

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama : SALSABILA KUSUMA WARDHANI

NIM : P27824221055

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2021

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Proposal

Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul:

**“Asuhan Kebidanan Pada Ny ”S” G1P0000 Kehamilan, Persalinan, Nifas,
Neonatus, dan Keluarga Berencana di PMB Ny”S” Barat, 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, 31 Mei 2024

Yang Menyatakan

SALSABILA KUSUMA WARDHANI

P27824221055

Lampiran 2

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : SALSABILA KUSUMA WARDHANI

NIM : P27824221055

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, 18 Januari 2024

Pemohon



SALSABILA KUSUMA WARDHANI
P27824221055

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : SALTA Tania Thern
Umur : 20.....tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Karangrejo Rt 03. Rw 01 Wungu, Madiun

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, 24 Januari 2024

Yang Menyatakan



(SALTA Tania Thern)

Lampiran 4

RIWAYAT HIDUP

Nama : Salsabila Kusuma Wardhani
Tempat, Tanggal Lahir : Jombang, 02 Maret 2003
Agama : Islam
Alamat : Dusun Plosogeneng RT 001 RW 001 Kecamatan
Jombang, Kabupaten Jombang
Riwayat Pendidikan :

Riwayat Pendidikan	Tahun Masuk	Tahun Pendidikan
PAUD Al-Kautsar	2006	2007
TK Wijaya Kusuma	2008	2009
SDN 1 Pkosogeneng	2009	2015
MTsn 4 Denanyar	2015	2018
MAN 1 Jombang	2018	2021

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

KETERANGAN:

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

Lampiran 6

Kartu Skor Poedji 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	Tribulan			
				I	II	III	IV
KEL. F.R.	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				
III	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND LONG	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) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 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
 • **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 :	TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Hidup	1. Rumah ibu
2. Mati, dengan penyebab : a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2	2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas
BAYI :	5. Rumah Sakit
1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan	6. Perjalanan
2. Lahir hidup : Apgar Skor :	7. Lain-2
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

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 (MAP) ≥ 90 mmHg **	■	
Proteinuria (urin celup > 1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)	■	
<p>Keterangan Sistem Skoring: Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 risiko sedang ■ dan atau, • 1 risiko tinggi ■ <p>* Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature ** MAP dihitung pada kehamilan < 20 minggu $MAP = \frac{(2 \times D) + S}{3}$</p>		

Lampiran 8

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN *POSTPARTUM* SAAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Nama/Suami :
 Umur :
 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			Koriomnitis		
10	Riwayat SC			Riwayat SC		
	Hasil Akhir Skrining					

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

Ket:

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

LEMBAR OBSERVASI PERSALINAN

A. ANAMNESE

Tanggal masuk : Jam :

His mulai tanggal : Jam :

Darah:.....

Lendir :

Ketuban : Pecah / Belum Jam :

B. KEADAAN UMUM

Tensi :

Suhu :

Nadi :

Respirasi :

Odema :

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

Palpasi perlimaan :

VT : Tanggal Jam :

Hasil

Lampiran 10

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 saat merujuk :
 - Bidan Teman Suami Dukun Keluarga Tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 - Gawatdarurat Perdarahan HDK Infeksi PMTCT

KALA I

10. Partograf melewati garis waspada : Y / T
11. Masalah lain, sebutkan :
12. Penatalaksanaan masalah tsb :
13. Hasilnya :

KALA II

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

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini :
 - Ya
 - Tidak, alasannya :
20. Lama kala III : menit
21. Pemberian Oksitosin 10IU IM?
 - Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan
 - Penjepitan tali pusat menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan :
 - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1								
2								

1.2. Partograf Halaman Belakang

24. Masase fundus uteri ?

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

KALA IV

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

BAYI BARU LAHIR

34. Berat badan : gram
35. Panjang badan : cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : Baik / Ada penyulit
38. Bayi lahir :
 - Normal, tindakan:
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsangan taktil
 - memastikan IMD atau naluri menyusu 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 :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 - Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan :
40. Masalah lainnya, sebutkan :
- Hasilnya :


