



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

SURAT TUGAS

Nomor : 57A /F.7-UMJ/III/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P, FAPSR, FISR
NID/NIDN : 20.1096/0308097905
Jabatan : Dekan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Jakarta

dengan ini menugaskan :

1. Aning Subiyatin, SST, MKes
2. Siti Nurhasiah Jamil, MKeb
3. Dina Sulviana Damayanti, MKeb
4. Astrid Kizy Primadani, SKeb, Bd, MPH
5. Hamidah, SST, MKM
6. Asry Novianty, MKeb
7. Dr Hirfaturrahmi, SST, MKM
8. Febi Sukma, MKeb
9. Elli Hidayati, SST, MKM
10. Nuryaningsih, MKeb
11. Yuni Istiananingsih, MKeb
12. Eva Nur Oktavia, SKeb, Bd, MKM

Untuk melakukan pengembangan bahan ajar Pedoman *Field Trip* Dan Studi Lapangan Ketrampilan Kebidanan V.

Demikian surat tugas ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dilaksanakan sebagai amanah.

Jakarta, 14 Maret 2023

Dekan,

Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P., FAPSR., FISR

NID/NIDN: 20.1096/0308097905



**PEDOMAN *FIELD TRIP* DAN STUDI LAPANGAN
KETRAMPILAN KEBIDANAN V**

PENYUSUN

**Aning Subiyatin, SST, MKes
Elli Hidayati, SST, MKM
Siti Nurhasiah Jamil, M.Keb
Asry Novianty, M.Keb
Astrid Kizi Primadani, SKeb, Bd, MPH
Yuni Istianingsih, MKeb
Dina Sulviana, SST, M.Keb
Hamidah, SST, MKeb
Eva Nur Octavia, SKeb, Bd, MKM
Febi Sukma, M.Keb
Nuryaningsih, M.Keb
Dr Hirfaturrahmi, SST, MKM
Hamidah, SST, MKM**

**PRODI KEBIDANAN FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
2023**

**KERANGKA ACUAN FIELD TRIP DAN STUDI LAPANGAN
KETERAMPILAN KEBIDANAN V
SEMESTER VI PRODI S1 KEBIDANAN DAN PROFESI BIDAN
FKK UMJ TAHUN AKADEMIK 2022/2023**

A. PENDAHULUAN

Field Trip merupakan salah satu metode pembelajaran yang diterapkan di Prodi Sarjana kebidanan Khususnya di Mata Kuliah Keterampilan Kebidanan V Semester VI. Dalam kegiatan pembelajaran mahasiswa melakukan studi lapangan di Puskesmas wilayah kerja DKI Jakarta Pusat, mahasiswa dapat melihat secara langsung pelayanan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

Kematian balita merupakan salah satu indikator penting yang menunjukkan derajat kesehatan masyarakat. Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa angka kematian balita di Indonesia masih cukup tinggi bila dibandingkan negara-negara di Asia Tenggara, yaitu sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup. Menurut data Riskesdas 2007, penyebab utama kematian balita adalah diare (25%) dan pneumonia (15%), sedangkan penyebab utama kematian bayi adalah diare (42%) dan pneumonia (24%). Penelitian Sample Registration System (SRS) tahun 2014 menunjukkan hasil yang sedikit berbeda. SRS menyebutkan bahwa penyebab utama kematian anak balita adalah diare (17%) dan pneumonia (13%). Sedangkan penyebab utama kematian bayi adalah asfiksia (18%), disusul dengan penyakit pneumonia (8%).

Salah satu upaya dalam menurunkan angka kematian balita antara lain melalui Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Metode MTBM/MTBS telah dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1997. MTBM/MTBS termasuk salah satu standar pelayanan kesehatan anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Penerapan pelayanan kesehatan anak yang sesuai standar MTBM/MTBS sejalan dengan Undang-Undang no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Permenkes No. 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak serta Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota. Dengan menerapkan MTBM/MTBS diharapkan terjadi peningkatan penemuan kasus, sehingga semakin banyak balita sakit yang dapat dicegah dari kematian.

