



[Logo penyedia layanan]	Nama petugas skruining ✎
	Tanggal skruining ✎
	Tempat ✎

1. Informasi tentang anak	
Nama belakang ✎	Nama depan ✎
Tanggal lahir ✎	Jenis kelamin: Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>
Alamat ✎	
Sekolah ✎	Kelas ✎
Informasi tentang orang tua/pengasuh	
Nama belakang ✎	Nama depan ✎
Nomor telepon/Alamat <i>email</i> ✎	Bahasa yang digunakan ✎
Setuju: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	

2. Pertanyaan pra-skruining		Hasil
<i>Salin informasi dari formulir persetujuan yang telah diisi</i>		
Apakah anak menggunakan kacamata? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Ya → Untuk apa kacamataanya?	<b>Tidak</b> → Lanjutkan <b>Ya</b> dan <b>masalah teridentifikasi</b> saat skruining ➡ <b>Rujuk</b> ke petugas layanan kesehatan mata yang sudah digunakan anak <input type="checkbox"/>
	Melihat benda jauh <input type="checkbox"/>	→ Minta anak memakai kacamata saat skruining <input type="checkbox"/>
	Melihat benda dekat <input type="checkbox"/>	→ Minta anak <b>tidak</b> memakai kacamata saat skruining <input type="checkbox"/>
	Tidak tahu <input type="checkbox"/>	
Apakah anak menggunakan alat bantu dengar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		<b>Tidak</b> → Lanjutkan <input type="checkbox"/> <b>Ya</b> dan <b>masalah teridentifikasi</b> saat skruining ➡ <b>Rujuk</b> ke petugas layanan kesehatan telinga yang sudah digunakan anak <input type="checkbox"/>
Apakah anak mengalami diabetes? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		<b>Tidak</b> untuk <b>keduanya</b> → Lanjutkan <input type="checkbox"/> <b>Ya</b> untuk <b>salah satu</b> ➡ <b>Rujuk</b> ke petugas layanan kesehatan mata <input type="checkbox"/>
Sakit / tidak nyaman / gatal parah pada mata anak. Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		
Kekhawatiran tentang penglihatan anak? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		<b>Tidak</b> untuk <b>keduanya</b> → Lanjutkan <input type="checkbox"/> <b>Ya</b> untuk <b>salah satu</b> → Lanjutkan. Jika hasil skruining baik, adakan skruining lanjutan <input type="checkbox"/>
Kekhawatiran tentang pendengaran anak? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		

3. Skruining jarak penglihatan			
<b>Kartu/Bagan:</b>	8 tahun atau lebih muda <input type="checkbox"/> → HOTV Di atas 8 tahun <input type="checkbox"/> → E chart		
<b>Kacamata:</b>	Jika anak menggunakan kacamata untuk melihat jauh, apakah ia memakai kacamataanya saat ini?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
<b>Mata kanan: Baris teratas</b>	<b>Hasil</b>	<b>Mata kanan: Baris terbawah</b>	<b>Hasil</b>

Jawaban benar untuk <b>2 atau lebih</b> huruf di baris teratas: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	<b>Ya</b> → Lanjutkan ke baris terbawah <b>Tidak</b> → Lanjutkan ke mata kiri	Jawaban benar untuk <b>3 atau lebih</b> huruf di baris terbawah: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	<b>Ya</b> untuk <b>keduanya</b> → <b>Baik</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak</b> untuk <b>salah satu</b> → <b>Rujuk</b> <input type="checkbox"/>
<b>Mata kiri: Baris teratas</b>	<b>Hasil</b>	<b>Mata kiri: Baris terbawah</b>	<b>Hasil</b>
Jawaban benar untuk <b>2 atau lebih</b> huruf di baris teratas: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	<b>Ya</b> → Lanjutkan ke baris terbawah <b>Tidak</b> → Lanjutkan ke mata kiri	Jawaban benar untuk <b>3 atau lebih</b> huruf di baris terbawah: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	<b>Ya</b> untuk <b>keduanya</b> → <b>Baik</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak</b> untuk <b>salah satu</b> → <b>Rujuk</b> <input type="checkbox"/>

4. Skrining kesehatan mata <i>Periksa masing-masing mata dengan senter.</i>			Hasil
Apakah <b>kedua</b> mata terlihat sehat? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	<b>Tidak</b> → Mengapa?		<b>Ya</b> → <b>Baik</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak</b> → <b>Rujuk</b> <input type="checkbox"/>
	Kerak atau nanah pada kelopak/bulu mata	<input type="checkbox"/>	
	Warna merah pada putih mata	<input type="checkbox"/>	
	Emisi cairan dari mata	<input type="checkbox"/>	
	Warna kornea mata tidak jernih/keruh	<input type="checkbox"/>	
	Mata juling	<input type="checkbox"/>	
	Lainnya	<input type="checkbox"/>	

