Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama	: YOLA DIVA MEISELVIANA
NIM	: P27824218014
Program Studi	: D III Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan	: 2018

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :

"Asuhan Kebidanan Pada Ny."I" G_3P_{20002} Usia Kehamilan 37-38 Minggu Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana"

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka sayaakan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Magetan, Mei 2021

Yang Menyatakan

YOLA DIVA MEISELVIANA
NIM. P27824218014

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama	: YOLA DIVA MEISELVIANA
Tempat, Tanggal Lahir	: Magetan, 28 Mei 2000
Agama	: Islam
Alamat	: Dsn Sepi RT 01/RW 01, Desa Tanjungsari, Kecamatan Panekan Kabupaten Magetan
Riwayat Pendidikan	:

1. SDN TANJUNGSARI
2. MTsN SIDOREJO
3. SMAN 3 MAGETAN

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : YOLA DIVA MEISELVIANA

NIM : P27824218014

Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Kampus Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya

Memohon kesediaan ibu menjadi klien yang akan diberikan asuhan kebidanan *continuity of care* mulai kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan pemilihan KB pascasalin untuk menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas perhatiannya saya mengucapkan terima kasih.

Magetan, Mei 2021

Yang menyatakan,

YOLA DIVA MEISELVIANA
P27824218014

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Ny. Indah Wahyuni

Umur : 24 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Temboro (Al Ihsan) Karas, Magetan.

Setelah mendapatkan penjelasan maksud dan tujuan serta memahami pelaksanaan studi kasus asuhan kebidanan secara *continuty of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB oleh Mahasiswi Prodi DIII Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi klien dalam pelaksanaan asuhan kebidanan secara *continuty of care* tersebut.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Magetan, Maret 2021

Yang Menyetujui

Indah Wahyuni

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 5

Kriteria Gejala dan Manifestasi Klinis Infeksi COVID-19

Kriteria Gejala	Manifestasi klinis	Penjelasan
Tanpa gejala	Tidak ada gejala klinis	Pasien tidak menunjukkan gejala apapun
Sakit ringan	Sakit ringan tanpa komplikasi	Pasien dengan gejala non-spesifik seperti demam, batuk, nyeri tenggorokan, hidung tersumbat, malaise, sakit kepala, nyeri otot. Perlu waspada pada usia lanjut dan *imunocomromised* karena gejala dan tanda tidak khas.
Sakit sedang	Pneumonia ringan	**Pasien Remaja atau Dewasa**dengan tanda klinis pneumonia(demam, batuk, *dyspnea*, napas cepat) dan tidak ada tanda pneumonia berat. *(frekuensi napas) :* *<2 bulan ≥60x/menit;* *2–11 bulan ≥50x/menit;* *1–5 tahun ≥40x/menit;* *>5 tahun ≥30x/menit),* serta tidak ada tanda pneumonia berat.
Sakit Berat	Pneumonia berat/ISPA berat	**Pasien remaja atau dewasa** dengan demam atau dalam pengawasan infeksi saluran napas, ditambah satu dari : • frekuensi napas >30x/menit, • distress pernapasan berat,atau saturasi oksigen (SpO2) <90% pada udara kamar. Tanda lain dari pneumonia yaitu tarikan dinding dada dan nafas cepat. Diagnosis ini berdasarkan klinis; pencitraan dada dapat membantu penegakan diagnosis dan dapat menyingkirkan komplikasi.
Sakit Kritis	*Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS)	Onset: baru terjadi atau perburukan dalam waktu satu minggu. Pencitraan dada (CT scan toraks, atau ultrasonografi paru): opasitas bilateral, efusi pluera yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya, kolaps paru, kolaps lobus atau nodul. Penyebab edema: gagal napas yang bukan akibat gagal jantung atau kelebihan cairan. Perlu pemeriksaan objektif (seperti ekokardiografi) untuk menyingkirkan bahwa penyebab edema bukan akibat hidrostatik jika tidak ditemukan faktor risiko.

Sumber : Kementerian Kesehatan RI. 2020. Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, Dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Kebiasaan Baru. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 6

Kartu Skor Poedji Rochjati

Nama : Ny. I
Hamil ke 3. Haid terakhir tgl:
Pendidikan ibu : SMA
Pekerjaan ibu : IRT
Umur Ibu : 24 Th.
Perkiraan lahir : 31 - 3 - 2021 (USG)
Suami : SI
Suami : Pengajar

I	II	III	IV				
KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				2
I	1	Terlalu muda hamil I ≤16 Tahun	4				-
	2	Terlalu tua hamil I ≥35 Tahun	4				-
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥4 Tahun	4				-
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥10 Tahun	4				-
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				-
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				-
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				-
	7	Terlalu pendek ≥145 cm	4				-
	8	Pernah gagal kehamilan	4				-
	9	Pernah melahirkan dengan a.terikan tang/vakum	4				-
		b. uri dirogoh	4				-
		c. diberi infus/transfuse	4				-
	10	Pernah operasi sesar	8				-
II	11	Penyakit pada ibu hamil a.Kurang Darah b.Malaria,	4				-
		c.TBC Paru d. Payah Jantung	4				-
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				-
		f. Penyakit Menular Seksual	4				-
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				-
	13	Hamil kembar	4				-
	14	Hydramnion	4				-
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				-
	16	Kehamilan lebih bulan	4				-
	17	Letak sungsang	8				-
	18	Letak Lintang	8				-
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				-
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				-
		JUMLAH SKOR					2

JML. SKOR	KEL. RESIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN/ DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES, PKM, RS	BIDAN DOKTER			
≥12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 7

TABEL SKRINING PRE EKLAMSIA

Nama/Suami : Ny.I / Tn.M .

Umur : 24 th / 32 th .

Alamat : Temboro (Al Ihsan) karas, Magetan

Status Gravida : G3P20002 .

Umur Kehamilan :

Tanggal Skrining : 21 - 12 - 2020

I		**PEMERIKSAAN FISIK DAN ANAMNESIS**			
			*	Ya	Tidak
	1	Riwayat Keluarga Pre Eklamsia			✓
	2	Primigravida			✓
	3	Primutua sekunder (jarak antar kehamilan >10th)			✓
	4	Usia >35 tahun			✓
	5	Body Mass Indek BB/TB^2 >30/Obesitas*			✓
	6	Mean Artherial Pressure (Sistolik+2 Diastolik/3) >90*	80		✓
	7	Roll Over Test (perbandingan Diastolik Miring kiri (left lateral Recummbent) dan Terlentang (supine) >15mmHg	10		✓
		Hasil > 2 (Positif)			
II	1	**Riwayat Khusus**			✓
	2	Riwayat Hipertensi Dalam Kehamilan			✓
	3	Hipertensi Kronis			✓
	4	Kelainan Ginjal			✓
	5	Diabetes			✓
	6	Penyakit Autorium			✓
		Hasil 1 positif			
III		**Doppler Velosimetri Arteri Uterina > 16 minggu**			
	1	Peningkatan resistensi dan atau			✓
	2	Notching (+)			✓
		Hasil 1 positif			
		Hasil Akhir Skrining			15