Penerapan MTBM/MTBS di puskesmas dapat memperkuat sistem pelayanan kesehatan agar penanganan balita sakit lebih efektif, meningkatkan kualitas pelayanan, meningkatkan peran keluarga dan masyarakat, serta akan melindungi perawat dan bidan bilamana menjumpai permasalahan setelah memberikan pelayanan. Pelayanan balita sakit dengan pendekatan MTBM/MTBS dinilai cost effective dan dapat memberikan kontribusi sangat besar untuk menurunkan angka kematian neonatus, bayi dan anak balita bila dilaksanakan secara benar dan luas.

Salah satu capaian kompetensi pada Mata Kuliah Keterampilan Kebidanan VI adalah mampu mensimulasikan Asuhan Kebidanan pada MTBS/MTBM. Dengan

dilaksanakannya Field Trip, Mahasiswa Sarjana Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta Semester IV, akan dapat melihat secara langsung dan melakukan asuhan MTBS/MTBM di bawah bimbingan di Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas DKI Jakarta Pusat.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti Field Trip Mata Kuliah Keterampilan Kebidanan V, Mahasiswa mempunyai pengalaman, pengetahuan, sikap dan keterampilan secara nyata dalam memberi asuhan kebidanan pada MTBS/MTBM.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti Field Trip mahasiswa mampu :

- a. Melakukan penilaian dan klasifikasi kasus dengan pendekatan MTBS/MTBM
- b. Melakukan tindakan dan pengobatan
- c. Melakukan konseling kepada ibu
- d. Melakukan pelayanan tindak lanjut

C. KOMPETENSI

1. Dalam asuhan MTBM/MTBS, masing – masing mahasiswa ambil 1 kasus MTBM atau MTBS untuk dilakukan pengkajian sampai pelaksanaan
2. Masing- masing mahasiswa membuat laporan fieldtrip
3. Setelah kegiatan field Trip di lapangan, hasil laporan individu dikonsultasikan ke dosen pembimbing akademik, dan dikumpulkan ke dosen koordinator mata kuliah paling lambat tanggal 21 Juli 2022

D. WAKTU PELAKSANAAN

Tanggal : 17 - 25 Juli 2023

Waktu : 07.00 – 15.00 WIB

Tempat :

1. Puskesmas Cempaka Putih
2. Puskesmas Johar Baru
3. Puskesmas Kemayoran
4. Puskesmas Senen
5. Puskesmas Tanah Abang

E. SASARAN

Mahasiswa Sarjana Kebidanan semester VI Tahun Akademik 2022/2023

F. PEMBIMBING

Mahasiswa dibagi menjadi 10 kelompok yang terdiri atas 4-5 orang mahasiswa yang terdiri atas 2 gelombang. Gelombang pertama terdiri atas 5 kelompok, dan gelombang kedua

terdiri atas 5 kelompok. Tiap kelompok dibimbing oleh satu orang dosen pembimbing dan bidan yang bertugas di Puskesmas dengan pembagian sebagai berikut:

GELOMBANG I					
TANGGAL	TEMPAT	NO	NIM	NAMA MAHASISWA	DOSEN PEMBIMBING
17,18,20 Juli 2022	Puskesmas Kecamatan Cempaka Putih	1	20200710300001	Adelia Falih	Aning Subiyatin, SST, MKes
		2	'20200710300002	Adhelia Sarahdilla Putri Afriyati	
		3	'20200710300022	Nisa Fadillah	
		4	'20200710300023	Nita Sapitri	
	Puskesmas Kecamatan Senen	1	'20200710300003	Adinda Nurul Jannah	Eva Nur Octavia, SKeb, Bd, MKM
		2	'20200710300004	Aisyah Nur Aulia Akbar	
		3	'20200710300024	Nurul Karimah	
		4	'20200710300018	Meisya Mutiara Shyfa	
	Puskesmas Kecamatan Sawah Besar	1	'20200710300030	Olivia Listy Fauziah	Elli Hidyati, SST, MKM Nuryaningsih, M.Keb
		2	'20200710300005	Andini Desma Hidayanti	
		3	'20200710300031	Putri Izzatul Farihah	
		4	'20200710300032	Putri Rosar Linda	
	Puskesmas Kecamatan Kemayoran	1	'20200710300006	Annisa Laura Pradhana	Siti Nurhasiyah Jamil, M.Keb
		2	'20200710300007	Aqila Wafa	

