

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **RENANDA AYU DARA YASA**

NIM : **P27824218027**

Status : **Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Kampus Magetan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya**

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”

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar benarnya.

Magetan, Maret 2021

Yang Menyatakan



Renanda Ayu Dara Yasa
(P27824218027)

Lampiran 2**RIWAYAT HIDUP**

Nama : RENANDA AYU DARA YASA

Tempat, Tanggal Lahir : Kediri, 12 Juli 2000

Agama : Islam

**Alamat : Perumahan Taman Sidorejo J/04 RT.38 RW.09 Krian,
Kab.Sidoarjo**

Riwayat Pendidikan :

1. SDN SIDOREJO 1 Angkatan tahun (2007-2012)
2. SMPN 3 KRIAN Angkatan tahun (2013-2015)
3. SMAN 1 PLEMAHAN Angkatan tahun (2016-2018)

Lampiran 3**LEMBAR PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : RENANDA AYU DARA YASA

NIM : P27824218027

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, Maret 2021

Yang memohon



Renanda Ayu Dara Yasa
(P27824218027)

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : SUPRIYATI
Umur : 32 tahun
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Alamat : KARANGREJO 4/A, NGAWI

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



(..... SUPRIYATI)

Lampiran 5

INSTRUMEN SELF ASSESMENT RISIKO COVID-19

Nama : SUPRIYATI
 NIK (No.KTP) :
 Alamat : Karangrejo 4/4, Ngawi
 Pekerjaan : IRT
 Tanggal : 19-3-2021

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			

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.

Lampiran 6

KARTU SKOR POEDJI ROCHYATI

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Ny. Supriyah Umur Ibu : 32 Th.
Hamil ke 2 Haid Terakhir tgl : 08-09-2010 Perkiraan Persalinan tgl : 15 bl 04-2011
Pendidikan : Ibu SMP Suami SMP
Pekerjaan : Ibu IRT Suami Kuli Bangunan

I	II	III	IV					
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan				
				I	II	III	IV	
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2			2	
I	1	Tertalu muda, hamil I < 16 th	4					
	2	a. Tertalu lambat hamil I, kawin > 4th	4					
		b. Tertalu tua, hamil I > 35 th	4					
	3	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4					
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4					
	5	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4					
	6	Tertalu tua, umur > 35 tahun	4					
	7	Tertalu pendek < 145 Cm	4					
	8	Pernah gagal kehamilan	4					
	9	Pernah melahirkan dengan :						
	a. Tarikan tang / vakum	4						
	b. Uri dirogo	4						
	c. Diberi infus/Transfusi	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 2 atau lebih	4					
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4					
	15	Bayi mati dalam kandungan	4					
	16	Kehamilan lebih bulan	4					
	17	Letak Sungsang	8					
	18	Letak Uprang	8					
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8					
	20	Pre-eklampsia Berat / Kuning 2	8					
JUMLAH SKOR			2			2		

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWAT	RUJUKAN	TEMPAT	PEND. LONG
1-5	IBU	BIDAN	TIDAK RUMAH	POLINDES	BIDAN
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKMARS	BIDAN DOKTER
11-12	IBU	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal :

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Puskesmas
3. Bidan 4. Puskesmas
RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas
3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTL)

Gawat Obstetrik : Gawat Darurat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko I & II

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Kel. Faktor Risiko III

1. Perdarahan antepartum
2. Eklampsia
3. Perdarahan postpartum
4. Uri Tertinggal
5. Persalinan Lama
6. Panas Tinggi

TEMPAT : PENOLONG : MACAM PERSALINAN :

1. Rumah Ibu 1. Dukun 1. Normal
2. Rumah bidan 2. Bidan 2. Tindakan pervaginam
3. Polindes 3. Dokter 3. Operasi Sesar
4. Puskesmas 4. Lain-2
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

PASCA PERSALINAN :

IBU : TEMPAT KEMATIAN IBU :

1. Hidup 1. Rumah ibu
2. Mati, dengan penyebab : 2. Rumah bidan
a. Perdarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia 3. Polindes
c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 4. Puskesmas
5. Rumah Sakit

BAYI :

1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan 6. Perjalanan
2. Lahir hidup : Apgar Skor : 7. Lain-2
3. Lahir mati, penyebab :
4. Mati kemudian, umur : hr, penyebab :
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)

