Learning on TAP

Skrining penglihatan dan pendengaran untuk anak usia sekolah
Daftar Tilik Skrining

Sebelum skrining		
Persyaratan skrining	**Penanggung jawab: Koordinator skrining**	
Persetujuan	**Minta persetujuan ke Kementerian/Dinas Kesehatan dan Kementerian/Dinas Bidang Pendidikan**	☐
Jalur rujukan	**Hubungi petugas layanan mata dan telinga setempat untuk menentukan jalur rujukan. Cek:** • Layanan yang mereka sediakan • Apakah mereka dapat menerima pasien rujukan baru • Prosedur rujukan • Skema pembiayaan layanan	☐

Lokasi yang sesuai	**Temui pihak sekolah untuk menjelaskan program dan periksa apakah kebutuhan untuk skrining dapat dipenuhi:**
	• Jelaskan tujuan skrining dan rekomendasikan agar semua petugas sekolah yang terkait menyelesaikan Modul 1: Pengantar tentang skrining fungsi sensoris
	• Kebutuhan tempat skrining:
	  ○ Akses
	  ○ Pencahayaan
	  ○ Kebisingan
	  ○ Panjang ruangan
	• Kebutuhan dokumen:
	  ○ Formulir persetujuan
	  ○ Formulir skrining
	  ○ Formulir pemberitahuan
	  ○ Daftar rujukan
	  ○ Lembar informasi kesehatan mata dan telinga
	  ○ Daftar/lembar skrining sekolah
	• Kebutuhan petugas:
	  ○ Koordinator skrining sekolah
	  ○ Petugas tambahan untuk membantu mengatur dan mendampingi anak-anak saat skrining, jika diperlukan
	• Proses persetujuan dan perjanjian dengan orang tua/pengasuh/kepala sekolah, disertai dokumen-dokumen terkait
	• Detail kegiatan pada hari skrining, termasuk sesi-sesi kelompok.
	• Logistik pada hari skrining, pengaturan anak-anak, dan pengawasan anak-anak. Apakah ada anak berkebutuhan khusus?
		☐

Persiapan skrining	**Penanggung jawab: Koordinator skrining bersama koordinator sekolah**	
Pemeriksaan kesiapan: Dokumen	**Periksa bersama pihak sekolah:** • Formulir Persetujuan yang telah ditandatangani dan dikembalikan telah diarsipkan dan siap untuk hari skrining, dan persetujuan untuk setiap anak telah dicatat. • Daftar skrining sekolah sudah dibuat ○ Formulir Skrining, Formulir Pemberitahuan, dan Daftar Rujukan baru (kosong) sudah disiapkan • Ruang skrining bersih, dan perlengkapan sudah siap.	☐

Pemeriksaan kesiapan: Peralatan	**Periksa bersama koordinator:** • Peralatan skrining penglihatan dan pendengaran sudah diidentifikasi dan diperiksa – cek pengaturan ruang skrining: ○ Baterai dan bola lampu tambahan untuk otoskop dan senter/oftalmoskop	☐

Hari skrining		
Sebelum kegiatan skrining	**Penanggung jawab: Petugas skrining dan koordinator sekolah**	

Persiapan tempat skrining	**Persiapkan tempat dan peralatan:**
	• Periksa tingkat kebisingan ambien dengan pengukur tingkat kebisingan atau aplikasi ponsel. Jangan lanjutkan kegiatan skrining jika tingkat kebisingan melebihi 40dB.
	• Perlengkapan:
	  ○ Dua kursi
	  ○ Meja
	• Peralatan untuk skrining penglihatan:
	  ○ Kartu HOTV
	  ○ Kartu tunjuk HOTV
	  ○ *E charts*
	  ○ *Occluder* (opsional)
	  ○ Pita ukur
	  ○ Senter/oftalmoskop
	  ○ Selotip
	  ○ Pembersih tangan dan peralatan
	• Peralatan untuk skrining pendengaran:
	  ○ Pengukur tingkat suara
	  ○ Audiometer (mesin atau aplikasi ponsel)
	  ○ *Headphone*
	  ○ Otoskop
	  ○ Spekulum (setidaknya dua ukuran berbeda)
	  ○ Pembersih tangan dan peralatan
		☐

Sesi kelompok besar	**Laksanakan sesi kelompok besar** • Kesadaran kesehatan mata dan telinga untuk semua anak • Persiapan skrining untuk anak-anak yang Formulir Persetujuan skriningnya sudah terkumpul	☐
Skrining kesehatan penglihatan dan pendengaran	**Penanggung jawab: Petugas skrining**	
Langkah 1: Persiapan	• Pastikan Formulir Persetujuan sudah benar • Salin jawaban dari pertanyaan pra-skrining ke Formulir Skrining baru • Pastikan anak mengenakan kacamata jika mereka menggunakannya untuk melihat jauh.	☐