Keterangan : *: Tulis Hasil pemeriksaan

- Low dose Aspirin 1 x 80-150 mg/hari sampai dengan 7 hari sebelumpersalinan
- Kalsium 1h/hari

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 8

Tabel Skrining Risiko Perdarahan Post Partum
Saat Kehamilan dan Persalinan

Nama/Suami : Ny.I /Tn.M.
Umur : 24th/ 32th.
Alamat : Temboro (Al Ihsan) karas, Magetan.
Status Gravida : G3P20002.
Tanggal skrining : 16-3-2021

	FAKTOR RISIKO ANTENATAL	YA	TIDAK	FAKTOR RISIKO PERSALINAN	YA	TIDAK
1	Usia ≥35 tahun		✓	Induksi Persalinan		✓
2	*BMI ≥30*		✓	Partus lama		✓
3	Grandemulti		✓	- Kala I		✓
4	Postdate		✓	- Kala II		✓
5	Makrosomia		✓	- Kala III		✓
6	Gemeli		✓	Epidural Analgesia		✓
7	Myoma		✓	Vakum / forceps		✓
8	APB		✓	Episiotomi		✓
9	Riwayat HPP		✓	Koriamnintis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir skrininig		10	**Hasil Akhir skrininig**		10

Waspada Perdarahan [-]

Tindak Lanjut [-]

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 9

Nama / Suami : Ny.I/Tn.M. Alamat : Temboro
Tanggal lahir / umur : 24th / 32th Telepon : .

FORMULIR SKRINING CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)

Berilah tanda centang (√)

GEJALA

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Demam / riwayat demam < 2 minggu		✓
2.	Batuk / pilek / nyeri tenggorokan < 2 minggu		✓
3.	Sesak napas		✓

FAKTOR RISIKO

NO.	PERTANYAAN FAKTOR RISIKO	YA	TIDAK
1.	**Riwayat perjalanan ke luar negeri atau kota-kota terjangkit di Indonesia dalam waktu 14 hari sebelum timbul gejala.** Asal Kota : Kapan anda datang :		✓
2.	**Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih :** a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 b. Bekerja atau mengunjungi fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU ; c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah terindentifikasi) ATAU ; d. Memiliki demam (≥38°C) atau ada riwayat demam, memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri atau kontak dengan orang yang memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri		✓ ✓ ✓ ✓
3.	**Apakah ada keluarga yang baik atau mudik dari daerah terjangkit ?** 1. Asal Kota : 2. Kapan anda datang :		✓
4.	**Apakah Anda sedang hamil ?**	✓	
5.	**Apakah Anda mempunyai Riwayat Penyakit Lain ?**		✓

Menyatakan bahwa keterangan yang saya berikan diatas adalah **BENAR.** Surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat, sadar dan tanpa ada paksaandari pihak manapun.jika dikemudian hari saya terbukti memberikan **KETERANGAN PALSU,** saya menyatakan sanggup dibawa ke **RANAH HUKUM.**

Magetan, 16-3-2021

Petugas Skrining

Responden

Materai 6000;

Indah Wahyuni

Saksi

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 10

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANHANYA PADA RIWAYAT CPW (C), SAAT HAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNTE/ORI DIFTERI(E)

NO	RIWAYAT IMUNISASI TT	PERNAH/TIDAK DIIMUNISASI DPT/DPT-HB/DT/TT/Td?	KESIMPULAN STATUS TT?
1	2	3	4
A	**RIWAYAT IMUNISASI DPT/DPT-HB SAAT BAYI**		
	BAYI YANG LAHIR SETELAH TAHUN 1990 STATUS-NYA DIHITUNG T-2		
B	**RIWAYAT BIAS**		
	1 Untuk WUS yang lair antara tahun 1973 s/d 1976		
	a. Kelas6		
	2 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
	a. Kelas1		
	b. Kelas6		
	3 Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
	a. Kelas1		
	b. Kelas5		
	c. Kelas6		
	4 Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
	a. Kelas1		
	b. Kelas4		
	c. Kelas5		
	d. Kelas6		
	5 Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
	a. Kelas1		
	b. Kelas3		
	c. Kelas4		
	d. Kelas5		
	e. Kelas6		
	6 Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
	a. Kelas1		
	b. Kelas2		
	c. Kelas3		
	d. Kelas4		
	7 Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
	a. Kelas1		T_1
	b. Kelas2		T_2
	c. Kelas3		T_3.
C	**SAAT CALON PENGANTIN**		T_4.
D	**SAAT HAMIL**		
	a. Hamil1		T_5
	b. Hamil2		
	c. Hamil3		
	d. Hamil4		
E	**LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI)** CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN &SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI2001		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)			T_5 .

