

Lampiran 1

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : MELAN DWI KUSUMA WARDANI

NIM : P27824221040

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2021

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan

Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :

**“Asuhan Kebidanan Pada Ny. “H” Masa Kehamilan, Persalinan, Nifas,  
Neonatus, dan Keluarga Berencana di PMB Ny. “U” Karas 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, 14 Mei 2024

Yang Menyatakan

**MELAN DWI KUSUMA WARDANI**

P27824221040

## Lampiran 2

**RIWAYAT HIDUP**

Nama : Melan Dwi Kusuma Wardani

Tempat, Tanggal Lahir: Madiun.01 Mei 2002

Agama : Islam

Amalat : Ds. Nambangan Lor, RT52/RW12 Kota Madiun

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 02 Panggonggangan
2. SMPN 7 Madiun
3. SMPN 4 Madiun

Lampiran 3

### LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : MELAN DWI KUSUMA WARDANI

Nim : P27824221040

Status Mahasiswa : Prodi D-III Kebidanan Kampus Magetan Kampus  
Magetan

Politeknik Kesehatan Kemenkes

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 perhatian ibu saya ucapkan terimakasih.

Magetan, Mei 2024

Pemohon



MELAN DWI KUSUMA WARDANI

P27824221040



## Lampiran 4

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hikmah

Umur : 33 tahun

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Alamat : Temboro 7/2 Karas, Kabupaten Magetan

Setelah mendapatkan penjelasan maksud dan tujuan serta memahami pelaksanaan studi kasus asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB pascasalin oleh Mahasiswi Prodi D III Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi klien dalam pelaksanaan asuhan kebidanan secara *continuity of care* tersebut.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Magetan, 1 Maret 2024

Yang Menyatakan



( HIKMAH )

## Lampiran 5

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR			
BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANNILANYA PADA RIWAYAT CPW (C), SAAT HAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNT/ORI DIFTERI (E)			
NO	RIWAYAT IMUNISASI TT	PERNAH/TIDAK DIIMUNISASI DPT/DPT-HB/DI/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	Pernah	22
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	Pernah	73
	b. Kelas 2	Pernah	74
	c. Kelas 3	Pernah	75
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 Rochjati

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

Nama: Ny. H. Umur Ibu: 33 Th.  
 Hari ke: 4 Hari Terakhir tgl.: 31/5/24 perkiraan Persalinan tgl.: 7/6/24  
 Pendidikan: Ibu SMP Suami SULMI / SMP  
 Pekerjaan: Ibu IAT Suami USTAD

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	IV
Skor Awal Ibu Hamil			2				
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 th	4				2
	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
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				4
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan: a. Tankan tang / vakum b. Uti dirongoh c. Diben intus/transfusi	4				
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kuning 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 (Hydranion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Amok kandungan	4				
18	Latar Belakang	0					
III	19	Keadaan Ibu Selama Masa Nifas (42 Hari Pasca Salin)	0				
	20	Praktek dan Perilaku Kesehatan	0				
<b>JUMLAH SKOR</b>							<b>10</b>

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA**

NO. SKOR	KEHAMILAN	PERSALINAN DENGAN RISIKO			
		RUJUKAN	TEMPAT	TIPO	BUNYI
2	RUMAH IBU	RUJUKAN	RUMAH IBU	RUJUKAN	RUJUKAN
4-10	RUMAH IBU	RUMAH IBU	RUMAH IBU	RUMAH IBU	RUMAH IBU
11-18	RUMAH IBU	RUMAH IBU	RUMAH IBU	RUMAH IBU	RUMAH IBU
19-20	RUMAH IBU	RUMAH IBU	RUMAH IBU	RUMAH IBU	RUMAH IBU

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

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

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : A. 3. 2024

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

**RUJUKAN :**  
 1. Rujukan Diri Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)  
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Tertambat (RTT)

**Gawat Obstetrik :** 1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ... 6. ...  
**Gawat Darurat Obstetrik :** 1. Perdarahan antepartum 2. Eklampsia 3. Komplikasi Obstetrik 4. Perdarahan postpartum 5. Un Tertinggi 6. Persalinan Lenta 7. Panas Tinggi

