | Apakah Anda selalu bisa berhenti menggunakan obat/narkoba ketika Anda ingin? (jika tidak menggunakan)                                                                                                        | Yang dimaksud dengan pertanyaan diatas adalah mampu untuk tidak menggunakan lagi walaupun ada rasa/hasrat untuk menggunakan kembali obat/ narkoba tersebut.                                                                                                                          |
| 4.  | Apakah Anda memiliki pengalaman tidak sadar diri (blackout) adalah dimana seseorang tidak menyadari kondisi lingkungan sekitarnya akibat dari penggunaan obat/ narkoba yang tidak mengenal waktu dan tempat? | Yang dimaksud pengalaman tidak sadar diri (blackout) adalah dimana seseorang tidak menyadari kondisi lingkungan sekitarnya akibat dari penggunaan obat/ narkoba yang tidak mengenal waktu dan tempat.                                                                                |
| 5.  | Apakah Anda pernah merasa buruk atau bersalah tentang penggunaan obat/narkoba Anda? Jika tidak pernah menggunakan pilih "Tidak"                                                                              | Yang dimaksud dengan pertanyaan ini khusus untuk mereka yang menggunakan obat/ narkoba dan mengalami suatu perasaan yang sangat tidak nyaman terkait dengan penggunaan obat/ narkoba.                                                                                                |

## Definisi Operasional Pertanyaan DAST 10

| No. | Pertanyaan                                                                                                                                 | Definisi Operasional                                                                                                                                                                  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.  | Apakah pasangan Anda (atau orang tua) pernah mengalami masalah terburuk Anda dengan obat/narkoba?                                          | Yang dimaksud dengan pertanyaan ini khusus untuk mereka yang menggunakan obat/ narkoba dan mengalami suatu perasaan yang sangat tidak nyaman terkait dengan penggunaan obat/ narkoba. |
| 7.  | Apakah Anda pernah menghentikan keluarga Anda karena penggunaan obat/narkoba?                                                              | Yang dimaksud dengan menghentikan keluarga adalah tidak memberikan perhatian atau perhatian/ tidak ada lagi komunikasi dengan keluarga akibat penggunaan obat/ narkoba.               |
| 8.  | Apakah Anda terikat dalam kegiatan ilegal untuk mendapatkan obat/narkoba?                                                                  | Yang dimaksud dengan kegiatan ilegal adalah kegiatan melawan hukum untuk mendapatkan obat/ narkoba seperti memalak, resap, mencuri, berbohong.                                        |
| 9.  | Apakah Anda pernah merasakan gejala putus zat (mencek) ketika Anda menghentikan penggunaan obat/narkoba?                                   | Yang dimaksud dengan gejala putus zat adalah adanya keluhan fisik dan psikis akibat klien menghentikan penggunaan obat/ narkoba                                                       |
| 10. | Apakah Anda memiliki masalah medis sebagai akibat dari penggunaan obat/narkoba (misalnya: kehilangan memori, lapar, haus, perubahan, dll)? | Yang dimaksud dengan masalah medis adalah keluhan yang dirasakan atau muncul akibat langsung maupun tidak langsung dari penggunaan obat/ narkoba                                      |

## 2. INSTRUMEN DAST 10

### b. Identifikasi Tingkat Penyalahgunaan Klien Berdasarkan Skor DAST 10

Hasil skor DAST 10 dapat digunakan untuk mencerminkan tingkat keparahan penyalahgunaan Narkoba klien.



| SKOR DAST 10 | TINGKAT KEPARAHAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA |
|--------------|------------------------------------------|
| 0            | Tidak ada masalah                        |
| 1-2          | Rendah                                   |
| 3-5          | Sedang                                   |
| 6-8          | Tinggi                                   |
| 9-10         | Sangat Tinggi                            |

## 2. INSTRUMEN DAST 10

### Cara menghitung hasil wawancara DAST-10 :

Beri nilai 1 untuk semua jawaban Ya dan nilai 0 untuk jawaban Tidak; (kecuali untuk nomor 3 yang jawaban Tidak diberi nilai 1 dan jawaban Ya diberi nilai 0). Jumlahkan seluruh nilai yg didapatkan dan gunakan tabel di bawah ini sebagai acuan.

| SKOR | TINGKATAN         | INTERVENSI                                                      | CONTOH PENYAMPAIAN                                                                                                                                                                                                                            |
|------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0    | Tidak ada masalah | Berikan apresiasi karena tidak menggunakan Narkoba              | Hasil skrining kamu tidak ada indikasi menggunakan Narkoba, sehingga kamu dapat bangga terhadap diri kamu dan yang kamu lakukan sudah benar. Jika kamu dapat mempertahankan hal tersebut maka peluang kamu meraih cita-cita akan lebih besar. |
| 1-2  | Rendah            | Monitoring kembali dan melakukan intervensi berbasis masyarakat | Hasil skrining kamu ada indikasi menggunakan Narkoba sekalipun masih dalam taraf rendah, hal ini dapat membahayakan diri kamu tidak menjaga diri dan sebaiknya kamu mengikuti program-program yang ada di ISM                                 |

## 2. INSTRUMEN DAST 10

| SKOR | TINGKATAN     | INTERVENSI                                                                                               | CONTOH PENYAMPAIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3-5  | Sedang        | Gali lebih dalam, pendampingan dan rujukan ke LRM & LRIP (koordinasi dengan petugas BNNP/Kab/K)          | Hasil skrining kamu ada indikasi menggunakan Narkoba dalam taraf sedang, hal ini dapat membahayakan diri kamu jika tidak menjaga diri dan sebaiknya kamu mendapatkan bantuan dari profesional yang menangani perawatan penyalahgunaan Narkoba (AP menyebutkan tempat-tempat rujukan di lokasi ISM).    |
| 6-8  | Tinggi        | Pendampingan intensif dan rujukan ke LRM & LRIP (koordinasi dengan petugas BNNP/Kab/K)                   | Hasil skrining kamu ada indikasi menggunakan Narkoba dalam taraf tinggi, hal ini dapat membahayakan diri kamu jika tidak menjaga diri dan kamu harus mendapatkan bantuan dari profesional yang menangani perawatan penyalahgunaan Narkoba (AP menyebutkan tempat-tempat rujukan di lokasi ISM).        |
| 9-10 | Sangat Tinggi | Gali lebih dalam, pendampingan intensif dan rujukan ke LRM & LRIP (koordinasi dengan petugas BNNP/Kab/K) | Hasil skrining kamu ada indikasi menggunakan Narkoba dalam taraf sangat tinggi, hal ini dapat membahayakan diri kamu jika tidak menjaga diri dan kamu harus mendapatkan bantuan dari profesional yang menangani perawatan penyalahgunaan narkoba (AP menyebutkan tempat-tempat rujukan di lokasi ISM). |

## INTERPRETASI

| INTERPRETASI HASIL |                                                |                                                 |
|--------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nilai              | Derajat Masalah terkait penggunaan obat-obatan | Tindakan yang disarankan                        |
| 0                  | Tidak Ada masalah                              | Tidak Ada                                       |
| 1-2                | Level Rendah                                   | Memantau, menilai kembali pada tanggal ke depan |
| 3-5                | Level Sedang                                   | Investigasi / Selidiki lebih lanjut             |
| 6-8                | Level Besar                                    | Asesmen secara intensif                         |
| 9-10               | Level Parah                                    | Asesmen secara intensif                         |

TERIMA KASIH



# 1. DATA KELUARGA DAN ANGGOTA KELUARGA

Lengkapilah data dibawah ini, berikan tanda centang (v) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

|                          |                                                |
|--------------------------|------------------------------------------------|
| Tanggal pengumpulan data |                                                |
| Informasi Tempat         |                                                |
| Alamat :                 | No Handphone KK / salah satu anggota keluarga: |
| Desa / Kelurahan :       | Puskasmas :                                    |
| Kecamatan :              | Pustu/Posyandu Prima:                          |
| Kabupaten / Kota :       | Posyandu :                                     |
| Provinsi :               |                                                |

| Informasi Anggota Keluarga |              |     |               |               |                                 |                   | Kelompok Sasaran |
|----------------------------|--------------|-----|---------------|---------------|---------------------------------|-------------------|------------------|
| No                         | Nama Lengkap | NIK | Tanggal lahir | Jenis Kelamin | Hubungan dengan Kepala Keluarga | Status Perkawinan |                  |
| 1                          |              |     |               |               |                                 |                   |                  |
| 2                          |              |     |               |               |                                 |                   |                  |
| 3                          |              |     |               |               |                                 |                   |                  |
| 4                          |              |     |               |               |                                 |                   |                  |
| 5                          |              |     |               |               |                                 |                   |                  |
| 6                          |              |     |               |               |                                 |                   |                  |
| 7                          |              |     |               |               |                                 |                   |                  |
| 8                          |              |     |               |               |                                 |                   |                  |
| 9                          |              |     |               |               |                                 |                   |                  |
| 10                         |              |     |               |               |                                 |                   |                  |

|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                               |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hubungan dengan Kepala Keluarga</b><br>1 = Kepala Keluarga<br>2 = Istri / Suami<br>3 = Anak<br>4 = Menantu<br>5 = Cucu<br>6 = Orang Tua<br>7 = Family Lain<br>8 = Pembantu / Asisten<br>9 = Lainnya | <b>Status Perkawinan</b><br>1 = Kawin<br>2 = Belum Kawin<br>3 = Cerai Hidup<br>4 = Cerai Mati | <b>Pendidikan Terakhir</b><br>1 = S1 / S2 / S3 (PT)<br>2 = D1 / D2 / D3<br>3 = SMA atau sederajat<br>4 = SMP atau sederajat<br>5 = SD atau sederajat<br>6 = Tidak pernah sekolah | <b>Pekerjaan</b><br>1 = Tidak bekerja<br>2 = Pelejar / Mahasiswa<br>3 = PNS / TNI-POLRI / BUMN / BUMD<br>4 = Pegawai Swasta<br>5 = Wiraswasta<br>6 = Petani / Nelayan<br>7 = Lainnya | <b>Kelompok sasaran</b><br>1 = Ibu Hamil<br>2 = Ibu Bersalin & Nifas<br>3 = Bayi - Balita (0-6 tahun)<br>4 = Usia Sekolah & Remaja (7-18 tahun)<br>5 = Usia Produktif (19-59 tahun)<br>6 = Lansia (60 tahun) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 1. DATA KELUARGA DAN ANGGOTA KELUARGA

Lengkapilah data dibawah ini, berikan tanda centang (✓) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

| Informasi Keluarga |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                  | Nama Kepala Keluarga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2                  | Data anggota keluarga <div> <input type="text"/> Jumlah anggota keluarga (total)           <input type="text"/> Jumlah anggota keluarga lansia (≥60 tahun)           <input type="text"/> Jumlah anggota keluarga usia produktif (19 - 59 tahun)           <input type="text"/> Jumlah anggota keluarga usia sekolah dan remaja (7-18 tahun)           <input type="text"/> Jumlah anggota keluarga balia (6-71 bulan)           <input type="text"/> Jumlah anggota keluarga bayi (0-6 bulan)           <input type="text"/> Jumlah anggota keluarga ibu bersalin dan nifas           <input type="text"/> Jumlah anggota keluarga ibu hamil         </div> |
| 3                  | Apakah memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) / Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) / Asuransi Kesehatan <div> <input type="text"/> Ya           <input type="text"/> Tidak         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4a                 | Apakah tersedia sarana air bersih di lingkungan rumah? <div> <input type="text"/> Ya           <input type="text"/> Tidak         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 4b                 | Bila "Ya", apa jenis sumber airnya terlindung? <div> <input type="text"/> Ya (PDAM, sumur pompa, sumur gali terlindung, mata air terlindung)           <input type="text"/> Tidak (sumur terbuka, air sungai, danau / telega, dll)         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4c                 | Apakah tersedia jamban keluarga? <div> <input type="text"/> Ya           <input type="text"/> Tidak         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4d                 | Bila "Ya", apakah jenis jambannya saniter? <div> <input type="text"/> Ya (kloset / leher angsa / plengsengan)           <input type="text"/> Tidak (compling)         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5                  | Apakah rumah memiliki ventilasi yang cukup? <div> <input type="text"/> Ya           <input type="text"/> Tidak         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6                  | Apakah ada Anggota keluarga yang dipasung? <div> <input type="text"/> Ya           <input type="text"/> Tidak         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7                  | Apakah ada anggota keluarga yang terdiagnosis: (TBC, Hipertensi dan Diabetes Mellitus) <div> <input type="text"/> TBC           <input type="text"/> Hipertensi           <input type="text"/> Diabetes Mellitus         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



## DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

### 1. Checklist Data Keluarga

| Lembar 1/2                                     |                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uraian                                         | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                |
| Tanggal pengumpulan data                       | : Diisi dengan tanggal pengumpulan data                                                                                                                                                             |
| Informasi Tempat                               | :                                                                                                                                                                                                   |
| Alamat                                         | : Diisi alamat tempat tinggal                                                                                                                                                                       |
| No. Handphone KK / Salah satu anggota keluarga | : Diisi dengan No. Handphone Kepala Keluarga atau salah satu anggota keluarga                                                                                                                       |
| Desa/Kelurahan                                 | : Diisi nama Desa/Kelurahan tempat tinggal                                                                                                                                                          |
| Kecamatan                                      | : Diisi nama Kecamatan tempat tinggal                                                                                                                                                               |
| Kabupaten/Kota                                 | : Diisi nama Kabupaten/Kota tempat tinggal                                                                                                                                                          |
| Provinsi                                       | : Diisi nama Provinsi tempat tinggal                                                                                                                                                                |
| Puskesmas                                      | : Diisi nama Puskesmas yang mewilayahi tempat tinggal                                                                                                                                               |
| Pustu/Posyandu Prima                           | : Diisi nama Pustu/Posyandu Prima di wilayah tempat tinggal (jika sudah ada)                                                                                                                        |
| Posyandu                                       | : Diisi Nama Posyandu di wilayah tempat tinggal                                                                                                                                                     |
| Informasi Anggota Keluarga                     | : Diisi dengan seluruh anggota keluarga (Nama Lengkap, NIK, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Hubungan dengan Kepala Keluarga, Status Perkawinan, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, dan Kelompok Sasaran) |
| No                                             | : Nomor urut                                                                                                                                                                                        |
| Nama Lengkap                                   | : Diisi nama lengkap sesuai KTP seluruh anggota keluarga sesuai nomor urut                                                                                                                          |
| NIK                                            | : Diisi nomor Induk Kependudukan seluruh anggota keluarga sesuai nomor urut                                                                                                                         |
| Tanggal Lahir                                  | : Diisi tanggal lahir seluruh anggota keluarga sesuai nomor urut                                                                                                                                    |
| Jenis Kelamin                                  | : Diisi jenis kelamin seluruh anggota keluarga (Laki-laki=L) atau (Perempuan=P)                                                                                                                     |
| Hubungan dengan Kepala Keluarga                | : Diisi hubungan anggota keluarga dengan Kepala Keluarga dengan memilih salah satu angka yang sesuai 1 s.d. 9                                                                                       |
| Status Perkawinan                              | : Diisi status perkawinan dengan memilih salah satu angka yang sesuai dari angka 1 s.d. 4                                                                                                           |
| Pendidikan Terakhir                            | : Diisi jenjang Pendidikan formal terakhir dengan memilih salah satu angka yang sesuai dari angka 1 s.d. 6                                                                                          |
| Pekerjaan                                      | : Diisi informasi pekerjaan dengan memilih salah satu angka yang sesuai dari angka 1 s.d. 7                                                                                                         |
| Kelompok Sasaran                               | : Diisi kelompok Sasaran dengan memilih salah satu angka yang sesuai dari angka 1 s.d. 6                                                                                                            |



