

PEDOMAN KERJA PUSKESMAS KLASTER II KESEHATAN IBU DAN ANAK

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
2024



Kata Pengantar Menteri Kesehatan

2

Indonesia Emas 2045 adalah visi besar yang menekankan pada pembangunan berkelanjutan, kesejahteraan masyarakat, dan kualitas hidup yang lebih baik. Dalam konteks kesehatan, fokus utama adalah memastikan akses layanan kesehatan berkualitas bagi seluruh Masyarakat. Dalam rangka mendukung visi Indonesia Emas 2045, Kementerian Kesehatan mempersembahkan **Pedoman Kerja Puskesmas**.

Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer saat ini menjadi bagian penting dan paling dekat di masyarakat dimana fokus kita adalah menjaga orang tetap sehat, bukan mengobati orang yang sakit. Dengan Kesehatan yang terjaga, maka masyarakat akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan produktif.

Peran puskesmas menjadi sangat penting dalam mencegah permasalahan kesehatan dengan tanggung jawab untuk menggerakkan masyarakat dalam menjaga dan mempertahankan kesehatan mereka, serta melakukan pencegahan penyakit melalui skrining dini dan cakupan imunisasi yang lebih baik. Dengan demikian, Puskesmas menjadi garda terdepan dalam mencegah dan mengurangi beban penyakit di tengah masyarakat.

Pada bulan Agustus 2023, Kementerian Kesehatan secara resmi meluncurkan program Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Program ini menyasar bahwa transformasi kesehatan dapat dilaksanakan dengan lebih cepat dan efektif. Melalui integrasi ini, seluruh Puskesmas diharapkan mampu meningkatkan layanan kesehatan yang lebih terkoordinasi, komprehensif, dan berfokus pada kebutuhan masyarakat.

Pedoman ini disusun sebagai acuan praktis bagi seluruh petugas kesehatan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu. Dengan adanya pedoman ini, diharapkan semua pihak dapat melaksanakan tugasnya dengan lebih terarah dan efisien dalam mengedepankan pelayanan yang berkualitas, terintegrasi, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Saya berharap buku ini dapat menjadi penyemangat bagi semua petugas di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu di semua wilayah baik desa, kota, perbatasan, maupun pegunungan.

Sebagai penutup, mari kita ingat bahwa setiap halaman dalam buku pedoman ini merupakan langkah kita bersama dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Terima kasih atas dedikasi dan kerja keras semua pihak. Mari kita wujudkan pelayanan kesehatan yang lebih baik demi Indonesia yang lebih sehat.

Jakarta, Oktober 2024

Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Budi Gunadi Sadikin



Budi Gunadi Sadikin
Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Kata Pengantar

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga **Pedoman Kerja Puskesmas** dapat terselesaikan. Pedoman ini digunakan sebagai panduan bagi Puskesmas dalam mengimplementasikan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) merupakan upaya untuk menata dan mengoordinasikan berbagai pelayanan kesehatan primer dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan berdasarkan siklus hidup bagi perseorangan, keluarga dan masyarakat. ILP bertujuan untuk mendekatkan akses dan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif pada setiap fase kehidupan secara komprehensif dan berkualitas bagi Masyarakat.

Pedoman Kerja ini diharapkan dapat mempermudah Puskesmas melaksanakan tugas dan fungsinya memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Pedoman ini terdiri dari lima buku berdasarkan Tata kelola Pelayanan Kesehatan primer di Puskesmas yang diselenggarakan secara terintegrasi melalui sistem klaster, yaitu:

1. Buku 1: Manajemen Puskesmas;
2. Buku 2: Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak;
3. Buku 3: Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa dan Lansia;
4. Buku 4: Penanggulangan Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan;
5. Buku 5: Lintas Klaster.

Akhir kata, ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini dan dapat diterapkan sesuai tujuan penyusunannya.

Jakarta, Oktober 2024

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

dr. Maria Endang Sumiwi, MPH



dr. Maria Endang Sumiwi, MPH
Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

GLOSARIUM

AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome	MTBM	: Manajemen Terpadu Bayi Muda
AKS/ADL	: Aktivitas Kehidupan Sehari-hari	MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
ANC	: Antenatal Care	OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
APCS	: The Asia-Pacific Colorectal Screening	PAK	: Penyakit Akibat Kerja
ASSIST	: Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test	PAR-Q	: Physical Activity Readiness Questionnaire
DM	: Diabetes Melitus	Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
Fasyankes	: Fasilitas Pelayanan Kesehatan	PJB	: Penyakit Jantung Bawaan
FKTL	: Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut	PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
FKTP	: Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	PNPK	: Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran
GGL	: Gula Garam Lemak	PPK	: Panduan Praktik Klinis
HIV	: Human Immunodeficiency Virus	PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif Kronis
ILP	: Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer	PPTK	: Panduan Praktis Tata Laksana Klinis Bagi Pasien Dewasa
IMT	: Indeks Massa Tubuh	PTM	: Penyakit Tidak Menular
IPWL	: Institusi Penerima Wajib Laport	PUS	: Pasangan Usia Subur
IVA	: Inspeksi Visual Asam Asetat	Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional	Pustu	: Puskesmas Pembantu
KB	: Keluarga Berencana	Sadani	: Periksa Payudara secara Klinis
KEK	: Kurang Energi Kronis	Sadari	: Periksa Payudara Sendiri
Keswa	: Kesehatan Jiwa	SDQ	: Strength and Difficulties Questionnaire
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak	SHK	: Skrining Hipotiroid Kongenital
KMK	: Keputusan Menteri Kesehatan	SKILAS	: Skrining Lansia Sederhana
KPSP	: Kuesioner Pra Skrining Perkembangan	SRQ:	Self Reporting Questionnaire
Lansia	: Lanjut Usia	TBC	: Tuberkulosis
LiLa	: Lingkaran Lengan Atas	TPT	: Terapi Pencegahan Tuberkulosis
		USG	: Ultrasonografi
		WBP	: Warga Binaan Pemasyarakatan
		WUS	: Wanita Usia Subur

DAFTAR ISI

BAB E

Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil
2. Pelayanan Ibu Bersalin
3. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas
4. Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Ibu dan Bayi Baru Lahir

BAB F

Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah

1. Pelayanan Neonatal Esensial
2. Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah
3. Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Balita dan Anak Prasekolah

BAB G

Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

1. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja
2. Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

BAB H

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

1. Pelayanan Kesehatan Kasus Kekerasan pada Perempuan dan Anak
2. Pelayanan Kesehatan Inklusif bagi Penyandang Disabilitas Ibu dan Anak
3. Pelayanan Kesehatan Tradisional
4. Pemantauan Wilayah Setempat
5. Perencanaan dan Pelaksanaan Kegiatan Luar Gedung

DAFTAR LAMPIRAN

- 1. Pengukuran Antropometri Ibu Hamil dan Balita**
 1. Berat Badan
 2. Tinggi Badan
 3. Lingkar Lengan Atas
 4. Lingkar Kepala
 5. Lingkar Pinggang
- 2. Pengukuran Tanda-tanda Vital**
 1. Suhu
 2. Tensi
 3. Nadi
 4. Frekuensi Pernafasan
- 3. Cara Menggunakan Bagan**
 1. Bagan Nifas
 2. Bagan MTBS
 3. Bagan MTPKR
 4. Bagan SDIDTK
- 4. Persiapan Rujukan**

DAFTAR TAUTAN

1. **Daftar Tilik Pelayanan Antenatal**
2. **Formulir Skrining**
3. **Daftar Tilik Peralatan Klaster 2**
 1. Set Partus
 2. Set Emergensi
 3. Set Persiapan penerimaan bayi
4. Video Pemeriksaan Fisik bagi Panyandang Disabilitas
5. Video Pemeriksaan Status Gizi dan Pengambilan Sampel Darah bagi Panyandang Disabilitas

Latar Belakang Pedoman

Pelayanan Kesehatan Primer di Indonesia difokuskan pada peningkatan upaya promotif dan preventif yang didukung inovasi dan teknologi. WHO merekomendasikan tiga strategi utama dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Primer yakni : **Integrasi pelayanan kesehatan untuk individu dan masyarakat, pemberdayaan komunitas, serta kebijakan multi-sektor.** Meskipun begitu, capaian pelayanan kesehatan pada tahun 2021 masih jauh dari target, dan beban kesehatan di Indonesia masih tinggi dengan banyaknya kematian yang bisa dicegah.

Saat ini, Puskesmas dan jejaringnya, seperti Unit Pelayanan Kesehatan di desa/Kelurahan serta Posyandu memainkan peran penting dalam pelayanan kesehatan primer, namun belum terintegrasi secara maksimal.

Pemerintah sedang melakukan transformasi pelayanan kesehatan primer melalui integrasi yang lebih baik, melibatkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan primer serta partisipasi aktif masyarakat dan pemerintah daerah. Pendekatan ini disebut **Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP)**, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara komprehensif dan menyeluruh di setiap siklus kehidupan.

Dengan perubahan tersebut, diperlukan pedoman kerja baru bagi Puskesmas agar dapat menjalankan fungsi dan tugasnya dengan standar yang sama.

Pedoman Kerja Puskesmas disusun untuk membantu pelaksanaan tugas-tugas teknis dan administratif secara seragam dan efektif.

Pedoman ini bertujuan untuk:

- 1. Meningkatkan Kualitas Pelayanan:** Memberikan acuan yang jelas agar layanan sesuai standar dan kebijakan terbaru.
- 2. Panduan Operasional:** Menginstruksikan pelaksanaan kegiatan di dalam dan di luar gedung Puskesmas.
- 3. Penyelarasan Tugas:** Menyediakan pedoman seragam agar tugas-tugas staf Puskesmas lebih terstruktur dan terorganisir.

Sasaran Buku Pedoman Kerja Kluster Kesehatan Ibu dan Anak adalah:

1. Penanggung jawab kluster Kesehatan Ibu dan Anak
2. Pelaksana Kluster Kesehatan Ibu dan Anak

Dengan pedoman yang saling terintegrasi ini, Puskesmas diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang semakin optimal, sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang terus berkembang.

Pendahuluan



Tujuan Klaster Kesehatan Ibu dan Anak

Tujuan Umum

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya pada kelompok sasarannya

Tujuan Khusus

1. Meningkatkan **pelayanan kesehatan** Ibu dan Anak khususnya pelayanan promotif dan preventif yang terintegrasi dan komprehensif
2. Meningkatkan **jangkauan pelayanan** kesehatan bagi Ibu Hamil, Ibu Bersalin, Ibu Nifas, Balita dan Anak Usia Prasekolah dan Anak Usia Sekolah dan Remaja
3. Meningkatkan **mutu pelayanan** kesehatan bagi Ibu Hamil, Ibu Bersalin, Ibu Nifas, Balita dan Anak Usia Prasekolah dan Anak Usia Sekolah dan Remaja
4. Meningkatkan **peran serta** masyarakat, keluarga, dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak secara aktif dan mandiri.
5. Meningkatkan **pembinaan kesehatan Ibu dan Anak** melalui sistem jejaring pelayanan kesehatan primer (FKTP lain, Pustu, Posyandu, UKS, dan jejaring lainnya)

Organisasi dan Tata Hubungan Kerja antar Klaster

Pelayanan kesehatan primer di Puskesmas diselenggarakan secara terintegrasi melalui sistem klaster. Adapun sistem klaster ini terdiri atas:

1. **Klaster manajemen** yang mengatur tata kelola dan administrasi Puskesmas.
2. **Klaster kesehatan ibu dan anak** yang memberikan pelayanan khusus bagi ibu hamil, menyusui, bayi, dan anak-anak.
3. **Klaster kesehatan dewasa dan lanjut usia** yang fokus pada pelayanan kesehatan untuk kelompok dewasa hingga lansia.
4. **Klaster penanggulangan penyakit menular dan kesehatan lingkungan** yang berperan dalam pencegahan dan pengendalian penyakit menular serta menjaga kesehatan lingkungan.
5. **Lintas klaster**, yang memastikan kolaborasi antar klaster berjalan dengan baik untuk memberikan pelayanan yang lebih terpadu.

Pelaksanaan pelayanan dalam setiap klaster dilakukan secara inklusi, agar semua kelompok masyarakat, termasuk kelompok rentan, dapat mengakses layanan secara mandiri. Dengan demikian, sistem ini bertujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat.

Tata Hubungan Kerja Klaster Kesehatan Ibu dan Anak dengan Klaster lain:



Pengelolaan **Klaster Kesehatan Ibu dan Anak**

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak dipimpin oleh **penanggung jawab klaster*** dibantu oleh pelaksana klaster.

Penanggung jawab klaster memiliki tugas menyelenggarakan fungsi:

1. Menyusun **rencana kegiatan** klaster;
2. Melakukan **pembagian tugas** pelaksana upaya/kegiatan klaster;
3. Melakukan **koordinasi** pelayanan pada klaster;
4. Melakukan **penjaminan mutu** pelayanan klaster;
5. Melakukan **pemantauan dan evaluasi** pelaksanaan tugas klaster;
6. Menyusun **laporan** secara rutin; dan
7. **Menyampaikan laporan** kepada kepala Puskesmas secara berkala

Pelaksana Klaster Kesehatan Ibu dan Anak terdiri dari:

Dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer/Dokter dengan kompetensi tambahan di bidang kedokteran keluarga, Dokter, Bidan, Perawat, Tenaga Promosi Kesehatan dan ilmu perilaku, Nutrisi, Psikolog klinis, fisioterapis.

***Penanggung jawab klaster merangkap menjadi pelaksana klaster**

Dalam hal keterbatasan SDM, pelayanan dapat diberikan oleh petugas dari klaster lainnya yang memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai

Tugas Klaster Kesehatan Ibu dan Anak

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak bertugas menyelenggarakan

Pelayanan Kesehatan

Berupa Upaya Kesehatan masyarakat maupun Upaya Kesehatan perseorangan secara komprehensif untuk memenuhi kebutuhan kesehatan sesuai dengan siklus hidup

Pemantauan Situasi Kesehatan Wilayah Kerja

Meliputi mortalitas, morbiditas, serta cakupan pelayanan sesuai dengan siklus hidup sampai tingkat desa/kelurahan dan dusun/rukun tetangga/rukun warga; dan

Pembinaan Teknis

Kepada jejaring Puskesmas sesuai dengan kelompok sasaran

Sasaran **Klaster Kesehatan Ibu dan Anak**

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak bertugas mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya pada kelompok sasarannya:

1

**Ibu Hamil
Ibu Bersalin
Ibu Nifas**

2

**Balita
Anak Prasekolah**

3

**Anak Usia Sekolah
Remaja**

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak perlu melakukan pemutakhiran data sasaran bersama dengan Puskesmas Pembantu dan Posyandu dengan melibatkan pemerintah desa (RT RW atau kepala dusun/ kepala desa)

Definisi Operasional

Balita	: 0-4 tahun
Anak Balita	: 1-4 tahun
Anak Prasekolah	: 5-6 tahun
Anak Usia Sekolah	: 7-17 tahun
Remaja	: 10-17 tahun

Masalah Kesehatan Ibu dan Anak yang akan diselesaikan Klaster

Masalah Kesehatan

Ibu Hamil, Bersalin, Nifas

Anemia, KEK, Hipertensi, DM, Penyakit infeksi (TBC, malaria, HIV, sifilis, hepatitis), Perdarahan jalan lahir, Ketuban pecah dini, Plasenta previa, Asma, Penyakit jantung, Perdarahan pasca persalinan, Infeksi rahim, Trauma/robekan perineum, *Postpartum blues*, *postpartum depression*

Balita dan Anak Pra Sekolah:

Masalah neonatal (asfiksia, sepsis, kelainan kongenital), Prematuritas dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), Penyakit infeksi (TBC, diare, pneumonia), Masalah gizi dan perkembangan (weight faltering, gizi kurang, gizi buruk, stunting dan obesitas), dll.

Anak Usia Sekolah dan Remaja:

masalah gizi (anemia, gizi kurang, obesitas), penyakit infeksi (TBC, HIV, IMS), masalah gigi dan mulut (karies gigi), gangguan refraksi dan pendengaran, masalah perilaku dan penyalahgunaan NAPZA serta kekerasan baik fisik maupun seksual.

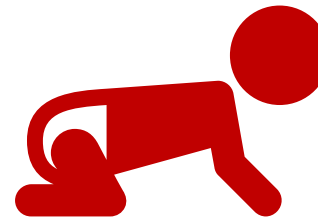
Semua ibu hamil

- Mendapatkan pemeriksaan Antenatal sekurang-kurangnya 6x
- Mengikuti kelas ibu hamil
- Mendapatkan edukasi gizi seimbang
- Mendapatkan dan konsumsi TTD/MMS
- Ibu hamil KEK mendapatkan dan mengonsumsi makanan tambahan

Semua ibu pasca bersalin mendapatkan Pelayanan nifas
Semua ibu memberikan ASI

Bayi, Balita mendapatkan:

- ASI Eksklusif
- Imunisasi dasar dan lanjutan
- Pemantauan tumbuh kembang
- Memastikan sasaran yang sakit mendapatkan layanan kesehatan



- Seluruh sasaran dilakukan skrining Kesehatan
- Memastikan sasaran yang bermasalah Kesehatan mendapatkan Pelayanan Kesehatan
- Seluruh remaja putri mengonsumsi TTD
- Seluruh remaja mendapatkan edukasi Kesehatan reproduksi

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak memberikan pelayanan lengkap yang terintegrasi dan komprehensif terutama pelayanan promotif dan preventif

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak memberikan **pelayanan kesehatan** lengkap dalam gedung maupun luar gedung

Sasaran	
Ibu Hamil	<ol style="list-style-type: none">1. Pelayanan Antenatal<ul style="list-style-type: none">o Penilaian Riwayat dan Keluhan Ibuo Pemeriksaan Fisiko Pemeriksaan Obstetrio Pemantauan Status Gizi dan Penilaian Kurang Energi Kroniso Skrining Anemiao Pemberian TTD/MMSo Skrining Status Imunisasi dan Pemberian Imunisasi Tetanuso Skrining Preeklampsiao Skrining TBCo Skrining HIVo Skrining Sifiliso Skrining Hepatitis Bo Skrining Kesehatan Jiwao Temu Wicarao Pemeriksaan USGo Skrining Malaria di wilayah endemiso Skrining Kekerasan pada wanita (jika ada indikasi)2. Pelayanan Pengobatan3. Kelas Ibu Hamil4. PMT pada Ibu Hamil KEK5. Kunjungan Rumah Ibu Hamil Bermasalah

Sasaran	
Ibu Bersalin	<ol style="list-style-type: none">1. Persalinan Normal2. Identifikasi dan Rujukan Komplikasi Persalinan
Ibu Nifas	<ol style="list-style-type: none">1. Pelayanan Kesehatan Pasca Salin<ul style="list-style-type: none">• Pemeriksaan menyeluruh dengan bagan nifas• Pemeriksaan Umum• Pemeriksaan Lohia dan Penilaian Perdarahan• Pemberian Kapsul Vitamin A• Skrining Kesehatan Jiwa• Konseling Menyusui• KB Pasca Salin2. Pelayanan Pengobatan3. Kelas Ibu Balita4. Kunjungan Nifas

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak memberikan **pelayanan kesehatan** lengkap dalam gedung maupaun luar gedung

Sasaran

Bayi Baru Lahir

1. Pelayanan Neonatal Esensial
 - 30 detik- 90 menit pertama
 - Menjaga Suhu
 - Pemotongan tali pusat
 - Inisiasi Menyusu Dini
 - Pemberian identitas
 - Suntik Vit K
 - Pencegahan infeksi mata
 - 90 menit – jam pertama
 - Pemeriksaan Fisik Menyeluruh
 - Penentuan Usia Gestasi
 - Perawatan Tali Pusat
 - Pemberian Imunisasi HB0
 - Pencegahan infeksi dari Ibu ke Anak
2. Pemantauan Tanda Bahaya
3. Konseling Menyusui
4. Metode Perawatan Kanguru bagi Bayi BBLR
5. Skrining Bayi Baru Lahir
 - a) Skrining Hipotiroid Kongenital
 - b) Skrining Penyakit Jantung Bawaan
6. Pelayanan Pengobatan
7. Kunjungan Rumah Bayi Baru Lahir
8. Tatalaksana Bayi prematur dan BBLR

Sasaran

Balita Anak Prasekolah

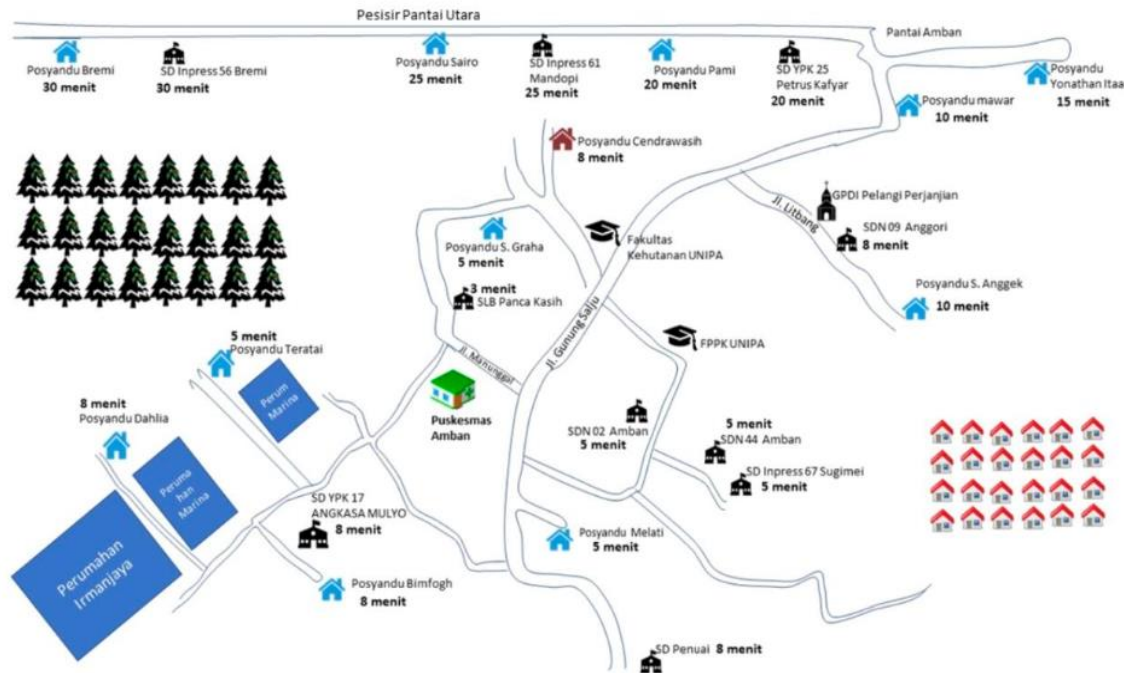
1. Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan
 - a) Pemantuan Pertumbuhan
 - b) Pemantauan Perkembangan
 - 1) Skrining Kesehatan Indera Penglihatan
 - 2) Skrining Kesehatan Indera Pendengaran
 - 3) Skrining Gangguan Perilaku dan Emosi
 - 4) Skrining Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas
 - 5) Skrining Gangguan Spektrum Autisme
 - c) Pemeriksaan Kesehatan Anak Terintegrasi
2. Penilaian dan Konseling PMBA
3. Skrining dan Pemberian Imunisasi
4. Pemberian Vitamin A dan Obat Cacing
5. Skrining Penyakit Infeksi
 - a) Skrining Gejala Tuberkulosis
 - b) Skrining Malaria
 - c) Skrining HIV
 - d) Skrining Hepatitis B
6. Skrining Talasemia
7. Skrining Kekerasan pada Anak
8. Pelayanan Pengobatan
9. Pelayanan Gigi dan Mulut
10. Kelas Ibu Balita
11. PMT Lokal bagi Balita Bermasalah Gizi
12. Perawatan Jangka Panjang dan Homecare

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak memberikan **pelayanan kesehatan** lengkap dalam gedung maupaun luar gedung

Sasaran	
Anak Usia Sekolah-Remaja	<ol style="list-style-type: none">1. Pemantauan Status Gizi - Skrining Obesitas2. Skrining Hipertensi3. Skrining Anemia4. Pemberian Tablet Tambah Darah5. Skrining dan Pemberian Imunisasi6. Skrining TBC7. Skrining HIV8. Skrining Malaria (pada wilayah endemis)9. Skrining Kesehatan Jiwa10. Skrining Talasemia11. Skrining Kesehatan Indera Penglihatan12. Skrining Kesehatan Indera Pendengaran13. Skrining Faktor Risiko Merokok14. Skrining Kebugaran15. Pelayanan Gigi dan Mulut16. Pelayanan Pengobatan17. Usaha Kesehatan Sekolah18. Kunjungan Rumah

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak melakukan **pemantauan situasi kesehatan** di wilayah kerjanya

PETA WILAYAH KERJA PUSKESMAS AMBAN



Contoh Peta Wilayah Kerja Puskesmas

Pelaksana Klaster Kesehatan Ibu dan Anak membuat **pemetaan masalah** di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan hasil PWS lalu menentukan prioritas masalah dan membuat rencana tindak lanjut

Klaster Kesehatan Ibu dan Anak melakukan **pendampingan teknis** kepada sistem jejaring kesehatan Puskesmas

Sistem Jejaring Puskesmas yang berkaitan dengan Klaster Kesehatan Ibu dan Anak meliputi:

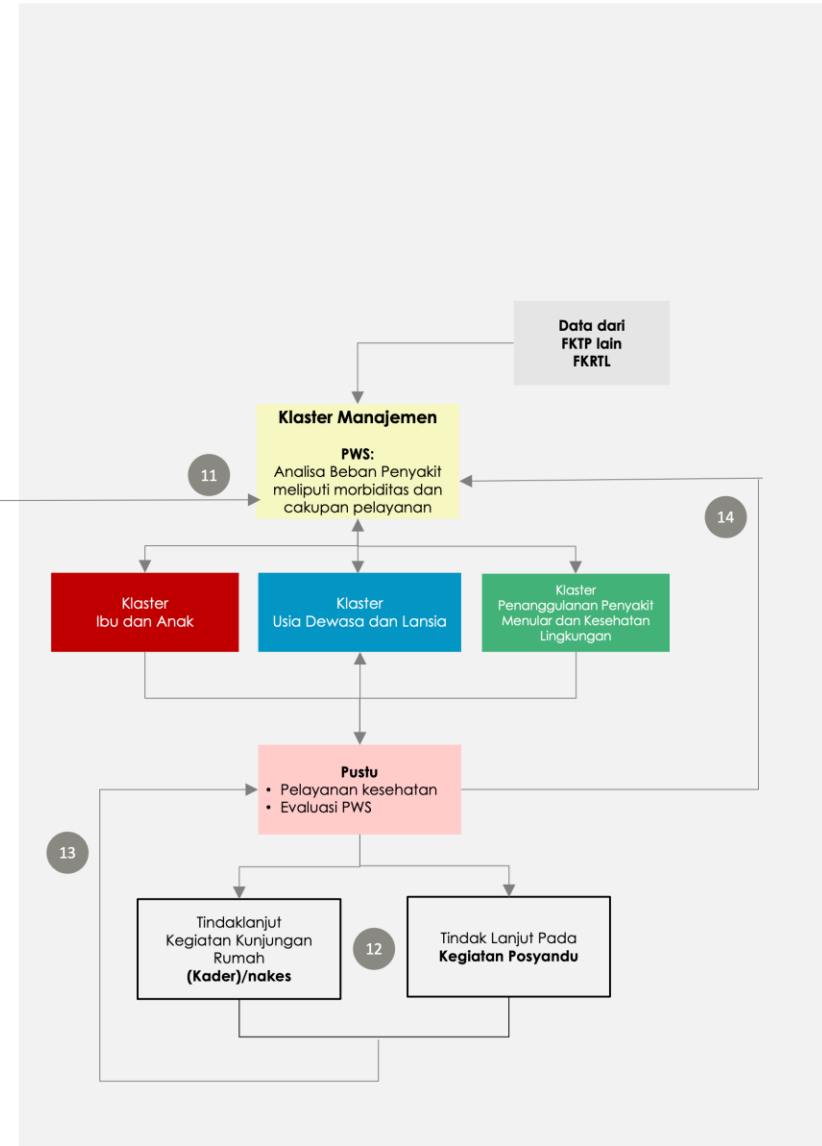
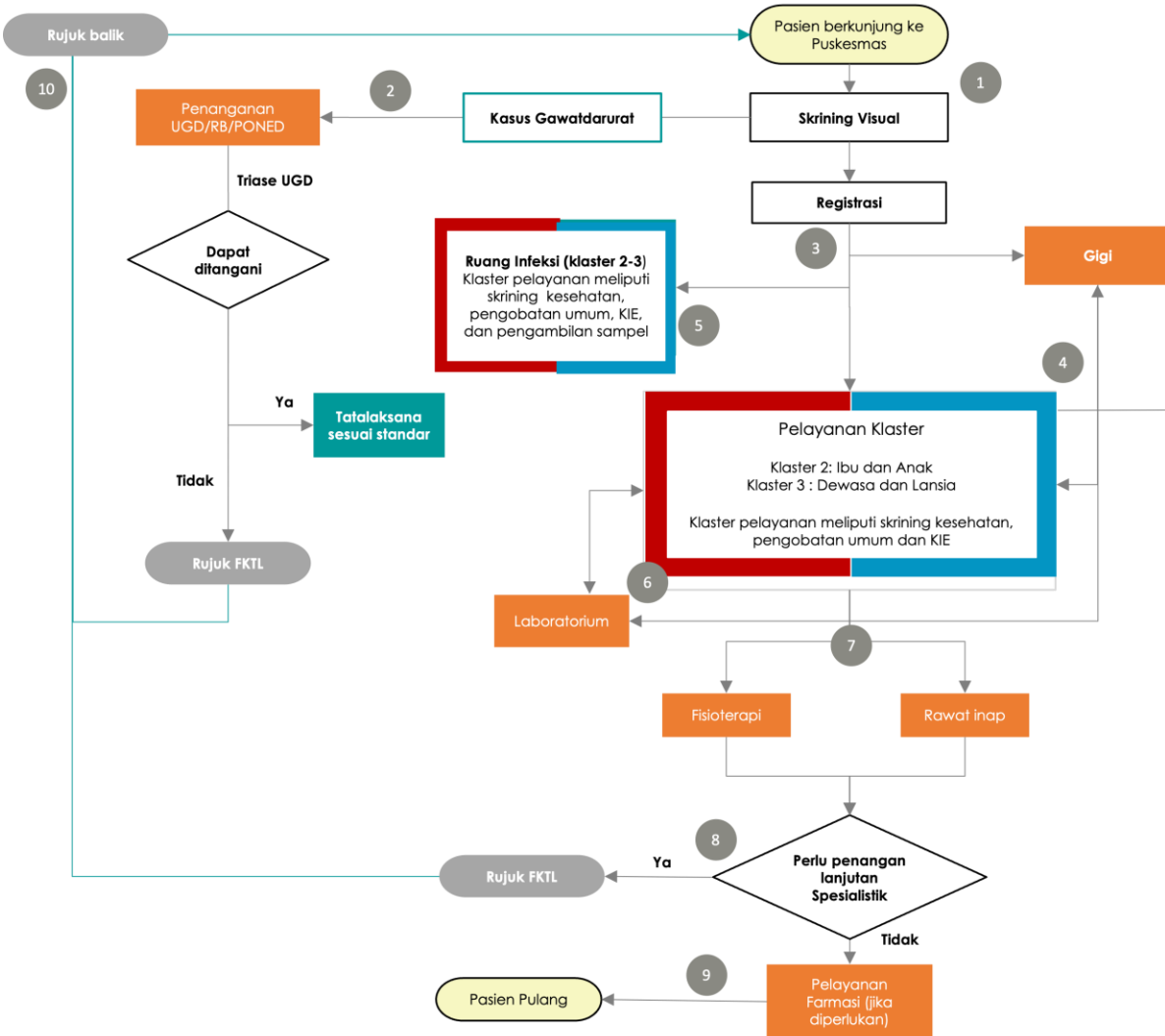
Pustu
Posyandu
Sekolah
FKTP lainnya

Bentuk Pendampingan Teknis Klaster Kesehatan Ibu dan Anak:

- ▶ Pengamatan atas cakupan layanan, situasi kesehatan masyarakat dan determinan kesehatan;
- ▶ Analisis kecenderungan/tren perkembangan masalah dari waktu ke waktu;
- ▶ Pertemuan rutin bulanan untuk monitoring dan evaluasi;
- ▶ Advokasi dan sosialisasi kepada pemangku kebijakan lainnya termasuk keterlibatan jejaring;
- ▶ Supervisi fasilitatif;
- ▶ peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan unit Pelayanan Kesehatan di tingkat desa/kelurahan, dan Posyandu; dan
- ▶ penyediaan sumber daya kesehatan yang mendukung Upaya Kesehatan masyarakat

Alur Pelayanan Puskesmas

Berikut adalah **alur pelayanan umum** di Puskesmas. Kluster Kesehatan Ibu dan Anak ditandai dengan warna ■



Penjelasan Alur Pelayanan Puskesmas

1. Petugas melakukan skrining visual untuk mengkaji cepat apakah pasien datang dengan kondisi gawat darurat atau jika membutuhkan bantuan seperti kursi roda, penolong dll.
2. Petugas mengarahkan pasien dengan kondisi gawat darurat untuk mendapatkan penanganan segera.
3. Bila bukan termasuk kasus gawat darurat, petugas registrasi mengidentifikasi pasien berdasarkan usia dan keluhan. Pasien Ibu dan Anak diarahkan ke klaster 2, pasien dewasa dan lansia diarahkan ke klaster 3. Pasien klaster 2 dan 3 yang sudah diketahui memiliki riwayat infeksi dapat diarahkan ke ruangan infeksi (**masih bagian dari klaster 2 dan 3**). Pasien dengan keluhan gigi diarahkan ke ruangan gigi.
4. Pasien dengan keluhan gigi mendapatkan pelayanan gigi terlebih dahulu, lalu dilanjutkan dengan skrining dan pemeriksaan lain yang memungkinkan di klaster 2 atau 3 sesuai dengan standar. Sebaliknya pasien di klaster 2 dan 3 yang sudah selesai dilayani dan membutuhkan layanan gigi dapat melanjutkan skrining dan pemeriksaan gigi sesuai standar. **Apabila pelayanan tidak dapat diberikan secara lengkap pada saat kunjungan karena kondisi pasien atau hal lainnya, petugas melakukan penjadwalan pelayanan pada waktu dan tempat yang disepakati bersama pasien baik di kunjungan ulang Puskesmas, pustu maupun posyandu.**
5. Pasien yang diidentifikasi infeksi di ruang registrasi akan dilayani di ruangan infeksi dengan protokol infeksi yang standar. Ruang infeksi memberikan layanan lengkap seperti di klaster 2 dan klaster 3 dan pelayanan penunjangnya (*One Stop Services*).
6. Pasien dari klaster 2 dan 3 dan ruangan gigi dapat diarahkan ke laboratorium sesuai dengan kebutuhan dan akan kembali ke pemeriksa untuk mendapatkan rekomendasi tindak lanjut sesudah hasil pemeriksaan didapatkan.
7. Sesudah itu pasien dapat diarahkan ke ruangan fisioterapi atau rawat inap sesuai dengan rekomendasi pemeriksaan.
8. Bila pasien membutuhkan layanan spesialisik/rujukan lainnya, maka dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tindak Lanjut dan fasilitas lainnya (misalnya rujukan sosial dan hukum).
9. Bila pasien telah menyelesaikan seluruh pelayanan, maka dapat menuju pelayanan farmasi (jika ada resep dokter) dan pulang.
10. Pasien yang dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut diharapkan akan dirujuk kembali ke Puskesmas dan jaringannya untuk mendapatkan pemantauan.
11. Petugas klaster 2 dan 3 mencatat seluruh pelayanan yang dilakukan ke dalam sistem informasi dan melakukan analisis beban penyakit. Klaster 1 lalu melakukan konsolidasi permasalahan berdasarkan data klaster 2,3,4 dan Pustu untuk PWS tingkat puskesmas, lalu membuat prioritas masalah dan rencana tindak lanjut. Data untuk PWS juga dapat berasal dari faskes lainnya di wilayah kerja Puskesmas
12. Hasil PWS yang membutuhkan tindak lanjut di tingkat desa/kelurahan diinformasikan ke petugas di Pustu. Petugas Pustu bersama kader Posyandu menindaklanjuti hasil PWS dalam bentuk kegiatan di Pustu, Posyandu, dan kunjungan rumah.
13. Petugas Pustu dan kader Posyandu melakukan evaluasi hasil kunjungan rumah (hasil kunjungan rutin maupun tindak lanjut PWS) dan kegiatan Posyandu.
14. Hasil evaluasi rutin Pustu dilaporkan kembali ke Puskesmas secara berkala.

BAB E

PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL, BERSALIN DAN NIFAS



BAB E-1

Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil



BAB E -1

Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan Antenatal Terpadu

Alur Layanan

Paket Layanan

Edukasi Ibu Hamil



Pelayanan Antenatal Terpadu




Pelayanan Antenatal adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang komprehensif dan berkualitas dan diberikan kepada seluruh ibu hamil.

































































































Pelayanan Antenatal Terpadu/ Antenatal Care (ANC Terpadu) bertujuan untuk

1. Memberikan pelayanan antenatal terpadu **minimal 6 kali** selama kehamilan, dua kali diantaranya oleh dokter.
2. Pemantauan **tumbuh kembang janin**.
3. **Deteksi dini faktor risiko** dan komplikasi kebidanan, masalah gizi, gangguan jiwa, tanda-tanda mengalami kekerasan, penyakit menular dan tidak menular, pemberian imunisasi
4. Memberikan **Edukasi kehamilan & Konseling KB**
5. Memberikan **dukungan emosi dan psikososial** sesuai dengan keadaan ibu hamil pada setiap kontak dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik.
6. Dilaksanakannya **tatalaksana terhadap kelainan/penyakit/gangguan** pada ibu hamil sedini mungkin atau rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada.
7. **Tatalaksana adekuat** dan rujukan Ibu hamil siap untuk menjalani persalinan bersih dan aman.