1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab :
Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya, / Sterilisasi
2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Lampiran 7

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 lair 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)				75

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

TABEL SKRINING PRE EKLAMPSIA

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru	—	
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu; bayi tabung, obat induksi ovulasi	—	
Umur ≥ 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)	—	
Keterangan Sistem Skoring:		
Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya		
• 2 risiko sedang ☐ dan atau,		
• 1 risiko tinggi ☐		
* Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature		
** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC		

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)

Sumber: Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2020, Halaman 9

Lampiran 9

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POST PARTUM

Saat Kehamilan dan Persalinan

Nama / Suami : SUPRIYATI / JOKO

Umur : 32 tahun

Status gravida : G2 P10001

Umur kehamilan : 39 Minggu

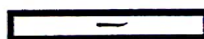
Tanggal skrining : 9-4-2021

	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/forcep		✓
8	APB		✓	Episiotomy		✓
9	Riwayat HPP		✓	Korionnitis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir Skrining	0			0	

Waspada Perdarahan



Tindak lanjut



Keterangan : 1. Dalam ANC bila salah satu jawaban "Ya" waspada Perdarahan

2. Tindak lanjut tergantung kasus

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

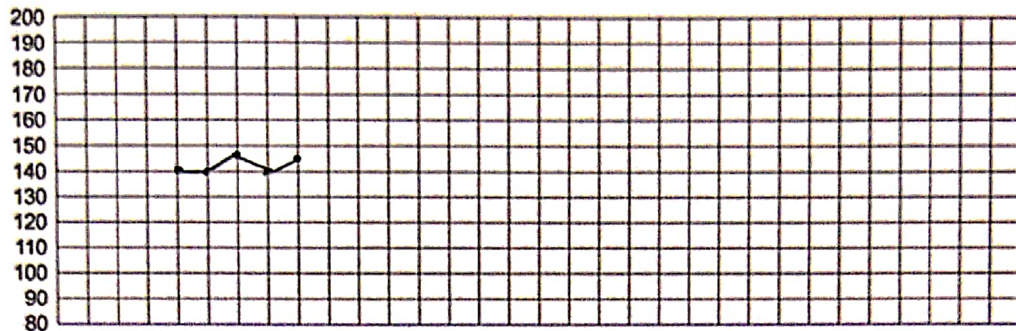
PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah

Sejak jam _____

Nama Ibu : Ny. Supriyati Umur : 32 tahun G. 2 P. 1 A. 0
 Tanggal : 10-4-2021 Jam : 02.00 Alamat : Karangrejo 1/4
 mules sejak jam 18.00 WIB

Denyut Jantung Janin (/menit)

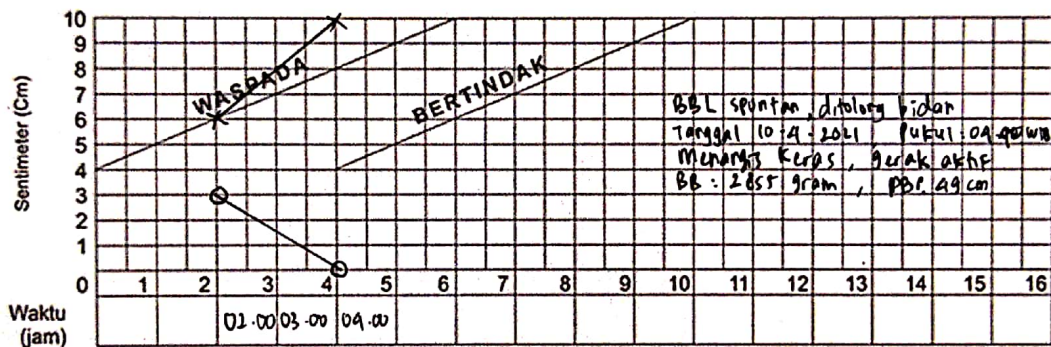


Air ketuban
Penyusupan



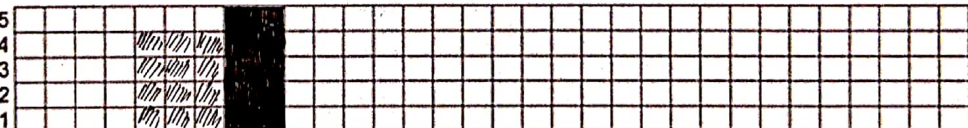
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x

