

Lampiran 1

### **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : AISYAH NUR JANNAH

NIM : P27824218028

Program Studi : DIII Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2018/2019

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

“ASUHAN KEBIDANAN  
PADA NY. “T” MASA KEHAMILAN TRIMESTER III  
PERSALINAN NIFAS NEONATUS DAN KB PASCASALIN  
DI PMB NY. “S” PANEKAN MAGETAN”

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, 24 Mei 2021

Penulis



AISYAH NUR JANNAH

NIM: P27824218028

Lampiran 2

### LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : AISYAH NUR JANNAH  
NIM : P27824218028  
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 pascasalin untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan.

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

Magetan, 19 Maret 2021

Pemohon



AISYAH NUR JANNAH  
P27824218028

## Lampiran 3

**RIWAYAT HIDUP**

Nama : Aisyah Nur Jannah

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 09 Agustus 2000

Agama : Islam

Alamat : Jl Margorejo 2f/76A, kelurahan Margorejo,  
Kecamatan Wonocolo, Kota Surabaya, Jawa Timur

Riwayat Pendidikan :

1. SDN MARGOREJO V/407 SURABAYA (2006-2012)
2. SMP MUHAMMADIYAH 4 SURABAYA (2012-2015)
3. SMAN 10 SURABAYA (2015-2018)

Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
(*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. "T"  
Umur : 36 tahun  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Jabung, Panekan, Magetan

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 pascasalin 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, 19 Maret 2021

Yang Menyatakan



Ny. "T"  
(.....)

## Lampiran 5

**INSTRUMEN SELF ASSESMENT  
RISIKO COVID-19**

Nama : Ny. "T"  
 NIK (No.KTP) : -  
 Alamat : Jabung, Panekan, Magetan  
 Pekerjaan : IRT  
 Tanggal : 19 Maret 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 terjangkit/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		1		(Risiko Sedang)	

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.

Yang bertandatangan,



(.....  
Ny. "T"  
.....)

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

<b>BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAAN HANYA PADA RIWAYAT CPW (C), SAAT HAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNTE/ORI DIFTERI (E)</b>			
<b>NO</b>	<b>RIWAYAT IMUNISASI TT</b>	<b>PERNAH/TIDAK DIIMUNISASI DPT/DPT-HB/DT/TT/Td?</b>	<b>KESIMPULAN STATUS TT?</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>RIWAYAT IMUNISASI DPT/DPT-HB SAAT BAYI</b>		
	<b>BAYI YANG LAHIR SETELAH TAHUN 1990 STATUS-NYA DIHITUNG T-2</b>		
<b>B</b>	<b>RIWAYAT BIAS</b>		
	<b>1 Untuk WUS yang lair antara tahun 1973 s/d 1976</b>		
	a. Kelas 6		
	<b>2 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987</b>		
	a. Kelas 1	√	T <sub>1</sub>
	b. Kelas 6		T <sub>2</sub>
	<b>3 Untuk WUS yang lahir tahun 1988</b>		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 5		
	c. Kelas 6		
	<b>4 Untuk WUS yang lahir tahun 1989</b>		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 4		
	c. Kelas 5		
	d. Kelas 6		
	<b>5 Untuk WUS yang lahir tahun 1990</b>		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 3		
	c. Kelas 4		
	d. Kelas 5		
	e. Kelas 6		
	<b>6 Untuk WUS yang lahir tahun 1991</b>		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 2		
	c. Kelas 3		
	d. Kelas 4		
	<b>7 Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang</b>		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 2		
	c. Kelas 3		
<b>C</b>	<b>SAAT CALON PENGANTIN</b>	√	T <sub>3</sub>
<b>D</b>	<b>SAAT HAMIL</b>		
	a. Hamil 1	√	T <sub>4</sub>
	b. Hamil 2	√	T <sub>5</sub>
	c. Hamil 3		
	d. Hamil 4		
<b>E</b>	<b>LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI)</b>		
	CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2001		<b>T<sub>5</sub></b>
<b>STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)</b>			