Paket Pelayanan Antenatal

Pelayanan Antenatal adalah sebagai berikut:

 Pemeriksaan dilakukan
  Pemeriksaan dilakukan sesuai indikasi
  Pemeriksaan tidak dilakukan

Pelayanan Antenatal Terpadu	K1	K2	K3	K4	K5	K6
1 Penilaian Riwayat dan Keluhan Ibu						
2 Pemeriksaan Fisik Umum						
3 Pemeriksaan Obstetri						
4 Penilaian Kurang Energi Kronik (KEK)						
5 Pemantauan Berat Badan Selama Kehamilan						
6 Skrining Anemia						
7 Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD)/MMS						
8 Skrining Status Imunisasi dan Pemberisan Imunisasi Tetanus						
9 Skrining Preeklampsia						
10 Skrining Gejala Tuberkulosis						
11 Skrining HIV, Sifilis dan Hepatitis B						
12 Skrining Kesehatan Jiwa						
13 Pemeriksaan USG Obstetri Dasar Terbatas						
14 Temu Wicara						
15 Pelayanan Gigi dan Mulut						
16 Tatalaksana Kasus						
17 Skrining Malaria (di wilayah Endemis)						
18 Skrining Kekerasan Pada Perempuan (jika ada Indikasi)						

Pelayanan Antenatal dilakukan **minimal 6 kali** dengan distribusi waktu:

1. Satu kali pada trimester ke-1 (0-12 minggu)
2. Dua kali pada trimester ke-2 (> 12 minggu - 24 minggu), dan
3. Tiga kali pada trimester ke-3 (> 24 minggu sampai kelahirannya)

Ibu hamil harus kontak dengan dokter minimal 2 kali, yaitu

1 kali ditrimester ke-1 (K1) dan

1 kali di trimester ke-3 (K5).

Pelayanan Antenatal oleh dokter termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG).

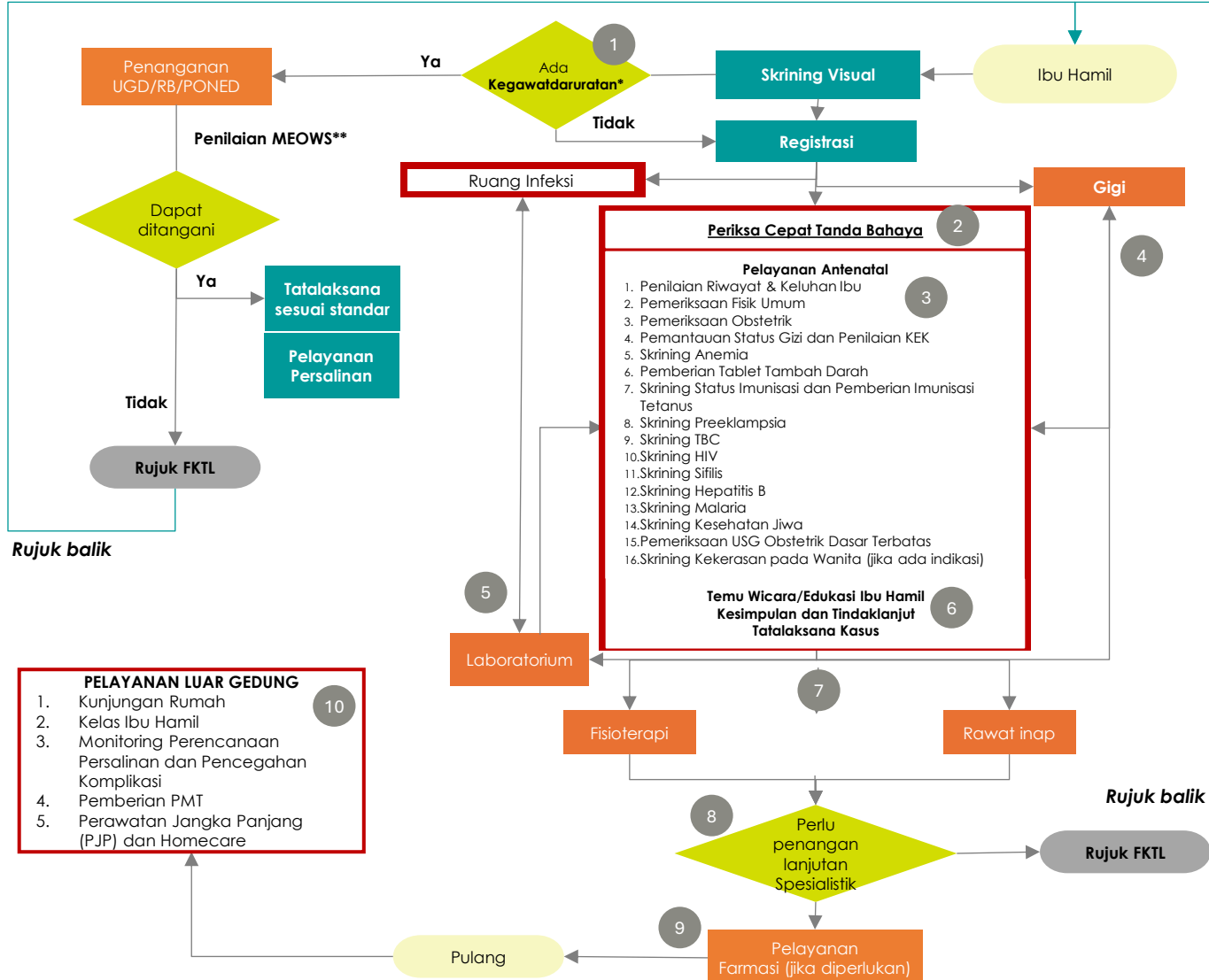
Ruang pelayanan kesehatan ibu diatur untuk **memberikan privasi** dan **kenyamanan** lebih bagi ibu hamil dan menyusui agar dapat lebih fokus pada kebutuhan khusus mereka, seperti pemeriksaan kehamilan, konseling gizi, laktasi, KB pasca persalinan.

Privasi ini juga penting agar ibu merasa lebih aman dan nyaman selama proses pemeriksaan atau perawatan.

Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan Antenatal pertama kali (Kunjungan 1/K1) di Pustu tetap dirujuk ke Puskesmas untuk melengkapi pemeriksaan oleh dokter.

Alur Pelayanan Antenatal

Alur Pelayanan Antenatal di Puskesmas adalah sebagai berikut:



Penjelasan Alur

1. Ibu Hamil yang datang sendiri atau atas rujukan dan menunjukkan situasi gawat darurat dirujuk ke UGD/PONED untuk ditangani dan dinilai menggunakan MEOWS**.
2. Ibu hamil yang tidak menunjukkan gawat darurat diterima di klaster 2 dengan terlebih dahulu melakukan penilaian cepat tanda bahaya kehamilan. Dan jika ditemukan tanda bahaya dapat diarahkan ke PONED/UGD untuk ditangani
3. Ibu Hamil yang tidak menunjukkan tanda bahaya akan mendapatkan paket pelayanan antenatal sesuai dengan usia kehamilan dan jadwal kunjungan
4. Jika diperlukan dan sesuai dengan jadwal dan standar pemeriksaan, Ibu Hamil dapat diarahkan ke pelayanan gigi dan mulut
5. Ibu hamil juga dapat diarahkan ke laboratorium untuk mendapatkan pemeriksaan sesuai jadwal atau indikasi pemeriksaan.
6. Ibu hamil lalu diarahkan kembali ke ruang klaster 2 untuk mendapatkan konsultasi, edukasi, kesimpulan dan tindakan lanjut pemeriksaan.
7. Ibu Hamil yang membutuhkan layanan lanjutan konseling, fisioterapi dan rawat inap dapat diarahkan ke layanan terkait.
8. Bila sudah seluruh layanan sudah diberikan dan diperlukan penanganan lanjutan/spesialistik, maka rujuk Ibu Hamil ke FKTL. Ibu yang dirujuk diharapkan akan mendapatkan rujukan balik agar mendapat pengawasan di Puskesmas, Pustu atau Posyandu
9. Yang tidak membutuhkan layanan spesialistik dapat menuju farmasi (jika diperlukan) dan kemudian pulang.
10. Ibu hamil yang pulang dianjurkan untuk mengikuti kegiatan pemberdayaan di Pustu dan atau Posyandu.

**MEOWS : Modified Early Obstetric Warning Score

Gunakan prinsip-prinsip inklusifitas jika pasien adalah Ibu Hamil dengan disabilitas → bab H

Tanda Bahaya Ibu Hamil

- Tidak Sadar
- Kejang
- Nyeri kepala hebat
- Nyeri perut hebat
- Muntah berlebihan dan tidak mau makan
- Diare
- Batuk lama
- Gangguan penglihatan mendadak
- Bengkak kaki, tangan, kaki dan wajah dengan atau tanpa disertai sakit kepala atau kejang
- Perdarahan per vaginam pada hamil muda atau hamil tua
- Air Ketuban keluar sebelum waktunya
- Gerakan Janin tidak biasa atau cenderung tidak bergerak



Tanda bahaya Ibu Bersalin

- Ibu mengalami kejang
- Perdarahan lewat jalan lahir
- Air ketuban hijau dan berbau
- Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat
- Ibu tidak kuat mengejan
- Tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir

Jika ibu hamil datang ke Puskesmas dengan salah satu keluhan diatas lakukan penilaian MEOWS

Penilaian Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS)

Parameter	Zona Putih	Zona Kuning	Zona Merah
Laju Nafas (x/menit)	10-20	21-30	<10 atau >30
Saturasi Oksigen (%)	95-100	-	< 95
Suhu (Celsius)	36-38	35 -<36	>38 atau <35
Detak jantung (x/menit)	50-100	>100-120	<40 atau >120
Tekanan darah sistolik (mmHg)	100-140	90 - <100	<90 atau >160
Tekanan darah diastolik (mmHg)	< 90	90-100	>100
Proteinuria	Nil-trace	+1 - +2	>+2
Warna cairan ketuban	Jernih	-	Hijau
Respons saraf	Sadar	Responsif terhadap stimulus verbal	Tidak responsif, responif terhadap rangsangan nyeri
Lokia	Sehat	Banyak / berbau busuk	-
Kondisi umum	Terlihat baik	Lemah/Terlihat tidak sehat	-

■ Jika didapati 2 atau lebih tanda merah → segera lakukan tatalaksana dan stabilisasi prarujukan. Evaluasi Kembali sesudah 15' dan rujuk segera ke FKTL

■ Jika didapati 2 tanda zona kuning dan atau 1 merah, maka segera tatalaksana sesuai kondisi, evaluasi Kembali sesudah 30' dan persiapkan rujukan

□ Jika didapati 1 tanda zona kuning, maka evaluasi sesudah 30', dan lakukan Kembali penilaian, jika tetap atau memburuk → rujuk, jika membaik ke zona putih, lanjutkan ke paket ANC biasa

1

Pemeriksaan dan Tindakan	K1	K2	K3	K4	K5	K6
① Anamnesis Riwayat Medis Lengkap	✓	✗	✗	✗	✗	✗
② Anamnesis Catatan Kunjungan Sebelumnya	✗	✓	✓	✓	✓	✓
③ Anamnesis Keluhan selama Hamil	✗	✓	✓	✓	✓	✓

14 Faktor Risiko pada Ibu Hamil

1. Usia Ibu ≤ 16 tahun
2. Usia Ibu ≥ 35 tahun
3. Anak terkecil ≤ 2 tahun
4. Hamil pertama ≥ 4 tahun
5. Interval kehamilan >10 tahun
6. Persalinan ≥ 4 kali
7. Gemeli/ kehamilan ganda
8. Kelainan letak dan posisi janin
9. Kelainan besar janin
10. Riwayat obstetrik jelek (keguguran/ gagal kehamilan)
11. Komplikasi pada persalinan yang lalu (Riwayat vakum/forsep, Riwayat perdarahan pascapersalinan dan atau transfusi)
12. Riwayat bedah sesar
13. Hipertensi
14. Kehamilan > 40 minggu

Tujuan

- Menilai keseluruhan riwayat kesehatan ibu, riwayat kehamilan, riwayat obstetri, riwayat kontrasepsi dan riwayat sosial ekonomi,
- Memeriksa keluhan ibu selama kehamilan
- Menentukan jika ada faktor risiko yang harus diperhatikan serta
- Membuat perencanaan perawatan ibu hamil sesuai riwayat kesehatan

Metode

Anamnesis Ibu Hamil (gunakan **formulir anamnesis** ibu hamil jika diperlukan)

Pada Kunjungan 1 – seluruh riwayat ditanyakan secara lengkap

Pada kunjungan 2-6 - tanyakan keluhan utama ibu

Intepretasi dan tindaklanjut

- Ibu tidak memiliki faktor risiko kehamilan → Edukasi Kehamilan
- Ibu memiliki faktor risiko kehamilan → lakukan pemeriksaan lanjutan, rujuk untuk konsultasi (jika diperlukan)
- Ibu tidak memiliki keluhan selama kehamilan → Edukasi Kehamilan
- Ibu memiliki keluhan kehamilan → Tatalaksana kasus sesuai standar

Pemeriksaan dan Tindakan	K1	K2	K3	K4	K5	K6
1 Pemeriksaan fisik umum lengkap	✓	✗	✗	✗	✓	✗
2 Keadaan Umum	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 Tekanan Darah	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4 Berat Badan	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5 Lingkar Lengan Atas (LILA)	✓	✗	✗	✗	✗	✗
6 Tinggi Badan	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7 Suhu Tubuh	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8 Pernafasan	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9 Gejala anemia (pucat, nadi cepat)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10 Edema	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11 Tanda bahaya lain (sesak, perdarahan)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12 Pemeriksaan terkait permasalahan pada kunjungan sebelumnya	✗	✓	✓	✓	✓	✓

Tujuan

Memeriksa keseluruhan tanda-tanda pada fisik ibu hamil

Metode

Sesuai dengan hal yang diperiksa. Cara melakukan Pemeriksaan Fisik → Lampiran

Intepretasi dan Tindakanlanjut

- Ibu tidak memiliki faktor risiko kehamilan → Edukasi
- Ibu dengan faktor risiko kehamilan. → Tatalaksana sesuai faktor risiko di Puskesmas
- Ibu hamil dengan faktor risiko kehamilan yang tidak dapat ditangani di Puskesmas → Rujuk ke FKTL

Pemeriksaan dan Tindakan	K1	K2	K3	K4	K5	K6
1 Vulva/Perineum	✓	✗	✗	✗	✗	✗
2 Inspekulo	✓	✗	✗	✗	✗	✗
3 Tinggi fundus Uteri	✗	✓	✓	✓	✓	✓
4 Palpasi Leopold	✗	✓	✓	✓	✓	✓
5 Detak Jantung Janin	✗	✓	✓	✓	✓	✓

- Pemeriksaan Vulva /Perinium dilakukan untuk memeriksa adanya varises, kondiloma, edema, hemoroid atau kelainan lain
- Pemeriksaan dalam (inspekulo) untuk menilai Serviks, uterus, adneksa, kelenjar bartholin, kelenjar skene, uretra

- Tinggi Fundus uteri dilakukan dengan
 - Pita ukur
 - Palpasi abdomen manuver Leopold I-IV

Tinggi fundus uteri yang normal untuk usia kehamilan 20-36 minggu dapat diperkirakan dengan rumus **(usia kehamilan dalam minggu +2) cm**
- Dengar Denyut Jantung Janin (DJJ) menggunakan doppler atau fetoskop (untuk usia kehamilan >16 minggu)

Tujuan

Pemeriksaan obstetri pada ibu hamil adalah untuk menilai apakah ada kelainan di organ reproduksi yang dapat mengganggu kehamilan

Pengukuran tinggi fundus uteri dan mendengarkan denyut jantung janin bertujuan untuk memantau pertumbuhan janin

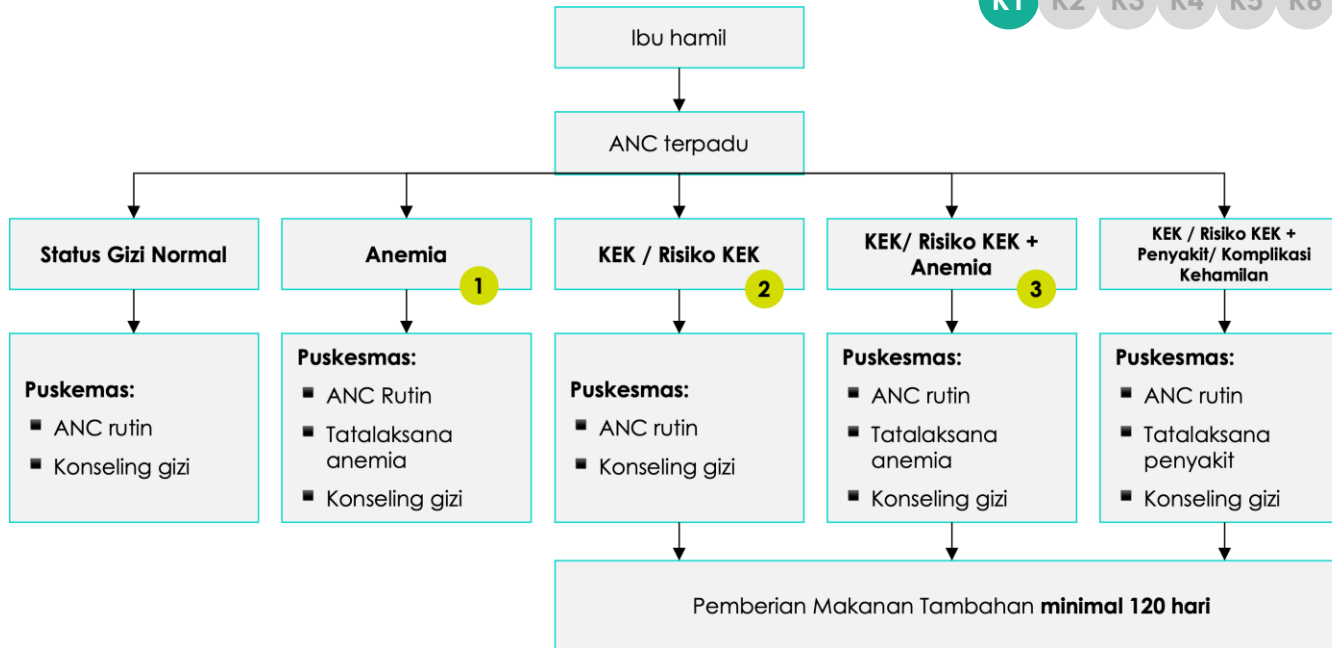
Metode

1. Inspeksi: pemeriksaan vulva/perineum menggunakan inspekulo
2. Palpasi: Manuver Leopold
3. Auskultasi DJJ : Doppler atau Fetoskop
4. Pengukuran Tinggi Fundus uteri dengan pita ukur

Intepretasi dan Tindakanlanjut

1. Tidak ada masalah pada ibu atau janin → Edukasi
2. Ada masalah pada ibu atau janin → Tatalaksana kasus sesuai dengan temuan → rujuk jika tidak dapat ditangani

Waktu Pemeriksaan



Dirujuk ke RS bila:

- Hb di bawah 10 gr/dl
- Bila tidak sesuai dengan tabel target penambahan BB selama kehamilan (**di bawah 1 kg/bulan (T1) atau di bawah 2 kg/bulan (T2, T3)**)

Metode Penilaian KEK

1. Penimbangan dan Pengukuran
 1. Berat Badan (K1-K6)
 2. Tinggi Badan (K1)
 3. Lingkar Lengan Atas (K1 dan K2-K6 jika LILA < 23,5 cm)
2. Penentuan Status Gizi dengan membandingkan Indeks Massa Tubuh (IMT) sesuai standar

Setiap ibu hamil harus mendapatkan ANC terpadu. Setiap ANC dilakukan penapisan untuk mendeteksi masalah pada ibu hamil.

- **Jika Anemia saja:** konseling gizi dan tatalaksana anemia
 - Anemia ringan (Hb 10 – 10,9 gr/dl): TTD 2 x 1/ hari sampai kadar Hb normal
 - Anemia sedang s.d berat (< 10 gr/dl) dirujuk ke RS
 - Pemantauan kadar Hb ibu hamil dengan anemia dilakukan setelah **3 bulan** tatalaksana
- **Jika KEK / Risiko KEK saja:** diberi MT disertai edukasi/konseling gizi
- **Jika KEK / Risiko KEK + Anemia:** diberi MT, konseling gizi dan tatalaksana anemia
- **Jika KEK / Risiko KEK + penyakit:** diberi MT, konseling gizi, tatalaksana penyakit penyerta atau **dirujuk**.

Jika ditemukan **kadar Hb <10 gr/dl** atau **kenaikan BB tidak sesuai usia kehamilan (di bawah 1 kg/bulan (T1) atau di bawah 2 kg/bulan (T2, T3),** maka harus **dirujuk**.

PMT bagi Ibu hamil KEK/Risiko KEK diberikan selama **minimal 120 hari**.

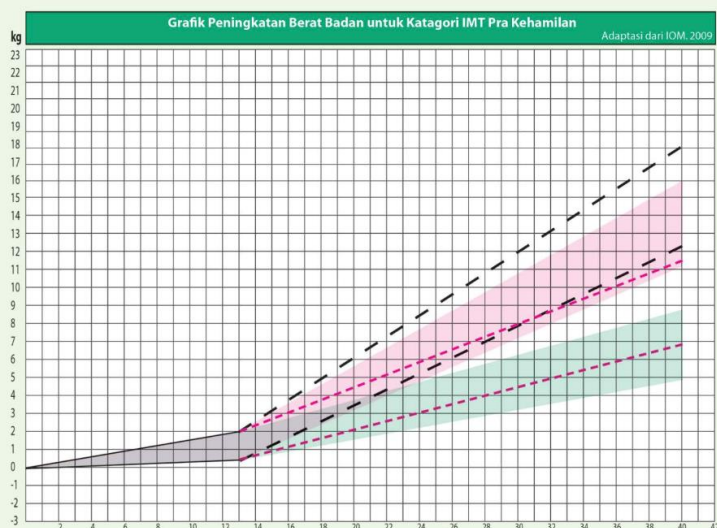
Waktu Pemeriksaan



Kenaikan berat badan ibu selama kehamilan dapat menjadi gambaran perkembangan janin dan kesehatan Ibu.

Catat kenaikan berat badan ibu selama kehamilan di buku KIA.

GRAFIK Peningkatan Berat Badan



MINGGU KEHAMILAN

Tanda	BB Pra-Kehamilan	IMT Pra-Kehamilan	Rekomendasi Peningkatan Berat Badan
		<18,5	12,5 - 18 kg
		10,5 - 24,9	11,5 - 16kg
		25,0 - 29,9	7 - 11,5 kg
		≥30	5 - 9 kg

Pertambahan BB selama kehamilan direkomendasikan sesuai IMT sebelum hamil

IMT ¹ sebelum hamil	Pertambahan BB pada Trimester 1	Pertambahan BB per minggu pada Trimester 2 dan 3	Pertambahan BB Total (Kehamilan Tunggal)	Pertambahan BB Total (Kehamilan Ganda)
Kurus (<18.5 kg/m ²)	1-3 kg	0.5 kg	12.5 – 18 kg	
Normal (18.5 – 24.9 kg/m ²)	1-3 kg	0.4 kg	11.5 – 16 kg	17-24 kg
Gemuk (25.0 – 29.9 kg/m ²)	1-3 kg	0.3 kg	7 – 11.5 kg	14-23 kg
Obesitas (>30.0 kg/m ²)	0.2-2 kg	0.2 kg	5 – 9 kg	11-19 kg

¹ IMT = Indeks Massa Tubuh

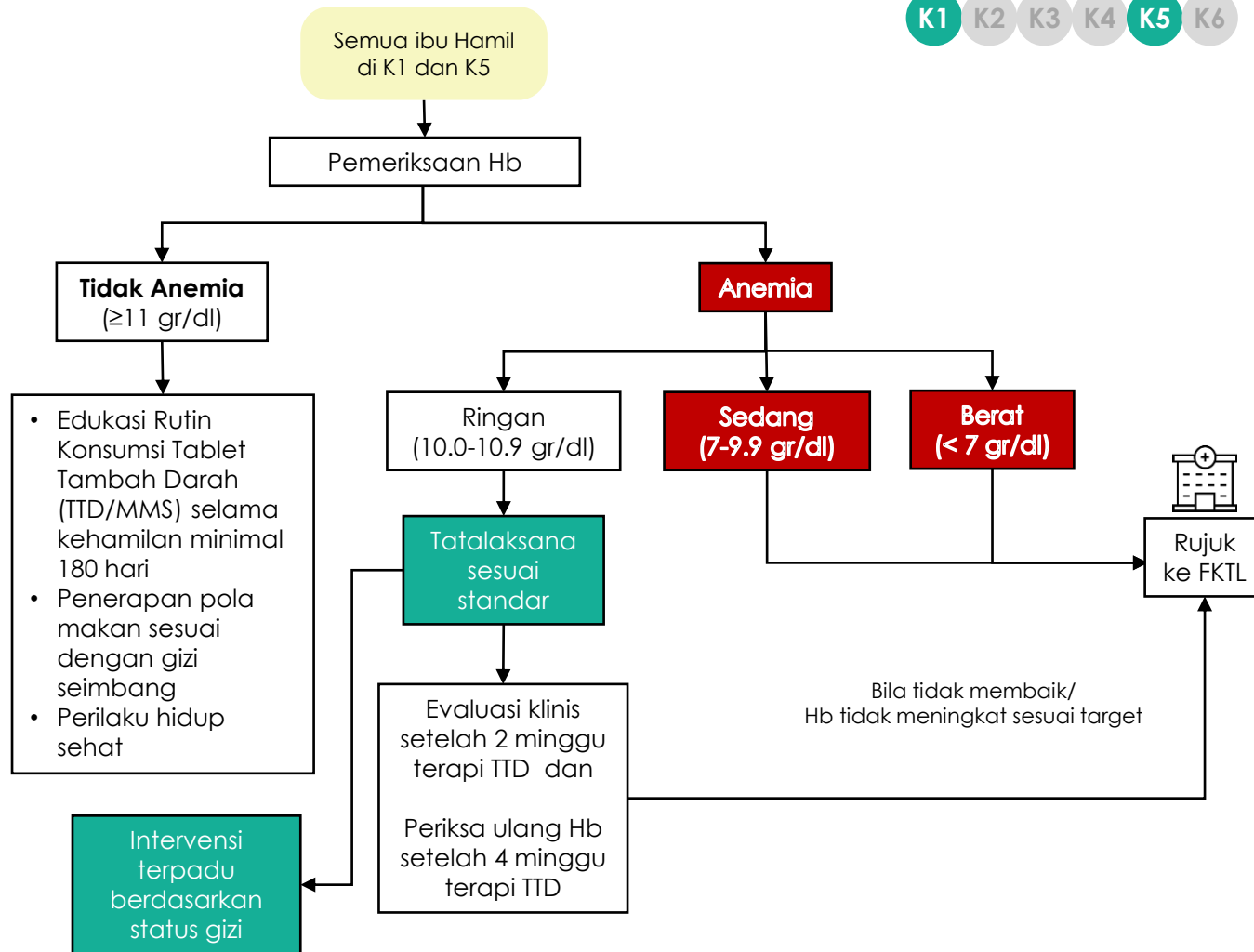
Rekomendasi kenaikan berat badan selama kehamilan (dibandingkan dengan sebelum hamil)

1. Kurus. : 12,5-18 kg
2. Normal. : 11,5-16 kg
3. Gemuk. : 7-11,5 kg
4. Obesitas. : 5-9 kg

Pemantauan berat badan selama kehamilan selama kehamilan dilakukan setiap kunjungan.

1. Jika berat badan normal tetapi **tidak mengalami peningkatan sesuai anjuran**, periksa penyebabnya. Mual muntah sering menjadi penyebab berat badan pada awal kehamilan tidak naik sesuai standar. Tatalaksana keluhan, berikan anjuran gizi seimbang bagi Ibu hamil dan
 2. **Jika berat badan naik** terlalu cepat → periksa keluhan atau tanda gejala lain, lakukan pemeriksaan penunjang yang sesuai.
- Berikan konseling Gizi pada kedua keadaan tersebut.

Waktu Pemeriksaan



Tujuan

Mengetahui status anemia ibu hamil

Sasaran

Seluruh Ibu hamil

Frekuensi Skrining

Sekurang-kurangnya 2x selama kehamilan yaitu **Trimester 1 (K1)** dan **Trimester 3 (K5)**

Metode

Pemeriksaan kadar hemoglobin dilakukan dengan *Hematology Analyzer*

Interpretasi dan Tindakanjuz:

1. Tidak Anemia → Edukasi Hamil Sehat
2. Anemia Ringan → Tatalaksana sesuai standar dan periksa ulang sesudah 2-4 minggu terapi TTD
3. Anemia Sedang → Rujuk ke FKTL
4. Anemia Berat → Rujuk ke FKTL

Waktu Pemeriksaan



1 Kebutuhan zat besi selama kehamilan meningkat karena digunakan untuk pembentukan sel dan jaringan baru termasuk jaringan otak pada janin.

2 Untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu Hamil edukasi hidup sehat dan pemberian tablet tambah darah diberikan kepada **semua** ibu hamil.

3 Pencegahan anemia dilakukan dilakukan secara terpadu dan komprehensif dengan edukasi dan pelayanan lain.

*MMS : Multi Mikronutrien Suplementasi

TTD/MMS bukan obat, sehingga tidak akan berdampak negatif. TTD/MMS tidak akan menyebabkan bayi menjadi terlalu besar, tekanan darah meningkat atau terlalu banyak darah.

Tujuan

Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil bertujuan untuk mencegah Anemia pada ibu hamil

Sasaran

Semua ibu hamil

Pemberian TTD Pencegahan Anemia

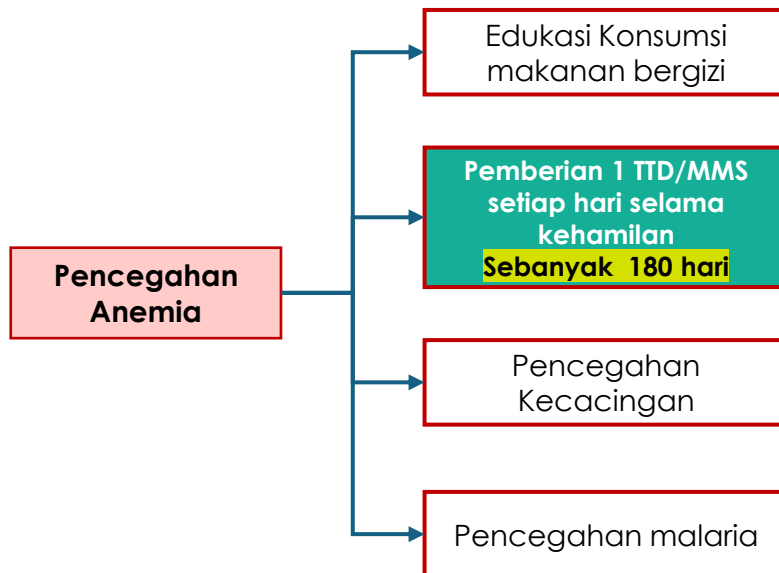
- Ibu Normal : 1x setiap hari selama selama kehamilan, minimal 180 hari
- Ibu Anemia : Pengobatan sesuai standar

Tunda pemberian

Jika ibu hamil sedang muntah mual berat. Segera berikan segera sesudah mual muntah mereda.

Berikan Edukasi

1. Makan TTD/MMS bersama makanan yang banyak mengandung vitamin C
2. Hindari makan TTD/MMS bersama teh, kopi, susu atau obat maag, tablet kalsium. Jika harus mengkonsumsi sebaiknya 2 jam sebelum atau sesudah TTD.

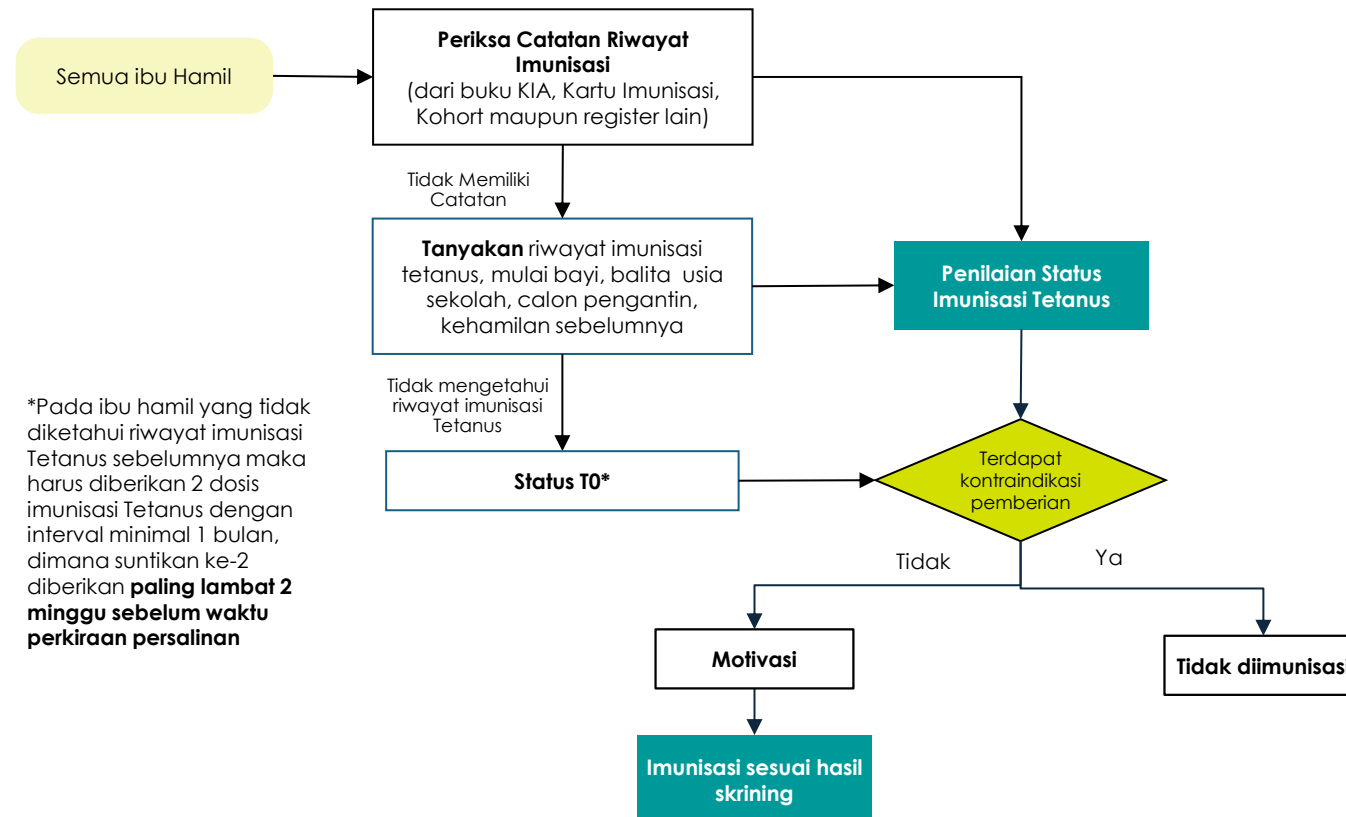


Tetanus neonatorum adalah infeksi bakteri yang serius dan berpotensi mematikan pada bayi baru lahir, yang disebabkan oleh bakteri Clostridium tetani.

Di Indonesia, kasus tetanus neonatorum masih terjadi, terutama di daerah-daerah dengan akses layanan kesehatan yang terbatas dan praktik persalinan yang tidak higienis.

Pemberian Imunisasi Tetanus pada ibu hamil berguna untuk memberi perlindungan kepada ibu dan janin terhadap infeksi Tetanus dan Differi

Alur Skrining Status Imunisasi dan pemberian Imunisasi Tetanus sebagai berikut:



Tujuan Penilaian Status Imunisasi Tetanus
Memeriksa status imunisasi Tetanus toxoid yang sudah diterima ibu sepanjang hidupnya dan memberikan imunisasi yang sesuai jika imunisasi tetanus yang didapat belum lengkap

Sasaran
Semua ibu hamil

Frekuensi pemberian
Sesuai dengan **penilaian status Imunisasi Tetanus** dan interval waktunya (dapat diberikan selama hamil dan hingga masa nifas)

Pemberian imunisasi Tetanus diberikan jika interval minimal sudah terpenuhi dan belum mencapai **status imunisasi T5**

Interpretasi
Status Imunisasi Tetanus lengkap/tidak lengkap

Ibu hamil yang tidak memiliki catatan dan tidak mengetahui riwayat imunisasinya, maka dianggap **T0**

Tindakanjutt
Memberikan imunisasi tetanus sesuai penilaian

Formulir Penilaian Status Imunisasi Tetanus

Riwayat Imunisasi Tetanus	Pernah/tidak mendapat imunisasi tetanus?	Kesimpulan status imunisasi
Riwayat saat bayi dan baduta <ul style="list-style-type: none"> 2 bulan 3 bulan 4 bulan 18 bulan Riwayat BIAS <ul style="list-style-type: none"> Kelas 1 SD Kelas 2 SD Kelas 3 SD Kelas 5 SD 	Ya/Tidak Ya/Tidak Ya/Tidak Ya/Tidak Ya/Tidak Ya/Tidak Ya/Tidak Ya/Tidak	T.. T.. T.. T.. T.. T.. T.. T..
Saat Calon pengantin (Catin) Imunisasi pertama Imunisasi kedua	Ya/Tidak Ya/Tidak	T.. T..
Saat Hamil Hamil anak pertama Hamil anak kedua Hamil anak ketiga Dst	Ya/Tidak Ya/Tidak Ya/Tidak	T.. T.. T..
Imunisasi Tetanus Tambahan contoh saat ORI/PIN/Kampanye	Ya/Tidak	T..
Penentuan Status Imunisasi berdasarkan total imunisasi yang sudah didapat sesuai dengan interval minimal		T..

