

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : MELLY FITRIA ANGGRAINI

NIM : P27824221041

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. “S” 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, Mei 2024

Yang Menyatakan



Melly Fitria Anggraini

(P27824221041)

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : Melly Fitria Anggraini
Tempat, Tanggal Lahir : Ngawi, 23 Maret 2004
Agama : Islam
Alamat : Desa Majasem RT 001 RW 005 Kecamatan Kendal
Kabupaten Ngawi

Riwayat Pendidikan :

1. MI Islamiyah 1 Majasem
2. MTsN 5 Magetan
3. SMAN 2 Magetan

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : MELLY FITRIA ANGGRAINI

NIM : P27824221041

Status : Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan Kampus Magetan Politeknik
Kesehatan Kemenkes Surabaya

Memohon kesediaan ibu menjadi klien yang akan diberikan asuhan kebidanan *continuity of care* mulai kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonates, dan pemilihan KB pascasalin untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas perhatian ibu saya ucapkan terimakasih.

Magetan, Februari 2024

Pemohon



MELLY FITRIA ANGGRAINI
P27824221041

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Masytuh
Umur : 29tahun
Pendidikan : SLTP / SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Ds. Sempol Rt.01 / Rw.01 Maospati 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, 2024

Yang Menyatakan


(.....
St. Masytuh

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 MNT/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 | Pernah | T2 |
| 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 | T3 |
| | b. Kelas 2 | pernah | T4 |
| | c. Kelas 3 | pernah | T5 |
| C | SAAT CALON PENGANTIN | | |
| D | SAAT HAMIL | | |
| | a. Hamil 1 | | |
| | b. Hamil 2 | | |
| | c. Hamil 3 | | |
| | d. Hamil 4 | | |
| E | LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI) CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2001 | | |
| STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN) | | | T5 |

KETERANGAN:

| |
|---|
| 1. Vaksinasi bayi DPT 3 dosis dimulai sejak 1977-sekarang |
| 2. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas 1 laki+ perempuan (DT 2 ds) & kelas 6 perempuan (TT 2 ds) |
| 3. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1998-2000 = kelas 1 (DT) s/d kelas 2-6 (TT) |
| 4. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 2001- sekarang = kelas 1, 2 & 3 |
| 5. Vaksinansi CPW/ CATIN & BUMIL TT2 dosis dimulai 1984- 2000, TH 2001- SEKARANG HARUS DISKRINING LEBIH DULU |
| 6. Interval minimal pemberian: TT1 ke TT2= 4 minggu, TT2 ke TT3= 6 bulan, TT3- TT4= 1 tahun, TT4-TT5= 1 tahun |
| 7. Masa perlindungan terhadap Tetanus Toxoid= T1= 0 tahun, T2= 3 tahun, T3= 5 tahun, T4= 10 tahun, T5= 25 tahun |

Lampiran 6

Kartu Skor Poedji Rochjati

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

Name : Ny. Sih Umur Ibu : 29 Th.
 Hamil ke : 3 Haid Terakhir tgl. : 29-04-20 Perkiraan Persalinan tgl. : 31-01-21
 Pendidikan : Ibu SLTP Suami SLTP
 Pekerjaan : Ibu IRT Suami SWALITA

| KEL. F.R. | I | II | III | IV | Tribulan | | |
|-------------|----|-------------------------------|--|--|----------|----|-----|
| | | | | | I | II | III |
| | | | | SKOR | | | |
| | | | | Skor Awal Ibu Hamil | 2 | | 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. Tekanan tang / vakum | 4 | | | |
| | | | b. Un dirogoh | 4 | | | |
| | | | c. Diben infus/Transfusi | 4 | | | |
| II | 11 | | Penyakit pada ibu hamil : | | | | |
| | | | a. Kurang darah b. Malaria | 4 | | 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 | | | | |
| JUMLAH SKOR | | | | | | 6 | |

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN -- RUJUKAN TERENCANA

| JML SKOR | KEL RISIKO | PERA WATAN | KEHAMILAN | | | PERSALINAN DENGAN RISIKO | | | |
|----------|------------|--------------|-----------|-----------------|--------------|--------------------------|-----|-----|-----|
| | | | RUJUKAN | TEMPAT | PEND LONG | RUJUKAN | RDB | RDR | RTW |
| | | | BIDAN | BIDAN | BIDAN | BIDAN | | | |
| 6-10 | KHT | BIDAN DOKTER | BIDAN PKM | POLINDES PKMINS | BIDAN 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 (RTI)

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. Un 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 : Apger 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 7

TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA

PELAYANAN DOKTER

Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 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 \geq 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 (MAP) \geq 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 <input type="checkbox"/> dan atau, | | |
| • 1 risiko tinggi <input type="checkbox"/> | | |
| * Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature | | |
| ** MAP dihitung pada kehamilan < 20 minggu | | |
| MAP= $\frac{(2 \times D) + S}{3}$ | | |

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : Ibu tidak berisiko mengalami PE

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)

Dokter Pemeriksa,

(.....)

