

Lampiran 1.
FORMULIR SKRINING TBC UNTUK USIA ≥ 15 TAHUN (WAJIB DIISI OLEH PETUGAS)



FORMULIR SKRINING TBC BAGI KONTAK SERUMAH DAN ERAT UNTUK USIA ≥ 15 TAHUN

IDENTITAS DIRI PESERTA			
Tanggal Skrining :			
Tempat Skrining :			
Nama :			
Alamat KTP :			
Alamat Domisili :			
NIK :			
Pekerjaan :			
Tanggal Lahir : (Contoh: 13 Maret 2023) ____/____/____	Usia	tahun	
Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan			
No. HP/ email :			
PEMERIKSAAN BERAT BADAN DAN TINGGI BADAN			
Usia 15 - 18 tahun: IMT/U			
Berat badan	Kg	Tinggi Badan	cm
Standar Hasil Status Gizi: 15-18 tahun menggunakan perhitungan IMT/U dilihat berdasarkan tabel z-score		Hasil Status Gizi: <input type="checkbox"/> Gizi buruk <input type="checkbox"/> Gizi kurang <input type="checkbox"/> Gizi baik <input type="checkbox"/> Gizi lebih <input type="checkbox"/> Obesitas	
Usia >18 tahun: Perhitungan IMT untuk usia diatas 18 tahun			
Berat badan	Kg	Tinggi Badan	cm
Standar Hasil Status Gizi: Sangat Kurus: < 17,0 Kg/m ² Kurus: 17 - < 18,5 Kg/m ² Normal: 18,5 - 25,0 Kg/m ² Gemuk: >25,0 - 27,0 Kg/m ² Obese: > 27,0 Kg/m ²		Hasil Status Gizi: <input type="checkbox"/> Sangat Kurus <input type="checkbox"/> *Kurus <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gemuk <input type="checkbox"/> Obese	
PEMERIKSAAN RIWAYAT KONTAK TBC			
Jika Ya, pilih jenis kontak TBC	<input type="checkbox"/> Kontak Serumah <input checked="" type="checkbox"/> *Kontak Erat		
Jika Ya, sebutkan nama kasus indeks TBC	(.....)		
Jika Ya, pilih jenis TBC yang diderita oleh kasus indeks	<input type="checkbox"/> TBC Paru Bakteriologis <input checked="" type="checkbox"/> *TBC Klinis <input type="checkbox"/> TBC Ekstra Paru		
FAKTOR RISIKO			
Pemah terdiagnosa/ berobat TBC	<input type="checkbox"/> Ya, kapan?	<input type="checkbox"/> Tidak	
Pemah berobat TBC tapi pernah tidak tuntas	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Kekurangan Gizi	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Merokok	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Perokok Pasif	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Riwayat DM/Kencing Manis	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak diketahui
ODHIV	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak diketahui
Lansia > 65 tahun	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Ibu Hamil	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Tinggal di wilayah padat kumuh miskin	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
SKRINING GEJALA			
Gejala			
Batuk (semua bentuk batuk tanpa melihat durasi)	<input checked="" type="checkbox"/> *Ya Durasi	<input type="checkbox"/> *Tidak	
Batuk darah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
BB turun tanpa penyebab jelas/BB tidak naik/nafsu makan turun	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Demam hilang timbul tanpa sebab yang jelas	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Berkeringat malam hari tanpa kegiatan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Tanda (Pemeriksaan Dilakukan oleh Tenaga Kesehatan)			
Pembesaran kelenjar getah bening	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak diketahui
SKRINING RONTGEN TORAKS			
Apakah dilakukan Skrining Rontgen Toraks?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak diketahui
Jika Ya, Hasil Skrining Rontgen Toraks apa?	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormalitas Mengarah TBC <input type="checkbox"/> Abnormalitas Tidak Mengarah TBC		
TERDUGA TBC			
	<input type="checkbox"/> Terduga TBC	<input checked="" type="checkbox"/> *Bukan Terduga TBC	
PEMERIKSAAN TBC LATEN			
	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> *Tidak	

Keterangan:

Dikatakan terduga TBC, jika terdapat salah satu atau lebih kriteria berikut:

- Batuk lebih dari 2 minggu
- Batuk darah

Dikatakan bukan terduga TBC, jika tidak ada gejala TBC dan hasil skrining rontgen toraks menunjukkan normal/abnormalitas tidak mengarah ke TBC

Pemeriksa,

Peserta,

(.....)

(.....)