**TENPAT :** 1. Rumah ibu  Rumah bidan  Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Saki 6. Perjalanan  
**PENDLONG :** 1. Dulian  Bidan  Dokter 4. Lain-2  
**MACAM PERSALINAN :** 1. Normal  2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

**PASCA PERSALINAN :**  
**IBU :** 1. Ibu  2. Mati, dengan penyebab : a. Perdarahan b. Preklemasia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2  
**TEMPAT KEMATIAN IBU :** 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Saki 6. Perjalanan

**BAYI :** 1. Berat lahir 3500 gram, Laki-2  Perempuan   
 2. Lahir hidup : Agar Skor : 10  
 3. Lahir mati, penyebab :  
 4. Mati kemudian, umur : ... hr, penyebab :  
 5. Kematian bayi : tidak ada / ada

**KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)**  
 1. Sehat  2. Sakit  3. Mas. penyebab :  
 Pembunuh ASI  Ya  Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya ..... / Sterilisasi .....  
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak  
 Sumber Blaya : Mandiri / Bantuan : .....



## Lampiran 7

## TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA

## Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan &lt; 20 minggu

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	—	
Nullipara	—	
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun	—	
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan	—	
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m <sup>2</sup> )	—	
Multipara dengan riwayat preeklampsis sebelumnya		—
Kehamilan multiple		—
Diabetes dalam kehamilan		—
Hipertensi kronik		—
Penyakit ginjal		—
Penyakit autoimun, SLE		—
Anti phospholipid syndrome*		—
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure > 90 mmHg **	—	
Proteinuria turin 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, RPO, kelainan prenaturne		
** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : **TIDAK ADA RESIKO PREEKLAMPSIA**

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 di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Dokter Pemeriksa,

(.....)



## Lampiran 8

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

Nama/Suami : HIKMAH / SILMI  
 Umur : 33 TH / 41 TH  
 Alamat : TEMBORO RT 7 RW 2, KARAS, MAGETAN  
 Status Gravida : MULTI  
 Umur Kehamilan : 39 - 40 MINGGU  
 Tanggal Skrining : 01-03-2024

No	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		10			10

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

Ket:

1. Dalam ANC bila salah satu jawaban "Ya" waspada perdarahan
2. Tindak lanjut tergantung kasus

## Lampiran 9

**Daftar Tilik Skrining Pemeriksaan *Antenatal* Terpadu**

Kontak ke	KI	K2	K3	K4	K5	K6	Indikasi merujuk ke dokter
Usia gestasi	0-12		>12-24		>24-kelahiran		
Tes HIV	✓	*	*	*	*	*	Reaktif
Tes Sifilis	✓	*	*	*	*	*	Reaktif
Tes Hepatitis B	✓	*	*	*	*	*	Reaktif
Tes Malaria (khusus daerah endemis tinggi )	✓	*	*	*	*	*	Reaktif
Golongan darah ABO Dan rhesus	✓	*	*	*	*	*	Rh (-)
Kadar Glukosa	*	*	✓	*	*	*	>200
Kadar hemoglobin, hemakrit, leukosit, trombosit, MCH, MCV	✓	*	*	*	*	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hb &lt;10gr/dl</li> <li>• Leukosit &gt;180.00</li> <li>• Trombosit &lt;150.000</li> <li>• MCV dan MCH kurang dari normal (MCV&lt;80 fl, MCH &lt;27pg)</li> </ul>
Kadar protein Urine			✓	*	*	*	Positif
Tes BTA (Bakteri Tahan Asam)	*	*	*	*	*	*	Positif
USG	✓	*	*	*	*	✓	Dicurigai ada kelainan
EKG	*	*	*	*	*	*	Dicurigai ada kelainan jantung
Pemeriksaan lain sesuai indikasi	*	*	*	*	*	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keton urin (+)</li> <li>• Glukosa urine (+)</li> </ul>

Sumber: Kemenkes, RI. 2020. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu, Edisi 3*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Keterangan :

✓: Dilakukan pemeriksaan rutin.

