Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Dewi Rika Miranti

NIM : P27824219007

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2019–2022

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

"Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana di Kabupaten 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, 13 Mei 2022

Penulis

Dewi Rika Miranti
NIM. P27824219007

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : Dewi Rika Miranti

Tempat, Tanggal Lahir : Magetan, 01 Januari 2001

Agama : Islam

Alamat : Dusun Sepi, RT01/RW01, Desa Tanjungsari, Kecamatan Panekan, Kabupaten Magatan

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Tanjungsari
2. SMPN Sidorejo
3. SMAN Plaosan

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dewi Rika Miranti

NIM : P27824218034

Status : Mahasiswa Program Studi DIII Kebidanan Kampus MagetanPoliteknik Kesesehatan Kementerian 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 perhatian ibu saya ucapkan terima kasih.

Magetan, 13 Mei 2022

Yang Memohon

Dewi Rika Miranti
NIM. P27824219007

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : SITI FATIMAH

Umur : 21 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : KARANG GUPITO DS. LOS.

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, 24 Februari 2022

Yang Menyatakan

(SITI FATIMAH)

Lampiran 5

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANHANYA 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	V	T1
		b. Kelas 2	V	T2
		c. Kelas 3	V	T3
C	**SAAT CALON PENGANTIN**		V	T4
D	**SAAT HAMIL**		V	T5
	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, dan 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

Tabel Skrining Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

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

Nama: Ny. S Umur Ibu: 21 Th.
Hamil ke 1 Haid Terakhir tgl: ... Perkiraan Persalinan tgl: ... bl
Pendidikan: Ibu SMA Suami SMA
Pekerjaan: Ibu IRT Suami ...

I	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	✓			✓
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / 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. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
	[illegible]	[illegible]	[illegible]				
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				
III	[illegible]	[illegible]	[illegible]				
	[illegible]	[illegible]	[illegible]				
	[illegible]	[illegible]	[illegible]				
	[illegible]	[illegible]	[illegible]				
JUMLAH SKOR				2			2

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML SKOR	KEL RISIKO	PERAWATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
6 – 10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

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

Persalinan: Melahirkan tanggal ___ / ___ / ___

RUJUKAN DARI: 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUKAN KE: 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

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

Gawat Obstetrik:
Kel. Faktor Risiko I & II
1. ______
2. ______
3. ______
4. ______
5. ______
6. ______
7. ______

Gawat Darurat Obstetrik:
- **Kel. Faktor Risiko III**
  1. Perdarahan antepartum
  2. Eklampsia
- **Komplikasi Obstetrik**
  3. Perdarahan postpartum
  4. Uri Tertinggal
  5. Persalinan Lama
  6. Panas Tinggi

TEMPAT
1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

PENOLONG
1. Dukun
2. Bidan
3. Dokter
4. Lain-2

MACAM PERSALINAN
1. Normal
2. Tindakan pervaginam
3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN:

IBU:
1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab:
   a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
   c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 ...

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

TEMPAT KEMATIAN IBU:
1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain-2 ______

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 SKRINING PRE EKLAMSIA

Nama/Suami : Ny. S / Tn. A
Umur : 21 th / 31 th
Alamat : Karanggupito 5/3
Status Gravida : G1P00000
Umur Kehamilan : 33-34 minggu
Tanggal Skrining : 24-02-2022

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

Keterangan :
* : Tulis Hasil pemeriksaan
- *Low dose* Aspirin 1 x 80-150 mg/hari sampai dengan 7 hari sebelum persalinan
- Kalsium 1 h/hari

Kesimpulan :
Bilamana ibu berisiko preeklamsia maka pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di rumah sakit.
Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan diatas (tidak perlu menunggu inpartu)

Lampiran 8

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POST PARTUM SAAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Nama/Suami : Ny. S / Tn. A

Umur : 21 th / 31 th

Alamat : Karanggupito 5/3

Status Gravida : G1P00000

Umur Kehamilan : 33-34 minggu

Tanggal Skrining : 24-02-2022

	FAKTOR RISIKO ANTENATAL	Ya	Tidak	FAKTOR RISIKO PERSALINAN	Ya	Tidak
1	Usia >35 tahun		V	Induksi persalinan		V
2	BMI >30		V	Partus lama		V
3	Grandemulti		V	- Kala I		V
4	Postdate		V	- Kala II		V
5	Makrosomia		V	- Kala III		V
6	Gemeli		V	Epidural Analgesia		V
7	Myoma		V	Vakum/forcep		V
8	APB		V	Episiotomy		V
9	Riwayat HPP		V	Koriomnitis		V
10	Riwayat SC		V	Riwayat SC		V
	Hasil Akhir Skrining					

