



### 1. Informasi tentang pasien

|                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama depan:                                                                                                                                            | Nama belakang: | Jenis kelamin:<br>Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> |
| Usia: 5–10 <input type="checkbox"/> 11–17 <input type="checkbox"/> <b>Anak di bawah lima tahun</b> Rujuk ke tenaga profesional telinga dan pendengaran |                |                                                                                                                          |
| Alamat:                                                                                                                                                | Nomor telepon: |                                                                                                                          |

### 2. Daftar pertanyaan tindak lanjut Untuk anak kecil, libatkan pengasuh dalam wawancara.

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

| Tanyakan: Apakah alat bantu dengarmu nyaman digunakan?     | 2 minggu                 |                          | 2 bulan                  |                          | 1 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"/> | <b>Jika Ya</b> dan anak/pengasuh <b>puas selama menggunakan</b><br>→ Lanjutkan<br><br><b>Jika Tidak</b> dan/atau anak/pengasuh <b>mengalami masalah</b><br>→ Tulis jawaban pada bagian catatan |
| Tanyakan: Bagaimana rasanya menggunakan alat bantu dengar? |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                |

#### Penggunaan alat bantu dengar Centang kotak sesuai jawaban

| Tanyakan: Coba ingat-ingat seberapa sering kamu menggunakan alat bantu dengar dalam dua minggu terakhir. Biasanya, dalam satu hari, berapa jam kamu menggunakan alat bantu dengar? | 2 minggu                 | 2 bulan                  | 1 tahun                  | Langkah selanjutnya                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tidak menggunakan sama sekali                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Jika ada jawaban ya di salah satu bagian ini</b> → 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"/> | <b>Jika dijawab di bagian ini</b> → Lanjutkan wawancara                                       |
| Lebih dari 8 jam per hari                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                               |

#### Pemeriksaan pendengaran

| Periksa:<br>Centang suara <i>Ling sounds</i> yang dapat didengar oleh anak | 2 minggu<br><i>Jelaskan cara melakukan pemeriksaan ini kepada pengasuh</i>                                                                                                                            | 2 bulan<br><i>Minta pengasuh melakukan pemeriksaan ini</i>                                                                                                                                            | 1 tahun<br><i>Lakukan pemeriksaan ini secara tatap muka</i>                                                                                                                                           | Langkah selanjutnya                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                            | aa (ah) <input type="checkbox"/><br>ii (ee) <input type="checkbox"/><br>uu (oo) <input type="checkbox"/><br>sh <input type="checkbox"/><br>ss <input type="checkbox"/><br>mm <input type="checkbox"/> | aa (ah) <input type="checkbox"/><br>ii (ee) <input type="checkbox"/><br>uu (oo) <input type="checkbox"/><br>sh <input type="checkbox"/><br>ss <input type="checkbox"/><br>mm <input type="checkbox"/> | aa (ah) <input type="checkbox"/><br>ii (ee) <input type="checkbox"/><br>uu (oo) <input type="checkbox"/><br>sh <input type="checkbox"/><br>ss <input type="checkbox"/><br>mm <input type="checkbox"/> | Catat di bagian catatan jumlah suara <i>Ling sounds</i> yang dicentang → Lanjutkan ke bagian rencana lanjutan |

**Catatan** Catat jawaban-jawaban sebelumnya di bagian di bawah ini

2 minggu: ✎

2 bulan: ✎

1 tahun: ✎

### 3. Rencana lanjutan

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

**Dua minggu dan dua bulan** Centang kotak sesuai jadwal tindak lanjut

| Periksa: Apakah anak:                                    | 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"/> | <b>Jika Ya untuk semua</b> → Anak <b>merasakan penuh manfaat</b> alat bantu dengar. Buat jadwal kunjungan tindak lanjut selanjutnya.<br><br><b>Jika Tidak untuk pertanyaan mana pun</b> → Anak <b>tidak sepenuhnya merasakan manfaat</b> . Periksa catatan dan tabel penyelesaian masalah. Jika tidak membantu juga, adakan tindak lanjut tatap muka untuk memeriksa kesehatan telinga dan alat bantu.<br><br><b>Jika solusi tidak dapat ditemukan</b> → 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mendengar 5–6 suara<br><i>Ling sounds</i> ?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Tanggal tindak lanjut:</b>                            | ✎                        |                          | ✎                        |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**Enam bulan (pemeriksaan alat bantu dengar saja)** Minta pengasuh kembali membawa alat bantu dengar untuk diperiksa setelah enam bulan

