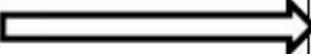


<p>APAKAH ANAK MEMPUNYAI MASALAH TELINGA ? Ya____ Tidak____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ada nyeri telinga ? • Adakah nanah / cairan keluar dari telinga ? Jika ya, sudah berapa lama ? _____ hari • Lihat adakah nanah / cairan keluar dari telinga • Raba adanya nyeri pembengkakan yang 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>

<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>		