Masa Perlindungan Imunisasi Tetanus

Status imunisasi	Interval pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	lebih dari 25 tahun

Berdasarkan rekomendasi *Strategic Advisory Group of Expert on Immunization (SAGE)* dan Komite Imunisasi Nasional (KIN) **imunisasi Tetanus aman** dan dapat diberikan pada wanita hamil **sepanjang usia kehamilan**

Catatan:

*Program BIAS kelas 1, 2 dan 5 mulai dilaksanakan tahun 2017, sebelumnya program BIAS untuk kelas 1,2,dan 3 SD

** Penentuan status imunisasi T berdasarkan umlah dan interval minimal pemberian pada saat hamil

Kesimpulan Penilaian Riwayat pemberian Imunisasi Tetanus

Penilaian Riwayat Pemberian Tetanus	Status Imunisasi Tetanus	Pemberian imunisasi Tetanus
Belum pernah mendapat imunisasi yang mengandung T sama sekali	T0	Diberikan imunisasi pada kunjungan K1, kemudian diberikan kembali dengan interval minimal 4 minggu dan 6 bulan
Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T satu kali	T1	Diberikan imunisasi pada kunjungan K1 apabila interval minimal pemberian 4 minggu sudah terpenuhi, kemudian diberikan kembali dengan interval 6 bulan
Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T dua kali dengan interval minimal 4 minggu	T2	Diberikan imunisasi pada kunjungan K1 atau pada kunjungan antenatal berikutnya apabila interval minimal pemberian 6 bulan sudah terpenuhi
Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T tiga kali dengan interval minimal yang sesuai	T3	Diberikan imunisasi apabila interval minimal pemberian 1 tahun sudah terpenuhi pada kunjungan K1 atau pada kunjungan antenatal berikutnya
Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T empat kali dengan interval yang sesuai	T4	Diberikan imunisasi apabila interval minimal pemberian 1 tahun sudah terpenuhi pada kunjungan K1 atau pada kunjungan antenatal berikutnya
Sudah mendapat imunisasi yang mengandung T sebanyak 5 kali dengan interval yang sesuai	T5	Tidak perlu diberikan imunisasi



Cara Pemberian Imunisasi:

- Pemberian suntikan Intramuskuler pada otot deltoid lengan atas
- Dosis vaksin adalah 0,5mL

Jangan berikan imunisasi jika Riwayat reaksi berat/serius terhadap imunisasi tetanus.

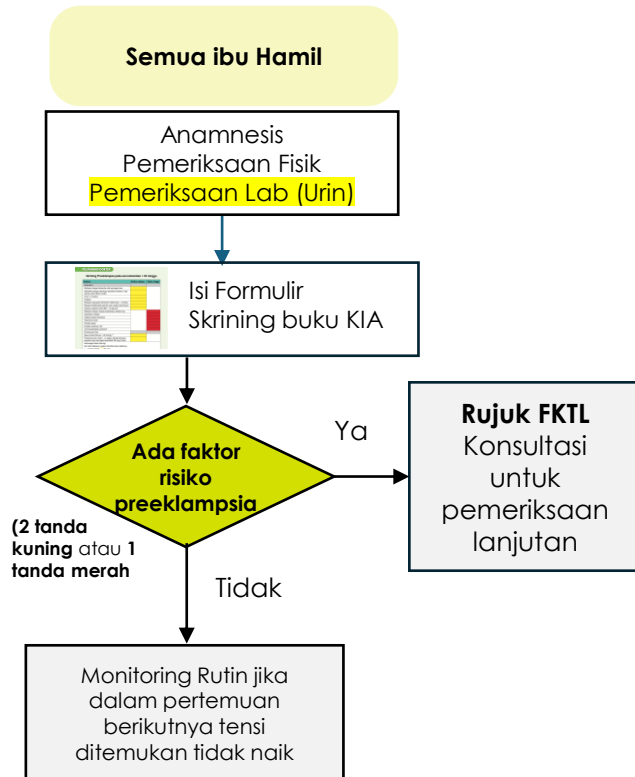
Tunda imunisasi jika memiliki Riwayat reaksi berat/serius terhadap imunisasi

Orang dengan HIV dan imunokompromais /imunodefisiensi tetap dapat diberikan imunisasi.

Preeklamsia adalah peningkatan tekanan darah dan kelebihan protein dalam urine yang terjadi setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu.

Preeklamsia berpotensi menyebabkan komplikasi serius sehingga perlu dideteksi sedini mungkin dan dievaluasi setiap kunjungan

Untuk kehamilan di bawah 20 minggu



Hipertensi pada kehamilan dapat terjadi sedini mungkin dan berkembang selama proses kehamilan, sehingga skrining preeklampsia harus dilakukan dengan **teliti** dalam setiap kunjungan ibu hamil

Ibu hamil yang memiliki faktor risiko preeklampsia, dan sudah mendapatkan pemeriksaan rujukan dan dapat melakukan ANC di Puskesmas,

Frekuensi ANC wajib dilakukan lebih sering.

Waktu Pemeriksaan



Tujuan

Mendeteksi sedini mungkin hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia dan eklampsia)

Sasaran

Seluruh ibu hamil

Frekuensi

Setiap kunjungan

Metode

1. Memeriksa tekanan darah termasuk **Mean Arterial Pressure (MAP)**
2. Membandingkan tekanan darah/MAP dengan standar
3. Menilai apakah ada faktor risiko lain dengan **formulir buku KIA** (untuk kehamilan dibawah 20minggu)

Interpretasi dan Tindaklanjut

- Pada kehamilan <20 minggu → jika ditemukan faktor risiko → rujuk konsultasi untuk pemeriksaan lebih mendalam → konsultasikan apakah ANC dapat dilakukan di Puskesmas
- Pada kehamilan >20 minggu → rujuk FKTL untuk ANC lanjutan di FKTL

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 ≥ 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 multipel		
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 prematur
 ** MAP= (2KD) ÷ 3

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan :

Bilamana ibu berisiko preeklampsia 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)

Kesimpulan:

Jumlah Faktor Risiko Sedang		
Jumlah Faktor Risiko Tinggi		

Risiko Sedang

Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru

Kehamilan bayi tabung atau obat induksi ovulasi

Umur ≥ 35 tahun

Nulipara (kehamilan pertama)

Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya >10 tahun

Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara kandung

Obesitas sebelum hamil (IMT >30 kg/m²)

Mean Arterial Pressure > 90 mmHg

Proteinuria (urin celup > +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)

Risiko Tinggi

Multipara dengan Riwayat preeklampsia sebelumnya

Kehamilan multiple

Diabetes dalam kehamilan

Hipertensi Kronik

Penyakit Ginjal

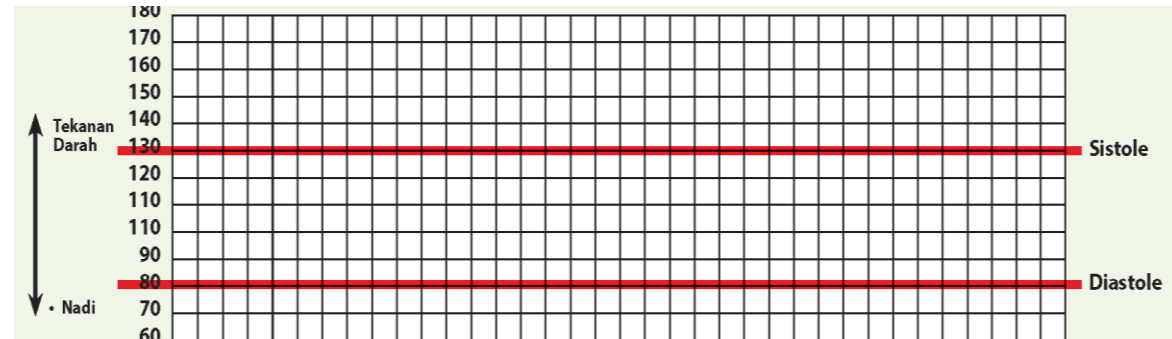
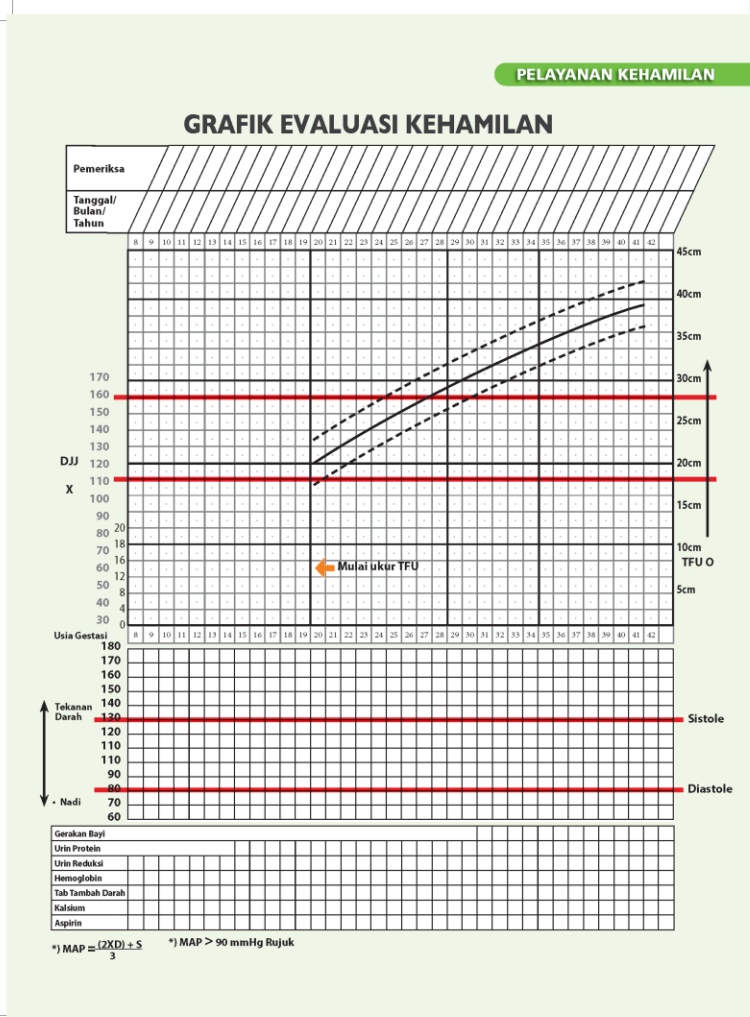
Penyakit Autoimun, SLE

Anti Phospholipid syndrome**

Intepretasi dan Tindaklanjut:

Temuan	Tindaklanjut
2 Faktor Risiko Sedang	Rujukan ke FKTL untuk pemeriksaan lanjut
1 Faktor Risiko Tinggi	Rujukan ke FKTL untuk pemeriksaan lanjut
1 Faktor Risiko Sedang	Pantau lebih sering, jika ada penambahan factor risiko, rujuk ke FKTL untuk pemeriksaan lanjut

Untuk kehamilan di atas 20 minggu



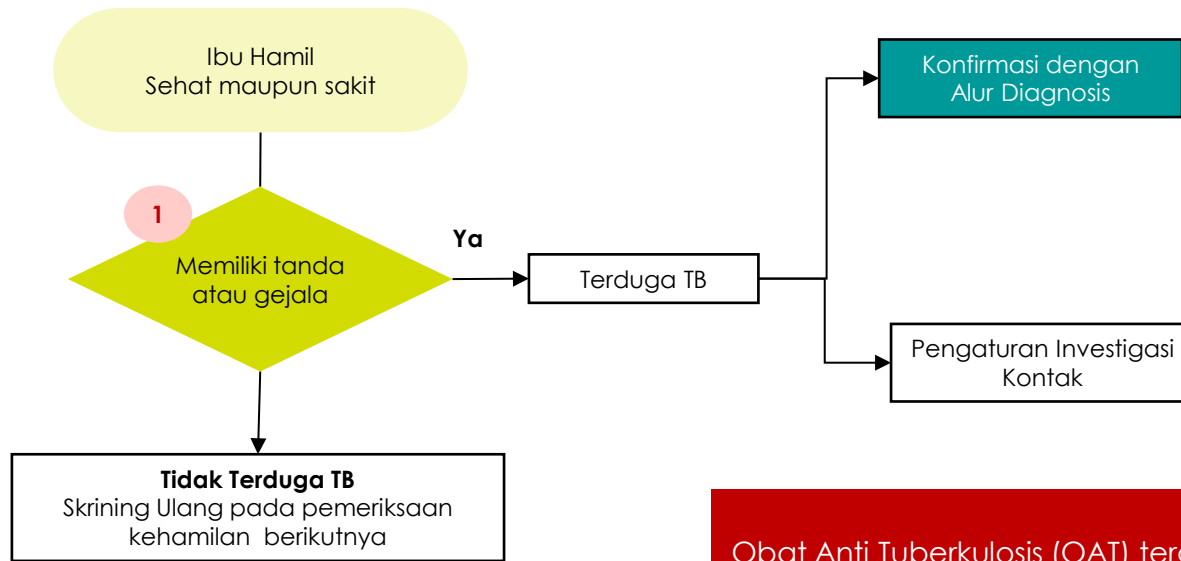
- Pemantauan tekanan darah dilakukan setiap ibu hamil berkunjung.
- Pemeriksaan tekanan darah perlu dilakukan dengan cermat dan hati-hati.
- Hipertensi dalam kehamilan perlu dideteksi sedini mungkin untuk mengurangi risiko bagi ibu dan bagi janin.
- Catat hasil pemeriksaan dalam Grafik Evaluasi Kehamilan di buku KIA.

Waktu Pemeriksaan

K1 K2 K3 K4 K5 K6

Tuberkulosis (TBC) adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

Ibu hamil dengan TBC aktif memiliki risiko ukuran janinnya lebih kecil, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), risiko perdarahan, bahkan risiko keguguran.



Obat Anti Tuberkulosis (OAT) tergolong aman digunakan ibu hamil. Dengan mengonsumsi OAT yang tepat, dapat mencegah dampak buruk pada ibu dan janinnya.

Tujuan

Mendeteksi infeksi TBC pada Ibu Hamil

Sasaran

Seluruh ibu hamil

Frekuensi

Setiap kunjungan

Metode

Anamnesis tanda/gejala dan faktor risiko di halaman berikutnya

Interpretasi dan Tindaklanjut

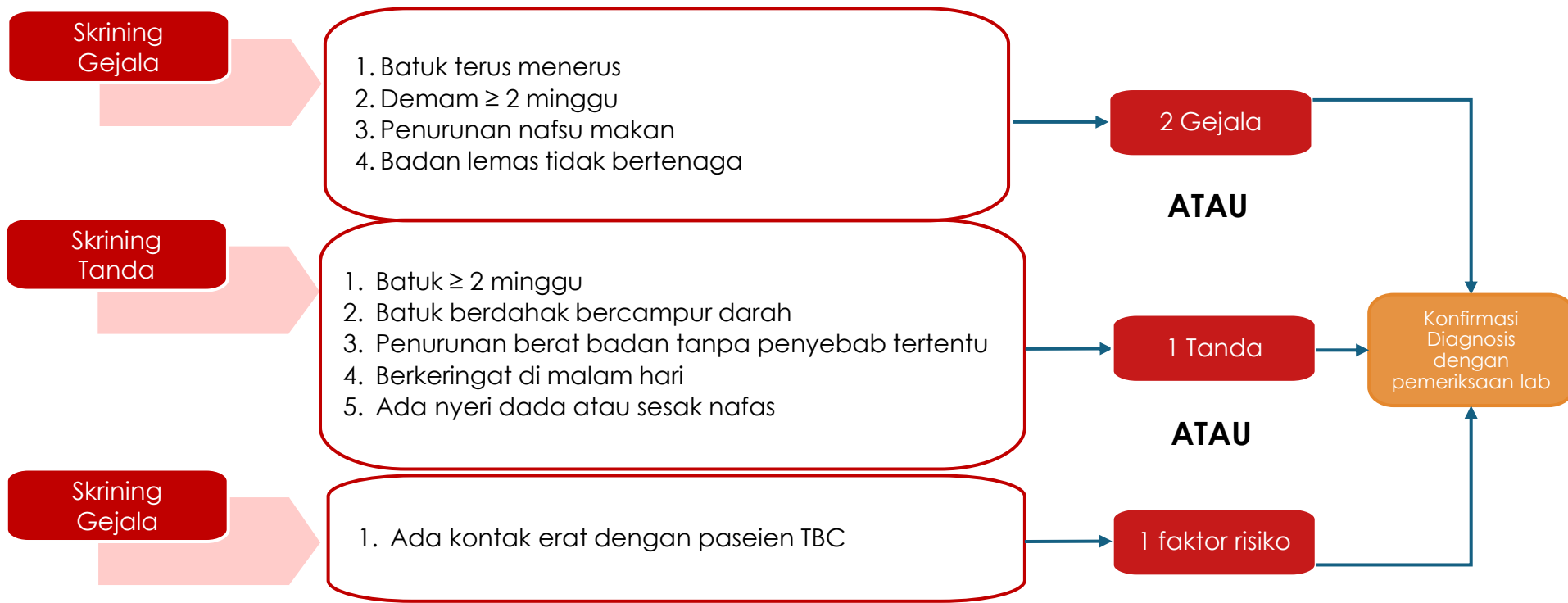
- Tidak terdapat 1 gejala/tanda → edukasi hidup sehat dan lakukan skrining ulang di pemeriksaan berikutnya.
- Terdapat 1 tanda/gejala atau faktor risiko → konfirmasi diagnosis sesuai dengan alur diagnosis.

Ibu hamil yang memiliki kontak erat serumah diberikan **Terapi Pencegahan TB (TPT)**

Waktu Pemeriksaan



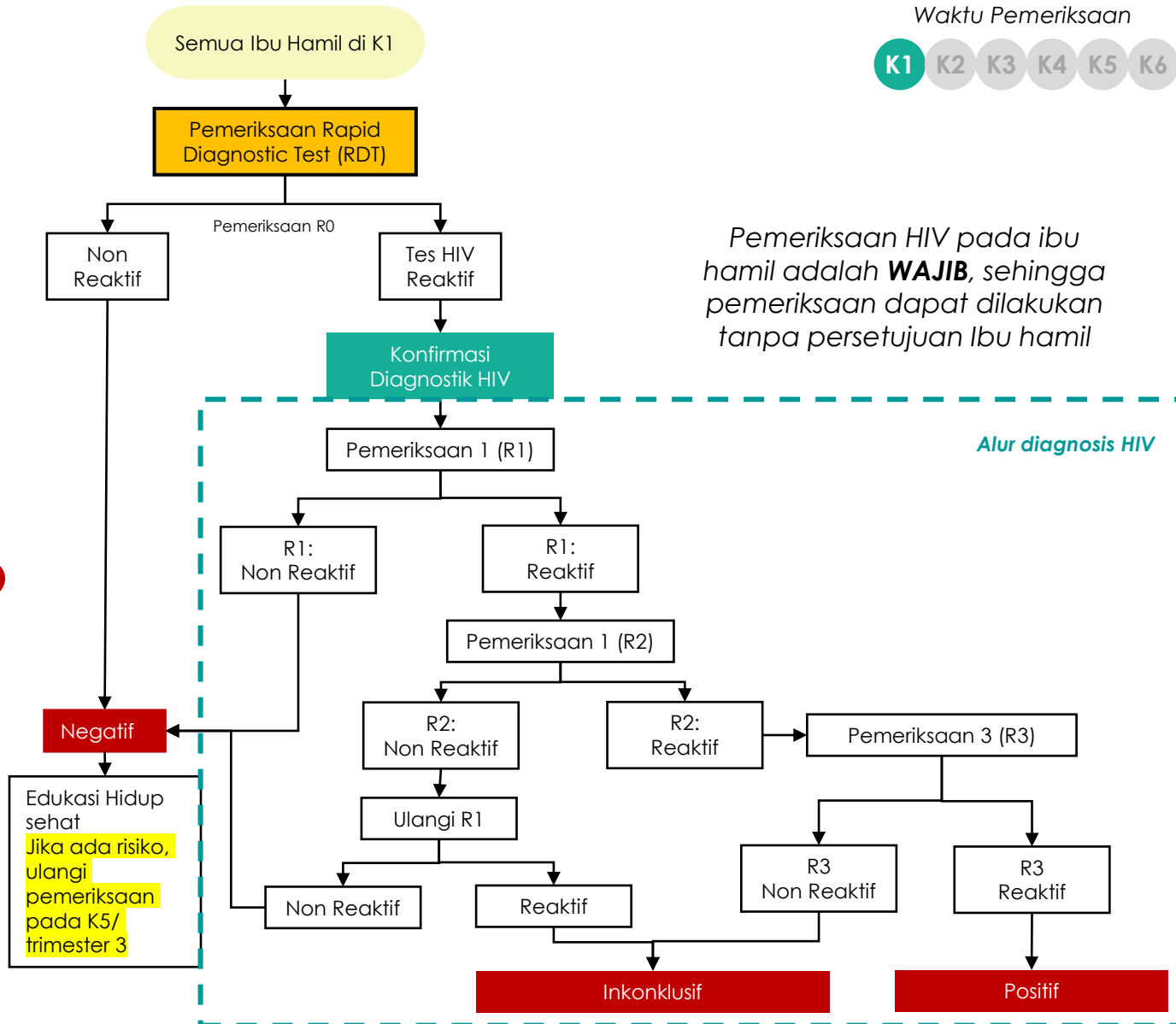
Pertanyaan Skrining Gejala Tuberkulosis adalah sebagai berikut:



Waktu Pemeriksaan



Pemeriksaan HIV pada ibu hamil adalah **WAJIB**, sehingga pemeriksaan dapat dilakukan tanpa persetujuan Ibu hamil



Tujuan

- Mendeteksi infeksi HIV pada ibu hamil
- Melakukan tatalaksana sedini mungkin dan
- Mencegah penularan dari ibu ke anak

Sasaran

Seluruh ibu hamil

Frekuensi

1x pada K1 dapat diulangi pada K5 jika ada faktor risiko

Metode

Rapid tes

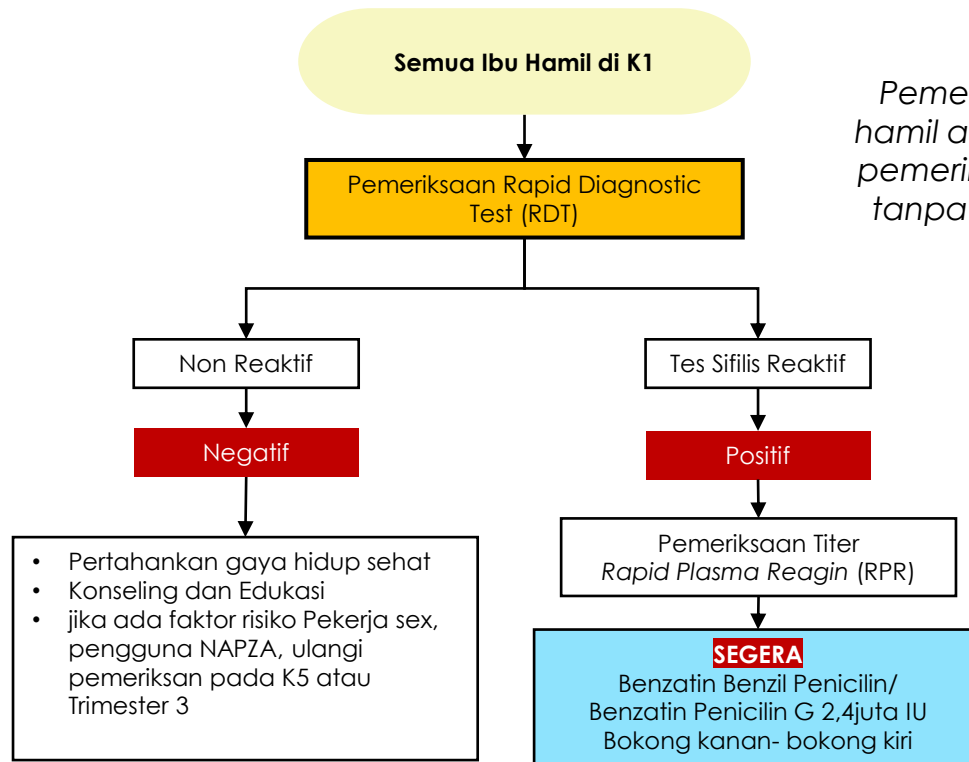
Interpretasi dan Tindakan lanjut

- HIV negatif → Edukasi dan ulangi pemeriksaan pada Trimester 3 jika ibu hamil berisiko
- HIV Inkonklusif → Periksa ulang 14 hari kemudian
- HIV Positif →
 - Langsung berikan terapi tanpa penundaan,
 - ulang pemeriksaan viral load HIV 4 minggu sebelum persalinan untuk menentukan tempat persalinan dan lakukan pemeriksaan kepada pasangan.
 - Lakukan skrining TBC.

Waktu Pemeriksaan



Pemeriksaan Sifilis pada ibu hamil adalah **WAJIB**, sehingga pemeriksaan dapat dilakukan tanpa persetujuan Ibu hamil



Tujuan

- Mendeteksi infeksi Sifilis pada ibu hamil
- Melakukan tatalaksana sedini mungkin dan
- Mencegah penularan dari ibu ke anak

Sasaran

Seluruh ibu hamil

Frekuensi

1x pada K1 dapat diulangi pada K5 atau Trimester 3 jika ada faktor risiko

Metode

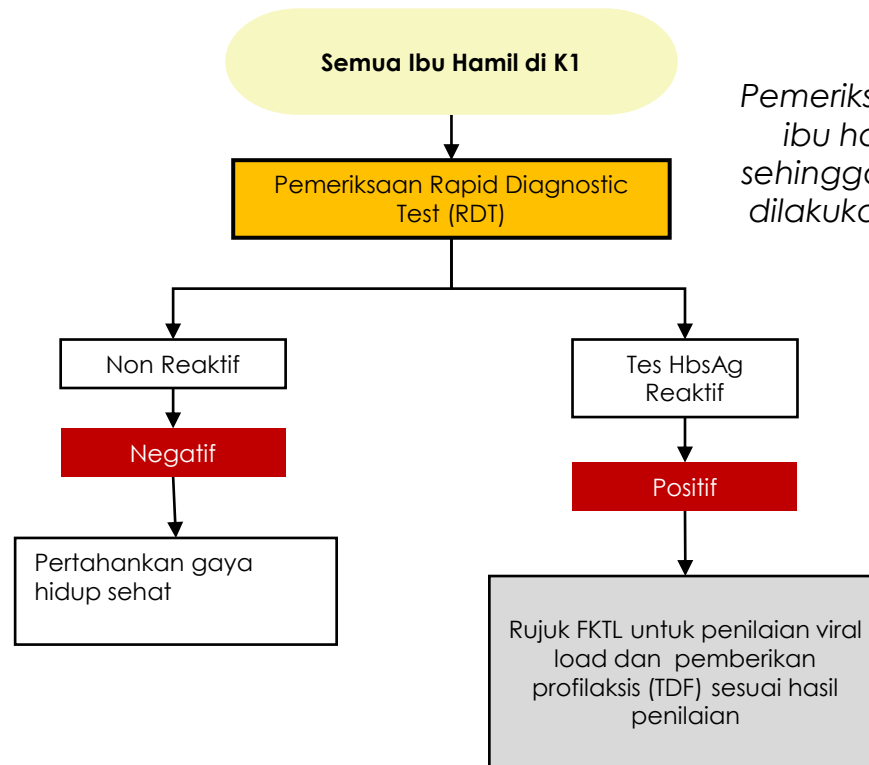
Rapid tes

Interpretasi dan Tindakan lanjut

- Non Reaktif → Negatif → Konseling dan edukasi, ulangi jika diperlukan
- Reaktif → Positif →
 - Tatalaksana sesuai standar
 - Rujuk ke FKTL jika diperlukan (bisa sesudah bersalin)

Waktu Pemeriksaan

K1 K2 K3 K4 K5 K6



Pemeriksaan Hepatitis B pada ibu hamil adalah **WAJIB**, sehingga pemeriksaan dapat dilakukan tanpa persetujuan ibu hamil

Tujuan

- Mendeteksi infeksi Hepatitis B pada ibu hamil
- Melakukan tatalaksana sedini mungkin dan
- Mencegah penularan dari ibu ke anak

Sasaran

Seluruh ibu hamil

Frekuensi

1x pada K1

Metode

Rapid tes

Interpretasi dan Tindakan lanjut

- Non Reaktif → Negatif → Konseling dan edukasi.
- Reaktif → Positif →
 - Tatalaksana sesuai standar
 - Rujuk ke FKTL jika diperlukan (bisa sesudah bersalin)

Waktu Pemeriksaan



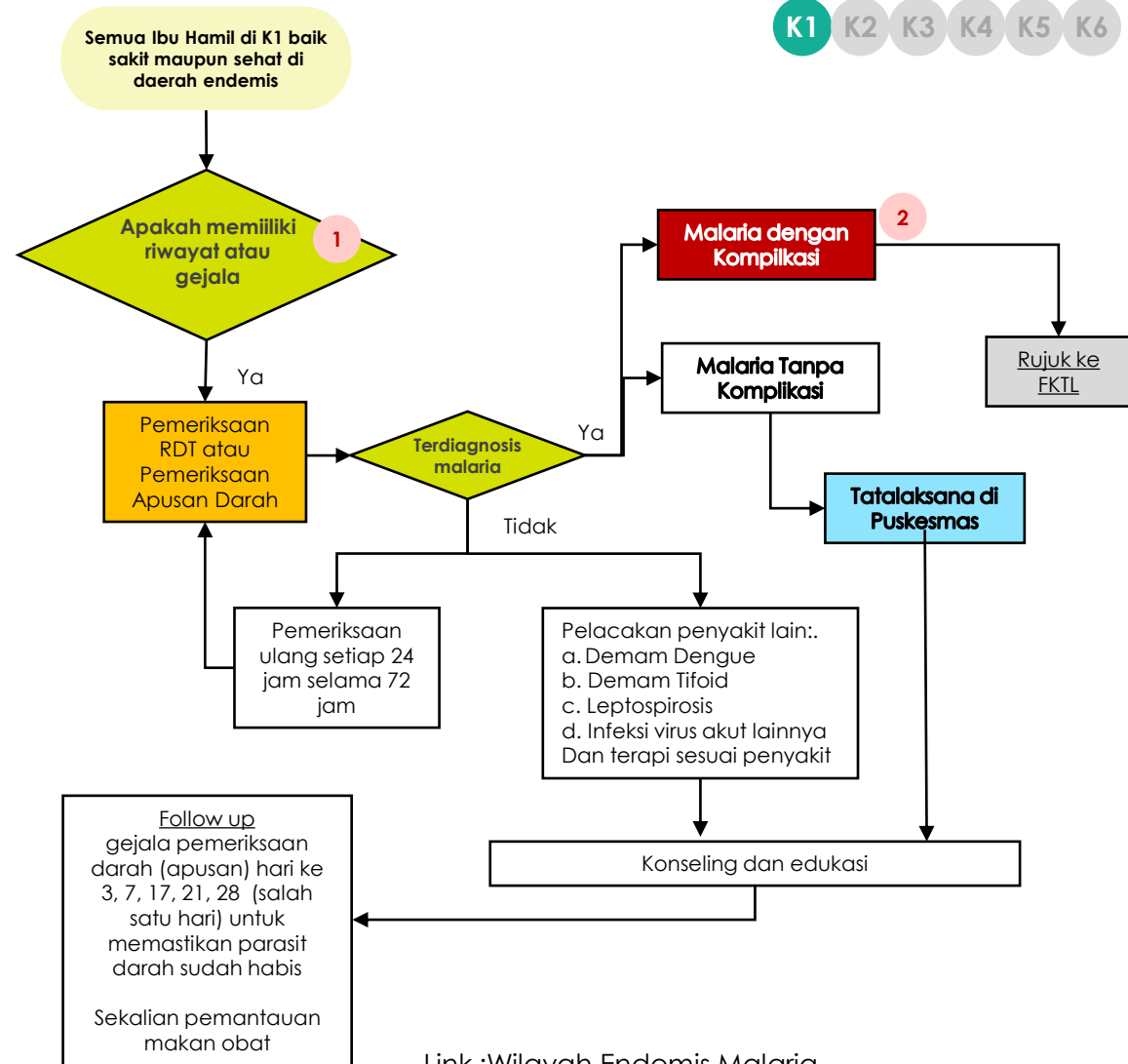
Periksa Darah Jika

1. Mengalami salah satu **gejala** (panas – menggigil – berkeringat atau sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nafsu makan menurun, sakit perut, mual muntah, dan diare. Terasa lemah dan sulit beraktivitas **DISERTAI**)
2. Riwayat bepergian ke tempat endemis malaria 2-4 minggu terakhir DAN ATAU
3. Riwayat pernah sakit malaria 3-6 bulan sebelumnya DAN ATAU
4. Riwayat pernah makan obat malaria DAN ATAU
5. Riwayat pernah transfusi darah

Diperkuat Pemeriksaan Fisik :

- Konjungtiva anemis, sklera ikterik, bibir sianosis, dan pada malaria serebral dapat ditemukan kaku kuduk.
- Terlihat pernapasan cepat.
- Teraba pembesaran hepar dan limpa, dapat juga ditemukan asites.
- Bisa ditemukan urin berwarna coklat kehitaman, oligouri atau anuria.
- Akral teraba dingin merupakan tanda-tanda menuju syok.

Semua ibu hamil di wilayah endemis malaria akan mendapatkan kelambu berinsektisida



Link :Wilayah Endemis Malaria

Malaria dengan Komplikasi

- 1) Malaria serebral
- 2) Anemia berat
- 3) Gagal ginjal akut
- 4) Edema paru atau ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)
- 5) Hipoglikemia
- 6) Gagal sirkulasi atau syok
- 7) Perdarahan spontan dari hidung, gusi, alat pencernaan dan atau disertai kelainan laboratorik adanya gangguan koagulasi intravaskular.
- 8) Kejang berulang > 2 kali per 24 jam pendidngan pada hipertermia.
- 9) Asidemia (pH darah <7.25) atau asidosis (biknat plasma < 15 mmol/L).
- 10) Makroskopik hemoglobinuria karena infeksi malaria akut.

Malaria berat

Manifestasi malaria berat dapat disertai berupa penurunan kesadaran, demam tinggi, ikterik, oliguria, urin berwarna coklat kehitaman (*black water fever*), kejang dan sangat lemah (*prostration*).

Skrining malaria bertujuan untuk mendeteksi adanya gejala malaria pada Ibu hamil

Sasaran

Semua ibu hamil (untuk wilayah endemis)

Frekuensi:

1x di kunjungan K1 dan setiap kali kunjungan sakit ibu hamil

Alat Skrining:

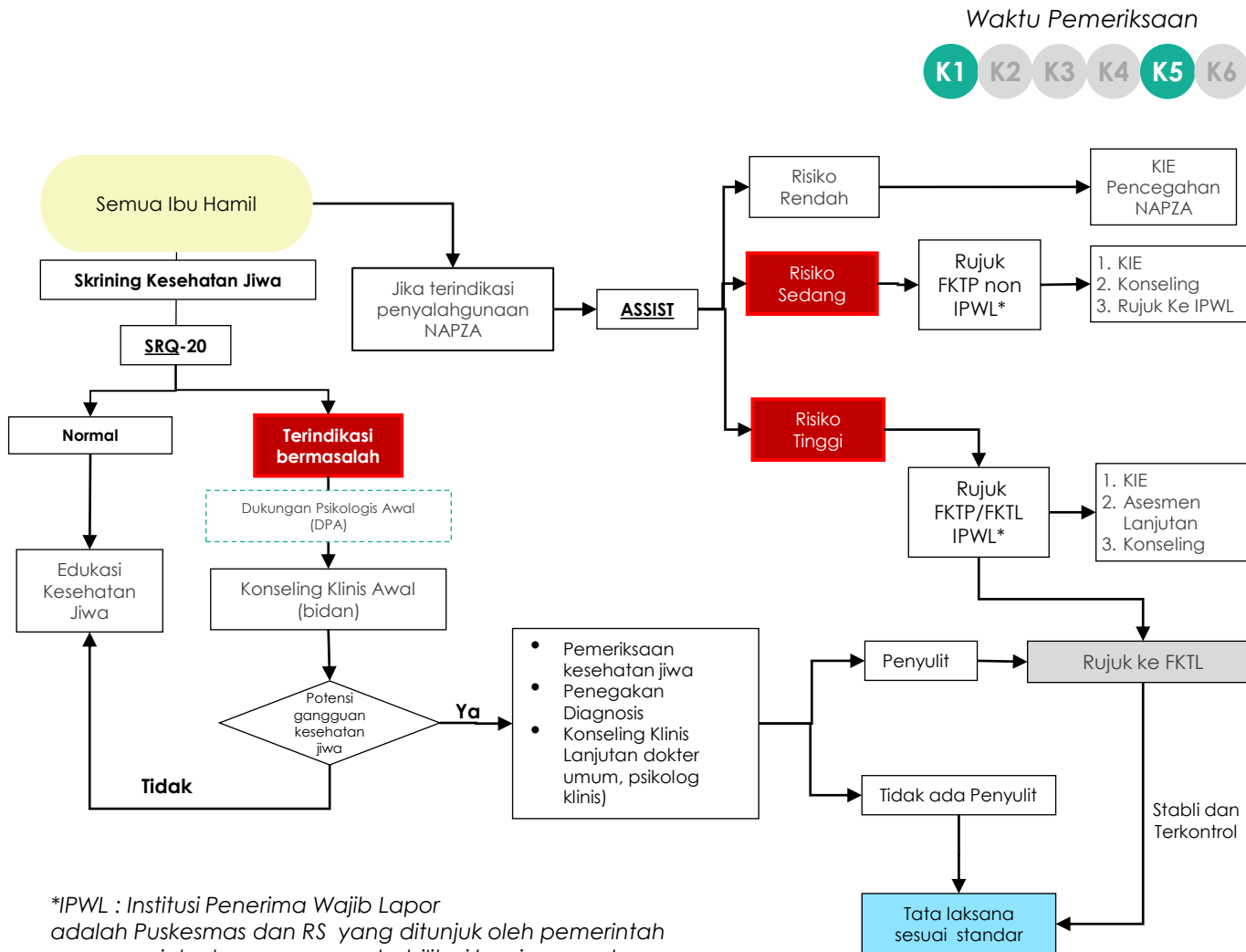
Anamnesa dengan pertanyaan gejala dan tanda

Penegakan diagnosis

Pemeriksaan darah (Rapid tes) dan apusan darah tepi.

