

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : DEBBY RAHMAWATI
NIM : P27824218029
Status : Mahasiswa Prodi DIII 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 untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan.

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

Magetan, Maret 2021

Pemohon



DEBBY RAHMAWATI
P27824218029

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. "S"
 Umur : 33 tahun
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : PLANGKRONGAN, PONCOL

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, Maret 2021

Yang Menyatakan



(.....)

Lampiran 3

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : DEBBY RAHMAWATI

NIM : P27824218029

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. “S” G3P₁₀₀₁₁ Masa Kehamilan Trimester III

Persalinan Nifas Neonatus Dan Keluarga Berencana Di PMB Ny. “S”

Selotinatah 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, Mei 2021

Penulis



DEBBY RAHMAWATI

NIM. P27824218029

Lampiran 4**LEMBAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Debby Rahmawati

Tempat, Tanggal Lahir : Magetan, 28 April 1999

Agama : Islam

Alamat : Jl. Imam Bonjol, No. 26 Magetan

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Magetan 1 (2006 – 2012)
2. SMPN 1 Magetan (2012 – 2015)
3. SMAN 1 Magetan (2015 – 2018)

Lampiran 5

INSTRUMEN SELF ASSESMENT RISIKO COVID-19

Nama : Ny. "S"
 NIK (No.KTP) :
 Alamat : Plangkungan, Magetan
 Pekerjaan : IRT
 Tanggal : 25 - 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 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		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.

Sumber : Peraturan Bupati Magetan Nomor 32 Tahun 2020 Tentang Pedoman Tata 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)				T5

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 7

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

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			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			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	4			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					

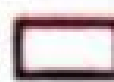
Sumber: *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, 2016, Halaman 22

INTERPRETASI :

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

Lampiran 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 Presure > 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)

Lampiran 9

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POSTPARTUM SAAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Nama/Suami : Ny. "S" / Tn. "S"
 Umur : 33 th
 Alamat : Plangkrongan, Magetan
 Status Gravida : G₃P₁₀₀₁₁
 Umur Kehamilan : 38 minggu 3 hari
 Tanggal Skrining : 25 - 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/forcep		✓
8	APB		✓	Episiotomy		✓
9	Riwayat HPP		✓	Korionnitis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir Skrining		0			0

Waspada Perdarahan

-

Tindak lanjut

-

INTERPRETASI :

Jika ada 1 "YA" = Waspada Perdarahan

Jika ada > 1 "YA" = Tindak lanjut

Lampiran 10

LEMBAR OBSERVASI

A. ANAMNESE

Tanggal masuk : 25 - 3 - 2021 Jam : 10.30
 His mulai tanggal : 25 - 3 - 2021 Jam : 09.15
 Darah : (+)
 Lendir : (+)
 Ketuban : Pecah / Belum Jam : -

B. KEADAAN UMUM

Tensi : 130/70 mmHg
 Suhu : 36,5 °C
 Nadi : 80 x/menit
 Respirasi : 21 x/menit
 Odema : -/-

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

Palpasi perlimaan : 4/5 jari

VT : Tanggal 25 - 3 - 2021 Jam : 10.30

Hasil $\frac{1}{2}$ v. t. a. a., Ø 2 cm, eff 25%, preskep, HIII, tidak ada bagian kecil disamping kepala