Lampiran 8

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

Nama/Suami : Ny. S/Tn. Z
 Umur : 29 tahun
 Status Gravida : multigravida
 Umur Kehamilan : 40 minggu
 Tanggal Skrining : 02 Februari 2024

| | FAKTOR RISIKO ANTENATAL | Ya | Tidak | FAKTOR RISIKO PERSALINAN | Ya | Tidak |
|----|-------------------------|----|-------|--------------------------|----|-------|
| 1 | Usia >35 tahun | | √ | Induksi persalinan | | √ |
| 2 | BMI >30 | | √ | Partus lama | | √ |
| 3 | Grandemulti | | √ | - Kala I | | √ |
| 4 | Postdate | | √ | - Kala II | | √ |
| 5 | Makrosomia | | √ | - Kala III | | √ |
| 6 | Gemeli | | √ | Epidural Analgesia | | √ |
| 7 | Myoma | | √ | Vakum/forcep | | √ |
| 8 | APB | | √ | Episiotomy | √ | |
| 9 | Riwayat HPP | | √ | Korionnitis | | √ |
| 10 | Riwayat SC | | √ | Riwayat SC | | √ |
| | Hasil Akhir Skrining | 0 | 10 | | 1 | 9 |

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

Ket:

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

RIWAYAT PERSALINAN

Tanggal: 03-02-2024

Nama bidan: Bidan Ny. U

Tempat persalinan:

Rumah bu Puskesmas

Rumah sakit Poliklinik

Klinik Swasta Lainnya: RMB Ny. U

Alamat tempat persalinan: Karang Magedan

Keperawatan: I / II / III (IV)

Mesean merujuk: Perdarahan HPP

Tempat rujukan: RS Bhakti pertada

Pendamping pada saat merujuk:

bidan teman suami dukun keluarga tidak ada

Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:

Gawat darurat Perdarahan HDK Infeksi PMTCT

25. Masase fundus titen?

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 vagina, Komisura posterior, otot dan kulit

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

Tindakan:

Penjajihan (dengan) tanpa anestesi

Tidak dijahit, alasan:

30. Atoni uteri:

Ya, tindakan:

Tidak

31. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 1.400 ml

32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya:

Hasilnya:

KALA IV

33. Kondisi ibu: KU: ... TD: 90/10 mmHg Nadi: 88/mnt Napas: 22/mnt

34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya:

Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR:

35. Berat badan: 3300 gram

36. Panjang badan: 51 cm

37. Jenis kelamin: L

38. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit

39. Bayi lahir:

Normal, tindakan:

menghantarkan

mengeringkan

rangsang taktil

IMD atau natiri menyusui segera

tetes mata profilaksis, vitamin K, imunisasi: Hepatitis B

Asfiksia, tindakan:

menghantarkan

sbaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)

mengeringkan

rangsangan taktil

ventilasi positif (jika perlu)

asuhan pascaresusitasi

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 Kempl / E Urin | I darah keluar |
|--------|-------|---------------|------|---------|---------------------|------------------|------------------|----------------|
| 1 | 13-15 | 90/70 | 84 | 36,6 | setinggi pusat | keras bundar | | |
| | 13-30 | 90/70 | 82 | | setinggi pusat | keras bundar | ± 250 cc | ± 50 cc |
| | 13-45 | 90/70 | 84 | | 1 jari bawah pusat | keras bundar | | |
| 2 | 14-00 | 90/70 | 82 | | 1 jari bawah pusat | keras bundar | | |
| | 14-30 | 90/70 | 80 | 36,6 | 2 jari bawah pusat | keras bundar | | |
| | 15-00 | 90/70 | 80 | | 2 jari bawah pusat | keras bundar | ± 100 cc | ± 50 cc |