Rujuk jika:

1. Terkonfirmasi positif dengan rapid tes, tetapi Puskesmas tidak memiliki pemeriksaan apusan darah tepi
2. Malaria berat atau malaria dengan komplikasi



*IPWL : Institusi Penerima Wajib Laporan adalah Puskesmas dan RS yang ditunjuk oleh pemerintah yang menjalankan program rehabilitasi bagi pecandu, penyalahguna dan korban penyalahgunaan narkoba/NAPZA.

*SRQ : Self Report Questionnaire

*ASSIT :Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).

Tujuan

Mendeteksi tanda-tanda awal atau risiko masalah kesehatan jiwa pada ibu hamil

Sasaran

Semua ibu hamil

Frekuensi

2x selama kehamilan pada K1 dan K5 dan jika ada indikasi

Metode

Menggunakan Formulir Skrining SRQ-20 Ibu hamil di bawah 18 tahun tetap menggunakan formulir SRQ-20

Syarat penggunaan SRQ-20

- Menanyakan keadaan yang dirasakan ibu hamil dalam **30 hari terakhir**
- Merupakan penilaian pribadi (*self reporting*) → bukan wawancara oleh nakes.

Interpretasi dan Tindakanlanjut

- Normal → Edukasi kesehatan jiwa.
- Terindikasi bermasalah → konseling, pemeriksaan kesehatan jiwa

ASSIST hanya dilakukan oleh nakes yang sudah terlatih.

Self-Reporting Questionnaire-20

Nama:
Tanggal Lahir/Usia: **Laki-Laki/Perempuan**
Alamat:.....
No. Telp:.....

Waktu Pemeriksaan



Petunjuk: Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda **selama 30 hari terakhir**. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu **Anda alami** dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom **Y (berarti Ya)**. Sebaliknya, Apabila Anda menganggap pertanyaan itu **tidak Anda alami** dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom **T (Tidak)**. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Y dan T. Kami tegaskan bahwa jawaban Anda bersifat rahasia dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

NO	Pertanyaan	Y	T
1	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?		
2	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		
3	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?		
4	Apakah Anda mudah merasa takut?		
5	Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir?		
6	Apakah tangan Anda gemetar?		
7	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		
8	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?		
9	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		
10	Apakah Anda lebih sering menangis?		
11	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?		
12	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan?		
13	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?		
14	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?		
15	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?		
16	Apakah Anda merasa tidak berharga?		
17	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?		
18	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?		
19	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?		
20	Apakah Anda mudah lelah?		

Interpretasi Hasil Kuesioner SRQ-20 dan Intervensi

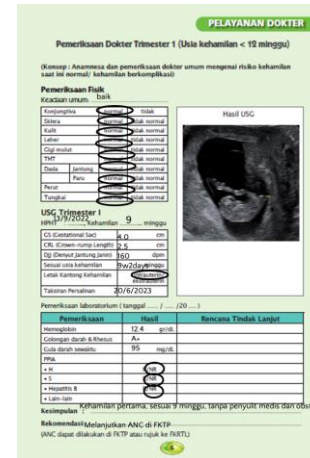
Skor	Interpretasi	Intervensi
<6	Normal	Edukasi untuk memelihara dan meningkatkan Kesehatan jiwanya dengan cara KAP (Komunikasi Antar Pribadi). Materi edukasi kesehatan jiwa yang diberikan merujuk pada Juknis GME dan Depresi atau Pedoman Skrining Kesehatan Jiwa.
≥6	Abnormal (Berpotensi mengalami masalah kesehatan jiwa)	KAP kesehatan jiwa, prevensi gangguan jiwa, dan/atau dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan lanjutan dalam bentuk wawancara psikiatrik oleh dokter dan/atau psikologi klinis untuk menentukan adanya gangguan jiwa, dan/atau rujuk ke RS/RSJ jika diperlukan
<6 namun pertanyaan nomor 17 diisi "Ya"		

Waktu Pemeriksaan



K1 (Trimester 1)	K5 (Trimester 3)
Tujuan Pemeriksaan	
Hamil atau Tidak Hamil	Jumlah Janin
Umur Kehamilan berdasarkan USG	Menghitung denyut jantung janin
Apakah janin Intrauterin/ Ekstrauterin	Presentasi Janin
Apakah janin hidup atau meninggal	Taksiran Berat Janin
Jumlah Janin	Jumlah cairan Amnion
Menghitung denyut jantung janin	Lokasi Plasenta serta ada tidaknya Solusio Plasenta
Menentukan Presentasi Janin	
Ukuran Biometri Janin (Gestastional Sac, Crown-rump Length)	Ukuran Biometri Janin : Biparietal Diameter (BPD), Head Circumferential (HC), Abdominal Circumferential (AC), Femor Length (FL)
Taksiran Tanggal Persalinan berdasarkan USG	

Dokter berhak tidak memberitahukan jenis kelamin janin dalam pemeriksaan USG Obstetretri terbatas di Puskesmas



Pencatatan hasil USG dilakukan di buku KIA

Tujuan

Untuk mengetahui perkembangan janin dan mendeteksi kecacatan janin

Sasaran

Semua ibu hamil

Waktu pemeriksaan

2x selama kehamilan yaitu pada K1 dan K5

Pemeriksa

Dokter

Pemeriksaan USG harus mengikuti ketentuan etik dan legal.

Pencatatan

Hasil USG dicatat dalam buku KIA

Situasi	Alasan Rujuk
Hamil/tidak	Tes kehamilan (+) tetapi tidak ditemukan produk kehamilan
Jumlah Janin	Lebih dari satu
Intra/Ekstrauterin	Ditemukan kantung kehamilan dan atau janin ekstrauterin
Janin hidup/meninggal	Janin meninggal
Denyut Jantung Janin	<100 x/menit atau >180x /menit
Presentasi Janin	Bukan kepala pada trimester 3
Biometri Janin	Tidak sesuai umur kehamilan
Taksiran Berat Janin	Tidak sesuai umur kehamilan
Umur kehamilan (berdasarkan USG)	Berbeda >4 minggu dibanding hitungan

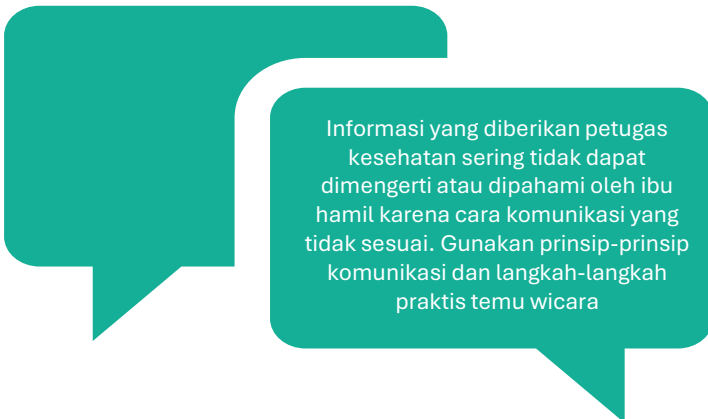


Prinsip Komunikasi dan Langkah Temu Wicara Kehamilan

Temu wicara dapat dilakukan untuk memberikan **dukungan psikososial** kepada ibu hamil serta memberikan **edukasi**.

Dalam melakukan temu wicara, gunakan **prinsip-prinsip komunikasi** sebagai berikut:

- ▶ Buat ibu merasa nyaman dan diterima dengan baik
- ▶ Sapa ibu dengan nama
- ▶ Bersikap ramah, menghargai dan tidak menghakimi
- ▶ Gunakan bahasa yang sederhana
- ▶ Minta persetujuan jika perlu melakukan prosedur
- ▶ Jika berbicara hal yang sensitif dan pribadi, gunakan ruang yang tenang dan tidak ada yang mendengar pembicaraan
- ▶ Buat catatan temu wicara dan batasi akses kepada dokumen



Informasi yang diberikan petugas kesehatan sering tidak dapat dimengerti atau dipahami oleh ibu hamil karena cara komunikasi yang tidak sesuai. Gunakan prinsip-prinsip komunikasi dan langkah-langkah praktis temu wicara

Waktu Pemeriksaan

K1 K2 K3 K4 K5 K6

Langkah-langkah Konseling Temu Wicara

1. Lakukan Penilaian dengan bertanya
 - ▶ Gunakan komunikasi non-verbal
 - ▶ Ajukan pertanyaan terbuka.
 - ▶ Gunakan respon dan isyarat yang menunjukkan ketertarikan.
 - ▶ Luangkan waktu untuk mendengarkan keluhan ibu
 - ▶ Ulangi kembali apa yang dikatakan ibu/pengasuh.
 - ▶ Hindari penggunaan kata-kata yang menghakimi.
2. Menganalisa
 - ▶ Analisa apa masalah yang harus diselesaikan
 - ▶ Susun prioritas solusi
 - ▶ Minta Ibu untuk memberikan analisa situasinya sendiri dan kemungkinan solusi
3. Melakukan rencana aksi
 - ▶ Berikan pujian
 - ▶ Berikan sedikit informasi yang relevan.
 - ▶ Gunakan bahasa yang sederhana.
 - ▶ Gunakan media komunikasi yang tepat.
 - ▶ Berikan satu atau dua saran, bukan perintah.
 - ▶ Minta ibu ulangi saran yang akan ditindaklanjuti

Waktu Pemeriksaan

K1 K2 K3 K4 K5 K6

Materi Edukasi Ibu Hamil

Contoh materi komunikasi yang dapat diberikan kepada ibu hamil lewat **temu wicara atau penyuluhan kelompok**. Materi edukasi **lain dapat ditambahkan sesuai dengan situasi dan indikasi** yang ditemukan saat pemeriksaan kehamilan.

Trimester I

1. Tanda-tanda kehamilan normal
2. Perawatan kehamilan
3. Pemantauan Mandiri ibu hamil
4. Penggunaan buku KIA
5. Tanda Bahaya Kehamilan
6. Keluhan-keluhan umum kehamilan
7. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
8. Asupan Gizi Seimbang
9. Peran suami dan keluarga
10. Peningkatan kesehatan intelegensia bayi
11. Kesehatan jiwa Ibu hamil
12. Kelas Ibu Hamil

Trimester II

1. Perawatan kehamilan
2. Tanda Bahaya Kehamilan
3. Keluhan-keluhan umum kehamilan
4. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
5. Asupan Gizi Seimbang
6. Kelas Ibu Hamil
7. IMD dan Pemberian ASI Eksklusif
8. KB Paska Persalinan
9. Bahaya praktik pemotongan dan/atau pelukaan genitalia perempuan
10. Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi

Trimester III

1. Perawatan kehamilan
2. Tanda Bahaya Kehamilan
3. Tanda persalinan
4. Tanda bahaya persalinan
5. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
6. Asupan Gizi Seimbang
7. IMD dan Pemberian ASI Eksklusif
8. KB Paska Persalinan
9. Bahaya praktik pemotongan dan/atau pelukaan genitalia perempuan
10. Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi
11. Perawatan Bayi Baru Lahir

Edukasi Gaya Hidup Sehat

IBU HAMIL

Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik

- Ibu hamil yang sehat dapat melakukan aktivitas fisik sehari-hari dengan memperhatikan kondisi Ibu dan keamanan janin yang dikandungnya.
- Suami membantu istrinya yang sedang hamil untuk melakukan pekerjaan sehari-hari.
- Aktivitas fisik dilakukan 30 menit dengan intensitas ringan sampai sedang dan menghindari gerakan-gerakan yang membahayakan seperti mengangkat benda-benda berat, jongkok lebih dari 90 derajat, mengejan
- Mengikuti senam ibu hamil sesuai anjuran petugas kesehatan

Manfaat aktivitas fisik dan latihan fisik bagi Ibu hamil:



Jenis latihan fisik yang diperbolehkan menurut usia kehamilan:

- Trimester 1 (0-12 minggu): pemanasan/ + stretching, aerobic, kegel exercise, pendinginan/ + stretching
- Trimester 2 (13-28 minggu): pemanasan/ + stretching, aerobic, kegel exercise, senam hamil, pendinginan/ + stretching
- Trimester 3 (29-40 minggu): pemanasan/ + stretching, kegel exercise, senam hamil, pendinginan/ + stretching



IBU HAMIL

PERAWATAN SEHARI-HARI IBU HAMIL

- Makan beragam makanan secara proporsional sesuai hal 20.**
 Minum TTD (Tablet Tambah Darah) satu tablet setiap hari selama kehamilannya. 
- Istirahat yang cukup:**
 • Tidur malam sedikitnya 6 - 7 jam
 • Siang hari usahakan tidur atau berbaring telentang 1 - 2 jam 
- Menjaga kebersihan diri:**
 • Cuci tangan dengan sabun dan menggunakan air bersih mengalir 
 • Mandi dan gosok gigi 2 kali sehari 
 • Keramas / cuci rambut 2 hari sekali
 • Jaga kebersihan payudara dan daerah kemaluan
 • Ganti pakaian dan pakaian dalam setiap hari 
 • Periksa gigi
- Bersama suami lakukan stimulasi janin** dengan cara, sering berbicara dengan janin, dan sering lakukan sentuhan pada perut ibu

- Hubungan suami istri selama hamil boleh dilakukan, selama kehamilan sehat.**

Gaya Hidup Selama Kehamilan

YANG HARUS DIHINDARI IBU SELAMA HAMIL



Kerja berat

Tidur terlentang > 10 menit pada masa hamil tua untuk menghindari kekurangan oksigen pada janin



Merokok atau terpapar asap rokok



Ibu hamil minum obat tanpa resep dokter



Minum minuman beralkohol dan jamu

Stress berlebihan



Tanyakan kepada Bidan/Perawat/Dokter untuk penjelasan lebih lanjut terkait kehamilan

Edukasi Gizi Seimbang

1. **Menganjurkan untuk mengonsumsi aneka ragam pangan dengan proporsi yang seimbang dalam jumlah yang cukup tidak berlebihan dan dilakukan secara teratur.** Contoh: Nasi, sayuran, buah-buahan, ikan
2. **Menganjurkan untuk membiasakan perilaku hidup bersih.** Karena seseorang yang menderita penyakit infeksi akan mengalami penurunan nafsu makan sehingga jumlah dan zat gizi yang masuk ke tubuh berkurang. **Contoh : 1)** selalu mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum makan, sebelum memberikan ASI, sebelum menyiapkan makanan dan minuman, dan setelah buang air besar dan kecil. **2)** menutup makanan yang disajikan. **3)** selalu menutup mulut dan hidung bila bersin. **4)** selalu menggunakan alas kaki agar terhindar dari penyakit kecacingan.
3. **Melakukan aktivitas fisik.** Aktifitas fisik akan memperlancar sistem metabolisme zat gizi.
4. **Memantau berat badan (BB) secara teratur untuk mempertahankan berat badan normal.**

Gizi Ibu hamil

Ibu hamil membutuhkan zat gizi yang lebih banyak dibandingkan dengan keadaan tidak hamil.

Anjurkan kepada ibu selama masa kehamilan untuk menambah jumlah dan jenis makanan yang dimakan, mengonsumsi anekaragam pangan secara seimbang dengan jumlah dan proporsinya tetap diterapkan.

Gizi Seimbang Ibu Menyusui

Anjurkan ibu menyusui untuk mengonsumsi anekaragam pangan dan seimbang dalam jumlah dan proporsinya.



SEPULUH PEDOMAN GIZI SEIMBANG

1. Biasakan mengonsumsi aneka ragam makanan pokok
2. Batasi konsumsi pangan manis, asin, dan berlemak
3. Lakukan aktivitas fisik yang cukup dan pertahankan berat badan ideal
4. Biasakan mengonsumsi lauk pauk yang mengandung protein tinggi
5. Cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir
6. Biasakan sarapan pagi
7. Biasakan minum air putih yang cukup dan aman
8. Banyak makan buah dan sayur
9. Biasakan membaca label pada kemasan pangan
10. Syukuri dan nikmati aneka ragam makanan

10 Pedoman Gizi Seimbang lebih relevan di kehidupan sekarang dan diharapkan masyarakat dapat melakukan apa yang tertera di dalam Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS)

SETIAP MAKAN ISI PINGKUK KAYA PROTEIN HEWANI Ibu Hamil

PROTEIN HEWANI	BUAH
Rum, sapi, ayam, dan kelinci. 4 porsi/hari untuk trimester 1, 2 dan 3.	4 porsi/hari untuk trimester 1, 2 dan 3.
PROTEIN NABATI	2 porsi = 100gr atau 1 potong sedang daging, 1 porsi = 100gr atau 1 buah telur ayam, 1 butir telur ayam.
Kacang, tahu, dan tempe. 4 porsi/hari untuk trimester 1, 2 dan 3.	1 porsi = 100gr atau 1 buah jeruk, 1 porsi = 100gr atau 1 potong sedang pisang.
1 porsi = 100gr atau 1 potong sedang tempe, 1 porsi = 100gr atau 2 potong sedang tahu.	
NASI ATAU MAKANAN POKOK	SAYUR
• 3 porsi/hari untuk trimester 1 • 4 porsi/hari untuk trimester 2 dan 3 1 porsi = 100gr atau 10 gelas nasi.	4 porsi/hari untuk trimester 1, 2 dan 3. 1 porsi = 100gr atau 3 potong sedang kacang.
TABLET TAMBAH DARAH	AIR PUTIH
1 tablet tambah darah (TD) setiap hari.	

Jika makanan sudah bervariasi, termasuk kaya protein hewani, cukup sudah Seimbang gizi.
Porsi makanan lebih banyak, perhatikan selalu tetap seimbang.
Konsultasi Tablet Tambah Darah satu hari setiap hari selama kehamilan.
Air putih 8-12 gelas perhari untuk menjaga hidrasi dan memperlancar pencernaan.

Edukasi Pencegahan TBC

GAYA HIDUP SEHAT DAN PENCEGAHAN TBC

- Menjemur alas tidur agar tidak lembab
- Membuka jendela agar rumah mendapatkan cukup sinar matahari dan udara segar
- Olahraga teratur
- Imunisasi BCG
- Makan makanan bergizi
- Tidak merokok

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI

7 TIPS BERHENTI MEROKOK

- Bulatkan Tekad
- Berhenti Merokok Seketika (Total)
- Tunda waktu merokok Anda
- Mintalah dukungan keluarga & kerabat
- Kenali waktu & situasi dimana Anda paling sering merokok
- Berolahraga Secara Teratur
- Konsultasikan dengan Dokter

Quitline-INA Berhenti Merokok
08001776565 Free Call Service

Bila Anda ingin berhenti merokok, Hubungi Quitline, Puskesmas & klinik berhenti merokok Rumah Sakit

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
Tahun 2022

Manfaat Berhenti Merokok

- 20 Menit**
Tekanan darah, denyut Jantung dan aliran darah tepi membaik
- 12 Jam**
Hampir semua nikotin dalam tubuh sudah dimetabolisme. Tingkat CO dalam darah kembali normal
- 24-48 jam**
Fungsi pengecap, penciuman dan sistem kardiovaskular meningkat baik
- 5 Hari**
Sebagian besar metabolisme nikotin dalam tubuh sudah hilang
- 2 Minggu s.d 6 Minggu**
Fungsi silia saluran napas dan fungsi paru membaik. Napas pendek dan batuk-batuk berkurang
- 1 Tahun**
Risiko penyakit Jantung Koroner berkurang setengahnya
- 5 Tahun**
Risiko Stroke menurun seperti tidak pernah merokok
- 10 Tahun**
Risiko Kanker Paru-Paru berkurang setengahnya
- 15 Tahun**
Risiko penyakit Jantung Koroner menurun sama seperti orang yang tidak pernah merokok

Quitline-INA Berhenti Merokok
08001776565 Free Call Service

Bila Anda ingin berhenti merokok, Hubungi Quitline, Puskesmas & klinik berhenti merokok Rumah Sakit

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
Tahun 2022

Pencegahan Penularan Infeksi dari Ibu ke Anak

Upaya pencegahan penularan penyakit menular langsung HIV, sifilis dan hepatitis B dari ibu ke anak dilaksanakan melalui:

- A. Promosi Kesehatan reproduksi sehat, perencanaan keluarga sehat, perencanaan kehamilan dan perencanaan masa depan keluarga sehat.
- B. Melakukan deteksi dini HIV, sifilis dan Hepatitis B pada perempuan usia subur serta penanganan dini yang tepat dan tuntas bagi perempuan HIV, sifilis dan hepatitis B
- C. Layanan antenatal terpadu berkualitas bagi setiap bumil dengan melakukan deteksi dini dan penanganan dini yang tepat serta kontak tracing pasangan seksual
- D. Memastikan tidak ada penularan HIV, sifilis, atau hepatitis B dari ibu ke anak
- E. Dukungan bagi setiap orang dan keluarga terdampak HIV, sifilis dan hepatitis B baik sebagai upaya Kesehatan perorangan maupun masyarakat

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA **GERMAS**
Gestasi Mencegah Risiko Hidup Sehat

PROGRAM PENCEGAHAN PENULARAN HIV, SIFILIS DAN HEPATITIS B DARI IBU KE ANAK (PIIA) DALAM ERA PANDEMI COVID-19

Hamil

- Skrining HIV, Sifilis, dan Hepatitis B saat Trimester 1
- Memastikan ibu hamil dengan HIV tetap mendapat ARV
- Memastikan ibu hamil dengan sifilis mendapatkan perawatan sesuai anjuran dokter
- Memastikan ketersediaan HBIG bagi bayi dari ibu hamil dengan hepatitis B

Bersalin

- Bersalin di fasyankes, oleh Nakes ber-APD standar Ibu dengan COVID-19/PDP/ODP bersalin di RS
- Ibu hamil dengan HIV dapat bersalin normal bila minum ARV patuh teratur 6 bulan yang diteruskan dan atau Viral load tidak terdeteksi
- Ibu hamil dengan Sifilis atau Hepatitis B dapat bersalin normal
- Persiapan ARV profilaksis, Penisilin profilaksis, HBIG untuk bayi yang lahir dari ibu HIV, Sifilis atau Hep B

Nifas

- Kunjungan Nifas 1 (KF1) dilakukan difasilitasi pelayanan kesehatan dengan janji temu
- KF2, 3 dan 4 dengan kunjungan rumah atau dengan media online

Bayi

- Lindungi bayi baru lahir dari paparan COVID-19
- Pemberian HBI setelah HB0 bagi bayi dari ibu dengan Hepatitis B
- Bayi dari ibu dengan Hepatitis B dan Covid-19 terkonfirmasi :
Bayi klinis baik : beri HBIG dan HB0 < 24 jam ; Bayi klinis buruk : beri HBIG < 24 jam, tunda HB0 hingga klinis membaik
- Tes EID bagi bayi dari ibu HIV setelah usia 6 minggu, dapat bersamaan dengan imunisasi DPT/HB/Hib pertama (usia 2 bulan)
- Tes titer RPR bagi bayi dari ibu Sifilis setelah usia 3 bulan dengan janji temu
- Tes HBsAg bagi bayi dari ibu Hepatitis B setelah usia 9 bulan dengan janji temu
- Bila hasil EID positif, segera berikan pengobatan ARV
- Bila tidak terbukti RPR bayi > 4x beri rujukan pengobatan sifilis ke RS
- Bila HBsAg Reaktif, segera rujuk ke RS yang mampu tata laksana Hepatitis

DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT
KEMENTERIAN KESEHATAN RI - JUNI 2020

World Health Organization **unicef**
YAYASAN KEMITRAAN INDONESIA SEHAT

Edukasi Kesehatan Jiwa

BerAKHLAK
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BerAKHLAK Berani Mengubah, Berani Berkembang

UPK Kemenkes
UNIT PELAYANAN KESEHATAN

Kesehatan Mental pada Ibu Hamil dan Pasca Melahirkan

Perubahan yang dialami ibu hamil seringkali mempengaruhi kesehatan mentalnya. Dukungan sosial dapat membantu Ibu Hamil menghadapi **stresor kehamilan**.

Ayah dapat **memberikan dukungan** yang sangat berharga dengan menemani Bunda untuk mengikuti **Kelas Ibu Hamil** dan pastikan **asupan gizi seimbang** kaya protein Bunda saat hamil.

Sumber: @dipromkes, @dirjenyankes

upk.kemkes.go.id | Unit Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI | upk_kemkes | upk_kemkes

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
GERMAS
Gendakan Masyarakat Hidup Sehat

Menjaga Ibu Hamil & Janin sehat-cerdas

Bersama Suami Lakukan Stimulasi Janin
Bercakap dengan janin sejak hamil muda dan lakukan sentuhan dengan cara mengelus perut berulang 4-5 kali

Periksa Kehamilan Minimal 4 Kali Selama Hamil
Ikut kelas Ibu hamil, jika ada keluhan, kelainan atau sakit segera mencari pertolongan bidan/dokter

Ber-aktivitas Fisik
- Ibu hamil dapat melakukan aktivitas fisik sehari-hari dengan memperhatikan kondisi ibu dan janinnya
- Ikuti senam hamil sesuai dengan anjuran petugas kesehatan

Istirahat Cukup
Tidur malam sedikitnya 6-7 jam, siang hari usahakan tidur/berbaring sedikitnya 1-2 jam

Makan Lebih Banyak dari Biasanya
Makan beragam makanan dengan pola gizi seimbang dan porsi lebih banyak daripada sebelum hamil

Menjaga Kebersihan Diri
Mandi teratur, keramas, dan menggosok gigi 2 kali sehari, cuci tangan pakai sabun dengan air bersih mengalir, jaga kebersihan payudara dan lakukan pijatan ringan untuk merangsang produksi ASI, jaga kebersihan daerah kemaluan dengan sering mengganti celana dalam minimal 2 kali sehari

Mulung Suami-Istri
Ibu dalam keadaan sehat selama kehamilan, hubungan suami istri diperbolehkan

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
GERMAS
Gendakan Masyarakat Hidup Sehat

Mari Dukung Ibu Hamil Lebih Sehat dan Bahagia

- Periksa kehamilan minimal 6 kali dan 2 kali di antaranya USG oleh dokter
- Mengikuti kelas ibu hamil minimal 4 kali
- Konsumsi Tablet Tambah Darah tiap hari, makan sesuai rekomendasi dan pantau peningkatan berat badan
- Melakukan persalinan di Fasyankes

Pemantauan Mandiri Ibu Hamil

MINGGU KEHAMILAN	PEMEMUHAN GIZI DAN PELAYANAN KESEHATAN		PEMANTAUAN HARIAN																						
	Pemeriksaan Kehamilan	Kelas Ibu Hamil	Pemenuhan Gizi Sesuai Kebutuhan		Demam Lebih dari Dua Hari		Pusing/Sakit Kepala Berat		Sulit Tidur/ Cemas Berlebih		Jantung Berdebar-debar atau Nyeri di Dada		Risiko TB		Gerakan Janin		Nyeri Perut Hebat		Keluar Cairan dari Jalan Lahir		Sakit Saat Kencing		Diare Berulang		
			Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	
6																									
7	minimal 1 kali pemeriksaan oleh dokter																								
8																									
9																									
10	minimal 2 kali pemeriksaan																								
11																									
12																									
13	minimal 3 kali pemeriksaan (1 kali pemeriksaan oleh dokter)																								
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									
30																									
31																									
32																									
33																									
34																									
35																									
36																									
37																									
38																									
39																									
40																									
41																									
42																									

Pemantauan terkait:

- Demam
- Pusing atau sakit kepala berat
- Sulit tidur/cemas berlebih
- Jantung berdebar atau nyeri dada
- Risiko TBC
- Gerakan janin
- Nyeri perut hebat
- Keluar cairan dari jalan lahir
- Sakit saat kencing
- Diare berulang

Rangkuman Pelayanan Antenatal

Rangkuman Pelayanan Lengkap yang diterima ibu hamil di Puskesmas adalah sebagai berikut

Pemeriksaan dan Tindakan	I		II		III	
	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Kontak ke						
Anamnesis						
Riwayat medis lengkap	√					
Catatan kunjungan sebelumnya		√	√	√	√	√
Keluhan selama hamil		√	√	√	√	√
Pemeriksaan fisik umum						
Pemeriksaan fisik umum lengkap	√				√	
Keadaan umum	√	√	√	√	√	√
Tekanan darah	√	√	√	√	√	√
Berat badan	√	√	√	√	√	√
Pemeriksaan terkait permasalahan pada kunjungan sebelumnya		√	√	√	√	√
Lingkar lengan atas (LLA)	√					
Tinggi badan	√					
Suhu tubuh	√	√	√	√	√	√
Pernafasan	√	√	√	√	√	√
Gejala anemia (pucat, nadi cepat)	√	√	√	√	√	√
Edema	√	√	√	√	√	√
Tanda bahaya lain (sesak, perdarahan)	√	√	√	√	√	√
Pemeriksaan obstetrik						
Vulva/perineum	√					
Inspekulo	√					
Tinggi fundus uteri (TFU) & palpasi abdomen dengan manuver Leopold		√	√	√	√	√
Bagian janin dengan palpasi Leopold		√	√	√	√	√
Denyut jantung janin		√	√	√	√	√
Pemeriksaan penunjang						
Tes HIV	√	*	*	*	*	*

Pemeriksaan dan Tindakan	I		II		III	
	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Kontak ke						
Tes sifilis	√	*	*	*	*	*
Tes Hepatitis B	√	*	*	*	*	*
Tes malaria (khusus daerah endemis tinggi)	√	*	*	*	*	*
Golongan darah ABO dan rhesus	√					
Kadar glukosa darah sewaktu (jika ada riwayat DM)	*	*	√	*	*	*
Kadar hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit, MCH, MCV	√	*	*	*	*	√
Kadar protein urin			√	*	*	*
Tes BTA	*	*	*	*	*	*
USG	√	*	*	*	√	*
EKG	*	*	*	*	*	*
Pemeriksaan lain sesuai indikasi	*	*	*	*	*	*
Imunisasi dan Suplementasi						
Skrining status T dan imunisasi Td sesuai status	√					
Zat besi dan asam folat (Tablet Tambah Darah)	√	√	√	√	√	√
Aspirin 80 mg/hari	*	*	*	*	*	*
Kalsium 1,5-2 gram/hari	*	*	*	*	*	*
Pemberian Makanan Tambahan (PMT)	√	√	√	√	√	√
Pemeriksaan kesehatan jiwa						
Penampilan umum	√	√	√	√	√	√
Perilaku dan aktivitas psikomotor	√	√	√	√	√	√
Mood/afek	√	√	√	√	√	√
Bicara	√	√	√	√	√	√
Persepsi	√	√	√	√	√	√
Pikiran	√	√	√	√	√	√
Fungsi kognitif	√	√	√	√	√	√
Daya menilai realita	√	√	√	√	√	√

Pemeriksaan dan Tindakan	I		II		III	
	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Kontak ke						
Pengendalian impuls	√	√	√	√	√	√
Riwayat gangguan mental dan atau Penggunaan NAPZA	√	√	√	√	√	√
Komunikasi, Informasi, Edukasi dan Konseling						
Kesehatan ibu	√	√	√	√	√	√
Perilaku hidup bersih dan sehat	√	√	√	√	√	√
Gizi selama kehamilan	√	√	√	√	√	√
Tanda-tanda bahaya kehamilan	√	√	√	√	√	√
Tanda-tanda persalinan	√	√	√	√	√	√
Peran suami/keluarga	√	√	√	√	√	√
Gejala penyakit menular dan tidak menular	√	√	√	√	√	√
Edukasi bahwa setiap ibu hamil akan dilakukan tes HIV dan sifilis	√					
Edukasi bahwa setiap ibu hamil akan dilakukan tes Hepatitis B (HbsAg)	√					
Edukasi tentang penanganan bayi baru lahir dari ibu terinfeksi HIV/Sifilis/Hepatitis B	√					
Inisiasi Menyusui Dini dan ASI eksklusif				√	√	√
KB pasca persalinan	√	√	√	√	√	√
Imunisasi	√	√	√	√	√	√
Kekerasan pada perempuan	√	√	√	√	√	√
Peningkatan kesehatan intelegensia bayi selama kehamilan	√	√	√	√	√	√
Kelas ibu hamil	√	√	√	√	√	√
Kesehatan jiwa ibu hamil	√	√	√	√	√	√
Baby blues postpartum	√	√	√	√	√	√
Kecemasan penyakit menular penyerta lain	√	√	√	√	√	√

Kesimpulan dan Rekomendasi Pemeriksaan Antenatal

Pemeriksaan Antenatal oleh tenaga kesehatan diakhiri dengan membuat kesimpulan pemeriksaan dan rekomendasi tindak lanjut.

Contoh Pembuatan Kesimpulan dan Rekomendasi Pemeriksaan Antenatal.
Kesimpulan dan kesimpulan rekomendasi ini dicatat dalam buku KIA

	Timester 1	Trimester 2	Trimester 3
Kesimpulan	Usia Status Kehamilan GPA	Usia Status Kehamilan GPA	Usia Status Kehamilan GPA
	Ada/tidak ada faktor Risiko yaitu___		
	Ada/tidak ada penyulit kehamilan yaitu___	Ada/tidak ada penyulit kehamilan yaitu___	Ada/tidak ada penyulit persalinan yaitu___
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. ANC dilakukan di FKTP 2. Rujuk untuk konsultasi 3. Rujuk ANC di Rumah Sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ANC dilakukan di FKTP 2. Rujuk untuk konsultasi 3. Rujuk ANC di Rumah Sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutan ANC dilakukan di FKTP & Persalinan di FKTP 2. Rujuk untuk konsultasi 3. Rujuk untuk ANC dan persalinan di RS

BAB E -1

Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan Luar Gedung Ibu Hamil



Pelayanan Luar Gedung Ibu Hamil

Pelayanan Luar Gedung Ibu Hamil oleh pelaksana klaster Kesehatan Ibu dan Anak terdiri dari:

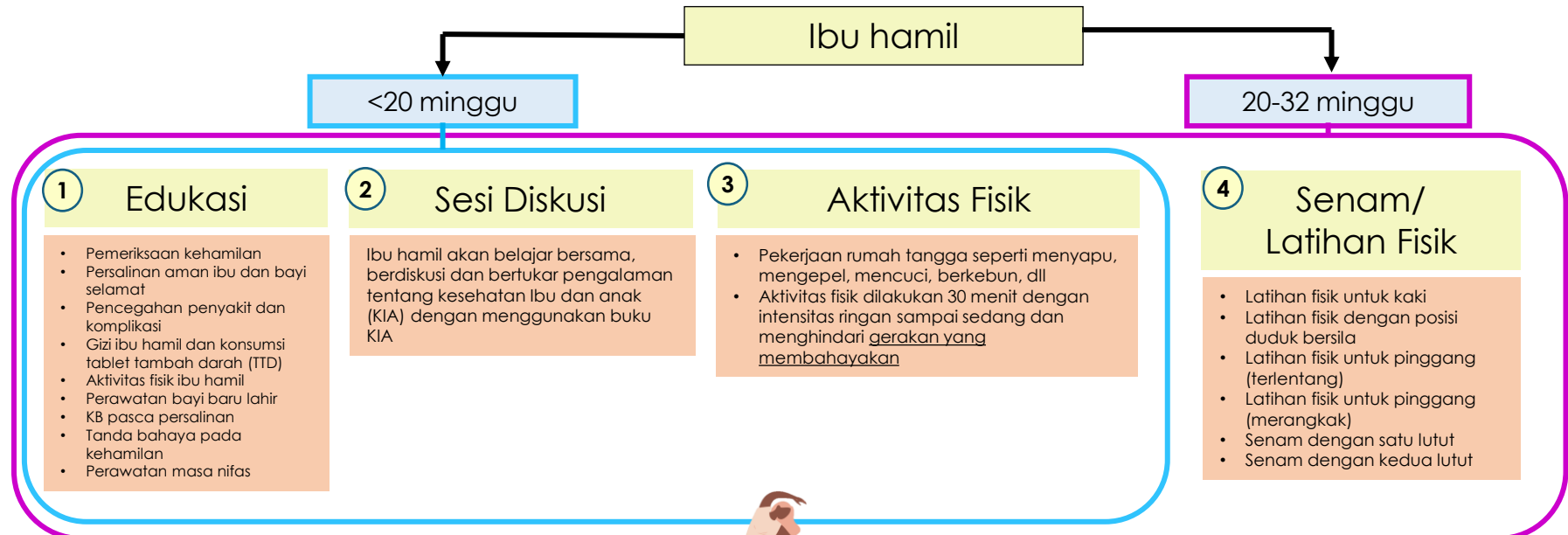
1. Kelas Ibu Hamil
2. Kunjungan Rumah Ibu Hamil bermasalah
3. Pemberian PMT Lokal bagi Ibu hamil dengan masalah Gizi dan
4. Penyediaan Tempat Tunggu Persalinan

Pelayanan luar gedung oleh petugas Klaster 2 Puskesmas diberikan dengan tujuan untuk **meningkatkan cakupan pelayanan** dan **mendekatkan akses** Ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan

Kelas Ibu Hamil

1 Konsep Kegiatan kelas Ibu Hamil

2



- Kelas ibu hamil dilaksanakan minimal 4 kali selama kehamilan, dengan 1 kali pertemuan ditemani oleh suami atau keluarga.
- Jumlah peserta maksimal 10 orang
- Kelas ibu hamil dapat dilakukan dimana saja seperti di Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), Posyandu di balai desa bahkan di rumah warga



Hentikan aktifitas fisik dan latihan fisik jika:

- Perdarahan dan keluarnya cairan dari jalan lahir
- Nyeri perut
- Demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
- Mual muntah berlebihan
- Sakit kepala, pusing, pandangan gelap, kelelahan
- Sesak nafas
- Penyakit Jantung
- Berdebar-debar dan nyeri dada

- Hipertensi
- Diabetes Mellitus dengan pengobatan insulin
- Anemia
- Janin tidak bergerak atau kurang dari biasanya
- Bengkak di muka, tangan, dan kaki
- Riwayat keguguran 2 kali atau lebih
- Riwayat melahirkan kurang bulan
- Berat badan menurun

Kelas Ibu Hamil

1 Langkah-langkah Pengelolaan Kelas Ibu Hamil

2

Persiapan

1. Penetapan organisasi pelaksana
2. Penilaian kebutuhan masyarakat dan analisa situasi
3. Perencanaan Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil

Pelaksanaan

1. Pelatihan Fasilitator
2. Sosialisasi Kader/PKK/ Tenaga Sukarela lainnya
3. Promosi Kelas Ibu Hamil
4. Pelaksanaan Kegiatan Kelas Ibu Hamil

Pemantauan & Evaluasi

1. Monitoring pelaksanaan
2. Evaluasi Pelaksanaan
3. Pelaporan kegiatan

Kunjungan Rumah Ibu Hamil

Kunjungan Rumah Ibu Hamil dapat dilakukan oleh Kader Posyandu, Kader Pustu, Tenaga Kesehatan di Pustu maupun Tenaga Kesehatan di Puskesmas dengan tujuan untuk melakukan *Sweeping* Sasaran:

- Yang belum mendapatkan Pelayanan Antenatal
- Tidak melakukan kunjungan ulang
- Ketidakpatuhan pengobatan
- Memiliki tanda bahaya



Tempat Tunggu Kelahiran

Ibu hamil yang berdomisili di daerah dengan akses sulit, untuk sementara tinggal di **Tempat Tunggu Kelahiran** hingga masa nifas (beserta bayi yang dilahirkannya), agar dekat dengan Puskesmas yang mampu melakukan pertolongan persalinan atau Rumah Sakit Umum Daerah.