Lampiran 11

26 PENAPISAN IBU BERSALIN

No	Penapisan	Ya	Tidak
1	Riwayat Bayi Besar		
2	Perdarahan Pervaginm		
3	Kehamilan kurang bulan (<37 minggu)		
4	Ketuban pecah dengan mekonium yang kental		
5	Ketuban pecah lama (>24 jam)		
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan		
7	Ikterus		
8	Anemia berat		
9	Preeklampsia/Eklampsia		
10	Tinggi Fundus Uterus >40 cm dan <25cm		
11	Demam>38C		
12	Gawat janin		
13	Presentasi belakang bukan kepala		
14	Tali pusat menumbung		
15	Gemeli		
16	Presentase majemuk		
17	Primipara fase aktif palpasi 5/5		
18	Shock		
19	Hipertensi		
20	Kehamilan dengan penyulit sistemik (Asma,DM,Jantung,Kelainan Darah)		
21	Tinggi badan <140cm		
22	Kehamilan diluar kandungan		
23	Posterm pregnancy		
24	Partus tak maju (Kala I lama, Kala II tak maju)		
25	Kehamilan dengan mioma uteri		
26	Kehamilan dengan riwayat penyakit tertentu (Hepatitis, HIV)		

Lampiran 12

KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK PEREMPUAN

