



1. Informasi tentang pasien

Nama depan: <input type="text"/>	Nama belakang: <input type="text"/>
Usia: 18–39 <input type="checkbox"/> 40–54 <input type="checkbox"/> 55–64 <input type="checkbox"/> 65+ <input type="checkbox"/>	Jenis kelamin: Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>
Alamat: <input type="text"/>	Nomor telepon: <input type="text"/>

2. Daftar pertanyaan tindak lanjut

Kenyamanan dan kepuasan menggunakan alat bantu dengar *Centang kotak sesuai jadwal tindak lanjut*

Tanyakan: Apakah alat bantu dengar Anda nyaman digunakan?	2 minggu		2 bulan		2 tahun		Langkah selanjutnya
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Ya dan pasien puas selama menggunakan → Lanjutkan
Tanyakan: Bagaimana pengalaman Anda menggunakan alat bantu dengar?							Jika Tidak dan/atau pasien mengalami masalah → Tulis jawaban pasien pada bagian catatan

Penggunaan alat bantu dengar *Centang kotak sesuai jawaban*

Tanyakan: Mohon ingat-ingat seberapa sering Anda menggunakan alat bantu dengar dalam dua minggu terakhir. Dalam satu hari pada umumnya, selama berapa jam Anda menggunakan alat bantu dengar?	2 minggu	2 bulan	2 tahun	Langkah selanjutnya
Tidak menggunakan sama sekali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika ada jawaban ya di salah satu bagian ini → Tanyakan alasannya dan catat jawabannya
Kurang dari 1 jam per hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1–4 jam per hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4–8 jam per hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika dijawab di bagian ini → Lanjutkan wawancara
Lebih dari 8 jam per hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Alat bantu dengar membantu *Centang kotak sesuai jawaban*

Tanyakan: Mohon ingat saat-saat sebelum mulai menggunakan alat bantu dengar di mana Anda berharap dapat mendengar lebih baik. Dalam dua minggu terakhir, seberapa banyak alat bantu dengar membantu Anda dalam saat-saat tersebut?	2 minggu	2 bulan	2 tahun	Langkah selanjutnya
Tidak membantu sama sekali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika ada jawaban ya di salah satu bagian ini → Tanyakan alasannya dan catat jawabannya
Sedikit membantu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cukup membantu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika dijawab di bagian ini → Lanjutkan wawancara
Banyak membantu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangat banyak membantu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Catatan Catat jawaban di bagian bawah ini

2 minggu: ✎

2 bulan: ✎

2 tahun: ✎

3. Rencana lanjutan

Gunakan bagian formulir ini untuk membantu Anda dan pasien menentukan langkah-langkah selanjutnya. Anjurkan pasien untuk segera datang kembali jika mengalami kesulitan terkait pendengaran atau alat bantu dengar

Dua minggu dan dua bulan Centang kotak sesuai jadwal tindak lanjut

Tanyakan: Apakah pasien:	2 minggu		2 bulan		Langkah selanjutnya
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
Puas dengan alat bantu dengarnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Ya untuk semua → Pasien merasakan penuh manfaat alat bantu dengar. Buat jadwal kunjungan tindak lanjut selanjutnya.
Menggunakan alat bantu dengar lebih dari 4 jam per hari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Tidak untuk pertanyaan mana pun → Pasien tidak sepenuhnya merasakan manfaat . Periksa catatan dan tabel penyelesaian masalah. Jika tidak membantu juga, adakan tindak lanjut tatap muka untuk memeriksa kesehatan telinga dan alat bantu.
Cukup atau banyak merasakan manfaatnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika solusi tidak dapat ditemukan → Diskusikan dengan pendamping dan jika perlu  rujuk ke tenaga profesional telinga dan pendengaran.
Tanggal tindak lanjut:	✎		✎		

Dua tahun Jalankan pemeriksaan kesehatan telinga dan uji pendengaran. Sesuaikan pengaturan jika perlu.