Kriteria Tempat Tunggu Kelahiran

- Lokasi berdekatan dengan Puskesmas yang mampu melakukan pertolongan persalinan atau RSUD.
- Rumah milik penduduk atau rumah yang dibangun oleh pemerintah desa.
- Mempunyai ruangan tidur, dapur, kamar mandi, jamban, air bersih dan ventilasi serta sumber penerangan/listrik.

Pemberian PMT Lokal Ibu KEK

Ibu Hamil dengan Risiko Kurang Energi Kronis dan Kurang Energi Kronis mendapatkan PMT Lokal dengan bekerja sama dengan Pustu dan Posyandu dan melibatkan Desa/Kelurahan

Tahapan Penyelenggaraan PMT Lokal

1 Perencanaan



- Penyusunan **Kerangka Acuan Pelaksanaan Kegiatan**
- Penetapan **Tim Pelaksana** Puskesmas
- Verifikasi dan **Penetapan Data Sasaran** Penerima MT
- Penetapan **Lokasi Kegiatan**
- Penyusunan **Siklus Menu** sesuai Standar
- Penyusunan **Rencana Anggaran** Kegiatan (Pembelian bahan makanan, jasa dan Manajemen)

2 Persiapan dan Pelaksanaan



- **Persiapan (sosialisasi, pembekalan petugas)**
- **Pembelian bahan makanan** local sesuai siklus menu
- **Pengolahan bahan makanan** sesuai dengan siklus menu
- **Pemberian MT berbahan pangan local disertai edukasi** integrasi dengan LP dan LS terkait
- Memperhatikan **protokol kesehatan** untuk pencegahan penyakit

3 Pencatatan dan Pelaporan



- Pencatatan dan pelaporan **secara berjenjang dan berkesinambungan** terhadap data sasaran dan keluarkan antara lain; input, proses, output dan outcome.
- Pencatatan dan pelaporan dilakukan dari tahap penentuan sasaran sampai dengan berakhirnya intervensi PMT

Pemberian PMT Lokal Ibu Risiko KEK dan Ibu KEK

Pembagian Peran pada Penyelenggaraan PMT Lokal



Rincian Pemberian PMT Lokal bagi Ibu Risiko KEK dan Ibu KEK dapat dilihat dalam Petunjuk Teknis Pemberian PMT bagi Balita dan Ibu Hamil



BAB E-2

Pelayanan Ibu Bersalin



BAB E -2

Pelayanan Ibu Bersalin

Pelayanan Persalinan Normal



Pelayanan Persalinan

Proses melahirkan harus dilakukan di Fasilitas Kesehatan sehingga jika terjadi masalah dapat ditangani segera

Pelayanan Persalinan yang dapat dilakukan di Puskesmas adalah Persalinan Normal

Persalinan di fasilitas kesehatan menggunakan pendekatan empat tangan yakni melibatkan dua tenaga kesehatan, seorang bidan dan perawat atau dokter, yang bertugas mendampingi ibu selama proses persalinan.

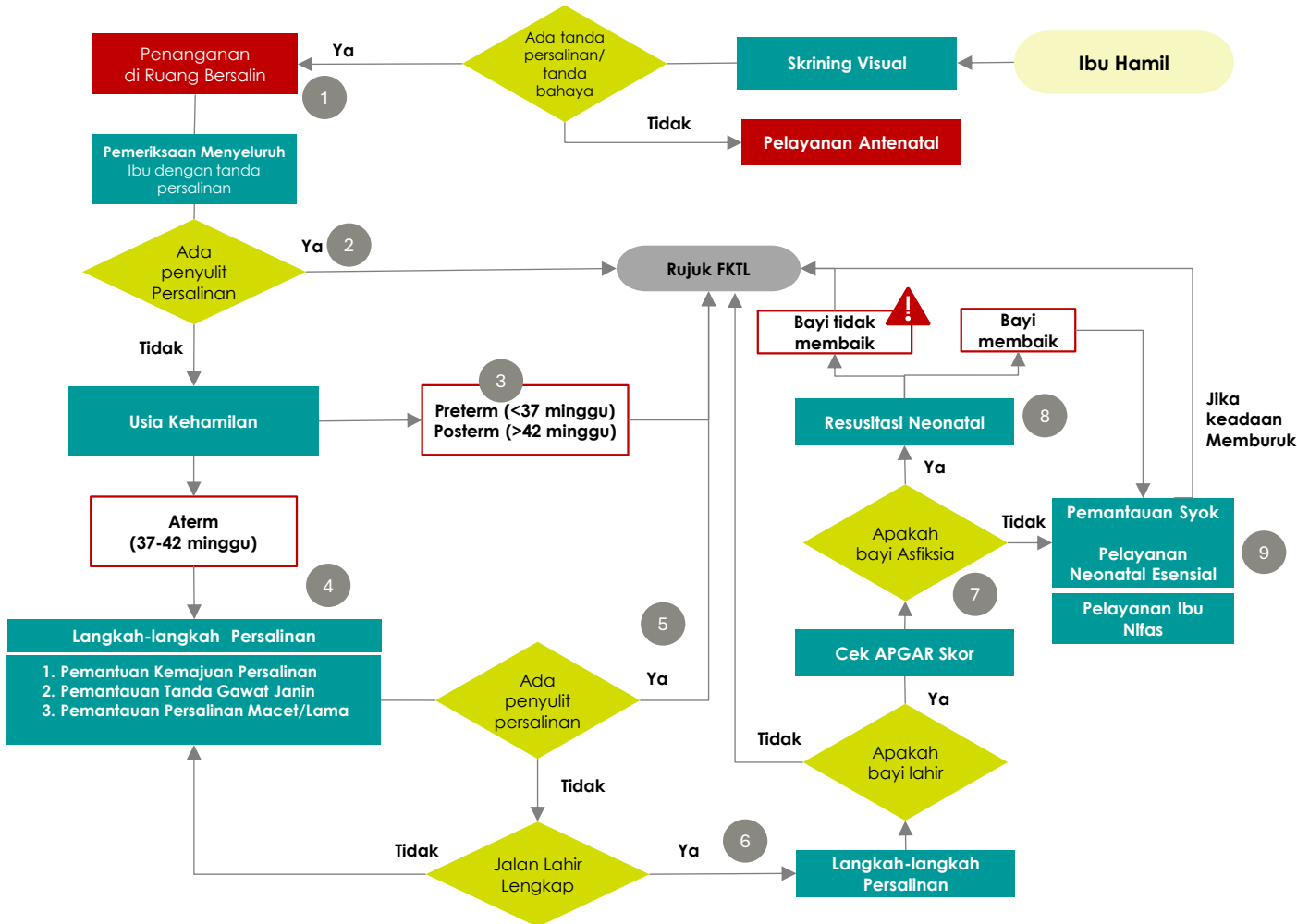
Tujuan Persalinan di fasilitas kesehatan adalah

1. **Memastikan Keselamatan Ibu dan Bayi.** Persalinan di Faskes bertujuan untuk mencegah kematian ibu dan bayi yang diakibatkan oleh komplikasi yang mungkin terjadi selama proses persalinan. Dengan perawatan yang tepat di
2. **Identifikasi Dini Komplikasi:** elayanan persalinan di Puskesmas membantu mendeteksi dini komplikasi seperti perdarahan, preeklampsia, atau infeksi, serta memberikan penanganan yang sesuai atau merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi jika diperlukan.
3. **Pencegahan dan Penanganan Infeksi:** Puskesmas menyediakan fasilitas dan tenaga kesehatan yang terlatih untuk melakukan persalinan yang aman dan steril, guna mencegah infeksi seperti tetanus neonatorum dan komplikasi lain yang mungkin terjadi.

Persalinan dan kelahiran dikatakan normal jika:

- Usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu).
- Persalinan terjadi spontan.
- Presentasi belakang kepala.
- Berlangsung tidak lebih dari 18 jam.
- Tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin.
- Waktu persalinan sesuai dengan fase:
 - Kala I dibagi menjadi 2 fase:
 - Fase laten: pembukaan serviks 1 hingga 3 cm, sekitar 8 jam.
 - Fase aktif: pembukaan serviks 4 hingga lengkap (10 cm), sekitar 6 jam.
 - Kala II: pembukaan lengkap sampai bayi lahir, 2 jam pada primigravida, 1 jam pada multigravida.
 - Kala III: segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir lengkap, sekitar 30 menit.
 - Kala IV: segera setelah lahirnya plasenta hingga 2 jam post-partum

Alur Pelayanan Persalinan Normal



Penjelasan Alur

- Ibu Hamil yang datang sendiri atau atas rujukan dan menunjukkan tanda-tanda partus atau persalinan diarahkan ke ruang bersalin.
- Lakukan pemeriksaan menyeluruh kepada Ibu untuk menilai apakah ada kesulitan persalinan. Dan rujuk jika ditemukan penyulit persalinan yang tidak dapat ditangani rujuk ke FKTL.
- Jika tidak ada penyulit persalinan dan usia persalinan kurang atau lebih maka rujuk ke FKTL untuk ditangani.
- Jika usia kehamilan sudah tepat, maka lakukan persiapan persalinan dan pemantauan dengan partograf.
- Jika ada penyulit persalinan yang tidak dapat ditatalaksana di Puskesmas segera lakukan rujukan.
- Pantau Ibu dan janin hingga jalan lahir lengkap, dan jika sudah lengkap lakukan langkah-langkah persalinan.
- Bayi baru lahir segera dinilai untuk melihat apakah tindakan segera diperlukan.
- Bayi baru lahir yang mendapatkan resusitasi perlu selalu dipantau, jika tidak ada perbaikan segera rujuk, namun jika membaik dapat mengikuti pemantauan rutin.
- Sedangkan bayi baru lahir yang tidak mengalami asfiksia dipantau rutin dan mendapatkan pelayanan neonatal esensial lengkap dan pelayanan lengkap ibu nifas.



Tanda bahaya Ibu Bersalin

- Ibu mengalami kejang
- Perdarahan lewat jalan lahir
- Air ketuban hijau dan berbau
- Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat
- Ibu tidak kuat mengejan
- Tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir

Jika ibu hamil datang ke Puskesmas dengan salah satu keluhan diatas lakukan penilaian MEOWS

Tanda Gawat Janin

1. Gerakan janin yang tidak biasa atau cenderung tidak bergerak
2. Frekuensi denyut jantung janin kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/ menit

Jika sepanjang pemantauan persalinan terdapat tanda gawat janin rujuk segera ibu hamil/bersalin ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL)

Penilaian Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS)

Parameter	Zona Putih	Zona Kuning	Zona Merah
Laju Nafas (x/menit)	10-20	21-30	<10 atau >30
Saturasi Oksigen (%)	95-100	-	< 95
Suhu (Celsius)	36-38	35 -<36	>38 atau <35
Detak jantung (x/menit)	50-100	>100-120	<40 atau >120
Tekanan darah sistolik (mmHg)	100-140	90 - <100	<90 atau >160
Tekanan darah diastolik (mmHg)	< 90	90-100	>100
Proteinuria	Nil-trace	+1 - +2	>+2
Warna cairan ketuban	Jernih	-	Hijau
Respons saraf	Sadar	Respon terhadap stimulus verbal	Tidak responsive, respon terhadap rangsangan nyeri
Lokia	Sehat	Banyak / berbau busuk	-
Kondisi umum	Terlihat baik	Lemah/Terlihat tidak sehat	-

■ Jika didapati 2 atau lebih tanda merah → segera lakukan tatalaksana dan stabilisasi prarujukan. Evaluasi Kembali sesudah 15' dan rujuk segera ke FKTL

■ Jika didapati 2 tanda zona kuning dan atau 1 merah, maka segera tatalaksana sesuai kondisi, evaluasi Kembali sesudah 30' dan persiapkan rujukan

□ Jika didapati 1 tanda zona kuning, maka evaluasi sesudah 30', dan lakukan Kembali penilaian, jika tetap atau memburuk → rujuk, jika membaik ke zona putih, lanjutkan ke paket ANC biasa

Penentuan Usia Kehamilan

Penentuan Usia Kehamilan saat penilaian persalinan penting diketahui tenaga kesehatan untuk menentukan apakah persalinan **preterm** (<37 minggu), **aterm** (37-42 minggu) atau **posterm** (>42 minggu).

Jika tanda-tanda persalinan terjadi pada kehamilan preterm dan posterm, rujuk agar persalinan dapat dilakukan di FKTL.

Penentuan Usia kehamilan juga berguna untuk menilai maturitas bayi ketikalahir sesudah bayi

Penentuan Usia Kehamilan dapat dilakukan dengan berbagai cara:

Sebelum Bayi Lahir

- Berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir, yaitu: (H + 7), (B-3), (T+1)

Keterangan:

H= Hari pertama haid terakhir

B= Bulan haid terakhir

T= Tahun haid terakhir

- Teknik lain seperti pengukuran diameter biparietal janin melalui **USG** bisa memberikan informasi tentang usia kehamilan dan pertumbuhan janin serta perkembangannya sebelum lahir.

Sesudah Bayi Lahir

- Instrumen alternatif yang berbeda untuk menilai usia kehamilan bayi, dengan mengevaluasi perkembangan fisik, neurologis dan neuromuskular. Skor **New Ballard**, yang merupakan penyederhanaan skor Dubowitz memberi nilai 1-5 untuk masing-masing dari enam tanda fisik dan neurologis.

	-1	0	1	2	3	4	5
Postur							
Jendela pergelangan tangan							
Gerakan lengan membalik							
Sudut poplitea							
Tanda selempang							
Lutut ke telinga							

Gambar 3-8 Ballard – Maturitas Neomuskular

	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Kulit		Lengket, rapuh, transparan	Merah seperti gelatin, lembus pandang	Licin, merah muda, vena membayang	Pengelupasan &/atau ruam superfisial, beberapa vena	Pecah2, daerah pucat, jarang vena	Perkamen, pecah-pecah dalam, lidak terlihat vena	Seperti kulit pecah-pecah, berkeriput
Lanugo		Tidak ada	Jarang sekali	Banyak sekali	menipis	(+)daerah tanpa rambut	Sebagian besar tanpa rambut	
Garis telapak kaki	Tumit – ibu jari kaki < 40 mm	Tumit – ibu jari kaki 40 – 50 mm	> 50 mm, tidak ada lipatan	Garis-garis merah tipis	Garis melintang hanya pd bag. anterior	Garis lipatan sampai 2/3 anterior	Garis lipatan pada seluruh telapak	
Payudara		Tidak dikenali	Susah dikenali	Areola datar (-) menonjol	Areola berbintil2, Penonjolan 1-2 mm	Areola terangkat, Penonjolan 3-4 mm	Areola penuh, Penonjolan 5- 10 mm	
Mata / telinga	Kelopak menyatu erat	Kelopak menyatu longgar	Kelopak terbuka, pinna datar, tetap terlipat	Pinna sedikit bergelombang, recoil lambat	Pinna bergelombang baik, lembek tapi siap recoil	Keras & berbentuk segera recoil	Kartilago tebal, daun telinga kaku	
Genitalia pria		Sikrolum datar & halus	Sikrolum kosong, rugae samar	Testis di kanal bagian atas, rugae jarang	Testis menuju ke bawah, sedikit rugae	Testis sudah turun, rugae jelas	Testis tergnatung, rugae dalam	
Genitalia wanita		Klitris menonjol, labia datar	Klitris menonjol, labia minora kecil	Klitris menonjol, minora membesar	Labia mayora & minora menonjol	Labia mayora besar, labia minora kecil	Labia mayora menutupi klitoris & labia minora	

Skor	Minggu
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Ballad Score untuk menilai maturitas bayi baru lahir

Penilaian Penyulit Persalinan

Langkah	Keadaan	Normal	Tanda Bahaya	Komplikasi/Emergensi	Alasan Rujuk
Observasi Janin	Letak Janin	Letak janin sejajar uterus		Letak lintang, oblik	Risiko kesulitan partus
	Presentasi Janin	Presentasi belakang kepala		Presentasi bokong, Presentasi bahu, dahi, muka, puncak kepala, presentasi ganda, lintang kasep, prolapses tali pusat	
	Posisi Janin	Ubun-ubun kecil depan	Ubun-ubun kecil posterior Ubun-ubun kecil lintang		
	Denyut Jantung Janin	110-160 denyut per menit (dpm)	100-110 dpm 160-180 dpm Miringkan ibu ke kiri, konfirmasi dalam 15 menit	Tidak terdengar DJJ ≤ 100 dpm ≥ 180 dpm	kematian janin, hipoksia/gawat janin, demam maternal, penggunaan obat-obatan
	Cairan Amnion	Jernih	Air ketuban hijau encer tanpa berbau, Air ketuban berkurang setelah ketuban pecah	Cairan bercampur darah Air ketuban hijau kental Air ketuban berbau	Suspek solusio plasenta Risiko aspirasi mekonium Suspek gawat janin
Observasi Ibu	Tekanan Darah	TD Sistolik <140mmHg dan TD Diastolik <90mmHg	160 mmHg<TD Sistolik ≥140mmHg atau 110 mmHg<TD Diastolik ≥90mmHg Konfirmasi dengan pengukuran ulang 15' setelah ibu beristirahat	TD Sistolik ≥160mmHg dan TD Diastolik ≥110mmHg	Preeklamsia Eklamsia Hipertensi dalam Kehamilan
	Tanda/gejala hipertensi	Tidak ada tanda hipertensi		Sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri epigastrium	Preeklamsia berat Eklamsia
	Nadi	60-100 dpm	>100 dpm		Syok
	Suhu tubuh	< 37.5	37.5 - 38.0	> 38 disertai Ketuban Pecah Dini, air ketuban berbau dan ada tanda infeksi lain	Suspek infeksi intra uterin atau infeksi janin, infeksi saluran kemih, Pneumonia, TB, Malaria
	Urinalisis	Protein Negatif Protein +1	Protein +2	Protein ≥3	Preeklamsia Eklamsia
	Perdarahan	Lendir darah	Perdarahan Flek	Pembalut penuh dalam waktu <5 menit	Suspek solusio plasenta, plasenta previa, ruptur uteri
	Kondisi Psikologis	Tidak ada keluhan	Distres dan cemas		

Jika pada saat penilaian penyulit persalinan ditemukan **TANDA BAHAYA** → stabilkan ibu persiapkan rujukan (rujukan terencana) Jika pada saat penilaian penyulit persalinan ditemukan kejadian **EMERGENSI**. → stabilkan ibu dan Rujuk **SEGERA!**

Penilaian Persalinan Lama/Macet

Persalinan Lama adalah waktu persalinan yang memanjang karena kemajuan persalinan yang terhambat. Persalinan lama memiliki definisi berbeda sesuai fase kehamilan, seperti klasifikasi berikut ini:

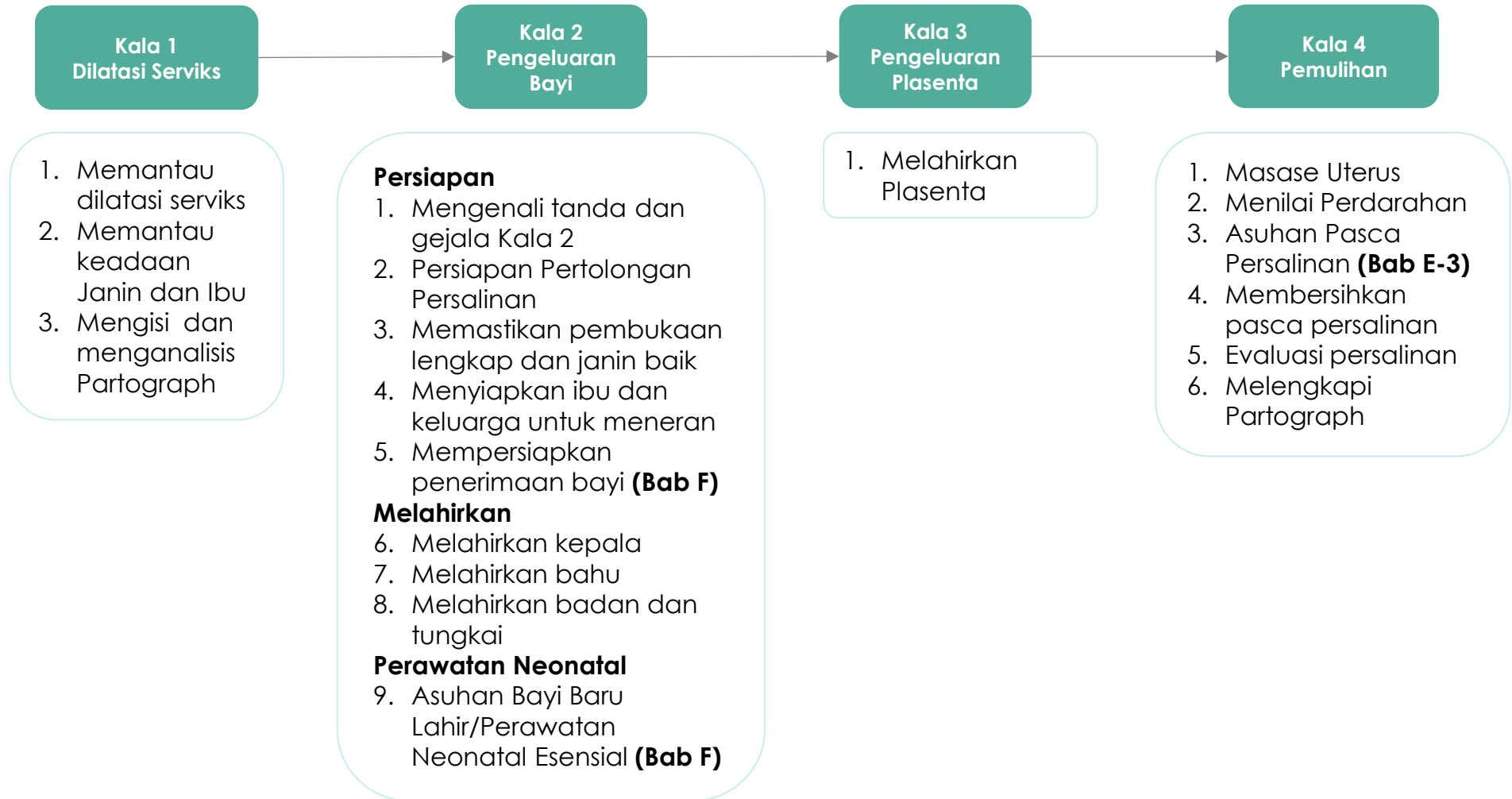
Pada Kala I

Keadaan	Nulipara	Multipara
Kelainan Pembukaan Serviks		
<ul style="list-style-type: none"> Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif 	< 1,2 cm/jam	< 1,5 cm/jam
<ul style="list-style-type: none"> Kemajuan turunnya bagian terendah 	< 1 cm/jam	< 2 cm/jam

Pada Kala II

Keadaan	Nulipara	Multipara
Partus Macet		
<ul style="list-style-type: none"> Fase deselerasi memanjang 	> 3 jam	> 1 jam
<ul style="list-style-type: none"> Terhentinya pembukaan (dilatasi) 	> 2 jam	> 2 jam
<ul style="list-style-type: none"> Terhentinya penurunan bagian terendah 	> 1 jam	> 1 jam
<ul style="list-style-type: none"> Kegagalan penurunan bagian terendah 	Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2	Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2

RUJUK
ke
FKTL



1. Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu.
2. Jika ibu tampak gelisah/kesakitan:
 1. Biarkan ia berganti posisi sesuai keinginan, tapi jika di tempat tidur sarankan untuk miring kiri.
 2. Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya.
 3. Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu
 4. Ajari teknik bernapas.
3. Jaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizin ibu.
4. Izinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluannya setelah buang air kecil/besar.
5. Jaga kondisi ruangan sejuk. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, suhu ruangan minimal 25° C dan semua pintu serta jendela harus tertutup.
6. Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi.
7. Sarankan ibu berkemih sesering mungkin.
8. Pantau parameter pada Tabel 1 secara rutin dengan menggunakan partograf.
9. Pasang infus intravena untuk pasien dengan:
 1. Kehamilan lebih dari 5
 2. Hemoglobin 9 g/dl atau hematokrit 27%
 3. Riwayat gangguan perdarahan
 4. Sungsang
 5. Kehamilan ganda
 6. Hipertensi
 7. Persalinan lama
10. Pantau persalinan kala 1 dengan partograf.
11. Persiapkan rujukan jika terjadi komplikasi.

Parameter	Frekuensi pada kala 1 laten	Frekuensi pada kala 1 aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu Tiap 4 jam	Tiap 2 jam	
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi Tiap 1 jam	Tiap 30 menit	
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Penurunan kepala	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*

*Dinilai pada setiap pemeriksaan dalam

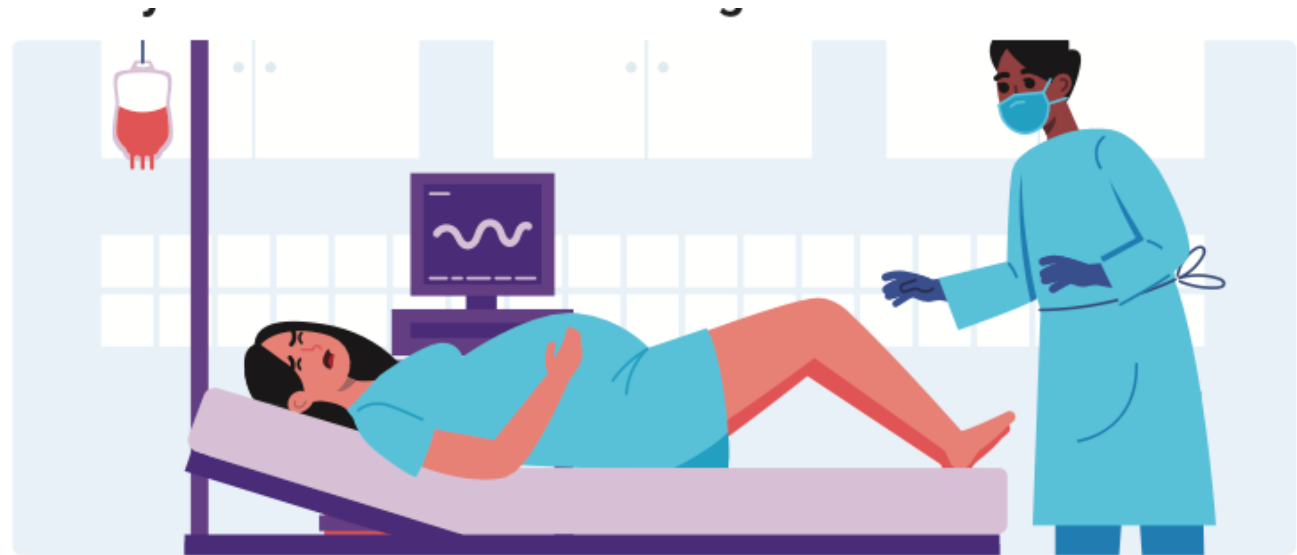
Sumber: Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan

- Selain kondisi di atas, ada beberapa tindakan yang sering dilakukan namun sebenarnya tidak banyak membawa manfaat bahkan justru merugikan, sehingga tidak dianjurkan untuk dilakukan, diantaranya:
- o Kateterisasi kandung kemih rutin: dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kemih. Lakukan hanya jika ada indikasi.
 - o Posisi terlentang: dapat mengurangi detak jantung dan penurunan aliran darah uterus sehingga kontraksi melemah.
 - o Mendorong abdomen: menyakitkan bagi ibu, meningkatkan risiko ruptur uteri.
 - o Mengedan sebelum pembukaan serviks lengkap: dapat menyebabkan edema dan/
 - o atau laserasi serviks.
 - o Enema.
 - o Pencukuran rambut pubis.
 - o Membersihkan vagina dengan antiseptik selama persalinan

Mengenali Tanda dan Gejala Kala 2 Persalinan

1

1. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
2. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/ atau vaginanya.
3. Perineum tampak menonjol dan menipis.
4. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.



Persiapan Pertolongan persalinan

1. Pastikan tim penolong persalinan siap dengan pembagian tugas yang jelas.
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.
3. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan:
 1. Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat,
 2. handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi),
 3. Alat penghisap lendir,
 4. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi,
 5. Alat-alat medik terkait dengan penanganan kegawatdaruratan bayi baru lahir
 6. termasuk resusitasi kit bayi baru lahir.
5. Untuk ibu, siapkan:
 1. Menggelar kain di perut bawah ibu
 2. Menyiapkan oksitosin 10 unit.
 3. Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
 4. Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
 5. Alat-alat medik terkait dengan penanganan kegawatdaruratan ibu termasuk
 6. resusitasi kit ibu.
6. Kenakan APD yaitu baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup
7. kedap air, tutup kepala, masker, dan kaca mata
8. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun
9. dan air bersih mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk
10. pribadi yang bersih dan kering.
11. Pakai gaun / gown dan sarung tangan steril/ DTT untuk pemeriksaan dalam.
12. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung
13. tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan janin Baik

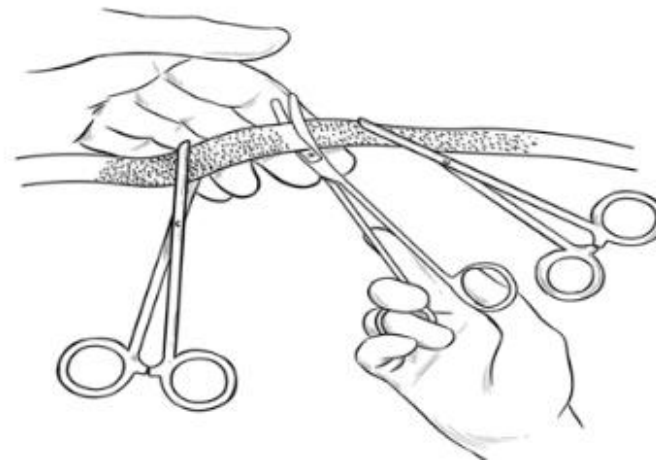
1. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
2. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
3. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
4. Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5%. Pakai sarung tangan DTT/Steril untuk melaksanakan langkah lanjutan.
5. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
6. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan
7. amniotomi.
 1. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai
 2. sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cud kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
 3. Periksa denyut jantung janin (DJJ) segerasetelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 - 160x/ menit).
8. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
9. Mendokumentasikan hasil-hasil periksa dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan
10. asuhan yang diberikan ke dalam partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Meneran

1. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
2. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif dan dokumentasikan sesuai temuan yang ada).
4. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
 1. Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran, jika ada ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat, pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
 2. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat.
4. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
5. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila
6. caranya tidak sesuai.
7. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring
8. terlentang dalam waktu yang lama).
9. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
10. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
11. Berikan cukup asupan cairan per oral (minum).
12. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
13. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam)
14. meneran (pada primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (pada multigravida).
15. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika
16. ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

Melahirkan Kepala

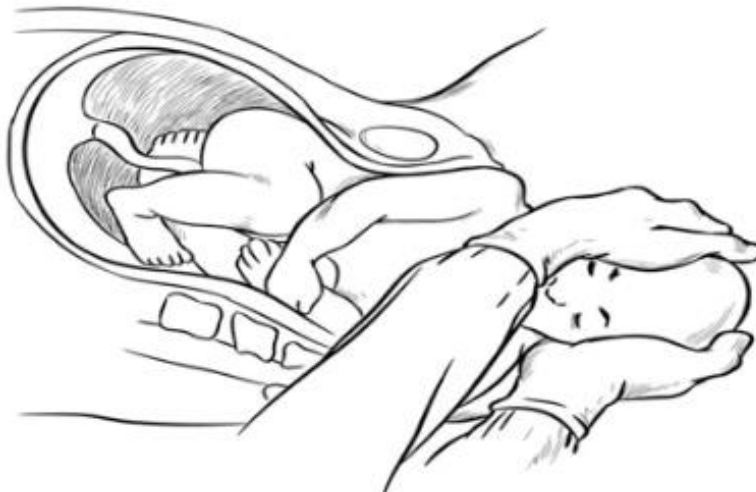
1. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, sementara tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran sambil bernapas cepat dan dangkal.
2. Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi.
3. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlanasuna secara spontan.



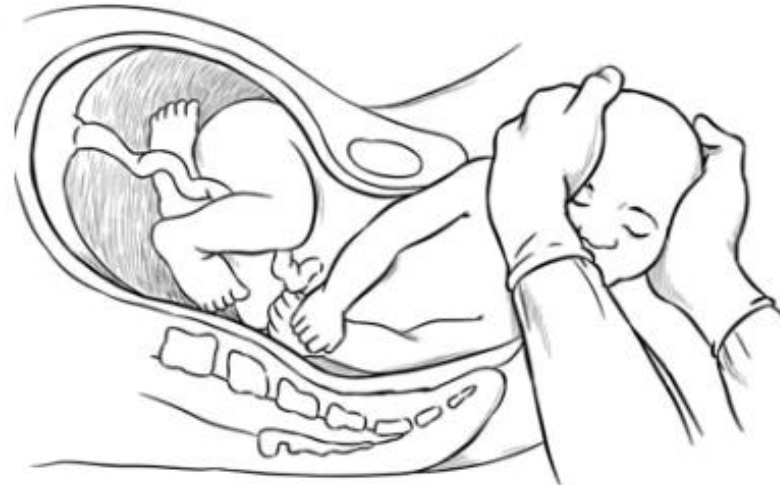
Keterangan gambar:
Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi (Gambar sebelah kiri).
Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut (Gambar sebelah kanan).

Melahirkan Bahu

1. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
2. Lahirkan bahu seperti pada gambar berikut.



Melahirkan bahu depan



Melahirkan bahu belakang

Melahirkan Badan dan Tungkai

1. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
2. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki).



Asuhan Bayi Baru Lahir

Lakukan penilaian selintas










1. Apakah bayi cukup bulan?
2. Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
3. Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah "**TIDAK**", lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (Lihat Modul Materi Inti 4, tatalaksana kegawatdaruratan pada bayi baru lahir). Bila semua jawaban adalah "**YA**", lanjutkan ke langkah dibawah ini:

1. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu.
2. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
1. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli).
2. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
3. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
4. Setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.

Pemeriksaan APGAR Skor

Skor APGAR (*Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration*) adalah penilaian bayi baru lahir yang dilakukan sebanyak 2 kali, yaitu di menit pertama dan 5 menit setelah kelahiran.

Akronim	Kriteria	Skor		
		0	1	2
Appearance	Warna	 Seluruhnya pucat atau kebiruan	 Tubuh merah muda, Ekstremitas kebiruan	 Seluruh tubuh dan ekstremitas berwarna merah muda
Pulse	Frekuensi Jantung	Tidak ada	<100 kali/menit	>100 kali/menit
Grimace	Refleks	 Tidak ada respons	 Meringis/menangis lemah	 Menangis/bergerak aktif
Activity	Tonus Otot	 Tidak ada/lumpuh	 Sedikit Fleksi	 Bergerak aktif
Respiration	Pernafasan	Tidak ada	Lemah dan iregular	Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur

Skor akan diberikan pada pemeriksaan organ dan fungsi tubuh bayi, seperti pernapasan, detak jantung, refleks, otot, dan warna kulit bayi.

Perhitung skor APGAR adalah dengan menjumlah angka penilaian dari setiap kriteria (warna+frekuensi jantung+refleks+tonus otot+pernafasan) di tabel di samping.