		3	'20200710300028	Regita Sifa Andini	
		4	'20200710300029	Sabrina Hilwa Maulidia	
	Puskesmas Kecamatan Tanah Abang	1	'20200710300008	Aqmarina Ramadhanti	Hirfaturrahmi, SST, MKM
		2	'20200710300009	Ardella Putri Yuwono	
		3	'20200710300030	Sella	
		4	'20200710300031	Seykha Adhani Riffeby	

GELOMBANG II

TANGGAL	TEMPAT	NO	NIM	NAMA MAHASISWA	DOSEN PEMBIMBING
21,24,25 Juli 2023	Puskesmas Kecamatan Cempaka Putih	1	'20200710300010	Aulia Syifaa Andrianti	Febi Sukma, M.Keb
		2	'20200710300011	Bella Fitria	
		3	'20200710300032	Siti Indah Dewi Pratiwi	
		4	'20200710300033	Syafa Kamilah Permata Armita	
		5	'20200710300042	Berliani Syah Maharatu Salsyabilla	
	Puskesmas Kecamatan Senen	1	'20200710300012	Canaya Nur Aurelia Safira	Asry Novianty, MKeb Hamidah, SST, MKM
		2	'20200710300013	Dian Oktasari	
		3	'20200710300034	Syahinaz Auliya Balqis	
		4	'20200710300035	Syifa Adzani Sukendar	
	Puskesmas Kecamatan	1	'20200710300014	Fitri Anisa	Dina Sulviana, SST, M.Keb

	Sawah Besar	2	'20200710300015	Ines Sastriani Putri	
		3	'20200710300036	Tirta Cahyaningsih	
		4	'20200710300037	Tiya Setiawati	
	Puskesmas Kecamatan Kemayoran	1	'20200710300016	Kholifah	Yuni Istianingsih, MKeb
		2	'20200710300017	Marlinda Pri Hastuti	
		3	'20200710300038	Vivi Yudha Ningrum	
		4	'20200710300039	Yuliana Batubara	
	Puskesmas Kecamatan Tanah Abang	1	'20200710300019	Melisyia	Astrid Kizi Primadani, SKeb, Bd, MPH
		2	'20200710300020	Minhatus Sania	
		3	'20200710300040	Putri Yuliani	
		4	'20200710300041	Zaskia Anggrawati Rery	
		5.	'20200710300021	Nabila Mutia Billah	

G. OUTLINE LAPORAN FIELD TRIP

1. Halaman Cover
2. Daftar Isi
3. Bab I : Pendahuluan
 - Latar Belakang
 - Tujuan
 - Ringkasan kasus
4. Bab II : Tinjauan Pustaka
5. Bab III : Pembahasan bagaimana penatalaksanaan kasus di puskesmas
6. Bab IV : Penutup Simpulan dan Saran sesuai kasus yang diangkat.
7. Daftar Pustaka
8. Lampiran

- Dokumentasi kegiatan

H. EVALUASI

Pada akhir field trip mahasiswa wajib membuat laporan field trip dengan bobot penilaian 30%.

