

⊖ MTS & lampiran f.

ASUHAN PADA ANAK K UMUR 19 BULAN
DENGAN DIARE
DI PUSKESMAS KRANGGAN

No. Register : 20062T0118

PENGKAJIAN DATA

Orak : Rahmatul Rahmah

Tanggal/jam : 27 Juli 2022 Jam : 11:40 WIB

Ruang : BP umum

SUBJEKTIF

IDENTITAS ANAK

1. Nama anak : An K
2. Tanggal lahir : 9 Mei 2021
3. Umur : 14 bulan
4. Jenis kelamin : laki-laki

IDENTITAS ORANG TUA

- | | Ibu | Suami |
|------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Nama | : NY P | : Tu H |
| 2. Umur | : 23 Tahun | : 25 Tahun |
| 3. Suku / bangsa | : Jawa / Indonesia | : Jawa / Indonesia |
| 4. Agama | : Islam | : Islam |
| 5. Pendidikan | : Smp | : Smt |
| 6. Pekerjaan | : IRT | : Swasta |
| 7. Alamat | : propak rt 3 rw 2 Kranggan | : propak 3/2 Kranggan |
| 8. No Tlp | : 0867xxxx xxxx | : 0867 xxxx xxxx |

SUBJEKTIF

1. Masalah kunjungan : Ibu mengadukan anak diare sudah 9 hari
2. Keluhan : Diare
2. Riwayat imunisasi : Ibu mengatakan anak telah diberikan imunisasi: HB0, BCG, Polio dan DPT 1, Polio 2 dan DPT 2, dan Polio 3, DPT 3.
4. Riwayat Alergi : Tidak ada
5. Riwayat kesehatan yang lalu : Yonifus (umutal) dan konjungtiva purulentus Neonatorum.
6. Riwayat kesehatan keluarga : Tidak ada
7. Riwayat tumbuh kembang : tidak ada

f. Pola Pemenuhan hidup sehari-hari

a. Nutrisi

Sebelum

1) makana : frekuensi 3 kali, porsi sedang, nasi/bubur + sayuran

2) minuman : frekuensi 5 kali, porsi sedang, susu, air putih

Setelah

1) makana : frekuensi 2 kali, porsi sedikit, bubur/nasi + sayuran
kecilan, kebanyakan makana

2) minuman : frekuensi 5 kali, porsi sedikit, susu, air putih

b. Eliminasi

Sebelum

1) BAB : 3-4 kali/hari, kekuningan, cair

2) BAB : 2-3 kali/hari, kekuningan-coklat, lembek, padat

Setelah

1) BAB : 3-4 kali/hari, kuning cair

2) BAB : 4-5 kali/hari, kecoklatan, cair

c. Istirahat : 7-8 jam/hari

d. Aktifitas : bermain

e. Personal Hygiene : mandi 2 kali sehari, pakaian diganti setelah mandi

g. Riwayat psikososial spiritual : anak hidup takut dengan orang baru, orang tua takut berpindah

OBJEKTIF

j. Pemeriksaan umum

a. keadaan umum : Anak lemah

b. ketidaran : Compos mentis

c. Tanda vital

Nadi : 120 x/menit

Pernapasan : 20 x/menit

Suhu : 36°C

k. Antropometri

a. TB : 77 cm

b. BB : 9,5 kg

c. LI : 50 cm

d. LD : 60 cm

1. Pemeriksaan Fisik

- kepala** : Normal, tidak ada benjolan, tidak ada kusta, rambut-
tidak rontok, tidak ada bekas luka.
- Mata** : Simetris, tidak ada bekas luka
- Muka** : Simetris, tidak strabismus. Sklera putih, konjung-
tiva merah muda
- Hidung** : Terdapat sekret, tidak ada benjolan, tidak ada
infeksi.
- Telinga** : Simetris, terdapat lubang telinga, tidak ada
tanda infeksi.
- Mulut** : Bersih
- Telak** : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada
pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembengkakan
vena jugularis.
- Dada** : Tidak ada retraksi. Jantung dada, paru-paru simetris
- Abdomen** : Tidak ada bekas luka
- Punggung** : Tidak ada garis kuduk
- Ektremitas** : Tidak ada bekas luka, edema (+), kuku bersih,
tidak pucat. jari lengkap (Negatif) ~~++~~
- Genitalia** : Terdapat lubang uretra diujung penis, 2 testis
berada di dalam skrotum.
- Anus** : Terdapat lubang anus, tidak ada benjolan /
wasir