## Lampiran 7

**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		2	2
I	1	Terlalu muda hamil I $\leq 16$ Tahun	4	0		0	0
	2	Terlalu tua hamil I $\geq 35$ Tahun	4	4		4	4
		Terlalu lambat hamil I kawin $\geq 4$ Tahun	4	0		0	0
	3	Terlalu lama hamil lagi $\geq 10$ Tahun	4	4		4	4
	4	Terlalu cepat hamil lagi $\leq 2$ Tahun	4	0		0	0
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4	0		0	0
	6	Terlalu tua umur $\geq 35$ Tahun	4	0		0	0
	7	Terlalu pendek $\geq 145$ cm	4	0		0	0
	8	Pernah gagal kehamilan	4	0		0	0
	9		Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4	0		0
		b. uri dirogoh	4	0		0	0
		c. diberi infus/transfuse	4	0		0	0
	10	Pernah operasi sesar	8	0		0	0
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah    b. Malaria, b. TBC Paru        d. Payah Jantung	4	0		0	0
		Kencing Manis (Diabetes)	4	0		0	0
		Penyakit Menular Seksual	4	0		0	0
		12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4	0		0
	13	Hamil kembar	4	0		0	0
	14	Hydramnion	4	0		0	0
	15	Bayi mati dalam kandungan	4	0		0	0
	16	Kehamilan lebih bulan	4	0		0	0
		0					
	17	Letak sungsang	8	0		0	0
	18	Letak Lintang	8	0		0	0
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8	0		0	0
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8	0		0	0
		JUMLAH SKOR		10		10	10

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

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			
$\geq 12$	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

## 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 $\geq$ 35 tahun	✓	
Nulipara	–	
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun	–	
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan	–	
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m <sup>2</sup> )	–	
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 risiko sedang <input type="checkbox"/> dan atau,</li> <li>• 1 risiko tinggi <input type="checkbox"/></li> </ul> * Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature ** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC		

*Centang pilihan yang sesuai*

Kesimpulan : .....1 Risiko Sedang.....

*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 9

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

Nama/Suami : Ny. "T" / Tn. "P"  
 Umur : 36 tahun / 45 tahun  
 Alamat : Jabung, Panekan, Magetan  
 Status Gravida : G<sub>2</sub>P<sub>10001</sub>  
 Umur Kehamilan : 33 – 34 minggu  
 Tanggal Skrining : 19 Maret 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	1				

Waspada Perdarahan

Waspada
---------

Tindak lanjut

INTERPRETASI :