Gambar 2-7: Halaman 2 Paragraf

Lampiran 10

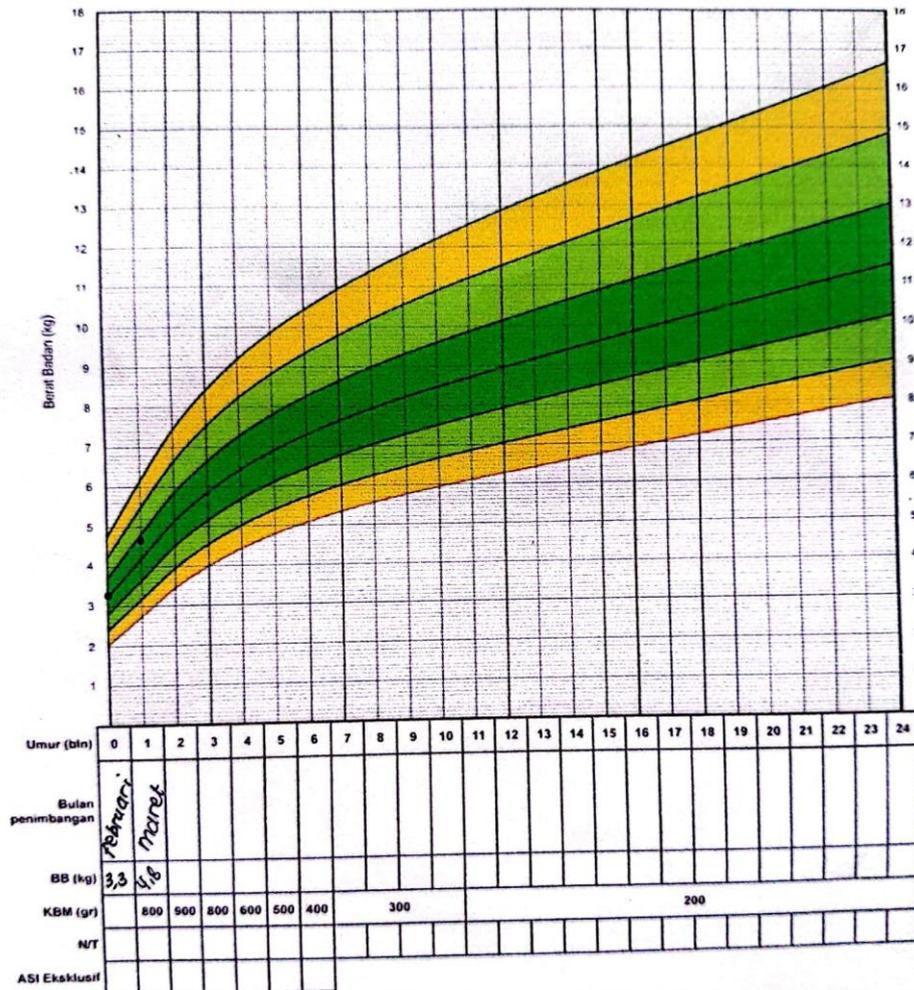
KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK PEREMPUAN

KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Perempuan

Nama Anak :

Nama Posyandu :

