

LAMPIRAN

Lampiran 1

RIWAYAT HIDUP

Nama : HIMARISA ALFIDHA

Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 10 Januari 1999

Agama : Islam

Alamat : Jalan Lawu Rt. 29 Rw. 04 Ds. Sidorejo Kab.
Madiun

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 02 DEMANGAN (2005-2011)
2. SMPN 4 MADIUN (2012-2014)
3. SMAN 4 MADIUN (2015-2017)

Lampiran 2

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : HIMARISA ALFIDHA
NIM : P27824218030
Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan : 2018/2019

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat. Atas perhatian ibu saya ucapkan terimakasih

Magetan,18 Maret 2021

Yang Menyatakan

HIMARISA ALFIDHA
P27824218030

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : HIMARISA ALFIDHA

NIM : P27824218030

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

Memohon kesediaan ibu menjadi klien yang akan diberikan asuhan kebidanan berkesinambungan mulai kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan pemilihan KB untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas kesediannya saya mengucapkan terimakasih.

Magetan, 18 Maret 2021

Pemohon

HIMARISA ALFIDHA
P27824218030

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ERMAWATI

Umur : 34 tahun

Pendidikan : SMA.

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)

Alamat : Sumberdukun Dakutan RT 03 RW 04

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

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

Magetan, 18 Maret 2021

Yang Menyetujui

(.....)

Lampiran 5

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : HIMARISA ALFIDHA
NIM : P27824218030
Program Studi : D III Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan : 2018/2019

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas

Akhir saya yang berjudul :

“Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus
dan Keluarga Berencana Di PMB ”

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Magetan, 18 Maret 2021

Penulis

HIMARISA ALFIDHA

P27824218030

Lampiran 5

**INSTRUMEN SELF ASSESMENT
RISIKO COVID-19**

Nama :

NIK (No.KTP) :

Alamat :

Pekerjaan :

Tanggal :

Demi kesehatan dan keselamatan bersama, mohon anda JUJUR dalam menjawab pertanyaan di bawah ini.

Dalam 14 hari terakhir, apakah anda pernah mengalami hal hal berikut:

No.	PERTANYAAN	YA	TIDAK	JIKA YA, SKOR	JIKA TIDAK, SKOR
1	Apakah pernah keluar rumah/ tempat umum (pasar, fasyankes, kerumunan orang, dan lain lain) ?			1	0
2	Apakah pernah menggunakan transportasi umum ?			1	0
3	Apakah pernah melakukan perjalanan ke luar kota/internasional ? (wilayah yang terjangkau/zona merah)			1	0
4	Apakah anda mengikuti kegiatan yang melibatkan orang banyak ?			1	0
5	Apakah memiliki riwayat kontak erat dengan orang yang dinyatakan ODP,PDP atau konfirm COVID-19 (berjabat tangan, berbicara, berada dalam satu ruangan/ satu rumah) ?			5	0
6	Apakah anda sedang mengalami demam, batuk, pilek, nyeri tenggorokan, dan/atau sesak nafas			5	0
JUMLAH TOTAL					

0 = Risiko Kecil

1 - 4 = Risiko Sedang

≥ 5 = Risiko Besar

TINDAK LANJUT :

Risiko besar dan pemeriksaan suhu $\geq 37,3^{\circ}\text{C}$ tidak diperkenankan masuk, agar dilakukan investigasi lebih lanjut dan direkomendasikan berkonsultasi dengan tenaga kesehatan.

Sumber : Peraturan Bupati Magetan Nomor 32 Tahun 2020 Tentang Pedoman Tatanan Normal Baru Pada Kondisi Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) di Kabupaten Magetan

Lampiran 6

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAAN HANYA 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 lahir antara tahun 1973 s/d 1976		
		a. Kelas 6		
	2	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 6		
	3	Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 5		
		c. Kelas 6		
	4	Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 4		
		c. Kelas 5		
		d. Kelas 6		
	5	Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 3		
		c. Kelas 4		
		d. Kelas 5		
		e. Kelas 6		
	6	Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 2		
		c. Kelas 3		
		d. Kelas 4		
	7	Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 2		
		c. Kelas 3		
C	SAAT CALON PENGANTIN			
D	SAAT HAMIL			
		a. Hamil 1		
		b. Hamil 2		
		c. Hamil 3		
		d. Hamil 4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI)			
	CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2001			
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)				

KETERANGAN:

1. Vaksinasi bayi DPT 3 dosis dimulai sejak 1977-sekarang
2. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas 1 laki+ perempuan (DT 2 ds) & kelas 6 perempuan (TT 2 ds)
3. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1998-2000 = kelas 1 (DT) s/d kelas 2-6 (TT)
4. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 2001- sekarang = kelas 1, 2 & 3
5. Vaksinansi CPW/ CATIN & BUMIL TT2 dosis dimulai 1984- 2000, TH 2001- SEKARANG HARUS DISKRINING LEBIH DULU
6. Interval minimal pemberian: TT1 ke TT2= 4 minggu, TT2 ke TT3= 6 bulan, TT3-TT4= 1 tahun, TT4-TT5= 1 tahun
7. Masa perlindungan terhadap Tetanus Toxoid= T1= 0 tahun, T2= 3 tahun, T3= 5 tahun, T4= 10 tahun, T5= 25 tahun

Lampiran 8

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

I KEL F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV 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 Kurang Darah b. Malaria,	4				
		TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		Kencing Manis (Diabetes)	4				
		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					

Sumber: *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, 2016, Halaman 22

INTERPRETASI :

- KRR : Jumlah skor 2
- KRT : Jumlah skor 6 – 10
- KRST : Jumlah skor > 12

Lampiran 9

TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi		
Umur \geq 35 tahun		
Nulipara		
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya $>$ 10 tahun		
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan		
Obesitas sebelum hamil (IMT $>$ 30 kg/m ²)		
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		
Kehamilan multiple		
Diabetes dalam kehamilan		
Hipertensi kronik		
Penyakit ginjal		
Penyakit autoimun, SLE		
Anti phospholipid syndrome*		
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure $>$ 90 mmHg **		
Proteinuria (urin celup $>$ +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)		
<p>Keterangan Sistem Skoring:</p> <p>Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 risiko sedang <input type="checkbox"/> dan atau, • 1 risiko tinggi <input type="checkbox"/> <p>* Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature</p> <p>** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC</p>		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan :

Bilamana ibu berisiko preeklamsi maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.

Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Lampiran 10

**TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POSTPARTUM SAAT
KEHAMILAN DAN PERSALINAN**

Nama/Suami :
 Umur :
 Alamat :
 Status Gravida :
 Umur Kehamilan :
 Tanggal Skrining :

	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/forcep		
8	APB			Episiotomy		
9	Riwayat HPP			Korionnitis		
10	Riwayat SC			Riwayat SC		
	Hasil Akhir Skrining					

Waspada Perdarahan

Tindak lanjut

INTERPRETASI :