Waspada Perdarahan ☐

Tindak lanjut ☐

Ket:

1. Dalam ANC bila salah satu jawaban “Ya” waspada perdarahan
2. Tindak lanjut tegantung kasus

Lampiran 9

Nama / Suami : Ny. S / Tn. A
Tanggal lahir / umur : 21th / 31th
Alamat : Karanggupito
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 terindentifikasi) ATAU ; d. Memiliki demam (≥38°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 paksaandari pihak manapun.jika dikemudian hari saya terbukti memberikan **KETERANGAN PALSU,** saya menyatakan sanggup dibawa ke **RANAH HUKUM.**

Magetan, 19 : 02 : 2022

Petugas Skrining ..... Responden F. FATIMAH Saksi ....

CARA PENILAIAN

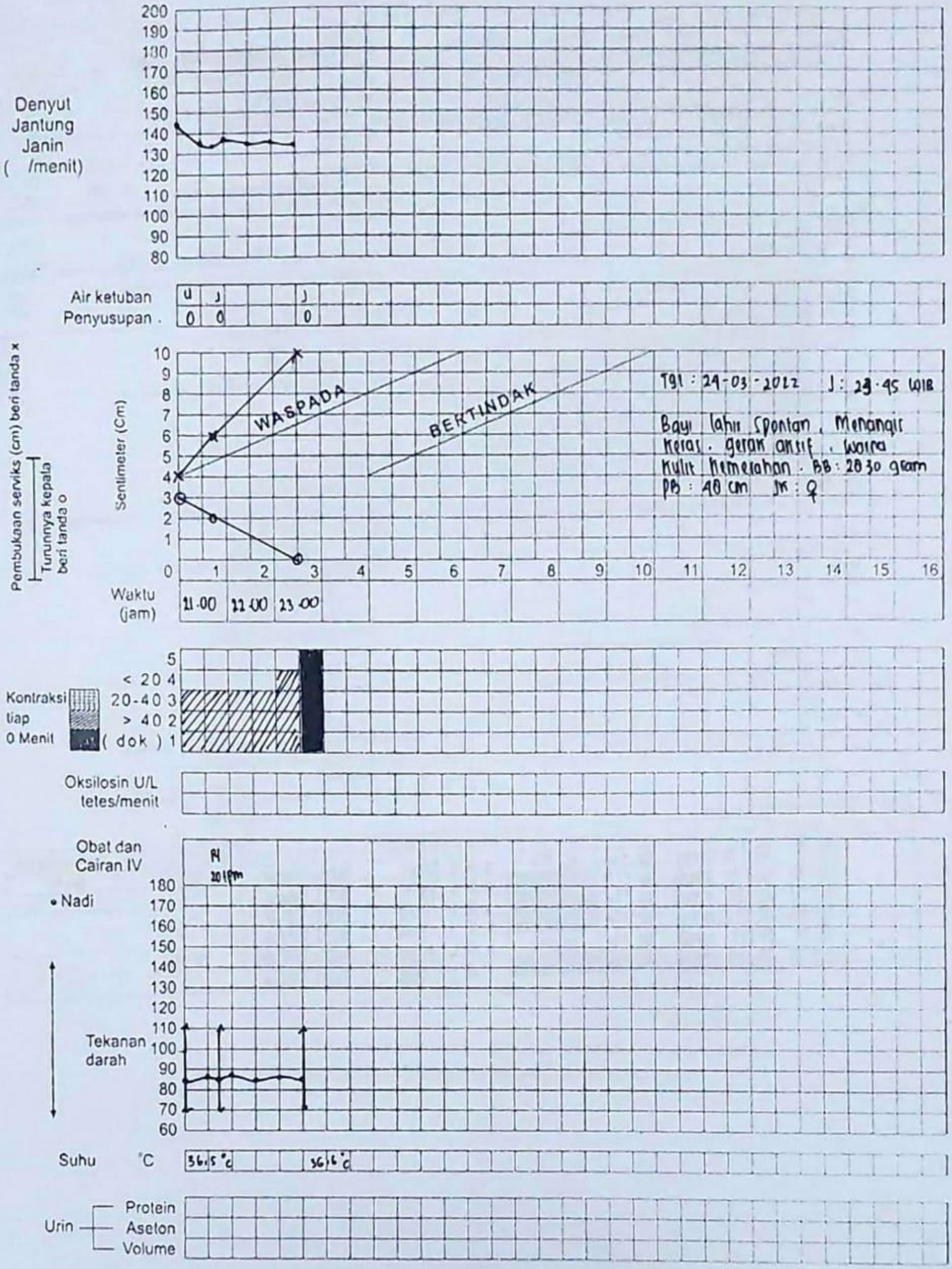
Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Orang Dalam Pemantauan (PDP)	Kesimpulan (lingkari salah satu)
Gejala No.1 + No.2 + No. 3 DAN Faktor Resiko No. 1 **ATAU** Gejala No.1 atau No. 2 DAN salah satu atau lebih factor resiko No.2 dan No.3	Gejala No. 1 atau No. 2 DAN fasiko No.1 **ATAU** Riwayat kontak erat dengan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

