
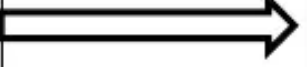


TATALAKSANA BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN

Tanggal kunjungan :.....2019 Kunjungan pertama :..... Kunjungan ulang :.....
 Nama Anak :..... L / P Umur :.....bln/thn BB :.....Kg
 PB / TB :.....cm SB :..... °C Buku KIA : Ada / Tidak ada
 Nama Ibu/Ayah :...../
 Alamat / no. Hp :.....
 Tanyakan : Anak sakit apa?



PENILAIAN (lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN
MEMERIKSA TANDA BAHAYA UMUM <ul style="list-style-type: none"> Tidak bisa minum atau menyusui Memuntahkan semuanya Kejang Letargis atau tidak sadar 	Ada tanda Bahaya umum? Ya____ Tidak____ Ingatlah adanya tanda bahaya umum dalam menentukan klasifikasi	Ingatlah untuk merujuk setiap anak yang mempunyai tanda bahaya umum
APAKAH ANAK BATUK ATAU SUKAR BERNAFAS ? Ya____ Tidak____ <ul style="list-style-type: none"> Sudah berapa lama? ____ hari Hitung nafas dalam 1 menit. ____kali/menit. Napas cepat ? Lihat tarikan dinding dada ke dalam Dengar adanya stridor 		
APAKAH ANAK DIARE ? Ya____ Tidak____ <ul style="list-style-type: none"> Sudah berapa lama ? ____ hari Adakah darah dalam tinja ? Lihat keadaan umum anak : <ul style="list-style-type: none"> Letargis atau tidak sadar Gelisah atau rewel Lihat apakah mata cekung? Beri anak minum : <ul style="list-style-type: none"> Tidak bisa minum atau malas minum Haus, minum dengan lahap Cubit kulit perut, apakah kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (lebih dari 2 detik) ? Lambat ? 		
APAKAH ANAK DEMAM ? Ya____ Tidak____ (Anamnesis ATAU teraba panas ATAU suhu ≥ 37,5°C Tentukan Daerah Risiko Malaria : Tinggi – Rendah - Tanpa Risiko Jika Risiko Rendah atau Tanpa Risiko Malaria, tanyakan : Apakah anak berkunjung keluar daerah ini dalam 2 minggu terakhir? Jika Ya , tentukan daerah Risiko sesuai tempat yang dikunjungi. Ambil sediaan darah : (tidak dilakukan untuk daerah tanpa Risiko) Periksa RDT jika belum pernah dilakukan dalam 28 hari terakhir. ATAU Periksa mikroskopis darah jika sudah dilakukan RDT dalam 28 hari terakhir <ul style="list-style-type: none"> Sudah berapa lama anak demam? ____ hari Jika lebih dari 7 hari, apakah demam terjadi setiap hari? Apakah anak pernah mendapat anti malaria dalam 2 minggu terakhir ? Apakah anak menderita campak dalam 3 bulan terakhir? Lihat & raba adanya kaku kuduk Lihat adanya pilek Lihat tanda-tanda CAMPAK : <ul style="list-style-type: none"> Ruam kemerahan di kulit yang menyeluruh DAN Salah satu dari : batuk, pilek atau mata merah 		Lakukan Pemeriksaan RDT Hasil : RDT (+) / (-) Lakukan Pemeriksaan SDM (mikroskopis)
Jika anak sakit campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir : <ul style="list-style-type: none"> Lihat adanya luka di mulut. Jika Ya, apakah dalam atau luas? Lihat adakah nanah di mata Lihat adakah kekeruhan di Kornea 		
Klasifikasikan Demam Berdarah jika demam 2 hari s/d 7 hari <ul style="list-style-type: none"> Apakah demam mendadak tinggi & terus menerus? Apakah ada perdarahan dari hidung atau gusi yang berat? Apakah anak muntah? Jika Ya : Apakah beraknya berwarna hitam? Apakah nyeri ulu hati atau gelisah ? Perhatikan tanda-tanda syok : Lihat adanya perdarahan dari hidung atau gusi yang berat Lihat adanya bintik perdarahan di kulit (petekie) Jika sedikit dan tak ada tanda lain dari DBD, lakukan uji torniket jika mungkin 		