Jika ada 1 “YA” = Waspada Perdarahan

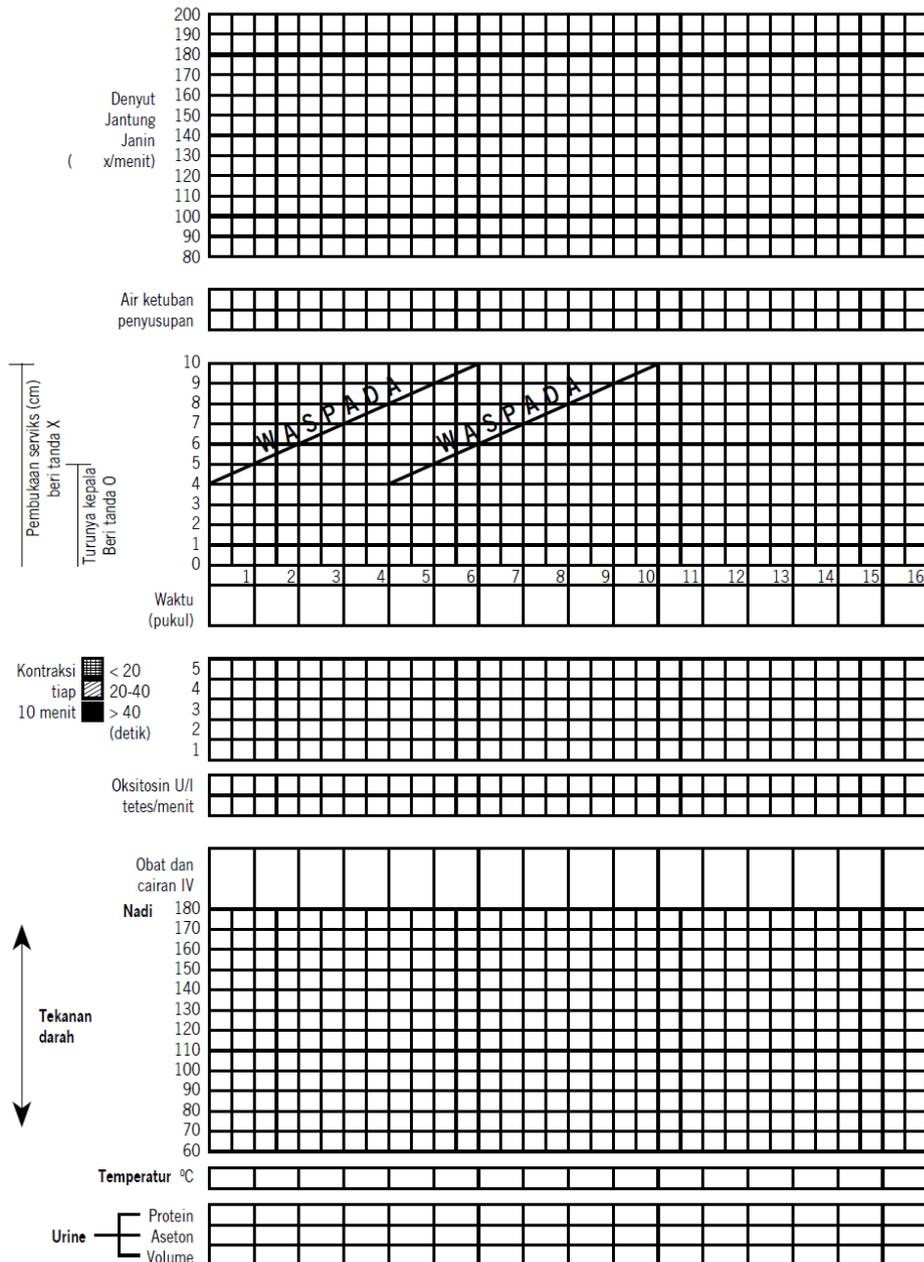
Jika ada > 1 “YA” = Tindak lanjut

Sumber: *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, 2016, Halaman 24

Lampiran 12

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : Umur : G P..... A Hamil minggu
 RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal : Pukul :
 Ketuban Pecah sejak pukul : Mules sejak pukul : Alamat sejak pukul :



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

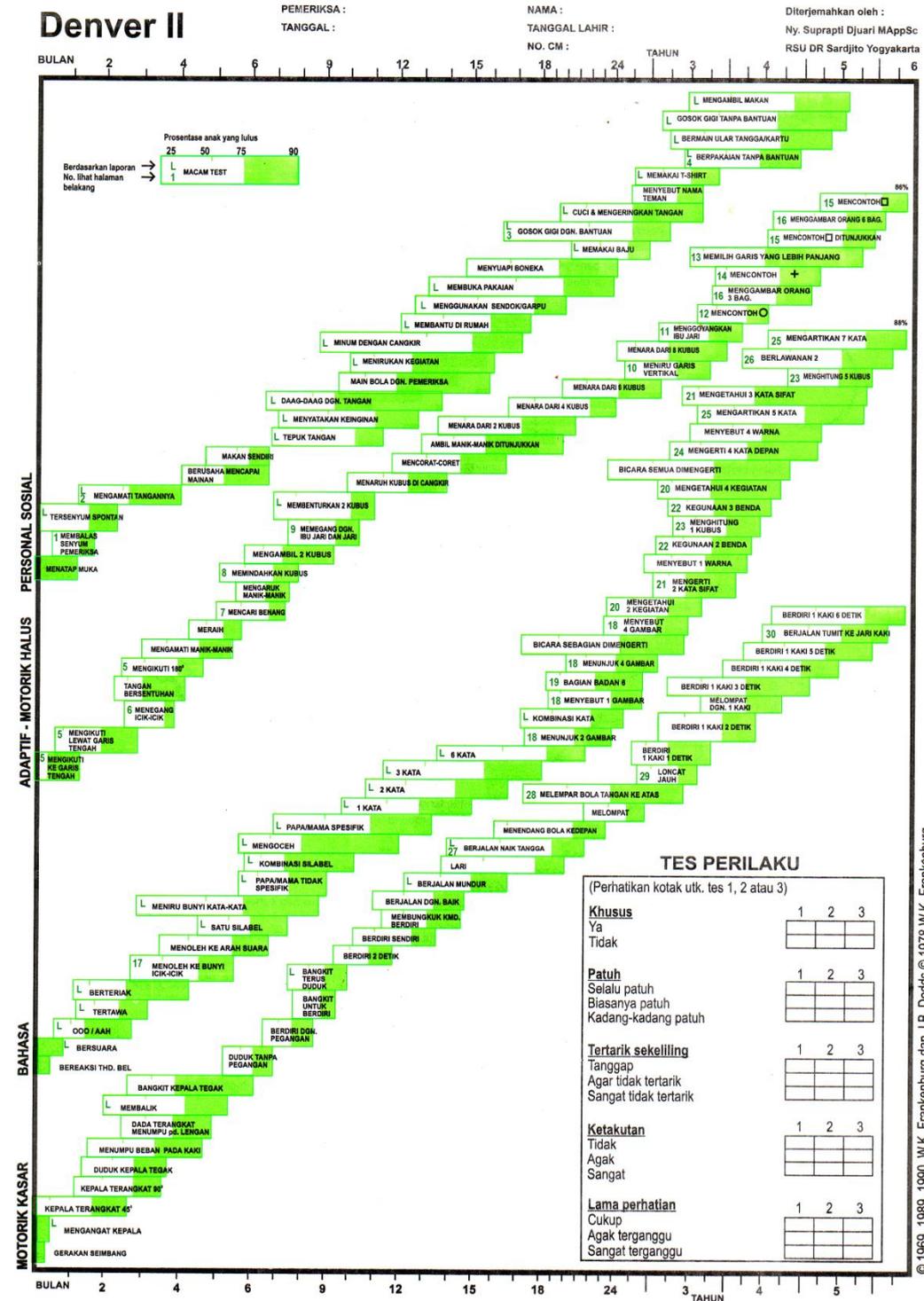
Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