Turunnya kepala
beri tanda o

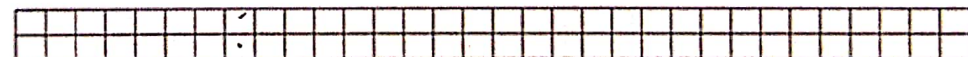


**Kontraksi
tiap
0 Menit**

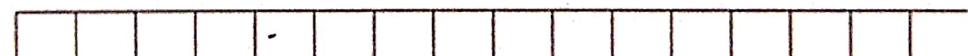
Kontraksi
tiap
0 Menit



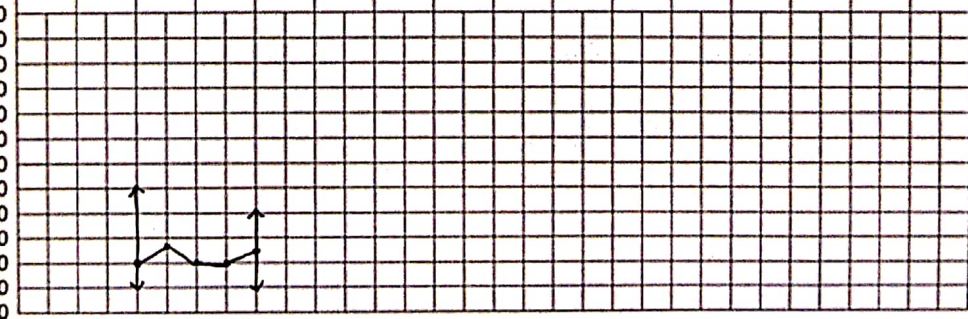
Oksilosin U/L
tetes/menit



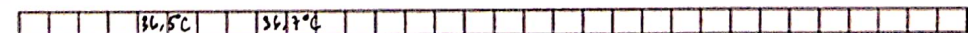
Obat dan Cairan IV



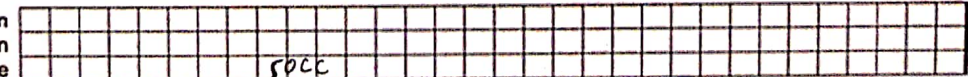
- Nadi



Suhu °C



Urin — Protein
Aseton
Volume



CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 10-4-2021
- Nama bidan : RY. S
- Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta ☒ Lainnya : PMB
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - ☐ Bidan ☐ Teman
 - ☐ Suami ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y (T)
- Masalah lain, sebutkan : -
- Penatalaksanaan masalah Tsb : -
- Hasilnya : -

KALA II

- Episiotomi :
 - ☐ Ya, Indikasi -
 - ☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 - ☒ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
 - ☒ Keluarga ☐ Dukun
- Gawat Janin :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 -
 -
 -
 - ☒ Tidak
- Distosia bahu :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 -
 -
 -
 - ☒ Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut : -
- Hasilnya : -

KALA III

- Lama kala III : 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - ☒ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan -
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - ☐ Ya, alasan -
 - ☒ Tidak
- 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	09.55	100/70	86	36,5°C	2 Jari & Pusat	Keras	-
	05.10	100/70	84		2 Jari & Pusat	Keras	-
	05.25	100/70	84		2 Jari & Pusat	Keras	-
	05.40	100/70	84		2 Jari & Pusat	Keras	-
2	06.10	100/70	84	36,7°C	2 Jari & Pusat	Keras	-
	06.40	100/70	84		2 Jari & Pusat	Keras	50cc

Masalah kala IV : -
 Penatalaksanaan masalah tersebut : -
 Hasilnya : -

- Masase fundus uteri ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan -
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 -
 -
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - ☐ Ya, tindakan :
 -
 -
 -
 - ☒ Tidak
- Laserasi :
 - ☒ Ya, dimana Kulit Perineum
 - ☐ Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat 0/2/3/4
 - Tindakan :
 - ☒ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - ☐ Tidak dijahit, alasan -
- Atoni uteri :
 - ☐ Ya, tindakan
 -
 -
 -
 - ☒ Tidak
- Jumlah perdarahan : 100 ml
- Masalah lain, sebutkan -
- Penatalaksanaan masalah tersebut : -
- Hasilnya : -

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan 2655 gram
- Panjang 49 cm
- Jenis kelamin : L (P)
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- 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 -
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
 - ☐ Hipotermi, tindakan :
 -
 -
 -
- Pemberian ASI
 - ☒ Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan -
- Masalah lain,sebutkan : -
- Hasilnya : -