Jika ada 1 "YA" = Waspada Perdarahan

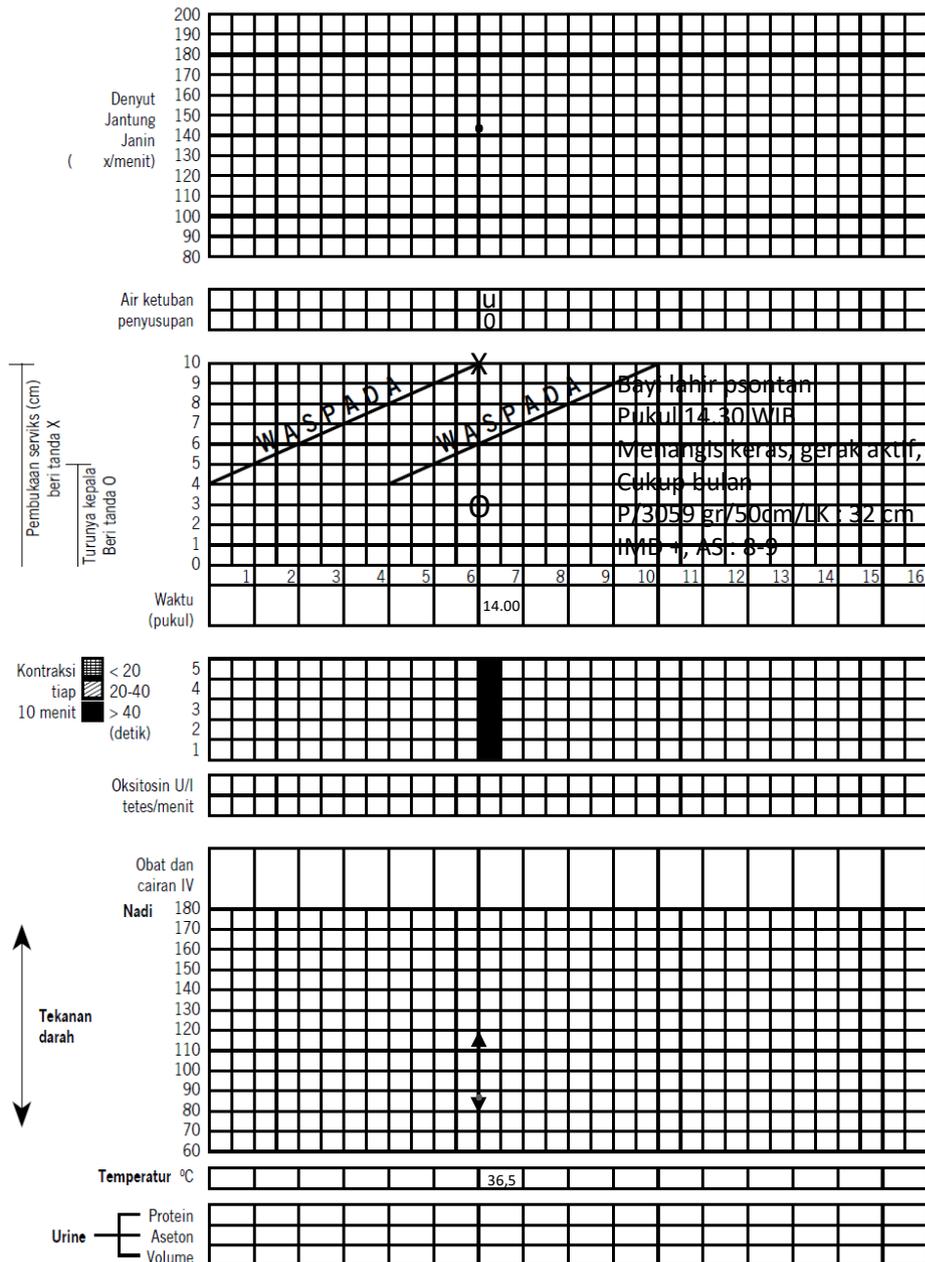
Jika ada &gt; 1 "YA" = Tindak lanjut

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

Lampiran 10

**PARTOGRAF**

No. Register  Nama Ibu : Ny. "T" Umur: 36 th G 2 P 1 A 0 Hamil 33-34 minggu  
 RS/Puskesmas/RB  Masuk Tanggal : 24-06-2021 Pukul: 13.55 WIB  
 Ketuban Pecah sejak pukul : ..... Mules sejak pukul : 04.00 WIB Alamat sejak pukul: Jabung, panekan, Magetan



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 26-04-2021
2. Nama bidan : Bidan "S"
3. Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya : PMB Ny. "S"
4. Alamat tempat persalinan : Jabung
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 .....
  - Tidak
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 : 10 .....menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
  - Ya, waktu : 1 ..... menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan .....
  - Tidak
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	14.55	120/80	85	36,5	2 jari bwh pusat	Keras, bundar	-	±50 cc
	15.10	120/80	88		2 jari bwh pusat	Keras, bundar	-	-
	15.25	120/80	88		2 jari bwh pusat	Keras, bundar	-	-
	15.40	120/80	88		2 jari bwh pusat	Keras, bundar	-	-
2	16.10	120/70	85	36,5	2 jari bwh pusat	Keras, bundar	-	-
	16.40	120/70	88		2 jari bwh pusat	Keras, bundar	±50 cc	-

Masalah kala IV : .....

Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

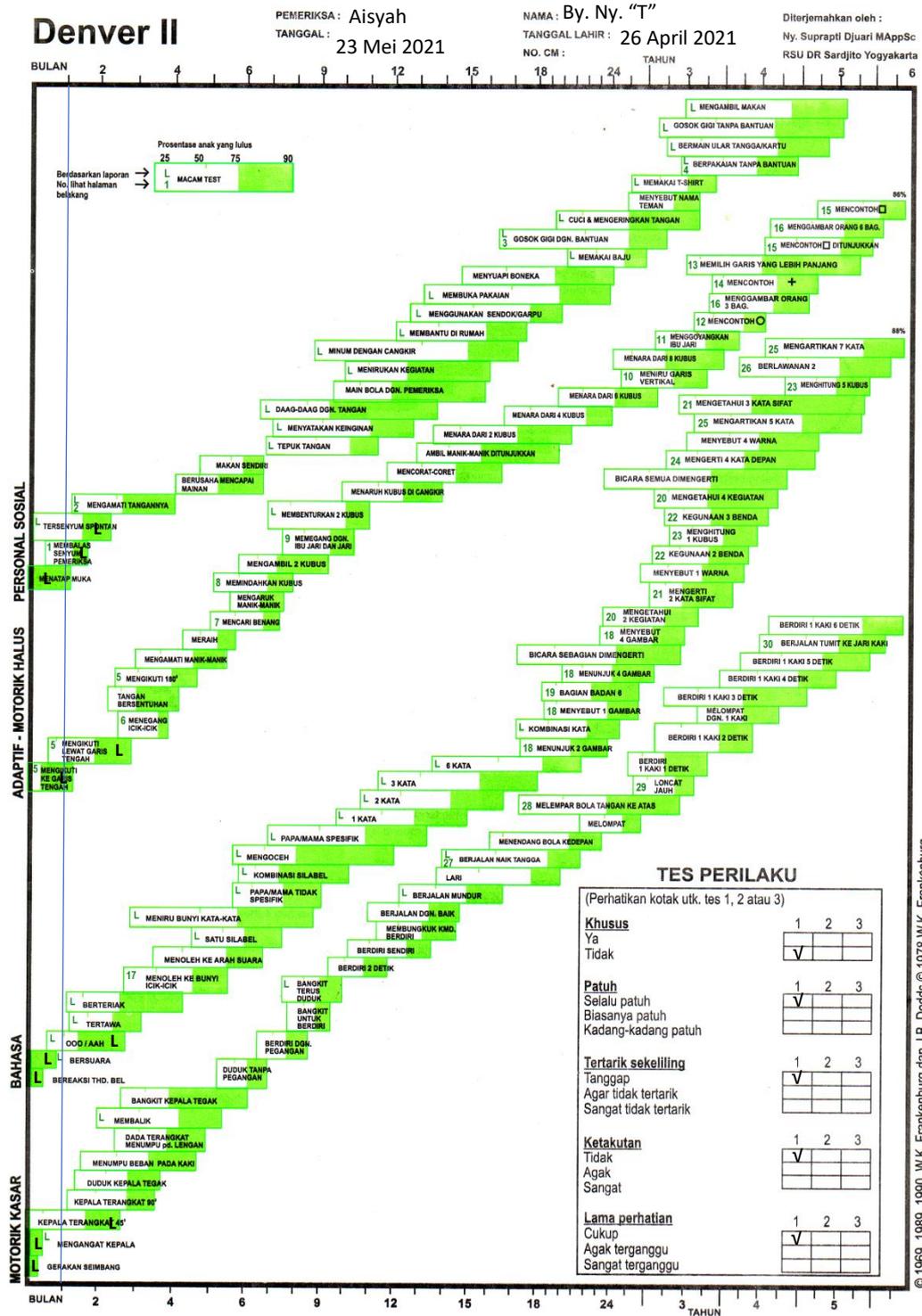
Hasilnya : .....