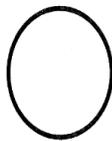
34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Lampiran 13



PETUNJUK PELAKSANAAN

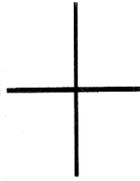
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting 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 menggerakkan 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)

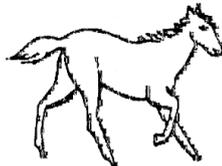


14. Lulus asal garis menyilang



15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasikan

- 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, menggerakkan 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 ($8\frac{1}{2}$).
30. Suruh anak berjalan ke depan  Tumit berjarak $\pm 2\frac{1}{2}$ 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.

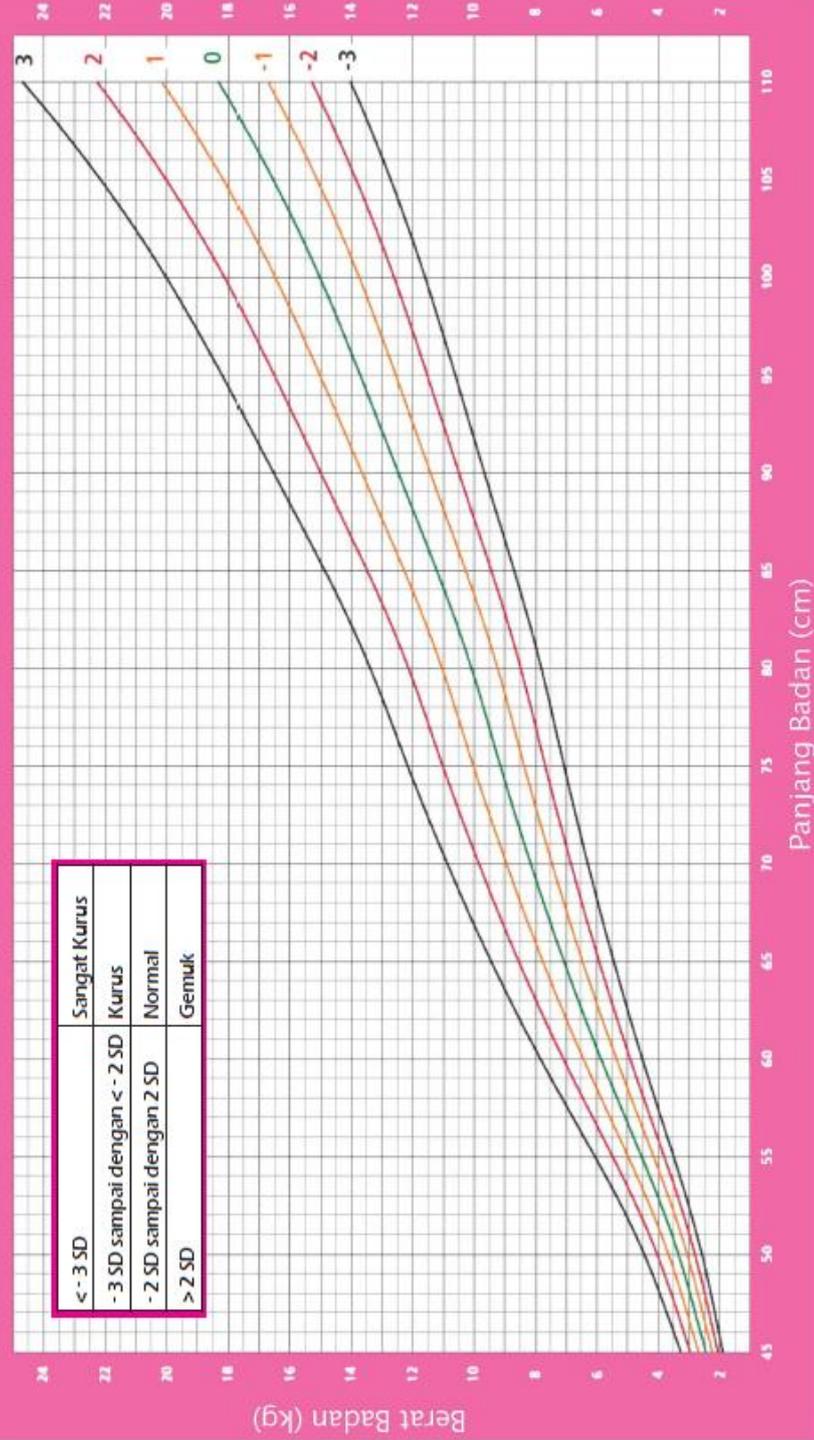