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

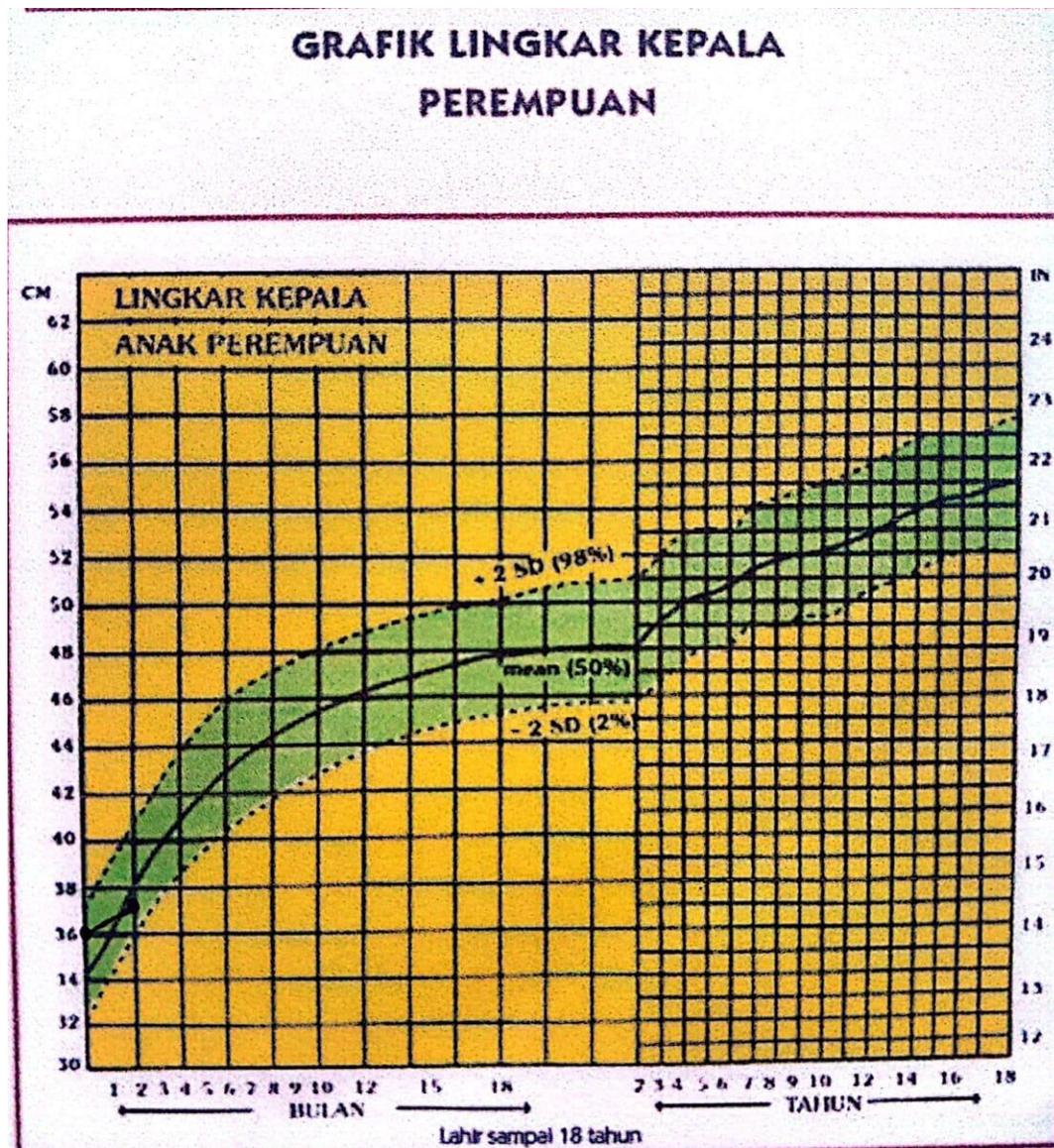


NAIK (N)
Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan atau
Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan BB Minimal) atau lebih