Interpretasi Skor APGAR

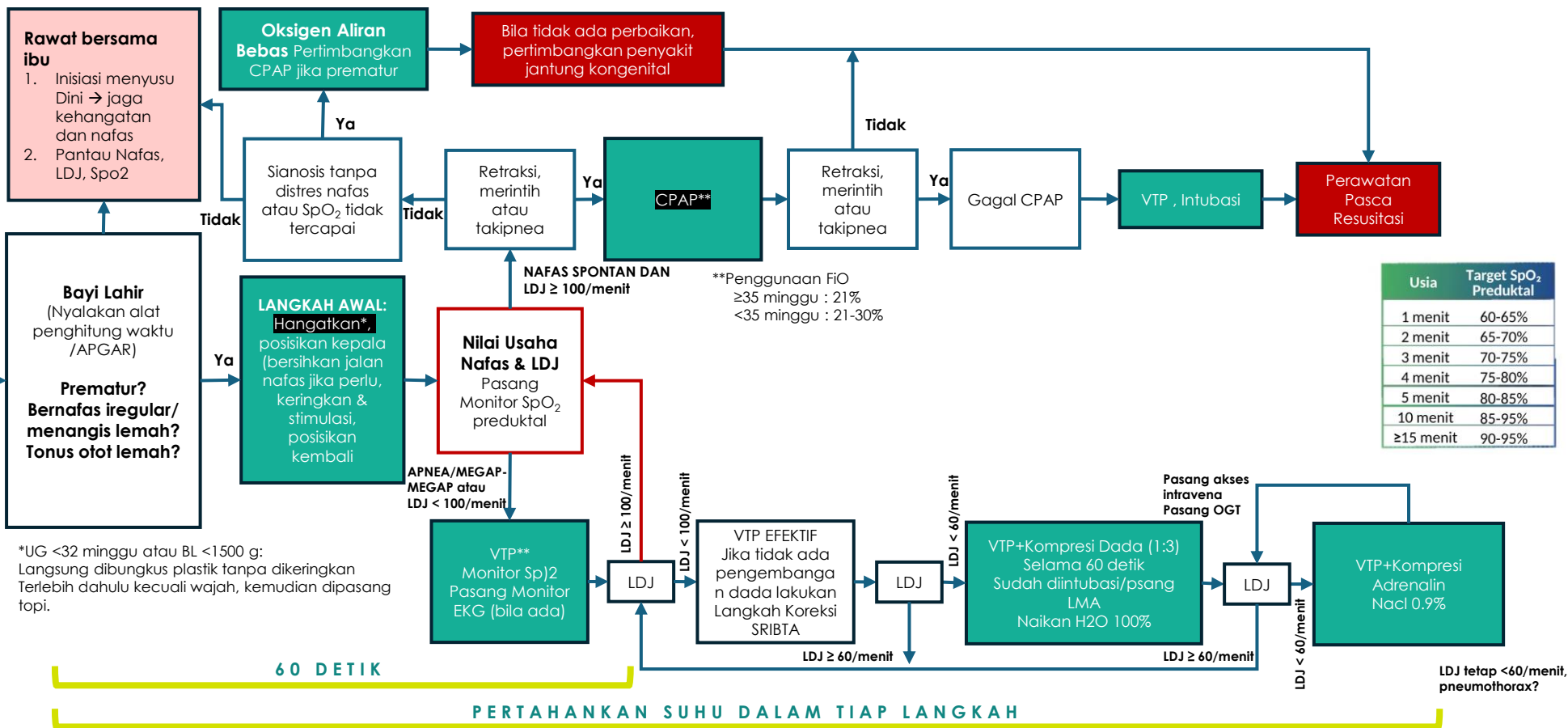
Normal : 7-10

Asfiksia Sedang : 4-6

Asfiksia Berat. : 0-3

Resusitasi Neonatal

Konseling Antenatal, Pembagian tugas tim, persiapan alat



CPAP : Continuous Positive Airway Pressure
 OGT : Orogastric Tube
 LDJ : Laju Denyut Jantung
 PEEP : Peak End-Expiratory Pressure
 LMA : Laryngeal Mask Airway

SRIBTA : Sungkup, Reposisi kepala, Isap lendir, Buka mulut, Tekanan, Alternatif jalan napas
 VTP : Ventilasi Tekanan Positif

1. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
2. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk
3. mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
4. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk
5. mencegah inversi uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas.
6. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
7. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
8. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan. Gangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas).
9. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
10. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - a. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - b. Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - c. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - d. Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit
 - e. berikutnya.
 - f. Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi
 - g. perdarahan maka segera lakukan tindakan manual plasenta.
11. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan.
12. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan
13. tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
14. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan
15. eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.



Melahirkan Plasenta

1 Masase Uterus

1. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
2. Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, Kompresi Aorta
3. Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/ masase.

Menilai Perdarahan

1. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal), pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
2. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan pada laserasi grade 1 dan 2. Untuk grade 3 dan 4 segera dirujuk.

Derajat	Penjelasan
1	Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja
2	Melibatkan kerusakan pada otot-otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan sfingter ani
3	Kerusakan pada otot sfingter ani 3a: robekan <50% sfingter ani eksterna 3b: robekan >50% sfingter ani eksterna 3c: robekan juga meliputi sfingter ani interna
4	Robekan stadium tiga disertai robekan epitel anus

Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan

Asuhan Pasca Salin

1. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
2. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %,
3. bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
4. Segera lakukan IMD



Evaluasi Persalinan

1. Pastikan kandung kemih kosong.
2. Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
3. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
4. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
5. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit).
 1. Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, dilakukan resusitasi dan segera dirujuk kerumah sakit.
 2. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS Rujukan.
 3. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak
 4. kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut

embar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal : _____ Pasang Perahan : _____
 Tempat persalinan : rumah ibu Puskesmas Klinik Swastia Lainnya : _____
 Alamat tempat persalinan : _____

KALA I
 Partograf melewati garis waspada : _____
 intervensi yang dilakukan untuk masalah tersebut : _____

KALA II
 lama fase I : _____ menit Episiotomi : tidak ya. Indikasi : _____
 Pendamping pada saat persalinan : suami keluarga teman dukun tidak ada
 Jawab Janin : miringkan ibu ke sisi kiri minta ibu menarik napas episiotomi
 Istisya Bahu : Manuver Mc Robert Ibu meranggang Lainnya : _____
 intervensi yang dilakukan untuk masalah tersebut : _____

KALA III
 lama Kala III : _____ menit Jumlah Perdarahan : _____ ml
 Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? ya tidak
 Pemberian Oksitosin ulang (2x) ? ya tidak
 Pemegangan tali pusat terkendali ? ya tidak
 Masase fundus uteri? ya tidak
 aserasi perineum derajat _____ Tindakan : mengeluarkan secara manual merujuk
 Tindakan : _____
 tonia uteri : Kompresi bimanual interna Metil Ergometrin 0.2 mg IM Oksitosin drip
 intervensi yang dilakukan untuk masalah tersebut : _____

BAYI BARU LAHIR
 Berat Badan : _____ gram Panjang : _____ cm Jenis Kelamin : L/P Nilai APGAR : _____/_____
 Berat ASI : _____ ml / 1 jam / 1 hari / 10 hari : _____
 bayi baru lahir pucat/biru/lemas : meringkan menghancurkan bebaskan jalan napas
 stimulasi rangsang kMT Lan-tan, sebekan : _____
 intervensi yang dilakukan untuk masalah tersebut : _____

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

intervensi yang dilakukan untuk masalah tersebut : _____

06

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		• Semua nifas		
		• Breast care		
		• ASI		
		• Perawatan Tali Pusat		
		• KL		
		• Glisi		
		• Imunisasi		

Kebersihan dan keamanan

1. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
2. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
3. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
4. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASL Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
5. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
6. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam
7. keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
8. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan
9. tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
10. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
11. Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K1 1 mg IM
12. di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal
13. 40- 60 kali/ menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5 - 37,5 °C) setiap 15 menit.
14. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha
15. kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat
16. disusukan .
17. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin
18. 0,5% selama 10 menit.
19. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue
20. atau handuk pribadi yang bersih dan kering.



BAB E-3

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

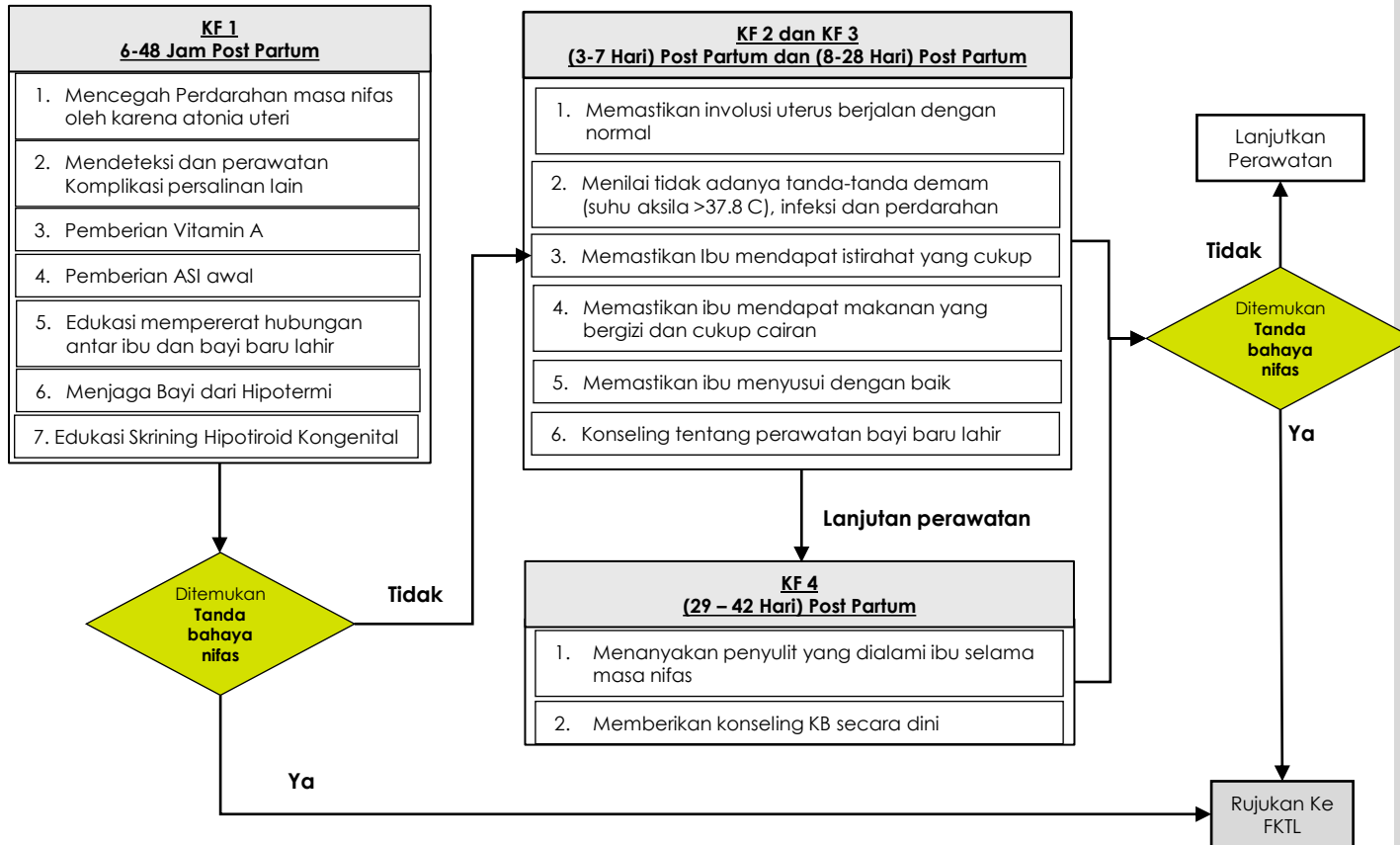


BAB E -2

Pelayanan Ibu Bersalin

Pelayanan Dalam Gedung





Tanda Bahaya Ibu Nifas

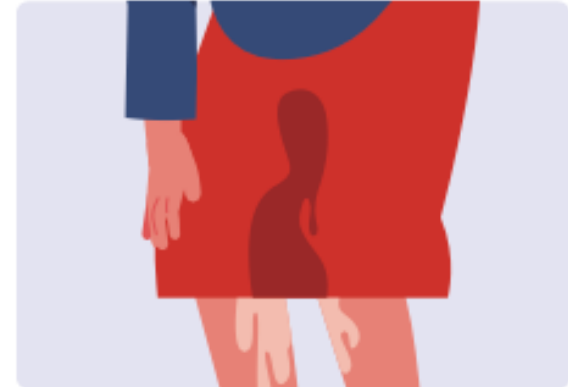
- Perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume sebarang tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital menunjukkan adanya perdarahan).
- Perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pospartum hingga masa nifas selesai. Merasa tidak enak badan, Demam lebih dari 2 hari suhu > 38 c, malaise, denyut nadi cepat, mual muntah, sakit kepala, pandangan kabur, kejang
- Pengeluaran Lochea lebih lama dan berbau busuk / keluar cairan berbau dari jalan lahir
- Payudara bengkak dan rasa nyeri pada payudara,
- uterus lembek, kemerahan dan disuria.
- Nyeri pada perut, nyeri ulu hati, nyeri pelvis mengarah pada peritonitis
- Pusing dan lemas yang berlebihan, sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur.
- Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)



Demam lebih dari 2 hari.



Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi).



Keluar cairan berbau dari jalan lahir.



Nyeri ulu hati, mual muntah, sakit kepala, pandangan kabur, kejang dengan atau tanpa bengkak pada kaki, tangan dan wajah.



Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit.



Perdarahan lewat jalan lahir.

Edukasi Ibu Nifas Segera Sesudah Proses Persalinan

Ibu Nifas tidak boleh melakukan:



Membuang ASI yang pertama keluar (kolostrum) karena sangat berguna untuk kekebalan tubuh anak.



Membersihkan payudara dengan alkohol/povidon iodine/obat merah atau sabun karena bisa terminum oleh bayi.



Mengikat perut terlalu kencang.

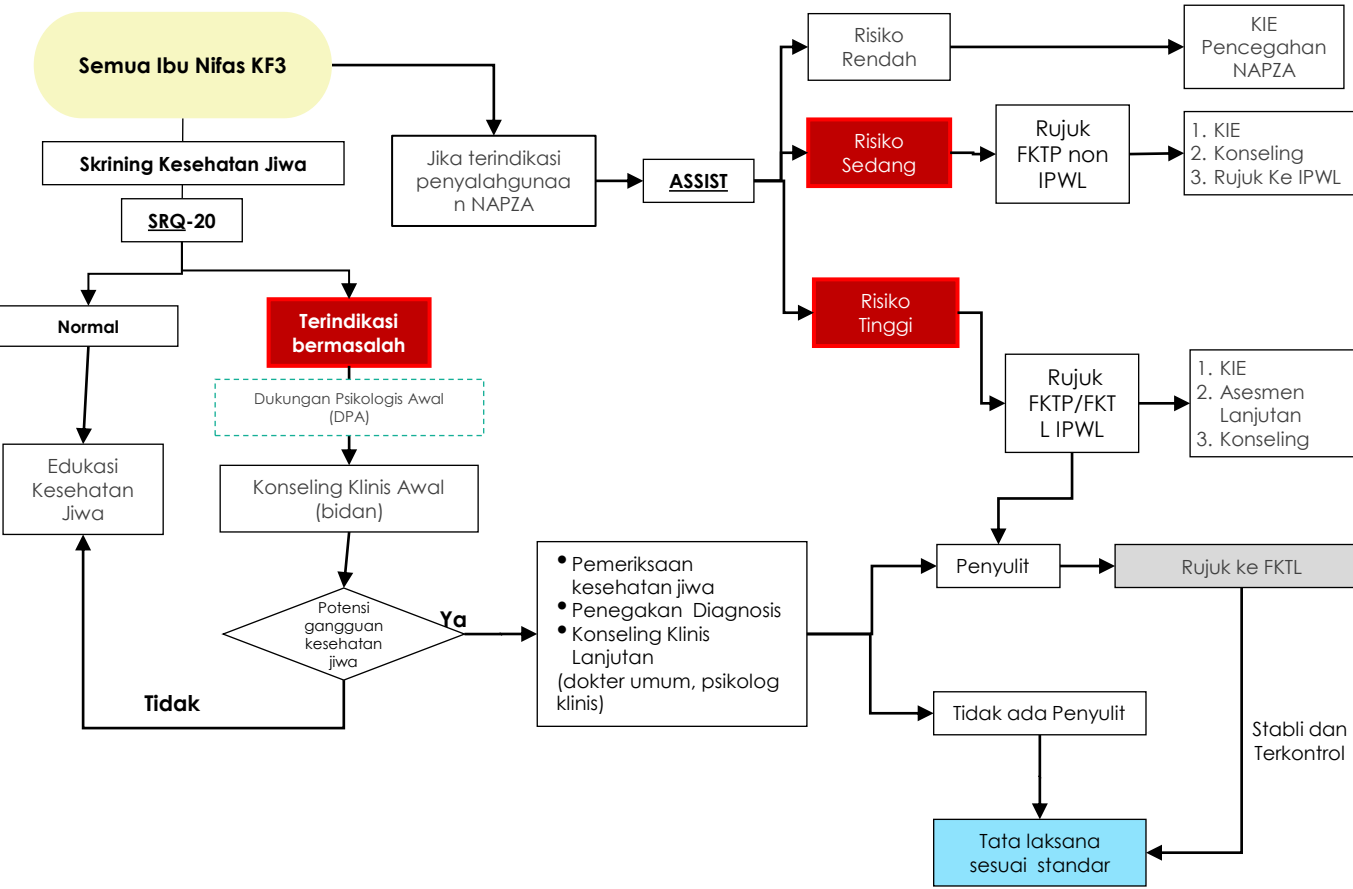


Latihan fisik posisi telungkup.



Menempelkan daun-daunan pada kemaluan karena akan menimbulkan infeksi.

Lakukan penilaian kondisi umum ibu untuk melihat ada-tidaknya kegawatdaruratan				
Menanyakan, mengecek catatan	Melihat, mendengarkan, merasakan, memeriksa	Tanda-tanda	Klasifikasi	Perawatan dan Saran
<ul style="list-style-type: none"> • Kapan dan dimana ibu bersalin? Serta siapa penolong persalinannya? • Jenis persalinan normal atau operasi sesar? • Apakah ibu kejang? Atau ada riwayat kejang? • Apakah ibu merasakan nyeri kepala berat? • Apakah ibu merasakan nyeri perut berat? • Demam atau pendarahan aktif sejak persalinan (1 pembalut basah dalam 5 menit)? • Apakah pandangan ibu kabur/sulit melihat sejak setelah melahirkan? • Apakah ibu muntah-muntah berlebihan? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu tampak sakit berat atau tidak • Periksa kesadaran ibu dengan memanggil atau menggoyang-goyangkan tubuh ibu • Periksa perdarahan dan sumber perdarahan • Periksa pernapasan ibu, lihat apakah ibu bernapas normal, lambat atau tidak bernapas • Jika ibu tidak bernapas atau tidak sadar, periksa apakah teraba pulsasi arteri karotis dalam 10 detik • Ukur nadi, tekanan darah dan suhu tubuh 	<p>Terdapat satu atau lebih tanda bahaya berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak sadar (tidak menjawab panggilan) • Kejang • Perdarahan aktif • Tidak bernapas atau kesulitan bernapas • Nyeri perut berat atau tampak sakit berat • Nyeri kepala hebat dan pandangan kabur • Demam • Muntah berlebihan 	<p>Penyakit berat pasca persalinan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memanggil bantuan • Stabilisasi pra rujukan • Rujuk segera ke rumah sakit



Tujuan

Mendeteksi tanda-tanda awal atau risiko masalah kesehatan jiwa pada ibu hamil

Sasaran

Semua ibu Nifas

Frekuensi

1x selama Nifas (KF3)

Metode

Menggunakan Formulir Skrining SRQ-20 Ibu hamil di bawah 18 tahun tetap menggunakan formulir SRQ-20

Syarat penggunaan SRQ-20

- Menanyakan keadaan yang dirasakan dalam **30 hari terakhir**
- Merupakan penilaian pribadi (*self reporting*)

Interpretasi

Terindikasi bermasalah/tidak terindikasi bermasalah

Tindaklanjut

Terindikasi bermasalah → konseling, pemeriksaan kesehatan jiwa
Normal → Edukasi kesehatan jiwa

ASSIST hanya dilakukan oleh nakes yang sudah terlatih

Sindroma Baby Blues atau sering disebut post partum distress syndrome adalah perasaan sedih dan gundah yang dialami oleh sekitar 50-80% ibu setelah melahirkan bayinya, dengan beberapa gejala seperti

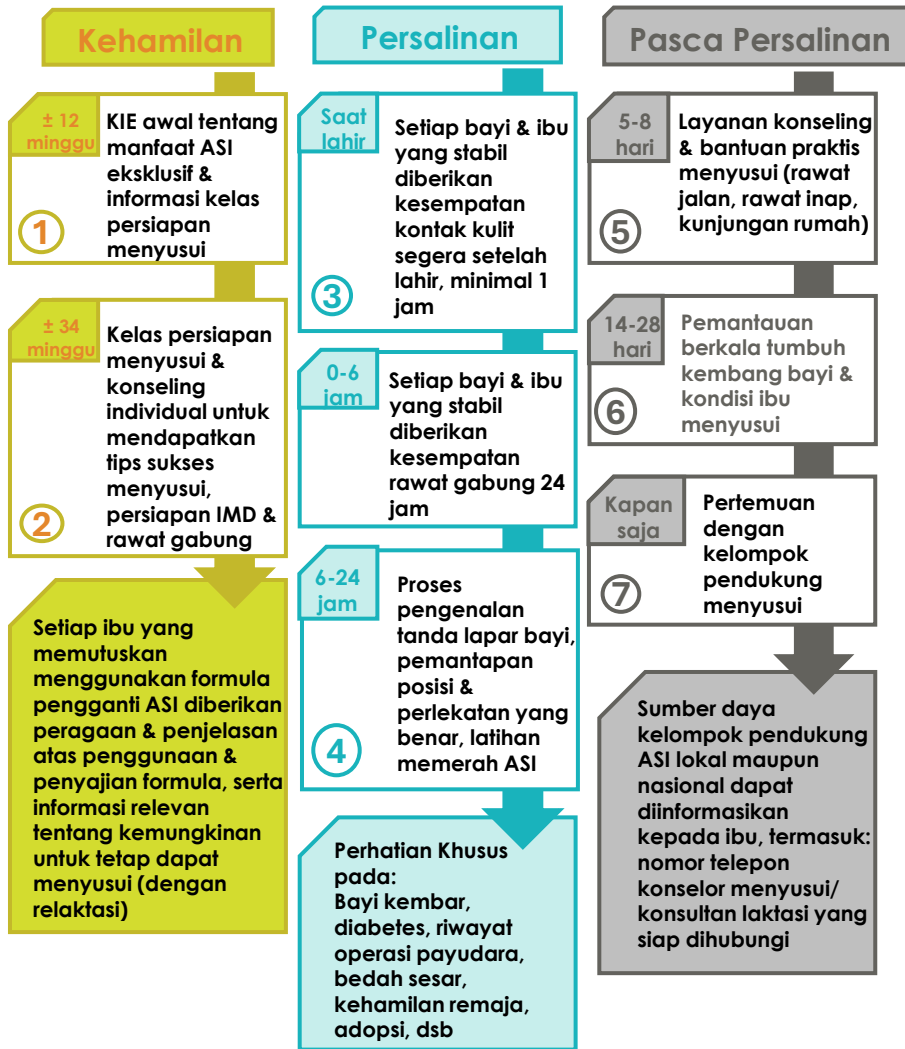
- menangis,
- mudah kesal,
- lelah, cemas, tidak sabaran, tidak percaya diri, enggan memperhatikan bayinya,
- mudah tersinggung dan sulit konsentrasi.

Sindroma Baby Blues masih tergolong ringan dan biasanya berlangsung hingga 2 minggu.

Jika ibu mengalaminya lebih dari 2 minggu bisa jadi itu adalah Depresi Pasca Persalinan

Pada pelayanan pasca persalinan, tenaga kesehatan dapat mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk skrining/deteksi gejala-gejala depresi.

Karakteristik	“Baby Blues”	Depresi Pascapersalinan
Insiden	30%-75% ibu melahirkan	10-15% ibu melahirkan
Onset	3–5 hari setelah melahirkan	Dlm 3-6 minggu setelah melahirkan
Durasi	Beberapa hari hingga minggu	Beberapa bulan hingga bbrp tahun, jika tidak ditangani
Stresor	Tidak ada	Ya, terutama kurangnya dukungan
Pengaruh sosiokultural	Tidak ada, terdapat di semua sosiokultural dan kelas sosioekonomi	Hubungan kuat
Riwayat gangguan mood	Tidak ada hubungan	Hubungan kuat
Riwayat keluarga dengan gangguan mood	Tidak ada hubungan	Beberapa hubungan



Posisi bayi yang benar:

- o Kepala, leher, dan tubuh bayi dalam satu garis lurus
- o Badan bayi menghadap ke dada ibu
- o Badan bayi melekat ke ibu
- o Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, tidak hanya leher dan bahu saja

Tanda bayi melekat dengan baik:

- o Dagu bayi menempel pada payudara ibu
- o Mulut bayi terbuka lebar
- o Bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat di dalamnya
- o Areola juga masuk ke mulut bayi, tidak hanya putting susu. Areola bagian atas tampak lebih banyak/lebar.

Tanda bayi menghisap dengan efektif:

- o Menghisap secara mendalam dan teratur
- o Kadang diselingi istirahat
- o Hanya terdengar suara menelan
- o Tidak terdengar suara mengecap



Bayi melekat dengan benar (sebelah kiri) dan tidak benar (sebelah kanan) pada payudara ibu

Setelah selesai:

- o Bayi melepas payudara secara spontan
- o Bayi tampak tenang dan mengantuk
- o Bayi tampak tidak berminat lagi pada ASI

Tujuan

Mendeteksi masalah menyusui
Membantu ibu untuk menyusui dan memberikan ASI Eksklusif

Sasaran

Semua ibu Nifas
(Edukasi tentang menyusui dimulai sejak kehamilan)

Frekuensi

Sesuai kebutuhan

Metode

Anamnesa

Interpretasi dan tindak lanjut

1. **Payudara Normal, tidak ada kesulitan menyusui** → Motivasi menyusui, motivasi keluarga dalam mendukung menyusui, Edukasi hidup sehat bagi ibu
2. **Payudara normal, ada kesulitan menyusui** → konseling menyusui, cari permasalahan menyusui, perbaiki posisi pelekatan menyusui, berikan edukasi peningkatan pasokan ASI, motivasi keluarga untuk mendukung menyusui
3. **Payudara tidak normal (payudara bengkak, sakit, puting lecet, puting retak)** → tatalaksana sakit, konseling menyusui, rujuk kepada konselor menyusui atau dokter sesuai permasalahan

Ibu pasca melahirkan segera mendapatkan kapsul vitamin A.

Waktu pemberian Kapsul vitamin A merah (200.000 SI) diberikan pada masa nifas sebanyak 2 kali

1 (satu) kapsul vitamin A diminum segera setelah saat persalinan

1 (satu) kapsul vitamin A kedua diminum 24 jam sesudah pemberian kapsul pertama

Tempat Pemberian : fasilitas pelayanan kesehatan

Catatan: Jika sampai 24 jam setelah melahirkan ibu tidak mendapat vitamin A, maka kapsul vitamin A dapat diberikan pada kunjungan pertama Ibu Nifas (KF 1)



1

Waktu yg ideal pemberian KBPP adalah **dlm 48 jam setelah melahirkan**, karena:

- Pasti tidak hamil
- Sangat termotivasi utk memulai metode kontrasepsi pd saat tsb
- Setelah pulang disibukkan merawat bayinya shg lupa utk KB

Pra Pelayanan

- Pemberian komunikasi, informasi dan edukasi
- Pelayanan **konseling**
- **Penapisan kelayakan medis**
- Permintaan persetujuan tindakan tenaga kesehatan

Pelayanan kontrasepsi

- dapat dilakukan pada:**
1. Masa Interval
 - 2. Pasca Persalinan**
 3. Pasca Keguguran
 4. Pelayanan kontrasepsi darurat

Pasca Pelayanan

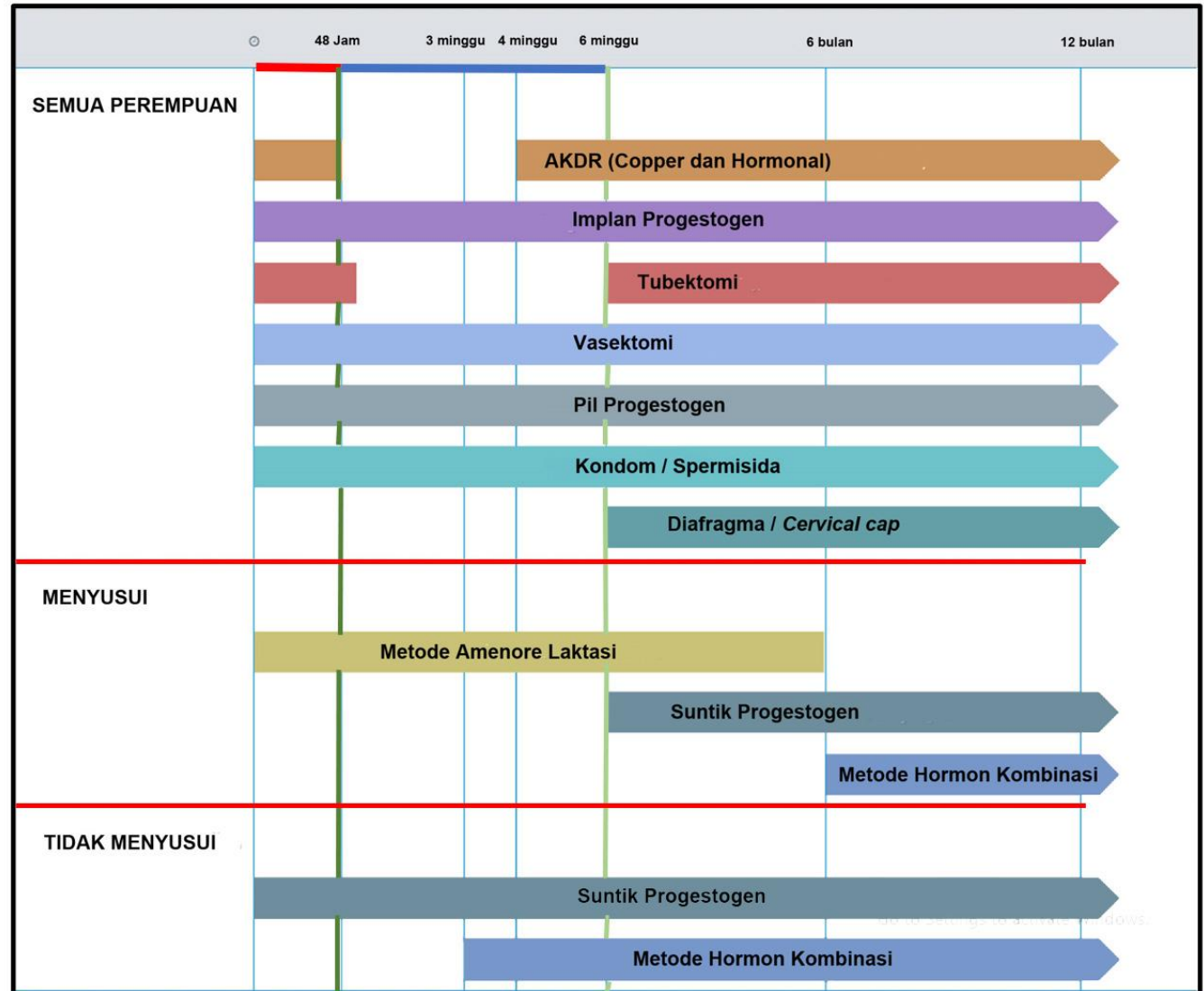
- Pemberian konseling
- Pelayanan medis/rujukan

Pemberian kontrasepsi adalah Pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi.

KB pasca salin adalah pelayanan KB yang diberikan sebagai upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat/obat kontrasepsi **segera setelah persalinan sampai jangka waktu 42 hari setelah melahirkan/masa nifas**.

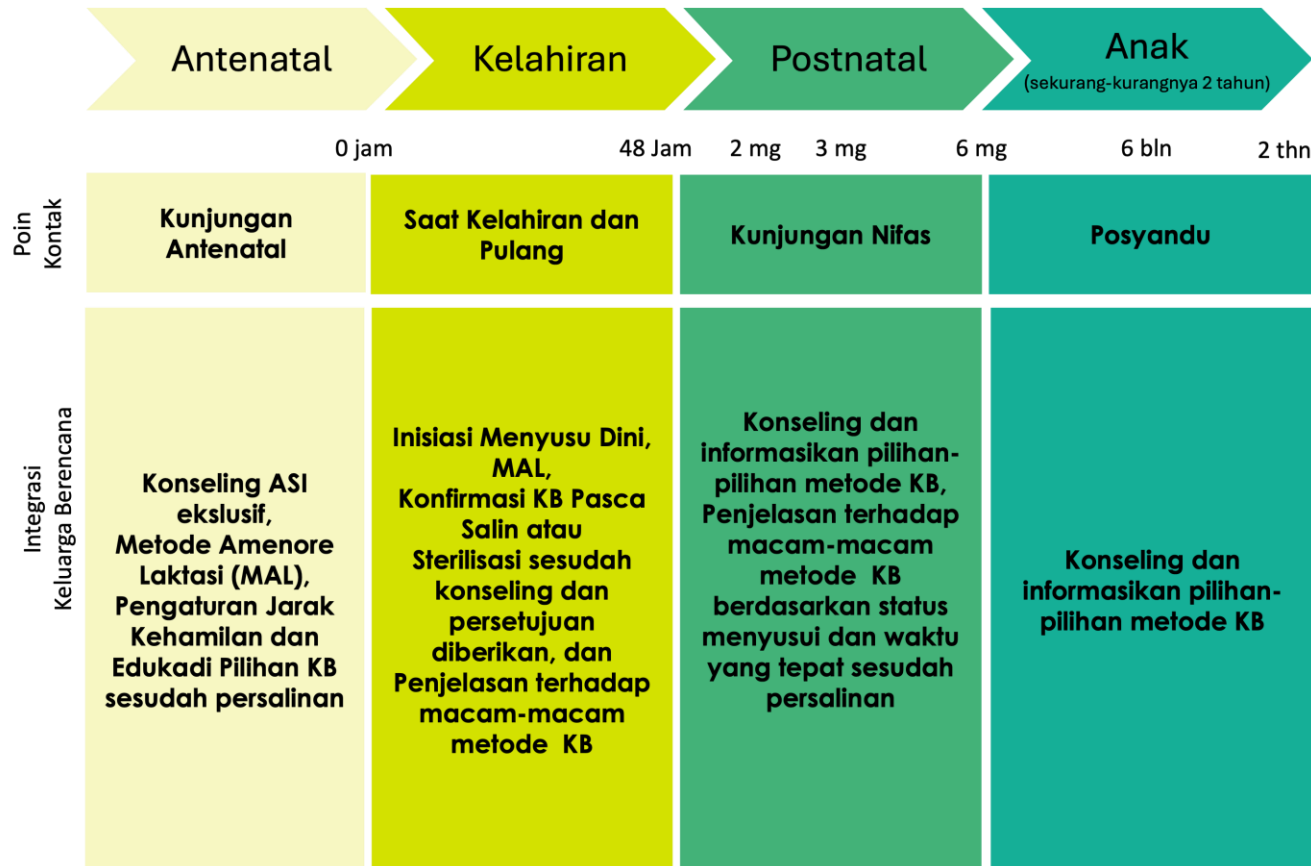
Target KB pasca persalinan adalah ibu pasca persalinan (normal maupun sesar).

Pilihan KB Pasca Salin



Pilihan KB Pasca Salin

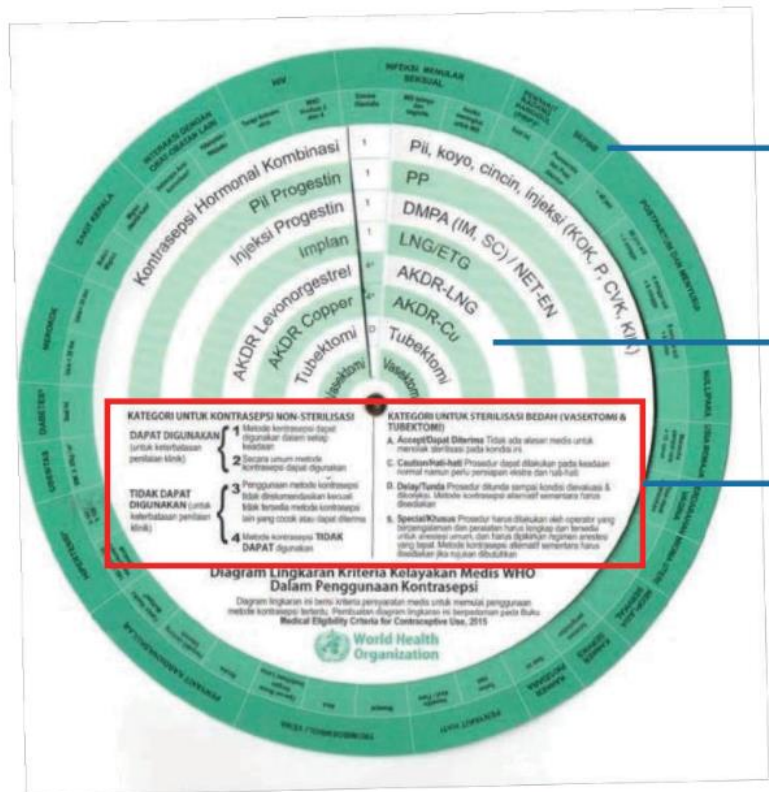
NO	KONTRASEPSI	KETERANGAN
1	MOW/MOP	Untuk yang tidak ingin punya anak lagi
2	A. IUD PASCAPERSALINAN <ul style="list-style-type: none"> • Post plasenta → Post SC/per vagina • Kurang dari 48 jam Pascapersalinan • 42 hari persalinan B. IUD PASCA KEGUGURAN	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak mengganggu produksi ASI • Untuk yang ingin menunda kehamilan • Masa pakai hingga 12 tahun • Pascapersalinan: kesuburan dapat kembali setelah hari ke-21 setelah melahirkan • Pasca keguguran: kesuburan dapat kembali setelah hari ke-11 setelah keguguran
3	Implan KB	<ul style="list-style-type: none"> • Hanya mengandung progestin • Dapat langsung dipasang • Tidak mengganggu produksi ASI • Masa pakai 3 tahun
4	Suntik KB	<ul style="list-style-type: none"> • Hanya mengandung progestin • Tidak mengganggu produksi ASI • Masa pakai 3 bulan
5	Minipil (BKKBN belum menyediakan)	<ul style="list-style-type: none"> • Hanya mengandung progestin • Tidak mengganggu produksi ASI • Pemakaian 1 strip untuk 28 hari diminum setiap 24 jam
6	Kondom	Pilihan kontrasepsi untuk pria



Konseling sangat penting untuk meningkatkan cakupan KBPP segera. Jika mendapatkan konseling berkualitas

Pelayanan KB Pasca Persalinan **dapat dimulai pada kunjungan antenatal, proses kelahiran dan kunjungan post natal.** Inisiasi KB PP dapat **dimulai dengan konseling yang adekuat** di setiap proses

Lakukan Skrining Kelayakan Medis KB dengan roda KLOP



kondisi-kondisi medis atau karakteristik khusus yang dimiliki klien (diagram lingkaran sisi luar)

metode-metode kontrasepsi (diagram lingkaran sisi dalam)

Rekomendasi

Tujuan Skrining Kelayakan Medis KB

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kontrasepsi sesuai kebutuhan ibu.
2. Menemukan apakah masalah medik, kondisi biologik sebagai penyulit teknis
3. Menemukan ada tidaknya syarat teknis-medis yang dapat menghalangi penggunaan metode KB tertentu
4. Menemukan apakah perlu dilakukan penilaian/pengelolaan lanjut terhadap masalah medik yang ditemukan agar penggunaan kontrasepsi memungkinkan.