Lampiran 14

PELAYANAN SDIDTK							
PEMANTAUAN PERKEMBANGAN BUKU KIA			Umur	Deteksi Dini Penyimpangan Pertumbuhan			
CEKLIS	HASIL PERKEMBANGAN SESUAI UMUR (LENGKAP/TIDAK LENGKAP)			BB/U (SK/K/N/RBBL)	BB/TB (Gb/Gk/Gn/Gl/O)	TB/U (SP/P/Tn/Ti)	LK/U (MI/N/Ma)
29 hari-3 bulan							
3-6 bulan			3 bulan				
6-9 bulan			6 bulan				
9-12 bulan			9 bulan				
12-18 bulan			12 bulan				
18-24 bulan			15 bulan				
2-3 tahun			18 bulan				
3-4 tahun			21 bulan				
4-5 tahun			24 bulan				
5-6 tahun			30 bulan				
			36 bulan				
			42 bulan				
			48 bulan				
			54 bulan				
			60 bulan				

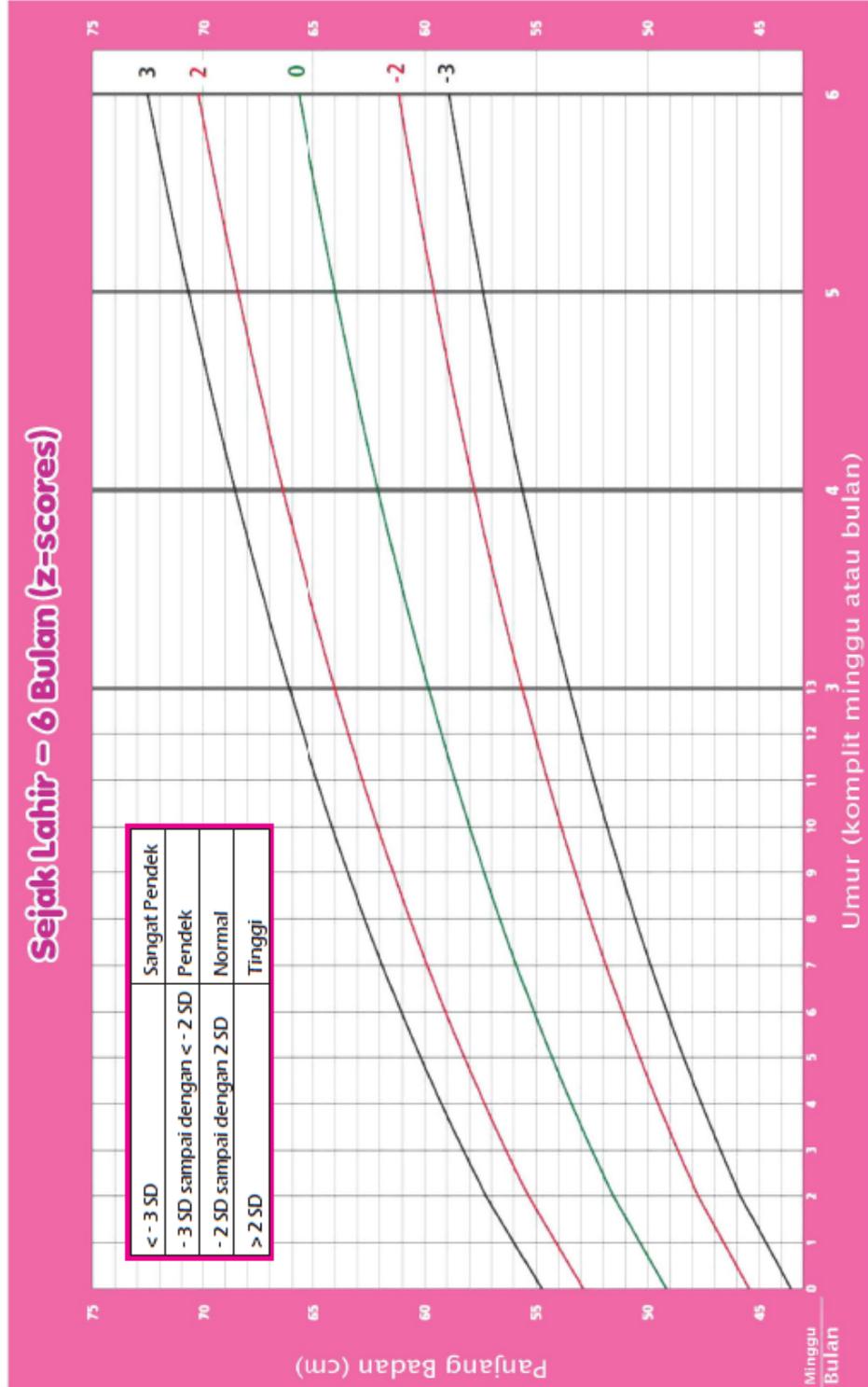
Orangtua dan keluarga dibantu oleh Kader, memantau perkembangan anak sesuai ceklis pada Buku KIA halaman 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, dan 53.