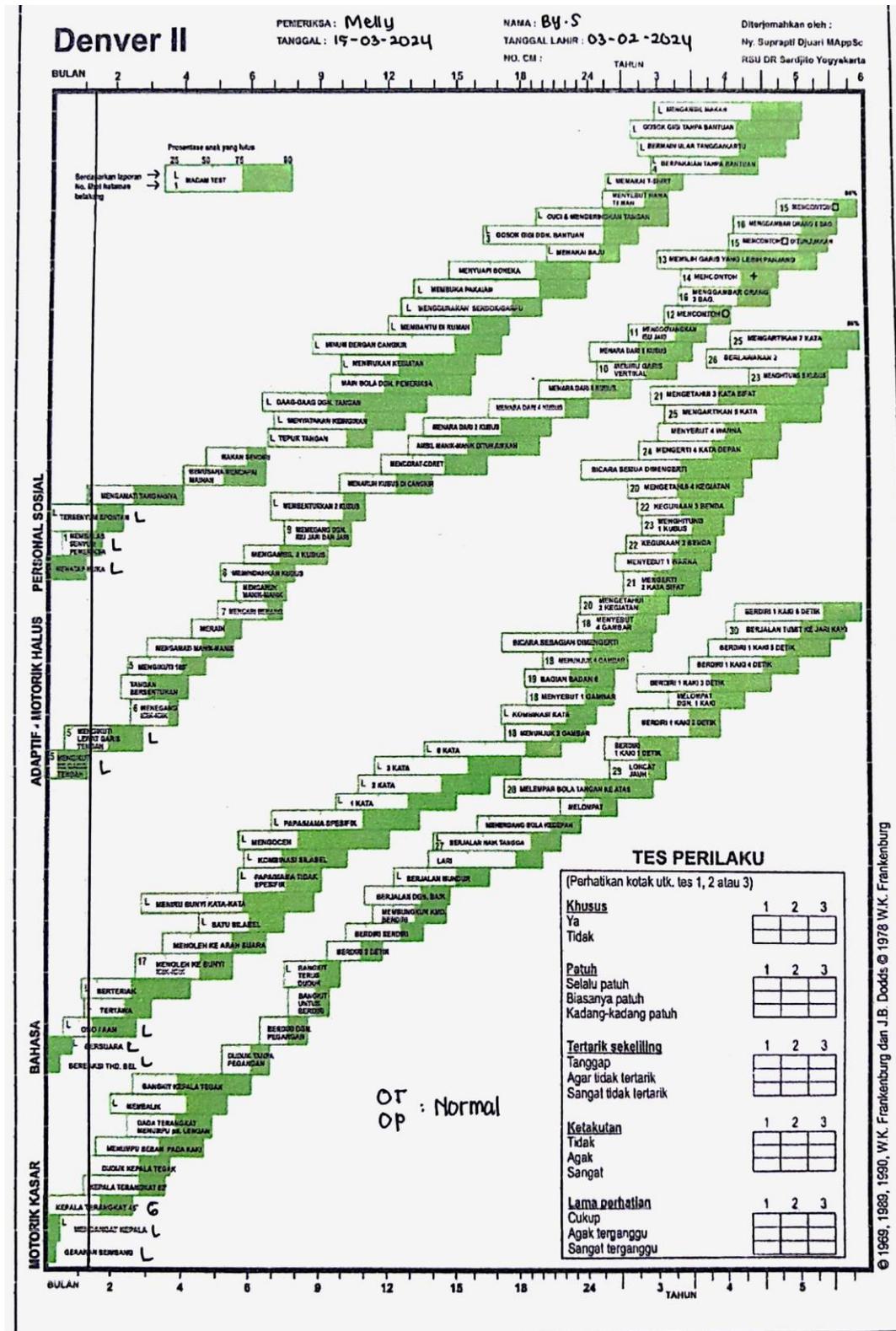
TIDAK NAIK (T)
Grafik BB mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau
Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut-turut atau BGM
• Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

Lampiran 12

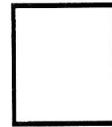
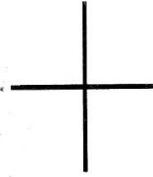
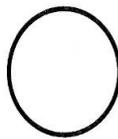


Lampiran 13



PETUNJUK PELAKSANAAN

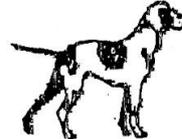
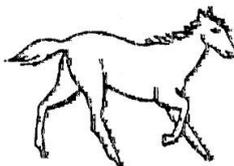
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menaikan sepatu, memasang benik/ruitsliting 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 ? mengonggong ? 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 14

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: 3300gr PB: 51 cm LK: 36 cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input 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 type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input 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"/> <i>*Bila belum diberikan</i> | 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"/> <i>*Bila belum diberikan</i> | 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: TAA | Masalah: TAA | Masalah: TAA | Masalah: TAA |
| Dirujuk ke:** | Dirujuk ke:** | Dirujuk ke:** | Dirujuk ke:** |
| Nama jelas petugas: Bidan My-U | Nama jelas petugas: | Nama jelas petugas: | Nama jelas petugas: |

* Catatan penting:

.....

Nama tenaga kesehatan:

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

Lampiran 15

**DAFTAR TILIK PENAPISAN KLIEN KB
METODE NONOPERATIF**

| 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 pascapersalinan ^{1,2} | ✓ | |
| Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama | | ✓ |
| Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata | | ✓ |
| Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual | | ✓ |
| Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema) | | ✓ |
| Apakah pernah tekanan darah >160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik) | | ✓ |
| Apakah ada massa atau benjolan pada payudara | | ✓ |
| Apakah anda sedang meminum obat-obatan anti kejang (epilepsi) ³ | | ✓ |
| AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin) | | |
| Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu | | |
| Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain | | |
| Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS) | | |
| Apakah pernah mengalami radang panggul atau kehamilan ektopik | | |
| Apakah pernah mengalami haid banyak (>1-2 pembalut/4 jam) | | |
| Apakah pernah mengalami haid lama (>8 hari) | | |
| Apakah pernah mengalami dismenorhea berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring | | |
| Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama | | |
| Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kongenital | | |

1. Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan, maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir
2. Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA atau NET-EN) atau susuk
3. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN)