

Anakan Pada An. B Umur 4 Tahun 4 Bulan
Dengan Infeksi Telinga Akut Di Puskesmas Gununggo 8 Bulan
Praga. D. I. Yogyakarta

NO. Register : 02-26-64
Pengajuan data
Dich : Anisa Tri Agustina
Tanggal / jam : 18 Juni 2022 / 09.45 WIB
Feang : KIA / KB

Identitas Anak

Nama Anak : An. B
Tanggal Lahir : 3 Februari 2018
Umur : 4 Tahun 4 Bulan 4 Hari
Jenis Kelamin : Laki-laki

Identitas Orang tua

Ibu		Ayah	
Nama	: Hj. A	Nama	: Sn. M
Umur	: 23 Tahun	Umur	: 25 Tahun
Jenis / Bangsa	: Jawa / Indonesia	Jenis / bangsa	: Jawa / Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Gunung Wtr. Srengeng	Alamat	: Gunung Wtr. Srengeng
No. Telpn	: 08137846444	No. Telpn	: 08137846444

A. Data Subjektif

- 1. Anamnesis Kunyungan**
Ibu ingin memeriksakan telinga anaknya
- 2. Keluhan**
Ibu mengutip anaknya sakit dibagian telinga, telinga anaknya bener dan terikat penuh serta sedikit nyeri skala 2 hari
- 3. Riwayat Immunisasi**
Ibu mengatakan lupa tanggal pasti Ibu mengimunisasi anaknya, tapi Ibu mengatakan anak sudah diimunisasi dasar dan lanjutan dengan lengkap
- 4. Riwayat Alergi**
Ibu mengatakan anak tidak memiliki riwayat alergi

5. Ruyah Kesehatan yang lalu

Du mengetahui adanya tidak pernah menderita penyakit yang serius.

6. Ruyah Kesehatan keluarga

Du mengetahui didalam keluarganya tidak memiliki ruyah kesehatan yang serius

7. Ruyah Tambah Kembang

Du mengetahui selalu membaesa adanya untuk melakukan pemeriksaan - Jambuh Kembang secara rutin di pagandu.

8. Pola peminuman kebutuhan sehari-hari.

a. Nutrisi

1. Makan

Sekelum Sahit

Frekuensi : 3x / Hari

Porsi : Banyak

Macam : Nasi, Lauk, Sayur

Kebutuhan : Tidak ada

Sekelum Sehat

Frekuensi : 3x / Hari

Porsi : Sedikit

Macam : Nasi, Lauk

Kelelahan : Anak Lelah nalar makan

2. Minum

Sekelum Sahit

Frekuensi : 7 gelas / Hari

Porsi : 7 gelas / Hari

Macam : Air putih, Jus

Kelelahan : Tidak ada

~~Sekelum Sahit~~ Sekelum Sahit

Frekuensi : 5 gelas / Hari

Porsi : 5 gelas / Hari

Macam : Susu, Air putih

Kelelahan : Anak Malah gampang minum

b. Eliminasi

BAB Sekelum Sahit

Frekuensi : 2-3x / Hari

Warna : Kuning

Kelelahan : Tidak ada

BAB Sekelum Sahit

Frekuensi : 1x / Hari

Warna : Coklat

Kelelahan : Tidak ada

BAB Sekelum Sehat

Frekuensi : 2x / Hari

Warna : Kuning

Kelelahan : Tidak ada

BAB Sekelum Sahit

Frekuensi : 1x / Hari

Warna : Coklat

Kelelahan : Tidak ada

c. Istirahat

Sekelum Sahit

Tidur : 8 jam / Hari

d. Aktivitas

Sekelum Sahit

Anak bermain disepertaman - teman dan keluarga

e. Personal hygiene

Du mengetahui adanya mandi 3 kali sehari 3x pagi dan sore hari.