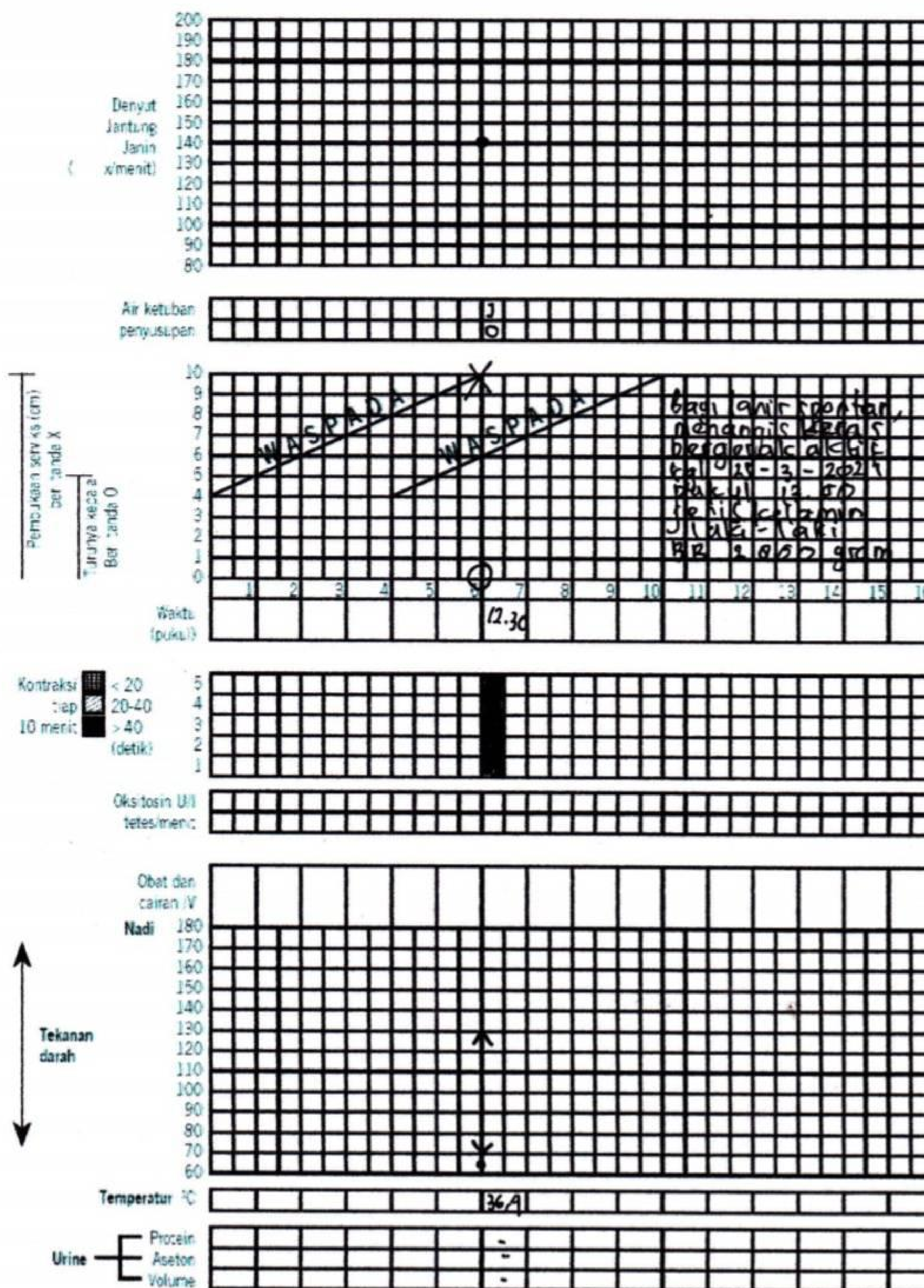
OBSERVASI KALA I (Fase Laten Ø < 4 cm)

Tanggal	Jam	His dlm 10 "		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Ket.
		Berapa kali	Lamanya						
25/3 21	10.30	2x	20"	145	130/70	36,5	80	Ø 2	
	11.00	2x	30"	143					
	11.30	3x	40"	138					
	12.00	4x	45"	140					

Lampiran 11

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : Ny. "S" Umur : 33 th G 3 P 1 A 1 Hamil 38 minggu 3 hari
 RS/Puskesmas/RB PMB Masuk Tanggal : 25-3-2021 Pukul : 10.30
 Ketuban Pecah sejak pukul : - Mules sejak pukul : 09.15 Alamat sejak pukul : -



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 25-3-2021
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☒ Lainnya : PMB
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 [Ⓟ]
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 : 15 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	13.35	100/70	80		2jr ↓ pst	keras	-	-
	13.50	100/80	83		2jr ↓ pst	keras	-	-
	14.05	110/70	81		2jr ↓ pst	keras	-	± 50
	14.20	120/80	84		2jr ↓ pst	keras	-	-
2	14.50	120/70	83		2jr ↓ pst	keras	-	-
	15.20	110/80	83		2jr ↓ pst	keras	-	± 50