- m. Pemeriksaan Pemeriksaan : Tidak ditubuhkan
- n. Pemeriksaan Laboratorium: Tidak ditubuhkan
- o. Pemeriksaan Pemeriksaan Lahir: Tidak ditubuhkan
- p. Hasi : Tidak ada
- q. Catatan Medis Lahir : Tidak ada
- r. Pemeriksaan DDST / KPSP : Tidak ada

ANALISA

Anak usia 19 bulan dengan demam sudah 9 hari

PERAWATAN

TANGGAL/JAM: 27/6/22 12:00

1. memberitahukan hasil pemeriksaan anatomi kepala dan
2. memberitahukan IIS untuk memberikan Cairan Tambahan
agar tidak dehidrasi.
3. memberikan terapi: tablet zmc selama 10 hari

Respon

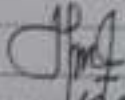
PEMATAKSIAN

1. Memberitahuin hal-hal pemerintahan saat kepada Ibu
E: Ibu telah mengetahui hal-hal pemerintahan anaknya
2. Memberitahuin ibu untuk memastikan catatan tabung
hal agar saat tidak deludras.
E: Ibu telah menuliskan dan akan mencatatkannya
3. Memberitahuin terapan tabung 20ml selama 10 hari.
E: Ibu menerima dan akan memberitahu kepada anaknya
4. Memberitahuin ibu untuk menjaga asupan makanan
E: Ibu memahami dan akan mencatatkannya
5. Memberitahuin ibu untuk menggunakan obat-obatan
yang telah diresepkan oleh dokter
E: Ibu memahami dan akan mencatatkannya
6. Memberitahuin ibu untuk tetap menjaga kebersihan
E: Ibu memahami dan akan mencatatkannya
7. Menjelaskan mengapa jika saat masih ada batuk
E: Ibu mengetahui dan akan mencatatkan penjelasannya
8. Pendokumentasian
E: Bidan telah mencatatkan dokumentasi kasus

1. memberitahukan kepada ibu untuk menjaga kesehatan makanan
2. memberitahu ibu bahwa menggunakan obat-obatan yang telah diresepkan oleh dokter
3. memberitahu ibu untuk tetap menjaga kebersihan
4. kunjungan ulang jika ada masalah atau keluhan.
5. Pendokumentasian

Tanggal: 27 Juni 2022

Pembimbing
Akademi

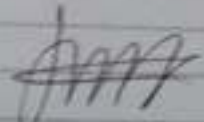


(Heriz Fitriana K. S. ST. N. Ke.) (Bid. Farmasi Terpadu, STC Kab.) (Pelinatar Paknat)



Pembimbing
Lapangan

Mohar Sion



(Pelinatar Paknat)

FORMULIN PENCATATAN BALITA BAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN

Tanggal Kunjungan: 21 Juli 2022 Alamat: Purabaya 2/2 Kemuning
 Nama Anak: A. Intisudom ^(D) Nama Ibu: M. Pih
 Umur: 2 Bulan 1 Tahun BB: 9,5 kg PBTR: 27 cm Suhu: 36 °C
 Anak sakit apa? Diare Kunjungan Pertama: Kunjungan Ulang:

PENILAIAN <small>(Berkaitan dengan gejala yang dicatat)</small>	KLASIFIKASI	TINDAKAN PENGOBATAN
MEMERIKSA TANDA BAHAYA UMUM <ul style="list-style-type: none"> - Tidak bisa berkomunikasi - Menunjukkan ketidaksihan - Keding - Letargi atau tidak sadar - Ada seler - Bau (cyanosis) - Ujung tangan dan kaki pucat dan dingin 	-	-
APAKAH ANAK BATUK ATAU SUKAR BERNAPAS? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Berapa lama? <u>-</u> hari - Hilang napas dalam 1 menit - 30 kali / menit, Napas Cepat? - Ada tarikan dinding dada ke dalam - Ada wheezing - Sekret kental <u>-</u> 	-	-
APAKAH ANAK DIARE? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Berapa lama? <u>1</u> hari - Apakah darah dalam feses? - Keadaan umum anak - Letargi atau tidak sadar - Dehidrasi atau rewel - Mata cekung - Sari anak minum - Tidak bisa minum atau malas minum - Haus, minum dengan tepak - Kulit kulit perut, apakah kembalinya - Sangat lembat (lebih dari 2 detik) - Lembat (rasah sempat terlihat (pitan kulit)) 	<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">Diare tanpa Delusio</p>	<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">- Beri Cairan laktat oral dan rehidrasi sesuai Persep A - Minum / makan kembali dengan porsi kecil - pusingnya usap 3 kali jika tidak ada perbaikan</p>
APAKAH ANAK DEMAM? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <small>Demamnya ATAU teraba panas ATAU suhu > 37.5°C) Tentukan Daerah Risiko Malaria Tinggi Rendah Tanpa Risiko (Risiko Daerah Tanpa Risiko, tanyakan riwayat bepergian ke Daerah endemik malaria dalam 2 minggu terakhir dan tentukan daerah risiko sesuai tempat yang dikunjungi)</small> <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 minum obat malaria? - Apakah anak sakit campak dalam 2 bulan terakhir? - Lihat dan periksa adanya kaku kuduk - Lihat adanya plek - Lihat adanya penyebab demam lain bakteri - Lihat adanya tanda-tanda Campak awal (i) atau Ruam kemerahan di kulit yang menyekur <li style="text-align: center;">DAN - Terdapat salah satu tanda berikut: mata, plek, mata merah, dan/atau diare 	-	-

LARUTAN TTS MALARIA jika tidak ada klarifikasi penyakit berat:
 • pada semua kasus demam di daerah risiko tinggi
 • pada daerah risiko rendah jika tidak ditemukan penyebab pasti demam

<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 ya, apakah dalam atau luar ? - Lihat adanya nanah di mata - Lihat adanya kekuningan di konjuka 	-	-
<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 ada bintik merah di kulit perdarahan hidung/gusi? - Apakah anak sering muntah? - Apakah muntah dengan darah seperti kopi? - Apakah berak beresema hitam? - Apakah nyeri ulu hati atau gelisah? <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda-tanda syok Ujung ekstremitas terasa dingin DAH nadi sangat lemah atau tidak teraba atau - Lihat adanya perdarahan dari hidung/gusi atau bintik perdarahan di kulit (petekie) - Jika petekie sedikit DAH tidak ada tanda lematasi dari DBO, lakukan uji tonoket, jika mungkin Hasil uji tonoket positif _____ negatif _____ - Jika petekie sedikit TANPA tanda lain dari DBO DAH uji tonoket tidak dapat dilakukan, klasifikasikan sebagai DBO. 	-	-
<p>APAKAH ANAK MEMPUYAI MASALAH TELINGA? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apakah ada nyeri telinga? - Apakah rasa penuh di telinga? - Apakah cairan/kehijauan keluar dari telinga? Jika ya, berapa hari? _____ hari di belakang telinga <ul style="list-style-type: none"> - Lihat adanya cairan atau nanah keluar dari telinga - Raba adanya pembengkakan yang nyeri 	-	-
<p>MEMERIKSA STATUS GIZI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lihat dan raba adanya pembengkakan di kedua punggung kaki - Tentukan berat badan (BB) menurut panjang badan (PB) atau tinggi badan (TB) <ul style="list-style-type: none"> - BB menurut PB atau TB < -3 SD _____ - BB menurut PB atau TB -3 SD sampai -2 SD _____ - BB menurut PB atau TB > -2 SD _____ - Tentukan lingkar lengan atas (LLA) (untuk anak umur > sama dengan 5 bulan) <ul style="list-style-type: none"> - LLA < 11,5 cm _____ - LLA 11,5 cm - 12,5 cm _____ - LLA > 12,5 cm _____ - Jika BB menurut PB atau TB < -3 SD ATAU Lingkar Lengan Atas < 11,5 cm, periksa komplikasi medis <ul style="list-style-type: none"> - Apakah ada tanda bahaya umum? - Apakah ada klasifikasi berat? - Jika tidak ada komplikasi medis, nilai pemberian ASI pada anak umur < 6 bulan <ul style="list-style-type: none"> - Apakah anak memiliki masalah pemberian ASI? 		
<p>MEMERIKSA ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lihat adanya keputihan pada telapak tangan, apakah lembek <ul style="list-style-type: none"> - Sengal pucat? - Agak pucat? 	-	-