5. Skrining pendengaran										
Skrining uji coba								Hasil		
Apakah anak mendengar suara dengan frekuensi 1.000Hz pada volume 40dB?	Telinga kanan: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>			Telinga kiri: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>			<b>Ya</b> untuk <b>keduanya</b> → <b>Baik</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak</b> untuk <b>salah satu</b> → <b>Rujuk</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hentikan skrining pendengaran dan → Lanjutkan ke skrining kesehatan telinga.			
Skrining lengkap								Hasil		
<b>Beri centang jika anak mendengar suara 20dB</b>										
<b>1000 Hz</b>										
<b>2000 Hz</b>										
<b>4000 Hz</b>										
Telinga kanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dua atau lebih centang</b> untuk masing-masing frekuensi pada kedua telinga → <b>Baik</b> <input type="checkbox"/> <b>Kurang dari dua centang</b> untuk frekuensi mana pun pada salah satu atau kedua telinga → <b>Rujuk</b> <input type="checkbox"/>
Telinga kiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Skrining kesehatan telinga									
Bagian luar telinga <i>Periksa masing-masing telinga dengan mata.</i>								Hasil	
Apakah <b>kedua</b> telinga terlihat sehat? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	<b>Tidak</b> → Mengapa?						<b>Ya</b> → <b>Baik</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak</b> → <b>Rujuk</b> <input type="checkbox"/>		
	Kerusakan / bekas luka / cedera			<input type="checkbox"/>					
	Daun atau liang telinga tidak ada atau tampak sangat berbeda			<input type="checkbox"/>					
	Pembengkakan			<input type="checkbox"/>					
	Perubahan warna			<input type="checkbox"/>					
	Emisi cairan			<input type="checkbox"/>					
Apakah anak merasa sakit saat Anda menekan tragus?	Kiri: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>						<b>Tidak</b> untuk <b>keduanya</b> → <b>Baik</b> <input type="checkbox"/> <b>Ya</b> untuk <b>salah satu</b> → hentikan skrining telinga dan → <b>Rujuk</b> <input type="checkbox"/>		
	Kanan: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>								
Bagian dalam telinga (liang telinga dan gendang telinga) <i>Periksa masing-masing telinga dengan otoskop.</i>								Hasil	

Apakah <b>kedua</b> telinga terlihat sehat? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	<b>Tidak</b> → Mengapa?		Ya → Baik <input type="checkbox"/> Tidak ➡ Rujuk <input type="checkbox"/>
	Rasa sakit	<input type="checkbox"/>	
	Pembengkakan	<input type="checkbox"/>	
	Kemerahan	<input type="checkbox"/>	
	Keluar cairan	<input type="checkbox"/>	
	Tersumbat (kotoran atau benda asing)	<input type="checkbox"/>	
	Kerusakan / cedera	<input type="checkbox"/>	
	Lainnya	<input type="checkbox"/>	
Apakah <b>kedua</b> gendang telinga terlihat sehat? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	<b>Tidak</b> → Mengapa?		Ya → Baik <input type="checkbox"/> Tidak ➡ Rujuk <input type="checkbox"/>
	Tidak dapat melihat gendang telinga	<input type="checkbox"/>	
	Pembengkakan dan/atau kemerahan pada gendang telinga	<input type="checkbox"/>	
	Perforasi	<input type="checkbox"/>	

7. Tindak lanjut		
Hasil	Tindak lanjut	
<b>Tidak mengikuti skrining</b>	Menjadwalkan ulang skrining	<input type="checkbox"/>
<b>Semua hasil baik</b>	Sampaikan hasil kepada orang tua dengan Formulir Pemberitahuan	<input type="checkbox"/>
	<b>Orang tua/Pengasuh memiliki kekhawatiran</b>	
	Diskusi dengan orang tua	<input type="checkbox"/>
	Adakan skrining lanjutan	<input type="checkbox"/>
<b>Indikasi Rujuk dari:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertanyaan pra-skrining</li> <li>• Skrining penglihatan</li> <li>• Skrining kesehatan mata</li> <li>• Skrining pendengaran</li> <li>• Skrining kesehatan telinga.</li> </ul>	Diskusikan kebutuhan rujukan dengan orang tua/pengasuh	<input type="checkbox"/>
	<b>Anak sudah menggunakan kacamata atau alat bantu dengar</b>	
	Minta orang tua/pengasuh membawa anak ke petugas layanan kesehatan	<input type="checkbox"/>
	Kirim Formulir Pemberitahuan	<input type="checkbox"/>
	Masukkan informasi anak ke dalam Daftar Rujukan	<input type="checkbox"/>
	Bagikan informasi dengan koordinator skrining	<input type="checkbox"/>