Dipindai dengan CamScanner

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah Sejak jam _____

Nama Ibu : Ny.S Umur : 21th G 1 P 0 A 0
Tanggal : 24-03-2022 Jam : 21.00 WIB Alamat Karanggupito 5/3
mules sejak jam 18.00 WIB



CATATAN PERSALINAN

Tanggal : 24-03-2022
Nama bidan: Bidan N. Bidan R., Bidan A.
Tempat persalinan:
☐ Rumah Bd ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☑ Lainnya PMB
Alasan tempat persalinan: .....
Dirujuk ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
Alasan merujuk: .....
Tempat rujukan: .....
Pendamping pada saat merujuk:
☐ bidan ☐ teman ☐ suami ☐ dukun ☐ keluarga tidak ada
Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
☐ Gawatdarurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi PMTCT

KALA I

1. Temuan pada fase laten : ..... Perlu Intervensi: Y / T
2. Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y / T
3. Masalah pada fase aktif, sebutkan .....
   Penatalaksanaan masalah tersebut .....
   Hasilnya: .....

KALA II

4. Episiotomi.
   ☐ Ya, indikasi .....
   ☑ Tidak
   Pendamping pada saat persalinan:
   ☑ suami ☐ teman ☐ tidak ada
   ☑ keluarga ☐ dukun
5. Gawat janin:
   ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
   a .....
   b .....
   ☑ Tidak
   ☐ Pemantauan DJJ setiap 6-10 menit selama kala II, hasilnya: .....
6. Distosia bahu
   ☐ Ya, tindakan yang dilakukan: .....
   ☑ Tidak
7. 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 ..... menit setelah bayi lahir
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
    ☐ Ya, alasan .....
    ☑ Tidak
24. Peregangan tali pusat terkendali?
    ☑ Ya
    ☐ Tidak, alasan .....
25. Masase fundus uteri?
    ☑ Ya
    ☐ Tidak, alasan .....
26. Plasenta lahir lengkap *(intact)* (Ya) / Tidak
    Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
    a. .....
    b. .....
27. Plasenta tidak lahir >30 menit:
    ☑ Tidak
    ☐ Ya, tindakan .....
28. Laserasi:
    ☐ Tidak
    ☑ Ya, dimana Mukosa, Mukt, otot
29. Jika laserasi perineum, derajat: 1 (2) 3/4
    Tindakan:
    ☑ Penjahitan, (dengan) / tanpa anestesi
    ☐ Tidak dijahit, alasan .....
30. Atoni uteri:
    ☐ Ya, tindakan: .....
    ☑ Tidak
31. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 1 150 ml
32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya: .....
    Hasilnya: .....

KALA IV

33. Kondisi Ibu : KU: baik TD: 110/70 mmHg Nadi: 90 x/mnt Napas: 20 x/mnt
34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya .....
    Haslinya .....