| Periksa                                                          | Ya                       | Tidak                    | Langkah selanjutnya                                                 |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Apakah <b>kedua</b> alat bantu dengar bersih dan berfungsi baik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Jika Ya</b> → Jadwalkan pemeriksaan ulang dalam waktu satu tahun |

|                               |  |  |                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |  |  | <b>Jika Tidak</b> → Bersihkan alat bantu dan ganti bagian yang sudah rusak. Jika tidak membantu, diskusikan dengan pendamping dan jika perlu, kirimkan alat bantu ke produsen |
| <b>Tanggal tindak lanjut:</b> |  |  |                                                                                                                                                                               |

**Satu tahun** Jalankan pemeriksaan kesehatan telinga dan tes pendengaran. Sesuaikan pengaturan jika perlu.

| Periksa: Apakah anak:                                            | Ya                       | Tidak                    | Langkah selanjutnya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Puas dengan alat bantu dengarnya?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Jika Ya untuk semua</b> → Anak <b>merasakan penuh manfaat</b> alat bantu dengar. Lakukan pemeriksaan ulang dalam satu tahun (ulangi skrining kesehatan telinga dan uji pendengaran).<br><b>Jika Tidak untuk pertanyaan mana pun</b> → Anak <b>tidak sepenuhnya merasakan manfaat</b> . Periksa catatan dan tabel penyelesaian masalah. |
| Menggunakan alat bantu dengar lebih dari 4 jam per hari?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Mendengar 5–6 suara <i>Ling sounds</i> ?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Jika solusi tidak dapat ditemukan</b> → Diskusikan dengan pendamping dan jika perlu  rujuk ke tenaga profesional telinga dan pendengaran.                                                                                                                                                                                              |
| Apakah <b>kedua</b> alat bantu dengar bersih dan berfungsi baik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Jika Ya</b> → Tidak perlu tindakan.<br><b>Jika Tidak</b> → Bersihkan alat bantu dan ganti bagian yang sudah rusak. Jika tidak membantu, diskusikan dengan pendamping dan jika perlu, kirimkan alat bantu ke produsen                                                                                                                   |
| <b>Tanggal tindak lanjut:</b>                                    |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

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

| Masalah                                                   | Kemungkinan penyebab                          | Kemungkinan solusi                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Feedback atau suara nyaring dari alat bantu dengar</b> | Volume alat bantu dengar terlalu nyaring      | Pelankan suara sepele 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.                                                                                  |
| <b>Telinga sakit</b>                                      | 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.                                                                                                                              |
| <b>Alat bantu dengar sering jatuh</b>                     | 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. |

|                                                                                                   |                                        |                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ketidaknyamanan akibat suara yang sangat keras</b>                                             | 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.                                                             |
| <b>Kesulitan mendengar percakapan</b>                                                             | 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”                                       |
| <b>Alat bantu dengar tidak berfungsi/ terkadang tidak berfungsi atau tidak sekeras sebelumnya</b> | 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.                                                                                     |
| <b>Kesulitan mendengar saat menggunakan telepon</b>                                               | Telepon menutupi alat bantu dengar     | Anjurkan untuk menggunakan pengeras suara pada telepon atau menempatkan telepon 2 cm dari alat bantu dengar.                       |
|                                                                                                   | Volume terlalu nyaring atau pelan      | Sesuaikan volume alat bantu dengar sesuai kebutuhan.                                                                               |