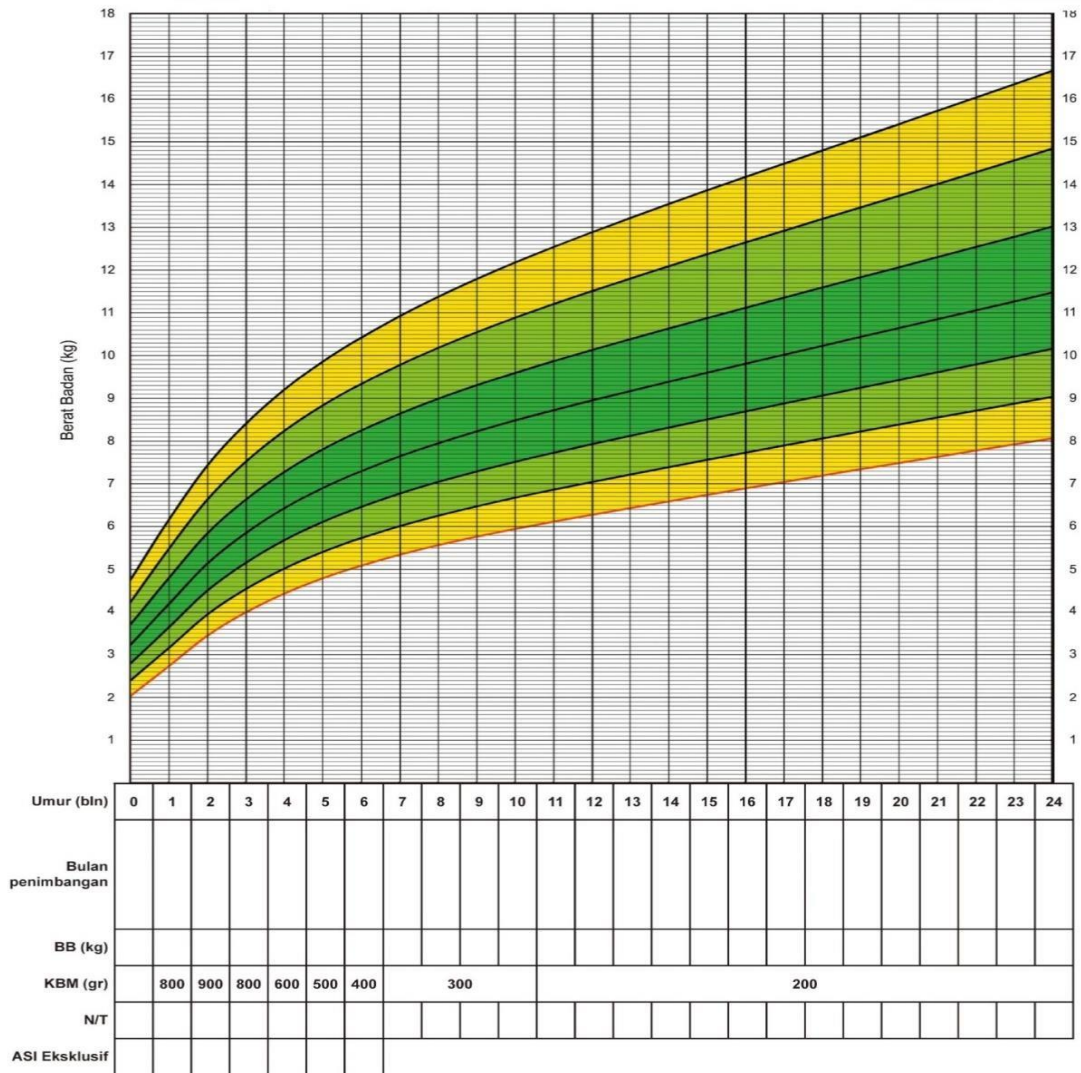


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Perempuan

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 13

KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK LAKI-LAKI

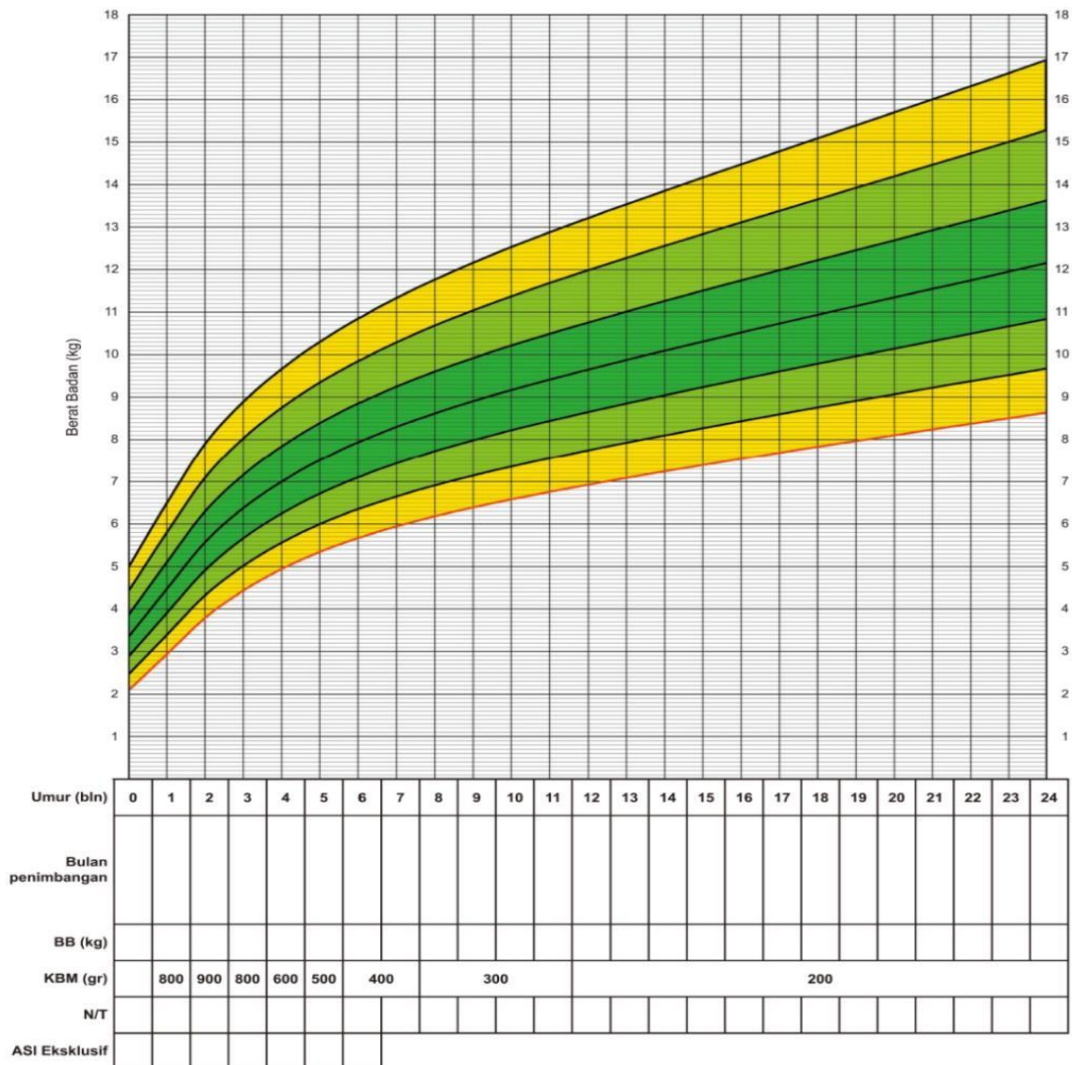


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki

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

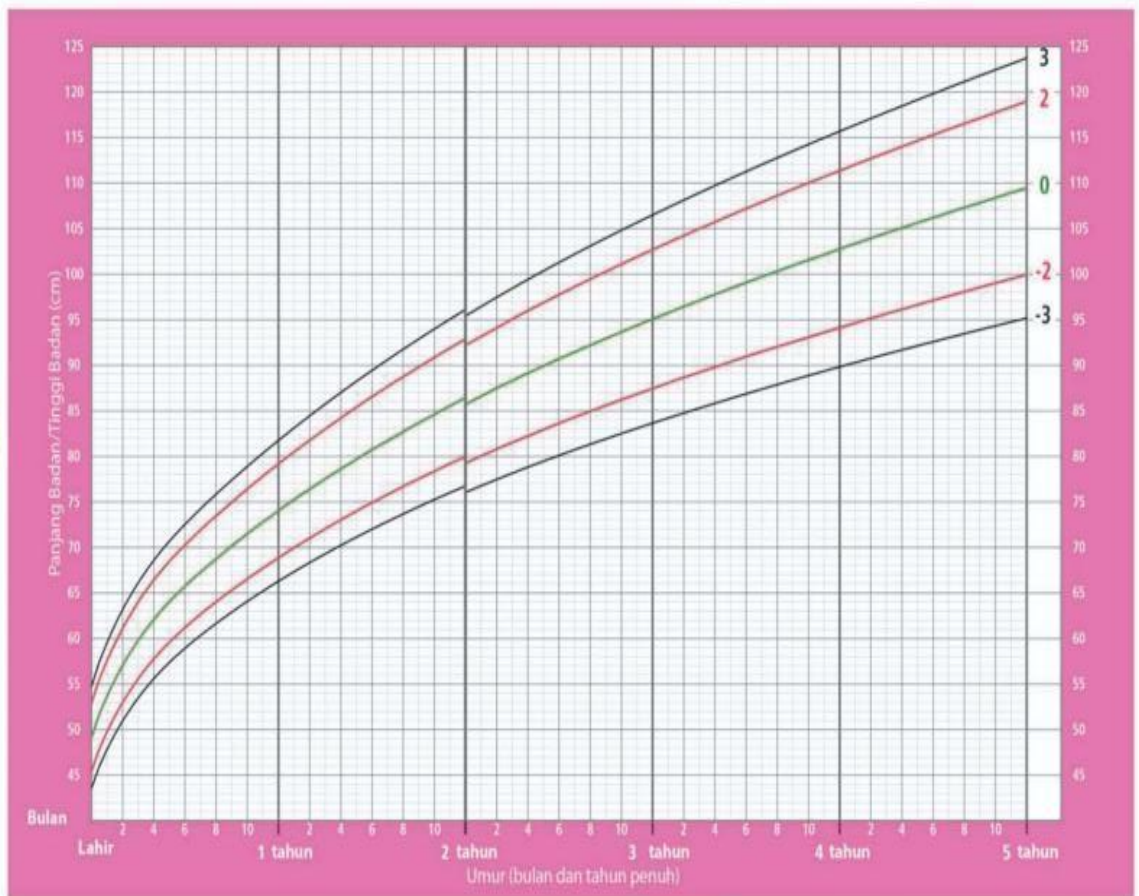
• Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

