

ASUHAN KEPERAWATAN BALITA DAN ANAK PADA AN. M
USIA 2,8 TAHUN DENGAN BATUK BUKAN PNEUMONIA
DI PUSKESMAS MLATI II

No. Register : 10410xxx

PENGKAJIAN DATA

Dokter : Ghela Dwi Lestari

Tanggal / Jam : 23 Juni 2022 / 09.30 WIB

Ruang : MTBS

IDENTITAS ANAK

Nama : An. M

Tanggal lahir : 19 Agustus 2019

Umur : 2.8 tahun

Jenis kelamin : laki-laki

IDENTITAS ORANG TUA

ISTRI

Nama : Ny. R

Umur : 40 th

Suku/Bangsa : Jawa/WNI

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : Popongan, Sinduadi, Mlati, Sleman

No. Telpun : 085775612xxx

SUAMI

Nama : Tn. S

Umur : 29 tahun

Suku/Bangsa : Jawa/WNI

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

SUBYEKTIF

1. Alasan Kunjungan

Ibu mengatakan ingin memeriksakan anak nya yang sedang sakit

2. Keluhan

Ibu mengatakan anak demam disertai batuk dan sesak sudah sehari. Sudah diberi obat tetapi belum sembuh.

3. Riwayat imunisasi

Ibu mengatakan riwayat imunisasi anak lengkap

4. Riwayat alergi

Tidak ada

5. Riwayat kesehatan yang lalu
Ibu mengatakan anak memang sering batuk dan sesak secara berulang

6. Riwayat kesehatan keluarga
Ibu mengatakan dirinya pernah menderita asma sewaktu kecil

7. Riwayat tumbuh kembang
Tumbuh kembang sesuai umur

8. Pola pemeliharaan hidup sehari-hari

a. Nutrisi

- Makan : 2-3x sehari, porsi sedang, sayuran, lauk, kelentan tidak ada

- Minum : Sering, porsi sedang, air putih, susu, kelentan tidak ada

b. Eliminasi

- BAB : Normal, tidak ada kelentan

- BAK : Normal, tidak ada kelentan

c. Istirahat : tidur siang ± 3 jam, malam ± 10 jam

d. Aktivitas : Bermain

e. Personal Hygiene

2x ganti pakaian atau lebih jika anak habis bermain dan kotor

9. Riwayat psikososial : Sehat & waktu

OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Comperentis

b. Tanda vital

Nadi : 77 x/menit

Pernafasan : 28 x/menit

Suhu : 37,3 °C

c. Antropometri

TB : 92 cm

BB : 12 kg

2. Pemeriksaan fisik

Kepala : Mesokhepa, rambut hitam, tidak ada benjolan

Muka : Simetris

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Hidung : Normal, tidak ada benjolan

Telinga : Normal, tidak ada pembengkakan/benjolan

Mulut : Bersih, tidak ada ulserasi/gigit

Leher : Tidak ada pembesaran/benjolan

Janda : Simetris, tidak ada benjolan
 Abdomen : Tidak kembung
 Pinggang : Normal
 Ekstremitas : Normal, tidak ada edem
 Genitalia : Penis berubang diujung, terdapat 2 testis
 Anus : Tidak ada benjolan

3. Pemeriksaan Penunjang
Tidak dilakukan

4. Pemeriksaan DDST / KPSP
Tidak dilakukan

ANALISA

An. M usia 2.8 tahun dengan batuk bukan pneumonia

PENATALAKSANAAN

Tanggal: 28 Juni 2022 Jam: 09.30 WIB

1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan anaknya
 - Ibu mengetahui hari pemeriksaan anaknya
2. Mengajarkan ibu mengenai penyebab dari alergi batuk misal debu, dingin maupun dari makanan yang dikonsumsi. Jika diketahui maka hindari penyebab alergi.
 - Ibu mengerti dan bersedia mengamuk
3. Mengajarkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi anak. Serta hindari makanan yang mengandung pengawet dan pewarna.
 - Ibu mengerti dan bersedia
4. Mengajarkan ibu untuk menjemur anaknya pada pagi hari
 - Ibu mengerti
5. Memberi terapi
 - + Parasetamol Syrup 1 3x1
 - + Ceterizine Syrup 1 1x 1/2
 - + Salbutamol 5x1,2 mg
6. Mengajarkan ibu untuk kontrol ulang 2 hari lagi jika tidak ada perubahan
 - Ibu mengerti