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 .....
  - Tidak.
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 : ..... ±100 ..... ml
31. Masalah lain, sebutkan : .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : .....

**BAYI BARU LAHIR :**

34. Berat badan : 3050 .....gram
35. Panjang : 50 ..... 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 .....
  - Cacat bawaan, sebutkan : -
  - Hipotermi, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
39. Pemberian ASI
  - Ya, waktu : 1 .....jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan .....
40. Masalah lain,sebutkan : .....
- Hasilnya : .....

Lampiran 11

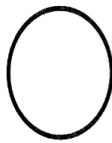


Hasil : OP OT

Intervensi : Sesuai Umur

### PETUNJUK PELAKSANAAN

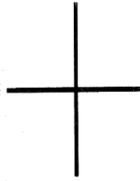
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting di belakang.
5. Gerakan benang dengan perlahan-lahan dalam suatu busur dari satu sisi ke sisi lain  $\pm 20$  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  $30^\circ$  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)

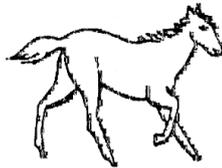


14. Lulus asal garis menyilang



15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat 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  $\pm 1$  m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir  $\pm 22$  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 12

**Jadwal Kegiatan dan Jenis Skrining**  
**Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Pada Balita dan Anak Prasekolah**

Umur Anak	Jenis Deteksi Tumbuh Kembang Yang Harus Dilakukan							
	Deteksi Dini Penyimpangan Pertumbuhan		Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan			Deteksi Dini Penyimpangan Mental Emosional (dilakukan atas indikasi)		
	BB/TB	LK	KPSP	TDD	TDL	KMPE	M-CHAT	GPPH
0 bulan	✓	✓						
3 bulan	✓	✓	✓	✓				
6 bulan	✓	✓	✓	✓				
9 bulan	✓	✓	✓	✓				
12 bulan	✓	✓	✓	✓				
15 bulan	✓		✓					
18 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
21 bulan	✓		✓				✓	
24 bulan	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
30 bulan	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
36 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
42 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
48 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
54 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
60 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
66 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
72 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