<p>MEMERIKSA STATUS HIV</p> <p>Tentukan Daerah Risiko HIV: Epidemik Meluas / Epidemik Terkonsentrasi</p> <p>Jika Daerah Epidemik Meluas,</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah anak atau ibu pernah diperiksa HIV? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika Ya, tentukan status HIV: <ul style="list-style-type: none"> Ibu: Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Anak: Tes Virologis Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Tes Serologis Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Jika ibu HIV positif & anak tes serologis HIV negatif/ATAU tidak diketahui, tanyakan: <ul style="list-style-type: none"> Apakah anak masih mendapatkan ASI pada saat tes? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Baru berhenti < 6 minggu pada saat dilakukan tes? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah anak masih mendapatkan ASI pada saat ini? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika Ya, tanyakan: apakah anak mendapatkan ARV profilaksis? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah anak ada riwayat TB atau pemberian CAT (Obat Anti Tuberkulosis) berulang, gizi buruk berulang, pneumonia berulang, diare kronik atau berulang atau persisten? Apakah anak memiliki orang tua kandung dan/atau saudara kandung yang terdiagnosis HIV atau yang meninggal oleh sebab yang tidak diketahui tetapi masih mungkin karena HIV? 		
<p>Jika Daerah Epidemik Terkonsentrasi,</p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat klasifikasi anak, Apakah ada salah satu klasifikasi berat (penyakit sangat berat, pneumonia berat, diare persisten berat, penyakit berat dengan demam, gizi buruk dengan komplikasi)? Apakah anak ada bercak putih di mulut? Apakah anak pernah menderita Tuberkulosis atau mendapat CAT berulang? Apakah anak mengalami riwayat Gizi Buruk berulang? Apakah anak mengalami riwayat Pneumonia berulang? Apakah anak mengalami riwayat Diare Kronis atau diare berulang? Apakah anak memiliki orang tua kandung dan/atau saudara kandung yang terdiagnosis HIV atau yang meninggal oleh sebab yang tidak diketahui tetapi masih mungkin karena HIV? Apakah anak pernah dites HIV? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika Ya, bagaimana hasilnya? <ul style="list-style-type: none"> Tes Virologis Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Tes Serologis Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Jika Tidak, lakukan Test 		
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</p> <p>Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini, beri tanda ✓ jika sudah diberikan</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> Polio 4 <input 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"/> PV <input type="checkbox"/> Campak <input type="checkbox"/> DPT-HB-Hb (lanjutan) <input type="checkbox"/> Campak (lanjutan) </p>	<p>→</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini 1 PV</p>
<p>MEMERIKSA PEMBERIAN VITAMIN A</p> <p>Dibutuhkan suplemen vitamin A: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>→</p>	<p>Diberikan vit A hari ini Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>

MENilai MASALAH ATAU KELUHAN LAIN	-	-
<p>LAKUKAN PENILAIAN PEMBERIAN MAKAN</p> <p>Jika anak berumur < 2 TAHUN atau GIZI KURUS atau ANEMIA DAN anak tidak akan sembuh segera</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah ibu menyusui anak ini? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika "Ya", berapa kali sehari? <u>6</u> kali Apakah menyusui juga di malam hari? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah anak mendapat makanan atau minuman lain? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika "Ya", makanan atau minuman apa? <u>Susu formula dan nasi</u> Berapa kali sehari? <u>3</u> kali Alat apa yang digunakan untuk memberi minum anak? <u>botol</u> Jika anak GIZI KURUS : <u>-</u> 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 sakit ini, apakah ada perubahan pemberian makan? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika "Ya", bagaimana? <u>forsi bertahap</u> 		
	Nashati kapan kembali segera Kurungan Uang <u>2</u> hari	

Nama Pemeriksa

[Signature]
Palomahur Rahmat