Date

Mlari D, 23 Juni 2022

Mahasiswa

Pembimbing Pendataan



Sheila

Herdin Fitriani Kurniawati, S.Si.T., M.Kes

Sheila Dwi Lestari



Fitri Orbananti, R., And. Keb

FORMULIR PENCATATAN BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN

Tanggal Kunjungan: 23 JUNI 2022

Alamat: Popongan, Senduadi, Mlati, Sleman

Nama Anak: An. M

L/P

Nama Ibu: My. R

Umur: 2 Tahun 8 Bulan BB: 12 kg

PB/TB: 92 cm

Suhu: 37.3°C

Anak sakit apa? Demam, Batuk, ISAK

Kunjungan Pertama

Kunjungan Ulang

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA TANDA BAHAYA UMUM <ul style="list-style-type: none"> • Tidak bisa minum/menyusu • Memuntahkan semuanya • Kejang • Gelisah, Letargis atau tidak sadar • Ada stridor • Biru (sianosis) • Ujung tangan dan kaki pucat dan dingin 	-	-
APAKAH ANAK BATUK ATAU SUKAR BERNAFAS ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> • Berapa lama? <u>1</u> hari • Hitung nafas dalam 1 menit <u>28</u> kali / menit. Nafas Cepat ? • Ada tarikan dinding dada ke dalam • Ada wheezing • Saturasi oksigen <u>-</u> % 	<p>Batuk Bukan Pneumonia</p>	<p>- Beri Pajeri tenggorokan dan pereda batuk</p>
APAKAH ANAK DIARE ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <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 • Beri anak minum : <ul style="list-style-type: none"> - Tidak bisa minum atau malas minum - Haus, minum dengan lelap • Cubit kulit penul, apakah kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> - Sangat lambat (lebih dari 2 detik) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) 	-	-
APAKAH ANAK DEMAM ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> (anamnesis ATAU teraba panas ATAU suhu $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) Tentukan Daerah Endemis Malaria: Tinggi / Rendah / Non Endemis Jika Daerah Non Endemis, tanyakan riwayat bepergian ke daerah endemis malaria dalam 2 minggu terakhir dan tentukan daerah endemis sesuai tempat yang dikunjungi.	<p>Demam Malaria Bukan Malaria</p>	<p>Lakukan Tes Malaria, hasil: RDT (+) / (-) Mikroskopis</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sudah berapa lama? <u>1</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 kudak • Lihat adanya penyebab lain dari demam • Lihat adanya tanda-tanda Campak saat ini. <ul style="list-style-type: none"> - Ruam kemerahan di kulit yang menyeluruh <li style="text-align: center;">DAN - Terdapat salah satu tanda berikut: batuk, pilek, mata merah. 		
LAKUKAN TES MALARIA jika tidak ada klasifikasi penyakit berat : <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 		
Jika anak sakit campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir : <ul style="list-style-type: none"> • Lihat adanya luka di mulut, jika "ada", apakah dalam atau luas? • Lihat adanya merah di mata • Lihat adanya kemerahan di kornea 		
Jika demam 2 hari sampai dengan 7 hari, tanya dan periksa : <ul style="list-style-type: none"> • Apakah demam mendadak tinggi dan terus menerus? • Apakah nyeri ulu hati atau gulasah? • Apakah badan anak dingin? • Apakah anak muntah? <ul style="list-style-type: none"> - Jika "Ya" - Apakah berang? - Apakah muntah dengan darah atau seperti kopi? • Apakah berak berwarna hitam? • Apakah di sekitar anus ada yang tampak DBO? • Periksa tanda-tanda syok : <ul style="list-style-type: none"> Ujung ekstremitas teraba 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 dan DBO, lakukan uji tonjok, jika mungkin. Hasil uji tonjok: positif <u>-</u> negatif <u>-</u> • Jika petekie sedikit TANPA tanda lain dan DBO DAN uji tonjok tidak dapat dilakukan, klasifikasikan sebagai DBO 		