Sasaran

Semua ibu sebelum mendapatkan layanan KB

Frekuensi

Sesuai kebutuhan

Metode

Roda KLOP

Interpretasi dan Tindakan lanjut

Sesuai dengan Roda KLOP

KB Pasca Salin – Pemasangan AKDR Pasca Plasenta

AKDR adalah suatu alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang fleksibel dalam rahim melalui vagina, dengan menghalangi kedua saluran tuba yang menghasilkan telur sehingga tidak terjadi pembuahan.

AKDR Cooper T380A adalah alat kontrasepsi program KB Pemerintah yang berbentuk huruf T, berukuran kecil, dengan luas 380 mm², terbuat dari plastik lentur dan dililit oleh kawat halus yang terbuat dari bahan tembaga.

Alat ini menyebabkan reaksi anti fertilitas dengan waktu penggunaan mencapai 8 hingga 10 tahun, dan terdapat benang halus pada ujung bawahnya yang berfungsi sebagai alat kontrol atau indikator keberadaan AKDR.

AKDR hanya dapat dipasang dan dicabut oleh tenaga medis (dokter atau bidan terlatih).

Cara kerja AKDR adalah dengan mencegah sperma dan ovum bertemu dengan menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, mempengaruhi implantasi sebelum ovum mencapai kavum uteri serta menghalangi implantasi embrio pada endometrium.

Keuntungan

1. Efektivitasnya tinggi 0,6-0,8 kehamilan per 100 pengguna dalam 12 bulan pertama pemakaian.
2. Segera efektif setelah dipasang.
3. Metode kontrasepsi jangka panjang, dapat digunakan sampai menopause.
4. Tidak perlu mengingat-ingat (tidak seperti pil yang harus diminum setiap hari).
5. Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
6. Tidak ada efek hormonal (AKDR tanpa progestin).
7. Tidak mengganggu produksi ASI.
8. Tidak ada interaksi dengan obat-obat.
9. Membantu mencegah kehamilan ektopik.
10. Kembalinya kesuburan dalam waktu singkat setelah AKDR dilepaskan.

Cara kerja

- Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.
- Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- Mencegah bertemunya ovum dan sperma dengan cara menghambat masuknya sperma ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- Mencegah implantasi embrio dalam uterus.

Waktu penggunaan

- Dipasang dalam 48 jam setelah plasenta lahir atau setelah 4 minggu Pascapersalinan.
- Pada abortus, AKDR dapat langsung dipasang selama dipastikan tidak ada infeksi.

KB Pasca Salin – Pemasangan AKDR Pasca Plasenta

Waktu Pemasangan	Definisi	Angka Ekspulsi	Observasi
Inseri dini pascaplasenta	Dalam 10 menit setelah plasenta lahir	9,5-12,5%	Ideal : angka ekspulsi rendah
Inseri segera pascapersalinan	10 menit – 48 jam pasca persalinan	25-37 %	Cukup aman
Inseri tunda pascapersalinan	>48 jam – 4 minggu pasca persalinan	TIDAK DIREKOMENDASIKAN	Risiko tinggi perforasi, ekspulsi dan infeksi
Perpanjangan interval pascapersalinan	>4 minggu pasca persalinan	3-13%	Aman

Efektivitas inseri dini pasca plasenta:

- Telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan
- Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi
- Kontra indikasi pemasangan AKDR pasca plasenta ialah ketuban pecah sebelum waktunya, infeksi intrapartum, dan perdarahan post partum.

Kontraindikasi

1. Hamil atau dicurigai hamil.
2. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya.
3. Menderita Infeksi alat genital (gonorea, klamidia, vaginitis, servisitis).
4. Mengalami penyakit radang panggul atau abortus septic dalam 3 bulan terakhir.
5. Kelainan bawaan uterus abnormal (bentuk dan ukuran abnormal) atau menderita tumor jinak rahim.
6. Penyakit trofoblas ganas.
7. Menderita tuberkulosis pelvis.
8. Kanker alat genital.
9. Ukuran rahim kurang dari 5 cm.

BAB E -2

Pelayanan Ibu Bersalin

Pelayanan Luar Gedung

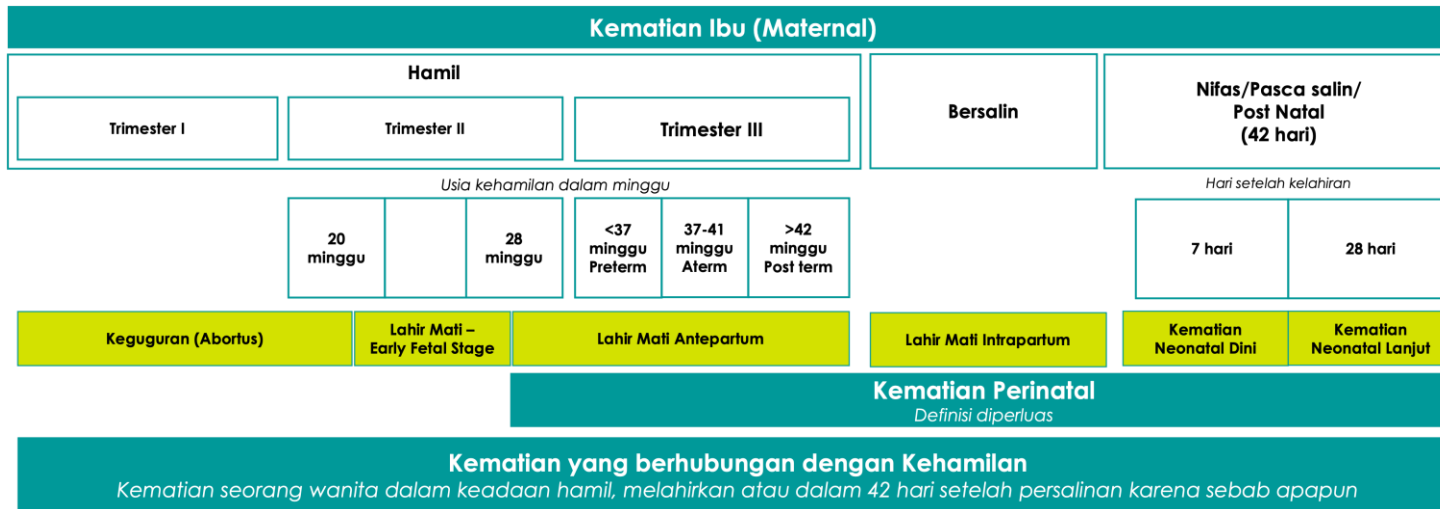
Audit Maternal Perinatal- Surveilans Respons

Kunjungan Rumah Ibu Nifas



Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Respons (AMP-SR) adalah serangkaian kegiatan penelusuran sebab kematian atau kesakitan ibu dan perinatal guna mencegah kesakitan dan kematian serupa.

Lingkup AMP-SR adalah:



Abortus adalah terhentinya proses kehamilan pada usia gestasi 20 minggu atau kurang, atau berat janin sampai 500 gram.

Kematian wanita usia subur (WUS) adalah kematian perempuan berusia 15-49 tahun. Apabila kematian terjadi pada wanita usia <15 tahun atau >49 tahun dan dicurigai sebagai kematian ibu, maka termasuk dalam lingkup AMP-SR.

Kematian ibu (maternal) adalah kematian perempuan yang terjadi pada kehamilan sampai 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat penyebab yang terkait dengan, atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera atau kejadian insidental.

Kematian neonatal adalah kematian bayi baru lahir sampai usia 28 hari dengan batasan usia gestasi di atas 20 minggu. Terdapat dua kategori kematian neonatal, yaitu: i) kematian neonatal dini (*early neonatal death*), yaitu kematian bayi baru lahir sampai usia 7 hari; dan ii) kematian neonatal lanjut (*late neonatal death*), yaitu kematian bayi baru lahir pada usia 8-28 hari.

Kematian perinatal adalah kematian janin sejak berusia 28 minggu dalam kandungan dan kematian bayi sampai berusia 7 hari setelah dilahirkan.

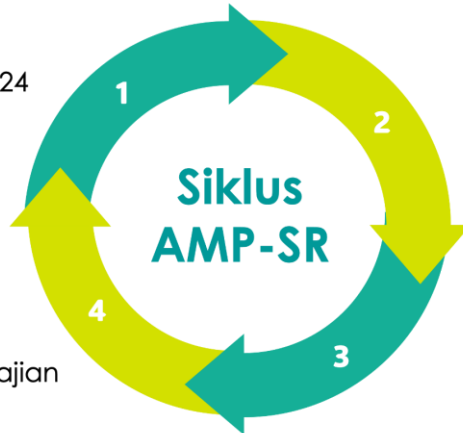
Kematian perinatal dalam definisi yang diperluas adalah kematian janin sejak berusia 28 minggu dalam kandungan dan kematian bayi sampai berusia 28 hari. Untuk selanjutnya, kematian perinatal dalam pedoman ini mengacu kepada definisi kematian perinatal yang diperluas.

Lahir mati (stillbirth) adalah kematian janin yang terjadi sejak kehamilan 28 minggu sampai dengan sebelum dilahirkan (atau berat janin > 1000 gram dan/atau panjang badan >35 cm). Ada dua kategori lahir mati, yaitu: i) lahir mati antepartum (*antepartum stillbirth*), yaitu janin yang mati di dalam kandungan sejak kehamilan 28 minggu sampai dengan sebelum adanya tanda-tanda persalinan, janin biasanya mengalami maserasi sehingga disebut juga sebagai *macerated stillbirth*; dan ii) lahir mati intrapartum (*intrapartum stillbirth*), yaitu janin yang mati selama dalam proses persalinan, umumnya tidak ditemukan maserasi, sehingga disebut juga sebagai *fresh stillbirth*.

Siklus Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Respons

Identifikasi

1. Penemuan Kasus
2. Pemberitahuan/ Notifikasi dalam 1x24 jam



Pelaporan

1. Verifikasi Laporan dalam 3x24 jam
2. Lengkapi informasi dalam Formulir **Rekam Medis** 3-7 hari sesudah identifikasi
3. Lengkapi dan Laporkan **Otopsi Verbal*** 3-14 hari setelah identifikasi

Pengkajian

1. Pertemuan pengkajian dan penyusunan rekomendasi
2. Analisis data agregat dan penyusunan rekomendasi

Respons

1. Diseminasi hasil kajian AMP-SR
2. Pelaksanaan rekomendasi dan penganggaran
3. Pemantauan dan Evaluasi

Peran Berbagai Pihak dalam Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Respons

1. Puskesmas :

- Identifikasi dan notifikasi kasus kematian MP di masyarakat
- Pengisian Form **Otopsi Verbal***
- Pengisian Form Ringkasan Medik (bila terjadi/dilalui kematian)
- Mengirimkan Form Daftar Kematian bulanan kepada Dinkes

2. Rumah Sakit :

- Pengisian Form Ringkasan Medik/ RM
- Melakukan pengkajian kasus kematian rutin
- Menyusun rekomendasi hasil pengkajian dan respon di tingkat RS
- Mengirimkan Form Daftar Kematian bulanan kepada Dinkes

Puskesmas wajib melakukan pelaporan setiap kasus kematian Maternal Perinatal di wilayah layanannya KECUALI jika kematian terjadi di Rumah Sakit.

***Otopsi Verbal dilaporkan oleh puskesmas dan bukan oleh Rumah Sakit.**

Ilustrasi kurun waktu identifikasi dan pelaporan kasus kematian maternal perinatal di Puskesmas adalah sebagai berikut:



Otopsi Verbal

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
- ▼ Formulir OV digunakan untuk mengumpulkan data kronologis kasus kematian dan menggali informasi penyebab kematian serta faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kematian tersebut.
 - ▼ Ada dua jenis formulir OV
 - Formulir Otopsi Verbal Maternal (OVM)
 - Formulir Otopsi Verbal Perinatal (OVP)
 - ▼ Pengisian formulir OV dilakukan oleh bidan koordinator puskesmas atau staf puskesmas lain yang ditugaskan.
 - ▼ Sumber data untuk pengisian formulir OV meliputi:
 - **Keluarga:** memberikan informasi penting terkait pelayanan kesehatan dari perspektif keluarga (misalnya: riwayat pemeriksaan antenatal, proses rujukan, faktor sosial-budaya, ekonomi, kendala transportasi, dll.).
 - **Aparat desa atau anggota masyarakat:** memberikan informasi terkait faktor sosial-budaya, ekonomi, peran serta masyarakat dalam memfasilitasi penggunaan fasyankes, dll.
 - Pengiriman formulir OV yang telah diisi lengkap dari setiap kasus kematian ke dinas kesehatan kabupaten/kota wajib dilakukan dalam kurun waktu 3-14 hari sejak kematian teridentifikasi, dengan mempertimbangkan potensi hambatan seperti faktor budaya dan jarak.
 - Dinas kesehatan (sekretariat AMP-SR) kabupaten/kota dapat melakukan klarifikasi terhadap data kematian ibu dan perinatal yang dirangkum di dalam formulir OV jika diperlukan, serta meminta Puskesmas melengkapi informasi yang dibutuhkan.
 - Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan kelengkapan dan keakuratan informasi dalam formulir OV.

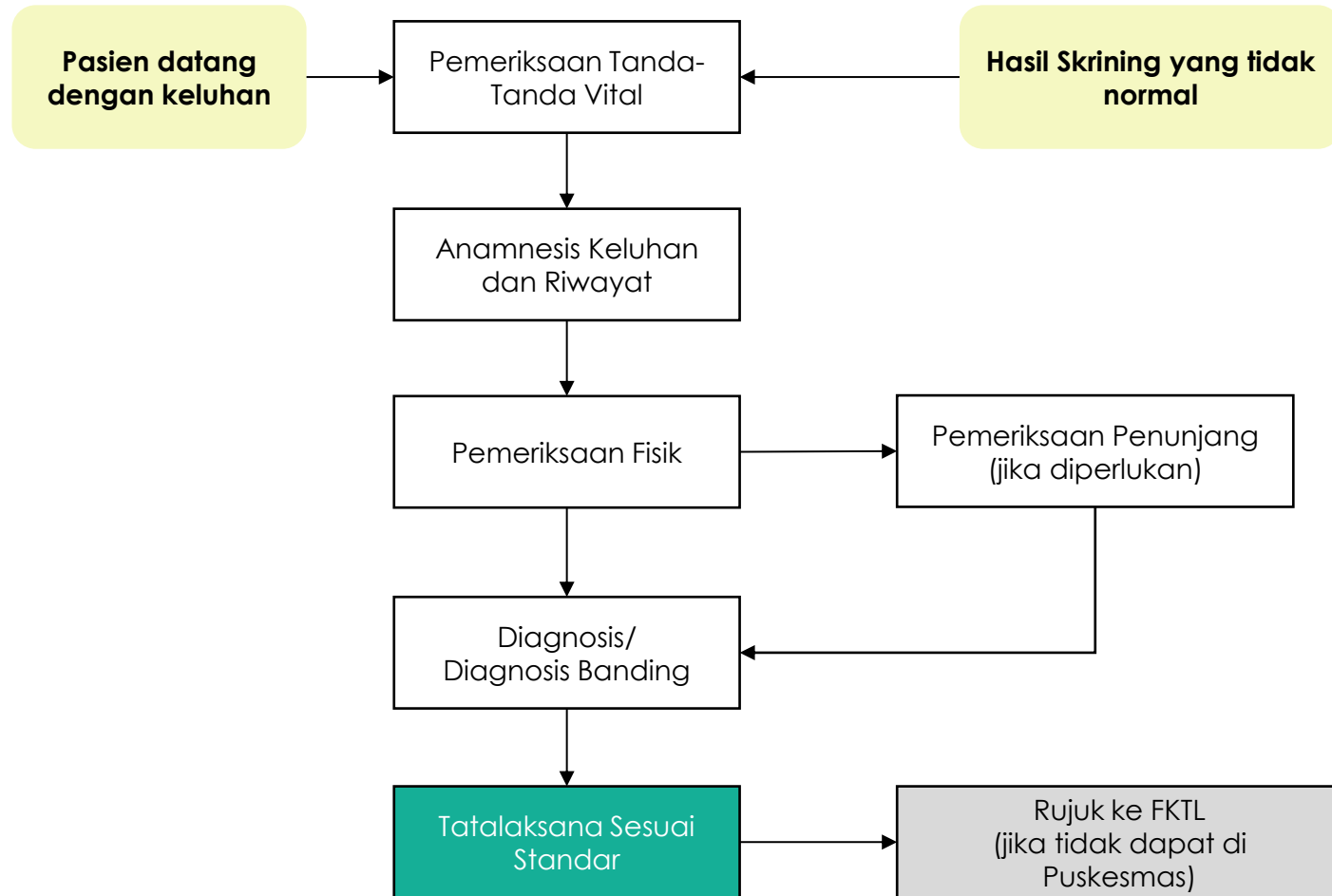


BAB E-4

Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Ibu Hamil dan Ibu Nifas



Alur Pelayanan Pengobatan

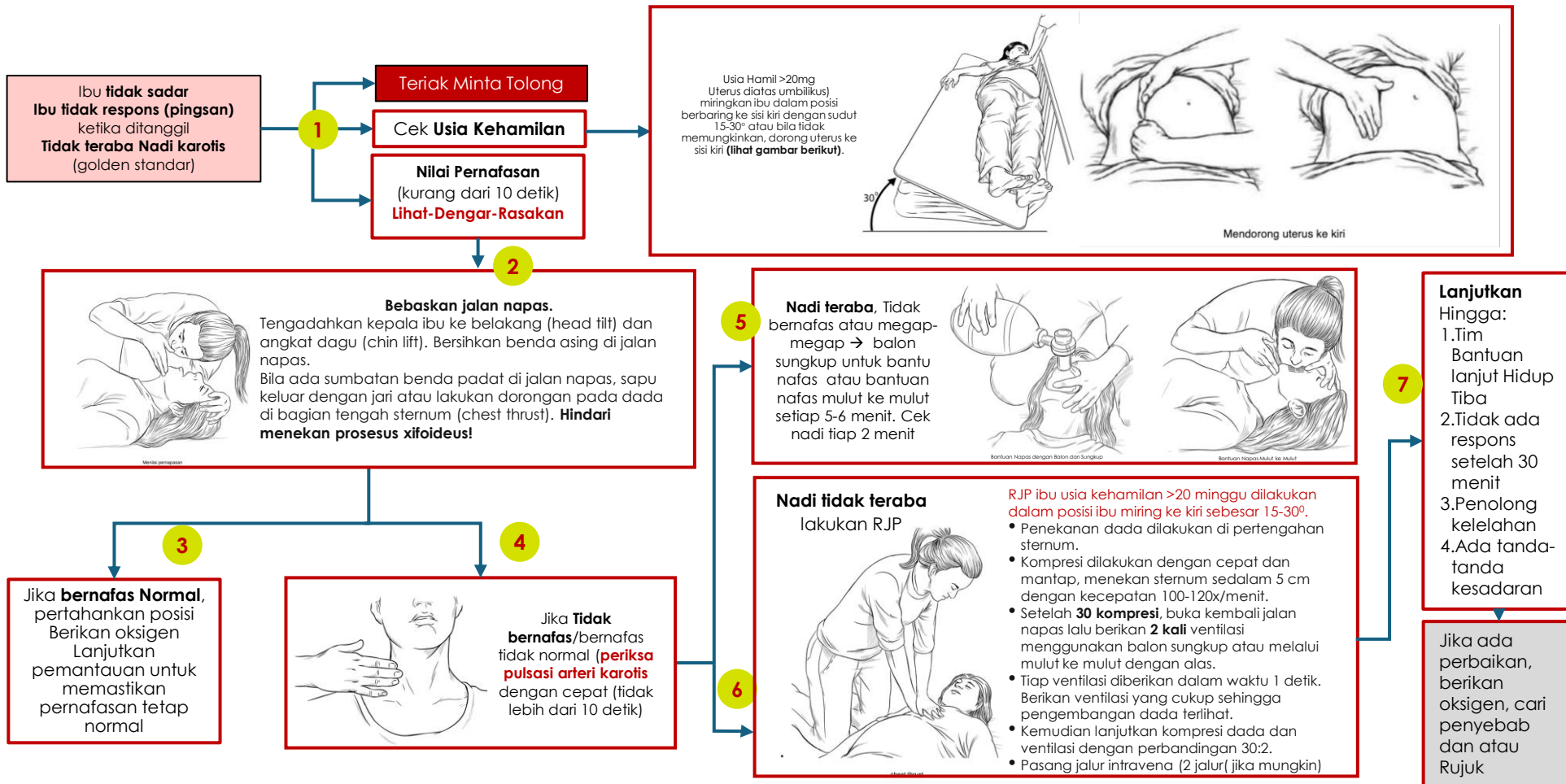


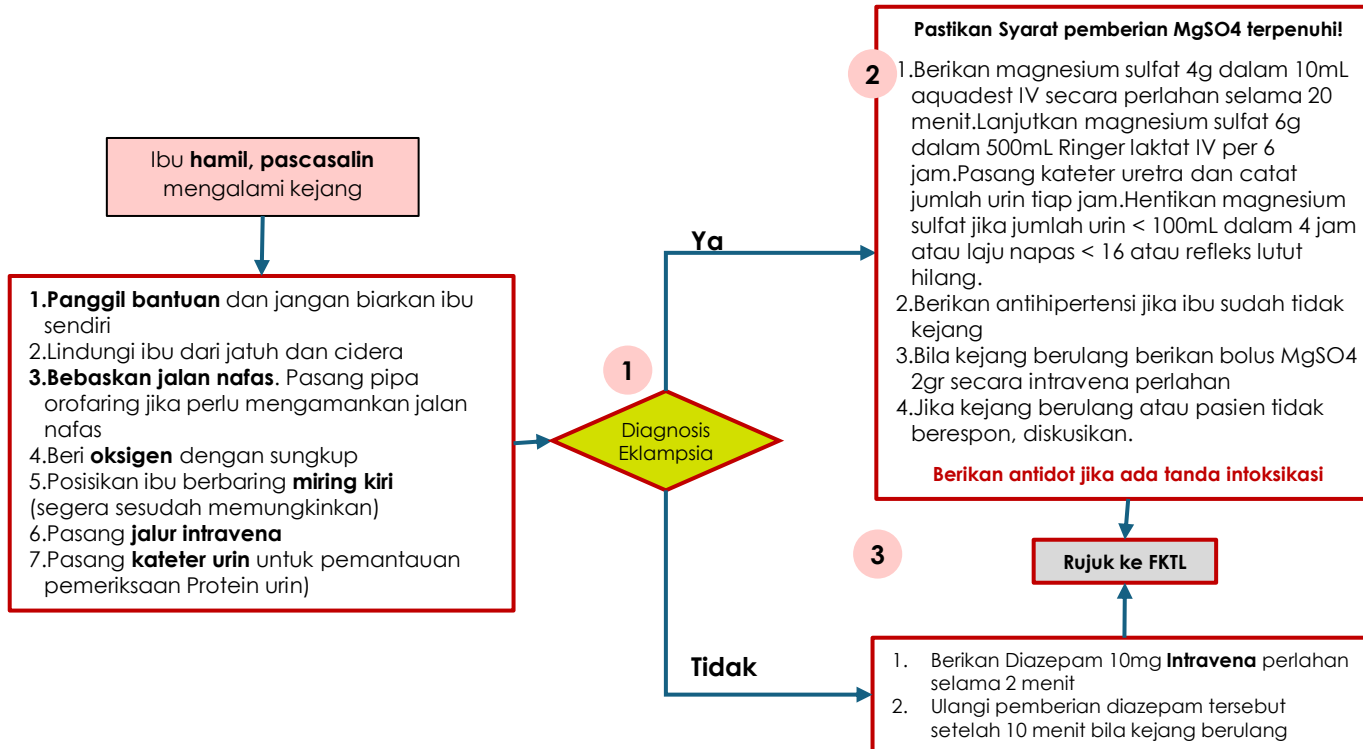
BAB E -4

Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Ibu Hamil dan Ibu Nifas

Kegawatdaruratan Umum Maternal







Ibu hamil dengan kejang mendapatkan tatalaksana eklampsia sampai diagnosis dapat disingkirkan. Lahirkan bayi dalam waktu <12 jam pada ibu hamil dengan eklampsia.

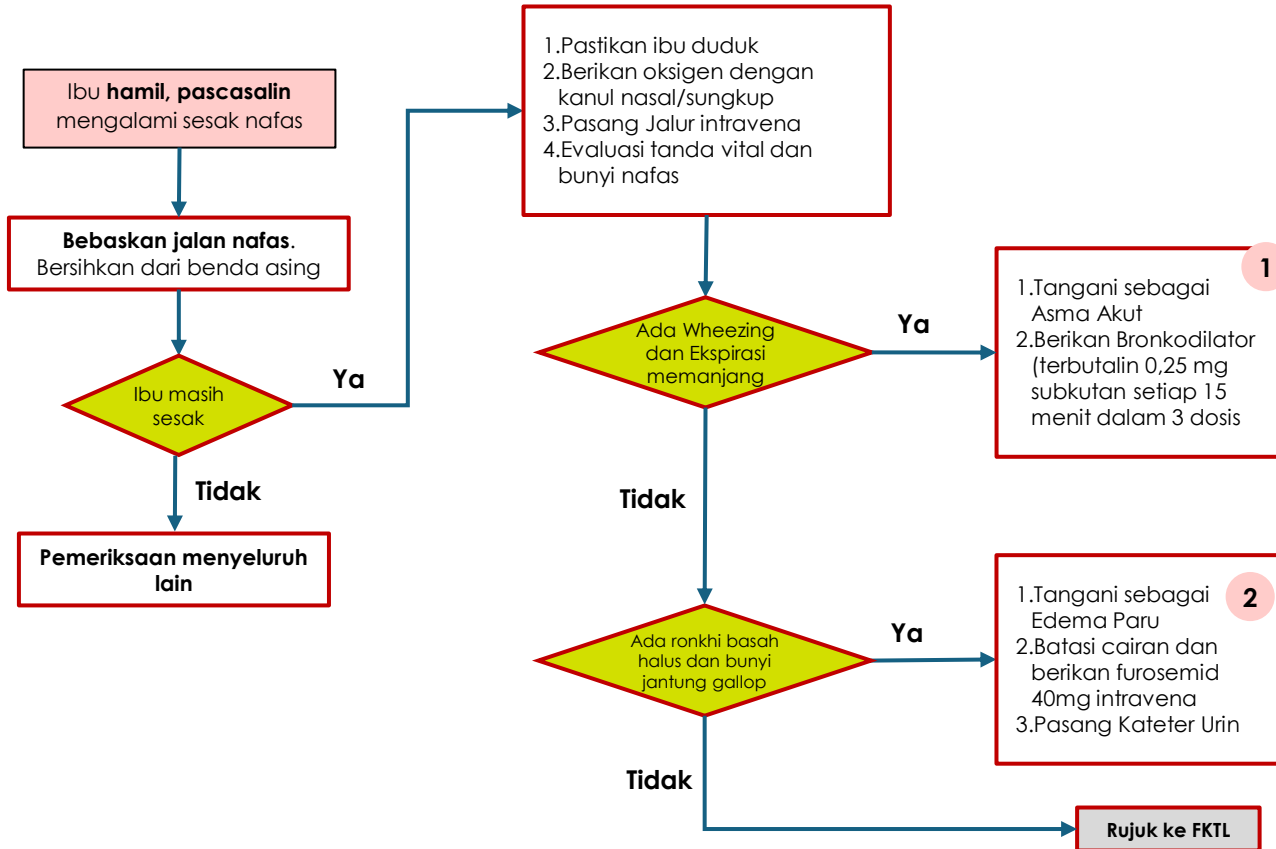
- 1. Diagnosis Eklampsia:**
1. Usia Kehamilan ≥ 20 mg
 2. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
 3. Proteinuria $\geq +2$

- 2. Syarat Pemberian MgSO4**
1. Produksi Urin (100 mg/4jam)
 2. Tendon Refleks positif (+)
 3. Pernafasan ≥ 12 kali/menit

- 3. Intoksikasi MgSO4**
- Sangat jarang terjadi, namun jika terjadi gejala sebagai berikut
1. mual muntah,
 2. hilangnya reflek lutut,
 3. depresi nafas, dan
 4. penurunan kesadaran

Berikan Antidot berupa:
Calcium Gluconate
1-2gram, Intravena

Selalu siapkan Calcium Gluconate jika memberikan MgSO4.

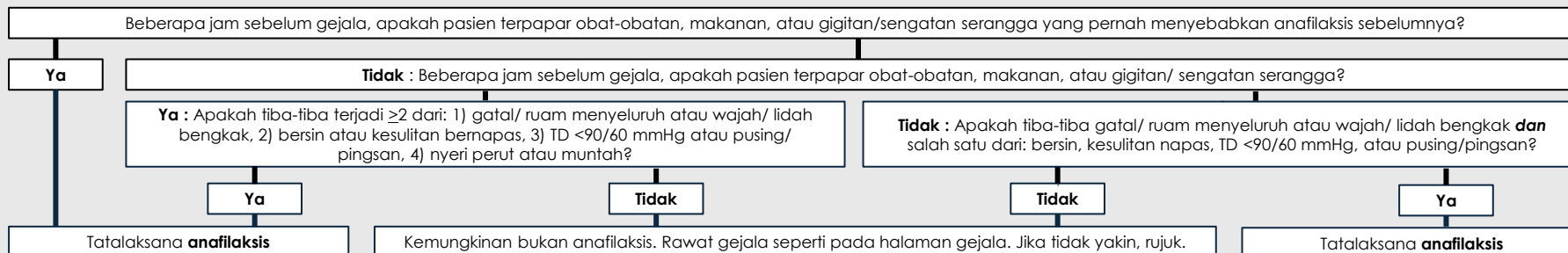


- 1 Tatalaksana Asma Akut**
 1. Usia Kehamilan ≥ 20 mg
 2. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
 3. Proteinuria $\geq +2$

- 2 Tatalaksana Edema Paru**
 1. Produksi Urin (100 mg/4jam)
 2. Tendon Refleks positif (+)
 3. Pernafasan ≥ 12 kali/menit

Pasien dengan anafilaksis mungkin mengalami gatal/ ruam menyeluruh, wajah/ lidah bengkak, tenggorokan gatal, batuk, bersin, mengi, kesulitan napas, pusing/ pingsan, nyeri perut, atau muntah.

Berikan perhatian segera dengan kemungkinan anafilaksis



Tatalaksana dan rujuk segera:

- Posisikan kaki lebih tinggi dari jantung dan berikan masker oksigen.
- Segera injeksi **epinephrine 0.5 ml** 0,5 ml IM (larutan 1 : 1000) ke tengah paha bagian luar. Ulangi setiap 5-15 menit jika tidak membaik.
- Infus **NaCl 0.9%** 1-2 L secepatnya tanpa memperhatikan TD. Lalu, jika TD <90/60 mmHg, infus juga **NaCl 0.9%** 250 ml secara cepat. Ulangi hingga sistolik TD .90 mmHg. Lanjutkan infus 1 L per 6 jam. Hentikan jika terjadi perburukan napas.
- Jika terjadi gigitan/ sengatan serangga, bersihkan.
- Jika pasien bersih-bersin atau kesulitan napas walaupun sudah diberikan epinephrine, berikan larutan **salbutamol 0.5%** sebanyak 2,5 ml dalam larutan **NaCl 0.9%** sebanyak 4 ml menggunakan nebuliser setiap 20 menit sebanyak 3 dosis.

Periksa pasien dengan riwayat anafilaksis

Periksa	Waktu periksa	Catatan
Pemicu	Saat diagnosis	Pastikan spesialis telah mengonfirmasi pemicu pada pasien. Umumnya berupa obat-obatan, makanan, dan gigitan/ sengatan serangga
Alergi lain	Saat diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> • Jika batuk, bersin, sesak, atau kesulitan napas berulang, periksa asma. Jika memiliki asma, berikan perawatan rutin. • Jika terdapat kulit kering, bersisik, gatal di pergelangan tangan, mata kaki, siku bagian dalam atau belakang lutut, kemungkinan eksim. • Jika gatal, kemerahan, menebal yang terjadi tiba-tiba lalu biasanya hilang dalam 24 jam, kemungkinan urtikaria. • Jika bersin dan hidung gatal/ beringsus/ tersumbat berulang hampir setiap hari >2 minggu, kemungkinan rinitis alergi. • Jika kedua mata berair dan gatal, kemungkinan konjungtivitis alergi.

Edukasi pasien dengan riwayat anafilaksis

- Edukasi untuk menghindari pemicu. Jika pemicu adalah obat-obatan, selalu informasikan kepada petugas kesehatan.
- Pastikan pasien mengetahui nomor telepon ambulans, rumah sakit terdekat, dan transportasi yang bisa diandalkan jika terjadi anafilaksis.
- Jika diresepkan alat injeksi epinephrine otomatis (seperti EpiPen*), pastikan pasien paham cara dan kapan menggunakannya: edukasi untuk membaca instruksi pada kemasan. Jika terpapar pemicu, gunakan segera jika ada salah satu dari: gatal/ ruam, wajah/ lidah bengkak, tenggorokan gatal, batuk, bersin, kesulitan napas, pusing/ pingsan, nyeri perut atau muntah-muntah. Setelah digunakan, telepon ambulans segera.
- Berikan gelang peringatan medis dan edukasi pasien untuk selalu memakainya. Jika tidak tersedia, berikan informasi tertulis tentang pemicu alergi dan edukasi pasien untuk selalu membawanya.

¹ Makanan yang biasanya menyebabkan anafilaksis, meliputi kacang-kacangan, telur, keju, seafood, susu, dan ikan.

BAB E -4

Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Ibu Hamil dan Ibu Nifas

Keluhan Obstetri

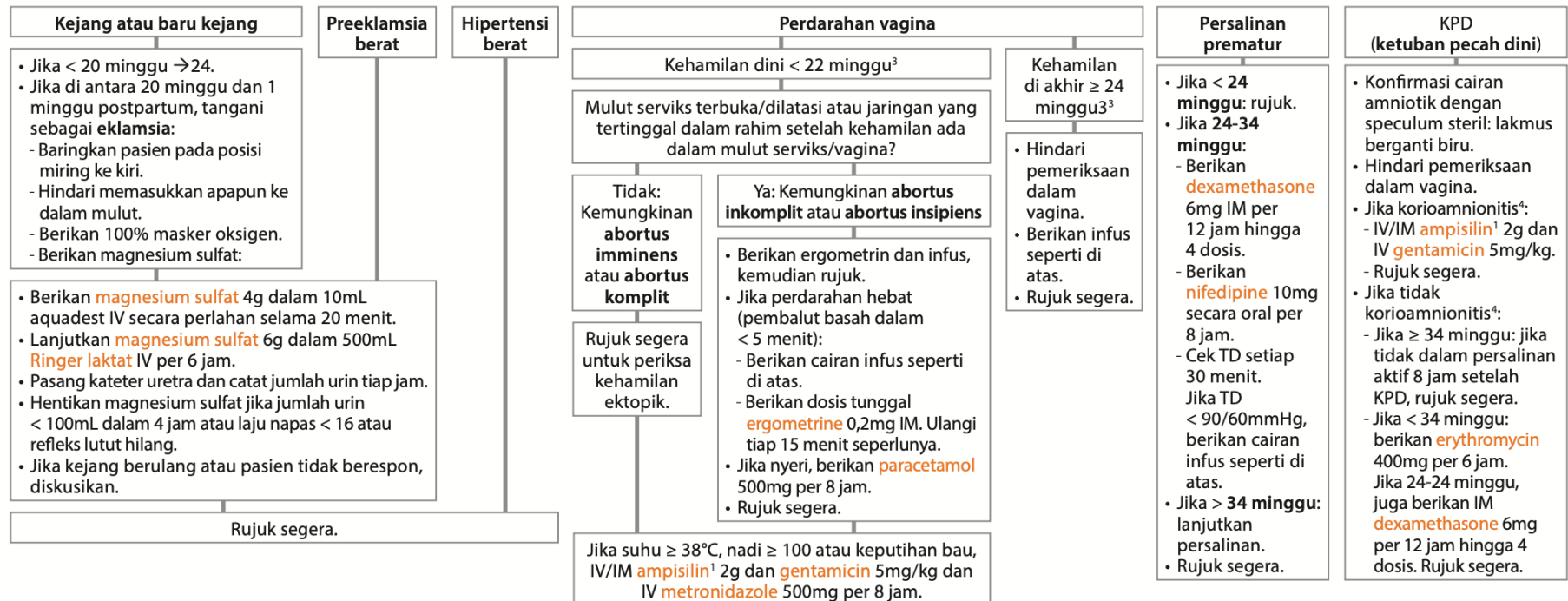


Berikan perhatian segera pada pasien hamil jika:

- Kejang atau baru-baru ini kejang
- TD \geq 140/90mmHg dan Nyeri kepala berlanjut/penglihatan kabur/nyeri perut: tangani sebagai **preeklamsia berat**
- TD \geq 160/110mmHg dan \geq 2+ proteinuria: tangani sebagai **preeklamsia berat**
- TD \geq 160/110mmHg tanpa proteinuria: tangani sebagai **hipertensi berat**
- Suhu \geq 38°C dan sakit kepala, lemah, nyeri punggung, nyeri perut
- Kesulitan bernapas
- Betis nyeri bengkak
- Perdarahan vagina
- Pergerakan janin berkurang/tidak ada \hookrightarrow 142
- Kontraksi nyeri < 37 minggu: kemungkinan **persalinan prematur**
- Cairan bening atau pucat keluar tiba-tiba dari vagina tanpa kontraksi: kemungkinan **KPD (ketuban pecah dini)**

Tata laksana:

- Jika kesulitan bernapas, berikan masker oksigen dan rujuk segera.
- Jika TD < 90/60mmHg, infus **NaCl 0,9% 250mL** secara cepat, ulangi hingga TD sistolik > 90mmHg. Lanjutkan infus 1L per 6 jam. Hentikan jika terjadi perburukan napas.
- Jika suhu \geq 38°C, IV/IM **ampisilin**¹ 2g dan IM **gentamicin** 80mg dan rujuk segera.