Lampiran 11

KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK PEREMPUAN

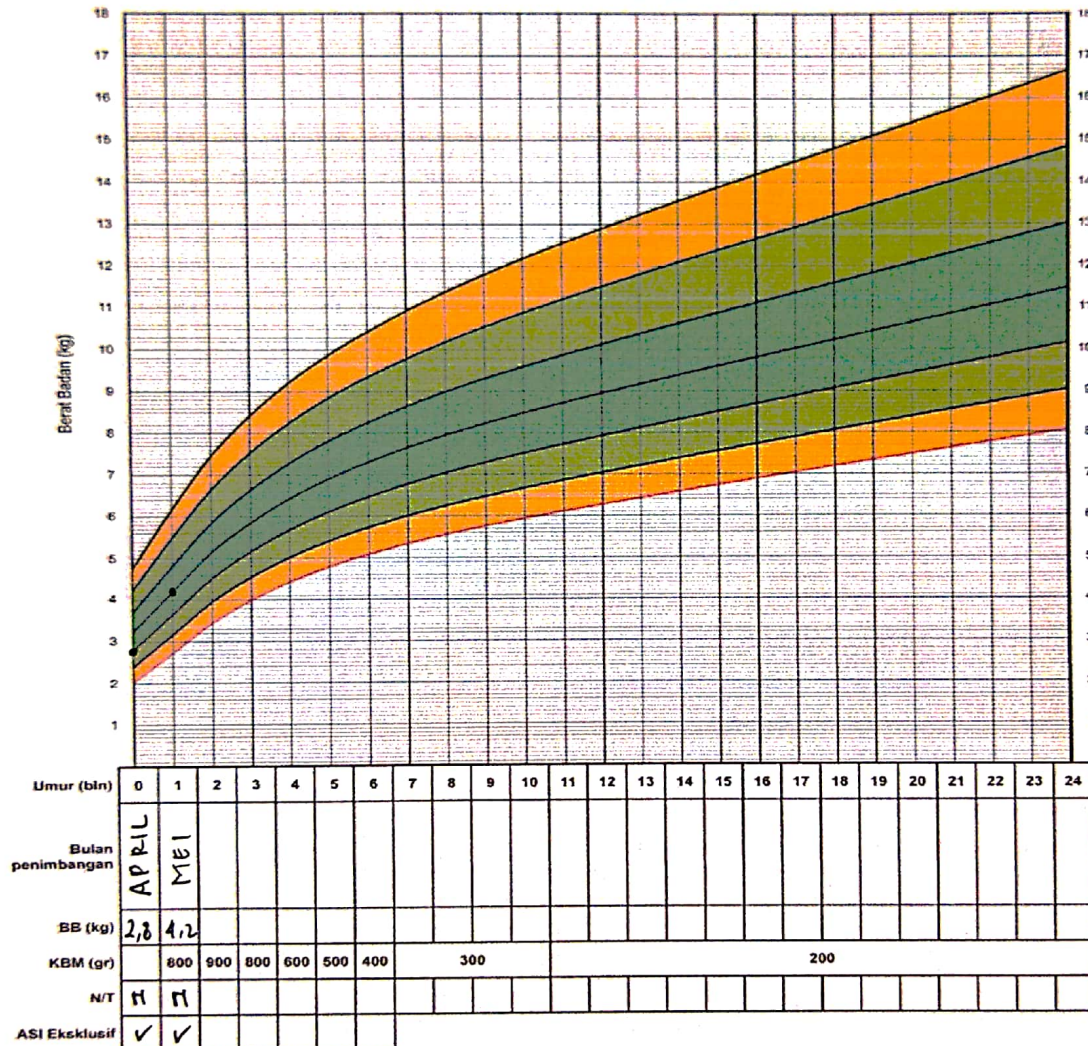


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Perempuan

Nama Anak: An. D

Nama Posyandu: _____

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



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

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

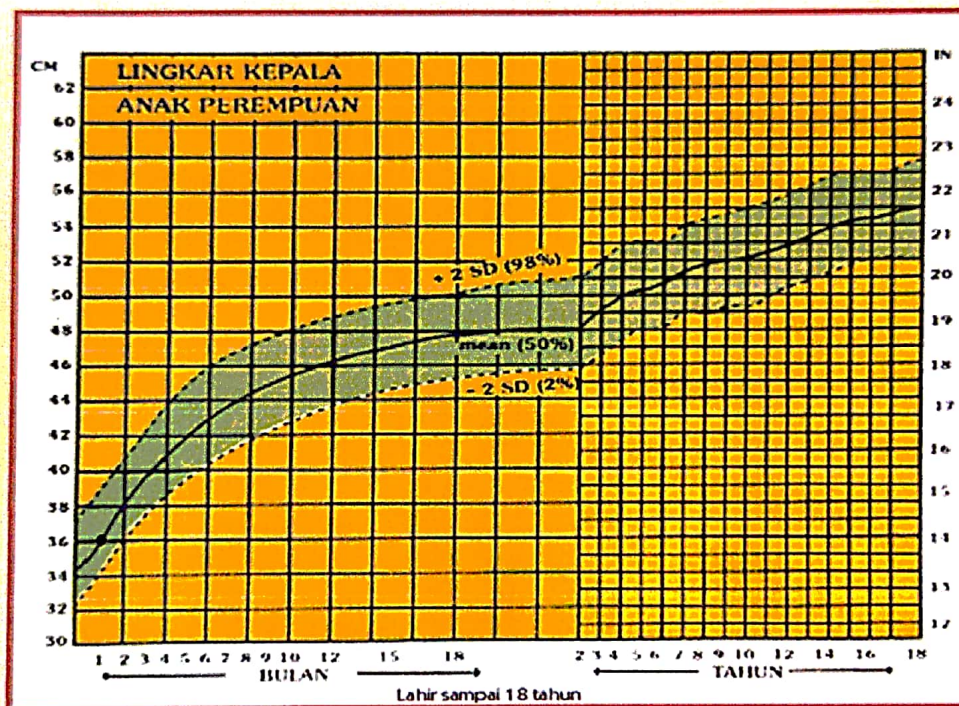
Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

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

Lampiran 12



GRAFIK LINGKAR KEPALA PEREMPUAN



Dari NELHAUS. G. *Pediat* 41. 106. 1968

Ukur lingkar kepala dengan teratur tiap 3 bulan

Gambarkan hasil pengukuran pada grafik

Di atas zona Hijau : Macrocephal (Lingkar kepala lebih dari normal)