**Lembar 2/2**

| No Kolom | Judul Kolom                                                                                                 | Definisi Operasional                                                                                                                                                                  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | Nama Kepala Keluarga                                                                                        | : Diisi nama Kepala Keluarga sesuai KTP                                                                                                                                               |
| 2        | Data anggota keluarga                                                                                       | : Diisi dengan angka jumlah anggota keluarga dan jumlah anggota sesuai kelompok umur                                                                                                  |
| 3        | Apakah memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) / Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) / Asuransi Kesehatan | : Diisi (v) ya/tidak, jika memiliki/tidak memiliki salah satu JKN/Jamkesda/Askes                                                                                                      |
| 3a       | Apakah tersedia sarana air bersih di lingkungan rumah?                                                      | : Observasi lingkungan rumah tersedia/tidak tersedia sarana air bersih dengan memberikan ceklis (v)                                                                                   |
| 3b       | Bila "Ya"; apa jenis sumber airnya terlindung?                                                              | : Jelas                                                                                                                                                                               |
| 4a       | Apakah tersedia jamban keluarga?                                                                            | : Observasi bangunan di rumah yang dapat dipergunakan untuk membuang tinja/kotoran manusia bagi keluarga, lazimnya disebut kakus tersedia/tidak tersedia dengan memberikan ceklis (v) |
| 4b       | Bila "Ya", apakah jenis jambannya saniter?                                                                  | : Jelas                                                                                                                                                                               |
| 5        | Apakah rumah memiliki ventilasi yang cukup?                                                                 | : Observasi bangunan rumah tersedia/tidak tersedia (lubang) tempat udara yang dapat keluar masuk secara bebas dengan memberikan ceklis (v)                                            |
| 6        | Apakah ada Anggota keluarga yang dipasung?                                                                  | : ada/tidak ada nya anggota keluarga dengan Gangguan Jiwa (ODGI) yang dipasung baik dengan kayu atau rantai atau dikurung dalam satu ruangan tertutup dan berikan ceklis (v)          |
| 7        | Apakah ada anggota keluarga yang terdiagnosis penyakit berikut? (TBC, Hipertensi, Diabetes Melitus)         | : Anggota keluarga ada/tidak ada yang menderita penyakit TBC, Hipertensi dan Diabetes Melitus                                                                                         |



## 2. CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH - IBU HAMIL

[illegible]



2. CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH - IBU HAMIL

Lengkaplah data dibawah ini, berikan tanda centang (v) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

|                 |         |                                                             |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                |                                                             |                                                            |                                                            |                                                             |                                                                                                   |    |    |
|-----------------|---------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Nama            |         | Kehamilan anak ke                                           |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                |                                                             | tahun/bulan                                                |                                                            |                                                             |                                                                                                   |    |    |
| Umur            |         | Jarak kehamilan dengan kehamilan sebelumnya                 |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                |                                                             |                                                            |                                                            |                                                             |                                                                                                   |    |    |
|                 |         | tahun                                                       |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                |                                                             |                                                            |                                                            |                                                             |                                                                                                   |    |    |
| Waktu Kunjungan | Tanggal | Ada Buku KIA                                                | Ibu memeriksakan kehamilan                                                                     |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                |                                                             |                                                            | Pemberian edukasi/ Kunjungan Nakes                         | Paraf Ibu hamil                                             |                                                                                                   |    |    |
|                 |         |                                                             | Trimester I<br>(1 kali pada umur kehamilan hingga 12 minggu)<br>K1                             |                                                                                                | Trimester II<br>(2 kali pada umur kehamilan diatas 12 - 24 minggu)<br>K2 K3                    |                                                                                                | Trimester III<br>(3 kali pada umur kehamilan diatas 24 - 40 minggu)<br>K4 K5 K6                |                                                                                                | Isi Piringku untuk Ibu Hamil                                                                   | TTD                                                            | LILA < 23.5 Cm                                              | PMT untuk Bumil KEK                                        |                                                            |                                                             | Mengikuti Kelas Ibu Hamil terakhir                                                                |    |    |
| 1               | 2       | 3                                                           | 4                                                                                              | 5                                                                                              | 6                                                                                              | 7                                                                                              | 8                                                                                              | 9                                                                                              |                                                                                                |                                                                |                                                             |                                                            | 10                                                         | 11                                                          |                                                                                                   | 12 | 13 |
| Kunjungan 1     |         | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Sesuai <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Pendamping: <input type="text"/> |    |    |
| Kunjungan 2     |         | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Sesuai <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Pendamping: <input type="text"/> |    |    |
| Kunjungan 3     |         | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Sesuai <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Pendamping: <input type="text"/> |    |    |
| Kunjungan 4     |         | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Sesuai <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Pendamping: <input type="text"/> |    |    |
| Kunjungan 5     |         | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Sesuai <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Pendamping: <input type="text"/> |    |    |
| Kunjungan 6     |         | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Petugas: <input type="text"/> | Sesuai <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/><br>Pendamping: <input type="text"/> |    |    |



## DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

### 2. Cheklist Kunjungan Rumah Ibu Hamil

Lembar 1/2

| Uraian                                      | Definisi Operasional                                                                                                       |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama                                        | : Diisi nama ibu sesuai KTP                                                                                                |
| Umur                                        | : Diisi umur ibu, dihitung sesuai tanggal lahir ibu yang tertera di KTP dalam hitungan tahun                               |
| Kehamilan anak ke                           | : Diisi kehamilan anak beberapa, dihitung sesuai dengan urutan anak yang ibu lahirkan baik hidup atau yang sudah meninggal |
| Jarak kehamilan dengan kehamilan sebelumnya | : Diisi jarak kehamilan antara kehamilan saat ini dengan kehamilan sebelumnya, ditulis dalam hitungan tahun/bulan          |

| No Kolom                                                         | Judul Kolom                          | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                | Waktu Kunjungan                      | : Periode kunjungan kader ke rumah ibu hamil                                                                                                                                                               |
| 2                                                                | Tanggal                              | : Diisi tanggal kader berkunjung ke rumah ibu hamil                                                                                                                                                        |
| 3                                                                | Ada buku KIA                         | : Ibu memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan kepada kader                                                                                                                                                 |
| Ibu memeriksakan kehamilan                                       |                                      | : Ibu hamil memeriksakan kesehatannya pada trimester 1, 2 dan 3 sebanyak minimal 6 kali                                                                                                                    |
| Trimester I (1 kali pada umur kehamilan hingga 12 minggu)        |                                      | : Ibu hamil memeriksakan kesehatannya pada trimester pertama kehamilan (usia kehamilan hingga 12 minggu)                                                                                                   |
| 4                                                                | K1                                   | : Diisi tanggal, tempat periksa, dan nama petugas yang melakukan pemeriksaan kesehatan ibu hamil di Fasyankes (dokter) pada trimester pertama kehamilan (usia kehamilan hingga 12 minggu)                  |
| Trimester II (2 kali pada umur kehamilan diatas 12 - 24 minggu)  |                                      | : Ibu hamil memeriksakan kesehatannya pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 - 24 minggu) sebanyak 2 kali                                                                                               |
| 5                                                                | K2                                   | : Diisi tanggal, tempat periksa, dan nama petugas yang melakukan pemeriksaan kesehatan Ibu hamil di fasyankes pada trimester kedua kehamilan (usia kehamilan di atas 12 minggu sampai 24 minggu)           |
| 6                                                                | K3                                   | : Diisi tanggal, tempat periksa, dan nama petugas yang melakukan pemeriksaan kesehatan Ibu hamil di fasyankes pada trimester kedua kehamilan (usia kehamilan di atas 12 minggu sampai 24 minggu)           |
| Trimester III (3 kali pada umur kehamilan diatas 24 - 40 minggu) |                                      | : Ibu hamil memeriksakan kesehatannya pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 - 40 minggu) sebanyak 3 kali                                                                                              |
| 7                                                                | K4                                   | : Diisi tanggal, tempat periksa, dan nama petugas yang melakukan pemeriksaan kesehatan Ibu hamil di fasyankes pada trimester ketiga kehamilan (usia kehamilan di atas 24 minggu sampai 40 minggu)          |
| 8                                                                | K5                                   | : Diisi tanggal, tempat periksa, dan nama petugas yang melakukan pemeriksaan kesehatan Ibu hamil di fasyankes (dokter) pada trimester ketiga kehamilan (usia kehamilan di atas 24 minggu sampai 40 minggu) |
| 9                                                                | K6                                   | : Diisi tanggal, tempat periksa, dan nama petugas yang melakukan pemeriksaan kesehatan Ibu hamil di fasyankes pada trimester ketiga kehamilan (usia kehamilan di atas 24 minggu sampai 40 minggu)          |
| 10                                                               | Isi Piringku Ibu Hamil               | Ibu Hamil mengonsumsi makanan seimbang aneka ragam dengan satu porsi tambahan (Makanan pokok, Lauk Pauk, Sayur dan Buah)                                                                                   |
| TTD                                                              |                                      | : Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) setiap hari selama hamil                                                                                                                                             |
| 11                                                               | Ada                                  | : Ibu hamil dapat menunjukkan TTD                                                                                                                                                                          |
| 12                                                               | Minum hari ini/dalam 24 jam terakhir | : Ibu hamil minum TTD dalam 24 jam terakhir                                                                                                                                                                |
| 13                                                               | LiLA < 23,5 cm                       | : Hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas ibu hamil < 23,5 cm (risiko Kurang Energi Kronis)                                                                                                                   |
| 14                                                               | PMT untuk Bumil KEK                  | : Kader mengecek Ibu hamil mengonsumsi makanan tambahan (PMT)                                                                                                                                              |
| 15                                                               | Kelas Ibu Hamil                      | : Diisi tanggal, tempat dan pendamping ibu hamil pada saat mengikuti kelas ibu hamil                                                                                                                       |
| 16                                                               | Pemberian Edukasi/Kunjungan Nakes    | : Diisi nama materi edukasi yang diberikan kader kepada ibu hamil dan tulis tanggal melakukan edukasi                                                                                                      |
| 17                                                               | Paraf Ibu Hamil                      | : Paraf ibu hamil setelah dilakukan wawancara                                                                                                                                                              |



| No Kolom | Judul Kolom                                                                                                     | Definisi Operasional                                                                                                   |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18       | Waktu Kunjungan                                                                                                 | : Diisi Jumlah kunjungan kader ke rumah ibu hamil                                                                      |
| 19       | Tanggal                                                                                                         | : Diisi tanggal kader berkunjung ke rumah ibu hamil                                                                    |
| 20       | Demam lebih dari dua hari                                                                                       | : Suhu tubuh ibu 38°C atau lebih                                                                                       |
| 21       | Pusing/sakit kepala berat atau pandangan kabur dan atau disertai atau tanpa bengkak pada kaki, tangan dan wajah | : Jelas                                                                                                                |
| 22       | Sulit tidur/cemas berlebih                                                                                      | : Jelas                                                                                                                |
| 23       | Diare Berulang                                                                                                  | : Jelas                                                                                                                |
| 24       | Resiko TBC                                                                                                      | : Batuk lebih dari 2 minggu atau kontak serumah dengan penderita TBC                                                   |
| 25       | Tidak ada gerakan janin                                                                                         | : Tidak ada gerakan janin atau kurang dari 10 kali dalam 12 jam                                                        |
| 26       | Jantung berdebar-debar atau nyeri di dada                                                                       | : Jelas                                                                                                                |
| 27       | Keluar cairan dari jalan lahir                                                                                  | : Keluar cairan sangat banyak dan berbau (air ketuban keluar sebelum waktunya dan atau perdarahan pada hamil muda/tua) |
| 28       | Sakit saat kencing                                                                                              | : Sakit saat kencing atau keluar keputihan atau gatal di daerah kemaluan                                               |
| 29       | Nyeri perut hebat                                                                                               | : Jelas                                                                                                                |
| 30       | Mengingatkan periksa ke Pustu/Posyandu Prima/Fasyankes                                                          | : Kader mengingatkan ibu hamil untuk memeriksakan kesehatannya ke Pustu/Fasyankes terdekat lainnya                     |
| 31       | Melaporkan ke Nakes                                                                                             | : Diisi tanggal kader melaporkan ke tenaga kesehatan di desa/kelurahan (Pustu) untuk di tindaklanjuti                  |