H. REFERENSI

1. Kementerian Kesehatan RI, 2019 : Terpadu Balita Balita Sakit. Jakarta

Mengetahui
Koordinator Kurikulum & Akademik



Asry Novianty, M.Keb
NIDN. 030411810

Jakarta, 1 Maret 2023
Koordinator MK Keterampilan Kebidanan V



Aning Subiyatin, SST, MKes
NIDN 03 070777 03

RUBRIK PENILAIAN

RUBRIK PENILAIAN PENULISAN MAKALAH DAN LAPORAN

Nama :
Nim :
Judul Makalah :

Laporan	Aspek	Kriteria				Nilai (1-100)
		Sangat baik ≥ 81	Baik 68-80	Cukup 67-55	Kurang ≤ 54	
A. Isi	Pendahuluan	Sistematis, latar belakang dan tujuan sesuai	Tidak sistematis, latar belakang, tujuan sesuai	Sistematis, latar belakang dan tujuan tidak sesuai	Latar belakang dan tujuan tidak sesuai	
	Pembahasan materi	Padat, lengkap sesuai, dan jelas	Lengkap sesuai, jelas, tidak padat	Tidak lengkap sesuai, tidak jelas, padat	Tidak lengkap sesuai, tidak jelas dan tidak padat	
	Kesimpulan	Menjawab tujuan, singkat dan padat	Menjawab tujuan, tidak singkat dan padat	Tidak menjawab tujuan, singkat dan padat	Tidak menjawab tujuan, tidak singkat, dan padat	
	Daftar Pustaka	Penyusunan sesuai sistem Harvard, referensi 10 tahun terakhir disertai dengan jurnal internasional minimal 3	Penyusunan sesuai dengan Harvard, referensi > 10 tahun, jurnal internasional 2	Penyusunan tidak sesuai dengan Harvard, referensi < 10 tahun, jurnal internasional 1	Penyusunan tidak sesuai dengan sistem Harvard, referensi lebih dari 10 tahun terakhir serta tidak ada jurnal internasional	
Total Skor A / 4						
B. Umum	Sistematika laporan	Sistematis dan lengkap	Lengkap, tidak sistematis	Tidak lengkap, sistematis	Tidak sistematis dan tidak lengkap	

	Isi laporan	Pembahasan detail sesuai topik dan komunikatif	Pembahasan detail sesuai topik, tidak komunikatif	Pemahaman tidak detil, komunikatif	Pembahasan tidak detail dan komunikatif	
	Ketepatan waktu pengumpulan	Sesuai dengan target waktu yg ditentukan	Terlambat 1 hari dari waktu yang ditentukan	Terlambat 2-3 hari	Lebih dari 3 hari	
Total Skor B / 3						
Nilai akhir: skor A + skor B / 2						

FORMULIR PENCATATAN BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN

Tanggal Kunjungan : _____ Alamat : _____ Nama Anak : _____ L / P _____ Nama Ibu : _____ Umur : _____ Tahun _____ Bulan _____ BB : _____ kg PB/TB : _____ cm Suhu : _____ °C Anak sakit apa? _____ Kunjungan Pertama _____ Kunjungan Ulang _____		
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)		
MEMERIKSA TANDA BAHAYA UMUM <ul style="list-style-type: none"> • Tidak bisa minum/menyusu • Memuntahkan semuanya • Kejang • Gelembah, Letargis atau tidak sadar • Ada sinder • Biru (sianosis) • Ujung tangan dan kaki pucat dan dingin 		
APAKAH ANAK BATUK ATAU SUKAR BERNAFAS ? <ul style="list-style-type: none"> • Berapa lama? _____ hari • Berapa lama? _____ hari 		
APAKAH ANAK DIARE ? <ul style="list-style-type: none"> • Berapa lama? _____ hari • Adakah darah dalam tinja? 		
APAKAH ANAK DEMAM ? (namanya ATAU teraba panas ATAU suhu $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) Ya _____ Tidak _____ Tentukan Daerah Endemis Malena : Tinggi / Rendah / Non Endemis Jika Daerah Non Endemis, sampaikan riwayat perjalanan ke daerah endemis malena dalam 2 minggu terakhir dan tentukan daerah endemis sesuai tempat yang dikunjungi.		
LAKUKAN TES MALARIA jika tidak ada klasifikasi penyakit berat : • Pada semua kasus balita sakit yang datang ke puskesmas di daerah Endemis Malena tinggi • Jika tidak ditemukan penyebab pasti demam di daerah Endemis Malena rendah Jika anak sakit campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir : <ul style="list-style-type: none"> • Lihat adanya luka di mulut • Lihat adanya nanah di mata • Lihat adanya kekeruhan di kornea Jika "ada", apakah dalam atau luas? • Lihat adanya nanah di mata • Lihat adanya kekeruhan 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 gelisan? • Apakah badan anak dingin? • Apakah anak muntah? • Jika "Ya" • Apakah sering? • Apakah muntah dengan darah atau seperti kopi? • Apakah berak berwarna hitam? • Apakah di sekitar anda ada yang terkena DBD? Ujung ekstremitas teraba dingin DAN nasi sangat lembas 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 tomokot, jika mungkin Hasil uji tomokot: positif _____ negatif _____ Jika petekie sedikit TANPA tanda lain dari DBD DAN uji tomokot tidak dapat dilakukan, klasifikasikan sebagai DBD.		
	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
Lakukan Tes Malaria, hasil : RDT (+) / (-) Mikroskopis :		