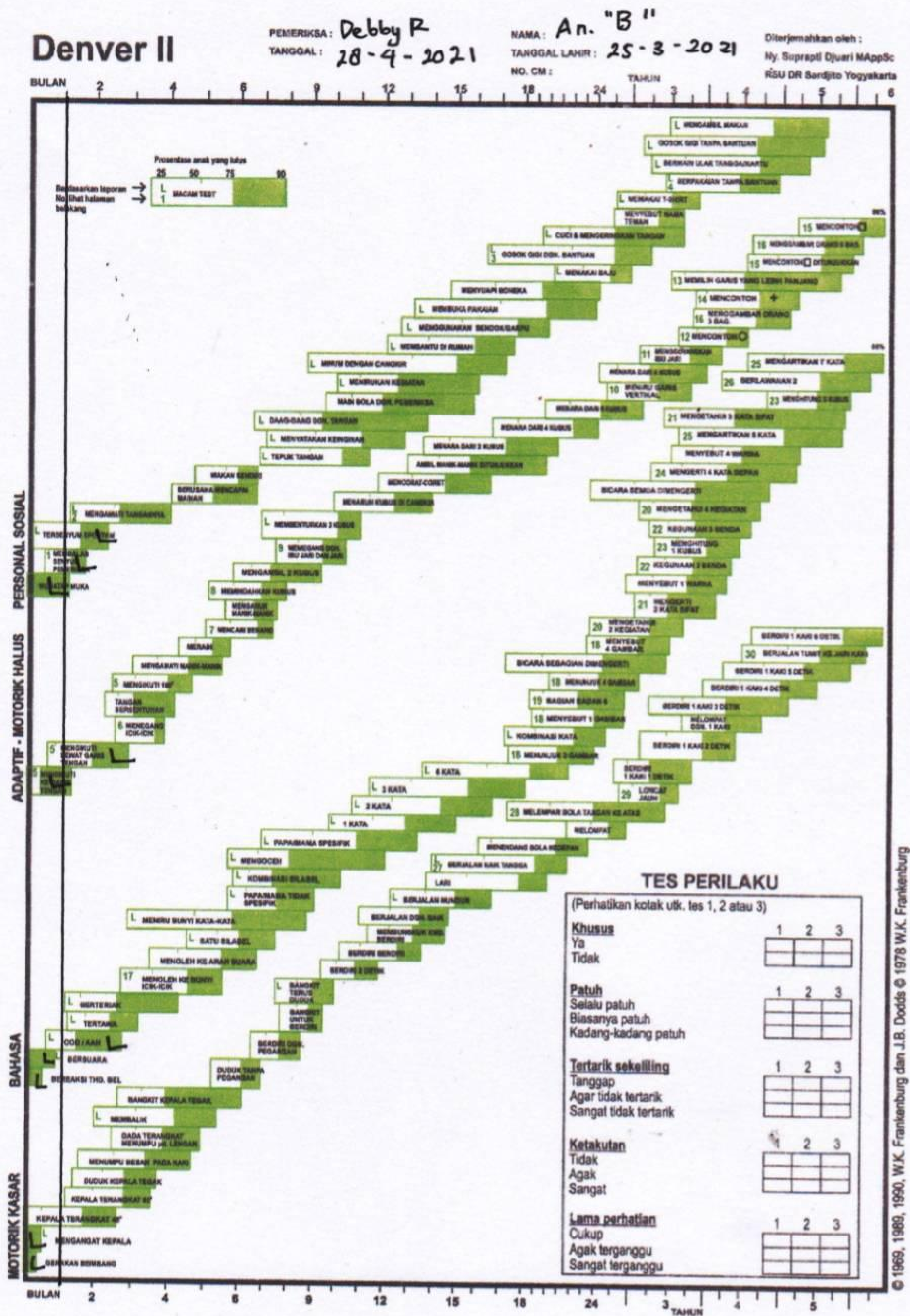
Masalah kala IV : tidak ada

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 : ± 150 ml
 31. Masalah lain, sebutkan :
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
 33. Hasilnya :
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badan 2800 gram
 35. Panjang 48 cm
 36. Jenis kelamin [Ⓛ] 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 :