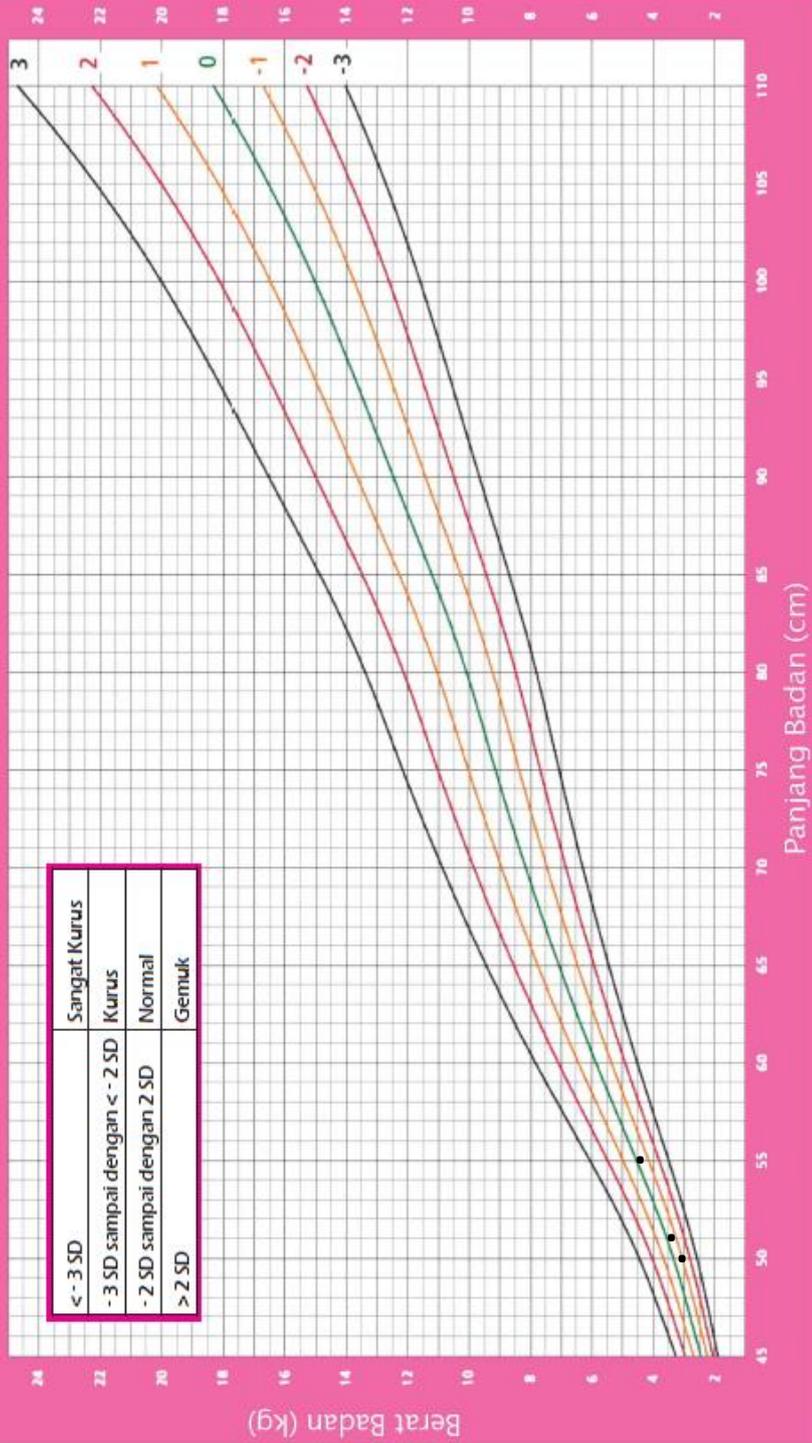
## Keterangan:

BB/TB : Berat Badan terhadap Tinggi badan  
 LK : Lingkar Kepala  
 KPSP : Kuesioner Pra Skrining Perkembangan  
 TDD : Tes Daya Dengar

TDL : Tes Daya Lihat  
 KMPE : Kuesioner Masalah Perilaku Emosional  
 M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers  
 GPPH : Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas

**GRAFIK BERAT BADAN PEREMPUAN MENURUT PANJANG BADAN**

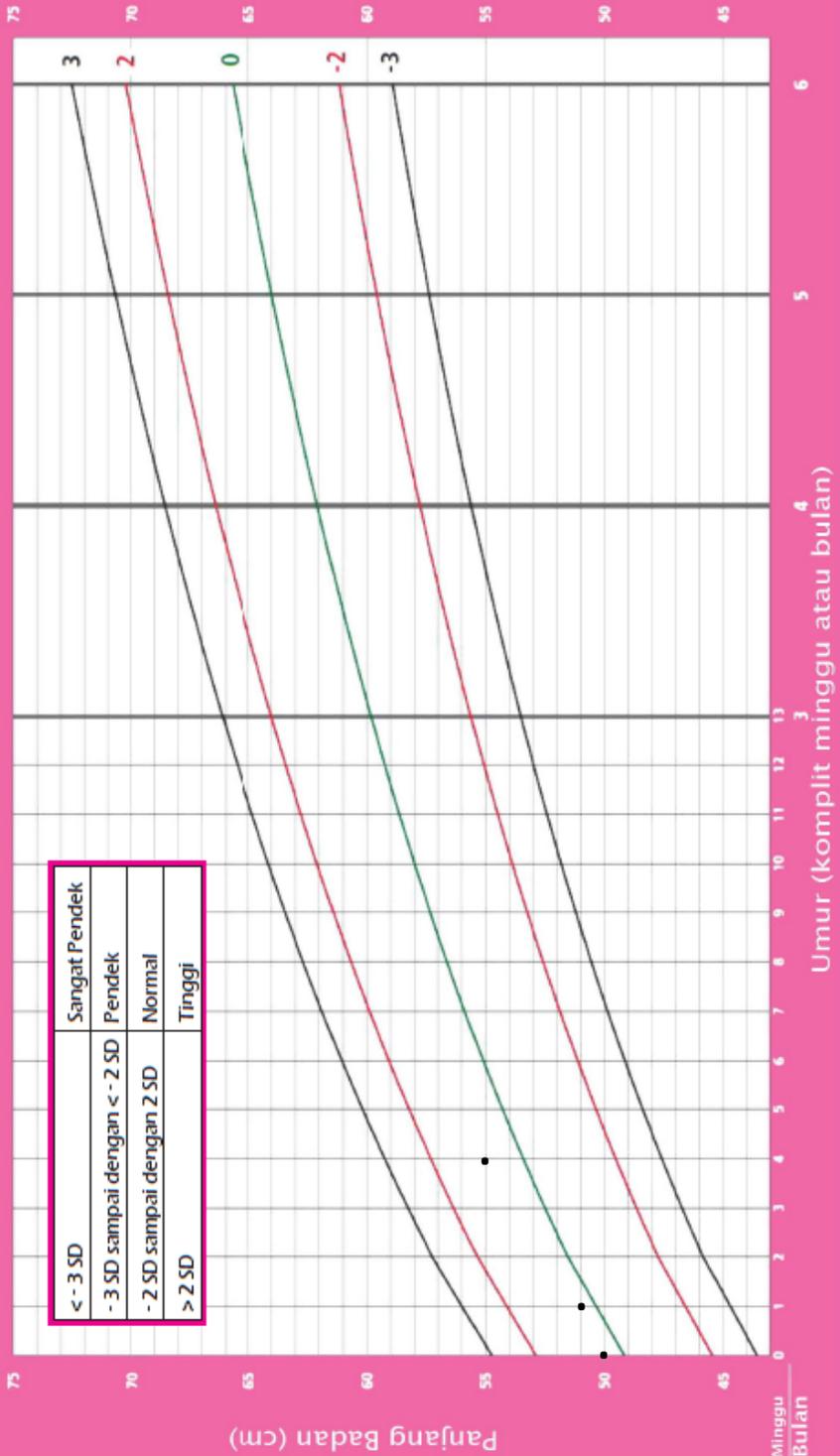
**Sejak Lahir – 2 Tahun (z-scores)**



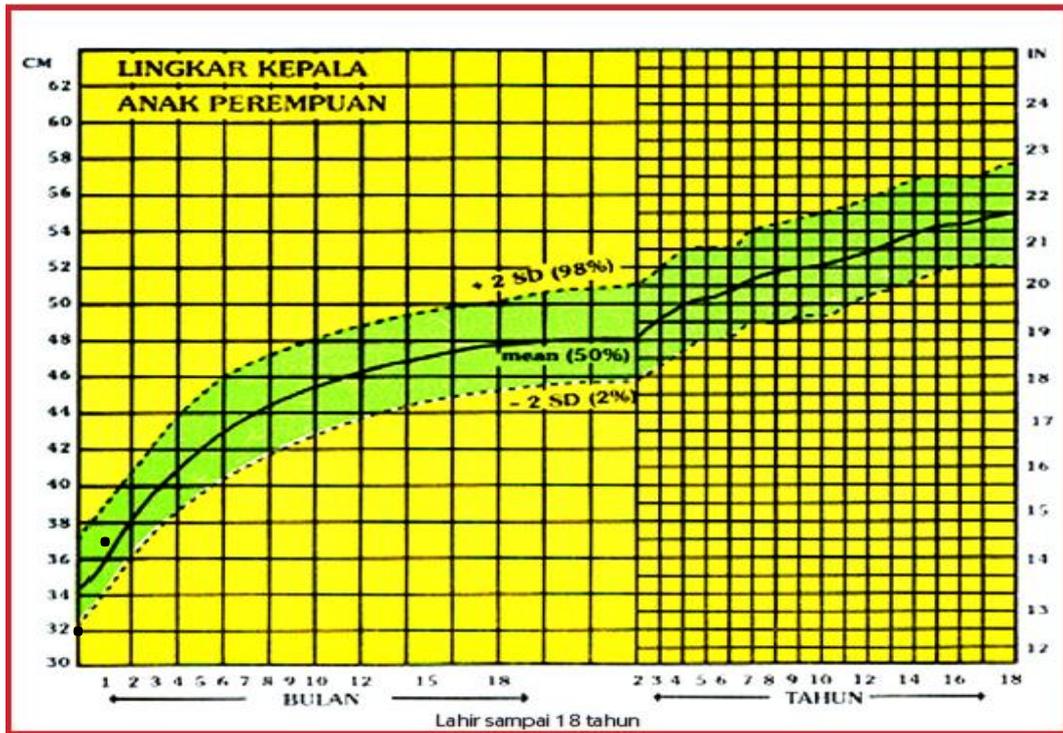
Lampiran 14

**GRAFIK PANJANG BADAN ANAK PEREMPUAN MENURUT UMUR**

**Sejak Lahir – 6 Bulan (z-scores)**



## Lampiran 15



Lampiran 16

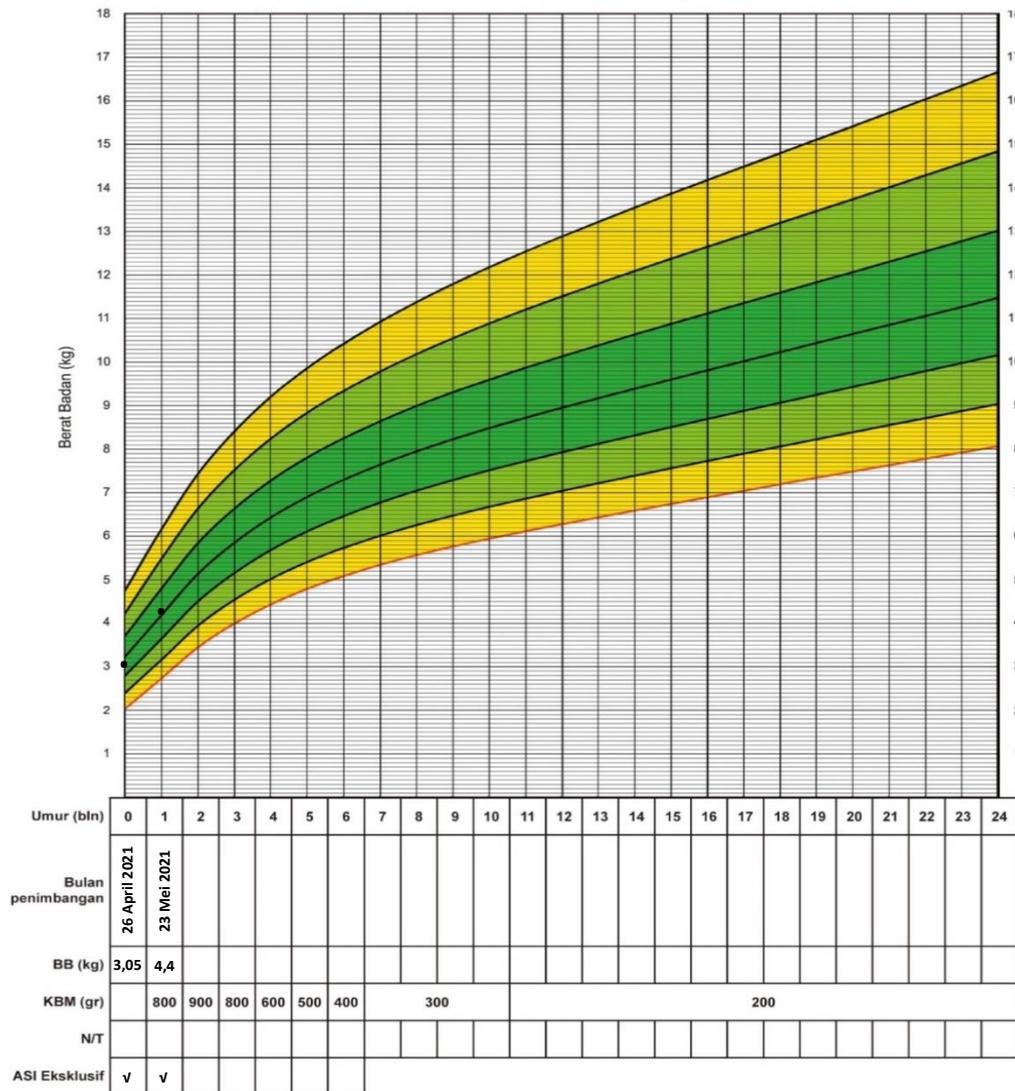


**KMS**  
KARTU MENUJU SEHAT  
Untuk Perempuan

Nama Anak : **By. Ny. "T"**

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 17

## RINGKASAN PELAYANAN NIFAS

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)	RESUME
Kunjungan Nifas 1 (KF1) (6–48 jam) Tgl: 26 April 2021 Faskes: PMB Ny. "S" Panekan	Masalah: Ibu nyeri luka jahitan  Tindakan: TD : 120/80 mmHg, TFU 2 jari bawah pusat, Colostrum +/+, <i>lochea rubra</i> , BAK +, BAB -, Jahitan Perineum tertaut rapi dan bersih
Kunjungan Nifas 2 (KF2) (3–7 hari) Tgl: 02 Mei 2021 Faskes: PMB Ny. "S" Panekan	Masalah: Taa  Tindakan: TD : 120/80 mmHg, TFU pertengahan pusat-simfisis, ASI +/+, <i>lochea sanginolenta</i> , Jahitan Perineum tertaut rapi
Kunjungan Nifas 3 (KF3) (8–28 hari) Tgl: 23 Mei 2021 Faskes: PMB Ny. "S" Panekan	Masalah: Taa  Tindakan: TD : 120/80 mmHg, TFU tidak teraba, ASI +/+, <i>lochea alba</i> , jahitan perineum bersih dan kering
Kunjungan Nifas 4 (KF4) (29–42 hari) Tgl: Faskes:	Masalah:  Tindakan:

**Kesimpulan Akhir Nifas**

Keadaan Ibu\*\*:

 Sehat Sakit Meninggal**Komplikasi Nifas\*\*:** Perdarahan Infeksi Hipertensi Lain-lain: Sebutkan**Keadaan Bayi\*\*:** Sehat Sakit Kelainan Bawaan: ..... Meninggal**\*\* Beri tanda [ ✓ ] pada kolom yang sesuai**