Lampiran 14

Grafik Panjang Badan/Tinggi Badan Menurut Umur Anak Perempuan

0-5 tahun

DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN

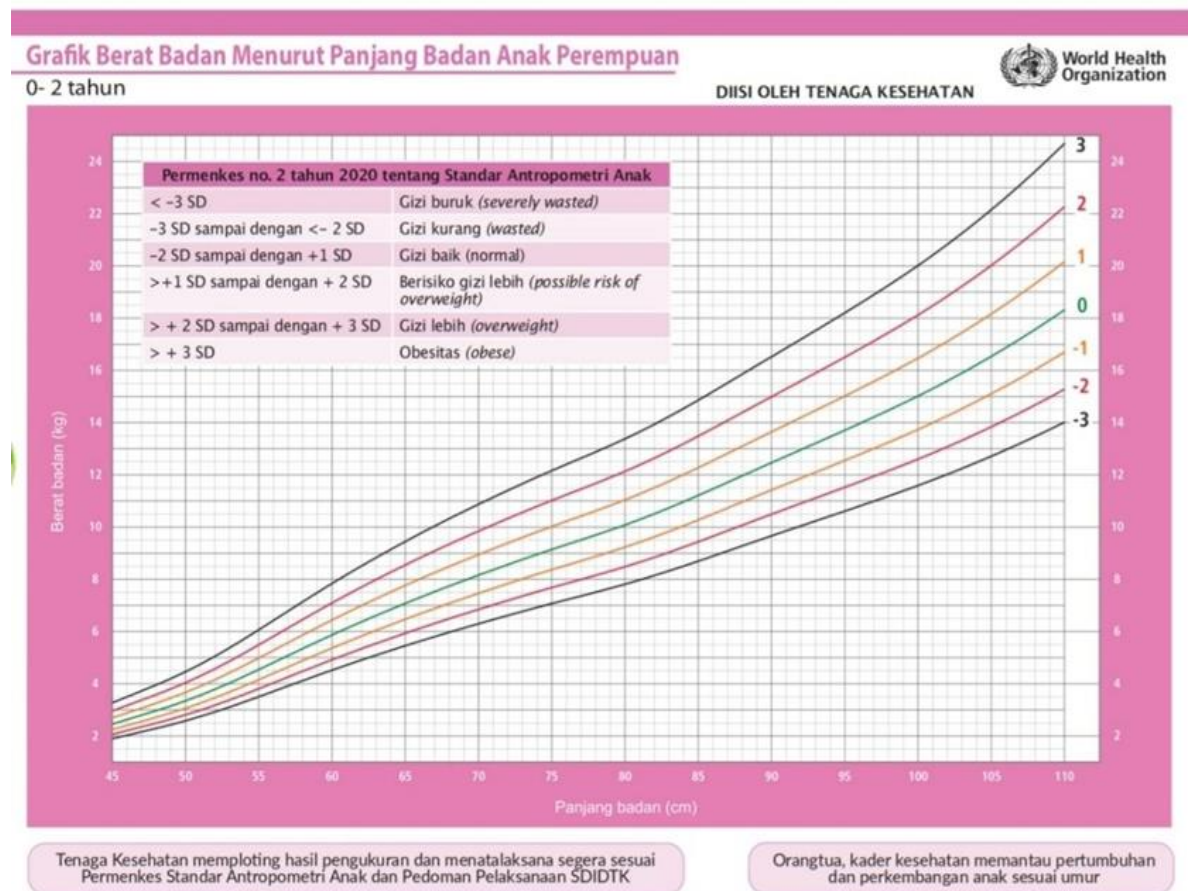


16

Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

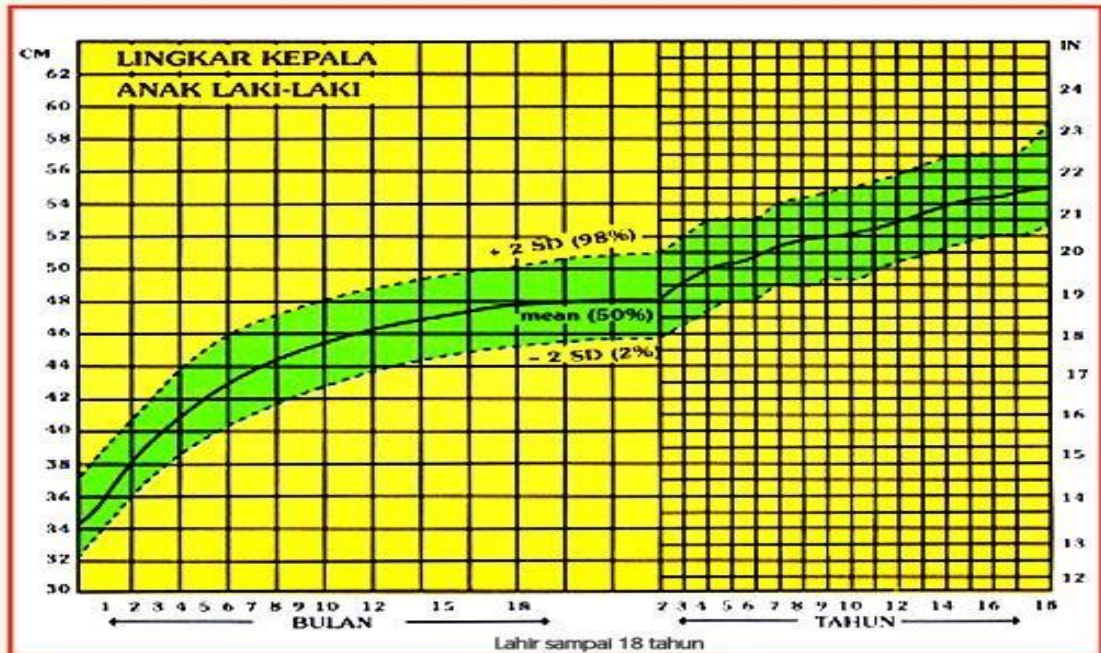
Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