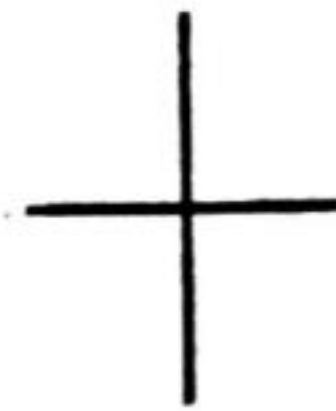
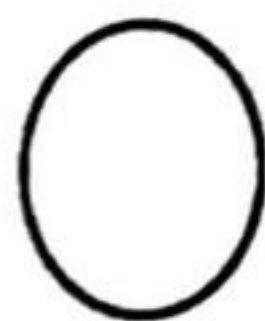
Lampiran 12



INTERPRETASI : NORMAL
(OT, OP)

PETUNJUK PELAKSANAAN

1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau memainkan 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 benak/hulsteling 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 sikat sikat 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 dan 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. Goyangkan tangan dengan ibu jari menghadap ke atas dan goyangkan ibu jari. Lulus bila anak menekan 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 meneru, jika tidak dapat demonstrasi - kan.

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

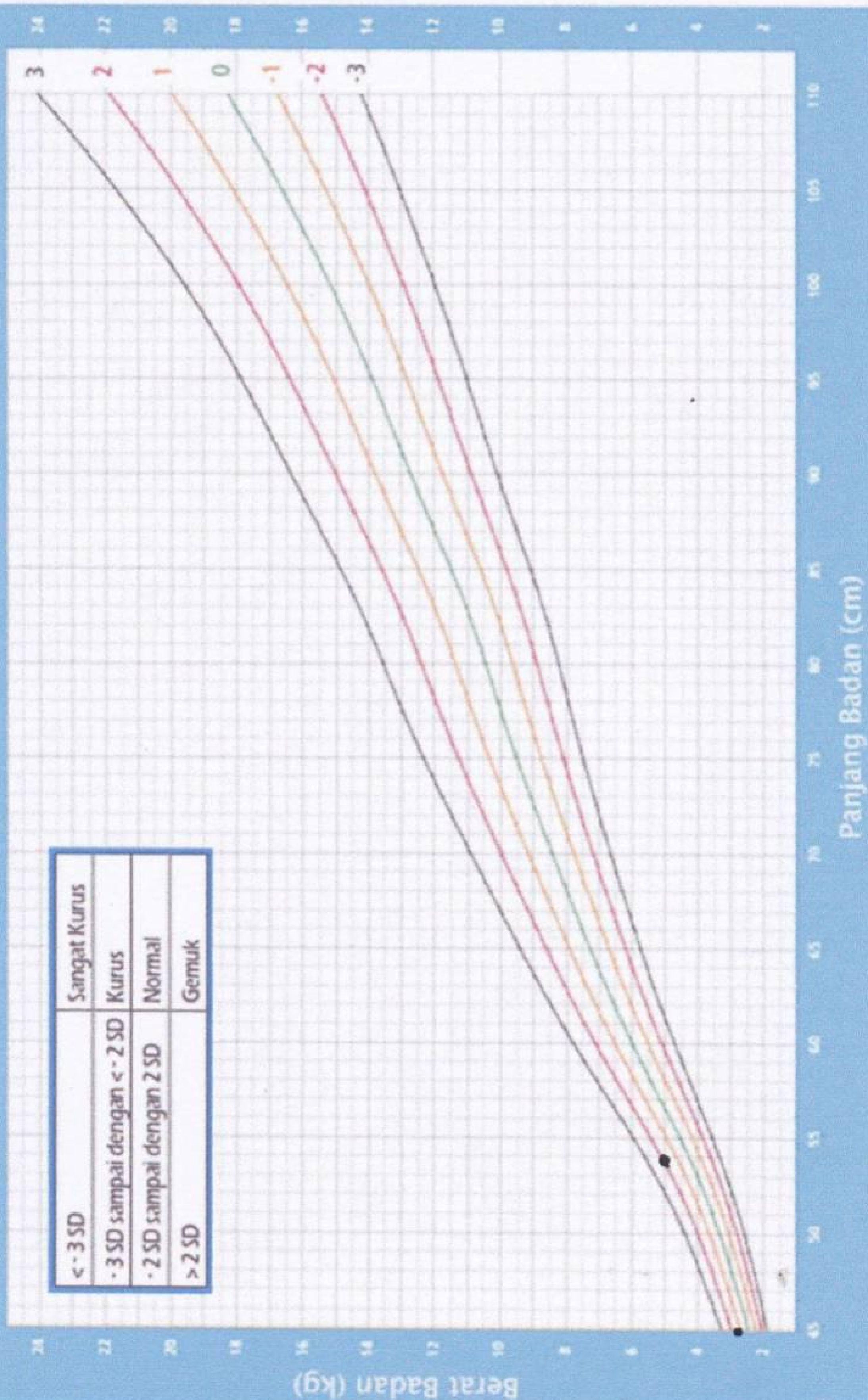
16. Waktu memberikan skor, sepasang (2 tangan, 2 kaki dll) dihitung sebagai satu bagian.
17. Taruh satu kubus di cangkir, kocok perlahan-lahan dekat telinga anak. Ulangi untuk telinga lainnya.
18. Tunjuk masing-masing gambar dan minta anak menyebutkan nama gambar tersebut (Gagal bila hanya suara). Bila 4 nama yang betul, minta anak menunjuk gambar dan 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. Gaskan gambar, tanyakan kepada anak. mana yang terbang?, meong? bicara?, menggonggong? menangkis? Lulus 2 dari 5, 4 dan 5.
21. Tanya kepada anak. Apa yang kau lakukan bila dingin? capai? lapar? Lulus 2 dari 3, 3 dan 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 hanya kuning). Lulus 5 dari 8, 7 dan 8.
26. Tanya kepada anak. Jika kuda itu besar, ukur 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 1/2").
30. Suruh anak berjalan ke depan  Tumit berjarak $\pm 2 1/2$ 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.