Tanyakan: Apakah pasien:	Ya	Tidak	Langkah selanjutnya
Puas dengan alat bantu dengarnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Ya untuk semua → Pasien merasakan penuh manfaat alat bantu dengar. Tindak lanjuti kembali dalam dua tahun untuk pemeriksaan ulang kesehatan telinga dan uji pendengaran ulang. Jika Tidak untuk pertanyaan mana pun → Pasien tidak sepenuhnya merasakan manfaat . Periksa catatan dan tabel penyelesaian masalah. Jika solusi tidak dapat ditemukan → Diskusikan dengan pendamping dan jika perlu  rujuk ke tenaga profesional telinga dan pendengaran.
Menggunakan alat bantu dengar lebih dari 4 jam per hari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cukup atau banyak merasakan manfaatnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pemeriksaan alat bantu: Alat bantu bersih dan berfungsi baik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jika Ya → Tidak perlu melakukan apa-apa. Jika Tidak → Bersihkan dan ganti bagian yang sudah rusak. Jika tidak membantu, diskusikan dengan pendamping layanan dan, jika perlu, kembalikan alat bantu ke produsen.
Tanggal tindak lanjut:	<input type="text"/>		

Tabel penyelesaian masalah *Jika pasien tidak puas sekalipun solusi telah dijalankan, diskusikan dengan pendamping*

Masalah	Kemungkinan penyebab	Kemungkinan solusi
Feedback atau suara nyaring dari alat bantu dengar	Volume alat bantu dengar terlalu keras	Pelankan suara sepelela mungkin sebelum memasang alat bantu dengar. Naikkan volume perlahan.
	Cetakan telinga tidak pas	Periksa ketepatan ukuran dan bentuk serta posisi alat bantu dengar. Sesuaikan jika perlu.
	Kait/Cetakan telinga rusak/kotor	Bersihkan/ganti kait/cetakan telinga/pipa saluran telinga.
	Telinga tersumbat kotoran telinga	Periksa saluran telinga pasien dengan otoskop. Lakukan irigasi telinga jika perlu.
Telinga sakit	Masalah kesesuaian cetakan telinga	Periksa kesesuaian bentuk cetakan telinga. Ganti ukuran cetakan jika perlu.
	Kerusakan cetakan telinga	Periksa cetakan telinga. Ganti jika perlu.
	Masalah kesehatan telinga	Lakukan pemeriksaan kesehatan telinga.
Alat bantu dengar sering jatuh	Alat bantu dengar tidak dipasang dengan tepat	Periksa apakah pasien memasang alat bantu dengar dengan tepat. Betulkan cara pemasangan jika perlu.
	Cetakan telinga tidak pas	Periksa kesesuaian cetakan telinga. Seiring bertumbuhnya anak-anak, cetakan telinga mungkin tidak lagi pas dan pipa cetakan telinga mungkin menjadi terlalu pendek.
Ketidakhnyamanan akibat suara yang sangat keras	Suara sangat keras dari lingkungan	Anjurkan pasien untuk melepas alat bantu dengar di lingkungan-lingkungan yang sangat bising seperti lokasi konstruksi atau pabrik.
	Volume alat bantu dengar terlalu keras	Anjurkan pasien untuk menurunkan volume hingga ke tingkat yang nyaman.
Kesulitan mendengar percakapan	Kebisingan di lingkungan	Berikan kiat-kiat meningkatkan pendengaran di lingkungan yang bising. Pertimbangkan sistem mikrofon jarak jauh (jika tersedia).
	Masalah alat bantu dengar	Periksa alat bantu dengar. Lihat anjuran solusi untuk alat dengar "tidak sekeras sebelumnya"
Alat bantu dengar tidak berfungsi/ terkadang tidak berfungsi atau tidak sekeras sebelumnya	Alat bantu dengar tidak menyala	Agar alat bantu dengar dapat menyala, pastikan baterai terpasang dengan tepat dan penutup baterai tertutup.
	Daya baterai rendah	Ganti baterai jika perlu.
	Alat bantu dengar kotor	Bersihkan alat bantu dengar, cetakan telinga, dan/atau kompartemen baterai.
	Cetakan telinga rusak	Ganti cetakan telinga/pipa cetakan jika perlu.
Kesulitan mendengar saat menggunakan telepon	Telepon menutupi alat bantu dengar	Anjurkan untuk menggunakan pengeras suara pada telepon atau menempatkan telepon 2 cm dari alat bantu dengar.
	Volume terlalu keras atau pelan	Sesuaikan volume alat bantu dengar sesuai kebutuhan.