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 11

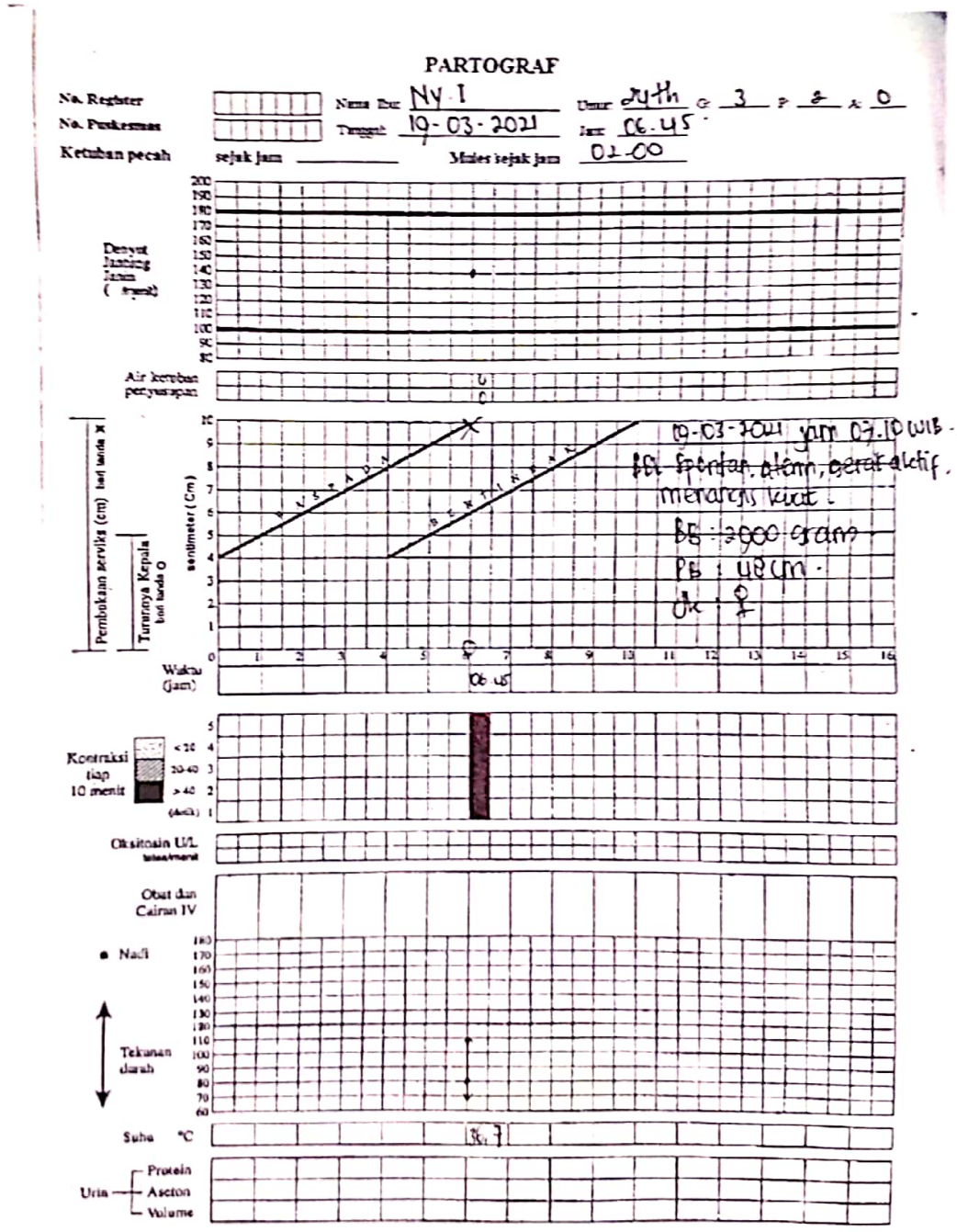
Penggunaan Alat Pelindung Diri

TABEL PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI

LOKASI	PELAYANAN	Pelindung Kepala	Masker	Goggles	Face shield	Coverall	Gown	Apron	Sarung tangan	Sepatu
Fasilitas rawat jalan : Poli KIA FKTP maupun FKRTL	ANC ,PNC	V	Bedah[7]		V		V		V	Sepatu tertutup
Fasilitas rawat inap, IGD, VK, kamar operasi	Persalinan non COVID-19	V	N95	V	V		V	V	V	Boots
Fasilitas IGD, VK	Persalinan dengan suspek/ terkonfirmasi COVID-19	V	N95	V	V	V		V	V	Boots
Fasilitas kamar operasi	SC	V	N95	V	V	V		V	V	Boots
Fasilitas kamar operasi, VK	Perawatan bayi yang lahir dari ibu Suspek/*Probable*/ Terkonfirmasi COVID-19	V	N95	V	V	V		V	V	Boots
		APD untuk mencegah penularan aerosol								
Fasilitas ruang perawatan bayi baru lahir	Perawatan bayi yang lahir dari ibu Suspek/*Probable*/ Terkonfirmasi COVID-19 **dengan tindakan non aerosol generated**	V	N95 / bedah 3 lapis	V	V		V		V	Sepatu tertutup
		APD untuk mencegah penularan droplet								
Fasilitas ruang perawatan khusus (NICU, HCU)	Perawatan bayi yang lahir dari ibu Suspek/*Probable*/ Terkonfirmasi COVID-19 **dengan tindakan aerosol generated** [7]	V	N95	V	V	V		V	V	Boots
		APD untuk mencegah penularan aerosol								

Diplindai dengan CamScanner

Lampiran 12



PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah sejak jam
Nama Ibu Ny. I
Tanggal 10-03-2021
Umur 24th G 3 P 2 A 0
Jam 06.45
Mules sejak jam 02.00

Denyut Jantung Janin (Kpm)

Air ketuban dan penyusupan

Pembukaan serviks (cm) beri tanda X

Turunnya Kepala beri tanda O

sentimeter (Cm)

Waktu (jam)

10-03-2021 jam 07.10 WIB.
BBL spontan, aktif, gerak aktif, menangis kuat.
BB : 3000 gram.
PB : 48 cm.
Jk : P

Kontraksi tiap 10 menit

Oksitosin U/L

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin — Protein, Aseton, Volume

Dipindai dengan CamScanner

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 19-3-2021
2. Nama bidan: NY. U
3. Tempat persalinan:
   - ☐ Rumah Ibu
   - ☐ Polindes
   - ☐ Klinik Swasta
   - ☐ Puskesmas
   - ☐ Rumah Sakit
   - ☑ Lainnya: PMB
4. Alamat tempat persalinan: PMB. NY. U
5. Catatan: ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
6. Alasan merujuk: .....
   Tempat rujukan: .....
7.
8. Pendamping pada saat merujuk:
   ☐ bidan ☐ teman ☐ suami ☐ dukun ☐ keluarga ☐ tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
   ☐ Gawat/darurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT

KALA I

10. Temuan pada fase laten : ..... Perlu Intervensi: Y (T)
11. Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y / T
12. Masalah pada fase aktif, sebutkan .....
13. Penatalaksanaan masalah tersebut .....
14. Hasilnya: .....

KALA II

15. Episiotomi:
    - ☐ Ya, indikasi .....
    - ☑ Tidak
16. Pendamping pada saat persalinan:
    - ☑ suami
    - ☐ teman
    - ☐ tidak ada
    - ☐ keluarga
    - ☐ dukun
17. Gawat janin:
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
      a .....
      b .....
    - ☑ Tidak
    - ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasilnya: .....
18. Distosia bahu
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan: .....
    - ☑ Tidak
19. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya .....

KALA III

20. Inisiasi Menyusu Dini
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak, alasannya .....
21. Lama kala III: 5 menit
22. Pemberian Oksitosin 10 U Im?
    - ☑ Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
    - ☐ Tidak, alasan.....
    - Penjepitan tali pusat 1 menit setelah bayi lahir
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
    - ☐ Ya, alasan.....
    - ☑ Tidak
24. Penegangan tali pusat terkendali?
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak, alasan.....
25. Massase fundus uteri?
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak, alasan .....
26. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) / Tidak
    Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
    a .....
    b .....
27. Plasenta tidak lahir >30 menit :
    - ☑ Tidak
    - ☐ Ya, tindakan .....
28. Laserasi:
    - ☑ Tidak
    - ☐ Ya, dimana .....
29. Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
    Tindakan:
    - ☐ Penjahitan, dengan / tanpa, anestesi
    - ☑ Tidak dijahit, alasan: tidak ada laserasi.
30. Atoni uteri:
    - ☐ Ya, tindakan: .....
    - ☑ Tidak
31. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ± 100 ml
32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya: .....
    Hasilnya .....

KALA IV baik 110/70 81 21

33. Kondisi Ibu : KU baik TD 110/70 mmHg Nadi: 81 x/mnt Napas: 21 x/mnt
34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya .....
    Hasilnya .....