Pastikan bayi mendapat pelayanan kesehatan neonatal (KN) dan catat hasil pemeriksaan pada lembar anak

Kesimpulan: Nifas ibu (laktasi, involusi, *lochea*) normal, .....  
Psikologis ibu normal. ....

Lampiran 18

**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: 3059 gram PB: 50 cm LK: 32 cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: 26-03-21 Jam: 16.30 WIB Nomor Batch:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: 26-03-21 Jam: 16.30 WIB Nomor Batch: BB: 3059 gram PB: 50 cm LK: 32 cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: 26-03-21 Jam: 16.30 WIB Nomor Batch: Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i> BB: 3459 gram PB: 51 cm LK: 31 cm	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/>  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka. BB : 4400 gram PB : 55 cm LK : 37 cm
Masalah: <b>taa</b>	Masalah: <b>taa</b>	Masalah: <b>taa</b>	Masalah: <b>taa</b>
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:

\* Catatan penting: **taa**

.....

.....

.....

Nama tenaga kesehatan:

.....

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

## CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+**
<b>Vaksin</b>	<b>Tanggal Pemberian Imunisasi</b>												
HB-0 (0-7 hari)	26/04/21												
BCG													
*Polio													
*DPT-HB-Hib 1													
*Polio 2													
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*JPV													
Campak													

UMUR (BULAN)	18	24
<b>Vaksin</b>	<b>Tanggal Pemberian Imunisasi</b>	