## 3. CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH - IBU BERSALIN &amp; NIFAS

Lengkapilah data dibawah ini, dan berikan tanda centang (v) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| Nama Ibu           | : |  |
| Umur Ibu           | : |  |
| Kelahiran Anak ke- | : |  |

tahun

## Informasi Persalinan

|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| Tanggal Persalinan                  | : |  |
| Pukul                               | : |  |
| Usia kehamilan saat persalinan      | : |  |
| Penolong persalinan                 | : |  |
| Nama Tempat persalinan              | : |  |
| Cara persalinan                     | : |  |
| Kedaaan Ibu pada saat melahirkan    | : |  |
| Riwayat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) | : |  |

|                                            |                                                       |                                 |                                                                                            |                                    |                                |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bidan             | <input type="checkbox"/> Dokter Umum                  | <input type="checkbox"/> minggu | <input type="checkbox"/> Dokter SpOG                                                       | <input type="checkbox"/> Lainnya : | <input type="checkbox"/> bulan |
| <input type="checkbox"/> Puskesmas         | <input type="checkbox"/> Rumah Sakit                  | <input type="checkbox"/> Klinik | <input type="checkbox"/> Praktik Bidan Mandiri                                             | <input type="checkbox"/> Lainnya   |                                |
| <input type="checkbox"/> Persalinan Normal | <input type="checkbox"/> Persalinan dengan tindakan : | <input type="checkbox"/> Sehat  | <input type="checkbox"/> Sakit ( pendarahan / demam / kejang / lokhia berbau / lain-lain ) |                                    |                                |
| <input type="checkbox"/> Ya                | <input type="checkbox"/> Tidak                        |                                 |                                                                                            |                                    |                                |



| Kunjungan<br>Tanggal | Ibu memeriksakan kesehatannya ke Posyandu Prima/Puskesmas/Fasyankes<br>lainnya atau kunjungan rumah oleh nakes untuk melakukan pemeriksaan<br>setelah melahirkan |                                         |                                         |                                         |                                         | Isi Piringku Ibu<br>Menyusui | Kapsul Vitamin A |                                 | Menyusui        | KB Pasca Persalinan |        |        |                  |         | Pemberian Edukasi/<br>Kunjungan Nakes | Paraf Ibu<br>Bersalin/<br>Nifas |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|--------|--------|------------------|---------|---------------------------------------|---------------------------------|
|                      | Ada Buku KIA                                                                                                                                                     | KF1<br>(6 jam – 48 jam)                 | KF2<br>(3-7 hari pasca<br>persalinan)   | KF3<br>(8-28 hari pasca<br>persalinan)  | KF4<br>(29-42 hari pasca<br>persalinan) |                              | Ada              | Waktu minum                     |                 | Pil                 | Kondom | Suntik | Implan/<br>susuk | Lainnya |                                       |                                 |
| 1                    | 2                                                                                                                                                                | 3                                       | 4                                       | 5                                       | 6                                       | 7                            | 8                | 9                               | 10              | 11                  | 12     | 13     | 14               | 15      | 16                                    | 17                              |
|                      | Ada<br><br>Tidak                                                                                                                                                 | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Petugas: | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Petugas: | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Petugas: | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Petugas: | Sesuai<br><br>Tidak          | Ada<br><br>Tidak | Tanggal:<br><br>Ya<br><br>Tidak | Ya<br><br>Tidak |                     |        |        |                  |         | Tanggal:                              |                                 |

### Tanda Bahaya Setelah Bersalin

[illegible]



## DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

### 3. Ceklist Kunjungan Rumah Ibu Bersalin-Nifas

Lembar 1/2

| Uraian                              | Definisi Operasional                                                                                                                         |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama Ibu                            | : Diisi nama ibu sesuai KTP                                                                                                                  |
| Umur Ibu                            | : Diisi umur ibu, dihitung sesuai tanggal lahir ibu yang tertera di KTP dalam hitungan tahun                                                 |
| Kelahiran anak ke                   | : Diisi kelahiran anak ke berapa, dihitung sesuai dengan urutan anak yang ibu lahirkan baik hidup atau yang sudah meninggal                  |
| Tanggal persalinan                  | : Diisi tanggal pada saat ibu melahirkan/bersalin                                                                                            |
| Pukul                               | : Diisi waktu pada saat ibu melahirkan/bersalin                                                                                              |
| Usia kehamilan saat persalinan      | : Diisi usia kehamilan ibu pada saat melahirkan/bersalin dalam hitungan minggu                                                               |
| Penolong persalinan                 | : Diisi Orang/petugas yang menolong ibu pada saat melahirkan/bersalin (pilihan: bidan/dokter umum/dokter SpOG/lainnya disebutkan)            |
| Tempat persalinan                   | : Diisi tempat ibu melahirkan/bersalin (pilihan: Posyandu prima/Puskesmas/Rumah sakit/klinik/bidan praktik mandiri/ lainnya disebutkan)      |
| Keadaan Ibu pada saat melahirkan    | : Diisi kondisi kesehatan ibu pada saat melahirkan/bersalin (pilihan: sehat/sakit seperti pendarahan/demam/kejang / lochia berbau/lain-lain) |
| Riwayat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) | : berikan ceklis (v) jika ibu melakukan IMD atau tidak                                                                                       |

Lembar 2/2

| No kolom | Judul Kolom                                                                                                                                                          | Definisi Operasional                                                                                                                                        |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | Kunjungan tanggal                                                                                                                                                    | : Diisi tanggal kader berkunjung ke rumah ibu bersalin/nifas                                                                                                |
| 2        | Ada buku KIA                                                                                                                                                         | : Ibu memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan kepada kader                                                                                                  |
|          | Ibu memeriksakan kesehatannya ke Pustu/Posyandu Prima/Puskesmas/Fasyankes lainnya dan atau kunjungan rumah oleh nakes untuk melakukan pemeriksaan setelah melahirkan | : Ibu memeriksakan kesehatannya ke Fasyankes 6 jam s.d 42 hari setelah bersalin                                                                             |
| 3        | KF 1 (6-48 jam)                                                                                                                                                      | : Diisi tanggal dan tempat ibu memeriksakan kesehatannya (Fasyankes) 6-48 jam setelah bersalin                                                              |
| 4        | KF 2 (3-7 hari)                                                                                                                                                      | : Diisi tanggal dan tempat ibu memeriksakan kesehatannya (Fasyankes) 3-7 hari setelah bersalin                                                              |
| 5        | KF 3 (8-28 hari)                                                                                                                                                     | : Diisi tanggal dan tempat ibu memeriksakan kesehatannya (Fasyankes) 8-28 hari setelah bersalin                                                             |
| 6        | KF 4 (29-42 hari)                                                                                                                                                    | : Diisi tanggal dan tempat ibu memeriksakan kesehatannya (Fasyankes) 29-42 hari setelah bersalin                                                            |
| 7        | Isi Piringku Ibu Menyusui                                                                                                                                            | : Ibu menyusui mengonsumsi makanan seimbang aneka ragam dengan satu porsi tambahan (Makanan pokok, Lauk Pauk, Sayur dan Buah)                               |
|          | Kapsul Vitamin A                                                                                                                                                     | : Kapsul yang berwarna merah yang mengandung Vitamin A dosis 200.000 IU yang diberikan oleh tenaga kesehatan Fasyankes kepada ibu bersalin/nifas 0-42 hari. |
| 8        | Ada                                                                                                                                                                  | : Ibu bersalin/nifas dapat menunjukkan kapsul vitamin A                                                                                                     |
| 9        | Waktu minum                                                                                                                                                          | : Diisi tanggal Ibu minum kapsul Vitamin A                                                                                                                  |
| 10       | Menyusui                                                                                                                                                             | : Ibu nifas memberikan ASI sesuai kebutuhan dan kemauan bayi (tidak terbatas)                                                                               |
|          | Ya                                                                                                                                                                   | : Ibu nifas memberikan ASI saja                                                                                                                             |
|          | Tidak                                                                                                                                                                | : Ibu nifas tidak memberikan ASI saja                                                                                                                       |



| No kolom                                                                                                      | Judul Kolom | Definisi Operasional                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KB Pasca Persalinan                                                                                           |             | : Ibu menggunakan jenis kontrasepsi setelah melahirkan/bersalin                                                           |
| 11 Pil                                                                                                        |             | : Jenis obat kontrasepsi yang diminum                                                                                     |
| 12 Kondom                                                                                                     |             | : Jenis alat kontrasepsi yang digunakan pada saat berhubungan badan baik yang digunakan oleh ibu atau suami               |
| 13 Suntik                                                                                                     |             | : Jenis kontrasepsi yang dimasukkan ke tubuh ibu melalui suntikan                                                         |
| 14 Implan/susuk                                                                                               |             | : Jenis alat kontrasepsi yang digunakan ibu dalam bentuk susuk                                                            |
| 15 Lainnya                                                                                                    |             | : Jenis alat/obat kontrasepsi lainnya selain yang disebutkan diatas seperti: Implant/IUD/Tubektomi/Vasektomi              |
| 16 Pemberian edukasi/kunjungan nakes                                                                          |             | : Diisi nama materi edukasi yang diberikan kader kepada ibu nifas dan tulis tanggal melakukan edukasi                     |
| 17 Paraf Ibu bersalin/nifas                                                                                   |             | : Paraf ibu bersalin/nifas setelah dilakukan wawancara                                                                    |
| Tanda bahaya setelah bersalin                                                                                 |             | : Ibu bersalin/nifas mengalami tanda-tanda sbb:                                                                           |
| 18 Demam                                                                                                      |             | : Suhu tubuh ibu 38°C atau lebih                                                                                          |
| 19 Ada perasaan bersalah, mudah menangis, kehilangan minat, gelisah, gangguan tidur, gangguan konsentrasi     |             | : Ibu merasakan perasaan bersalah, menangis tanpa sebab yang jelas, gelisah, tidak bisa tidur, dan tidak bisa konsentrasi |
| 20 Tidak bisa BAK, BAK sedikit tapi sering, terasa panas, nyeri panggul, urin keluar tanpa disadari           |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 21 Nafas pendek dan terengah-engah, nafas dangkal disertai nyeri dada, nafas berat, batuk lebih dari 2 minggu |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 22 Sakit kepala                                                                                               |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 23 Perdarahan (pembalut basah dalam 5 menit)                                                                  |             | : Keluar darah dalam jumlah yang banyak melalui jalan lahir                                                               |
| 24 Area sekitar kelamin bengkak atau nyeri atau ada luka terbuka                                              |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 25 Keluar cairan dari jalan lahir                                                                             |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 26 Nyeri ulu hati                                                                                             |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 27 Pandangan kabur                                                                                            |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 28 Payudara bengkak kemerahan disertai nyeri, benjolan disertai nyeri ada keluhan dalam menyusui              |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 29 Darah nifas berbau atau mengalir atau ada nyeri pada perut bawah                                           |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 30 Keputihan berlebih, berwarna dan berbau                                                                    |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 31 Jantung berdebar                                                                                           |             | : Jelas                                                                                                                   |
| 32 Mengingatn periksa ke Pustu/Posyandu Prima/Fasyankes                                                       |             | : Kader mengingatkan Ibu untuk memeriksakan kesehatannya ke Pustu atau Fasyankes terdekat lainnya                         |
| 33 Melaporkan ke Nakes                                                                                        |             | : Diisi tanggal kader melaporkan ke tenaga kesehatan di desa/kelurahan (Pustu) untuk di tindaklanjuti                     |



# 4. CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH - BAYI (Usia 0-6 bulan)

Lengkapilah data dibawah ini, berikan tanda centong (v) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

| Nama anak   |                 | Tempat / Tanggal Lahir |              | Jenis Kelamin                     |                                      | Unsur bayi 0-6 bulan                              |                                                   | Laki Laki *                                       |                                                   | Perempuan *                                      |                        |                                   |                                   |                                                 |                                     |                |
|-------------|-----------------|------------------------|--------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
|             |                 |                        |              |                                   |                                      |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   |                                                  |                        |                                   |                                   |                                                 |                                     |                |
| Urut        | Waktu Kunjungan | Tanggal                | Ada Buku KIA | AS Eksisite                       | Tanggal terakhir di rumah dan diukur | Hasil penimbangan dan pengukuran                  | Kunjungan pemeriksaan bayi setelah dilahirkan     |                                                   |                                                   |                                                  | Imunisasi              |                                   |                                   |                                                 | Pemberian Edukasi / Kunjungan Nakes | Perif Ibu Bayi |
|             |                 |                        |              |                                   |                                      |                                                   | Pelayanan esensial (0-6 jam)                      | KN 1 (6-48 jam)                                   | KN 2 (3-7 hari)                                   | KN 3 (6-28 hari)                                 | Usia 0 Bulan           | Usia 1 Bulan                      | Usia 2 Bulan                      | Usia 3 Bulan                                    |                                     |                |
| 1           | 2               | 3                      | 4            | 5                                 | 6                                    | 7                                                 | 8                                                 | 9                                                 | 10                                                | 11                                               | 12                     | 13                                | 14                                | 15                                              | 16                                  | 17             |
| Kunjungan 1 |                 | Ada<br>Tidak           | Ada<br>Tidak | Tanggal:<br>Tempat:<br>Petugas:   | BB:<br>PB:<br>LK:                    | Tanggal:<br>Tempat:<br>Petugas:<br>Dokter/ Bidan* | Tanggal:<br>Tempat:<br>Petugas:<br>Dokter/ Bidan* | Tanggal:<br>Tempat:<br>Petugas:<br>Dokter/ Bidan* | Tanggal:<br>Tempat:<br>Petugas:<br>Dokter/ Bidan* | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG:<br>Polio Tetes 1: | BCG:<br>Polio Tetes 1: | Polio Tetes 2:<br>PCV 1:<br>RV 1: | Polio Tetes 3:<br>PCV 2:<br>RV 2: | Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: |                                     |                |
| Kunjungan 2 |                 | Ada<br>Tidak           | Ada<br>Tidak | Tanggal:<br>Tempat:<br>Petugas:   | BB:<br>PB:<br>LK:                    |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG:<br>Polio Tetes 1: | BCG:<br>Polio Tetes 1: | Polio Tetes 2:<br>PCV 1:<br>RV 1: | Polio Tetes 3:<br>PCV 2:<br>RV 2: | Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: |                                     |                |
| Kunjungan 3 |                 | Ada<br>Tidak           | Ada<br>Tidak | Tanggal:<br>Tempat:<br>Pemerikas: | BB:<br>PB:<br>LK:                    |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG:<br>Polio Tetes 1: | BCG:<br>Polio Tetes 1: | Polio Tetes 2:<br>PCV 1:<br>RV 1: | Polio Tetes 3:<br>PCV 2:<br>RV 2: | Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: |                                     |                |
| Kunjungan 4 |                 | Ada<br>Tidak           | Ada<br>Tidak | Tanggal:<br>Tempat:<br>Petugas:   | BB:<br>PB/BB:<br>LK:                 |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG:<br>Polio Tetes 1: | BCG:<br>Polio Tetes 1: | Polio Tetes 2:<br>PCV 1:<br>RV 1: | Polio Tetes 3:<br>PCV 2:<br>RV 2: | Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: |                                     |                |
| Kunjungan 5 |                 | Ada<br>Tidak           | Ada<br>Tidak | Tanggal:<br>Tempat:<br>Petugas:   | BB:<br>PB:<br>LK:                    |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG:<br>Polio Tetes 1: | BCG:<br>Polio Tetes 1: | Polio Tetes 2:<br>PCV 1:<br>RV 1: | Polio Tetes 3:<br>PCV 2:<br>RV 2: | Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: |                                     |                |
| Kunjungan 6 |                 | Ada<br>Tidak           | Ada<br>Tidak | Tanggal:<br>Tempat:<br>Petugas:   | BB:<br>PB:<br>LK:                    |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG:<br>Polio Tetes 1: | BCG:<br>Polio Tetes 1: | Polio Tetes 2:<br>PCV 1:<br>RV 1: | Polio Tetes 3:<br>PCV 2:<br>RV 2: | Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: |                                     |                |

Keterangan:  
\* Coret yang tidak perlu

#### 4. CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH - BAYI

lingkapiilah data dibawah ini, berikan tanda centang (V) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

[illegible]