GRAFIK BERAT BADAN PEREMPUAN MENURUT PANJANG BADAN

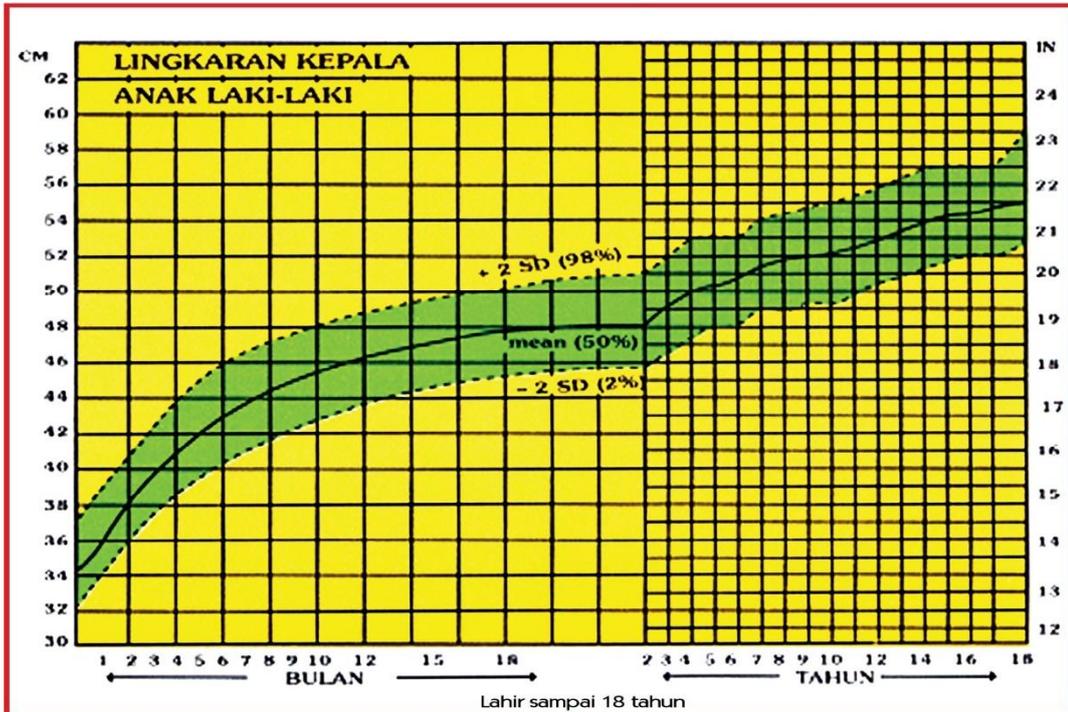
Sejak Lahir – 2 Tahun (z-scores)