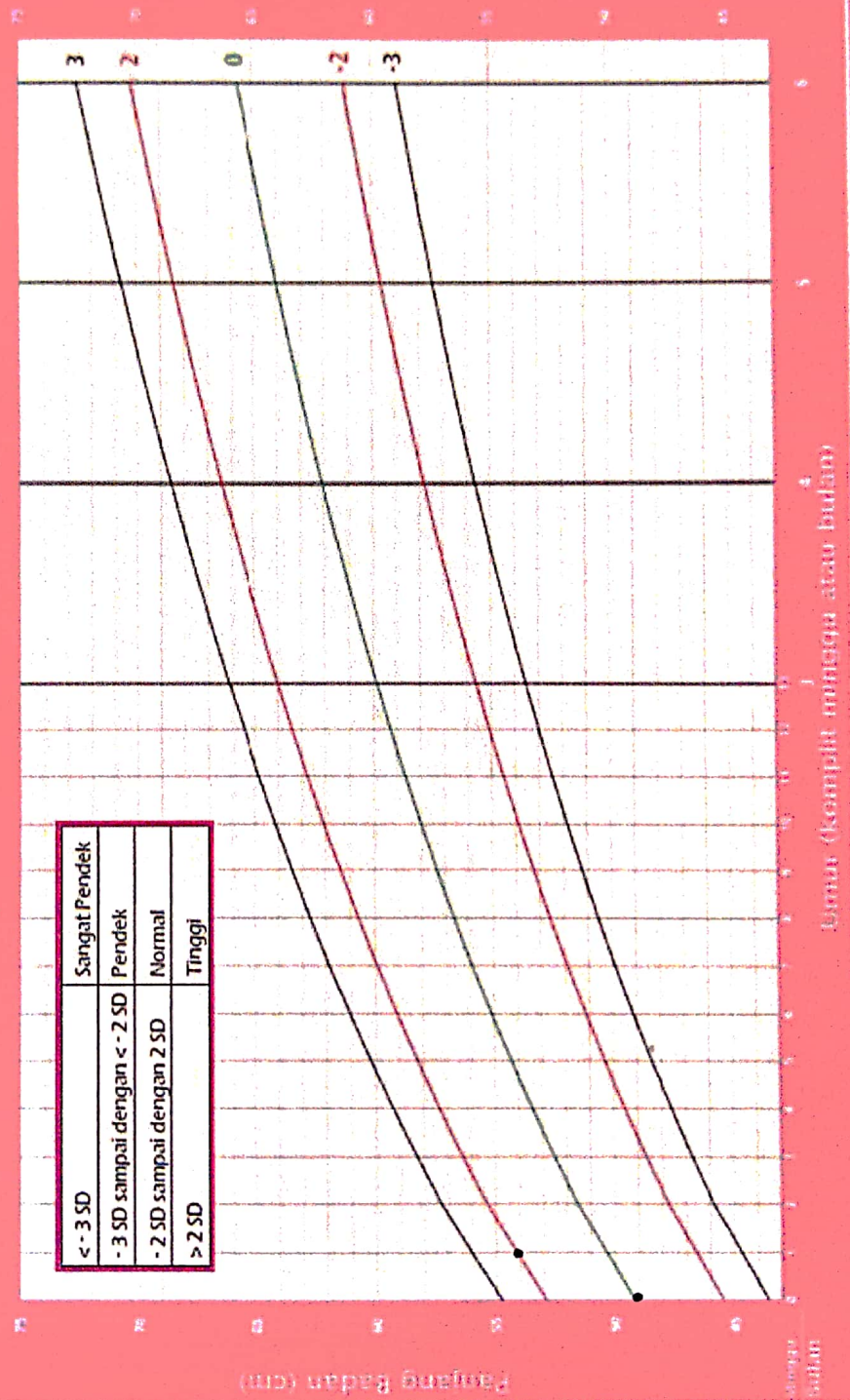
Zona Hijau : Normal

Di bawah zona hijau: Microcephal (lingkar kepala kurang dari normal)