Sekelum Sahit

Tidur : 6-7 jam / Hari

Sekelum Sahit

Anak Gembira main bermain dengan teman - keluarganya

9. Rontgen Pericardial Spine

Terdapat gambaran area buram dengan shape segit dan banyak femur, serta area sudah bisa diukur sendiri

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Kondisi umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda vital

a) Nadi : 83 x / menit

b) Pernafasan : 15 x / menit

c) Suhu : 36,5 °C

Antropometri :

a) TB : 168 cm

b) BB : 46,5 kg

c) LE : Tidak diukur

d) LD : Tidak diukur

e) LILA : 11,2 cm

2. Pemeriksaan Fokus

Kepala : Simetris, tidak ada kelainan

Najis : Tidak pasai

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, Akroma pupil, tidak strabismus

Hidung : Tidak ada polip, bersih

Telung : Ada keram, Kataran Keras, nyeri tekan, rasa penuh dibeluga kanan dan kiri

Mulut : Gigi, lengkap

Luar : Tidak diukur

Dada : Tidak diukur

Abdomen : Tidak diukur

Ekstremitas : Jernam jari lengkap, tidak ada edema

Genitalia : Tidak diukur

Anus : Tidak diukur

3. Pemeriksaan Punggung

Tidak diukur

4. Pemeriksaan POST / KSI?

Tidak diukur

C. Analisa Data

Tanggal / jam : 13 Juni 2012 / 08.30 WIB

An. R. Usia 4 Tahun. 4 Bulan dengan infeksi telinga akut

D. Penatalaksanaan

Tanggal / jam : 13 Juni 2012 / 08.30 WIB

1. Menginformasikan Anamnesis dan Vital Sign
E/ Keadaan anak baik, TB = 100 cm, BB = 16.5 kg, Jkt = 36.5°C, $\frac{1}{2}$, Nadi = 80 / menit, Respirasi = 20 / menit
2. Melakukan pemeriksaan dengan cermin MTBS
E/ Anak akan diperiksa telinga dengan cermin MTBS
3. Melakukan pemeriksaan tanda bahaya umum kepada anak
E/ Tidak ada tanda bahaya umum pada anak, Keadaan Umum sangat sangat baik
4. Melakukan pemeriksaan apakah anak batuk dan sesak bernafas
E/ Anak tidak batuk, Keadaan tidak sesak
5. Melakukan pemeriksaan apakah anak diare
E/ Anak tidak diare, Keadaan tidak diare
6. Melakukan pemeriksaan apakah anak demam, campak, dan DBD
E/ Anak tidak demam, Keadaan Bukan malaria, Tidak campak, Tidak DBD
7. Melakukan pemeriksaan pada telinga anak
E/ Terdapat kemerahan di telinga kanan dan kiri anak, ada rasa nyeri dan prun discharge, Keadaan infeksi telinga akut, ditangan Pharyngitis
8. Memeriksa status gigi anak dengan BB / TB didapatkan nilai status gigi baik / tidak
E/ Status gigi anak BB / TB adalah - 250 dan Ula 11.3 cm dalam keadaan gigi baik.
9. Melakukan pemeriksaan anemia
E/ Anak tidak terlihat pucat, Keadaan tidak anemia
10. Memeriksa status HIV anak
E/ Anak belum pernah tes HIV begitu juga dengan ibunya
11. Memeriksa status imunisasi Anak
E/ Status imunisasi anak lengkap
12. Memberikan resep kepada pasien
E/ Anak diberikan resep Pharyngitis & telinga / Hari
13. Menyaratkan laporan kembali segera
E/ Kunjungan ulang dalam 5 Hari jika tidak membaik

Pembimbing Akademik

(Luhur Khumel D, S.Pt, M.Kes)



Pembimbing Lahan

(Luhur Khumel D, S.Pt, M.Kes)

Kulia progs, 13 Juni 2012

Mahasiswa

(Anisa Tr. Agustina)