BAYI BARU LAHIR:

35. Berat badan 2900 gram
36. Panjang badan 48 cm
37. Jenis kelamin: L / P
38. Penilaian bayi baru lahir (baik) ada penyulit
39. Bayi lahir:
    - ☑ Normal, tindakan:
      - ☑ menghangatkan
      - ☑ mengeringkan
      - ☑ rangsang taktil
      - ☑ IMD atau ASI menyusu segera
      - ☑ salep mata profilaksis, vitamin K, imunisasi Hepatitis B
    - ☐ Asfiksia, tindakan:
      - ☐ menghangatkan
      - ☐ membebaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)
      - ☐ mengeringkan
      - ☐ rangsangan taktil
      - ☐ ventilasi positif (jika perlu)
      - ☐ asuhan pascaresusitasi
      - ☐ lain-lain, sebutkan:.....
    - ☐ Cacat bawaan, sebutkan:.....
    - ☐ Hipotermi: ya (tidak) tindakan:
      a. .....
      b. .....
      c. .....
40. ☐ Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
    - ☑ Ya, waktu: 1 jam setelah bayi lahir
    - ☐ Tidak, alasan.....
41. Masalah lain, sebutkan:.....
    Penatalaksanaan dan Hasilnya: .....

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temp °C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K:Kemih / Σ Urin	Σ darah keluar
1	07.30	100/80	81	36,5	2jari ↓ pusat	Keras, bundar	-	± 80 ml
	07.45	100/80	81	[redacted]	2jari ↓ pusat	Keras, bundar	-	-
	08.00	110/70	81	[redacted]	2jari ↓ pusat	Keras, bundar	-	-
	08.15	110/80	80	[redacted]	2jari ↓ pusat	Keras, bundar	-	-
2	08.45	110/80	80	36,8	2jari ↓ pusat	Keras, bundar	-	-
	09.15	100/70	82	[redacted]	2jari ↓ pusat	Keras, bundar	-	± 50 ml

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 13

Pelayanan Pascasalin Berdasarkan Zona

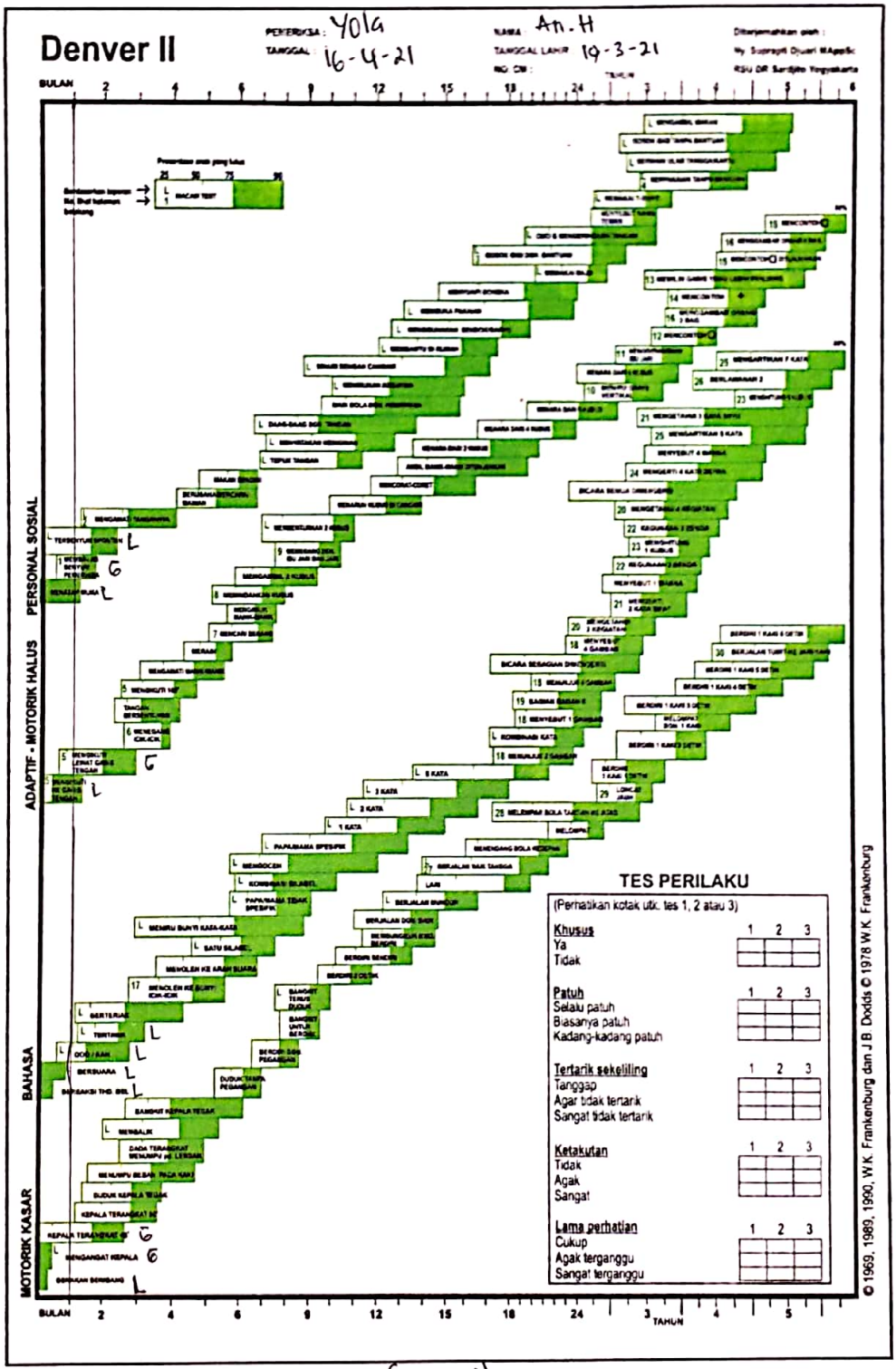
<table>
<tr><th>Jenis Pelayanan</th><th>Zona Hijau (Tidak Terdampak/ Tidak Ada Kasus)</th><th>Zona Kuning (Risiko Rendah), Orange (Risiko Sedang), Dan Merah (Risiko Tinggi)</th></tr>
<tr><td>kunjungan 1 : 6 jam- 2 hari setelah persalinan</td><td colspan="2">Kunjungan nifas 1 bersamaan dengan kunjungan neonatal 1 dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan.</td></tr>
<tr><td>Kunjungan 2 : 3- 7 hari setelah persalinan</td><td rowspan="3">Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan. Apabila diperlukan, dapat dilakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan didahului janji temu/ teleregistrasi.</td><td rowspan="3">Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : dilakukan melalui media komunikasi/ secara daring, baik untuk pemantauan maupun edukasi. Apabila sangat diperlukan, dapat dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan, baik tenaga kesehatan maupun ibu dan keluarga.</td></tr>
<tr><td>Kunjungan 3 : 8- 28 hari setelah persalinan</td></tr>
<tr><td>Kunjungan 4 : 29- 42 hari setelah persalinan</td></tr>
</table>

Sumber : Kemenkes. 2020. *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru Revisi 2*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. Halaman 45.

