

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Rr. Gerwin Hindrastarin Putri
NIM : P27824220041
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, 6 Februari 2023

Pemohon

Rr. Gerwin Hindrastarin Putri
P27824220041

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : EVA ROSPITA
 Umur : 22 tahun
 Pendidikan : SMK
 Pekerjaan : TANI
 Alamat : Ds TURIDK GONDANG RT:06/03 KEC. PANDEAN
 MAGETAN - JATIM

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, 21 Februari 2023

Yang Menyatakan


 (.....)

Lampiran 3

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Rr. Gerwin Hindrastarin Putri
 NIM : P27824220041
 Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan
 Angkatan : 2020

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

“Asuhan Kebidanan Pada Ny.”E” G1P00000

Masa Kehamilan Trimester III Persalinan Nifas

Neonatus dan Keluarga Berencana

Di Puskesmas Panekan 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,
 Yang Menyatakan

Rr. Gerwin Hindrastarin Putri
 (P27824220041)

Lampiran 4

RIWAYAT HIDUP

Nama : Rr. Gerwin Hindrastarin Putri
 Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 25 Oktober 2001
 Agama : Islam
 Alamat : Jalan Bawono Manis VIII No.7, RT 24 RW 07
 Kelurahan Manisrejo, Kecamatan Taman, Kota
 Madiun
 Riwayat Pendidikan :
 1. SDN 03 Manisrejo (2008 – 2014)
 2. SMPN 04 Madiun (2014 – 2017)
 3. SMAN 01 Madiun (2017 – 2020)

Lampiran 5

**INSTRUMEN SELF ASSESMENT
RISIKO COVID-19**

Nama :
 NIK (No.KTP) :
 Alamat :
 Pekerjaan :
 Tanggal :

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 konfirmasi 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 = Risiko Kecil
 1 - 4 = Risiko Sedang
 ≥ 5 = Risiko Besar

TINDAK LANJUT :

Risiko besar dan pemeriksaan suhu $\geq 37,3^{\circ}\text{C}$ tidak diperkenankan masuk, agar dilakukan investigasi lebih lanjut dan direkomendasikan berkonsultasi dengan tenaga kesehatan.

Lampiran 6

TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi		
Umur ≥ 35 tahun		
Nulipara		
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun		
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan		
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m ²)		
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		
Kehamilan multiple		
Diabetes dalam kehamilan		
Hipertensi kronik		
Penyakit ginjal		
Penyakit autoimun, SLE		
Anti phospholipid syndrome*		
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure > 90 mmHg **		
Proteinuria (urin celup $> +1$ pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)		
Keterangan Sistem Skoring: Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya • 2 risiko sedang  dan atau, • 1 risiko tinggi  * Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature ** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan :

Bilamana ibu berisiko preeklamsi maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.

Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Lampiran 7

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANNHANYA 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. Kelas6		
	2	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
		a. Kelas1		
		b. Kelas6		
	3	Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
		a. Kelas1		
		b. Kelas5		
		c. Kelas6		
	4	Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
		a. Kelas1		
		b. Kelas4		
		c. Kelas5		
		d. Kelas6		
	5	Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
		a. Kelas1		
		b. Kelas3		
		c. Kelas4		
		d. Kelas5		
		e. Kelas6		
	6	Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
		a. Kelas1		
		b. Kelas2		
		c. Kelas3		
		d. Kelas4		
	7	Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
		a. Kelas1		
		b. Kelas2		
		c. Kelas3		
C	SAAT CALON PENGANTIN			
D	SAAT HAMIL			
		a. Hamil1		
		b. Hamil2		
		c. Hamil3		
		d. Hamil4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI) CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI2001			
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)				
1. Vaksinasi bayi DPT 3 dosis dimulai sejak 1977-sekarang				
2. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas 1 laki+ perempuan (DT 2 ds) & kelas 6 perempuan (TT 2 ds)				
3. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1998-2000 = kelas 1 (DT) s/d kelas 2-6 (TT)				
4. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 2001- sekarang = kelas 1, 2 & 3				
5. Vaksinasi 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 <i>Tetanus Toxoid</i> = T1= 0 tahun, T2= 3 tahun, T3= 5 tahun, T4= 10 tahun, T5= 25 tahun				