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang diamankan)		KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN																		
<p>APAKAH ANAK MEMPUINYAI MASALAH TELINGA Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ada nyeri telinga? <ul style="list-style-type: none"> • Lihet adanya cairan atau nanah keluar dari telinga • Adakan cara penanganan keluar dari telinga? Jika "Ya", berapa hari? <input type="checkbox"/> hari di belakang telinga 																					
<p>MEMERIKSA STATUS GIZI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihet apakah anak tampak sangat kurus. • Lihet dan raba adanya pembengkakan di kedua punggung kaki/tangan • Terangkan berat badan (BB) menurut panjang badan (PB) atau linggi 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 • Terangkan lingkaran lengan atas (LLA) untuk anak umur 6 bulan atau lebih <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 Lingkaran 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"> • Lihet adanya keputihan pada lekapan tangan, apakah tampak : <ul style="list-style-type: none"> - Sangat pudar? - Agak pudar? 																					
<p>MEMERIKSA STATUS HIV</p> <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 type="checkbox"/> • Jika "Ya", kapan? 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? 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 terdiagnosis 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"/> • Lihet, apakah berak putih di Rongga mulut? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> 																					
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</p> <p>Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini, beri tanda v jika sudah diberikan.</p> <table border="0"> <tr> <td>BCG</td> <td>HB 0</td> <td>Polio 1</td> <td>Polio 2</td> <td>Polio 3</td> <td>Polio 4</td> </tr> <tr> <td>DPT-HB-Hb 1</td> <td>DPT-HB-Hb 2</td> <td>DPT-HB-Hb 3</td> <td>PV</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Campak</td> <td>DPT-HB-Hb (lanjutan)</td> <td>Campak (lanjutan)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		BCG	HB 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Polio 4	DPT-HB-Hb 1	DPT-HB-Hb 2	DPT-HB-Hb 3	PV			Campak	DPT-HB-Hb (lanjutan)	Campak (lanjutan)				<p>→</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini :</p> <p>_____</p>
BCG	HB 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Polio 4																
DPT-HB-Hb 1	DPT-HB-Hb 2	DPT-HB-Hb 3	PV																		
Campak	DPT-HB-Hb (lanjutan)	Campak (lanjutan)																			
<p>MEMERIKSA PEMBERIAN VITAMIN A Dibutuhkan suplemen vitamin A: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>		<p>→</p>	<p>Diberikan vit A hari ini : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																		
<p>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</p>																					
<p>LAKUKAN PENILAIAN PEMBERIAN MAKAN</p> <p>Jika anak benumur < 2 TAHUN atau GIZI KURANG atau ANEMIA DAN anak tidak akan ditujuk segera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ibu menyusui anak hr? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • 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"/> • Jika "Ya", makanan atau minuman apa? _____ • Berapa kali sehari? <input type="checkbox"/> kali • Alat apa yang digunakan untuk memberi minum anak? _____ • Jika anak GIZI KURANG : <ul style="list-style-type: none"> • Berapa banyak makanan atau minuman yang diberikan pada anak? _____ • Apakah anak mendapat makanan tersendiri? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Siapa yang memberi makan dan bagaimana caranya? _____ • Selama sakit ini, apakah ada perubahan pemberian makan? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Jika "Ya", bagaimana? _____ 																					

Nasihat kapan kembali segera,
Kunjungan Ulang : _____ hari.