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 14

DENVER II

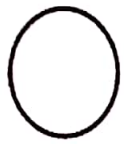


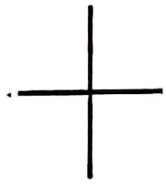
Hasil OT dan OP (normal)

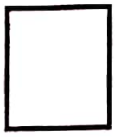
Dipindai dengan CamScanner

PETUNJUK PELAKSANAAN

1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum , berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting di belakang.
5. Gerakan benang dengan perlahan-lahan dalam suatu busur dari satu sisi ke sisi lain ± 20 cm di atas muka anak.
6. Lulus bila anak memegang icik-icik waktu disentuhkannya pada punggung atau ujung jari-jari.
7. Lulus bila anak mencoba melihat kemana benang pergi. Benang dijatuhkan secepatnya dari pandangan tanpa tangan pemeriksa bergerak.
8. Anak harus memindahkan kubus dari satu tangan ke tangan lainnya tanpa bantuan dari tubuh, mulut atau meja.
9. Lulus bila anak mengambil manik-manik dengan ibu jari dan jari.
10. Garis dapat bervariasi, hanya 30° atau kurang dari garis yang dibuat oleh pemeriksa.
11. Genggamkan tangan dengan ibu jari menghadap ke atas dan goyangkan ibu jari. Lulus bila anak menirukan dan tidak menggerakan jari selain ibu jari.





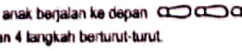


12. Lulus bila ujung saling bertemu, gagal bila gerakan terus melingkar.
13. Garis mana yang lebih panjang ? Putar kertas sampai terbalik (lulus Bila 3 dari 3 atau 5 dari 6)
14. Lulus asal garis menyilang
15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasi - kan

Waktu memberikan tugas 12, 14, dan 15 jangan menyebut bentuknya. Jangan mendemonstrasikan 12 dan 14.

16. Waktu memberikan skor, sepasang (2 tangan, 2 kaki dll) dihitung sebagai satu bagian.
17. Taruh satu kubus di cangkir, kocok perlahan-lahan dekat telinga anak. Ulangi untuk telinga lainnya.
18. Tunjuk masing-masing gambar dan minta anak menyebutkan nama gambar tersebut (Gagal bila hanya suara). Bila 4 nama yang betul, minta anak menunjuk gambar dari nama yang disebut oleh pemeriksa.

19. Gunakan boneka, katakan pada anak : Tunjukkan hidung, mata telinga, mulut, tangan, kaki, perut rambut. Lulus 6 dari 8.
20. Gunakan gambar, tanyakan kepada anak : mana yang terbang?, ... meong ? ..... bicara ?, ... menggonggong ? ..... meringik ?. Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak : Apa yang kau lakukan bila dingin ? ..... capai ? ..... lapar ?. Lulus 2 dari 3, 3 dari 3.
22. Tanya kepada anak : Apa gunanya cangkir ? Apa gunanya kursi ? Apa gunanya pensil ? Jawaban harus termasuk kata-kata gerakan.
23. Lulus bila anak menaruh dan mengatakan berapa kubus yang ada di atas kertas dengan benar. (1, 5).
24. Katakan kepada anak : Taruh kubus di atas meja, di bawah meja, di depan saya, di belakang saya. Lulus bila 4 dari 4 (jangan membantu anak dengan menunjuk, menggerakan kepala atau mata).
25. Tanya kepada anak: Bola itu apa? ..... danau ? ..... meja ? ..... rumah ? ..... pisang ? ..... korden ? ..... pagar ? ..... atap ? ..... Lulus bila disebutkan kegunaannya, bentuk, dibuat dari apa, atau kategori umum (seperti pisang adalah buah, bukan haya kuning). Lulus 5 dari 8, 7 dari 8.
26. Tanya kepada anak : Jika kuda itu besar, tikus adalah ..... ? Jika api panas, es ..... ? Jika matahari bersinar siang hari, bulan bersinar ..... ? Lulus 2 dari 3
27. Anak hanya boleh menggunakan dinding atau besi pegangan, tidak orang, tidak boleh merangkak.
28. Anak harus melempar bola di atas bahu ± 1 m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir ± 22 cm (8½").

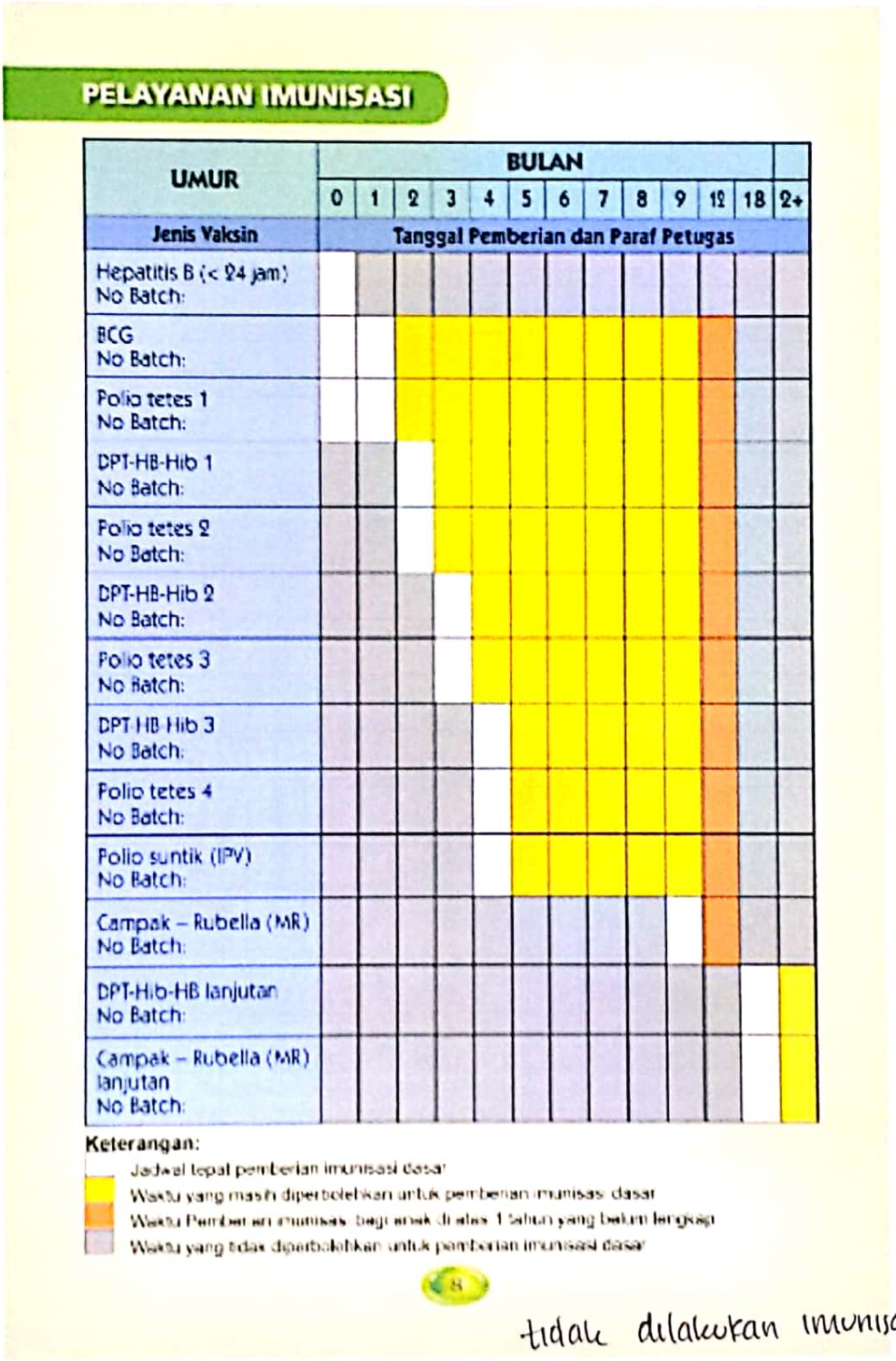
30. Suruh anak berjalan ke depan  Tumit berjarak ± 2½ cm dari ibu jari kaki. Pemeriksa dapat mendemonstrasikan. Anak harus berjalan 4 langkah berturut-turut.