Lampiran 8

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

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

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : bl
 Pendidikan : Ibu Suami
 Pekerjaan : Ibu Suami

I	II	III	IV
KEL.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR
		Skor Awal Ibu Hamil	2
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th 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 b. Uri dirogoh c. Diberi infus/Transfusi	4
	10	Pernah Operasi Sesar	8
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4
	15	Bayi mati dalam kandungan	4
	16	Kehamilan lebih bulan	4
	17	Letak Sungsang	8
	18	Letak Lintang	8
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8
JUMLAH SKOR			

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO			
JML. SKOR	KEL. RISIKO	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	
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER	

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

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

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

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

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

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 9

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN *POSTPARTUM*

Nama/Suami :
 Umur :
 Alamat :
 Status Gravida :
 Umur Kehamilan :
 Tanggal Skrining :

	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			Korionitis		
10	Riwayat SC			Riwayat SC		
	Hasil Akhir Skrining					

Waspada Perdarahan

Tindak lanjut

INTERPRETASI :

Jika ada 1 “YA”

= Waspada

Perdarahan

Jika ada > 1 “YA”

= Tindak lanjut

[illegible]

Lampiran 11

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : Umur : G P A Hamil minggu
 RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal : Pukul :
 Ketuban Pecah sejak pukul : Mules sejak pukul : Alamat sejak pukul :

Denyut Jantung Janin (x/menit)	200																
	190																
	180																
	170																
	160																
	150																
	140																
	130																
	120																
	110																
	100																
	90																
	80																
Air ketuban penyusupan																	
Pembukaan serviks (cm) ber tanda X Turunya kepala Ber tanda O	10																
	9																
	8																
	7																
	6																
	5																
	4																
	3																
	2																
	1																
	0																
Waktu (pukul)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Kontraksi tiap 10 menit	< 20																
	20-40																
	> 40 (detik)																
	5																
	4																
	3																
	2																
	1																
Oksitosin U/l tetes/menit																	
Obat dan cairan IV																	
Tekanan darah	Nadi																
	180																
	170																
	160																
	150																
	140																
	130																
	120																
	110																
	100																
	90																
	80																
	70																
	60																
Temperatur °C																	
Urine	Protein																
	Aseton																
	Volume																

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
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 / 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 : menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : 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								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

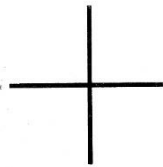
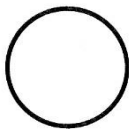
24. Masase fundus uteri ?
☐ Ya.
☐ Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
☐ Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
☐ Ya, dimana
☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
a.
b.
c.
☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

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

PETUNJUK PELAKSANAAN

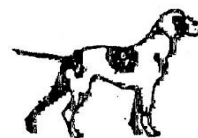
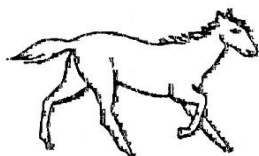
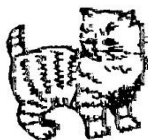
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting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

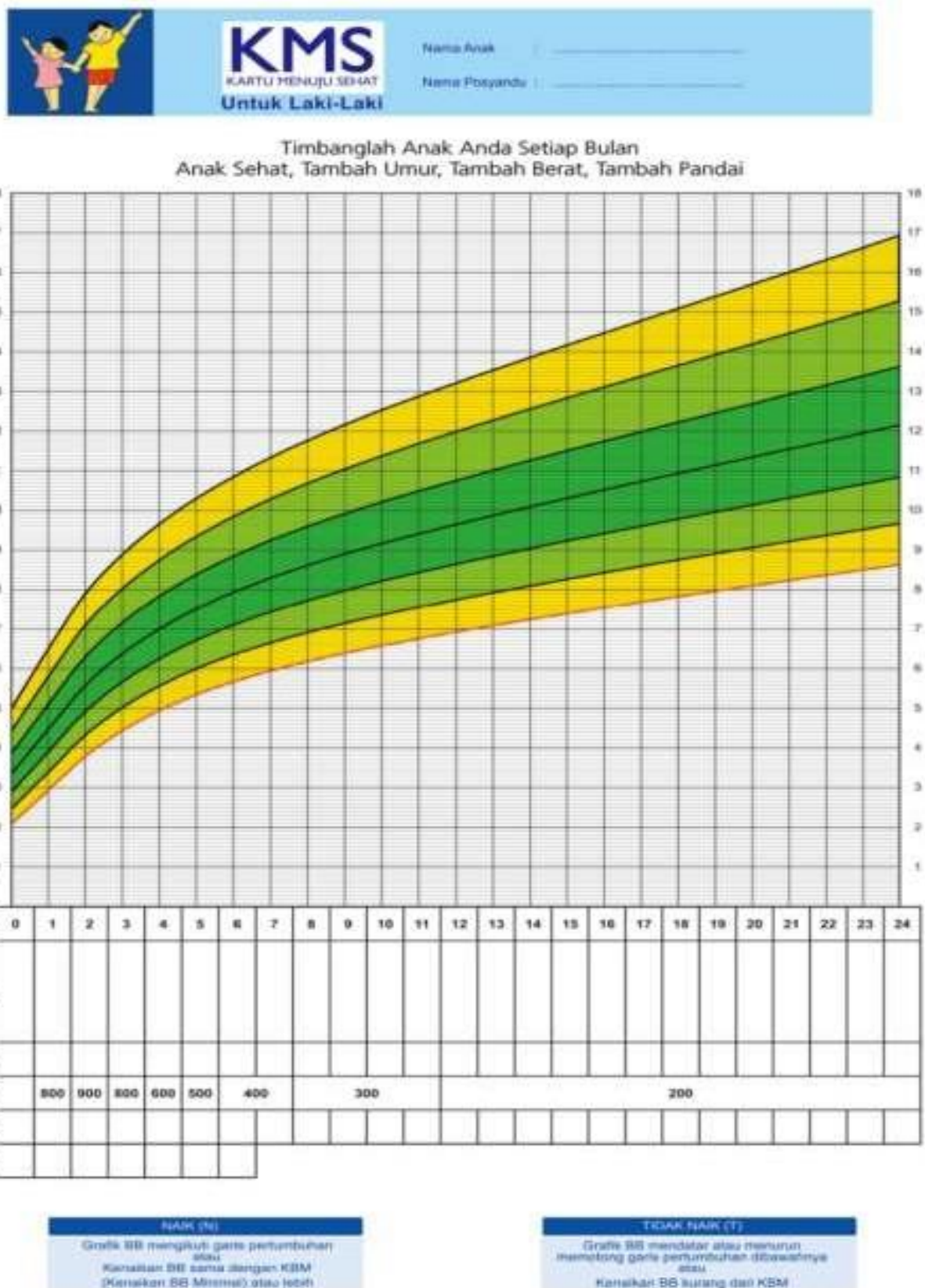
Waktu memberikan tugas 12, 14, dan 15 jangan menyebut bentuknya. Jangan mendemonstrasikan 12 dan 14.

16. Waktu memberikan skor, sepasang (2 tangan, 2 kaki dll) dihitung sebagai satu bagian.
17. Taruh satu kubus di cangkir, kocok perlahan-lahan dekat telinga anak. Ulangi untuk telinga lainnya.
18. Tunjuk masing-masing gambar dan minta anak menyebutkan nama gambar tersebut (Gagal bila hanya suara). Bila 4 nama yang betul, minta anak menunjuk gambar dari nama yang disebut oleh pemeriksa.