Langkah 2: Skrining penglihatan jarak jauh	**Lakukan skrining penglihatan:**
	1. Bersihkan *occluder* (jika digunakan).
	2. Pilih kartu yang tepat:
	  ○ Anak-anak usia 8 tahun ke bawah menggunakan kartu HOTV dan kartu tunjuk HOTV
	  ○ Anak-anak usia di atas 8 tahun menggunakan *E chart*.
	3. Tempatkan anak dalam posisi duduk sejauh 3 meter dari kartu/bagan yang dipasang di dinding.
	4. Jelaskan prosedur skrining kepada anak:
		☐

	○ Kartu HOTV – tunjuk huruf yang tepat pada kartu tunjuk ○ *E chart* – tunjukkan atau katakan arah huruf E 5. Periksa mata kanan terlebih dahulu, kemudian mata kiri. 6. Tutup mata yang sedang tidak diperiksa dengan telapak tangan atau *occluder* tanpa menekan mata tersebut. 7. Isi lengkap Formulir Skrining sesuai urutan. Catat hasil masing-masing mata dan hasil keseluruhan.	
Langkah 3: Skrining kesehatan mata	**Persiapkan dan lakukan skrining kesehatan mata:** 1. Cuci dan keringkan tangan dengan air mengalir dan sabun atau *hand sanitizer*. 2. Jelaskan kepada anak bahwa Anda akan memeriksa mata anak dengan menggunakan senter. 3. Periksa masing-masing mata dengan senter. 4. Catat hasilnya.	☐
Skrining kesehatan pendengaran dan telinga	**Penanggung jawab: Petugas skrining**	
Langkah 1: Persiapan	• Pastikan Anda memegang Formulir Persetujuan yang tepat dan lengkapi informasi dalam Formulir Skrining. • Jika anak memakai alat bantu dengar, pastikan alat dilepaskan selama skrining pendengaran. • Periksa tingkat kebisingan ambien dengan pengukur tingkat kebisingan atau aplikasi ponsel. Jangan lanjutkan kegiatan skrining jika tingkat kebisingan melebihi 40dB.	☐
Langkah 2: Skrining pendengaran	**Lakukan skrining pendengaran:** 1. Tempatkan anak di kursi. 2. Jelaskan prosedur skrining pendengaran kepada anak: ○ Anak akan mendengar suara melalui *headphone* ○ Instruksikan anak untuk menunjukkan di telinga mana anak mendengar suara, misalnya dengan mengangkat tangan kanan atau kiri. 3. Pasangkan *headphone* pada kepala anak. Pastikan *headphone* menutupi telinga anak dengan nyaman. 4. Isi lengkap Formulir Skrining sesuai urutan dan catat hasil masing-masing telinga.	☐
	Uji coba skrining: 1.000Hz pada 40dB 1. Atur frekuensi suara 1.000Hz dengan volume 40dB. 2. Berikan suara di telinga kanan: ○ Jika anak merespons, tuliskan ‘Baik’ untuk telinga tersebut ○ Jika anak tidak merespons, coba lagi sebanyak dua kali ○ Jika anak tetap tidak merespons pada kali kedua atau ketiga, tulis ☞ ’Rujuk’ sebagai catatan untuk telinga tersebut. 3. Ulangi proses ini untuk telinga kiri. Hasil: • Jika anak tidak merespons suara setelah tiga kali percobaan di salah satu atau kedua telinga, jangan lanjutkan skrining pendengaran, tulis ☞ ’Rujuk’ pada kolom Hasil di Formulir Skrining dan lanjutkan dengan skrining kesehatan telinga. • Jika anak merespons suara di kedua telinga dalam tiga percobaan, lanjutkan skrining.	☐
	Skrining pendengaran: 1.000Hz, 2.000Hz, dan 4.000Hz pada 20dB • Pastikan anak tidak dapat melihat audiometer atau tangan Anda selama pemeriksaan pendengaran.	☐

	1.000Hz pada 20 dB: 1. Pertahankan frekuensi pada 1.000Hz dan turunkan volume suara menjadi 20dB. 2. Nyalakan suara ini di telinga kanan sebanyak tiga kali. 3. Catat respons anak dengan tanda centang (✓) atau silang (X) pada Formulir Skrining untuk masing-masing suara. 4. Ulangi proses ini di telinga kiri. 2.000Hz pada 20dB: 5. Sesuaikan frekuensi dan volume, kemudian ulangi proses di atas. 4.000Hz pada 20dB: 6. Sesuaikan frekuensi dan volume, kemudian ulangi proses di atas. 7. Catat hasil masing-masing telinga dan hasil keseluruhan.	
Langkah 3: Skrining kesehatan telinga	**Persiapkan dan lakukan skrining kesehatan telinga:** • Cuci tangan Anda dengan air mengalir dan sabun atau *hand sanitizer*, kemudian keringkan. • Disinfeksi spekulum. • Jelaskan kepada anak bahwa Anda akan memeriksa telinga anak dengan menggunakan otoskop.	☐
	Pemeriksaan 1: Bagian luar telinga 1. Periksa bagian luar telinga anak dari belakang dan dari depan. 2. Catat hasil pemeriksaan. 3. Tekan perlahan tragus telinga untuk mengetahui apakah ada rasa sakit. Rasa sakit dapat menjadi tanda infeksi. 4. Jika anak merasa sakit saat tragusnya ditekan, hentikan skrining kesehatan telinga dan tulis ☞ Rujuk pada kolom Hasil. Jika tidak, lanjutkan skrining.	☐
	Pemeriksaan 2: Liang telinga 5. Pegang otoskop dan arahkan ke telinga anak. Tarik perlahan daun telinga untuk membuka liang telinga. 6. Catat hasil untuk masing-masing telinga. Hasil: • Jika tidak ada tanda-tanda gangguan kesehatan telinga di kedua telinga, catat hasil 'Baik'. • Jika ada tanda gangguan kesehatan telinga, catat hasil ☞ Rujuk.	☐
Rencana skrining	**Penanggung jawab: Petugas skrining**	
Tidak hadir	**Jika anak tidak mengikuti skrining:** Catat kebutuhan penjadwalan ulang skrining.	☐
Hasil baik	**Jika semua hasil skrining anak baik:** • Jika tidak ada tanda gangguan penglihatan atau pendengaran, catat bahwa orang tua akan diberi tahu dengan Formulir Pemberitahuan. • Jika orang tua/pengasuh memiliki kekhawatiran, catat bahwa orang tua akan diajak berdiskusi dan lakukan skrining lanjutan.	☐
Rujuk: Petugas layanan kesehatan mata	**Catat rencana mendiskusikan rujukan ke petugas layanan kesehatan mata untuk setiap anak dengan hasil ☞ Rujuk dalam kolom:** • Pertanyaan pra-skrining • Skrining jarak penglihatan • Skrining kesehatan mata.	☐

Rujuk: Petugas layanan kesehatan telinga	**Catat rencana mendiskusikan rujukan ke petugas layanan kesehatan telinga untuk setiap anak dengan hasil ☞ Rujuk dalam kolom:** • Skrining pendengaran • Skrining kesehatan telinga.	☐

Setelah kegiatan skrining	**Penanggung jawab: Petugas skrining dan koordinator sekolah**	

Dokumen	• Pastikan semua Formulir Skrining telah diisi lengkap
	• Lengkapi Daftar Rujukan
	• Mutakhirkan catatan sekolah:
	  ○ Kehadiran
	  ○ Hasil skrining yang ‘Baik’
	  ○ Hasil skrining yang perlu dirujuk
	  ○ Skrining lanjutan.
		☐

Peralatan dan tempat skrining	Bersihkan peralatan dan tempat skrining.	☐

Setelah hari skrining		
Komunikasi dan pencatatan	**Penanggung jawab: Koordinator skrining dan koordinator sekolah**	

Komunikasi dengan orang tua	• Pastikan sekolah memiliki salinan Daftar Rujukan.
	• Sekolah akan:
	  ○ Berbicara dengan orang tua/pengasuh anak yang perlu dirujuk
	  ○ Mengirimkan Formulir Pemberitahuan dan kiat-kiat menjaga kesehatan mata dan telinga kepada semua orang tua
	  ○ Memantau kehadiran dalam pemeriksaan lanjutan sesuai rujukan
	  ○ Mengadakan hari skrining atau pengaturan lain untuk anak-anak yang tidak hadir.
	• Sarankan agar skrining lanjutan diadakan dalam waktu satu bulan jika orang tua/pengasuh memiliki kekhawatiran, meskipun anak mendapatkan hasil skrining ‘Baik’.
		☐

Komunikasi dengan petugas layanan kesehatan mata dan telinga	• Hubungi petugas yang akan menerima rujukan dan sampaikan berapa banyak pasien yang dirujuk. • Jika anak sudah menggunakan alat bantu penglihatan atau pendengaran, hubungi layanan penyedia alat bantu yang mereka gunakan saat ini.	☐
Komunikasi dengan sekolah	Hubungi sekolah untuk: • Memeriksa kehadiran anak di pemeriksaan lanjutan sesuai rujukan • Mengadakan skrining lanjutan.	☐
Pencatatan	• Pastikan Daftar Rujukan diperbarui. • Catat dan laporkan data pemantauan dan evaluasi sesuai kesepakatan/peraturan setempat.	☐