31. Pada usia tahun kedua, separo anak normal tidak patuh.

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 15

Pelayanan Imunisasi



PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	24
Jenis Vaksin	**Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas**												
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:													
BCG No Batch:													
Polio tetes 1 No Batch:													
DPT-HB-Hib 1 No Batch:													
Polio tetes 2 No Batch:													
DPT-HB-Hib 2 No Batch:													
Polio tetes 3 No Batch:													
DPT-HB-Hib 3 No Batch:													
Polio tetes 4 No Batch:													
Polio suntik (IPV) No Batch:													
Campak – Rubella (MR) No Batch:													
DPT-Hib-HB lanjutan No Batch:													
Campak – Rubella (MR) lanjutan No Batch:													

Keterangan:

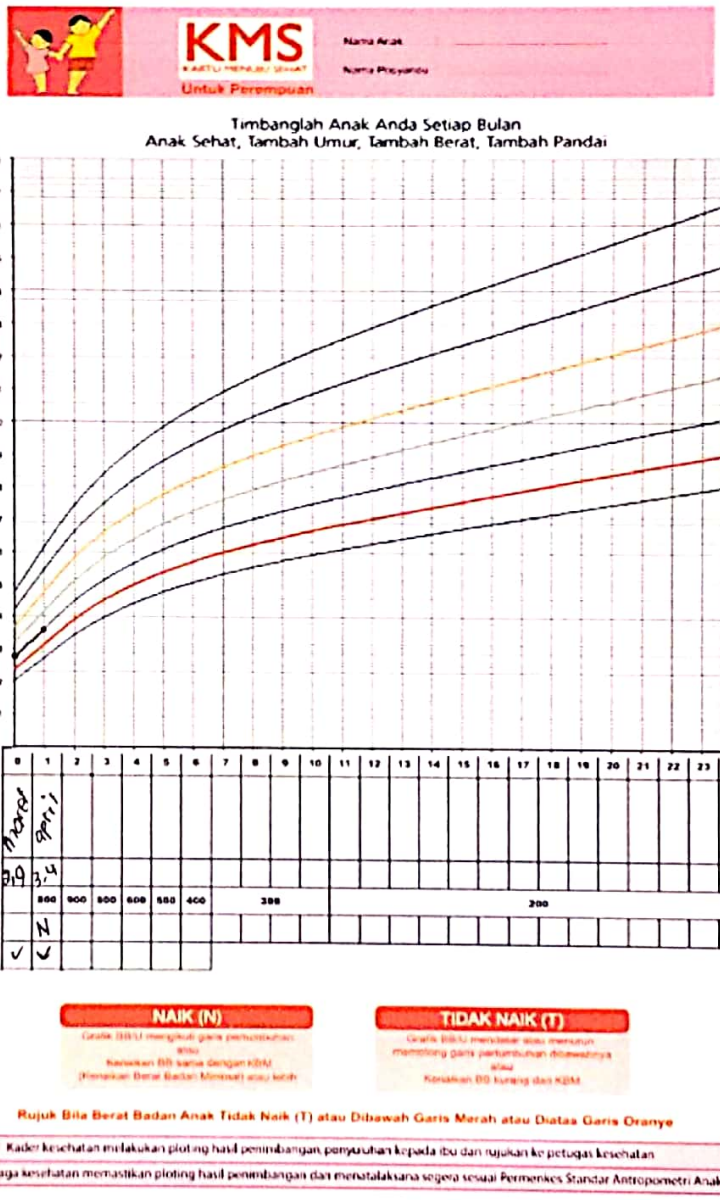
- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar

tidak dilakukan imunisasi

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 16

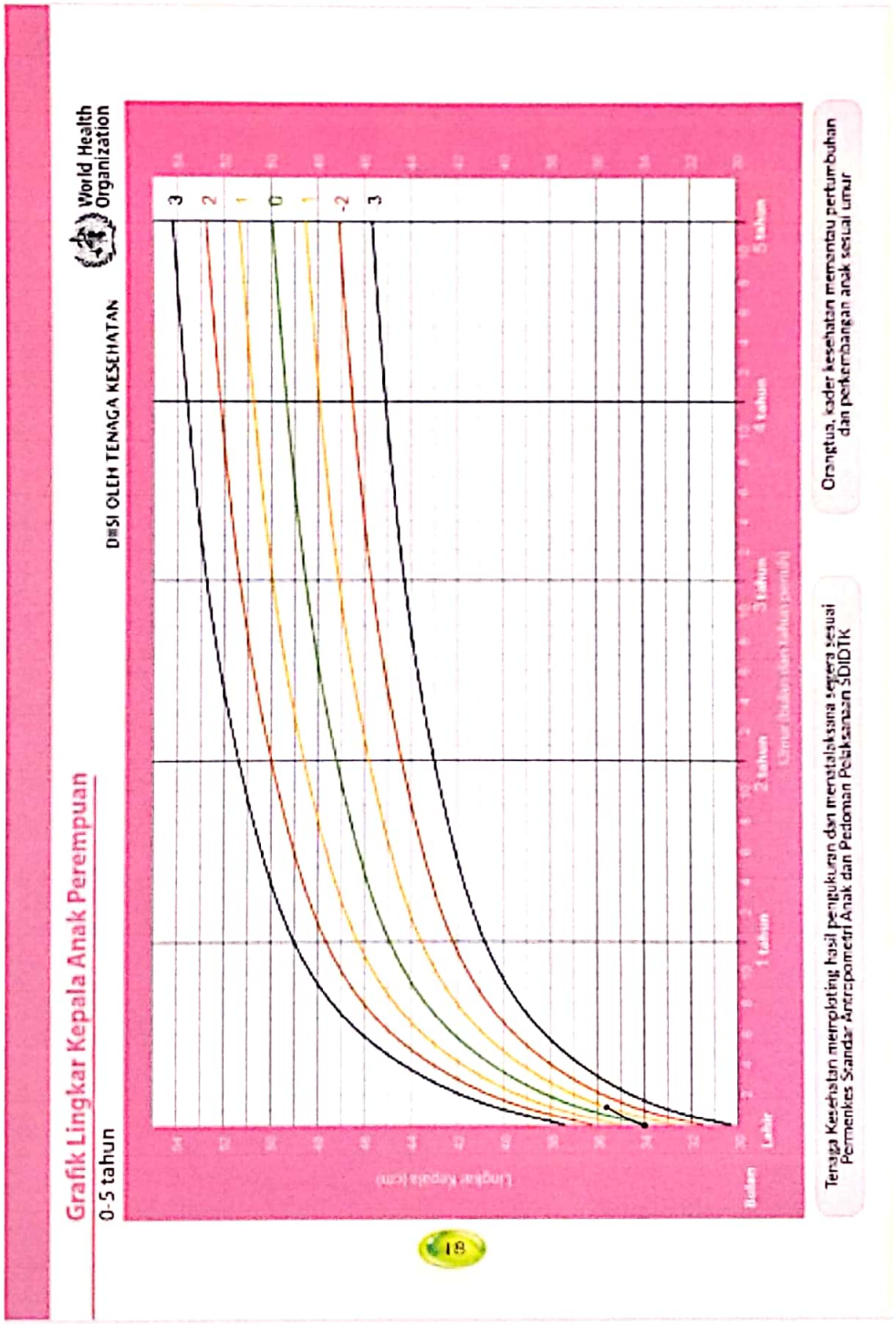
Kartu Menuju Sehat



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 17

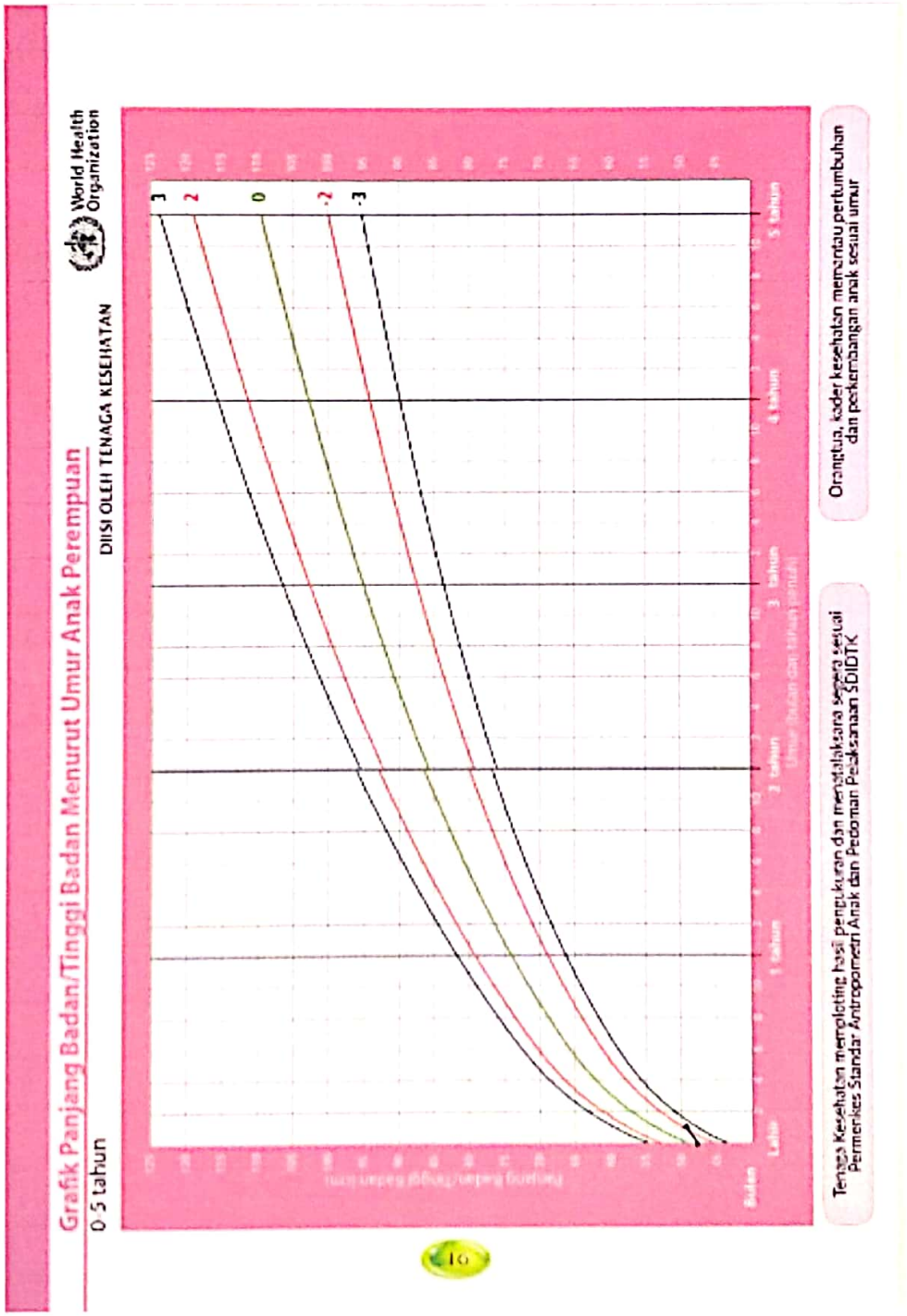
Grafik Lingkar Kepala



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 18