19. Gunakan boneka, katakan pada anak : Tunjukkan hidung, mata telinga, mulut, tangan, kaki, perut rambut. Lulus 6 dari 8.
20. Gunakan gambar, tanyakan kepada anak : mana yang terbang?, meong ? bicara ?, menggonggong ? meringik ? . Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak : Apa yang kau lakukan bila dingin ? capai ? lapar ? . Lulus 2 dari 3, 3 dari 3.
22. Tanya kepada anak : Apa gunanya cangkir ? Apa gunanya kursi ? Apa gunanya pensil ? Jawaban harus termasuk kata-kata gerakan.
23. Lulus bila anak menaruh dan mengatakan berapa kubus yang ada di atas kertas dengan benar. (1, 5).
24. Katakan kepada anak : Taruh kubus di atas meja, di bawah meja, di depan saya, di belakang saya. Lulus bila 4 dari 4 (jangan membantu anak dengan menunjuk, menggerakkan kepala atau mata).
25. Tanya kepada anak: Bola itu apa? danau ? meja ? rumah ? pisang ? korden ? pagar ? atap ? Lulus bila disebutkan kegunaannya, bentuk, dibuat dari apa, atau kategori umum (seperti pisang adalah buah, bukan haya kuning). Lulus 5 dari 8, 7 dari 8.
26. Tanya kepada anak : Jika kuda itu besar, tikus adalah? Jika api panas, es? Jika matahari bersinar siang hari, bulan bersinar? Lulus 2 dari 3
27. Anak hanya boleh menggunakan dinding atau besi pegangan, tidak orang, tidak boleh merangkak.
28. Anak harus melempar bola di atas bahu ± 1 m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir ± 22 cm ($8\frac{1}{2}$ ").
30. Suruh anak berjalan ke depan  Tumit berjarak $\pm 2\frac{1}{2}$ cm dari ibu jari kaki. Pemeriksa dapat mendemonstrasikan. Anak harus berjalan 4 langkah berturut-turut.
31. Pada usia tahun kedua, separo anak normal tidak patuh.