GRAFIK BERAT BADAN LAKI-LAKI MENURUT PANJANG BADAN

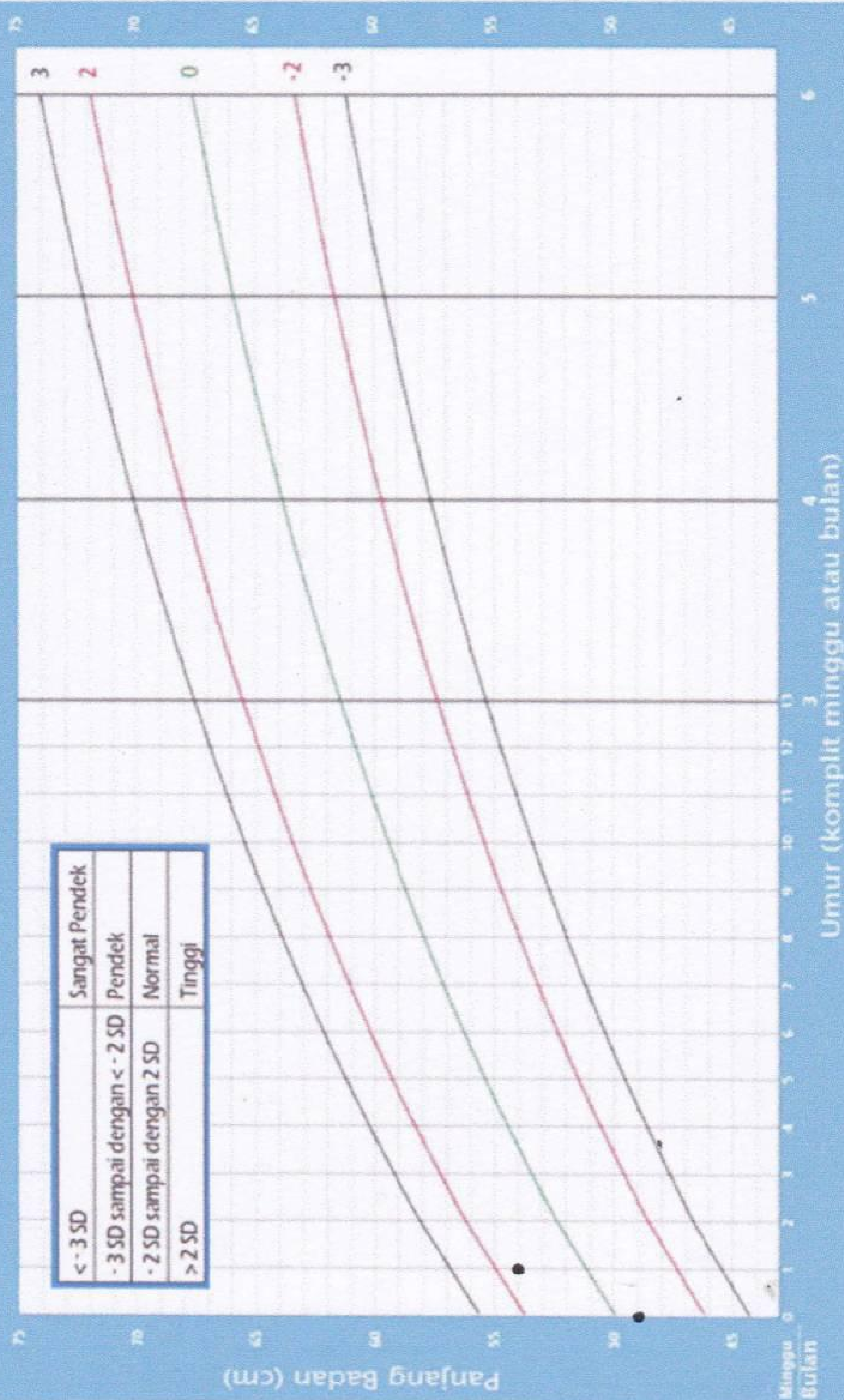
Sejak Lahir - 2 Tahun (z-scores)