Lampiran 15

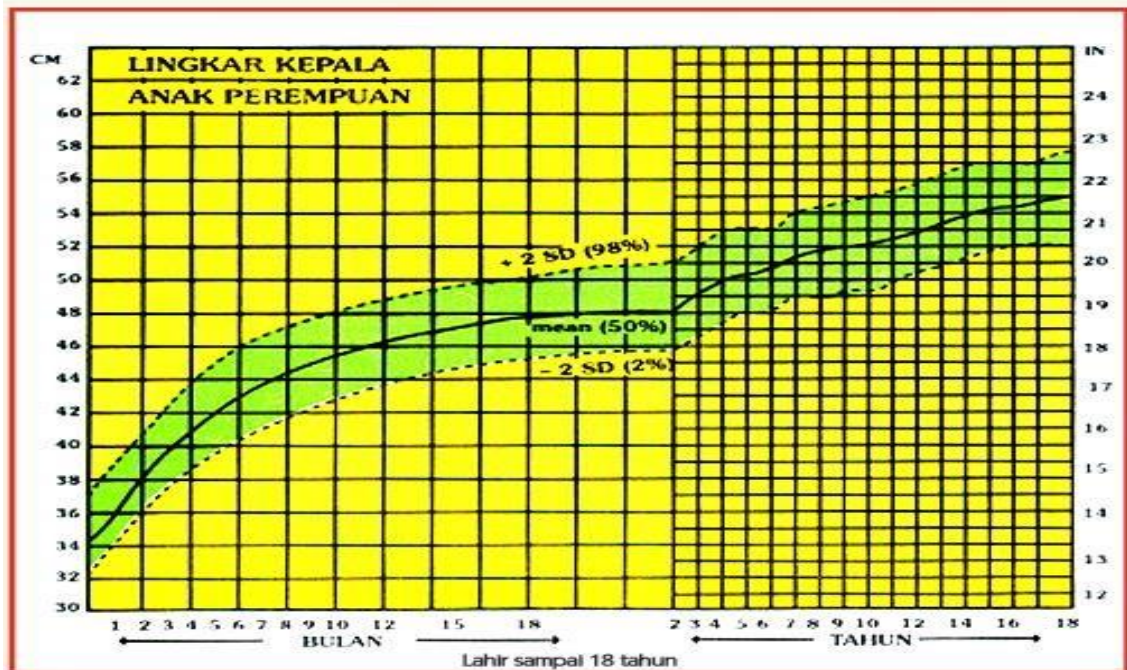


Lampiran 16

GRAFIK LINGKAR KEPALA LAKI-LAKI



GRAFIK LINGKAR KEPALA PEREMPUAN



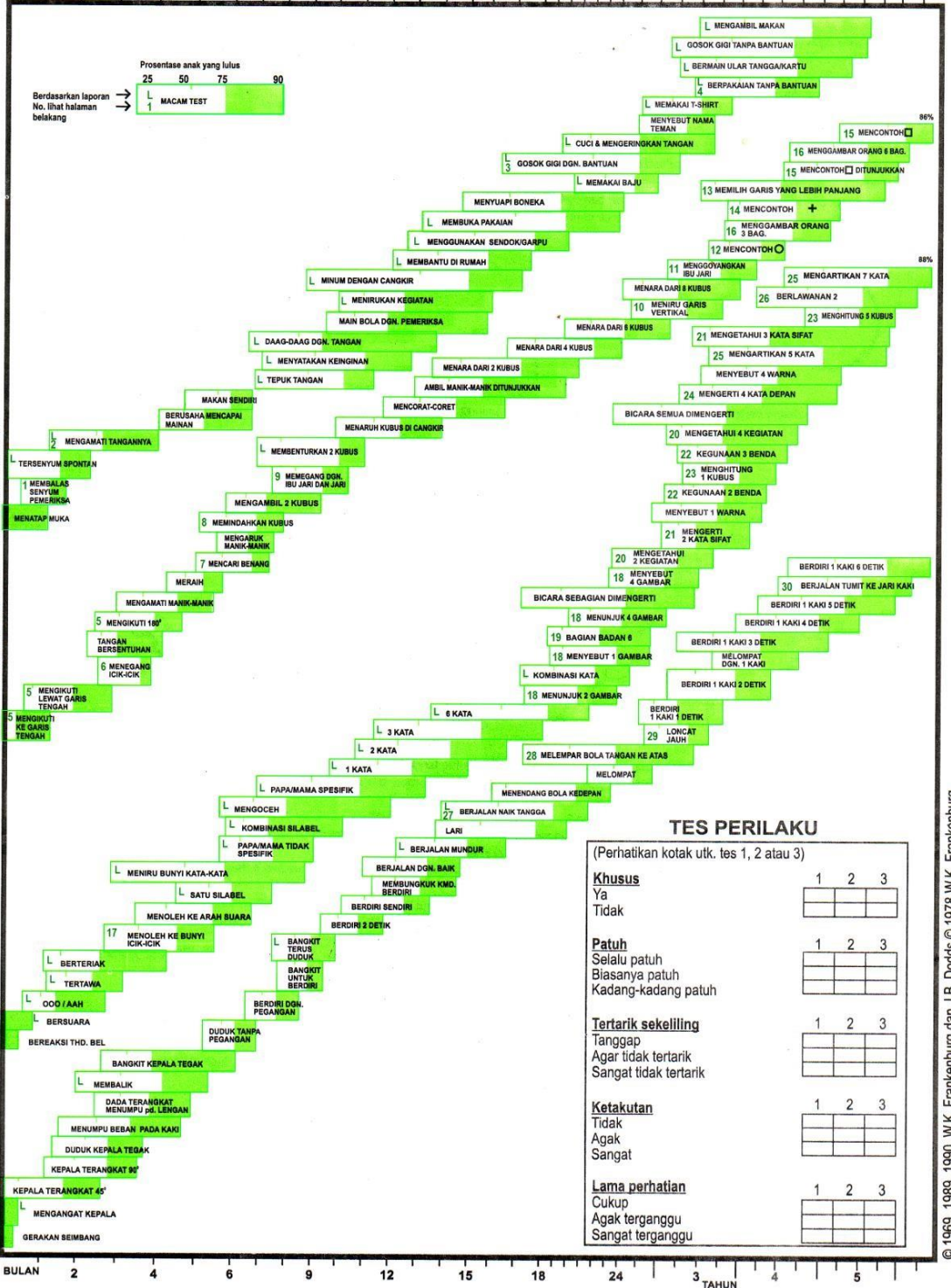
Denver II

PEMERIKSA :
TANGGAL :

NAMA :
TANGGAL LAHIR :
NO. CM :

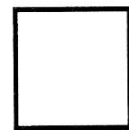
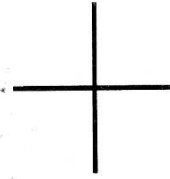
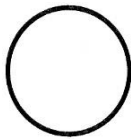
Diterjemahkan oleh :
Ny. Suprpti Djuri MAppSc
RSU DR Sardjito Yogyakarta

BULAN 2 4 6 9 12 15 18 24 TAHUN 3 4 5 6



PETUNJUK PELAKSANAAN

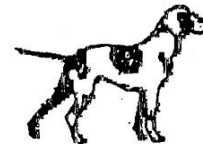
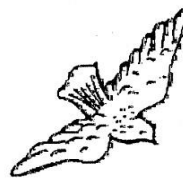
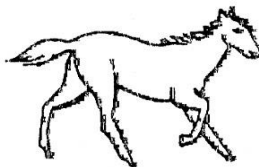
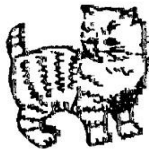
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandangi tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting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




12. Lulus bila ujung saling bertemu, gagal bila gerakan terus melingkar.
13. Garis mana yang lebih panjang? Putar kertas sampai terbalik (lulus Bila 3 dari 3 atau 5 dari 6)
14. Lulus asal garis menyilang
15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasikan

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

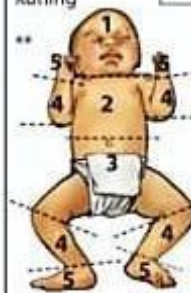
16. Waktu memberikan skor, sepasang (2 tangan, 2 kaki dll) dihitung sebagai satu bagian.
17. Taruh satu kubus di cangkir, kocok perlahan-lahan dekat telinga anak. Ulangi untuk telinga lainnya.
18. Tunjuk masing-masing gambar dan minta anak menyebutkan nama gambar tersebut (Gagal bila hanya suara). Bila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



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

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 Menyusui Dini (IMD) <input type="checkbox"/> Vit K1 <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input 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 type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th : Jam : Nomor Batch : Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> **  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
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

PELAYANAN IMUNISASI														
UMUR	BULAN													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	2+	
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