Lampiran 13

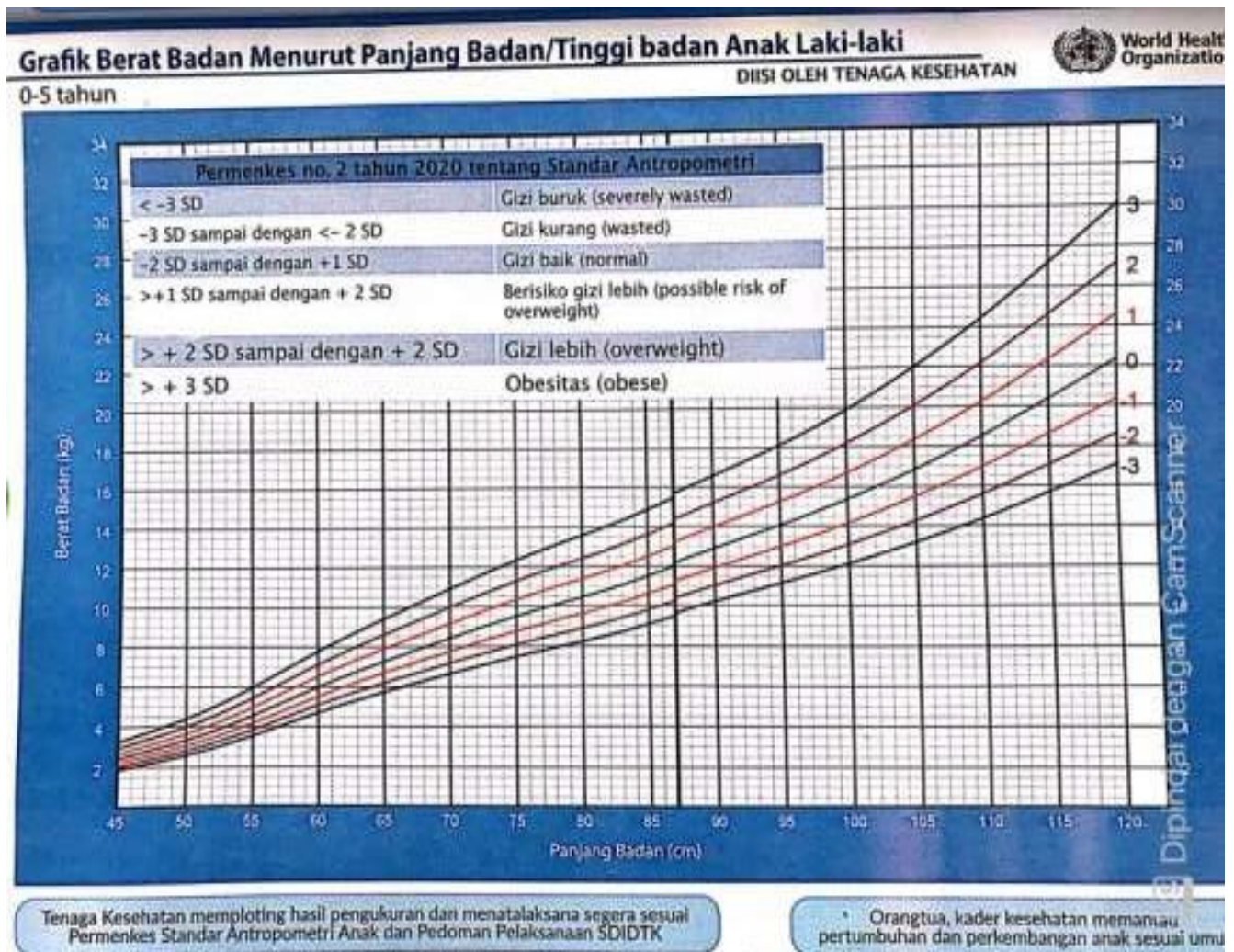


Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

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

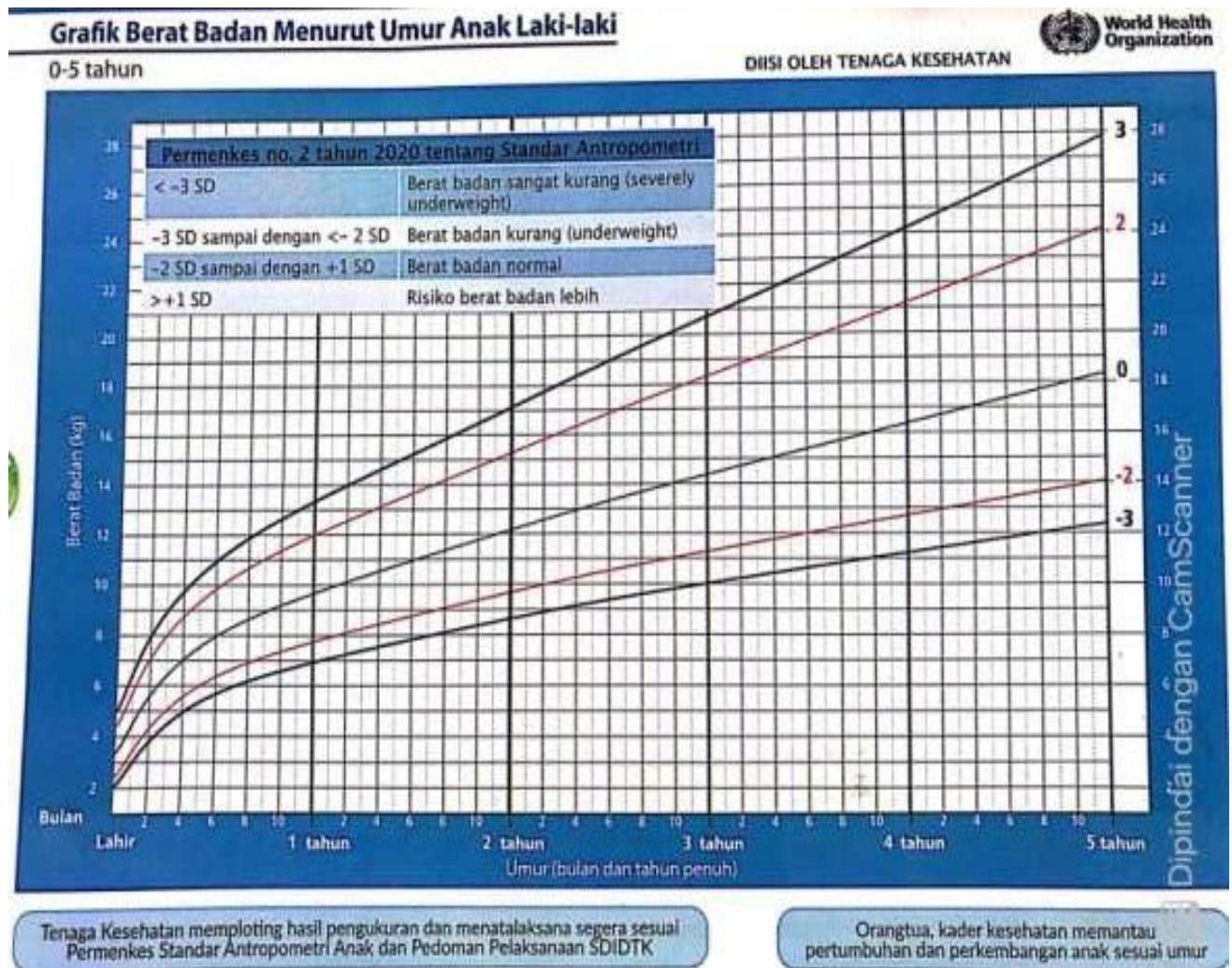
Lampiran 14

GRAFIK BERAT BADAN MENURUT PANJANG BADAN



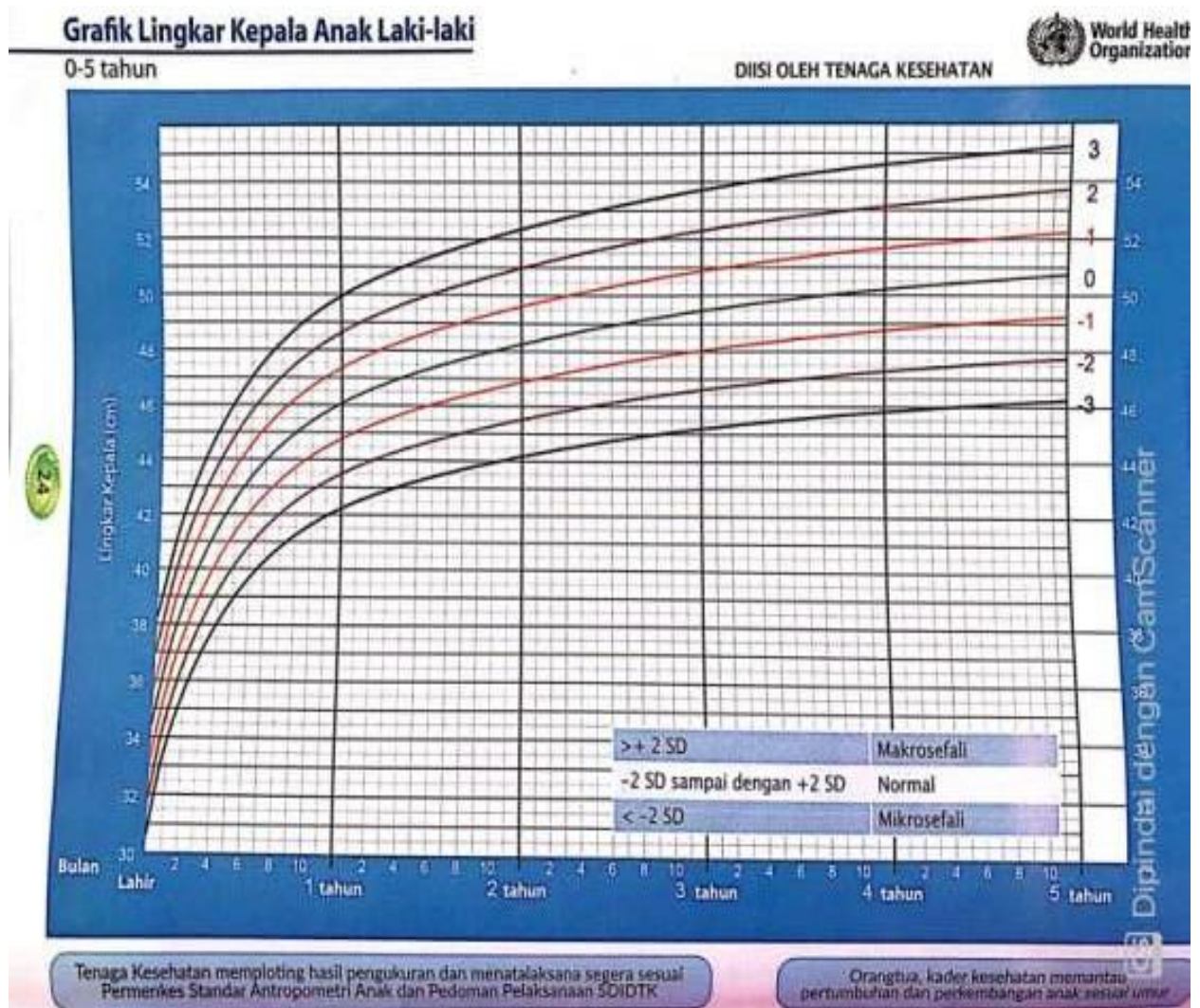
Lampiran 15

GRAFIK PANJANG BADAN MENURUT UMUR



Lampiran 16

GRAFIK LINGKAR KEPALA



Lampiran 17

JADWAL PELAYANAN IMUNISASI

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

PELAYANAN IMUNISASI

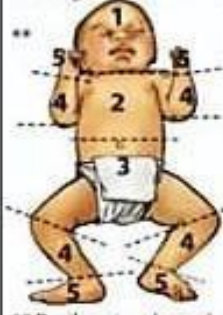
UMUR	BULAN															
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	18	2+		
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas															
*PCV 1 No Batch:																
*PCV 2 No Batch:																
*Japanese Encephalitis No Batch:																
*PCV 3 No Batch:																

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

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: gr PB: cm LK: 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 ☐ **  <i>** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.</i>
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

KARTU STATUS PESERTA KB

K/IV/KB/08	
I. Tempat Pelayanan KB : 1. Nama : _____ 2. No. Kode : _____	II. Nomor Seri Kartu:
KARTU STATUS PESERTA KB	
III. Nama Peserta KB : _____ V. 1. Nama Suami/Istri : _____	III. Umur Peserta KB : VI. Pendidikan Suami dan Istri : 1. Buta Huruf 4. Tamat SMP 2. Baca Latin 5. Tamat SMA 3. Tamat SD 6. Tamat PT