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang diamukari)	KLASIFIKASI	TINDAKAN PENGOBATAN																								
APAKAH ANAK MEMPUNYAI MASALAH TELINGA Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ada nyeri telinga? <input type="checkbox"/> • Apakah rasa penuh di telinga? <input type="checkbox"/> • Apakah cairan/nanah keluar dari telinga? <input type="checkbox"/> • Jika "Ya", berapa hari? <input type="checkbox"/> hari • Lihat adanya cairan atau nanah keluar dari telinga • Raba adanya pembengkakan yang nyeri di belakang telinga 	-	-																								
MEMERIKSA STATUS GIZI <ul style="list-style-type: none"> • Lihat apakah anak tampak sangat kurus • Lihat dan raba adanya pembengkakan di kedua punggung kakitangan • 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 <input type="checkbox"/> - BB menurut PB atau TB : -3 SD sampai -2 SD <input type="checkbox"/> - BB menurut PB atau TB : -2 SD <input checked="" type="checkbox"/> • Tentukan lingkar lengan atas (LLA) untuk anak umur 6 bulan atau lebih <ul style="list-style-type: none"> - LLA $< 11,5$ cm <input type="checkbox"/> - LLA $11,5$ cm - $< 12,5$ cm <input type="checkbox"/> - LLA $\geq 12,5$ cm <input checked="" type="checkbox"/> • 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? 	Gizi Buruk	Anjuran Makanan untuk Anak SAKIT																								
MEMERIKSA ANEMIA <ul style="list-style-type: none"> • Lihat adanya kapusitan pada telapak tangan, apakah tampak: <ul style="list-style-type: none"> - Sangat pucat? <input type="checkbox"/> - Agak pucat? <input type="checkbox"/> 	-	-																								
MEMERIKSA STATUS HIV <p>Jika anak menderita pneumonia berulang atau diare persisten / berulang atau gizi sangat kurus atau Anemia Berat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah anak pernah tes HIV? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika "Ya", kapan? <input type="checkbox"/> Hasilnya Positif <input type="checkbox"/> atau Negatif <input type="checkbox"/> • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika "Ya", kapan? <input type="checkbox"/> Hasilnya Positif <input type="checkbox"/> atau Negatif <input type="checkbox"/> • Apakah anak memiliki orang tua kandung dan / atau saudara kandung: <ul style="list-style-type: none"> - 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 berak peth di Rongga mulut? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> 	-	-																								
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI <p>Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini, beri tanda v jika sudah diberikan.</p> <table border="1" data-bbox="210 1602 1428 1869"> <thead> <tr> <th>BOG</th> <th>Hb 0</th> <th>Polo 1</th> <th>Polo 2</th> <th>Polo 3</th> <th>Polo 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DPT-Hb-Hb 1</td> <td></td> <td>DPT-Hb-Hb 2</td> <td>DPT-Hb-Hb 3</td> <td>IPV</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Campak</td> <td></td> <td colspan="2">DPT-Hb-Hb (lanjutan)</td> <td colspan="2">Campak (lanjutan)</td> </tr> </tbody> </table>	BOG	Hb 0	Polo 1	Polo 2	Polo 3	Polo 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPT-Hb-Hb 1		DPT-Hb-Hb 2	DPT-Hb-Hb 3	IPV		Campak		DPT-Hb-Hb (lanjutan)		Campak (lanjutan)		Lengkap	Imunisasi yang diberikan hari ini: Tidak ada
BOG	Hb 0	Polo 1	Polo 2	Polo 3	Polo 4																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
DPT-Hb-Hb 1		DPT-Hb-Hb 2	DPT-Hb-Hb 3	IPV																						
Campak		DPT-Hb-Hb (lanjutan)		Campak (lanjutan)																						
MEMERIKSA PEMBERIAN VITAMIN A <p>Dibutuhkan suplemen vitamin A: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p>	-	Diberikan vit A hari ini Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>																								
MENJAJI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN	-	-																								
LAKUKAN PENILAIAN PEMBERIAN MAKAN <p>Jika anak berumur < 2 TAHUN atau GIZI KURANG atau ANEMIA DAN anak tidak atau tidak sering.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ibu menyusui anak ini? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika "Ya", berapa kali sehari? <input type="checkbox"/> 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"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika "Ya", makanan atau minuman apa? <input type="checkbox"/> - Berapa kali sehari? <input type="checkbox"/> kali - Air apa yang digunakan untuk membuat susu anak? <input type="checkbox"/> • Jika anak GIZI KURANG: <ul style="list-style-type: none"> - Berapa banyak makanan atau minuman yang diberikan pada anak? <input type="checkbox"/> - Apakah anak mendapat makanan tersendiri? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> - Siapa yang memberi makan dan bagaimana caranya? <input type="checkbox"/> • Selama satu ini, apakah ada perubahan pemberian makan? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika "Ya", bagaimana? <input type="checkbox"/> 	-	-																								

Masukkan tanggal kontrol ulang
 Masyarakat (tanggal) hari

Nama Pemeriksa

DD

Chau Du