# **DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH**

## **4. Cheklist Kunjungan Rumah Bayi (0-6 bulan)**

Lembar 1/2

| Uraian               | Definisi Operasional                                                                                                                               |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama Anak            | : Diisi nama Anak sesuai dengan akte kelahiran/keterangan lahir (buku KIA)                                                                         |
| Tempat/tanggal lahir | : Diisi nama lokasi/daerah tempat anak lahir dan tanggal lahir sesuai akte kelahiran anak/keterangan lahir (buku KIA)                              |
| Jenis kelamin        | : Coret (laki-laki atau perempuan) jika tidak sesuai dengan jenis kelamin anak yang tertera dalam akte kelahiran anak/ keterangan lahir (buku KIA) |

## **Untuk bayi 0-6 bulan**

| No kolom | Judul Kolom                                               | Definisi Operasional                                                                                                                                  |
|----------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | Waktu Kunjungan                                           | : Periode kunjungan kader ke rumah bayi 0-6 bulan                                                                                                     |
| 2        | Tanggal                                                   | : Diisi tanggal kader berkunjung ke rumah bayi 0-6 bulan                                                                                              |
| 3        | Ada buku KIA                                              | : Ibu bayi 0-6 bulan memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan kepada kader                                                                             |
| 4        | ASI Eksklusif                                             | : Bayi 0-6 bulan mendapatkan ASI saja                                                                                                                 |
|          | Ada                                                       | : Bayi 0-6 bulan mendapatkan kan ASI saja                                                                                                             |
|          | Tidak                                                     | : Bayi 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI                                                                                                                |
| 5        | Tanggal terakhir ditimbang dan diukur                     | : Disii tanggal terakhir, tempat dan petugas yang melakukan penimbangan BB dan pengukuran PB dan LK bayi 0-6 bulan                                    |
| 6        | Hasil penimbangan dan pengukuran                          | : Diisi hasil penimbangan BB dan pengukuran PB, LK bayi 0-6 bulan yang terakhir dilakukan.                                                            |
|          | Kunjungan pemeriksaan bayi setelah dilahirkan (0-28 hari) | : Periode bayi melakukan pemeriksaan setelah dilahirkan (0-28 hari)                                                                                   |
| 7        | Pelayanan neonatal esensial setelah lahir (0-6 jam)       | : Diisi tanggal, tempat dan petugas yang melakukan pemeriksaan bayi 0-6 jam setelah dilahirkan                                                        |
| 8        | KN 1 (6-48 jam)                                           | : Diisi tanggal, tempat dan petugas yang melakukan pemeriksaan bayi 6-48 jam setelah dilahirkan                                                       |
| 9        | KN 2 (3-7 hari)                                           | : Disii tanggal, tempat dan petugas yang melakukan pemeriksaan bayi 3-7 hari setelah dilahirkan                                                       |
| 10       | KN 3 (8-28 hari)                                          | : Diisi tanggal, tempat dan petugas yang melakukan pemeriksaan bayi 8-28 hari setelah dilahirkan                                                      |
|          | Imunisasi                                                 | : Status imunisasi bayi 0-6 bulan                                                                                                                     |
| 11       | Usia 0 bulan                                              | : Usia bayi 0 bulan tepat diberikan imunisasi Hepatitis B (<24 jam), BCG, Polio Tetes 1                                                               |
| 12       | Usia 1 bulan                                              | : Usia bayi 0 bulan tepat diberikan imunisasi BCG, Polio Tetes 1                                                                                      |
| 13       | Usia 2 bulan                                              | : Usia bayi 2 bulan tepat diberikan imunisasi DPT-HB-Hib 1, Polio Tetes 2, PCV 1, RV 1                                                                |
| 14       | Usia 3 bulan                                              | : Usia bayi 3 bulan tepat diberikan imunisasi DPT-HB-Hib 2, Polio Tetes 3, PCV 2, RV 2                                                                |
| 15       | Usia 4 bulan                                              | : Usia bayi 4 bulan tepat diberikan imunisasi DPT-HB-Hib 3, Polio Tetes 4, Polio Suntik (IPV) 1, RV 3                                                 |
| 16       | Pemberian edukasi/Kunjungan Nakes                         | : Diisi nama materi edukasi yang diberikan kader kepada ibu bayi 0-6 bulan dan tulis tanggal melakukan edukasi (termasuk konseling menyusui dan PMBA) |
| 17       | Paraf Ibu bayi                                            | : Ibu bayi memberikan paraf setelah wawancara dilakukan                                                                                               |

| No kolom                         | Judul Kolom                                            | Definisi Operasional                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18                               | Waktu kunjungan                                        | : Periode kunjungan kader ke rumah bayi 0-6 bulan                                                                                                                                             |
| 19                               | Tanggal                                                | : Diisi tanggal kader melakukan kunjungan                                                                                                                                                     |
| Tanda Bahaya pada Bayi 0-2 Bulan |                                                        |                                                                                                                                                                                               |
| 20                               | Napas                                                  | : Sesak/napas cepat/dada tertarik ke dalam                                                                                                                                                    |
| 21                               | Aktifitas                                              | : Tampak lemah/tidak bergerak/menangis atau merintih                                                                                                                                          |
| 22                               | Warna Kulit                                            | : Tampak biru di sekitar mulut/tangan/kaki/tampak seperti marmer/tampak pucat/ada tanda-tanda memar di kulit.                                                                                 |
| 23                               | Hisapan Bayi                                           | : Tampak lemah/tidak bergerak. Menangis seperti merintih tidak mau menghisap/menghisap lemah, muntah susu, muntah cairan warna hijau. Kencing kurang dari 6x/hari. Warna kencing kuning pekat |
| 24                               | Kejang                                                 | : Mata mendelik/tangan menari/mulut mencucu/menangis melengking                                                                                                                               |
| 25                               | Suhu Tubuh                                             | : Terasa panas (suhu tubuh $>38,5^{\circ}\text{C}$ ) atau terasa dingin (suhu tubuh $<36,5^{\circ}\text{C}$ )                                                                                 |
| 26                               | Buang Air Besar (BAB)                                  | : Belum BAB lebih dari 48 jam setelah lahir/tidak ada anus/BAB keluar dari lubang di sekitar anus/BAB seperti dempul/BAB lebih sering dan lebih encer                                         |
| 27                               | Jumlah dan Warna Air Kencing                           | : Jumlah sedikit atau tidak kencing selama 6 jam, warna kuning pekat, kecoklatan atau warna lainnya                                                                                           |
| 28                               | Tali Pusat                                             | : Kemerahan di sekitar tali pusat/bernanah/berbau                                                                                                                                             |
| 29                               | Mata                                                   | : Mata merah/ada kotoran/bernanah                                                                                                                                                             |
| 30                               | Kulit                                                  | : Ada bintil-bintil isi air/bintil-bintil isi nanah                                                                                                                                           |
| 31                               | Imunisasi                                              | : Belum mendapat imunisasi Hepatitis B0/Belum mendapat imunisasi BCG                                                                                                                          |
| 32                               | Mengingatkan periksa ke Pustu/Posyandu Prima/Fasyankes | : Kader mengingatkan Ibu bayi 0-6 bulan untuk memeriksakan kesehatan bayinya ke Pustu atau Fasyankes terdekat lainnya                                                                         |
| 33                               | Melaporkan ke Nakes                                    | : Diisi tanggal kader melaporkan ke tenaga kesehatan di desa/kelurahan (Pustu) untuk di tindaklanjuti                                                                                         |



## 5. CHECKLIST KUNJUNGAN - BAYI, BALITA DAN ANAK USIA PRASEKOLAH

(Usia 26 - 71 bulan)

Lengkapilah data dibawah ini, berikan tanda centang (✓) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

| Nama anak                           |         |              |                                                 |                                 |                                                                     |                                            |                                                     |                                                     |                                                                   |                                                 |                                    |                                    |                                                        |                                     |                                                                              |                                                                  |                |             |             |                              |                              |                                                               |             |                                   |                        |    |
|-------------------------------------|---------|--------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|-------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------|------------------------|----|
| Tempat / Tanggal Lahir              |         |              |                                                 |                                 |                                                                     |                                            |                                                     |                                                     |                                                                   |                                                 |                                    |                                    |                                                        |                                     |                                                                              |                                                                  |                |             |             |                              |                              |                                                               |             |                                   |                        |    |
| Jenis Kelamin                       |         |              |                                                 |                                 |                                                                     |                                            |                                                     |                                                     |                                                                   |                                                 |                                    |                                    |                                                        |                                     |                                                                              |                                                                  |                |             |             |                              |                              |                                                               |             |                                   |                        |    |
| Untuk balita dan apras (0-71 bulan) |         |              |                                                 |                                 |                                                                     |                                            |                                                     |                                                     |                                                                   |                                                 |                                    |                                    |                                                        |                                     |                                                                              |                                                                  |                |             |             |                              |                              |                                                               |             |                                   |                        |    |
| Waktu Kunjungan                     | Tanggal | Ada Buku KIA | Tanggal terakhir ditambah dan dikur pengurangan | Hati Penimbangan dan pengukuran | Imunisasi                                                           |                                            |                                                     |                                                     |                                                                   |                                                 |                                    |                                    | Pemberian Makanan Pendamping-ASI Kaya protein (newari) |                                     |                                                                              |                                                                  |                | Obat Cacing |             | Kapal Vitamin A              |                              | Makanan Tambahan Pangan Lokal bagi Balita Dengan masalah Gizi |             | Pemberian Edukasi/Kunjungan Nakes | Panti Ibu Balita/Apras |    |
|                                     |         |              |                                                 |                                 | Usia 0 Bulan                                                        | Usia 1 Bulan                               | Usia 2 Bulan                                        | Usia 3 Bulan                                        | Usia 4 Bulan                                                      | Usia 9 Bulan                                    | Usia 10 Bulan                      | Usia 12 Bulan                      | Usia 18 Bulan                                          | Makanan pokok (beras/kacang jagung) | Makanan sumber protein hewani (telur/ayam/ sapi/jagung/ ikan/ kacang polong) | Sumber Protein nabati (ahu /tempe/ kacang hijau / kacang polong) | Buah dan sayur | Azi         | Waktu Minum | Usia 6-11 bulan (pasud biru) | Usia >11 bulan (pasud merah) | Ya                                                            | Tidak       |                                   |                        | Ya |
| 1                                   | 2       | 3            | 4                                               | 5                               | 6                                                                   | 7                                          | 8                                                   | 9                                                   | 10                                                                | 11                                              | 12                                 | 13                                 | 14                                                     | 15                                  | 16                                                                           | 17                                                               | 18             | 19          | 20          | 21                           | 22                           | 23                                                            | 24          | 25                                | 26                     | 27 |
| Kunjungan 1                         |         | Ada          | Tanggal<br>Tempat:<br>Petugas:                  | BB:<br><br>PB/TB:<br><br>LK:    | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>Polio Tetes 1: | BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>PCV 1:<br>RV 1: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 2:<br>PCV 2:<br>RV 2: | DPT-Hib Hib 3:<br>Polio Tetes 3:<br>PCV 3:<br>RV 3: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: | Campak-Rubella (PRV) 2:<br>Polio Sunik (IPV) 2: | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | DPT-Hib-Hib 1 lanjutan:<br>Campak-Rubella lanjutan:    | Ya<br>Tidak                         | Ya<br>Tidak                                                                  | Ya<br>Tidak                                                      | Ya<br>Tidak    | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak | Februari<br>Agustus          | Februari<br>Agustus          | Ya<br>Tidak                                                   | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak                       | Ya<br>Tidak            |    |
| Kunjungan 2                         |         | Ada          | Tanggal<br>Tempat:<br>Petugas:                  | BB:<br><br>PB/TB:<br><br>LK:    | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>Polio Tetes 1: | BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>PCV 1:<br>RV 1: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 2:<br>PCV 2:<br>RV 2: | DPT-Hib Hib 3:<br>Polio Tetes 3:<br>PCV 3:<br>RV 3: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: | Campak-Rubella (PRV) 2:<br>Polio Sunik (IPV) 2: | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | DPT-Hib-Hib 1 lanjutan:<br>Campak-Rubella lanjutan:    | Ya<br>Tidak                         | Ya<br>Tidak                                                                  | Ya<br>Tidak                                                      | Ya<br>Tidak    | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak | Februari<br>Agustus          | Februari<br>Agustus          | Ya<br>Tidak                                                   | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak                       | Ya<br>Tidak            |    |
| Kunjungan 3                         |         | Ada          | Tanggal<br>Tempat:<br>Petugas:                  | BB:<br><br>PB/TB:<br><br>LK:    | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>Polio Tetes 1: | BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>PCV 1:<br>RV 1: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 2:<br>PCV 2:<br>RV 2: | DPT-Hib Hib 3:<br>Polio Tetes 3:<br>PCV 3:<br>RV 3: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: | Campak-Rubella (PRV) 2:<br>Polio Sunik (IPV) 2: | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | DPT-Hib-Hib 1 lanjutan:<br>Campak-Rubella lanjutan:    | Ya<br>Tidak                         | Ya<br>Tidak                                                                  | Ya<br>Tidak                                                      | Ya<br>Tidak    | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak | Februari<br>Agustus          | Februari<br>Agustus          | Ya<br>Tidak                                                   | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak                       | Ya<br>Tidak            |    |
| Kunjungan 4                         |         | Ada          | Tanggal<br>Tempat:<br>Petugas:                  | BB:<br><br>PB/TB:<br><br>LK:    | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>Polio Tetes 1: | BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>PCV 1:<br>RV 1: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 2:<br>PCV 2:<br>RV 2: | DPT-Hib Hib 3:<br>Polio Tetes 3:<br>PCV 3:<br>RV 3: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: | Campak-Rubella (PRV) 2:<br>Polio Sunik (IPV) 2: | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | DPT-Hib-Hib 1 lanjutan:<br>Campak-Rubella lanjutan:    | Ya<br>Tidak                         | Ya<br>Tidak                                                                  | Ya<br>Tidak                                                      | Ya<br>Tidak    | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak | Februari<br>Agustus          | Februari<br>Agustus          | Ya<br>Tidak                                                   | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak                       | Ya<br>Tidak            |    |
| Kunjungan 5                         |         | Ada          | Tanggal<br>Tempat:<br>Petugas:                  | BB:<br><br>PB/TB:<br><br>LK:    | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>Polio Tetes 1: | BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>PCV 1:<br>RV 1: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 2:<br>PCV 2:<br>RV 2: | DPT-Hib Hib 3:<br>Polio Tetes 3:<br>PCV 3:<br>RV 3: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: | Campak-Rubella (PRV) 2:<br>Polio Sunik (IPV) 2: | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | DPT-Hib-Hib 1 lanjutan:<br>Campak-Rubella lanjutan:    | Ya<br>Tidak                         | Ya<br>Tidak                                                                  | Ya<br>Tidak                                                      | Ya<br>Tidak    | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak | Februari<br>Agustus          | Februari<br>Agustus          | Ya<br>Tidak                                                   | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak                       | Ya<br>Tidak            |    |
| Kunjungan 6                         |         | Ada          | Tanggal<br>Tempat:<br>Petugas:                  | BB:<br><br>PB/TB:<br><br>LK:    | Hepatitis B (<24 jam):<br>BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>Polio Tetes 1: | BCG :<br>Polio Tetes 1:<br>PCV 1:<br>RV 1: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 2:<br>PCV 2:<br>RV 2: | DPT-Hib Hib 3:<br>Polio Tetes 3:<br>PCV 3:<br>RV 3: | DPT-Hib Hib 1:<br>Polio Tetes 4:<br>Polio Sunik (IPV) 1:<br>RV 3: | Campak-Rubella (PRV) 2:<br>Polio Sunik (IPV) 2: | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | Japanese Encephalitis (JE)<br>PCV3 | DPT-Hib-Hib 1 lanjutan:<br>Campak-Rubella lanjutan:    | Ya<br>Tidak                         | Ya<br>Tidak                                                                  | Ya<br>Tidak                                                      | Ya<br>Tidak    | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak | Februari<br>Agustus          | Februari<br>Agustus          | Ya<br>Tidak                                                   | Ya<br>Tidak | Ya<br>Tidak                       | Ya<br>Tidak            |    |