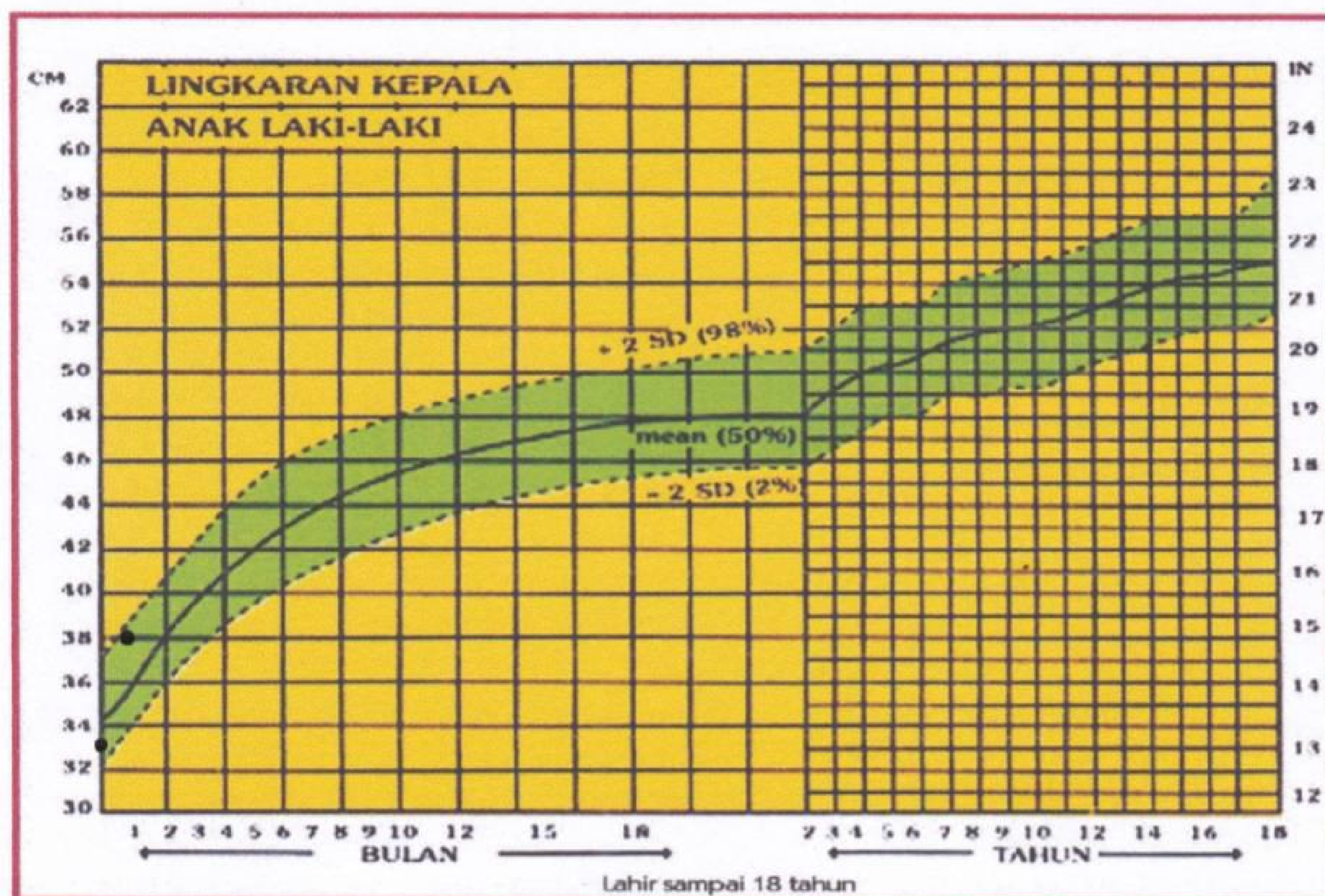
Standar WHO 2005

GRAFIK PANJANG BADAN ANAK LAKI-LAKI MENURUT UMUR

Sejak Lahir – 6 Bulan (z-scores)