BAYI BARU LAHIR:

35. Berat badan 2830 gram
36. Panjang badan 48 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 naluri menyusu segera
    ☑ tetes mata profilaksis, vitamin K_1, imunisasi Hepatitis B
    ☐ Asfiksia, tindakan:
    ☐ menghangatkan
    ☐ bebaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)
    ☐ mengeringkan
    ☐ rangsangan taktil
    ☐ ventilasi positif (jika perlu)
    ☐ asuhan pascarosusitasi
    ☐ lain-lain, sebutkan: .....
    ☐ Cacat bawaan, sebutkan: .....
    ☐ Hipotermi, ya/tidak, tindakan:
    a .....
    b .....
40. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
    ☐ Ya, waktu: ..... jam setelah bay lahir
    ☐ Tidak, alasan .....
41. Masalah lain, sebutkan: .....
    Penatalaksanaan dan Hasilnya: .....

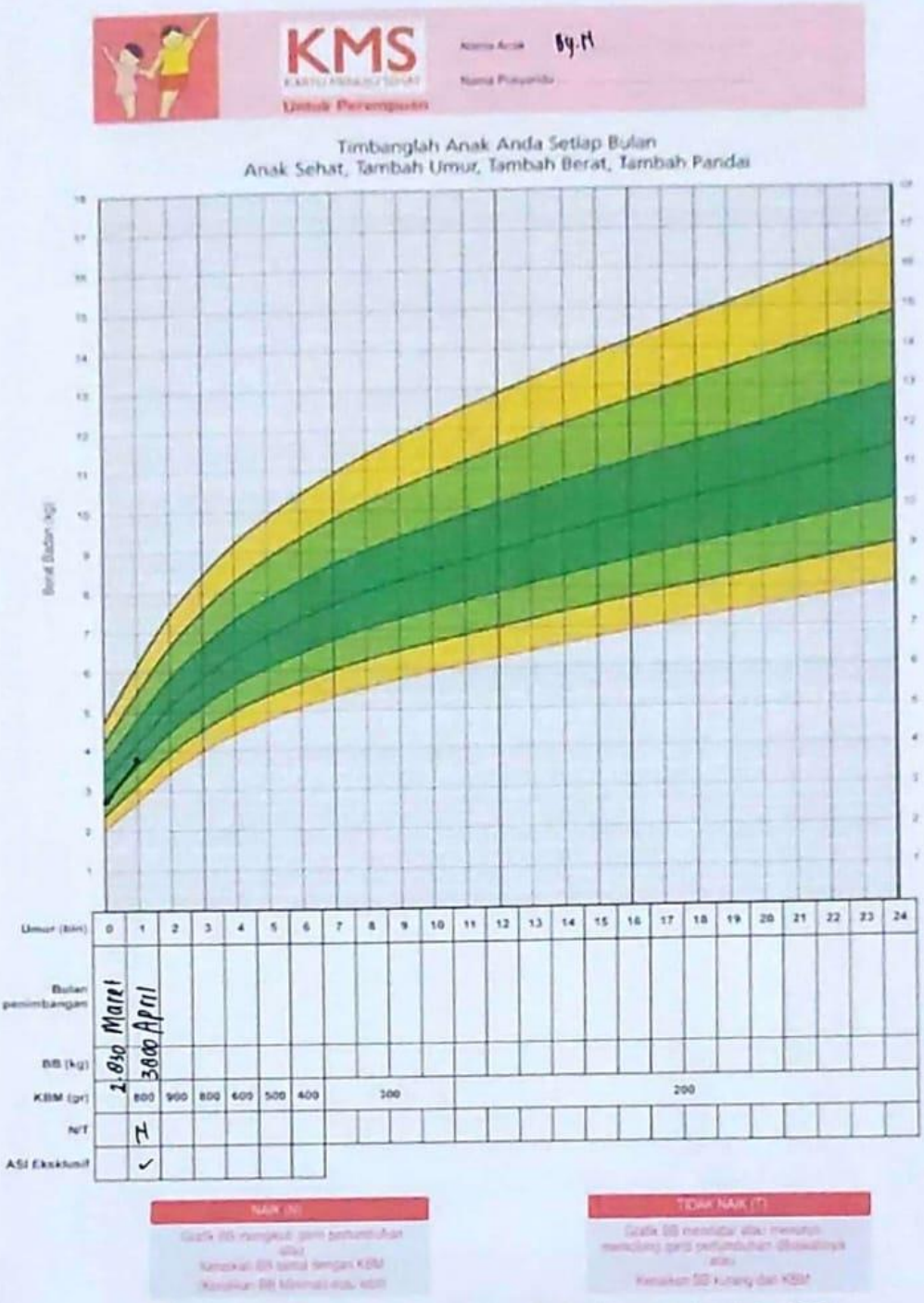
TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temp °C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih / Σ Urin	Σ darah keluar
1	00.15	110/70 mmHg	85 x/m	36,7°C	2 jr ↓ pusat	keras bundar	50 cc	60 cc
	00.30	110/70 mmHg	85 x/m	[redacted]	2 jr ↓ pusat	keras bundar	-	-
	00.45	110/70 mmHg	85 x/m	[redacted]	2 jr ↓ pusat	keras bundar	-	-
	01.00	110/70 mmHg	85 x/m	[redacted]	2 jr ↓ pusat	keras bundar	-	-
2	01.30	110/70 mmHg	80 x/m	36,5°C	2 jr ↓ pusat	keras bundar	30 cc	-
	02.00	110/70 mmHg	80 x/m	[redacted]	2 jr ↓ pusat	keras bundar	-	-