**5. CHECKLIST KUNJUNGAN - RUMAH BAYI, BALITA, ANAK USIA PRASEKOLAH**

Lengkapilah data dibawah ini, berikan tanda centang (✓) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

**Tanda Bahaya pada bayi 2-60 bulan**

[illegible]



# DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

## 5. Ceklist Kunjungan Rumah Balita dan Apras (≥6 - 71 bulan)

Lembar 1/2

| Uraian                                                    |                                                                                         | Definisi Operasional                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama Anak                                                 | :                                                                                       | Diisi nama anak sesuai dengan akte kelahiran/keterangan lahir (buku KIA)                                                                          |
| Tempat/ Tanggal lahir                                     | :                                                                                       | Disi tempat/ tanggal lahir sesuai Kartu Keluarga / KIA                                                                                            |
| Jenis kelamin                                             | :                                                                                       | Coret (laki-laki atau perempuan) jika tidak sesuai dengan jenis kelamin anak yang tertera dalam akte kelahiran anak/ keterangan lahir (buku KIA)  |
|                                                           |                                                                                         |                                                                                                                                                   |
| No kolom                                                  | Judul Kolom                                                                             | Definisi Operasional                                                                                                                              |
| Untuk bayi 6 bulan s.d. 71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan) |                                                                                         |                                                                                                                                                   |
| 1                                                         | Waktu Kunjungan                                                                         | : Periode kunjungan kader ke rumah usia bayi 6 bulan s.d anak 71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan)                                                   |
| 2                                                         | Tanggal                                                                                 | : Diisi tanggal kader melakukan kunjungan ke rumah bayi 6 bulan s.d anak 71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan)                                        |
| 3                                                         | Ada buku KIA                                                                            | : Bayi usia 6 bulan s.d s.d anak 81 bulan (7 tahun kurang 1 bulan) memiliki Buku KIA dan dapat menunjukkan kepada kader                           |
| 4                                                         | Tanggal terakhir menimbang dan mengukur                                                 | : Diisi tanggal, tempat dan petugas bayi 6 bulan s.d s.d 81 bulan (7 tahun kurang 1 bulan) melakukan penimbangan BB dan pengukuran PB/TB terakhir |
| 5                                                         | Hasil penimbangan dan pengukuran                                                        | : Hasil penimbangan BB dan pengukuran TB yang terakhir dilakukan.                                                                                 |
|                                                           | BB                                                                                      | : Diisi hasil penimbangan berat badan                                                                                                             |
|                                                           | PB/TB                                                                                   | : Diisi hasil pengukuran tinggi badan                                                                                                             |
|                                                           | LK                                                                                      | : Diisikan hasil pengukuran lingkar kepala                                                                                                        |
| Imunisasi                                                 |                                                                                         | : Status imunisasi bayi 6 bulan s.d. 6 tahun                                                                                                      |
| 6                                                         | Usia 0 bulan                                                                            | : Usia bayi 0 bulan tepat diberikan imunisasi Hepatitis B (<24 jam), BCG, Polio Tetes 1                                                           |
| 7                                                         | Usia 1 bulan                                                                            | : Usia bayi 0 bulan tepat diberikan imunisasi BCG, Polio Tetes 1                                                                                  |
| 8                                                         | Usia 2 bulan                                                                            | : Usia bayi 2 bulan tepat diberikan imunisasi DPT-HB-Hib 1, Polio Tetes 2, PCV 1, RV 1                                                            |
| 9                                                         | Usia 3 bulan                                                                            | : Usia bayi 3 bulan tepat diberikan imunisasi DPT-HB-Hib 2, Polio Tetes 3, PCV 2, RV 2                                                            |
| 10                                                        | Usia 4 bulan                                                                            | : Usia bayi 4 bulan tepat diberikan imunisasi DPT-HB-Hib 3, Polio Tetes 4, Polio Suntik (IPV) 1, RV 3                                             |
| 11                                                        | Usia 9 bulan                                                                            | : Usia bayi 9 bulan tepat diberikan imunisasi Campak-Rubella, Polio Suntik (IPV) 2                                                                |
| 12                                                        | Usia 10 bulan                                                                           | : Usia bayi 10 bulan tepat diberikan imunisasi Japanese Encephalitis (JE)                                                                         |
| 13                                                        | Usia 12 bulan                                                                           | : Usia bayi 12 bulan tepat diberikan imunisasi PCV3                                                                                               |
| 14                                                        | Usia 18 bulan                                                                           | : Usia bayi 18 bulan yang tepat diberikan imunisasi DPT-HB-Hib Lanjutan, dan Campak-Rubella lanjutan                                              |
| Pemberian Makanan Pendamping-ASI kaya protein hewani      |                                                                                         | : Makanan Pendamping ASI yang diberikan kepada bayi 6 bulan – 2 tahun                                                                             |
| 15                                                        | Makanan pokok (beras/kentang/jagung)                                                    | : Bayi usia 6 bulan- 2 tahun diberikan makanan pokok (beras/ kentang/jagung)                                                                      |
| 16                                                        | Makanan sumber protein hewan (telur/ikan/ayam/daging/udang/hati/susu dan produk olahan) | : Bayi usia 6 bulan- 2 tahun diberikan Makanan Sumber Protein Hewani (telur/ ikan / ayam / daging sapi. dll)                                      |
| 17                                                        | Makanan Sumber Protein Nabati (tahu / tempe / kacang hijau / kacang polong)             | : Bayi usia 6 bulan- 2 tahun diberikan Makanan Sumber Protein Nabati (tahu / tempe /kacang hijau /kacang polong)                                  |
| 18                                                        | Sumber lemak (Minyak/ Santan)                                                           | : Bayi usia 6 bulan- 2 tahun diberikan Makanan yang mengandung lemak/santan                                                                       |
| 19                                                        | Buah dan sayur                                                                          | : Bayi usia 6 bulan- 2 tahun diberikan buah dan sayur                                                                                             |
| Obat cacing                                               |                                                                                         | : Status anak diatas 1 tahun mendapatkan obat cacing                                                                                              |
| 20                                                        | Ada                                                                                     | : Bayi usia diatas 1 tahun mendapatkan obat cacing                                                                                                |
| 21                                                        | Waktu Minum                                                                             | : Diisikan tanggal waktu minum obat cacing                                                                                                        |



| No kolom                                                           | Judul Kolom                        | Definisi Operasional                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kapsul Vitamin A                                                   |                                    | : Status bayi usia 6 bulan- 6 tahun diberikan vitamin A                                                                                                                           |
| 22                                                                 | Usia 6-11 bulan (kapsul biru)      | : Bayi usia 6 – 11 bulan mendapatkan kapsul vitamin A (kapsul biru)                                                                                                               |
| 23                                                                 | Usia >11 bulan (kapsul merah)      | : Bayi usia > 11 bulan mendapatkan kapsul vitamin A (kapsul merah)                                                                                                                |
| Makanan Tambahan (MT) Pangan Lokal bagi Balita dengan masalah gizi |                                    |                                                                                                                                                                                   |
| 24                                                                 | Ada                                | : Bayi usia diatas 1 tahun dengan masalah gizi mendapatkan MT Pangan Lokal                                                                                                        |
| 25                                                                 | Kepatuhan konsumsi MT Pangan Lokal | : Kepatuhan Bayi diatas 1 tahun dengan malah gizi mengkonsumsi Makanan Tambahan (MT) Pangan Lokal                                                                                 |
| 26                                                                 | Pemberian Edukasi/ Kunjungan Nakes | : Diisi nama materi edukasi yang diberikan kader kepada ibu bayi 6 - 71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan) dan tulis tanggal melakukan edukasi (termasuk konseling menyusui dan PMBA) |
| 27                                                                 | Paraf Ibu Balita/Apras             | : Ibu balita 6 - 71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan)                                                                                                                                |

Lembar 2/2

| No kolom                            | Judul Kolom                                            | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28                                  | Waktu kunjungan                                        | : Periode kunjungan kader ke rumah 6 bulan s.d 71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan)                                                                                                                                |
| 29                                  | Tanggal                                                | : Diisi tanggal kader melakukan kunjungan                                                                                                                                                                       |
| Tanda Bahaya pada Bayi 2 - 60 Bulan |                                                        |                                                                                                                                                                                                                 |
| 30                                  | Napas                                                  | : Sesak/napas cepat/dada tertarik ke dalam                                                                                                                                                                      |
| 31                                  | Batuk                                                  | : Batuk dengan bunyi grok...grok.../mengi/menangis meringis                                                                                                                                                     |
| 32                                  | Demam                                                  | : Terasa panas (suhu tubuh >38,5°C) demam denga kejang/demam dengan tanda pendarahan (mimisan/gusi berdarah/ muntah kopi/BAB hitam)                                                                             |
| 33                                  | Diare                                                  | : BAB lebih sering dan lebih encer daria biasanya disertai dengan mata cekung/haus minum terus dengan lahap/diare disertai darah                                                                                |
| 34                                  | Jumlah dan Warna aAir Kencing                          | : Jumlah sedikit atau tidak kencing selama 6 jam, warna kuning pekat, kecoklatan atau warna lainnya                                                                                                             |
| 35                                  | Warna Kulit                                            | Tampak biru di sekitar mulut/tangan/kaki/tampak seperti mermer/tampak pucat atau ada tanda-tanda memar di kulit                                                                                                 |
| 36                                  | Aktifitas                                              | : Tampak lemah atau tidak bergerak atau menangis seperti merintih                                                                                                                                               |
| 37                                  | Hisapan Bayi                                           | : Tampak lemah atau tidak bergerak atau menangis seperti merintih tidak mau menghisap atau menghisap lemah, muntah susu, muntah cairan warna hijau. Kencing kurang dari 6 kali/hari. Warna kencing kuning pekat |
| 38                                  | Pemberian Makanan                                      | : Anak tidak mau makan dan atau minum. Berat badan tidak naik sesuai pertumbuhan                                                                                                                                |
| 39                                  | Mengingatkan periksa ke Pustu/Posyandu Prima/Fasyankes | : Kader mengingatkan Ibu bayi 0-6 bulan untuk memeriksakan kesehatan bayinya ke Pustu atau Fasyankes terdekat lainnya                                                                                           |
| 40                                  | Melaporkan ke Nakes                                    | : Diisi tanggal kader melaporkan ke tenaga kesehatan di desa/kelurahan (Pustu) untuk di tindaklanjuti                                                                                                           |



**DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH**

**10. REKAPITULASI KUNJUNGAN RUMAH**

| Uraian                                                                               |                                                                                                          | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama Kader                                                                           |                                                                                                          | : Diisi nama kader sesuai KTP                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |
| Posyandu                                                                             |                                                                                                          | : Diisi nama Posyandu tempat kader bertugas                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |
| Dusun/RT/RW/Desa                                                                     |                                                                                                          | : Diisi nama dusun/RT/RW/Desa wilayah Posyandu                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |
|                                                                                      |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |
| No Kolom                                                                             | Judul Kolom                                                                                              | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                          |
| 1                                                                                    | No                                                                                                       | : jelas                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          |
| 2                                                                                    | Minggu ke                                                                                                | : Urutan waktu (dalam satu minggu) kader melakukan kunjungan rumah                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |
| 3                                                                                    | Jumlah Keluarga yag dikunjungi                                                                           | : Diisi jumlah keluarga yang dikunjungi kader dalam satu minggu                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |
| Jumlah sasaran yang dikunjungi                                                       |                                                                                                          | : Jumlah dari masing-masing kelompok sasaran                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |
| 4                                                                                    | Ibu hamil                                                                                                | : Diisi jumlah ibu hamil yang dikunjungi dalam satu minggu                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |
| 5                                                                                    | Ibu bersalin-nifas                                                                                       | : Diisi jumlah ibu bersalin-nifas yang dikunjungi dalam satu minggu                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                          |
| 6                                                                                    | Bayi, Balita & Apras                                                                                     | : Diisi jumlah bayi, balita & apras yang dikunjungi dalam satu minggu                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |
| 7                                                                                    | Usia Sekolah & Remaja                                                                                    | : Diisi jumlah usia sekolah & remaja yang dikunjungi dalam satu minggu                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |
| 8                                                                                    | Usia Produktif                                                                                           | : Diisi jumlah usia produktif yang dikunjungi dalam satu minggu                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |
| 9                                                                                    | Usia Lansia                                                                                              | : Diisi jumlah lansia yang dikunjungi dalam satu minggu                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          |
| Jumlah ibu hamil, ibu bersalin, bayi, balita & apras dengan masalah yang ditemukan   |                                                                                                          | : Diisi jumlah ibu hamil, ibu bersalin & nifas, bayi, balita & apras dengan masalah yang ditemukan (tidak akses pelayanan dan mempunyai tanda bahaya)                                                      |                                                                                                                                                                          |
| 10                                                                                   | Tidak akses pelayanan                                                                                    | : Diisi hasil penjumlahan ibu hamil, ibu bersalin, bayi, balita & apras, usia produktif, dan lansia yang tidak akses/berkunjung ke pelayanan (Posyandu/Pustu/Puskesmas/Fasyankes terdekat lainnya), yaitu: |                                                                                                                                                                          |
| a. Ibu hamil                                                                         |                                                                                                          | b. Ibu bersalin-nifas                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |
| Lembar 1/2                                                                           |                                                                                                          | Lembar 1/2                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |
| No Kolom                                                                             | Judul Kolom                                                                                              | Uraian                                                                                                                                                                                                     | Judul kolom                                                                                                                                                              |
| 3                                                                                    | - Tidak memiliki buku KIA                                                                                | Informasi                                                                                                                                                                                                  | Bersalin tidak di Fasyankes                                                                                                                                              |
| 4 s.d 9                                                                              | - Tidak memeriksakan kehamilannya (K1, K2, K3, K4, K5, K6)                                               | Lembar 2/2                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |
| 11                                                                                   | - Tidak mendapatkan TTD                                                                                  | No Kolom                                                                                                                                                                                                   | Judul Kolom                                                                                                                                                              |
| 14                                                                                   | - Ibu hamil KEK tidak mendapatkan PMT                                                                    | 2                                                                                                                                                                                                          | Tidak memiliki buku KIA                                                                                                                                                  |
| 15                                                                                   | - Tidak mengikuti kelas ibu hamil                                                                        | 3 s.d 6                                                                                                                                                                                                    | Tidak memeriksakan kesehatannya ke Pustu/ Puskesmas/ Fasyankes lainnya atau kunjungan rumah oleh nakes untuk melakukan pemeriksaan setelah melahirkan (KF1, KF2,KF3,KF4) |
|                                                                                      |                                                                                                          | 8                                                                                                                                                                                                          | Tidak mendapatkan Vitamin A                                                                                                                                              |
|                                                                                      |                                                                                                          | 11 s.d 14                                                                                                                                                                                                  | Tidak akses pelayanan KB pasca persalinan                                                                                                                                |
| c. Bayi 0-6 bulan                                                                    |                                                                                                          | d. Balita dan Apras (0-71 bulan)                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                          |
| Lembar 1/2                                                                           |                                                                                                          | Lembar 1/2                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |
| No Kolom                                                                             | Judul Kolom                                                                                              | No Kolom                                                                                                                                                                                                   | Judul Kolom                                                                                                                                                              |
| 3                                                                                    | Tidak memiliki buku KIA                                                                                  | 3                                                                                                                                                                                                          | Tidak memiliki buku KIA                                                                                                                                                  |
| 5                                                                                    | Tidak memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi ke Posyandu/Pustu/Puskesmas/ Fasyankes terdekat lainnya | 4                                                                                                                                                                                                          | Tidak memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi ke Posyandu/Pustu/Puskesmas/ Fasyankes terdekat lainnya                                                                 |
| 7 s.d 10                                                                             | Tidak melakukan pemeriksaan bayi setelah                                                                 | 6 s.d 14                                                                                                                                                                                                   | Tidak imunisasi                                                                                                                                                          |
| 11 s.d 15                                                                            | Tidak imunisasi                                                                                          | 20                                                                                                                                                                                                         | Tidak mendapatkan obat cacing                                                                                                                                            |
|                                                                                      |                                                                                                          | 22 s.d 23                                                                                                                                                                                                  | Tidak mendapatkan Vit A                                                                                                                                                  |
| 11                                                                                   | Tanda bahaya                                                                                             | : Hasil penjumlahan ibu hamil, ibu bersalin, bayi, dan balita yang mengalami tanda bahaya, yaitu:                                                                                                          |                                                                                                                                                                          |
| a. Ibu hamil                                                                         |                                                                                                          | b. Ibu bersalin-nifas                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |
| Lembar 2/2                                                                           |                                                                                                          | Lembar 2/2                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |
| No Kolom                                                                             | Judul Kolom                                                                                              | No Kolom                                                                                                                                                                                                   | Judul Kolom                                                                                                                                                              |
| 20-29                                                                                | Ibu mengalami tanda bahaya pada kehamilan                                                                | 17-30                                                                                                                                                                                                      | Ibu mengalami tanda bahaya pasca persalinan                                                                                                                              |
| c. Bayi 0-6 bulan                                                                    |                                                                                                          | d. Balita dan Apras (Bayi diatas 6 -71 bulan )                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |
| Lembar 2/2                                                                           |                                                                                                          | Lembar 2/2                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |
| No Kolom                                                                             | Judul Kolom                                                                                              | No Kolom                                                                                                                                                                                                   | Judul Kolom                                                                                                                                                              |
| 20-31                                                                                | Bayi mengalami tanda bahaya                                                                              | 28-36                                                                                                                                                                                                      | Bayi diatas 6 -71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan) mengalami tanda bahaya                                                                                                  |
| Jumlah Usia Sekolah, Remaja, Usia Produktif dan Lansia dengan masalah yang ditemukan |                                                                                                          | : Diisi jumlah Usia Sekolah, Remaja, Usia Produktif dan Lansia dengan masalah yang ditemukan (tidak akses pelayanan, bergejala TBC dan tidak minum obat teratur: TBC, Hipertensi, DM)                      |                                                                                                                                                                          |



| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tidak akses pelayanan                                                              | : Diisi hasil penjumlahan usia produktif, dan lansia yang tidak akses/berkunjung ke pelayanan (Posyandu/Pustu/Puskesmas/Fasyankes terdekat lainnya), yaitu:                                                                                       |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------|----------------|--|-----------|--|----------|-------------|----------|-------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------|--|--|---|----------------------------------------|--|--|----|-----------------------------------------------|--------------------|--|--|--|----------|-------------|--|--|--------|--------------------------------------------------|--|--|--|
| <table border="1"> <tr> <th colspan="2">a. Usia Sekolah dan Remaja</th> <th colspan="2">b. Usia Produktif</th> </tr> <tr> <th>No Kolom</th> <th>Judul Kolom</th> <th>No Kolom</th> <th>Judul Kolom</th> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Remaja putra dan putri tidak memantau status gizi (menimbang BB dan mengukur TB)</td> <td>4</td> <td>Tidak melakukan pemeriksaan tekanan darah</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td>Tidak melakukan pemeriksaan gula darah</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>15, 16, 17, dan 18</td> <td>Tidak mengakses pelayanan KB</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Remaja Putri</td> <td colspan="2">c. Lansia</td> </tr> <tr> <th>No Kolom</th> <th>Judul Kolom</th> <th>No Kolom</th> <th>Judul Kolom</th> </tr> <tr> <td>6 s.d 8</td> <td>Tidak mendapat TTD dan atau tidak melakukan pemeriksaan anemia satu tahun terakhir</td> <td>3</td> <td>Tidak melakukan pemeriksaan tekanan darah</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>8</td> <td>Tidak melakukan pemeriksaan gula darah</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>13</td> <td>Tidak melakukan skrining/pemeriksaan geriatri</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Remaja ≥15 tahun</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>No Kolom</th> <th>Judul Kolom</th> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10, 11</td> <td>Tidak skrining gula darah dan atau tekanan darah</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                                                                                    | a. Usia Sekolah dan Remaja                                                                                                                                                                                                                        |                                                                             | b. Usia Produktif                  |  | No Kolom                       | Judul Kolom | No Kolom                                                                                                                                                                            | Judul Kolom                                                    | 3                                                                                                                                                                                        | Remaja putra dan putri tidak memantau status gizi (menimbang BB dan mengukur TB) | 4                   | Tidak melakukan pemeriksaan tekanan darah                            |           |                                                                             | 9         | Tidak melakukan pemeriksaan gula darah                                      |  |  | 15, 16, 17, dan 18 | Tidak mengakses pelayanan KB | • Remaja Putri |  | c. Lansia |  | No Kolom | Judul Kolom | No Kolom | Judul Kolom | 6 s.d 8 | Tidak mendapat TTD dan atau tidak melakukan pemeriksaan anemia satu tahun terakhir | 3 | Tidak melakukan pemeriksaan tekanan darah |  |  | 8 | Tidak melakukan pemeriksaan gula darah |  |  | 13 | Tidak melakukan skrining/pemeriksaan geriatri | • Remaja ≥15 tahun |  |  |  | No Kolom | Judul Kolom |  |  | 10, 11 | Tidak skrining gula darah dan atau tekanan darah |  |  |  |
| a. Usia Sekolah dan Remaja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                    | b. Usia Produktif                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| No Kolom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Judul Kolom                                                                        | No Kolom                                                                                                                                                                                                                                          | Judul Kolom                                                                 |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Remaja putra dan putri tidak memantau status gizi (menimbang BB dan mengukur TB)   | 4                                                                                                                                                                                                                                                 | Tidak melakukan pemeriksaan tekanan darah                                   |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    | 9                                                                                                                                                                                                                                                 | Tidak melakukan pemeriksaan gula darah                                      |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    | 15, 16, 17, dan 18                                                                                                                                                                                                                                | Tidak mengakses pelayanan KB                                                |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| • Remaja Putri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    | c. Lansia                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| No Kolom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Judul Kolom                                                                        | No Kolom                                                                                                                                                                                                                                          | Judul Kolom                                                                 |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 6 s.d 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tidak mendapat TTD dan atau tidak melakukan pemeriksaan anemia satu tahun terakhir | 3                                                                                                                                                                                                                                                 | Tidak melakukan pemeriksaan tekanan darah                                   |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    | 8                                                                                                                                                                                                                                                 | Tidak melakukan pemeriksaan gula darah                                      |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    | 13                                                                                                                                                                                                                                                | Tidak melakukan skrining/pemeriksaan geriatri                               |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| • Remaja ≥15 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| No Kolom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Judul Kolom                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 10, 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tidak skrining gula darah dan atau tekanan darah                                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Bergejala TBC                                                                      | : Diisi jumlah sasaran terduga TBC ditemukan dan pasien TBC yang telah mengisi form Cheklist pengendalian penyakit menular (TBC)                                                                                                                  |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tidak minum obat teratur (TBC/Hipertensi/DM)                                       | : Diisi jumlah usia produktif dan lansia yang terdiagnosa hipertensi/DM/TBC namun tidak minum obat dalam 24 jam terakhir, yaitu:                                                                                                                  |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="2">d. Usia Produktif</th> <th colspan="2">e. Lansia</th> </tr> <tr> <th>No Kolom</th> <th>Judul Kolom</th> <th>No Kolom</th> <th>Judul Kolom</th> </tr> <tr> <td>7 dan 8</td> <td>Ada obat Hipertensi tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir</td> <td>6 dan 7</td> <td>Ada obat Hipertensi tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir</td> </tr> <tr> <td>12 dan 13</td> <td>Ada obat Diabetes Mellitus tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir</td> <td>11 dan 12</td> <td>Ada obat Diabetes Mellitus tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                    | d. Usia Produktif                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             | e. Lansia                          |  | No Kolom                       | Judul Kolom | No Kolom                                                                                                                                                                            | Judul Kolom                                                    | 7 dan 8                                                                                                                                                                                  | Ada obat Hipertensi tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir             | 6 dan 7             | Ada obat Hipertensi tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir | 12 dan 13 | Ada obat Diabetes Mellitus tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir | 11 dan 12 | Ada obat Diabetes Mellitus tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| d. Usia Produktif                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    | e. Lansia                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| No Kolom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Judul Kolom                                                                        | No Kolom                                                                                                                                                                                                                                          | Judul Kolom                                                                 |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 7 dan 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ada obat Hipertensi tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir               | 6 dan 7                                                                                                                                                                                                                                           | Ada obat Hipertensi tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir        |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 12 dan 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ada obat Diabetes Mellitus tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir        | 11 dan 12                                                                                                                                                                                                                                         | Ada obat Diabetes Mellitus tetapi tidak minum obat hari ini/24 jam terakhir |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| Jumlah sasaran dengan tindak lanjut yang dilakukan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    | : Diisi jumlah ibu hamil, ibu bersalin, bayi, balita & apras, usia sekolah & remaja, usia produktif, lansia dan sasaran terduga TBC yang ditindaklanjuti dengan pemberian edukasi dan dilaporkan ke tenaga kesehatan untuk mendapatkan penanganan |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Edukasi                                                                            | : Diisi jumlah kelompok sasaran yang ditindaklanjuti dengan pemberian edukasi                                                                                                                                                                     |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>a. Ibu hamil : Kolom 16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Ibu bersalin &amp; nifas : Kolom 15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Bayi (0-6 bulan) : Kolom 33</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Bayi diatas 6 -71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan) : Kolom 38</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                    | a. Ibu hamil : Kolom 16                                                                                                                                                                                                                           |                                                                             | b. Ibu bersalin & nifas : Kolom 15 |  | c. Bayi (0-6 bulan) : Kolom 33 |             | d. Bayi diatas 6 -71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan) : Kolom 38                                                                                                                      |                                                                | <table border="1"> <tr> <td>f. Usia Produktif: Kolom 15</td> </tr> <tr> <td>g. Lansia: Kolom 15</td> </tr> <tr> <td>h. Pengendalian Penyakit Menular (TBC): Kolom 14</td> </tr> </table> | f. Usia Produktif: Kolom 15                                                      | g. Lansia: Kolom 15 | h. Pengendalian Penyakit Menular (TBC): Kolom 14                     |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| a. Ibu hamil : Kolom 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| b. Ibu bersalin & nifas : Kolom 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| c. Bayi (0-6 bulan) : Kolom 33                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| d. Bayi diatas 6 -71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan) : Kolom 38                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| f. Usia Produktif: Kolom 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| g. Lansia: Kolom 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| h. Pengendalian Penyakit Menular (TBC): Kolom 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lapor nakes                                                                        | : Diisi jumlah kelompok sasaran yang ditindaklanjuti dengan kader melaporkan masalah kesehatan sasaran ke tenaga kesehatan untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.                                                                             |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>a. Ibu hamil : Kolom 31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Ibu bersalin &amp; nifas : Kolom 32</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Bayi (0-6 bulan) : Kolom 16</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    | a. Ibu hamil : Kolom 31                                                                                                                                                                                                                           |                                                                             | b. Ibu bersalin & nifas : Kolom 32 |  | c. Bayi (0-6 bulan) : Kolom 16 |             | <table border="1"> <tr> <td>d. Bayi diatas 6 -71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan) : Kolom 24</td> </tr> <tr> <td>h. Pengendalian Penyakit Menular (TBC): Kolom 15</td> </tr> </table> | d. Bayi diatas 6 -71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan) : Kolom 24 | h. Pengendalian Penyakit Menular (TBC): Kolom 15                                                                                                                                         |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| a. Ibu hamil : Kolom 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| b. Ibu bersalin & nifas : Kolom 32                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| c. Bayi (0-6 bulan) : Kolom 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| d. Bayi diatas 6 -71 bulan (6 tahun kurang 1 bulan) : Kolom 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| h. Pengendalian Penyakit Menular (TBC): Kolom 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Paraf petugas Posyandu Prima                                                       | : Paraf petugas Posyandu prima setelah laporan hasil kunjungan rumah direkapitulasi.                                                                                                                                                              |                                                                             |                                    |  |                                |             |                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                     |                                                                      |           |                                                                             |           |                                                                             |  |  |                    |                              |                |  |           |  |          |             |          |             |         |                                                                                    |   |                                           |  |  |   |                                        |  |  |    |                                               |                    |  |  |  |          |             |  |  |        |                                                  |  |  |  |



