

Lampiran 1**LEMBAR PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : NISA ROFI'ATUN NAFIAH

NIM : P27824218033

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

Angkatan : 2018/ 2019

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas

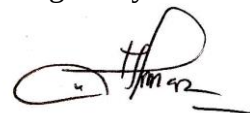
Akhir saya yang berjudul :

“ASUHAN KEBIDANAN MASA KEHAMILAN TRIMESTER III,
PERSALINAN NIFAS NEONATUS DAN KELUARGA BERENCANA”

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar benarnya.

Magetan, Februari 2021
Yang Menyatakan



Nisa Rofi'atun Nafiah
(P27824218033)

Lampiran 2**RIWAYAT HIDUP**

Nama : NISA ROFI'ATUN NAFIAH

Tempat,Tanggal Lahir : Tulngagung, 07 September 2000

Agama : Islam

Alamat : Dsn. Selojeneng RT 04 RW 01. Ds.Sumberdadi
Kec.Sumbergempol.Kab.Tulungagung

Riwayat Pendidikan : 1. SDN 1 SUMBERDADI
2. SMPN 1 SUMBERGEMPOL
3. SMAN 1 GONDANG

Lampiran 3**LEMBAR PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : NISA ROFI'ATUN NAFIAH

NIM : P27824218033

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, Februari 2021
Yang memohon



Nisa Rofi'atun Nafiah
(P27824218033)

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Wiwik
 Umur : 30 tahun
 Pendidikan : S
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Plangkrongan RT 1RT 04

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, 19 Maret 2021

Yang menyetujui



(.....Wiwik.....)

Lampiran 5 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)			

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 6 Kartu Skor Poedji Rohjati

Lampiran 6 Kartu Skor Poedji Rohjati

**SKRINING/DETEKSI DINI IBU RESIKO TINGGI
OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Ny. W
 Hamil ke : 2 Haid terakhir tgl : 28-06-2020
 Pendidikan ibu : SMP
 Pekerjaan Ibu : RT
 Umur Ibu : 30th
 Perkiraan lhr : 05-04-2021
 Suami : Tn. S
 Suami :

I	II	III	IV
KEL FR	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR
		Skor Awal Ibu Hamil	2
			I II III.1 III.2
			2 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	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		Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria,	4
	11	c. TBC Paru d. Payah Jantung	4
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4
		f. Penyakit Menular Seksual	4
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4
	13	Hamil kembar	4
	14	Hydramnion	4
	15	Bayi mati dalam kandungan	4
	16	Kehamilan lebih bulan	4
	17	Letak sungsang	8
	18	Letak Lintang	8
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8
		JUMLAH SKOR	2 2 2 2

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

Lampiran 7 Tabel Skrining Preeklampsia

TABEL SKRINING PRE EKLAMPSIA

Nama/Suami : Ny. "W" / Tn. "S"

Umur : 30 tahun

Alamat : Plangkrongan RT 30 RW 04

Status Gravidia : G2P10001

Umur Kehamilan : 37 minggu 2 hari

Tanggal Skrining : 19 Maret 2021

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

Keterangan : * : Tulis Hasil pemeriksaan

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

Lampiran 8 Skrining Resiko Perdarahan Post Partum Saat Kehamilan dan Persalinan

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POST PARTUM SAAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Nama/Suami : Ny. "W" / Tn. "S"
 Umur : 30 tahun
 Alamat : Plangkrongan RT 30 RW 04
 Status Gravida : G2P1001
 Umur Kehamilan : 37 minggu 2 hari
 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		√	Koriomnitis		√
10	Riwayat SC		√	Riwayat SC		√
	Hasil Akhir Skrining	0	10		0	10

Lampiran 9 Formulir Skrining Corona Virus Disease

Lampiran 9 Formulir Skrining Corona Virus Disease

Nama / Suami : Ny. Widiyati / Th. Sulitmo
 Tanggal lahir / umur : 30 tahun
 Alamat : Ploang Lerongan Rt 1/Rw 004
 Telepon :

FORMULIR SKRINING CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)

Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai!