FORMULIR PENCATATAN BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN

Tanggal Kunjungan : 13 Juni 2012

Alamat : Gunung Ketr. Lingsang

Nama Anak : An. E

Nama Ibu : Mg. A

Umur : 4 Tahun 4 Bulan SS OP kg

PERTB : 108 cm

Suhu : 36,5 °C

Anak sakit apa? Telings anak ketar dan pucat serta ngeri

Kunjungan Pertama

Kunjungan Ulang -

PENILAIAN (Langkah semua gejala yang diturunkan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA TANDA BAHAYA UMUM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak bisa minum/menyusu • Memuntahkan semuanya • Kojang • Gelisah, Letargis atau tidak sadar • Ada omboh • Biru (sianosis) • Ujung tangan dan kaki pucat dan dingin 	<p>Bukan Penyakit Sangat Berat</p>	<p>Tangan Masajah lain yang ada</p>
<p>APAKAH ANAK BATUK ATAU SUKAR BERNAPAS ? Ya <u>-</u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berapa lama? <u>-</u> hari • Hilang nafas dalam 1 menit • <u>-</u> kali / menit. Nafas Cepat ? • Ada trikan dinding dada kedalaman • Ada wheezing • Saturasi oksigen <u>-</u> % 	<p>Tidak Baik</p>	<p>Tangan Masajah lain yang ada</p>
<p>APAKAH ANAK DIARE ? Ya <u>-</u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berapa lama? <u>-</u> hari • Adakah darah dalam tinja? • Keadaan umum anak : <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar - Rawat / mudah marah • Mata cekung • Sari anak minum : <ul style="list-style-type: none"> - Tidak bisa minum atau malas minum - Haus, minum dengan lelap • Cubit kulit perut, apakah kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> - Sangat lambat (lebih dari 2 detik) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) 	<p>Tidak Diare</p>	<p>Tangan Masajah lain yang ada</p>
<p>APAKAH ANAK DEMAM ? Ya <u>-</u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(anamnesis ATAU teraba panas ATAU suhu > 37,5°C)</p> <p>Temukan Daerah Endemis Malaria : Tinggi / Rendah / Non Endemis</p> <p>Jika Daerah Non Endemis, banyakan riwayat bepergian ke daerah endemis malaria dalam 2 minggu terakhir dan temukan daerah endemis sesuai tempat yang dikunjungi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudah berapa lama? <u>-</u> hari • Jika lebih dari 7 hari, apakah demam terjadi setiap hari? • Apakah pernah sakit malaria atau minum obat malaria? • Apakah anak sakit campak dalam 3 bulan terakhir? • Lihat dan periksa adanya luka ludak • Lihat adanya penyebab lain dari demam • Lihat adanya tanda-tanda Campak saat ini : <ul style="list-style-type: none"> - Ruam kemerahan di kulit yang menyekuruh DAN - Terdapat salah satu tanda berikut: batuk, pilek, mata merah <p>LAKUKAN TES MALARIA jika tidak ada klasifikasi penyakit berat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada semua kasus balita sakit yang datang ke puskesmas di daerah Endemis Malaria tinggi • Jika tidak ditemukan penyebab pasti demam di daerah Endemis Malaria rendah <p>Jika anak sakit campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat adanya luka di mulut. Jika "ada", apakah dalam atau luar? • Lihat adanya ruam di mata • Lihat adanya kekemerahan di kornea <p>Jika demam 2 hari sampai dengan 7 hari, tanya dan periksa :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah demam mendadak tinggi dan terus menerus? • Apakah nyeri ulu hati atau gelisah? • Apakah badan anak dingin? • Apakah anak muntah? <ul style="list-style-type: none"> - Jika "Ya" <ul style="list-style-type: none"> - Apakah sering? - Apakah muntah dengan darah atau seperti kopi? • Apakah berak berwarna hitam? • Apakah di sekitar anda ada yang terkena DBD? • Periksa tanda-tanda syok : <ul style="list-style-type: none"> Ujung ekstremitas terasa dingin DAN nadi sangat lemah atau tidak teraba • Lihat adanya perdarahan dari hidung/gusi atau titik perdarahan di kulit (petekie) • Jika petekie sedikit DAN tidak ada tanda lain dari DBD, lakukan uji tonikat, jika mungkin Hasil uji tonikat: positif <u>-</u> negatif <u>-</u> • Jika petekie sedikit TANPA tanda lain dari DBD DAN uji tonikat tidak dapat dilakukan, klasifikasikan sebagai DBD. 	<p>Bukan Malaria</p> <p>Tidak Campak</p> <p>Tidak DBD</p>	<p>Lakukan Tes Malaria, hasil RDT (+) / (-)</p> <p>Mikroskopis :</p> <p>Tangan Masajah lain yang ada</p> <p>Tangan Masajah lain yang ada</p> <p>Tangan Masajah lain yang ada</p>