\*: Dilakukan pemeriksaan apabila ada indikasi.







**CATATAN PERSALINAN**

- Tanggal : 09/03/24
- Nama Bidan : Bidan LHM & Melon
- Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu
  - Puskesmas
  - Polindes
  - Rumah Sakit
  - Klinik Swasta
  - Lainnya : PMB
- Alamat tempat persalinan : .....
- Catatan :  Rujuk, kala I/II/III/IV
- Alasan merujuk : .....
- Tempat rujukan : .....
- Pendamping saat merujuk :
  - Bidan
  - Teman
  - Suami
  - Dukun
  - Keluarga
  - Tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
  - Gawat darurat
  - Perdarahan
  - HDK
  - Infeksi
  - PMTCT

**KALA I**

- Partograf melewati garis waspada : Y (T)
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah tsb : .....
- Hasilnya : .....

**KALA II**

- Episiotomi :
  - Ya, indikasi : .....
  - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan :
  - suami
  - teman
  - tidak ada
  - keluarga
  - dukun
- Gawat janin :
  - Ya, tindakan yang dilakukan :
    - .....
    - .....
  - Tidak
  - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil : .....
- Distosia bahu :
  - Ya, tindakan yang dilakukan : .....
  - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya : .....

**KALA III**

- Inisiasi Menyusui Dini :
  - Ya
  - Tidak, alasannya : .....
- Lama kala III : ..... menit
- Pemberian Oksitosin 10IU IM?
  - Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan : .....
  - Penjepitan tali pusat ..... menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan : .....
  - Tidak
- Pepegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya
  - Tidak, alasan : .....

**24. Masase fundus uteri ?**

- Ya
  - Tidak, alasan : .....
- Plasenta lahir lengkap (intact)  / Tidak  
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
    - .....
    - .....
  - Pasenta tidak lahir >30 menit :
    - Tidak
    - Ya, tindakan : .....
  - Laserasi :
    - Ya, dimana : .....
    - Tidak
  - Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4  
Tindakan :
    - Penjahitan, dengan / tanpa anastesi
    - Tidak dijahit, alasan : .....
  - Atonia uteri :
    - Ya, tindakan : .....
    - Tidak
  - Jumlah darah yang keluar/perdarahan : ..... ml
  - Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut : .....
  - Hasilnya : .....

**KALA IV**

- Kondisi ibu: KU: ..... TD: ..... mmHg  
Nadi: ..... x/mnt Napas: ..... /mnt
- Masalah dan penatalaksanaan masalah : .....

**BAYI BARU LAHIR**

- Berat badan : 3.500 gram
- Panjang badan : 50 cm
- Jenis kelamin : L /  P
- Penilaian bayi baru lahir  Baik Ada penyulit
- Bayi lahir :
  - Normal, tindakan :
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsangan taktil
    - memastikan IMD atau naluri menyusui segera
  - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsang taktil
    - lainnya, sebutkan : .....
    - bebaskan jalan napas
    - pakaian/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
- Cacat bawaan, sebutkan : .....
- Hipotermi, tindakan :
  - .....
  - .....
  - .....
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
  - Ya, waktu : ..... jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan : .....
- Masalah lainnya, sebutkan : .....
- Hasilnya : .....