Lampiran 2. FORMULIR SKRINING TBC UNTUK USIA < 15 TAHUN (WAJIB DIISI OLEH PETUGAS)



FORMULIR SKRINING TBC BAGI KONTAK SERUMAH DAN ERAT UNTUK USIA < 15 TAHUN

IDENTITAS DIRI PESERTA			
Tanggal Skrining :			
Tempat Skrining :			
Nama :			
Alamat KTP :			
Alamat Domisili :			
NIK :			
Pekerjaan :			
Tanggal Lahir :	(Contoh: 13 Maret 2023) __/__/____/____	Usia	tahun
Jenis Kelamin :	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan		
No. HP/ email :			
PEMERIKSAAN BERAT BADAN DAN TINGGI BADAN			
Usia <5 tahun: BB/PB atau BB/TB sesuai kategori usia			
Berat badan	Kg	Tinggi Badan/Panjang Badan	cm
Standar Hasil Status Gizi: <2 tahun menggunakan perhitungan BB/PB dilihat berdasarkan tabel z-score 2-5 tahun menggunakan perhitungan BB/TB dilihat berdasarkan tabel z-score		Hasil Status Gizi: <input type="checkbox"/> Gizi buruk <input type="checkbox"/> Gizi kurang <input type="checkbox"/> Gizi baik <input type="checkbox"/> Berisiko gizi lebih <input type="checkbox"/> Gizi lebih <input type="checkbox"/> Obesitas	
Usia 5 - 15 tahun: IMT/U			
Berat badan	Kg	Tinggi Badan	cm
Standar Hasil Status Gizi: 5-15 tahun menggunakan perhitungan IMT/U dilihat berdasarkan tabel z-score		Hasil Status Gizi: <input type="checkbox"/> Gizi buruk <input type="checkbox"/> Gizi kurang <input type="checkbox"/> Gizi baik <input type="checkbox"/> Gizi lebih <input type="checkbox"/> Obesitas	
PEMERIKSAAN RIWAYAT KONTAK TBC			
Jika Ya, pilih jenis kontak TBC	<input type="checkbox"/> Kontak Serumah <input checked="" type="checkbox"/> Kontak Erat		
Jika Ya, sebutkan nama kasus indeks TBC	(.....)		
Jika Ya, pilih jenis TBC yang diderita oleh kasus indeks	<input type="checkbox"/> TBC Paru Bakteriologis <input checked="" type="checkbox"/> TBC Klinis <input type="checkbox"/> TBC Ekstra Paru		
FAKTOR RISIKO			
Pemah terdiagnosa/ berobat TBC	<input type="checkbox"/> Ya, kapan?	<input type="checkbox"/> Tidak	
Pemah berobat TBC tapi pemah tidak tuntas	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Kekurangan Gizi	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Merokok	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Perokok Pasif	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Riwayat DM/Kencing Manis	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak diketahui
ODHIV	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak diketahui
Lansia > 65 tahun	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Ibu Hamil	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Tinggal di wilayah padat kumuh miskin	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
SKRINING GEJALA			
Gejala			
Batuk ≥ 2 minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Ya Durasi	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	
Batuk darah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
BB turun tanpa penyebab jelas/BB tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya/nafsu makan turun	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Demam hilang timbul tanpa sebab yang jelas ≥ 2 minggu	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Lesu atau malaise, anak kurang aktif bermain	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Tanda (Pemeriksaan Dilakukan oleh Tenaga Kesehatan)			
Pembesaran kelenjar getah bening	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak diketahui
SKRINING RONTGEN TORAKS			
Apakah dilakukan Skrining Rontgen Toraks?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak diketahui
Jika Ya, Hasil Skrining Rontgen Toraks apa?	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormalitas Mengarah TBC <input type="checkbox"/> Abnormalitas Tidak Mengarah TBC		
TERDUGA TBC			
	<input type="checkbox"/> Terduga TBC	<input checked="" type="checkbox"/> Bukan Terduga TBC	
PEMERIKSAAN TBC LATEN			
	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	

Keterangan:

Dikatakan **terduga TBC**, jika terdapat salah satu atau lebih kriteria berikut:

- Batuk ≥ 2 minggu
- Batuk darah
- BB turun/tidak naik dalam 2 bulan terakhir
- Demam ≥ 2 minggu
- Lesu atau malaise, anak kurang aktif bermain

Dikatakan **bukan terduga TBC**, jika tidak ada gejala TBC dan hasil skrining rontgen toraks menunjukkan normal/abnormalitas tidak mengarah ke TBC

Pemeriksa,

Peserta,

(.....)

(.....)