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN PENGOBATAN
APAKAH ANAK MEMPUYAI MASALAH TELINGA Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Apakah ada nyeri telinga? • Lihat adanya cairan atau nanah keluar dari telinga <input checked="" type="checkbox"/> Apakah rasa penuh di telinga? • Rasa adanya pembengkakan yang nyeri di belakang telinga • Adakah cairan/nanah keluar dari telinga? Jika "Ya", berapa hari? <u> </u> hari	Infeksi Telinga Akut	• Beri antibiotik gigitan 5 hari • Kunyungan vitamin 5 hari
MEMERIKSA STATUS GIZI • Lihat apakah anak tampak sangat kurus. • Lihat dan raba adanya pembengkakan di kedua punggung kaki/tangan • Tentukan berat badan (BB) menurut panjang badan (PB) atau lingkar badan (TB) - BB menurut PB atau TB < -3 SD - BB menurut PB atau TB -3 SD sampai -2 SD <input checked="" type="checkbox"/> - BB menurut PB atau TB > -2 SD • Tentukan lingkaran lengan atas (LLA) untuk anak umur 6 bulan atau lebih - LLA < 11,5 cm - LLA 11,5 cm - < 12,5 cm <input checked="" type="checkbox"/> - LLA ≥ 12,5 cm • Jika BB menurut PB atau TB < -3 SD ATAU Lingkaran Lengan Atas < 11,5 cm, periksa komplikasi medis - Apakah ada tanda-tanda urgensi? - Apakah ada klasifikasi berat? • Jika tidak ada komplikasi medis, nilai pemberian ASI pada anak umur < 6 bulan - Apakah anak memiliki masalah pemberian ASI?	Gizi Buruk	Anjurkan untuk Menyumbang BB anak Setiap bulan
MEMERIKSA ANEMIA • Lihat adanya kapusaberi pada telapak tangan, apakah tampak. - Sangat pucat? - Cukup pucat?	Tidak Anemia	Tangani masalah lain
MEMERIKSA STATUS HIV Jika anak menderita pneumonia berulang atau diare persisten / berulang atau gizi sangat kurus atau Anemia Berat. • Apakah anak pernah tes HIV? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", kapan? <u> </u> Hasilnya Positif <input type="checkbox"/> atau Negatif <input type="checkbox"/> • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika "Ya", kapan? <u> </u> Hasilnya Positif <input type="checkbox"/> atau Negatif <input type="checkbox"/> • Apakah anak memiliki orang tua kandung dan / atau saudara kandung. - Yang terdiagnosa HIV? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> - Yang meninggal karena penyebab tidak diketahui tapi masih mungkin karena HIV? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Apakah anak masih mendapat ASI? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Lihat, apakah terdapat ruam di Rongga mulut? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Mungkin Bukan Infeksi HIV	Tangani Masalah lain yang ada
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI Unggah imunisasi yang dibutuhkan hari ini, beri tanda ✓ jika sudah diberikan BCG <input checked="" type="checkbox"/> HB 0 <input checked="" type="checkbox"/> Polio 1 <input checked="" type="checkbox"/> Polio 2 <input checked="" type="checkbox"/> Polio 3 <input checked="" type="checkbox"/> Polio 4 <input checked="" type="checkbox"/> DPT-HB-Hb 1 <input checked="" type="checkbox"/> DPT-HB-Hb 2 <input checked="" type="checkbox"/> DPT-HB-Hb 3 <input checked="" type="checkbox"/> Pyl <input checked="" type="checkbox"/> Campak <input checked="" type="checkbox"/> DPT-HB-Hb (lanjutan) <input checked="" type="checkbox"/> Campak (lanjutan) <input checked="" type="checkbox"/>	⇒	Imunisasi yang diberikan hari ini <u> </u>
MEMERIKSA PEMBERIAN VITAMIN A • Berikanlah suplemen vitamin A: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	⇒	Berikan vit A hari ini Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN <u> </u>	-	-
LAKUKAN PENILAIAN PEMBERIAN MAKAN Jika anak berumur < 2 TAHUN atau GIZI KURANG atau ANEMIA DAN anak tidak akan duduk segera • Apakah ibu menyusui anak ini? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika "Ya", berapa kali sehari? <u> </u> kali Apakah menyusui juga di malam hari? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Apakah anak mendapat makanan atau minuman lain? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika "Ya", makanan atau minuman apa? <u> </u> Berapa kali sehari? <u> </u> kali Alat apa yang digunakan untuk memberi minum anak? <u> </u> • Jika anak GIZI KURANG: Berapa banyak makanan atau minuman yang diberikan pada anak? <u> </u> Apakah anak mendapat makanan tersendiri? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Siapa yang memberi makan dan bagaimana caranya? <u> </u> • Selama satu ini, apakah ada perubahan pemberian makan? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika "Ya", bagaimana? <u> </u>	-	Tangani Masalah lain yang ada

Revisi/keperluan kembali segera.
Kunjungan ulang hari

Nama Pemeriksa

Anisa To. Agustina