GEJALA

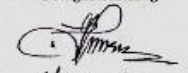
NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Demam / riwayat demam < 2 minggu		✓
2.	Batuk / pilek / nyeri tenggorokan < 2 minggu		✓
3.	Sesak napas		✓

FAKTOR RISIKO

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

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

Petugas Skrining



 Nisa P.



Magetan, 19 Maret 2021

Saksi

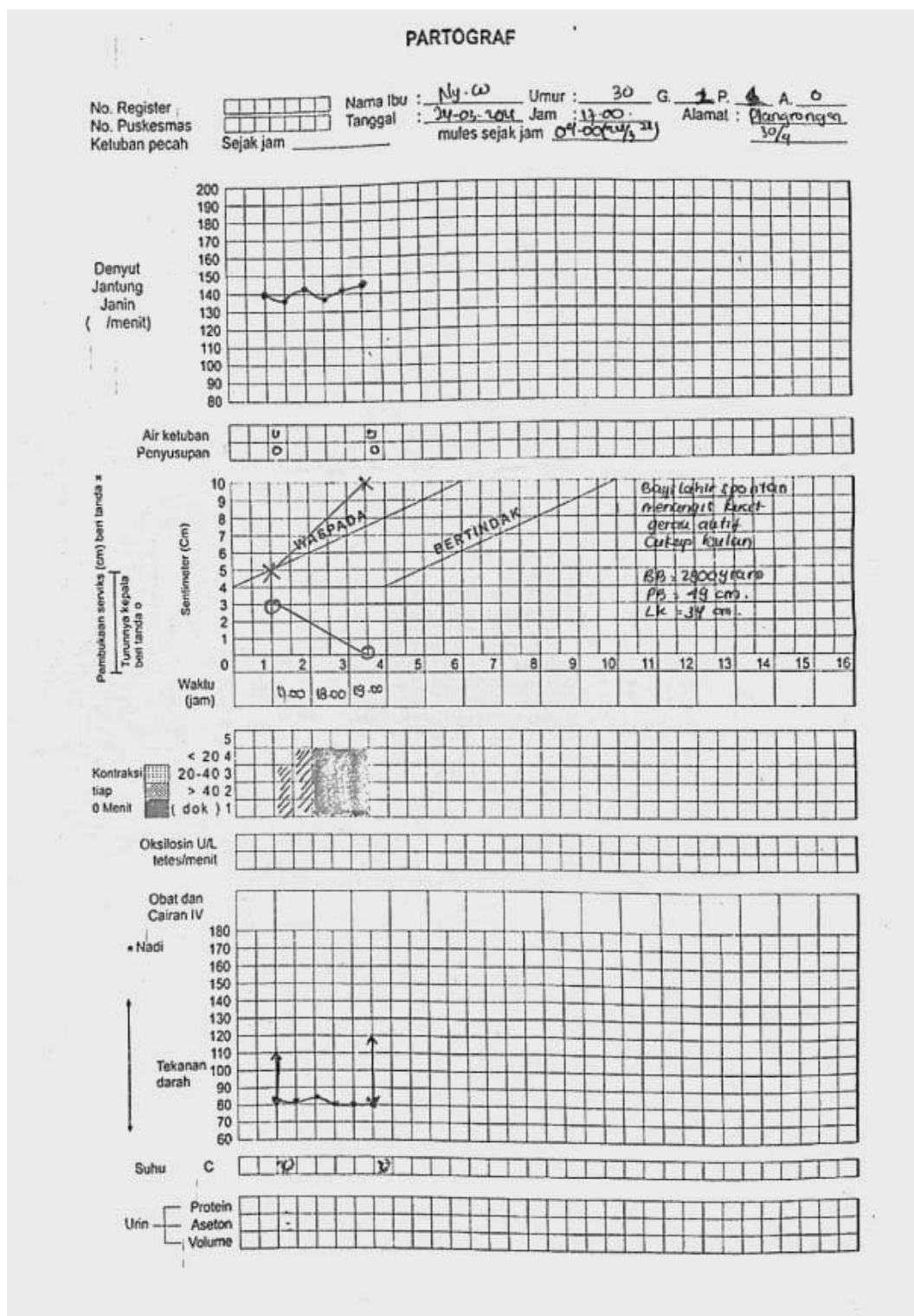


 Umma Y

CARA PENILAIAN

Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Orang Dalam Pemantauan (PDP)	Kesimpulan (lingkari salah satu)
Gejala No.1 + No.2 + No. 3 DAN Faktor Resiko No. 1 ATAU Gejala No.1 atau No. 2 DAN salah satu atau lebih factor resiko No.2 dan No.3	Gejala No. 1 atau No. 2 DAN fasiko No.1 ATAU Riwayat kontak erat dengan kasus COVID-19 ATAU daerah dengan kasus konfirmasi COVID-19	Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Orang Dalam Pengawasan (ODP) Bukan Keduanya

Lampiran 10 Lembar Partograf



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 24-03-2024
2. Nama bidan: Putri Endang N
3. Tempat persalinan:
- ☐ Rumah b. ☐ Puskesmas
- ☐ Poliklinik ☐ Rumah Sakit
- ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya: PMB. Ny. S
- Alamat tempat persalinan: Sekeloa Ngumbay
- Catatan: ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
- Asas merujuk: -
- Tempat rujukan: -
- Pendamping pada saat merujuk:
- ☐ bidan ☐ teman ☐ suami ☐ dukun ☐ keluarga ☐ tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
- ☐ Gawat darurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT

KALA I

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

KALA II

15. Epiotomi:
- ☐ Ya, indikasi: -
- ☒ Tidak
16. Pendamping pada saat persalinan:
- ☒ suami ☐ teman ☐ tidak ada
- ☐ keluarga ☐ dukun
17. Gawat janin:
- ☐ Ya, tindakan yang dilakukan: -
- ☒ Tidak
18. Distosia bahu:
- ☐ Ya, tindakan yang dilakukan: -
- ☒ Tidak
19. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya: -

KALA III

20. Inisiasi Menyusu Dini:
- ☒ Ya
- ☐ Tidak, alasannya: -
21. Lama kala III: 5 menit
22. Pemberian Oksitosin 10 U Im?
- ☒ Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
- ☐ Tidak, alasan: -
- Penjepitan tali pusat: 1 menit setelah bayi lahir
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
- ☐ Ya, alasan: -
- ☒ Tidak
24. Penjepitan tali pusat terkendali?
- ☒ Ya
- ☐ Tidak, alasan: -

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temp °C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih / I Urin	I darah keluar
1	20.10	100/70	86	36.2	2 jr & pusat	Baik	-	-
	20.25	100/70	86		2 jr & pusat	Baik	-	-
	20.45	100/80	86		2 jr & pusat	Baik	-	-
	21.05	110/80	84		2 jr & pusat	Baik	-	-
2	21.35	110/80	84	36	2 jr & pusat	Baik	-	-
	22.05	110/80	82		2 jr & pusat	Baik	± 30cc	± 30cc

Gambar 2-7: Halaman 2 Partugraf

25. Masase fundus uteri?

- ☒ Ya
- ☐ Tidak, alasan: -
26. Plasenta lahir lengkap (intact) (a) Tidak
- Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
- a. -
- b. -

27. Plasenta tidak lahir >30 menit:

- ☒ Tidak
- ☐ Ya, tindakan: -

28. Laserasi:

- ☐ Tidak
- ☒ Ya, dimana: perineum medio lateral centralis

29. Jika laserasi perineum, derajat: 2/3/4

- Tindakan:
- ☒ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
- ☐ Tidak dijahit, alasan: -

30. Atoni uteri:

- ☐ Ya, tindakan: -
- ☒ Tidak

31. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ± 200 ml

32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya:

Hasilnya: -

KALA IV

33. Kondisi ibu: KU: baik 100/70 TD: 82 mmHg Nadi: 82 X/mnt Napas: 22 X/mnt

34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya: -

Hasilnya: -

BAYI BARU LAHIR:

35. Berat badan 3500 gram

36. Panjang badan 49 cm

37. Jenis kelamin: L (P)

38. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit

39. Bayi lahir:

☒ Normal, tindakan:

☒ menghangatkan

☒ mengeringkan

☒ rangsang taktil

☒ IMD atau nuri menyusui segera

☒ tetes mata profilaksis, vitamin K₁, imunisasi Hepatitis B

☐ Asfiksia, tindakan:

☐ menghangatkan

☐ bebaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)

☐ mengeringkan

☐ rangsang taktil

☐ ventilasi positif (jika perlu)

☐ asuhan pascapersusutan

☐ lain-lain, sebutkan: -

☐ Cacat bawaan, sebutkan: -

☐ Hipotermi: ya/tidak, tindakan: -

a. -

b. -

40. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir

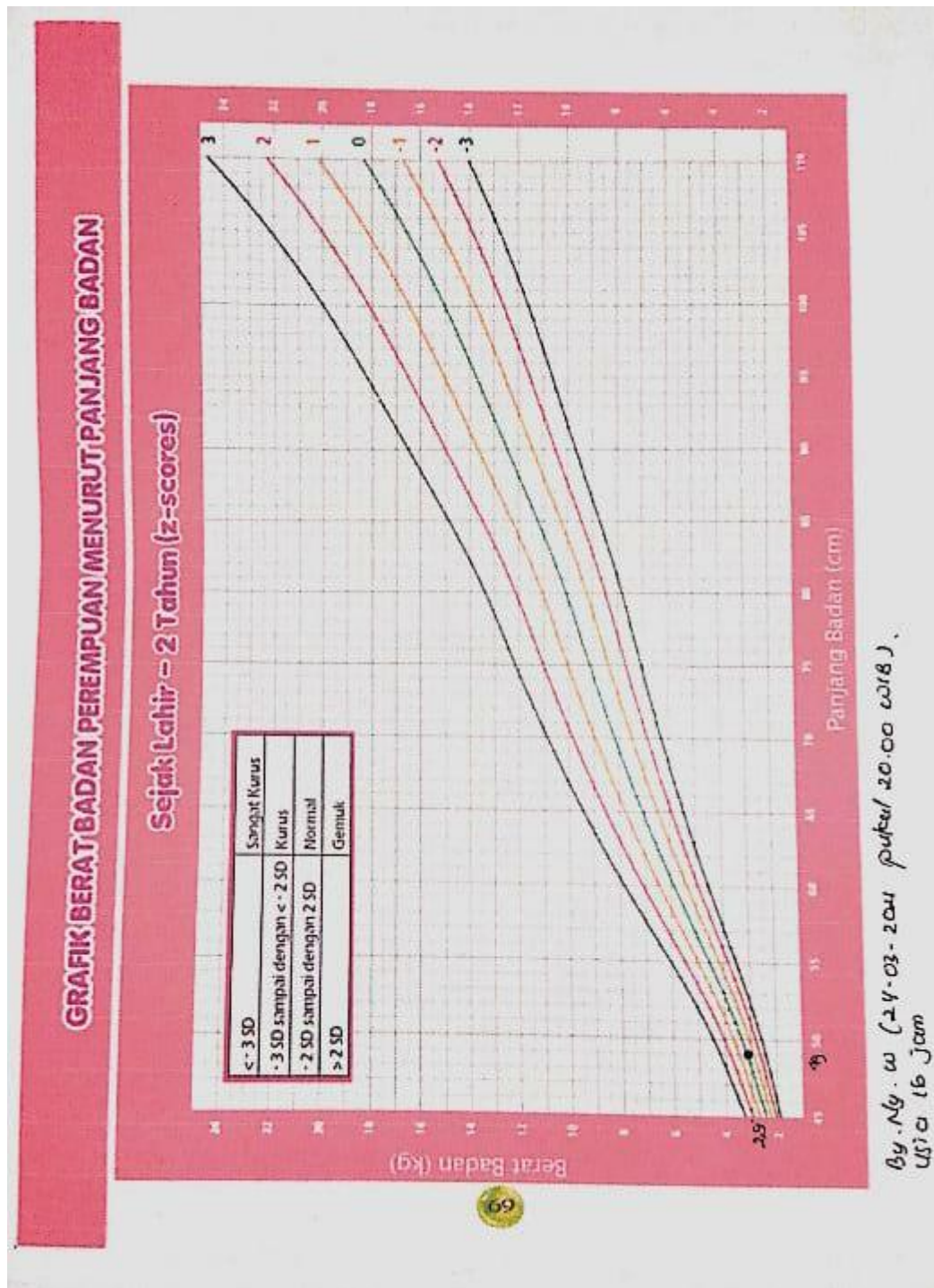
☒ Ya, waktu: 1 jam setelah bay lahir

☐ Tidak, alasan: -

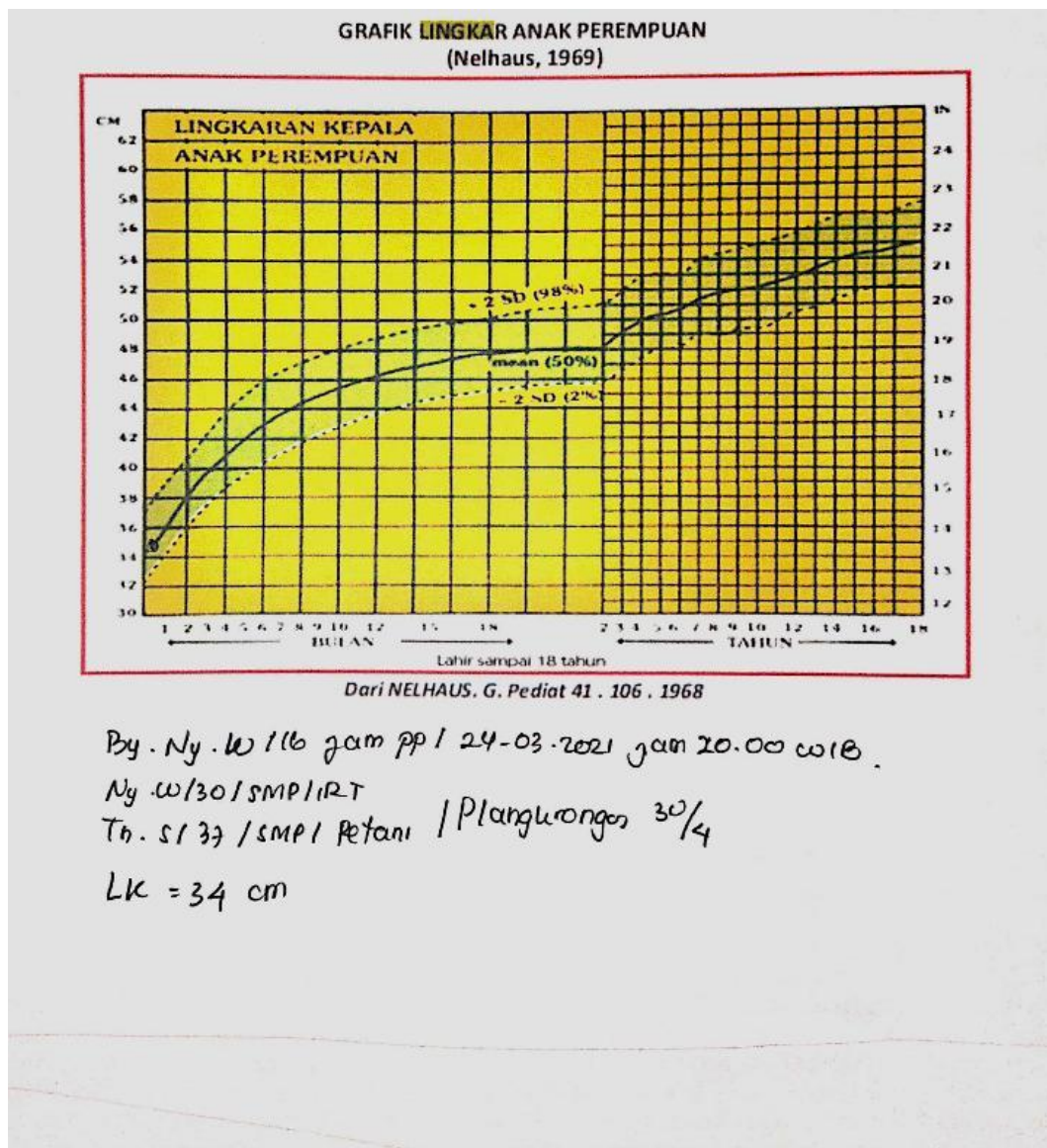
41. Masalah lain, sebutkan: -

Penatalaksanaan dan Hasilnya: -

Lampiran 11 Grafik Berat Badan Menurut Panjang Badan



Lampiran 13 Grafik Lingkar Kepala Anak



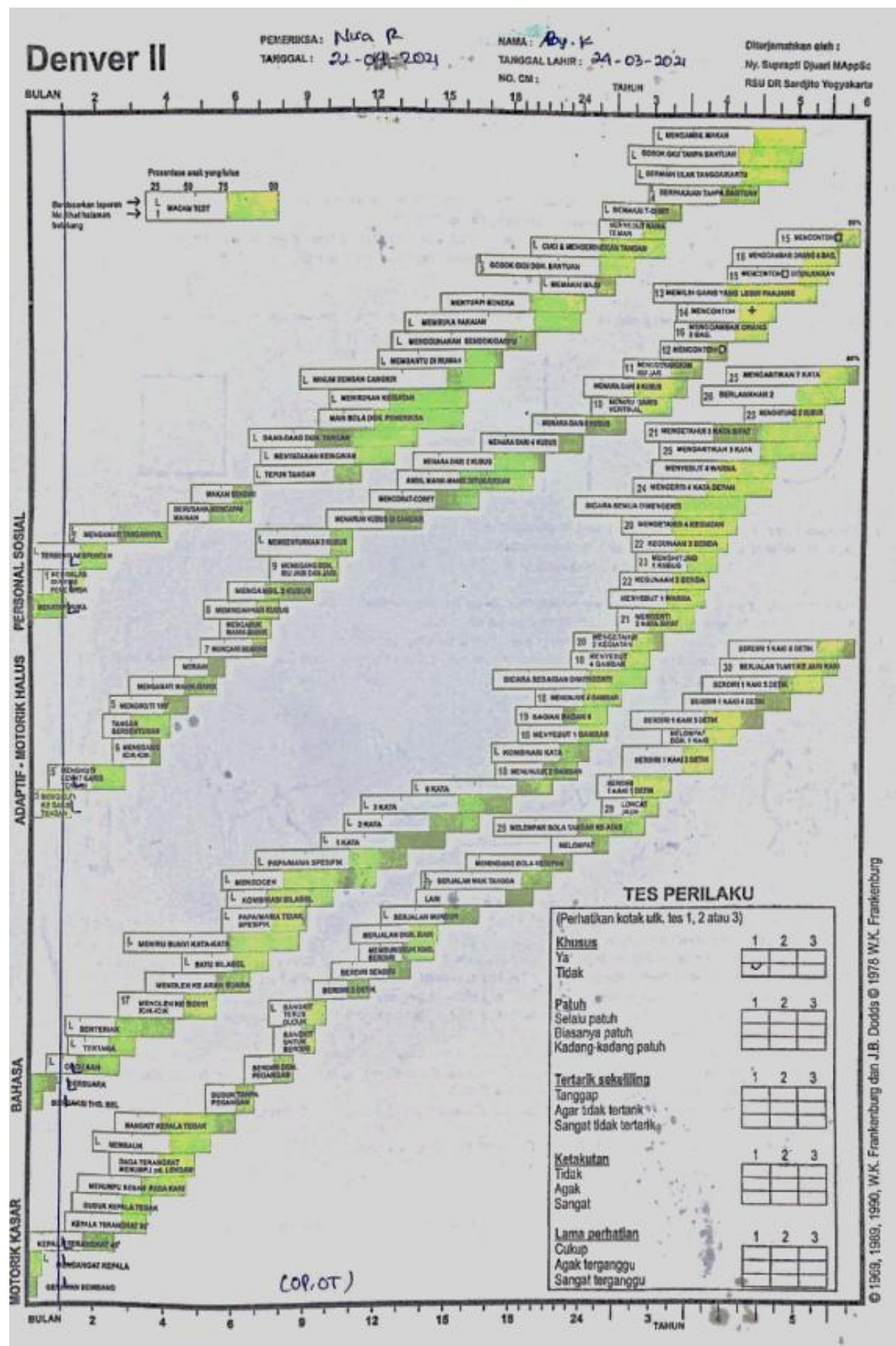
Lampiran 13 Jadwal Pelayanan Imunisasi

PELAYANAN IMUNISASI																
UMUR	BULAN															
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	24	36	48	60
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas															
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:	24/3	24/3														
BCG No Batch:	19/4	24/4														
Polio tetes 1 No Batch:	4/4															
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:

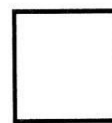
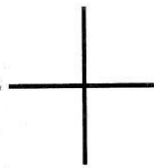
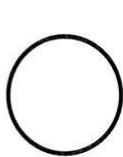
- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar

Lampiran 14 Denver



PETUNJUK PELAKSANAAN

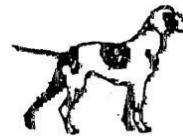
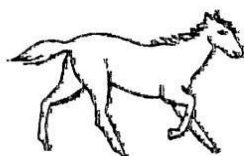
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting 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 15 KMS



KMS

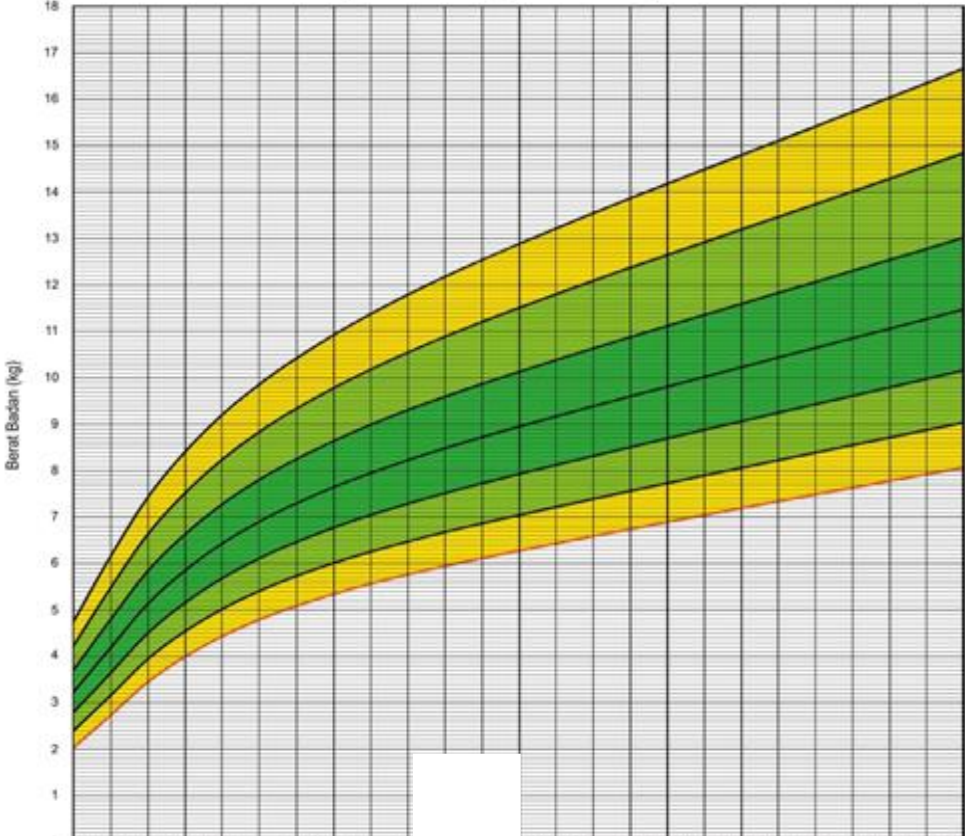
KARTU MENUJU SEHAT

Untuk Perempuan

Nama Anak :

Nama Posyandu :

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



Umur (bin)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bulan penimbangan																									
BB (kg)																									
KBM (gr)	800	900	800	600	500	400				300															
N/T																									
ASI Eksklusif																									

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)