<p>APAKAH ANAK MEMPUNYAI MASALAH TELINGA ? Ya___ Tidak___</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ada nyeri telinga ? • Adakah nanah / cairan keluar dari telinga ? Jika ya, sudah berapa lama ? _____ hari • Lihat adakah nanah / cairan keluar dari telinga • Raba adanya nyeri pembengkakan yang nyeri di belakang telinga 		
<p>MEMERIKSA STATUS GIZI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat apakah anak tampak kurus atau sangat kurus • Lihat adanya pembengkakan di kedua punggung kaki • Tentukan berat badan menurut PB atau TB : <ul style="list-style-type: none"> - BB / TB (PB) < -3 SD _____ - BB / TB (PB) ≥ -3 SD - < -2 SD _____ - BB / TB (PB) -2 SD - +2 SD _____ 		
<p>MEMERIKSA ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat adanya keputihan pada telapak tangan : <ul style="list-style-type: none"> - Sangat pucat - Agak pucat 		
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>_____</p> <p>BCG HB-0 HB-1 HB-2 HB-3</p> <p>_____</p> <p>DPT-1 DPT-2 DPT-3 Campak</p> <p>_____</p> <p>Polio-1 Polio-2 Polio-3 Polio-4</p>		<p>Imunisasi yang diberikan hari ini :</p> <p>_____</p>
<p>MEMERIKSA PEMBERIAN VITAMIN A Dibutuhkan Vitamin A : Ya___ Tidak___</p>		<p>Apakah diberi Vit.A hari ini? Ya ___ Tidak___</p>
<p>MENILAI MASALAH / KELUHAN LAIN</p>		
<p>LAKUKAN PENILAIAN PEMBERIAN MAKAN, jika anak KURUS atau ANEMIA atau UMUR <2 TAHUN dan tidak akan dirujuk segera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ibu menyusui anak ini? Ya___ Tidak___ Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Apakah menyusu juga di malam hari? Ya___ Tidak___ • Apakah anak mendapat makanan/minuman lain? Ya___ Tidak___ Jika Ya, makanan atau minuman apa? _____ Berapa kali sehari? _____ kali Alat apa yang digunakan untuk memberi makan/minum anak? _____ • Jika anak KURUS : Berapa banyak makanan/minuman yang diberikan pada anak? _____ Apakah anak mendapat makanan tersendiri? Ya___ Tidak___ Siapa yang memberi makan & bagaimana caranya? _____ • Selama sakit ini apakah ada perubahan pemberian makan pada anak? Ya ___ Tidak___ jika Ya, bagaimana? _____ 		
		<p>Nasehati kapan kembali segera Kunjungan Ulang : _____ hari</p>

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan :.....20 Kunjungan pertama :..... Kunjungan Ulang :.....
 Nama bayi :..... L / P
 Umur :.....hari/bln BB :.....garam SB :.....°C Buku KIA : Ada / Tidak ada
 Nama orang Ibu/Ayah :...../
 Alamat/No. Telp :.....
 Tanyakan : bayi sakit apa?.....

PENILAIAN (lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya • Ada riwayat kejang • Bayi bergerak hanya jika dirangsang • Hitung napas dalam 1 menit _____ kali/menit <ul style="list-style-type: none"> - Ulangi jika ≥60 kali/menit, hitun napas kedua ____kali/menit. Napas cepat - Napas lambat (< 30 kali/menit) • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Bayi merintih • Suhu tubuh ≥ 37,5°C • Suhu Tubuh < 35,5 °C • Mata bernanah : apakah sedikit atau banyak ? • Pesar kemerahan meluas sampai dinding perut • Pesar kemerahan atau bernanah • Ada pustul di kulit 		
<p>APAKAH BAYI DIARE ? Ya___ Tidak___</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudah diare selama ____ hari • keadaan Umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> - letargis atau tidak sadar - gelisah / rewel • Mata cekung • cubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> - sangat lambat (> 2 detik) - lambat 		
<p>MEMERIKSA IKTERUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (<24 jam) • Kuning ditemukan pada umur ≥ 24 jam sampai ≤ 14 hari • Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari • Kuning sampai telapak tangan atau kaki • Tinja berwarna pucat 		
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah IMD dilakukan ? Ya___ Tidak___ • Berat badan menurut umur : <ul style="list-style-type: none"> - BB/U ≤ -2 SD ____ - BB/U > -2 SD ____ • Ibu mengalami kesulitan pemberian ASI ? Ya___ Tidak___ • Apakah bayi diberi ASI ? Ya___ Tidak___ <ul style="list-style-type: none"> - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam ? ____kali • Apakah bayi diberi minuman selain ASI ? Ya___ Tidak___ <ul style="list-style-type: none"> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? ____kali - Alat apa yang digunakan ? _____ • Ada luka atau bercak putih (trush) di mulut • Ada celah bibir/langit-langit 		

<p>JIKA BAYI : Ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI <8 jam dalam 24 jam, diberi makanan/minuman lain selain ASI, atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi di Rujuk ke Rumah Sakit.</p> <p>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ? <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu untuk menyusui bayinya - Jika YA, minta ibu memberitahu jika bayi sudah mau menyusui lagi <p>Amati pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat, apakah bayi menyusui dengan baik? <ul style="list-style-type: none"> • Lihat, apakah posisi bayi benar Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, kepala & badan bayi lurus, badan bayi menghadap kedada ibu, badan bayi dekat ke ibu Posisi salah – posisi benar • Lihat, apakah perlekatan benar. Dagu bayi menempel payudara - mulut terbuka lebar - bibir bawah membuka keluar - areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali – tidak melekat dengan baik – melekat dengan baik • Lihat & dengar, apakah bayi mengisap dalam & efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali – Tidak mengisap dengan efektif – Mengisap dengan efektif 		
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Tandai rumput (√) jika sudah di berikan segera setelah lahir ____</p>		<p>Vit K1 diberikan segera setelah lahir ____</p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 ____ BCG ____ Polio 1 ____</p>		<p>Imunisasi yang diberikan hari ini _____</p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>		
<p>Nasihat kapan kembali segera Kunjungan Ulang : ____ hari</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p>		