VII. Alamat : _____	VIII. Pekerjaan Suami dan Istri : 1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas 2. TNI/Polri 5. Nelayan 8. Lain-lain _____ 3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja
IX. Jumlah anak hidup: 	X. Umur anak terkecil:
XI. Status peserta KB ☐ 1. Baru pertama kali 2. Sesudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah pakai alat KB 3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara 4. Pindah tempat pelayanan, cara sama 5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara	XII. Cara KB terakhir: ☐ 1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil
XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB Petunjuk: Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia	
A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang 4. Tekanan Darah: _____ mmHg 3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya 2) Tidak ☐ 4. Haid terakhir tanggal: 5. Berat badan: kg	
6. Keadaan Peserta KB saat ini: Ya Tidak a. Sakit Kuning ☐ ☐ b. Pendarahan pervagina yang tidak diketahui penyebabnya ☐ ☐ c. Tumor ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - Payudara - Rahim - Indung Telur - Tertiis - Radang orchitis/epididimis d. IMS/HIV/AIDS ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam: a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi 2. Ante fleksi ☐	
b. Tanda-tanda radang ☐ ☐ Ya Tidak c. Tumor/keganasan ginekologi ☐ ☐ 8. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW) ☐ ☐ a. Tanda-tanda diabetes ☐ ☐ b. Kelainan pembekuan darah ☐ ☐	
B. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil 2. Konseling dengan menggunakan ABPK ☐ ☐	
XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan: ☐ 1. IUD 4. Kondom 7. Pil 2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal 3. MOP 6. Suntikan	
XV. Tanggal dilayani:**) _____ 	
XVI. Tanggal dipesan kembali 	
XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD) 	
XVIII. Pemeriksa (_____)	

Keterangan:
 *) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan
 **) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

**LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KONTRASEPSI**

Nomor Kode Tindakan	
---------------------	--

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Faskes KB/RS/Praktik *) :
Dokter/Praktik Bidan Mandiri

Nomor Kode Faskes KB :

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu :

[illegible]

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :

U m u r : Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan RT RW Kel/Desa
Kecamatan Kabupaten/Kota
Provinsi Kode Pos

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETRI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa :

☐ SUNTIKAN ☐ IUD ☐ IMPLAN ☐ MOW ☐ MOP **)

PERSETUJUAN SUAMI/ISTERI KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m e
.....

Umur : Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan ?

Alamat lengkap : Jalan RT RW Kelurahan/Desa
Kabupaten/Kota
Provinsi Kode Pos

Selaku SUAMI/ISTERI *) klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan kontrasepsi tersebut.

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

Yang memberi pelayanan konseling
Dokter/Bidan/Perawat *)

Klien

Suami/Isteri Klien *)

(.....)

(.....)

(.....)

Keterangan : *) coret yang tidak perlu
**) beri tanda ☒