Gambar 2-7 Halaman 2 Partograf

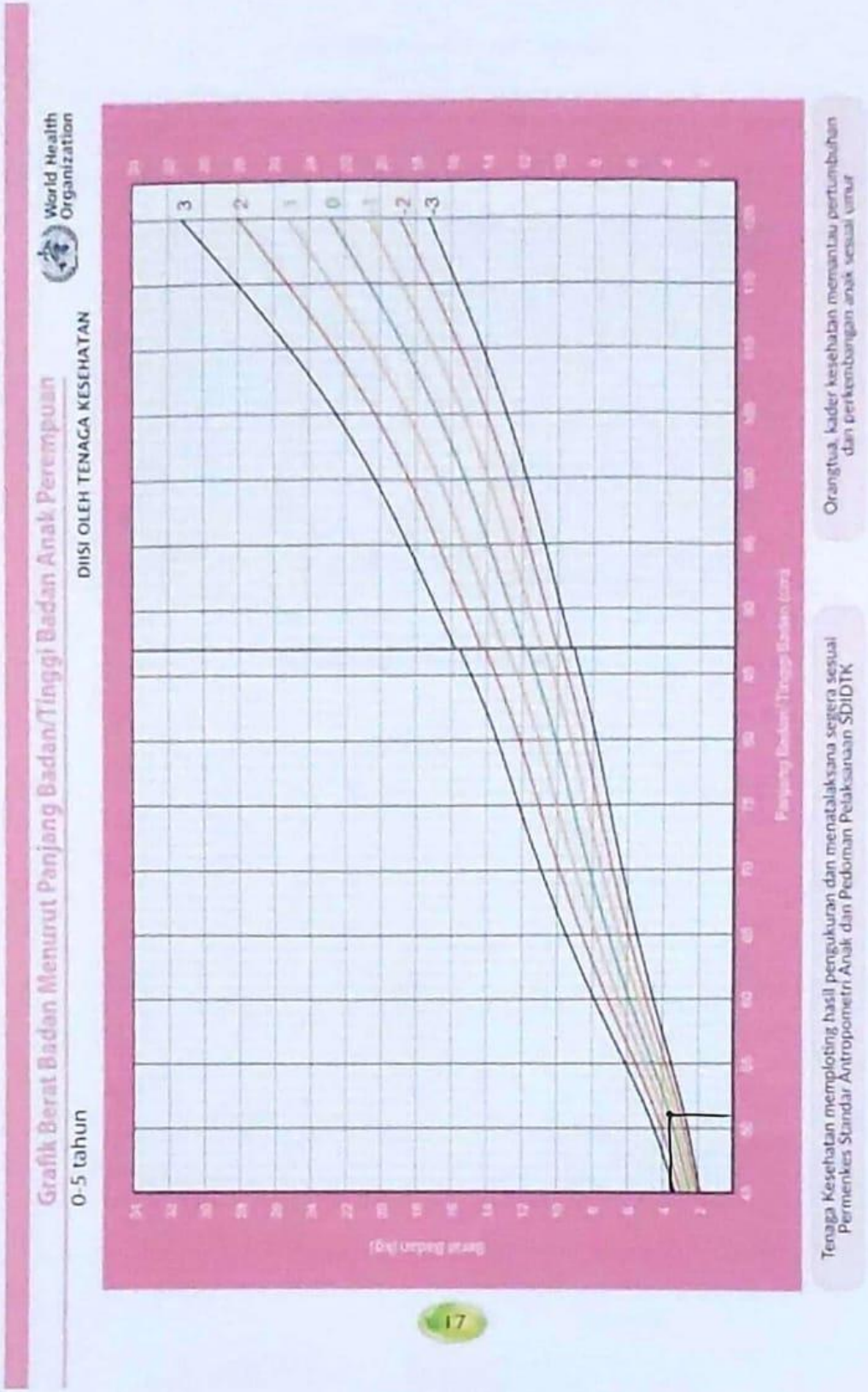
Lampiran 11

Grafik KMS Anak Perempuan



Lampiran 12

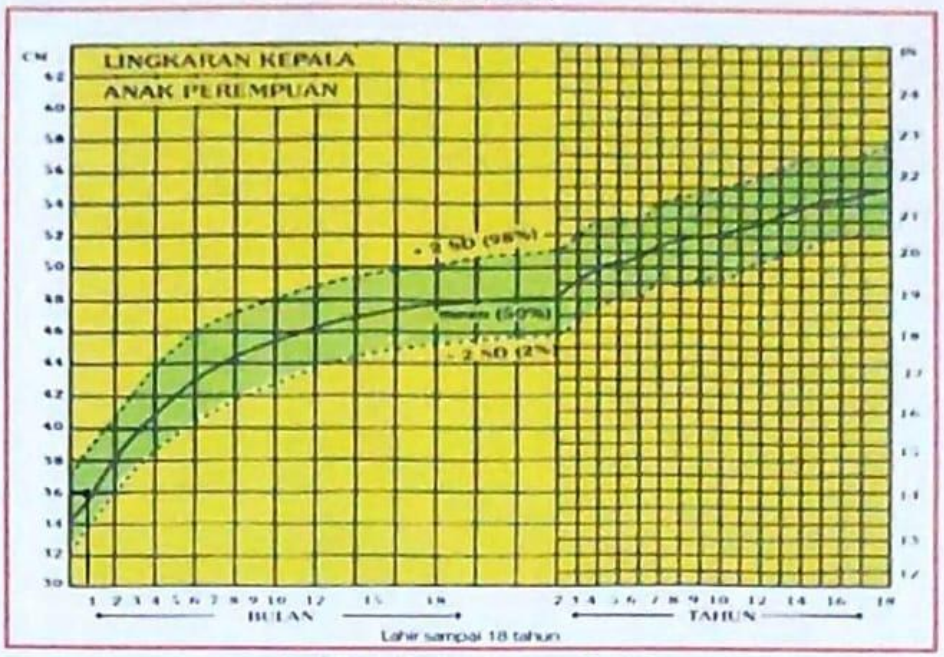
Grafik Berat Badan Menurut Panjang Badan



Lampiran 13

Grafik Lingkar Kepala Anak Perempuan

GRAFIK LINGKAR ANAK PEREMPUAN
(Nelhaus, 1969)



Dari NELHAUS. G. Pediat 41 . 106 . 1968

Lampiran 14

Jadwal Pelayanan Imunisasi

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:	24/12/13												
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