Lampiran 20

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 21

<p>I. Kode Faskes KB/Lingkungan/Jejaring : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>II. Nomor Induk Kependudukan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
KARTU STATUS PESERTA KB	
<p>III. Nama Peserta KB : <input type="text"/></p> <p>V. Nama Suami/Istri : <input type="text"/></p> <p>VIII. Alamat Peserta KB : <input type="text"/></p> <p>IX. Penggunaan Asuransi : <input type="checkbox"/> 1) BPJS Kesehatan <input type="checkbox"/> 2) Lainnya <input type="checkbox"/> 3) Tidak</p>	<p>IV. Usia/Umur Istri : <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>VI. Pendidikan Suami dan Istri : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1) Tidak Tamat SD/MI 2) Tamat SD/MI 3) Tamat SLTP/MTsN 4) Tamat SLTA/MA 5) Tamat PT 6) Tidak Sekolah</p> <p>Suami Istri</p> <p>VII. Pekerjaan Suami dan Istri : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1) Petani 2) Nelayan 3) Pedagang 4) PNS/THB/POJIB 5) Pegawai Swasta 6) Wiraswasta 7) Pensiunan 8) Pekerja Lepas 9) Lainnya 10) Tidak Bekerja</p> <p>Suami Istri</p>
<p>X. Jumlah anak hidup : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p>XII. Status Peserta KB : <input type="checkbox"/></p> <p>1) Baru Pertama kali 2) Pernah pakai alat KB berhenti sesudah bersih/keguguran 3) Pernah pakai alat KB 4) Saling ber-KB</p>	<p>XI. Umur anak terakhir yang masih hidup : Tahun <input type="text"/> Bulan <input type="text"/></p> <p>XIII. Alat/Obat/Cara KB terakhir : <input type="checkbox"/></p> <p>1) Suntikan 1 Bulanan 2) Suntikan 3 Bulanan 3) Pil 4) Kondom 5) Implan 1 Batang 6) Implan 2 Batang 7) IUD Cut 380A 8) IUD Lain-lain 9) Tubektomi 10) Vasektomi</p>
<p>XIV. Penapisan (Skринing) untuk memotukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB</p> <p>Petunjuk : Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (v) pada kotak yang tersedia. Penapisan (Skринing) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan KB.</p> <p>Anamnesis</p> <p>1. Hal terakhir tanggal : Tanggal <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/></p> <p>2. Hamil/Olduga Hamil : <input type="checkbox"/> 1) Ya <input type="checkbox"/> 2) Tidak</p> <p>3. Jumlah GPA : <input type="text"/> Partus (Persalinan) <input type="text"/> Abortus (Keguguran) <input type="checkbox"/></p> <p>4. Menyusui : <input type="checkbox"/> 1) Ya <input type="checkbox"/> 2) Tidak</p> <p>5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : Tidak Ya</p> <p>a. Sakit kuning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Perdarahan per vaginam yang tidak diketahui sebabnya <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. Keputihan yang lama <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d. Tumor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Payudara - Rahim - Indung telur</p>	
<p>Pemeriksaan</p> <p>6. Keadaan Umum : <input type="checkbox"/> 1) Baik <input type="checkbox"/> 2) Sedang <input type="checkbox"/> 3) Kurang</p> <p>7. Berat Badan : <input type="text"/> Kg</p> <p>8. Tekanan Darah : <input type="text"/></p> <p>9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau Tubektomi dilakukan pemeriksaan dalam : Tidak Ya</p> <p>a. Tanda-tanda radang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Tumor/keganasan/kecokog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon Vasektomi dan Tubektomi) : Tidak Ya</p> <p>a. Tanda-tanda diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Kelainan pembekuan darah <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. Radang orchitis/epididymitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d. Tumor/keganasan/kecokog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12. Alat/obat/cara kontrasepsi yang boleh dipergunakan : <input type="checkbox"/> Suntikan 1 Bulanan <input type="checkbox"/> Suntikan 3 Bulanan <input type="checkbox"/> Pil <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Implan 1 Batang <input type="checkbox"/> Implan 2 Batang <input type="checkbox"/> IUD Cut 380A <input type="checkbox"/> IUD Lain-lain <input type="checkbox"/> Tubektomi <input type="checkbox"/> Vasektomi</p>	
<p>XV. Alat/obat/cara kontrasepsi yang dipilih : <input type="checkbox"/></p> <p>1) Suntikan 1 Bulanan 2) Suntikan 3 Bulanan 3) Pil 4) Kondom 5) Implan 1 Batang 6) Implan 2 Batang 7) IUD Cut 380A 8) IUD Lain-lain 9) Tubektomi 10) Vasektomi</p> <p>XVI. Tanggal dilayani : **/ /</p> <p>Tanggal Bulan Tahun</p> <p>XVII. Tanggal kunjungan ulang : Tanggal Bulan Tahun</p> <p>XVIII. Tanggal dicabut : Tanggal Bulan Tahun (khusus implan/IUD)</p> <p>XIX. Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Perawat Kesehatan</p> <p>() NIP.</p>	
<p>KETERANGAN :</p> <p>*) Coret yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan.</p> <p>**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar</p>	

**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 :

(Sesuai dengan K/IV/KB)

Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

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 a :

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

Alamat lengkap : Jalan RT RW Kelurahan/Desa
Kecamatan 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

**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 :

Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

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 a :

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

Alamat lengkap : Jalan RT RW Kelurahan/Desa
Kecamatan 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