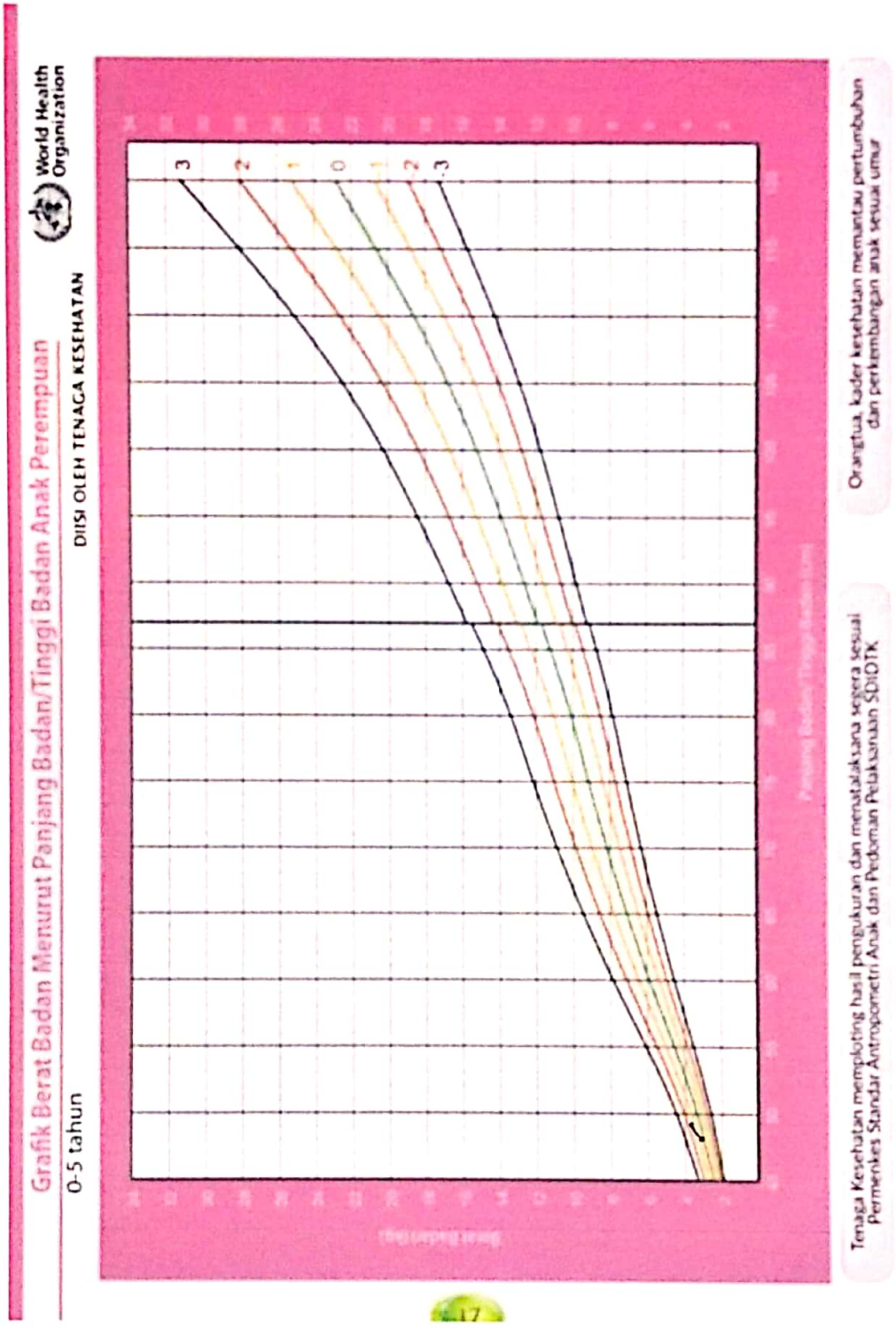
Grafik Panjang Badan Menurut Umur



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 19

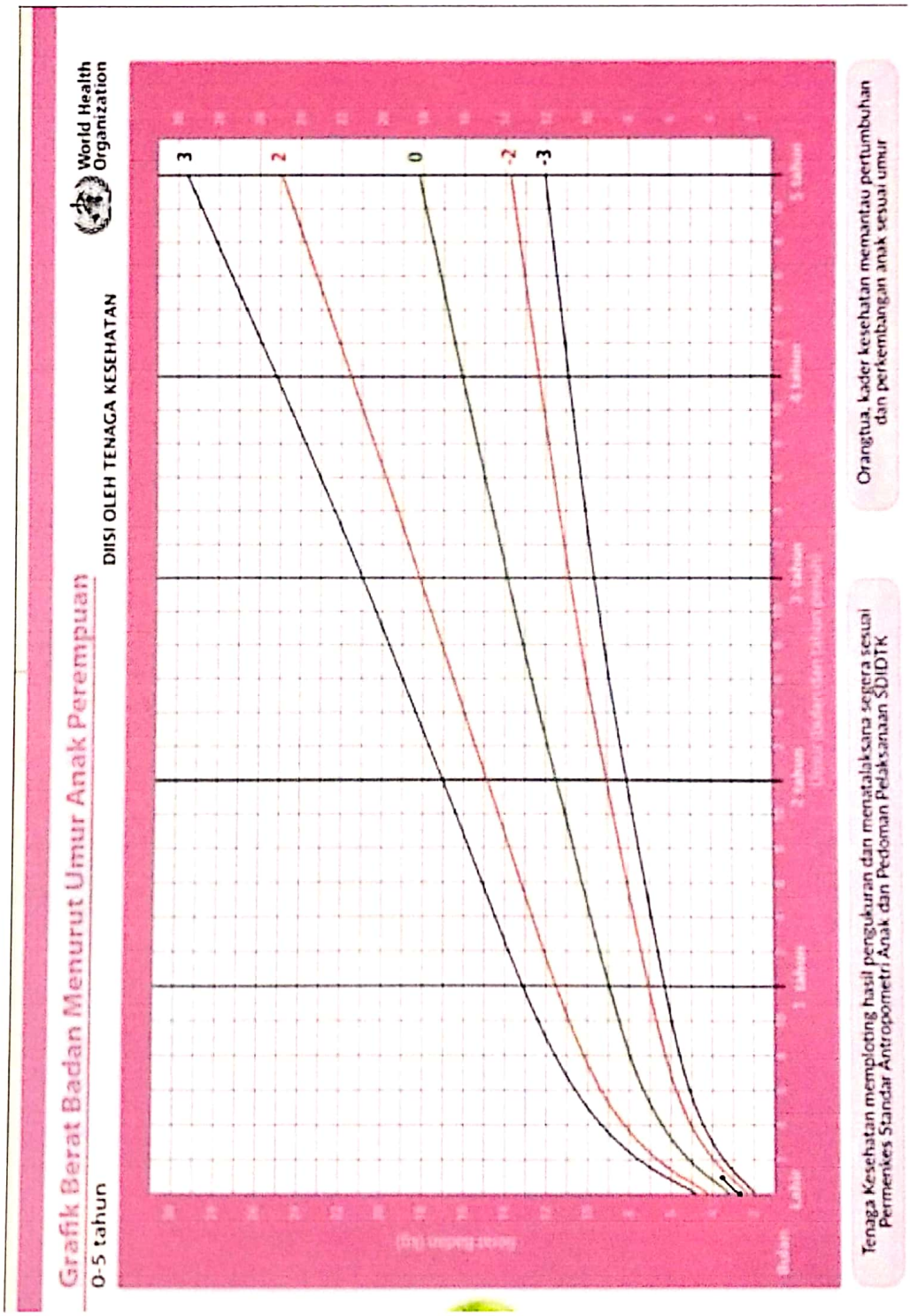
Grafik Berat Badan Menurut Panjang badan



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 20

Grafik Berat Badan Menurut Umur



Dipindai dengan CamScanner