**TABEL PEMANTAUAN KALA IV**

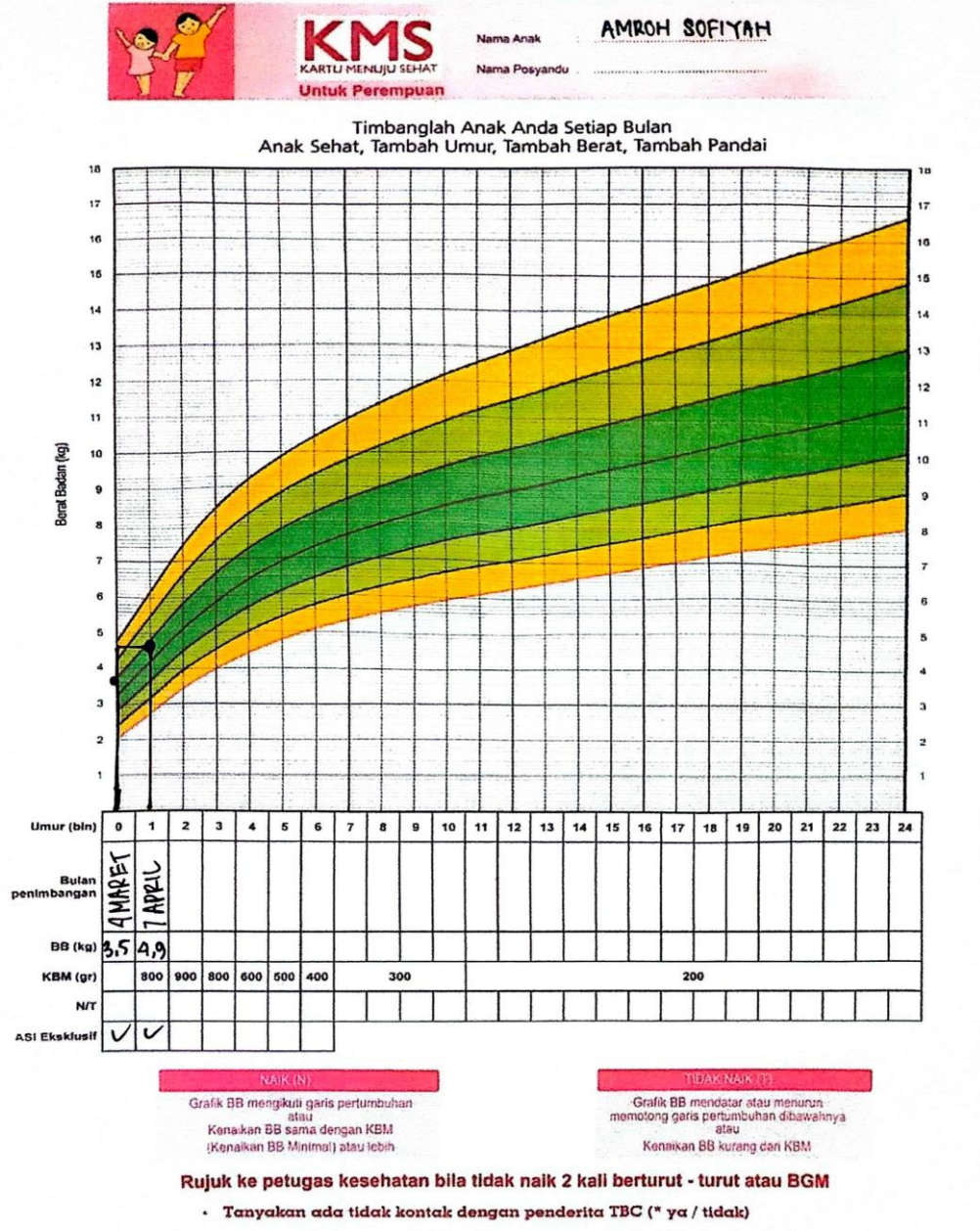
Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	23.55	110/70	84	36.5	2 Jj d Pusat	bundar keras	kosong	} ± 50
	00.10	110/70	84		2 Jj d Pusat	bundar keras	kosong	
	00.25	110/70	82		2 Jj d Pusat	bundar keras	kosong	
	00.40	110/70	82		2 Jj d Pusat	bundar keras	kosong	
2	01.10	110/70	82	36.5	2 Jj d Pusat	bundar keras	kosong	}
	01.40	110/70	82		2 Jj d Pusat	bundar keras	kosong	

**1.2. Partograf Halaman Belakang**



Lampiran 12

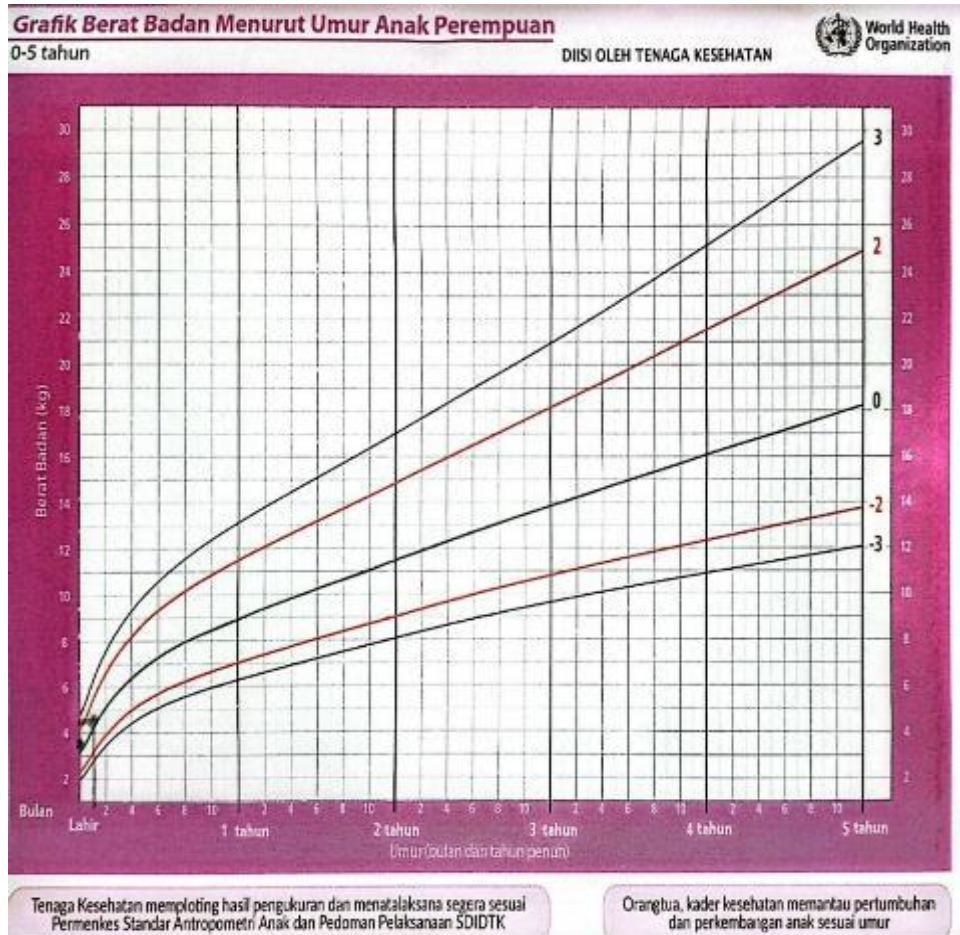
**KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK PEREMPUAN**