# CEKLIST KUNJUNGAN RUMAH - USIA SEKOLAH / REMAJA

(Usia ≥ 6-18 tahun)

Lengkapilah data dibawah ini, berikan tanda centang (v) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

|                        |   |                    |
|------------------------|---|--------------------|
| Nama                   | : |                    |
| Tempat / Tanggal Lahir | : |                    |
| Jenis Kelamin          | : | Laki-Laki / Wanita |

| Waktu Kunjungan | Tanggal | Tanggal terakhir menimbang dan mengukur | Isi Piringku Usia Sekolah/ Remaja                                    | Hasil Penimbangan dan pengukuran | Remaja Putri                                                   |                                                               |                                                      | Perilaku Merokok                                                     | Remaja ≥15 tahun                      |                                       |    | Pemberian Edukasi/ Kunjungan Nakes | Paraf Remaja |
|-----------------|---------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----|------------------------------------|--------------|
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  | Ada TTD                                                        | Minum TTD minggu ini/ dalam 7 hari terakhir                   | Pemeriksaan anemia (Skrining Hb) satu tahun terakhir |                                                                      | Gula darah                            | Tekanan darah                         |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
| 1               | 2       | 3                                       | 4                                                                    | 5                                | 6                                                              | 7                                                             | 8                                                    | 9                                                                    | 10                                    | 11                                    | 12 | 13                                 |              |
| Kunjungan 1     |         | Tanggal:<br><br>Tempat:                 | Sesuai<br><input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | BB:<br><br>TB:<br><br>LP:        | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil:                | Aktif <input type="checkbox"/><br><br>Pasif <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
| Kunjungan 2     |         | Tanggal:<br><br>Tempat:                 | Sesuai<br><input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | BB:<br><br>TB:<br><br>LP:        | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil:                | Aktif <input type="checkbox"/><br><br>Pasif <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
| Kunjungan 3     |         | Tanggal:<br><br>Tempat:                 | Sesuai<br><input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | BB:<br><br>TB:<br><br>LP:        | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil:                | Aktif <input type="checkbox"/><br><br>Pasif <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
| Kunjungan 4     |         | Tanggal:<br><br>Tempat:                 | Sesuai<br><input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | BB:<br><br>TB:<br><br>LP:        | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil:                | Aktif <input type="checkbox"/><br><br>Pasif <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
| Kunjungan 5     |         | Tanggal:<br><br>Tempat:                 | Sesuai<br><input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | BB:<br><br>TB:<br><br>LP:        | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil:                | Aktif <input type="checkbox"/><br><br>Pasif <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
| Kunjungan 6     |         | Tanggal:<br><br>Tempat:                 | Sesuai<br><input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | BB:<br><br>TB:<br><br>LP:        | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil:                | Aktif <input type="checkbox"/><br><br>Pasif <input type="checkbox"/> | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: | Tanggal:<br><br>Tempat:<br><br>Hasil: |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |
|                 |         |                                         |                                                                      |                                  |                                                                |                                                               |                                                      |                                                                      |                                       |                                       |    |                                    |              |

\*) Penyakit Tidak Menular



# DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

## 6. Checklist Kunjungan Rumah Usia Sekolah dan Remaja (≥6-18 tahun)

|                        |   |                                                                                                                                                  |
|------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uraian                 | : | Definisi Operasional                                                                                                                             |
| Nama                   | : | Diisi nama sesuai Kartu Keluarga / KTP                                                                                                           |
| Tempat / Tanggal Lahir | : | Diisi tempat / tanggal lahir sesuai Kartu Keluarga / KTP                                                                                         |
| Jenis Kelamin          | : | Coret (laki-laki atau perempuan) jika tidak sesuai dengan jenis kelamin anak yang tertera dalam akte kelahiran anak/ keterangan lahir (buku KIA) |

|                                                        |                                             |                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No                                                     | Judul Kolom                                 | Definisi Operasional                                                                                           |
| 1                                                      | Waktu Kunjungan                             | : Periode kunjungan kader ke rumah usia sekolah / remaja                                                       |
| 2                                                      | Tanggal                                     | : Diisi tanggal kader melakukan kunjungan ke rumah usia sekolah/remaja                                         |
| 3                                                      | Tanggal terakhir menimbang dan mengukur     | : Diisi tanggal terakhir usia sekolah/remaja yang dikunjungi melakukan penimbangan dan pengukuran badan        |
| 4                                                      | Isi Piringku Usia Sekolah/ Remaja           | : Anak Usia Sekolah/Remaja mengonsumsi makanan seimbang aneka ragam (Makanan pokok, Lauk Pauk, Sayur dan Buah) |
| 5                                                      | Hasil penimbangan dan pengukuran            | : Hasil penimbangan BB dan pengukuran TB yang terakhir dilakukan.                                              |
| BB                                                     |                                             | : Diisi hasil penimbangan berat badan usia sekolah/remaja                                                      |
| PB/TB                                                  |                                             | : Diisi hasil pengukuran tinggi badan usia sekolah/remaja                                                      |
| Untuk Remaja Putri                                     |                                             |                                                                                                                |
| 6                                                      | Ada TTD                                     | : Usia sekolah/remaja yang dikunjungi dapat menunjukkan kepada kader                                           |
| 7                                                      | Minum TTD hari ini/ dalam 1 minggu terakhir | : Remaja putri minum TTD hari ini / dalam 24 jam (Ya/Tidak)                                                    |
| 8                                                      | Pemeriksaan anemia satu tahun terakhir      | : Diisi tanggal, tempat dan hasil remaja putri diperiksa Haemoglobin darah dalam satu tahun terakhir           |
| 9                                                      | Perilaku Merokok                            | : Usia sekolah/remaja yang dikunjungi memiliki kebiasaan/ perilaku merokok                                     |
| Aktif                                                  |                                             | berperilaku merokok                                                                                            |
| Pasif                                                  |                                             | tidak merokok tetapi berada di lingkungan perokok/menghisap asap rokok                                         |
| Remaja ≥15 tahun Pemeriksaan PTM*) satu tahun terakhir |                                             |                                                                                                                |
| 10                                                     | Tekanan Darah                               | : Pemeriksaan tekanan darah satu tahun terakhir                                                                |
|                                                        | Tanggal                                     | : Diisi tanggal skrining/pemeriksaan gula darah satu tahun terakhir                                            |
|                                                        | Tempat                                      | : Diisi tempat skrining/pemeriksaan gula darah satu tahun terakhir                                             |
|                                                        | Hasil                                       | : Diisi hasil skrining/pemeriksaan gula darah satu tahun terakhir                                              |
| 11                                                     | Gula Darah                                  | : Pemeriksaan gula darah satu tahun terakhir                                                                   |
|                                                        | Tanggal                                     | : Diisi tanggal skrining/pemeriksaan tekanan darah satu tahun terakhir                                         |
|                                                        | Tempat                                      | : Diisi tempat skrining/pemeriksaan tekanan darah satu tahun terakhir                                          |
|                                                        | Hasil                                       | : Diisi hasil skrining/pemeriksaan tekanan darah satu tahun terakhir                                           |
| 12                                                     | Pemberian Edukasi / Kunjungan Nakes         | : Diisi nama materi edukasi yang diberikan kader kepada usia sekolah/remaja                                    |
| 13                                                     | Paraf remaja                                | : Paraf remaja setelah wawancara / kunjungan rumah selesai                                                     |



# 7. CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH - USIA PRODUKTIF

(Usia 19 -59 tahun)

Lengkapilah data dibawah ini, berikan tanda centang (✓) jika Ya dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

| Nama                        |         |                                                                                         |                                                           |                                                           |                                                            |                                                            |                                                           |                                                           |                                                           |                                                            |                                                            |                                                               |        |                      |               |                                    |                      |  |
|-----------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------|----------------------|---------------|------------------------------------|----------------------|--|
| Tempat / Tanggal Lahir      |         |                                                                                         |                                                           |                                                           |                                                            |                                                            |                                                           |                                                           |                                                           |                                                            |                                                            |                                                               |        |                      |               |                                    |                      |  |
| Jenis Kelamin               |         | Laki-Laki / Perempuan                                                                   |                                                           |                                                           |                                                            |                                                            |                                                           |                                                           |                                                           |                                                            |                                                            |                                                               |        |                      |               |                                    |                      |  |
| Riwayat Penyakit Keluarga*) |         | a. Hipertensi                                                                           |                                                           | b. Diabetes Mellitus                                      |                                                            | c. Stroke                                                  |                                                           | d. Jantung                                                |                                                           | e. Asma                                                    |                                                            | f. Kanker                                                     |        | g. Kolesterol Tinggi |               |                                    |                      |  |
| Waktu Kunjungan             | Tanggal | Pemeriksaan Tekanan Darah                                                               |                                                           | Terdiagnosa Tekanan Darah Tinggi/Hipertensi               |                                                            | Pemeriksaan Kadar Gula Darah                               |                                                           | Terdiagnosa Gula Darah Tinggi/Diabetes Mellitus           |                                                           | Perilaku Merokok                                           |                                                            | Kontrasepsi yang digunakan                                    |        |                      |               | Pemberian Edukasi/ Kunjungan Nakes | Paraf Usia Produktif |  |
|                             |         | Pemeriksaan dalam satu tahun terakhir                                                   | Terdiagnosa Darah Tinggi/Hipertensi                       | Pemeriksaan dalam satu bulan terakhir                     | Ada Obat Hipertensi                                        | Sudah minum obat hari ini/ 24 jam terakhir                 | Pemeriksaan dalam satu tahun terakhir                     | Terdiagnosa Kencing Manis/ Diabetes Mellitus (DM)         | Pemeriksaan dalam satu bulan terakhir                     | Ada Obat DM                                                | Sudah minum obat hari ini/ 24 jam terakhir                 | Pi                                                            | Kondom | Suntik               | Implan/ susuk | Lainnya                            |                      |  |
| 1                           |         |                                                                                         |                                                           |                                                           |                                                            |                                                            |                                                           |                                                           |                                                           |                                                            |                                                            |                                                               |        |                      |               |                                    |                      |  |
| Kunjungan 1                 |         | Tanggal: <input type="text"/> Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Aktif <input type="checkbox"/> Pasif <input type="checkbox"/> |        |                      |               |                                    |                      |  |
| Kunjungan 2                 |         | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/>                               | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Aktif <input type="checkbox"/> Pasif <input type="checkbox"/> |        |                      |               |                                    |                      |  |
| Kunjungan 3                 |         | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/>                               | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Aktif <input type="checkbox"/> Pasif <input type="checkbox"/> |        |                      |               |                                    |                      |  |
| Kunjungan 4                 |         | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/>                               | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Aktif <input type="checkbox"/> Pasif <input type="checkbox"/> |        |                      |               |                                    |                      |  |
| Kunjungan 5                 |         | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/>                               | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Aktif <input type="checkbox"/> Pasif <input type="checkbox"/> |        |                      |               |                                    |                      |  |
| Kunjungan 6                 |         | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/>                               | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/> Hasil: <input type="text"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Aktif <input type="checkbox"/> Pasif <input type="checkbox"/> |        |                      |               |                                    |                      |  |

\*) Lingkari satu atau lebih sesuai riwayat penyakit keluarga yang pernah dialami



# DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

## 7. Checklist Kunjungan Rumah Usia Produktif

|                           |                                                                                                               |                      |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Uraian                    |                                                                                                               | Definisi Operasional |
| Nama                      | : Diisi nama sesuai KTP                                                                                       |                      |
| Tempat/ Tanggal Lahir     | : Diisi tempat/ tanggal lahir sesuai KTP                                                                      |                      |
| Jenis Kelamin             | : Coret salah satu laki-laki/ Perempuan                                                                       |                      |
| Riwayat Penyakit Keluarga | : Lingkari satu atau lebih penyakit tidak menular yang pernah/dialami oleh anggota keluarga/orang tua sasaran |                      |
| Judul Kolom               |                                                                                                               |                      |
| No                        | Definisi Operasional                                                                                          |                      |
| 1                         | Waktu Kunjungan                                                                                               |                      |
| 2                         | Tangal                                                                                                        |                      |
| 3                         | Isi Piringku Usia Sekolah/ Remaja                                                                             |                      |
| 4                         | Pemeriksaan Tekanan Darah                                                                                     |                      |
| 5                         | Terakhir                                                                                                      |                      |
| 6                         | Pemeriksaan Tekanan Darah                                                                                     |                      |
| 7                         | Ada Obat Hipertensi                                                                                           |                      |
| 8                         | Sudah Minum Obat Hari Ini/24 Jam                                                                              |                      |
| 9                         | Pemeriksaan Kadar gula darah                                                                                  |                      |
| 10                        | Terakhir                                                                                                      |                      |
| 11                        | Pemeriksaan Kadar gula darah                                                                                  |                      |
| 12                        | Ada Obat DM                                                                                                   |                      |
| 13                        | Sudah Minum Obat Hari Ini/ 24 Jam                                                                             |                      |
| 14                        | Perilaku Merokok                                                                                              |                      |
| 15                        | Pii                                                                                                           |                      |
| 16                        | Kondom                                                                                                        |                      |
| 17                        | Suntik                                                                                                        |                      |
| 18                        | Implan/susuk                                                                                                  |                      |
| 19                        | Lainnya                                                                                                       |                      |
| 20                        | Pemberian Edukasi/ Kunjungan Nakes                                                                            |                      |
| 21                        | Paraf Usia Produktif                                                                                          |                      |



## 8. CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH - LANSIA

(Usia 60 tahun keatas)

Lengkapilah data dibawah ini, berikan tanda centang (✓) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

Nama : \_\_\_\_\_

Tempat / Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

| Waktu Kunjungan | Tanggal | Pemeriksaan Tekanan Darah             |                                     |                                            | Terdiagnosa Tekanan Darah Tinggi/Hipertensi |                                                 |                                       | Pemeriksaan Kadar Gula Darah |                                            |                                       | Terdiagnosa Gula Darah Tinggi/ Diabetes Melitus |                     |                     | Skrining/ Pemeriksaan Geriatri |    | Perilaku Merokok | Pemberian Edukasi/ Kunjungan Nakes | Paraf Lansia |
|-----------------|---------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------|----|------------------|------------------------------------|--------------|
|                 |         | Pemeriksaan dalam satu tahun terakhir | Terdiagnosa Darah Tinggi/Hipertensi | Sudah minum obat hari ini/ 24 jam terakhir | Pemeriksaan dalam satu tahun terakhir       | Terdiagnosa Kencing Manis/Diabetes Melitus (DM) | Pemeriksaan dalam satu bulan terakhir | Ada Obat Hipertensi          | Sudah minum obat hari ini/ 24 jam terakhir | Aktifitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) | Skrining Lansia Sederhana (SKULAS)              |                     |                     |                                |    |                  |                                    |              |
| 1               | 2       | 3                                     | 4                                   | 5                                          | 6                                           | 7                                               | 8                                     | 9                            | 10                                         | 11                                    | 12                                              | 13                  | 14                  | 15                             | 16 | 17               |                                    |              |
| Kunjungan 1     |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
|                 |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
| Kunjungan 2     |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
|                 |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
| Kunjungan 3     |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
|                 |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
| Kunjungan 4     |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
|                 |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
| Kunjungan 5     |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
|                 |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
| Kunjungan 6     |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |
|                 |         | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                            | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                                | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:         | Tanggal:                     | Tanggal:<br>Tempat:<br>Hasil:              | Ada<br>Tidak                          | Ya<br>Tidak                                     | Tanggal:<br>Tempat: | Tanggal:<br>Tempat: | Aktif<br>Pasif                 |    |                  |                                    |              |



# DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

## 8. Checklist Kunjungan Rumah Lansia

| Uraian                                                        |                                                | Definisi Operasional                                                                          |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama                                                          | : Diisi nama sesuai KTP                        |                                                                                               |
| Tempat/ Tanggal Lahir                                         | : Diisi tempat/tanggal lahir sesuai KTP        |                                                                                               |
| Jenis Kelamin                                                 | : Coret salah satu laki-laki/ Perempuan        |                                                                                               |
| No                                                            | Judul Kolom                                    | Definisi Operasional                                                                          |
| 1                                                             | Waktu Kunjungan                                | : Periode kunjungan kader ke rumah Lansia                                                     |
| 2                                                             | Tanggal                                        | : Diisi tanggal kader berkunjung ke rumah Lansia                                              |
| Pemeriksaan Tekanan Darah                                     |                                                |                                                                                               |
| 3                                                             | Pemeriksaan Tekanan Darah Terakhir             | : Lansia diperiksa tekanan darahnya                                                           |
| 4                                                             | Terdagnosis Tekanan Darah Tinggi/ Hipertensi   | : Diisi tanggal pertama kali Lansia didiagnosa/dinyatakan sebagai penderita hipertensi        |
| Terdagnosis Tekanan Darah Tinggi/Hipertensi                   |                                                |                                                                                               |
| 5                                                             | Pemeriksaan tekanan darah satu bulan terakhir  | : Lansia melakukan pemeriksaan kadar gula darah tinggi                                        |
| 6                                                             | Ada Obat Hipertensi                            | : Lansia dapat menunjukkan obat hipertensi yang dikonsumsi kepada kader                       |
| 7                                                             | Sudah Minum Obat Hari Ini/ 24 Jam Terakhir     | : Lansia minum obat hipertensi dalam 24 jam terakhir                                          |
| Pemeriksaan Kadar Gula Darah                                  |                                                |                                                                                               |
| 8                                                             | Pemeriksaan Gula Darah Terakhir                | : Lansia diperiksa kadar gula darahnya                                                        |
| 9                                                             | Terdagnosis DM                                 | : Diisi tanggal pertama kali Lansia didiagnosa/dinyatakan sebagai penderita Diabetes Mellitus |
| Terdagnosis Gula Darah Tinggi/Diabetes Mellitus               |                                                |                                                                                               |
| 10                                                            | Pemeriksaan gula darah satu bulan terakhir     | : Diisi tanggal, tempat dan hasil pemeriksaan gula darah 1 bulan terakhir                     |
| 11                                                            | Ada Obat DM                                    | : Uspro dapat menunjukkan obat DM yang dikonsumsi kepada kader                                |
| 12                                                            | Sudah Minum Obat Hari Ini/ 24 Jam Terakhir     | : Lansia minum obat DM dalam 24 jam terakhir                                                  |
| Skrining Geratri                                              |                                                |                                                                                               |
| 13 Pemeriksaan skrining aktifitas kehidupan sehari-hari (AKS) |                                                |                                                                                               |
| 14                                                            | Pemeriksaan Skrining Lansia Sederhana (SKILAS) | : Tulis tanggal dan tempat pemeriksaan skrining lansia sederhana (SKILAS)                     |
| 15                                                            | Perilaku Merokok                               | : Lansia yang dikunjungi memiliki kebiasaan/perilaku merokok                                  |
| Aktif                                                         |                                                |                                                                                               |
| Pasif                                                         |                                                |                                                                                               |
| 16                                                            | Pemberian Edukasi/ Kunjungan Nakes             | : Diisi nama materi edukasi yang diberikan kader kepada lansia                                |
| 17                                                            | Paraf Lansia                                   | : Paraf lansia setelah dilakukan wawancara                                                    |



## 9. CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH - PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR (TBC)

Lengkapilah data dibawah ini, jika kolom 3 s.d 5 terpenuhi minimal 2 gejala **dirujuk ke Puskesmas**

Berikan tanda centang (v) jika YA dan tanda silang (X) jika TIDAK pada kolom yang telah ditentukan

Nama

Tempat / Tanggal Lahir

Jenis Kelamin

Laki-Laki

Perempuan

| Waktu Kunjungan | Tanggal | Skrining TBC                                                  |                                                               |                                                               |                                                                                                        |                                                               | Obat TBC                                                      |                                                                |                                                               |                            |                                                                  | Pengawas Minum Obat (PMO) | Perilaku Merokok | Pemberian Edukasi/ Kunjungan Nakes | Mengingatn periksa ke Pustu/ Fasyankes | Melaporkan ke Nakes | Paraf Terduga/ Pasien TBC |
|-----------------|---------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|---------------------------|
|                 |         | Batuk terus menerus                                           | Demam lebih dari 2 minggu                                     | Bb tidak naik atau turun dalam 2 bulan berturut-turut         | Kontak erat dengan Pasien TBC                                                                          | Terdiagnosa TBC                                               | Pemeriksaan terakhir                                          | Ada Obat                                                       | Sudah minum obat hari ini/ 24 jam terakhir                    |                            |                                                                  |                           |                  |                                    |                                        |                     |                           |
| 1               | 2       | 3                                                             | 4                                                             | 5                                                             | 6                                                                                                      | 7                                                             | 8                                                             | 9                                                              | 10                                                            | 11                         | 12                                                               | 13                        | 14               | 15                                 | 16                                     |                     |                           |
| Kunjungan 1     |         | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Keluarga <input type="checkbox"/><br>Tetangga <input type="checkbox"/><br>ART <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Nama: <input type="text"/> | Aktif <input type="checkbox"/><br>Pasif <input type="checkbox"/> |                           |                  | Tanggal: <input type="text"/>      |                                        |                     |                           |
| Kunjungan 2     |         | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Keluarga <input type="checkbox"/><br>Tetangga <input type="checkbox"/><br>ART <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Nama: <input type="text"/> | Aktif <input type="checkbox"/><br>Pasif <input type="checkbox"/> |                           |                  | Tanggal: <input type="text"/>      |                                        |                     |                           |
| Kunjungan 3     |         | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Keluarga <input type="checkbox"/><br>Tetangga <input type="checkbox"/><br>ART <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Nama: <input type="text"/> | Aktif <input type="checkbox"/><br>Pasif <input type="checkbox"/> |                           |                  | Tanggal: <input type="text"/>      |                                        |                     |                           |
| Kunjungan 4     |         | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Keluarga <input type="checkbox"/><br>Tetangga <input type="checkbox"/><br>ART <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Nama: <input type="text"/> | Aktif <input type="checkbox"/><br>Pasif <input type="checkbox"/> |                           |                  | Tanggal: <input type="text"/>      |                                        |                     |                           |
| Kunjungan 5     |         | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Keluarga <input type="checkbox"/><br>Tetangga <input type="checkbox"/><br>ART <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Nama: <input type="text"/> | Aktif <input type="checkbox"/><br>Pasif <input type="checkbox"/> |                           |                  | Tanggal: <input type="text"/>      |                                        |                     |                           |
| Kunjungan 6     |         | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Keluarga <input type="checkbox"/><br>Tetangga <input type="checkbox"/><br>ART <input type="checkbox"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Tanggal: <input type="text"/><br>Tempat: <input type="text"/> | Ada <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/><br>Tidak <input type="checkbox"/> | Nama: <input type="text"/> | Aktif <input type="checkbox"/><br>Pasif <input type="checkbox"/> |                           |                  | Tanggal: <input type="text"/>      |                                        |                     |                           |

JADWAL KUNJUNGAN RUMAH RUMAH OLEH KADER  
DUSUN ....., RT .....,/RW.....  
DESA .....

NAMA KADER : .....  
NIK : .....  
POSYANDU : .....

| NO     | NAMA KEPALA KELUARGA (KK) | ALAMAT | WAKTU KUNJUNGAN |
|--------|---------------------------|--------|-----------------|
| 1      |                           |        |                 |
| 2      |                           |        |                 |
| 3      |                           |        |                 |
| 4      |                           |        |                 |
| 5      |                           |        |                 |
| 6      |                           |        |                 |
| 7      |                           |        |                 |
| 8      |                           |        |                 |
| 9      |                           |        |                 |
| 10     |                           |        |                 |
| dstnya |                           |        |                 |

Mengetahui,  
Ketua Posyandu.....,

(.....)

..... 2022

Pelaksana,

(.....)



DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

11. TINDAK LANJUT HASIL KUNJUNGAN RUMAH

|                      |                                                                    |                                                                                                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uraian               |                                                                    | Definisi Operasional                                                                                 |
| Pustu Desa/Kelurahan | : Diisi nama desa/kelurahan wilayah Pustu                          |                                                                                                      |
| Posyandu             | : Diisi nama Posyandu yang akan di berikan tindak lanjut           |                                                                                                      |
| Waktu                | : Diisi urutan minggu pada bulan dan tahun dilakukan tindak lanjut |                                                                                                      |
| No                   | Judul Kolom                                                        | Definisi Operasional                                                                                 |
| 1                    | No                                                                 | : jelas                                                                                              |
| 2                    | Nama                                                               | : Diisi nama sasaran yang akan ditindaklanjuti oleh petugas Posyandu                                 |
| 3                    | NIK                                                                | : Diisi Nomor Identitas Kependudukan sasaran yang akan di                                            |
| 4                    | Tanggal lahir                                                      | : Diisi tanggal lahir sasaran yang akan ditindaklanjuti sesuai KTP/KK keluarga                       |
| 5                    | Alamat                                                             | : Diisi alamat sasaran yang akan di tindaklanjuti oleh petugas Pustu                                 |
| 6                    | No Telepon                                                         | : Diisi no telepon sasaran yang akan di tindaklanjuti oleh petugas Pustu                             |
| 7                    | Masalah kesehatan yang ditemukan                                   | : Diisi masalah kesehatan sasaran yang akan di tindaklanjuti oleh petugas Pustu                      |
| 8                    | Tindak lanjut                                                      | : Diisi tindak lanjut yang dilakukan oleh petugas Pustu kepada sasaran sesuai masalah yang ditemukan |

## TINDAK LANJUT KUNJUNGAN RUMAH

[illegible]





DEFINISI OPERASIONAL CHECKLIST KUNJUNGAN RUMAH

9. Checklist Kunjungan Rumah/Pengendalian Penyakit Menular (TBC)

| Uraian                                                  |   | Definis Operasional                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama                                                    | : | Diisi nama sesuai KTP                                                                                                                                                      |
| Tempat/ Tanggal Lahir                                   | : | Diisi tempat/tanggal lahir sesuai KTP                                                                                                                                      |
| Jenis Kelamin                                           | : | Coret salah satu Laki-laki/ Perempuan                                                                                                                                      |
| Judul Kolom                                             |   |                                                                                                                                                                            |
| No Kolom                                                |   | Definis Operasional                                                                                                                                                        |
| 1 Waktu Kunjungan                                       | : | Periode kunjungan kader ke rumah sasaran terduga TBC                                                                                                                       |
| 2 Tanggal                                               | : | Diisi tanggal kader berkunjung ke rumah sasaran terduga TBC                                                                                                                |
| Skoring TBC                                             |   |                                                                                                                                                                            |
| 3 Batuk terus menerus                                   | : | wawancara untuk mengetahui apakah sasaran memiliki gejala TBC, terdiagnosa TBC dan kontak erat dengan pasien TBC                                                           |
| 4 Demam $\geq 2$ minggu                                 | : | Batuk terus menerus (berdahak maupun kering)<br>Demam $\geq 2$ minggu dan/atau berulang tanpa sebab yang jelas. Demam umumnya tidak tinggi                                 |
| 5 BB tidak naik atau turun dalam 2 bulan berturut-turut | : | Berat Badan (BB) tidak naik atau turun dalam dua bulan berturut turut (kemungkinan masalah gizi sebagai penyebab harus disingkirkan dulu dengan tatallaksana yang adekuat) |
| 6 Kontak erat dengan Pasien TBC                         | : | kontak serumah (tinggal serumah) atau kontak tidak serumah tetapi intensitas kontakannya mirip dengan kontak serumah, dengan pasien TBC                                    |
| 7 Terdiagnosa TBC                                       | : | Diisi tanggal dan tempat ditetapi sebagai penderita TBC oleh tenaga kesehatan                                                                                              |
| 8 Pemeriksaan terakhir                                  | : | Tuliskan tanggal hasil pemeriksaan TBC terakhir                                                                                                                            |

| No Kolom                                     | Judul Kolom | Definis Operasional                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obat TBC                                     |             |                                                                                                                                                         |
| 9 Ada Obat TBC                               | :           | Pasien/terduga TBC/kontak erat pasien TBC diberikan obat TBC dan dapat menunjukkan obatnya                                                              |
| 10 Sudah minum obat hari ini/24 jam terakhir | :           | Pasien/terduga TBC/kontak erat pasien TBC minum obat dalam 24 jam terakhir                                                                              |
| 11 Pengawas Minum Obat (PMO)                 | :           | Diisi nama orang yang menjadi PMO                                                                                                                       |
| 12 Merokok                                   | :           | Perilaku merokok terduga TBC/pasien TBC dengan memilih pasif (tidak merokok tetapi berada disekitar perokok/menghisap asap rokok), atau aktif (merokok) |
| 13 Pemberian edukasi/kunjungan Nakes         | :           | Diisi nama materi edukasi yang diberikan kader kepada terduga                                                                                           |
| 14 Mengingatkan periksa ke Pustu/Posyandu    | :           | Kader mengingatkan terduga TBC/pasien TBC untuk memeriksakan                                                                                            |
| 15 Melaporkan ke Nakes                       | :           | Kader melaporkan kepada Nakes Pustu                                                                                                                     |
| 16 Paraf terduga/pasien TBC                  | :           | Paraf terduga TBC/pasien TBC setelah dilakukan wawancara                                                                                                |