Lampiran 13

GRAFIK PANJANG BADAN ANAK PEREMPUAN MENURUT UMUR

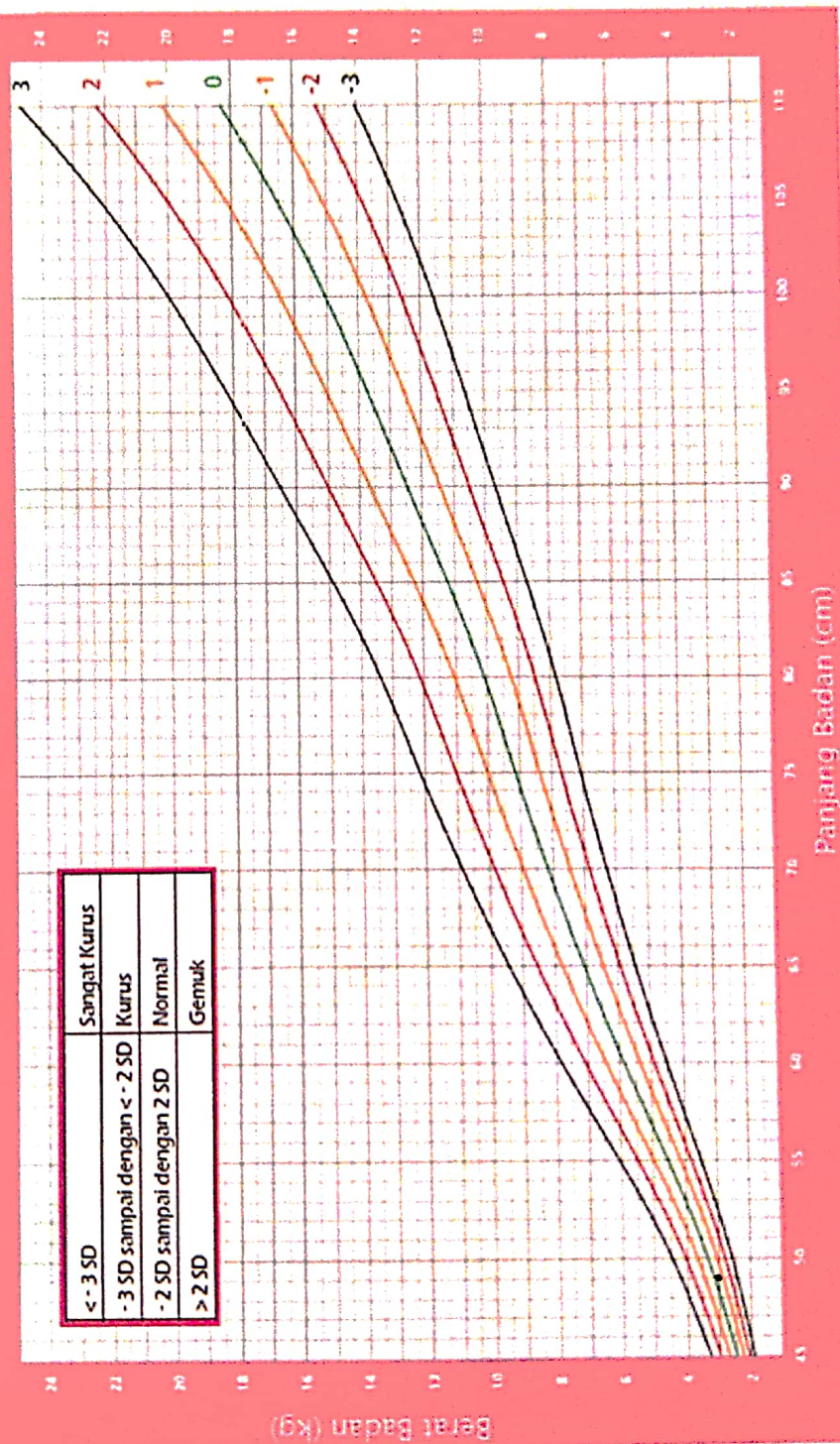
Sejak Lahir – 6 Bulan (z-scores)