Lampiran 15



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

Ukur lingkaran kepala dengan teratur tiap 3 bulan

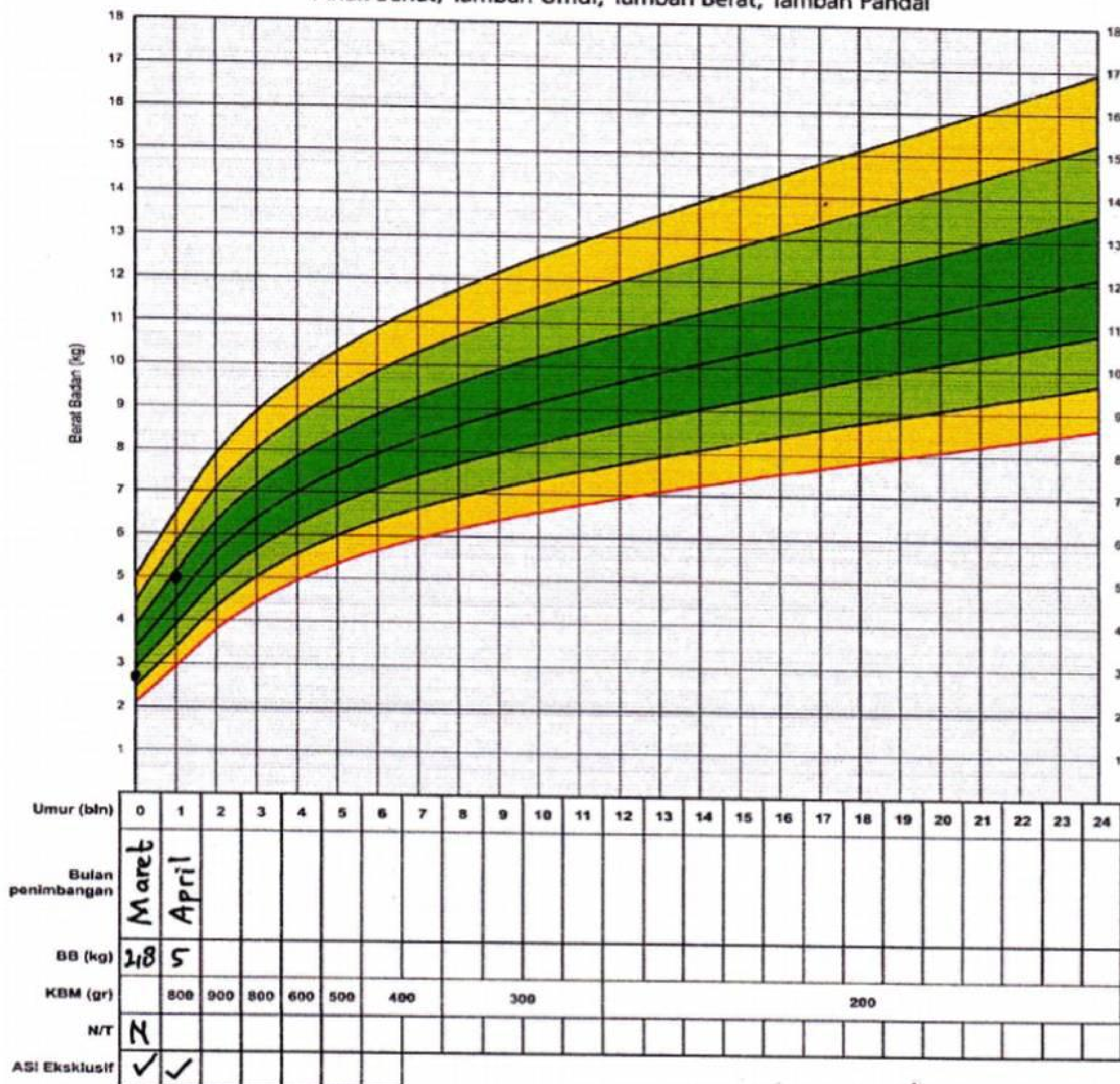
Dari NELHAUS. G. *Pediat* 41 . 106 .

Lampiran 16

KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK LAKI – LAKI

 KMS KARTU MENUJU SEHAT Untuk Laki-Laki	Nama Anak : <u>Ap. "B"</u>
	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

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:	25/21 /3												
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:													

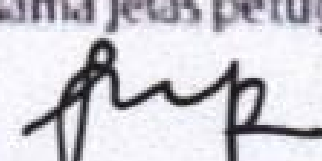
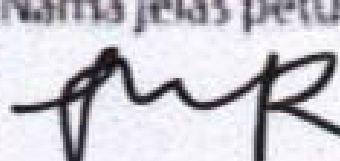
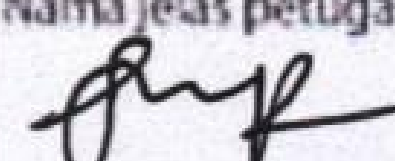
Keterangan:

-  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

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: <u>1800</u> gr PB: <u>49</u> cm LK: <u>33</u> cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) ☒ Vit K1 ☒ Salep/Tetes Mata ☒ Imunisasi HB ☒ Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____	Menyusu ☒ Tali Pusat ☒ Vit K1* ☐ Salep/Tetes Mata* ☐ Imunisasi HB* ☐ Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____ BB: gr _____ PB: cm _____ LK: cm _____ Skrining Hipotiroid Kongenital ☐ <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu ☒ Tali Pusat ☒ Tanda bahaya ☐ Identifikasi kuning ☐ Imunisasi HB* ☐ Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____ Skrining Hipotiroid Kongenital* ☐ <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu ☒ Tali Pusat ☒ Tanda bahaya ☐ Identifikasi kuning ☐  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
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 19

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		

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 20

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