Nama Pemeriksa
td

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : _____ Alamat : _____ Nama Bayi : _____ L / P _____ Nama Ibu : _____ Tanggal Lahir/Umur : _____ BB : _____ gram PB : _____ cm Suhu : _____ °C Bayi sakit apa ? _____ Kunjungan Pertama _____ Kunjungan Ulang _____ KN : 1 / 2 / 3			PENILAIAN			
(Lengkapi semua gejala yang ditunjukkan)			KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN		
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFESI BAKTERI <ul style="list-style-type: none"> • Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua • Ada muntah/kajang • Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali • Hilung nafas dalam 1 menit ____ kali / menit. Ulangi jika ≥ 60 kali / menit. • Hilung nafas kedua ____ kali / menit. Apakah : Nafas cepat (≥ 60 x/menit), atau Nafas lambat (< 40x/menit) • Tarkan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Suhu tubuh ≥ 37,5°C • Suhu tubuh < 36,5°C • Mata berranah : Banyak ____ Sedikit ____ • Puser kemerahan • Puser kemerahan meluas ke dinding perut > 1 cm • Puser berranah • Ada pusul di kulit 						
MEMERIKSA IKTERUS <ul style="list-style-type: none"> • Kuning embu / pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) • Kuning ditemukan pada usia umur 24 jam sampai dengan 14 hari • Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari • Kuning sampai tampak tangan atau telapak kaki • Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki 						
APAKAH BAYI DIARE ? _____ Ya ____ Tidak ____ <ul style="list-style-type: none"> • Bayi sudah diare selama ____ hari • Keadaan umum bayi : - Bayi bergerak atau kemandi sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali / Letargis - Gelasih atau lewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) - Segera 						
MEMERIKSA STATUS HIV <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ibu pernah tes HIV ? Ya ____ Tidak ____ - Jika "Ya", apakah hasilnya : Positif ____ Negatif ____ - Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV ? Sudah ____ Belum ____ - Jika "sukses", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan ? Ya ____ Tidak ____ • Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI ? Ya ____ Tidak ____ Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, wawancara dan lakukan TES SEROLOGIS pada ibu. Jika hasil tes HIV ibu "positif" menandakan tes HIV serologis untuk bayi mulai usia 6 minggu.						
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM <ul style="list-style-type: none"> • Berat badan menurut umur : - Rendah 5 -2 SD ____ - Tidak rendah > -2 SD ____ • Apakah bayi diberi ASI ? Ya ____ Tidak ____ - Jika "Ya" : - Berapa kali dalam 24 jam ? ____ kali - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI ? Ya ____ Tidak ____ - Jika "Ya", apa yang diberikan ? berapa kali dalam 24 jam ? ____ kali alat apa yang digunakan : botol atau cangkir ? Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI. • Lihat apakah posisi bayi benar : Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu. • Lihat apakah perlekatan baik : Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah membuka keluar - Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik - Melekat dengan baik						

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENCOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, disertai ketukal, mendengar suara merelan Tidak mengisap sama sekali - Tidak mengisap dengan efektif - Mengisap dengan efektif • Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut. • Terdapat calah bibir / langit-langit. 		
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</p> <p>Diberikan segera setelah lahir : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>		<p>Vit K1 diberikan hari ini <input type="checkbox"/></p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibuktikan hari ini)</p> <p>HB-0 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Polio - 1 <input type="checkbox"/></p>		<p>Imunisasi yang diberikan hari ini : <input type="checkbox"/></p>
<p>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p>		<p>Nasihatil kapten kembali segera Kunjungan Ulang : <input type="checkbox"/> hari</p>

Nama Pemeriksa
tid _____