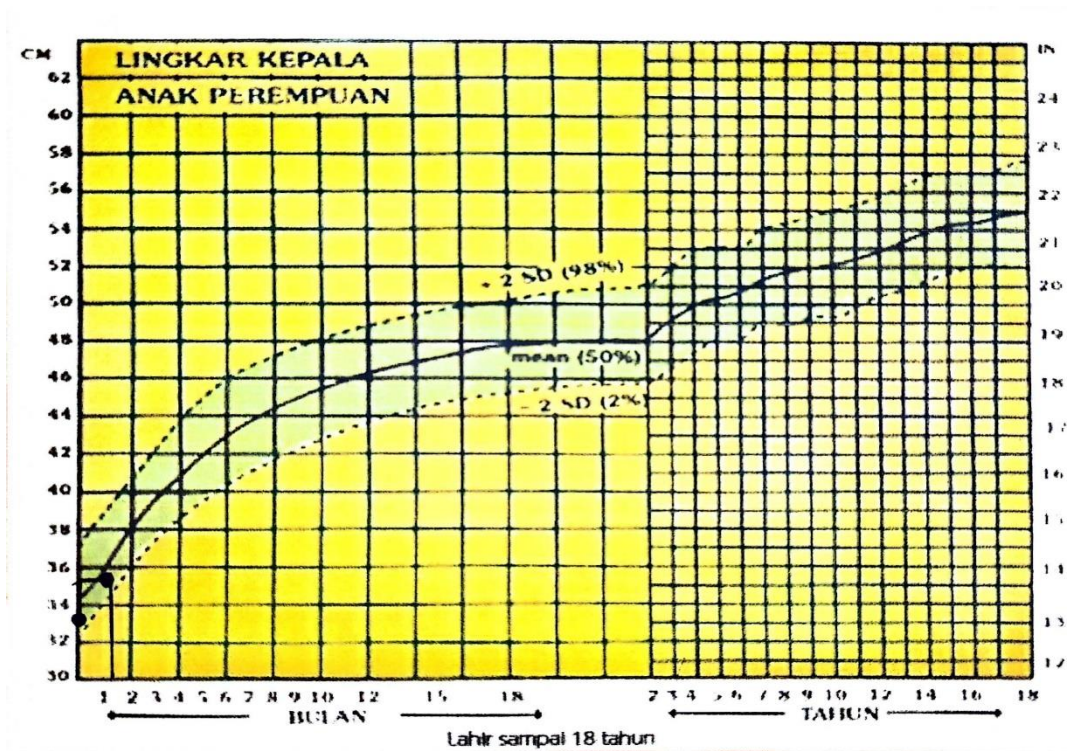
## Lampiran 13

## GRAFIK BERAT BADAN MENURUT UMUR

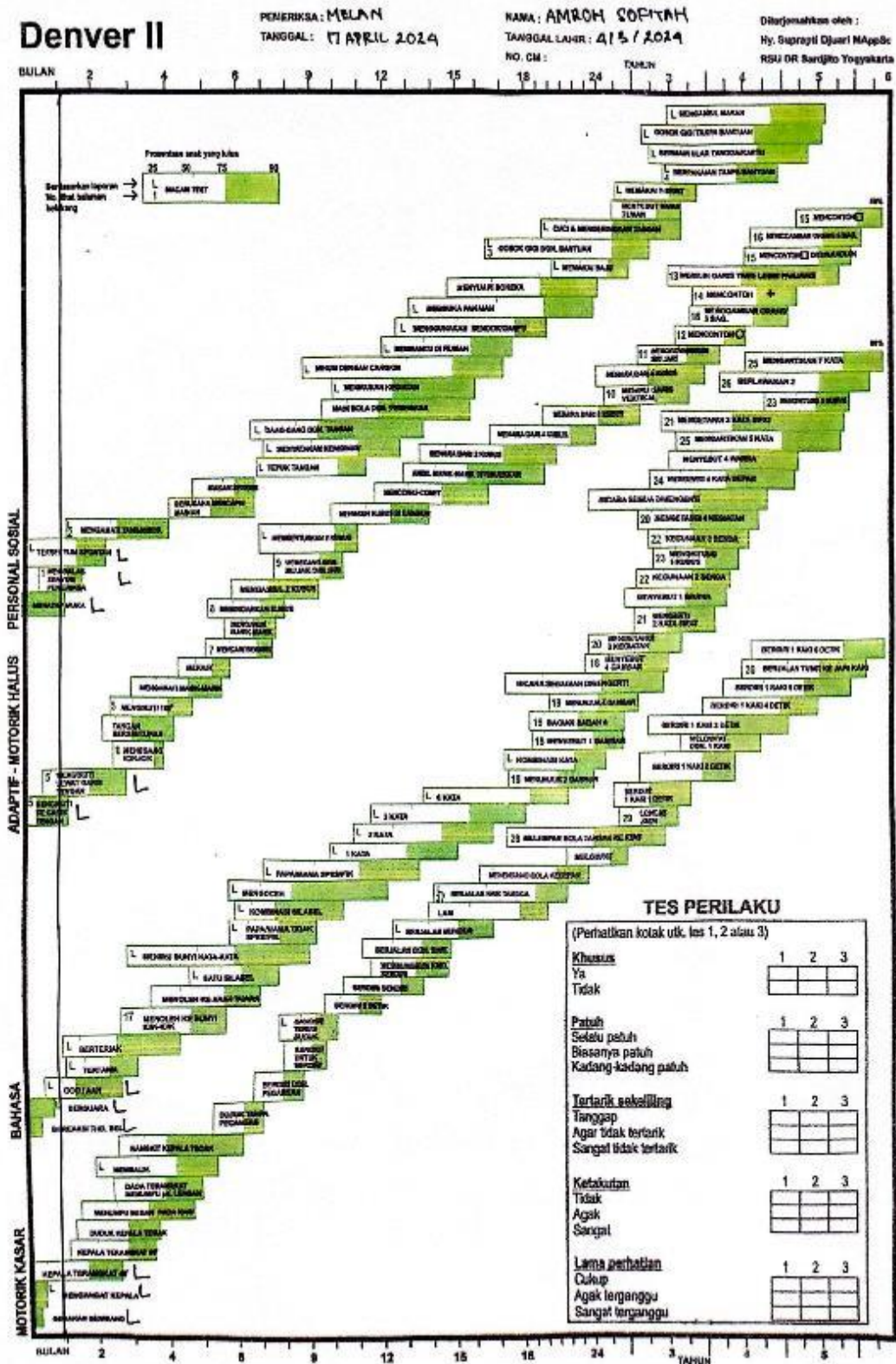


Lampiran 14

## GRAFIK LINGKAR KEPALA



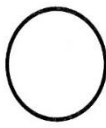
Lampiran 15





### PETUNJUK PELAKSANAAN

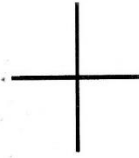
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsling di belakang.
5. Gerakan benang dengan perlahan-lahan dalam suatu busur dari satu sisi ke sisi lain  $\pm 20$  cm di atas muka anak.
6. Lulus bila anak memegang icik-icik waktu disentuhkannya pada punggung atau ujung jari-jari.
7. Lulus bila anak mencoba melihat kemana benang pergi. Benang dijatuhkan secepatnya dari pandangan tanpa tangan pemeriksa bergerak.
8. Anak harus memindahkan kubus dari satu tangan ke tangan lainnya tanpa bantuan dari tubuh, mulut atau meja.
9. Lulus bila anak mengambil manik-manik dengan ibu jari dan jari.
10. Garis dapat bervariasi, hanya  $30^\circ$  atau kurang dari garis yang dibuat oleh pemeriksa.
11. Genggamkan tangan dengan ibu jari menghadap ke atas dan goyangkan ibu jari. Lulus bila anak menirikan dan tidak menggerakkan jari selain ibu jari.



12. Lulus bila ujung saling bertemu, gagal bila gerakan terus melingkar.



13. Garis mana yang lebih panjang? Putar kertas sampai terbalik (lulus Bila 3 dari 3 atau 5 dari 6)



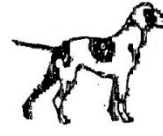
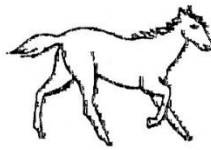
14. Lulus asal garis menyilang




15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasikan

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

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




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

Lampiran 16

**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: 3500 gr PB: 50 cm LK: 37 cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____ BB: gr _____ PB: cm _____ LK: cm _____ Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____ Skrining Hipotiroid Kongenital* <input checked="" type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> ..  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah: <b>Tag</b>	Masalah: <b>Tag</b>	Masalah: <b>kekurangan asupan (hari ke-4)</b>	Masalah: <b>Tag</b>
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas: <b>Melan, Hira</b>	Nama jelas petugas: <b>Melan, Hira</b>	Nama jelas petugas: <b>Melan, Hira</b>	Nama jelas petugas:

\* Catatan penting:

1. Jika bayi tidak menunjukkan tanda-tanda masalah, maka bayi dapat dirujuk ke rumah sakit rujukan untuk pemeriksaan lebih lanjut.

Nama tenaga kesehatan:

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