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap

Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap

Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

## 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 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)		✓
<b>AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)</b>		
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		

## INTERPRETASI :

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

## Lampiran 21

## 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 <sup>1)</sup>		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

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
<i>APD untuk mencegah penularan aerosol</i>										
Fasilitas ruang perawatan bayi baru lahir	Perawatan bayi yang lahir dari ibu Suspek/ <i>Probable</i> / Terkonfirmasi COVID-19 <b>dengan tindakan non aerosol generated</b>	V	N95 / bedah 3 lapis	V	V		V		V	Sepatu tertutup
<i>APD untuk mencegah penularan droplet</i>										
Fasilitas ruang perawatan khusus (NICU, HCU)	Perawatan bayi yang lahir dari ibu Suspek/ <i>Probable</i> / Terkonfirmasi COVID-19 <b>dengan tindakan aerosol generated **)</b>	V	N95	V	V	V		V	V	Boots
<i>APD untuk mencegah penularan aerosol</i>										

- \*\*\*) Tindakan yang dapat menimbulkan aerosol (*aerosol generated*) yaitu :
- ✓ Intubasi
  - ✓ Terapi oksigen nasal kanul dengan oksigen lebih dari 2 lpm
  - ✓ Penghisapsaluran napas
  - ✓ Terapi oksigen non-invasif (CPAP, NIPPV, HFN) dan invasif (ventilator mekanik, HFO)
  - ✓ Inhalasi (tidak dianjurkan)