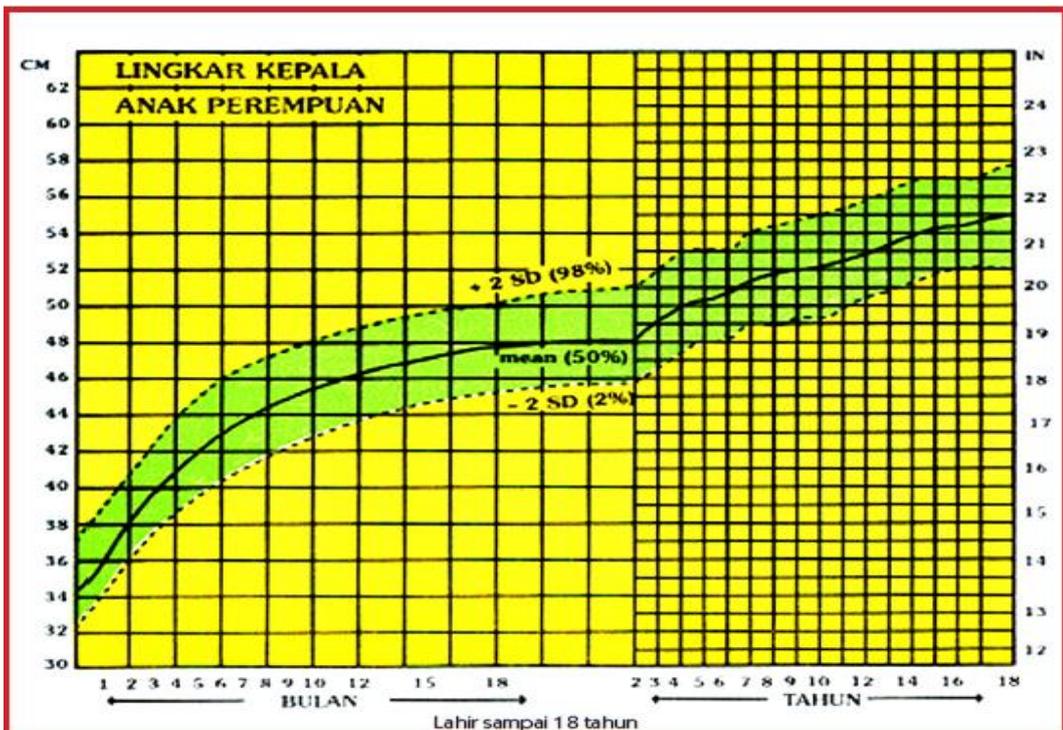
GRAFIK PANJANG BADAN ANAK PEREMPUAN MENURUT UMUR



Lampiran 17



Dari NELHAUS. G. *Pediat* 41 . 106 . 1968 Ukur lingkaran kepala dengan teratur tiap 3 bulan



Dari NELHAUS. G. *Pediat* 41 . 106 .

Lampiran 18

KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK PEREMPUAN

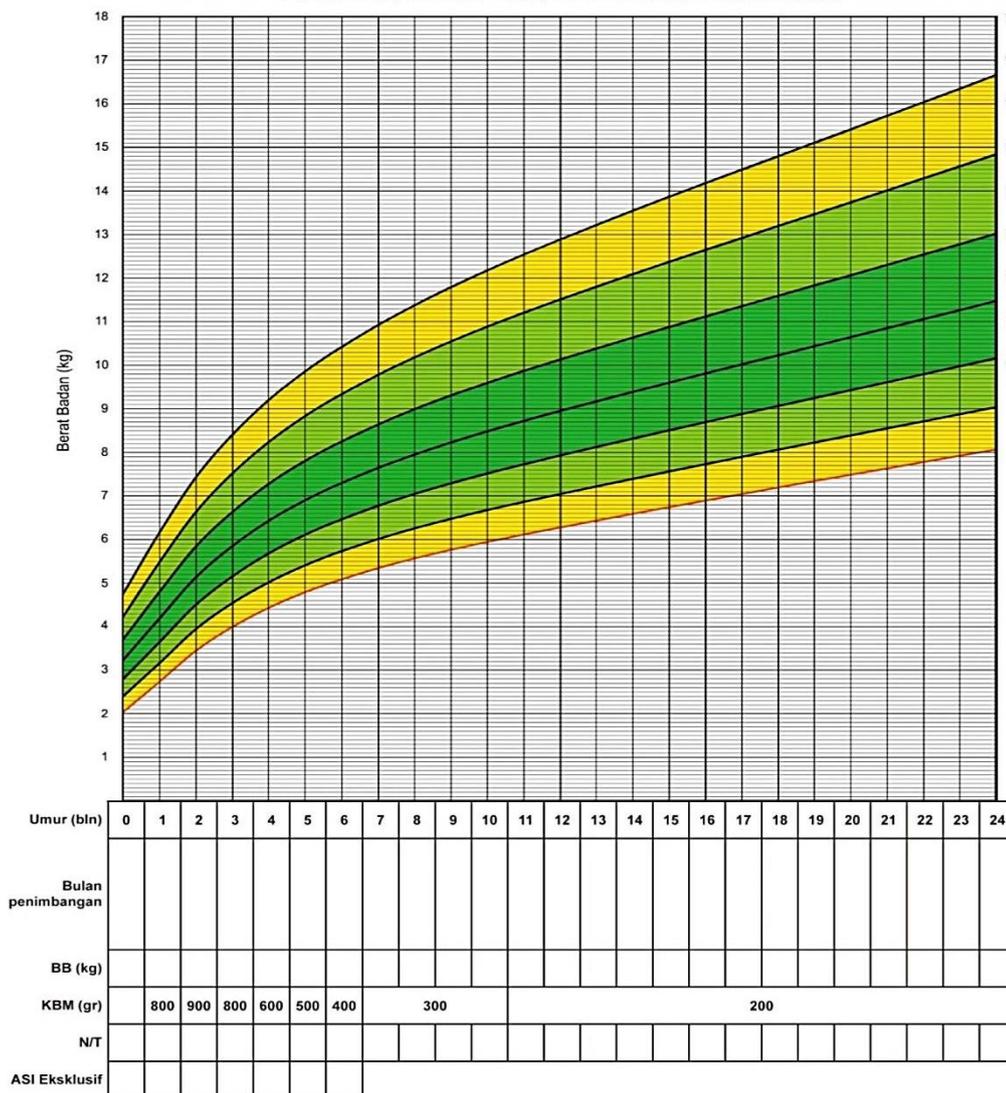


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Perempuan

Nama Anak :