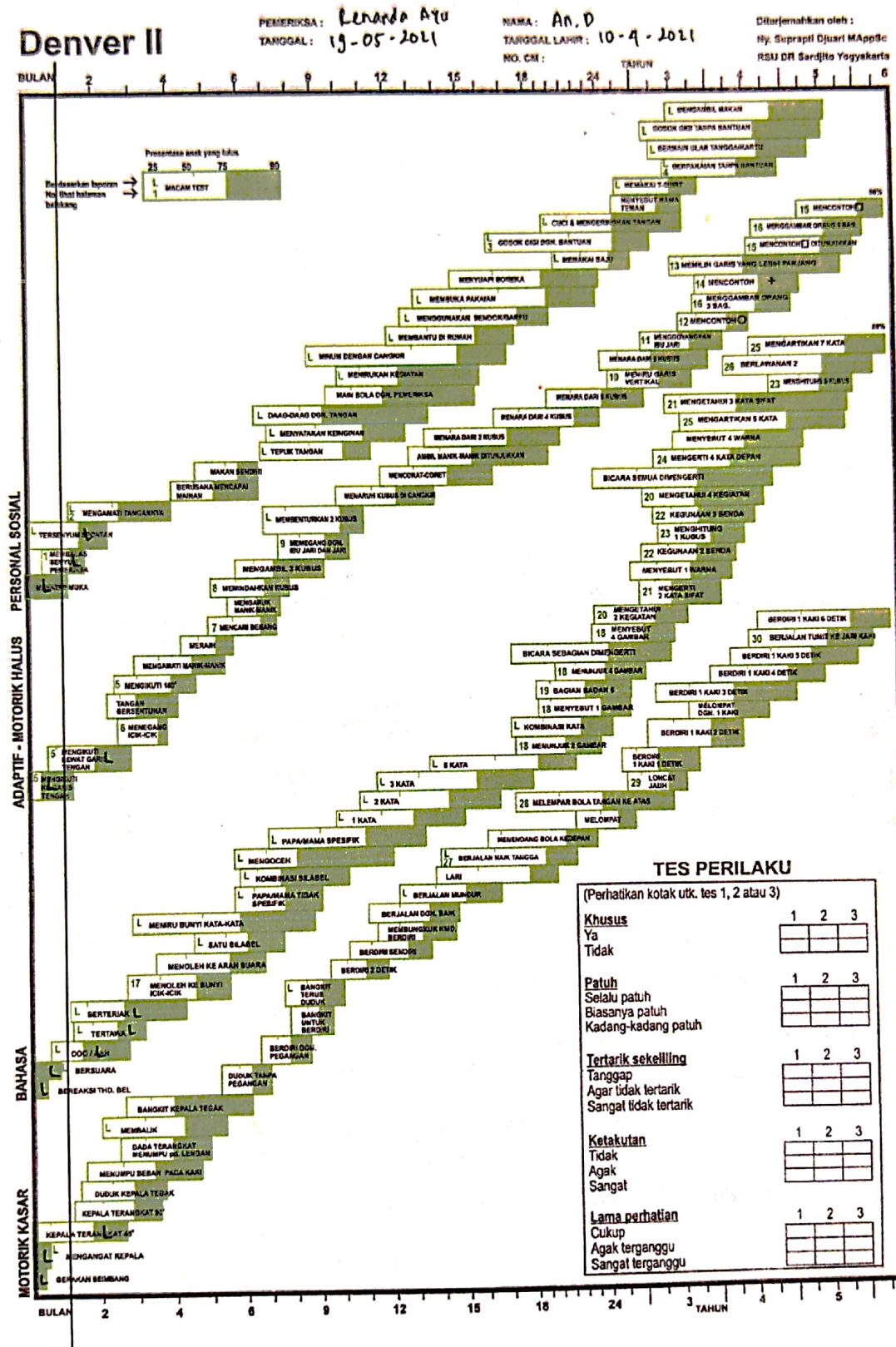


Lampiran 14

GRAFIK BERAT BADAN PEREMPUAN MENURUT PANJANG BADAN

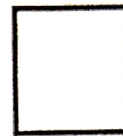
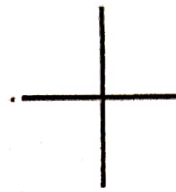
Sejak Lahir - 2 Tahun (z-scores)





PETUNJUK PELAKSANAAN

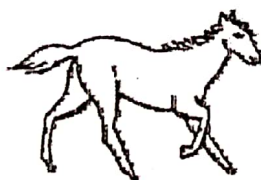
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambatkan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/rutsliting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

CATATAN IMUNISASI ANAK

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:	10/21 /4														
BCG No Batch:	19/21 /4														
Polio tetes 1 No Batch:	19/21 /4														
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:															

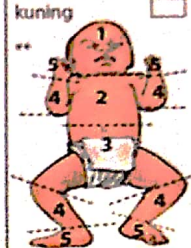
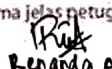
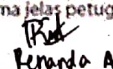
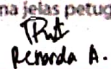
Keterangan:

- 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

Lampiran 17

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:	Menyusu ☒	Menyusu ☒	Menyusu ☒
BB: 1655 gr	Tali Pusat ☒	Tali Pusat ☒	Tali Pusat ☒
PB: 49 cm	Vit K1* ☐	Tanda bahaya ☐	Tanda bahaya ☐
LK: 39 cm	Salep/Tetes Mata* ☐	Identifikasi kuning ☒	Identifikasi kuning ☐
Inisiasi Menyusu	Imunisasi HB* ☐	Imunisasi HB* ☐	** 
Dini (IMD) ☒	Tgl/bl/th:	Tgl/bl/th:	
Vit K1 ☒	Jam:	Jam:	
Salep/Tetes Mata ☒	Nomor Batch:	Nomor Batch:	
Imunisasi HB ☒	BB: gr	Skrining Hipotiroid Kongenital* ☐	
Tgl/bl/th: 10-9-2011	PB: cm	*Bila belum diberikan	
Jam: 06.00	LK: cm		
Nomor Batch:	Skrining Hipotiroid Kongenital ☐		
	*Bila belum diberikan		
Masalah:	Masalah:	Masalah:	Masalah:
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:  Renarda A.	Nama jelas petugas:  Renarda A.	Nama jelas petugas:  Renarda A.	Nama jelas petugas:  Renarda A.

* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

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



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 nyeri 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 minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		✓
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan sex yang lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular sex (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenorhea 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 valvular atau congenital		

Keterangan :

1. Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca salin, maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir
2. Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA atau NET-EN) atau susuk
3. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN)
4. Bila semua hasil tilik memberikan jawaban "TIDAK" maka metode hormonal dan AKDR dapat digunakan (setelah kemungkinan hamil dapat disingkirkan)
5. Bila hasil tilik lebih banyak jawaban "YA" maka perlu dilakukan evaluasi atau penanggulangan lanjutan.

Lampiran 19

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/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 **)	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