8

PELAYANAN IMUNISASI

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

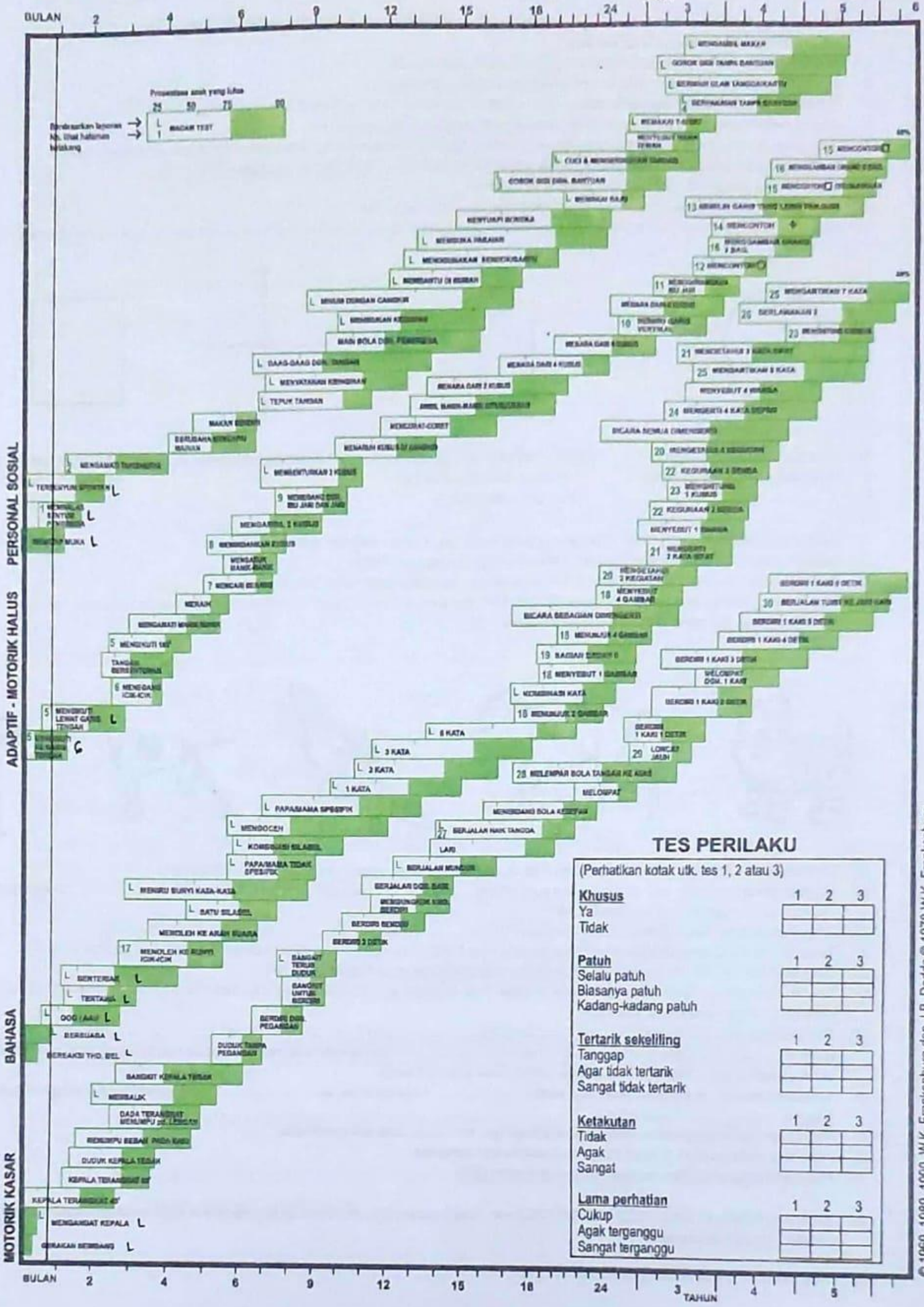
** imunisasi PCV dan JE baru diberikan di beberapa provinsi/ kab/kota percontohan*

Denver II

PEMERIKSA : Dewi
TANGGAL : 22-04-2022

NAMA : By. H
TANGGAL LAHIR : 29-03-2022
NO. CM :

Diterjemahkan oleh :
Ny. Soepapti Djuari MAppSc
RSU DR Sardjito Yogyakarta



© 1969, 1989, 1990, W.K. Frankenburg dan J.B. Dodds © 1978 W.K. Frankenburg

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 menggerakan 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, menggerakan 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 (8½").

30. Suruh anak berjalan ke depan → Tumit berjarak ± 2½ 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 16

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 Seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih dari 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami disminorhea berat yang membutuhkan angka analgetika dan/ atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan/ perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvuvar atau congenital		

INTERPRETASI :

- Apabila ada jawaban “YA” pada pertanyaan hadi terakhir = Pastikan ibu tidak hamil
- Apabila ada jawaban ≥ 1 “YA” pada pertanyaan lain = Ibu tidak boleh memakai alat kontrasepsi

Lampiran 16

Penggunaan 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*)		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/*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								