Nama Posyandu :

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



NAIK (N)
Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan atau Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan BB Minimal) atau lebih

TIDAK NAIK (T)
Grafik BB mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

- Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

Lampiran 19

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	2+	
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

UMUR	BULAN													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	18	2+
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas													
*PCV 1 No Batch:														
*PCV 2 No Batch:														
*Japanese Encephalitis No Batch:														
*PCV 3 No Batch:														

* imunisasi PCV dan JE baru diberikan di beberapa provinsi/ kab/kota percontohan

Lampiran 20

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur <2 bulan

0 - 6 jam	6 - 48 jam (KN1)	3 - 7 hari (KN2)	8 - 28 hari (KN3)
Kondisi: BB: gr PB: cm LK: cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input type="checkbox"/> Vit K1 <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: BB: gr PB: cm LK: cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th : Jam : Nomor Batch : Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;">  <p>** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari dengan melingkari angka.</p> </div>
Masalah:	Masalah:	Masalah:	Masalah:
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:

* Catatan penting:

.....

Nama tenaga kesehatan:

.....

** Beri tanda strip (-) jika tidak ada masalah/ tidak dirujuk

Lampiran 21

DAFTAR TILIK PENAPISAN KB

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
Apakah mengalami perdarahan / perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah sakit kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah pernah sakit hebat pada betis paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema) Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara Apakah anda sedang meminum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 jam yang lalu Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan seks yang lain		
Apakah pernah mengalami infeksi sex CIMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenorea berat yang membutuhkan analgetika dan / atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan / perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung atau bawaan		

INTERPRETASI :

- Apabila ada jawaban “YA” pada pertanyaan haid terakhir = pastikan ibu tidak hamil
- Apabila ada jawaban ≥ 1 “YA” pada pertanyaan lain = ibu tidak boleh memakai kontrasepsi

Lampiran 22

TABEL PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

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 ^{*)}		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

*) Bila ada pemeriksaan membuka mulut atau yang menimbulkan aerosol, gunakan masker N95.

LOKASI	PELAYANAN	Pelindung Kepala	Masker	Goggles	Face shield	Coverall	Gown	Apron	Sarung tangan	Sepatu
Fasilitas kamar operasi, VK	Perawatan bayi yang lahir dari ibu Suspek/ <i>Probable</i> / 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/ <i>Probable</i> / 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/ <i>Probable</i> / Terkonfirmasi COVID-19 dengan tindakan aerosol generated **)	V	N95	V	V	V		V	V	Boots
APD untuk mencegah penularan aerosol										

**) Tindakan yang dapat menimbulkan aerosol (*aerosol generated*) yaitu :

- √ Intubasi
- √ Penghisapan saluran napas
- √ Inhalasi (tidak dianjurkan)
- √ Terapi oksigen nasal kanul dengan oksigen lebih dari 2 lpm
- √ Terapi oksigen non-invasif (CPAP, NIPPV, HFN) dan invasif (ventilator mekanik, HFO)

Sumber: *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, 2020, Halaman 29-30

Level 1

Penutup Kepala

Masker surgical

Handshcoen

Baju kerja

Alas Kaki

Tenaga kesehatan di triage sebelum pemeriksaan

Tenaga kesehatan di ruang poli umum

Departemen Neurologi FKUI-RSCM

Level 2

Penutup Kepala

Goggles

Masker N95

Handshcoen

Apron/Gown

Alas Kaki

Fever clinic/triage Covid-19

Ruang isolasi (termasuk ruang isolasi ICU)

Pemeriksaan imaging pasien suspek atau yang sudah terkonfirmasi

Pemeriksaan spesimen non-respiratori dari pasien suspek atau yang sudah terkonfirmasi

Pembersihan intrument medis yang telah digunakan oleh pasien suspek atau pasien yang sudah terkonfirmasi

Departemen Neurologi FKUI-RSCM

Level 3

Goggles

Masker N95

Handshcoen

Cover All Jumpsuits

Boots

Intubasi, trakeotomi, bronkoskopi, endoskopi gastrointestinal pada pasien suspek atau yang sudah terkonfirmasi

Tindakan operatif atau otopsi pada pasien suspek atau yang sudah terkonfirmasi

Pengambilan specimen saluran nafas utk pemeriksaan tersangka Covid-19

Departemen Neurologi FKUI-RSCM