1

2

Definisi

Perdarahan pascasalin primer terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan, sementara perdarahan pascasalin sekunder adalah perdarahan pervaginam yang lebih banyak dari normal antara 24 jam hingga 12 minggu setelah persalinan.

Diagnosis

Perdarahan pascasalin adalah perdarahan ≥ 500 ml setelah bayi lahir atau yang berpotensi mempengaruhi hemodinamik ibu.

Faktor Predisposisi

- Kelainan implantasi dan pembentukan plasenta: plasenta previa, solutio plasenta, plasenta akreta/inkreta/perkreta, kehamilan ektopik, mola hidatidosa
- Trauma saat kehamilan dan persalinan: episiotomi, persalinan per vaginam dengan instrumen (forsep di dasar panggul atau bagian tengah panggul), bekas SC atau histerektomi
- Volume darah ibu yang minimal, terutama pada ibu berat badan kurang, preeklamsia berat/eklamsia, sepsis, atau gagal ginjal
- Gangguan koagulasi
- Pada atonia uteri, penyebabnya antara lain uterus overdistensi (makrosomia, kehamilan kembar, hidramnion atau bekuan darah), induksi persalinan, penggunaan agen anestetik (agen halogen atau anastesia dengan hipotensi), persalinan lama, korioamnionitis, persalinan terlalu cepat dan riwayat atonia uteri sebelumnya

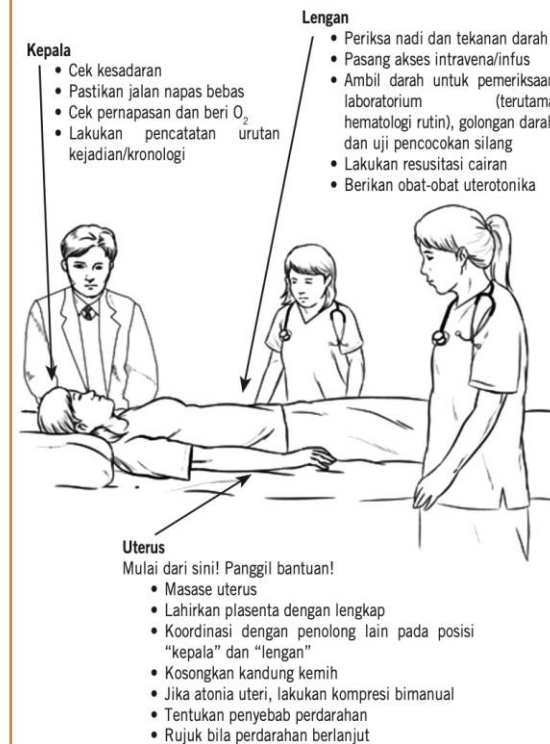
Tatalaksana Awal

a. Tatalaksana Umum

- ▶ Panggil bantuan tim untuk tatalaksana secara simultan (lihat BAGAN 5).
- ▶ Nilai sirkulasi, jalan napas, dan pernapasan pasien.
- ▶ Bila menemukan tanda-tanda syok, lakukan penatalaksanaan syok (lihat bab 3.2).

- ▶ Berikan oksigen.
- ▶ Pasang infus intravena dengan kanul berukuran besar (16 atau 18) dan mulai pemberian cairan kristaloid (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat atau Ringer Asetat) sesuai dengan kondisi ibu. (lihat tabel 4.7.1). Pada saat memasang infus, lakukan juga pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan.
- ▶ Jika fasilitas tersedia, ambil sampel darah dan lakukan pemeriksaan:
 - Kadar hemoglobin (pemeriksaan hematologi rutin)
 - Penggolongan ABO dan tipe Rh serta sampel untuk pencocokan silang
 - Profil Hemostasis
 - o Waktu perdarahan (*Bleeding Time/BT*)
 - o Waktu pembekuan (*Clotting Time/CT*)
 - o *Prothrombin time (PT)*
 - o *Activated partial thromboplastin time (APTT)*
 - o Hitung trombosit
 - o Fibrinogen
- ▶ Lakukan pengawasan tekanan darah, nadi, dan pernapasan ibu.
- ▶ Periksa kondisi abdomen: kontraksi uterus, nyeri tekan, parut luka, dan tinggi fundus uteri.
- ▶ Periksa jalan lahir dan area perineum untuk melihat perdarahan dan laserasi (jika ada, misal: robekan serviks atau robekan vagina).
- ▶ Periksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban.
- ▶ Pasang kateter Folley untuk memantau volume urin dibandingkan dengan jumlah cairan yang masuk. (CATATAN: produksi urin normal 0.5-1 ml/kgBB/jam atau sekitar 30 ml/jam)
- ▶ Siapkan transfusi darah jika kadar Hb < 8 g/dL atau secara klinis ditemukan keadaan anemia berat
 - 1 unit *whole blood (WB)* atau *packed red cells (PRC)* dapat menaikkan hemoglobin 1 g/dl atau hematokrit sebesar 3% pada dewasa normal.
 - Mulai lakukan transfusi darah, setelah *informed consent* ditandatangani untuk persetujuan transfusi
- ▶ Tentukan penyebab dari perdarahannya (lihat tabel 4.7.2) dan lakukan tatalaksana spesifik sesuai penyebab

BAGAN 5. Tatalaksana awal perdarahan pascasalin dengan pendekatan tim



1
2

Penyebab Perdarahan Pascasalin

Penyebab yang harus dipikirkan	Gejala dan tanda
Atonia uteri	<ul style="list-style-type: none"> Perdarahan segera setelah anak lahir Uterus tidak berkontraksi atau lembek
Retensio plasenta	<ul style="list-style-type: none"> Plasenta belum dilahirkan dalam 30 menit setelah kelahiran bayi
Sisa plasenta	<ul style="list-style-type: none"> Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap Perdarahan dapat muncul 6-10 hari pascasalin disertai subinvolusi uterus
Robekan jalan lahir	<ul style="list-style-type: none"> Perdarahan segera Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir
Ruptura uteri	<ul style="list-style-type: none"> Perdarahan segera (perdarahan intraabdominal dan atau pervaginam) Nyeri perut yang hebat Kontraksi yang hilang
Inversio uteri	<ul style="list-style-type: none"> Fundus uteri tidak teraba pada palpasi abdomen Lumen vagina terisi massa Nyeri ringan atau berat

Cairan Infus Pengganti Berdasarkan Perkiraan Volume Kehilangan Darah

Penilaian Klinis			Volume Perdarahan (% dari volume total darah)	Perkiraan Kehilangan Darah (ml) (volume darah ibu hamil – 100 ml/kgBB Kehilangan Darah)	Jumlah Cairan Infus Kristaloid Pengganti (2-3 x Jumlah)
Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Frekuensi Nadi	Perfusi Akral			
120	80x/menit	Hangat	<10%	<600 ml (asumsi berat badan 60 kg)	-
100	100x/menit	Pucat	± 15%	900 ml	2000-3000 ml
<90	>120x/menit	Dingin	± 30%	1800 ml	3500-5500 ml
<60-70	>140x/menit hingga tak teraba	Basah	± 50%	3000 ml	6000-9000 ml

Penyebab yang harus dipikirkan	Gejala dan tanda
Gangguan pembekuan darah	<ul style="list-style-type: none"> Perdarahan tidak berhenti, encer, tidak terlihat gumpalan darah Kegagalan terbentuknya gumpalan pada uji pembekuan darah sederhana Terdapat faktor predisposisi: <ul style="list-style-type: none"> Solusio plasenta Kematian janin dalam uterus Eklampsia Emboli air ketuban

- Perdarahan dapat ringan bila bekuan darah menutup serviks atau bila ibu berbaring telentang
- Pada inversio kompli dapat tidak terjadi perdarahan

Hasil Anemnesis:

- Mual dan muntah hebat
- Ibu terlihat pucat
- Kekurangan cairan

Faktor Risiko

Pemeriksaan Penunjang:

- Darah : kenaikan relatif hemoglobin dan hematokrit.
- Urinalisa : warna pekat, berat jenis meningkat, pemeriksaan ketonuria, dan proteinuria.

Non Medikamentosa:

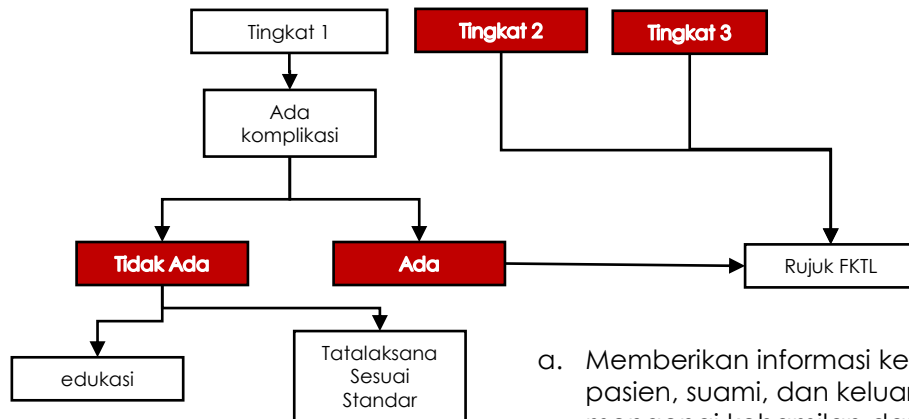
- Mengusahakan kecukupan nutrisi ibu, termasuk suplementasi vitamin dan asam folat di awal kehamilan.
- Makan porsi kecil, tetapi lebih sering.
- Menghindari makanan yang berminyak dan berbau lemak.
- Istirahat cukup dan hindari kelelahan.
- Efikasi yang teratur.

Medikamentosa Tatalaksana Umum:

- Dimenhidrinat 50-100 mg per oral atau supositoria, 4-6 kali sehari ATAU Prometazin 5-10 mg 3-4 kali sehari per oral atau supositoria.
- Bila masih belum teratasi, tapi tidak terjadi dehidrasi, berikan salah satu obat di bawah ini:
 - Klorpromazin 10-25 mg per oral atau 50-100 mg IM tiap 4-6 jam
 - Prometazin 12,5-25 mg per oral atau IM tiap 4-6 jam
 - Metoklopramid 5-10 mg per oral atau IM tiap 8 jam
 - Ondansetron 8 mg per oral tiap 12 jam
- Bila masih belum teratasi dan terjadi dehidrasi, pasang kanula intravena dan berikan cairan sesuai dengan derajat hidrasi ibu dan kebutuhan cairannya, lalu:
 - Berikan suplemen multi vitamin IV
 - Berikan dimenhidrinat 50 mg dalam 50 ml NaCl 0,9% IV selama 20 menit, setiap 4-6 jam sekali
 - Bila perlu, tambahkan salah satu obat berikut ini:
 - Klorpromazin 25-50 mg IV tiap 4-6 jam
 - Prometazin 12,5-25 mg IV tiap 4-6 jam
 - Metoklopramid 5-10 mg tiap 8 jam per oral
 - Bila perlu, tambahkan Metilprednisolon 15-20 mg IV tiap 8 jam ATAU ondansetron 8 mg selama 15 menit IV tiap 12 jam atau 1 mg/jam terus-menerus selama 24 jam.

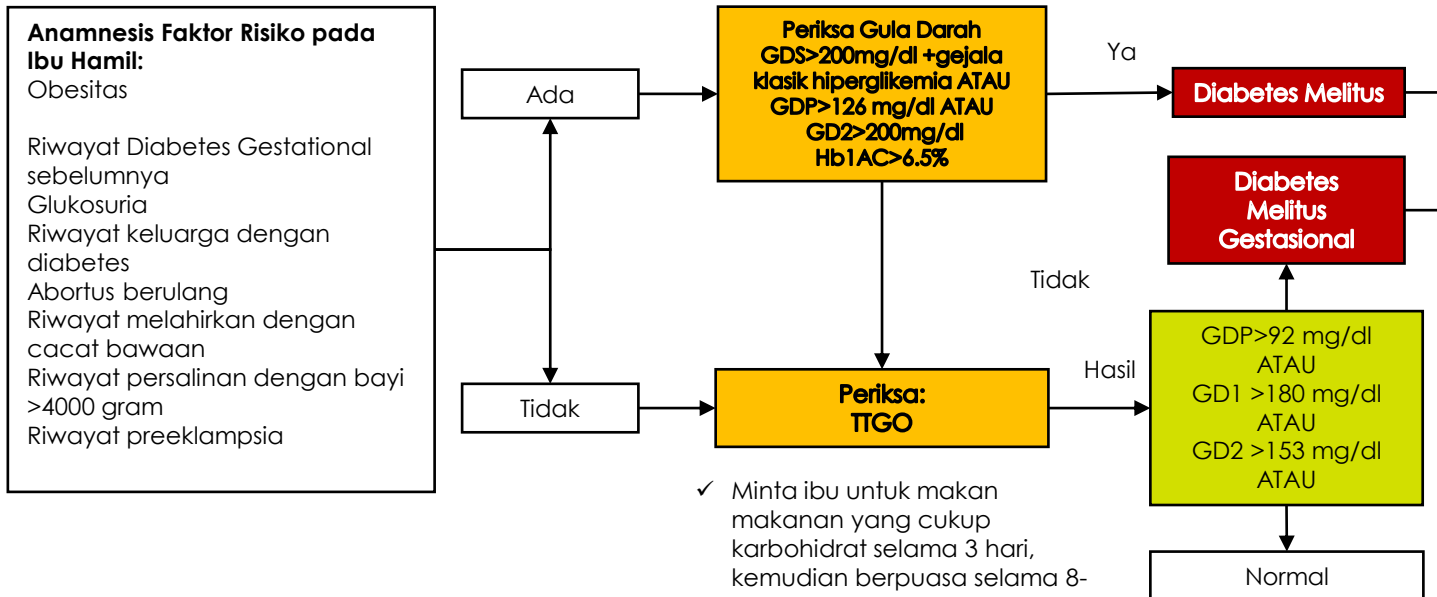
Tegakkan Diagnosis:

- Mual muntah berat
- Berat badan turun > 5% dari berat sebelum hamil
- Ketonuria
- Dehidrasi dan Ketidakseimbangan elektrolit



- Memberikan informasi kepada pasien, suami, dan keluarga mengenai kehamilan dan persalinan suatu proses fisiologik.
- Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah usia kehamilan 4 bulan.
- Hindari kelelahan pada ibu dengan aktivitas berlebihan.
- Memperhatikan kecukupan nutrisi ibu, dan sedapat mungkin mendapatkan suplemen asam folat di awal kehamilan.

Alur Diagnosis



GDS : Gula Darah Sewaktu
GDP : Gula Darah Puasa
TTGO : Tes Toleransi Glukosa Oral
GD1: Gula Darah sesudah 1 jam
GD2: Gula Darah sesudah 2 jam

- ✓ Minta ibu untuk makan makanan yang cukup karbohidrat selama 3 hari, kemudian berpuasa selama 8-12 jam sebelum dilakukan pemeriksaan.
- ✓ Periksa kadar glukosa darah puasa dari darah vena di pagi hari, kemudian diikuti pemberian beban glukosa 75 gram yang dilarutkan dalam 200 ml air diminum dalam waktu paling lama 5 menit
- ✓ Dilanjutkan pemeriksaan kadar glukosa darah 1 jam lalu 2 jam kemudian

Pengelolaan dan Perawatan:

- 1. Diet Sehat:**
 - Mengonsumsi makanan seimbang yang kaya akan sayuran, buah, biji-bijian, dan protein tanpa lemak.
 - Menghindari makanan yang tinggi gula dan karbohidrat sederhana.
- 2. Aktivitas Fisik:** Melakukan olahraga ringan seperti berjalan, berenang, atau yoga sesuai anjuran dokter.
- 3. Pemantauan Kadar Gula Darah:** Memantau kadar glukosa darah secara teratur untuk memastikan tetap dalam batas normal.
- 4. Obat-obatan:** Jika diet dan olahraga tidak cukup untuk mengendalikan kadar gula darah, insulin atau obat lain mungkin diperlukan.

Komplikasi yang bisa timbul:

- Risiko kelahiran prematur
- Bayi yang lahir dengan berat badan berlebih (makrosomia)
- Meningkatkan risiko diabetes tipe 2 di kemudian hari bagi ibu dan anak

Pasca Kelahiran:

Kadar glukosa darah biasanya kembali normal setelah melahirkan. Namun, penting untuk melakukan pemeriksaan rutin untuk memantau risiko diabetes tipe 2 di masa depan.

No	Gejala atau tanda	Bagan tatalaksana terpadu ibu nifas
1	<ul style="list-style-type: none">• Tekanan Darah Diastolik Naik• Nyeri kepala, pandangan kabur, dan nyeri ulu hati	NF2
2	Wajah Pucat, Periksa Kemungkinan Anemia	NF3
3	Risiko HIV	NF.4
4	Perdarahan hebat dari vagina	NF 5
5	Demam atau keluar Cairan Berbau Busuk	NF 5
6	masalah Buang Air Kecil :	NF 6
7	Sedih atau Mudah Menangis	NF 7
8	keputihan (<i>vaginal discharge</i>) pada 4 minggu setelah persalinan	NF 8
9	Keluhan Nyeri di Payudara atau Puting	NF 9
10	Batuk atau sulit Bernafas	NF 10
11	Merokok, menggunakan alcohol, obat terlarang dan memiliki riwayat korban kekerasan	NF 11

BAB E -4

Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Ibu Hamil dan Ibu Nifas

Tatalaksana Masalah Gizi pada Ibu Hamil



- Jika Hb 10-10,9 g/dL diberikan terapi besi percobaan

Diagnosis dan Tatalaksana di FKTP

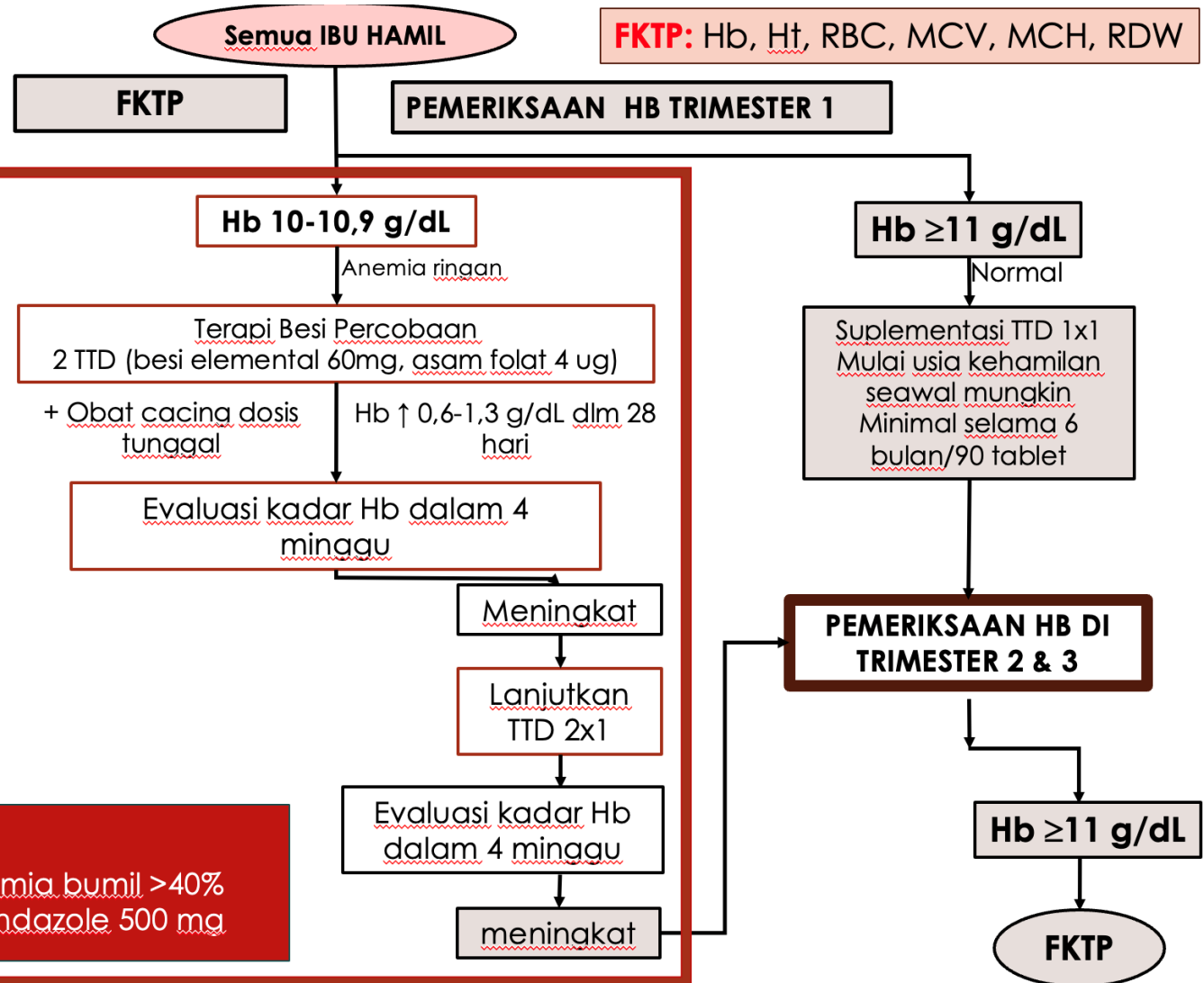
Terapi Besi Percobaan

- Besi elemental 100-200 mg/hr
- Evaluasi 4 minggu

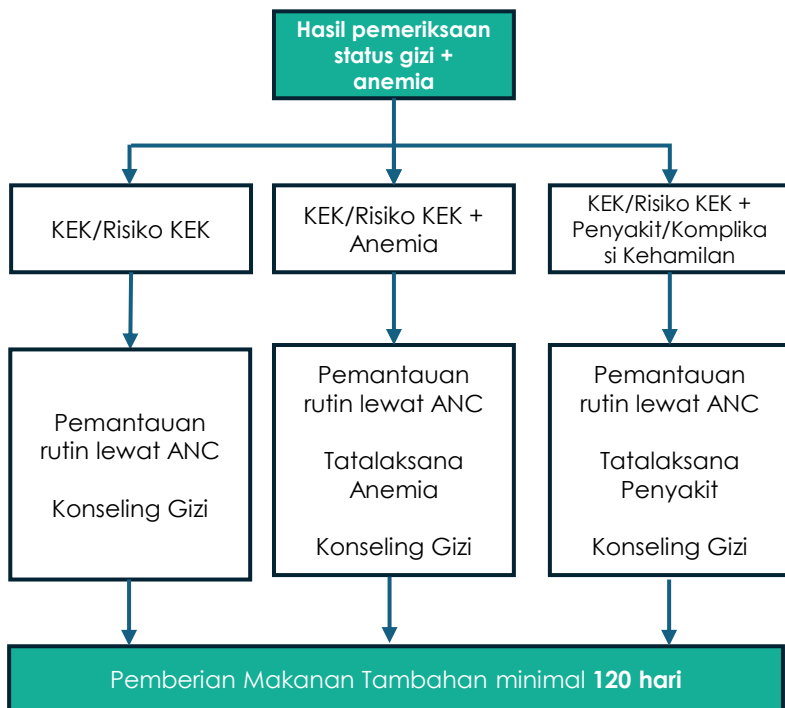
Sediaan Besi	Dosis garam mg (%)	Besi elemental
Ferrous fumarate	324 (33%)	106
Ferrous sulphate	324 (20%)	65
Ferrous sulphate dried	200 (37%)	65
Ferrous succinate	100 (35%)	35
Ferrous gluconate	300 (12%)	35
IPC		100

Rekomendasi WHO obat cacing

- Blanket approach: prevalensi anemia bumil >40%
- Dosis tunggal Mebendazole/Albendazole 500 mg



1
2
3



Tatalaksana

Pemberian makanan tambahan kepada Ibu hamil berisiko KEK (Kurang Energi Korinis) atau Ibu dengan KEK diberikan untuk memulihkan gizi ibu hamil selama kehamilan

Target kenaikan berat badan adalah 12,5-18 kg selama kehamilan yaitu:

- Trimester 1 : 1,5 – 2kg
- Trimester 2 : 4,5 - 6,5 kg
- Trimester 3 : 6,5 – 9,5 kg

Durasi

Pemberian makanan tambahan diberikan selama 120 har.

Dalam 1 siklus menu setidaknya diberikan 1 kali makanan lengkap sebagai sarana edukasi isi piringku, sisa hari lainnya diberikan sebagai makanan selingan/kudapan padat gizi

Berupa makanan siap santap, dalam bentuk makanan lengkap atau makanan selingan/kudapan – yang mengandung protein hewani dengan memperhatikan gizi seimbang, membatasi penggunaan gula, garam dan lemak tinggi (GGL)

Rujuk, apabila:

kenaikan BB tidak sesuai usia kehamilan (di bawah 1 kg/bulan (T1) atau di bawah 2 kg/bulan (T2, T3)

1

2

2

Prinsip Pemberian Makanan Tambahan Lokal Ibu hamil



Berupa makanan siap santap, dalam bentuk makanan lengkap atau makanan selingan/kudapan – yang mengandung protein hewani dengan memperhatikan gizi seimbang, membatasi penggunaan gula, garam dan lemak tinggi (GGL)



Berupa tambahan asupan dan bukan pengganti makanan utama.

PMT **disertai edukasi** (demonstrasi/ penyuluhan/konseling)

Mengedepankan prinsip **pemberdayaan masyarakat**



Lama waktu pemberian makanan tambahan :

- Makanan tambahan Ibu hamil diberikan selama minimal 120 hari



Diberikan **setiap hari.**

Dalam 1 siklus menu setidaknya diberikan 1 kali makanan lengkap sebagai sarana edukasi isi piringku, sisa hari lainnya diberikan sebagai makanan selingan/kudapan padat gizi

- 1
- 2
- 3

Standar Makanan Tambahan Lokal untuk Ibu Hamil

Komposisi Makanan Tambahan bagi Ibu Hamil KEK dalam satu hari

Zat Gizi	Makanan Lengkap		Makanan Kudapan	
	18 - 23%	29 – 34 gram	18 - 23%	23 – 27 gram
Energi	500 – 700 kkal		510 - 530 kkal	
Protein (gr)	18 - 23%	29 – 34 gram	18 - 23%	23 – 27 gram
Lemak (gr)	20 - 30%	14 – 24 gram	30 - 40%	19 – 23 gram



- Makanan padat gizi mengandung protein hewani terdiri dari berupa sumber makanan pokok, sumber lauk pauk hewani dan nabati serta sayur dan buah
- Bahan makanan sumber protein hewani mengacu pada lampiran

Contoh Standar Bahan Makanan Tambahan Lokal bagi Ibu Hamil KEK yang disiapkan untuk 1 kali makan

Bahan Makanan	Makanan Kudapan		Makanan Lengkap	
	Berat (gram)	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (gram)	Ukuran Rumah Tangga (URT)
Makanan Pokok (beras)	40	½ gelas	75	½ gelas
Laik hewani 1 (telur)	60	1 butir besar	Ikan 75g/ ayam 60 g/ telur 60 g/ daging 60 g	1 ekor/ 1 potong besar/ 1 butir besar/ 1 potong besar
Laik hewani 2 (ayam/ikan/ daging)	30-50	½ potong sedang		
Laik Nabati (kacang-kacangan/ tempe/tahu)	25	3 sdm/ ½ potong sedang	50	2 potong sedang
Sayur	50	½ gelas ukuran 250 ml	100	1 gelas
Buah	60	1 buah ukuran sedang	100	1 buah ukuran besar/ 2 potong sedang
Minyak/lemak	5	1 sdt	5	1 sdt

BAB E -4

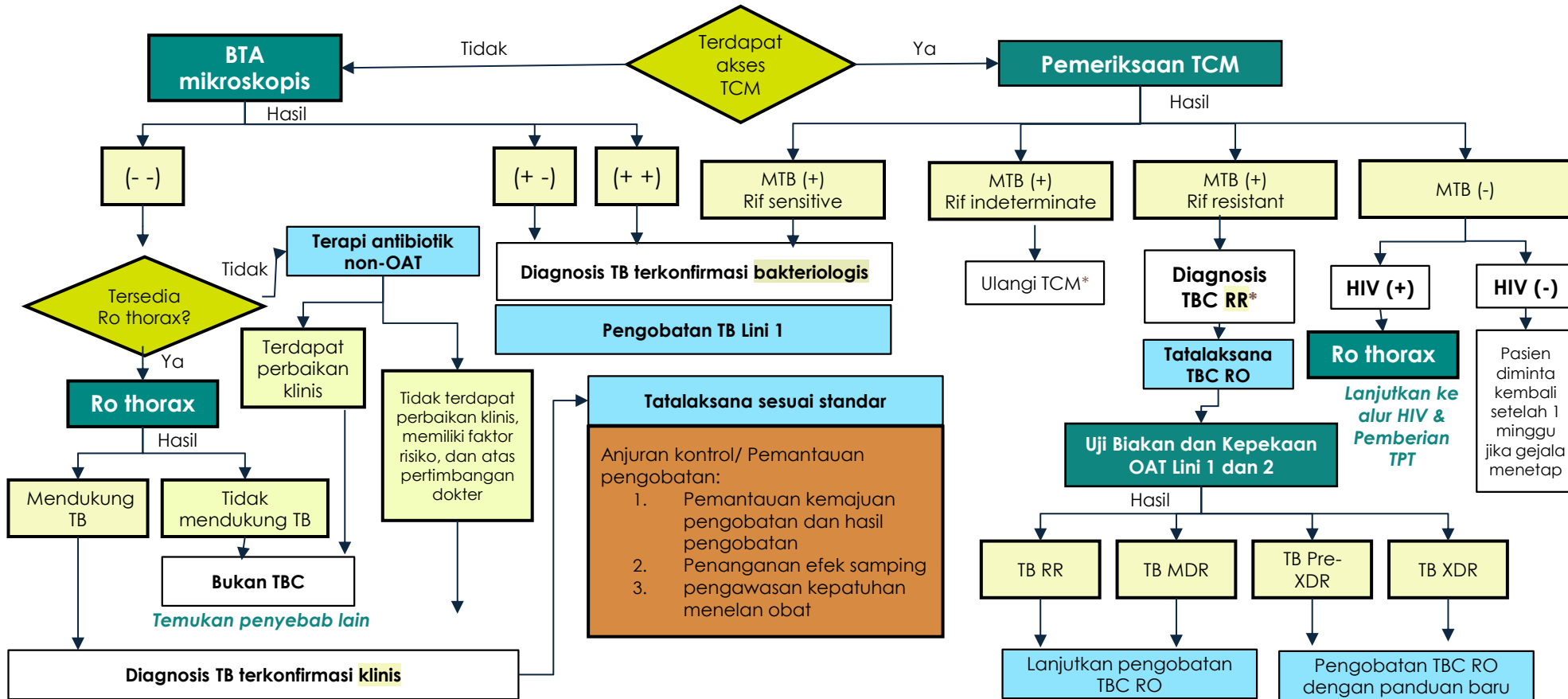
Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Ibu Hamil dan Ibu Nifas

Tatalaksana Penyakit Infeksi



1
2

Alur Diagnosis



1

Pengobatan

2

Pada ibu hamil

- ▶ Pengobatan TB pada ibu hamil pada prinsipnya tidak berbeda dengan pengobatan TB pada umumnya. Hanya saja, streptomisin **TIDAK BOLEH** diberikan karena dapat menyebabkan cacat bawaan pada janin.
- ▶ Pastikan selama masa pengobatan, pasien didampingi oleh seorang pengawas minum obat (PMO) yang dapat memantau dan mendorong kepatuhan pasien berobat.
- ▶ Untuk **Kategori 1** (pasien TB baru BTA positif, ATAU pasien TB baru BTA negatif foto toraks positif), ibu diberikan rifampisin, INH, pirazinamid, dan etambutol setiap hari selama 2 bulan, dilanjutkan rifampisin dan INH 3 kali seminggu (intermiten) selama 4 bulan. Dosis yang diberikan adalah sebagai berikut.
 - o INH dosis 5 mg/kgBB/hari (untuk pemberian setiap hari) atau 10 mg/kgBB/hari (untuk pemberian 3 kali seminggu); maksimum 300 mg/hari
 - o Rifampisin 10 mg/kgBB/hari; maksimum 600 mg/hari
 - o Pirazinamid 25 mg/kgBB/hari; maksimum 2000 mg/hari
 - o Etambutol 15 mg/kgBB

Terapi tersebut dapat diberikan dalam bentuk kombinasi dosis tetap (KDT) sesuai berat badan ibu seperti di bawah ini:

Tabel 5.3.1 Dosis KDT sesuai berat badan ibu

BB (kg)	Setiap hari (intensif) selama 56 hari (2 bulan) pertama	Tiga kali seminggu (intermiten) selama 16 minggu (4 bulan) berikutnya
30-37	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38-54	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55-70	4 tablet 4KDT	4 tablet 2KDT
>71	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

- ▶ Lakukan pemeriksaan dahak kembali di akhir tahap intensif (bulan kedua). Bila hasil negatif, lanjutkan pengobatan tahap berikutnya. Bila hasil positif, berikan tambahan pengobatan seperti tahap intensif selama 28 hari (OAT sisipan). Setelah selesai, lakukan pemeriksaan dahak ulangan. Bila negatif, lanjutkan pengobatan ke tahap berikutnya. Bila tetap positif, rujuk pasien ke layanan TB-MDR untuk pemeriksaan resistensi sambil melanjutkan pengobatan ke tahap lanjutan.
- ▶ Lakukan pemeriksaan dahak satu bulan sebelum tahap lanjutan selesai (bulan kelima). Bila hasilnya negatif, lanjutkan pengobatan. Bila hasilnya positif, rujuk pasien ke layanan TB-MDR dan mulai pengobatan kategori 2.
- ▶ Lakukan pemeriksaan dahak di akhir pengobatan (bulan keenam). Bila hasilnya negatif, pasien dinyatakan sembuh. Bila hasilnya positif, rujuk pasien ke layanan TB-MDR dan mulai pengobatan kategori 2.
- ▶ Setelah lahir, bayi diberikan profilaksis INH (5-10 mg/kgBB/hari) sampai 6 bulan. Vaksinasi BCG segera diberikan setelah pengobatan profilaksis selesai.
- ▶ Ibu hamil dengan tuberkulosis **Kategori 2** (pasien kambuh, pasien gagal, dan pasien putus berobat) dan ibu hamil dengan TB ekstra paru sebaiknya dirujuk ke layanan TB-MDR untuk mendapatkan pengobatan yang sesuai.

Pada ibu menyusui

- ▶ Pengobatan TB pada ibu menyusui tidak berbeda dengan pengobatan pada umumnya. Semua jenis OAT aman untuk ibu menyusui.

Pada pengguna kontrasepsi

- ▶ Rifampisin berinteraksi dengan kontrasepsi hormonal (pil KB, suntikan KB, susuk KB), sehingga dapat menurunkan efektifitas kontrasepsi tersebut. Seorang pasien TB sebaiknya menggunakan kontrasepsi non-hormonal, atau kontrasepsi yang mengandung estrogen dosis tinggi (50 µg)

Ibu Hamil HIV Positif	Ibu Hamil Sifilis Positif	Ibu Hamil Hepatitis B Positif
<p>Lakukan Pemeriksaan Viral Load (VL) di trimester 3 (4 minggu sebelum persalinan)</p> <p>Pilihan Tempat Persalinan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelengkapan APD level 2 • Tersedia ARV profilaksis untuk bayi baru lahir • Tersedia DBS untuk pemeriksaan EID segera <p>Pilihan cara persalinan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal (FKTP/FKRTL): hamil aterm (cukup bulan), ARV teratur minimal 6 bulan atau nilai VL <1000 kopi/ml • SC: <ul style="list-style-type: none"> → Hamil aterm, ARV <6 bulan dgn VL ≥1000 kopi/ml atau VL tidak diketahui. → belum mendapatkan ARV 	<p>Pilihan Tempat Persalinan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelengkapan APD level 2 • Tersedia terapi untuk bayi baru lahir <p>Cara Persalinan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal di FKTP: dengan APD level 2, tidak ada indikasi obstetri/klinis lainnya, tersedia terapi untuk bayi yang akan dilahirkan • Di FKRTL: adanya indikasi obstetri/klinis lainnya, terapi untuk bayi tidak tersedia di FKTP 	<p>Pilihan Tempat Persalinan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelengkapan APD level 2 • Tersedia terapi untuk bayi baru lahir • Ketersediaan HBlg untuk bayi • Ketersediaan HBO untuk bayi <p>Cara Persalinan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal di FKTP: dengan atau tanpa pengobatan TDF, tidak ada indikasi obstetri/klinis lainnya, tersedia terapi untuk bayi yang akan dilahirkan • Di FKRTL: adanya indikasi obstetri/klinis lainnya, terapi untuk bayi tidak tersedia di FKTP
<p>Perawatan Nifas Standar, minimal dilakukan 4x oleh petugas Kesehatan (Kunjungan Nifas, KF)</p>		
<p>Lanjut ARV seumur hidup</p>	<p>Lanjut TDF sampai selesai</p>	

BAB F

PELAYANAN KESEHATAN BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH



BAB F-1

Pelayanan Neonatal Esensial

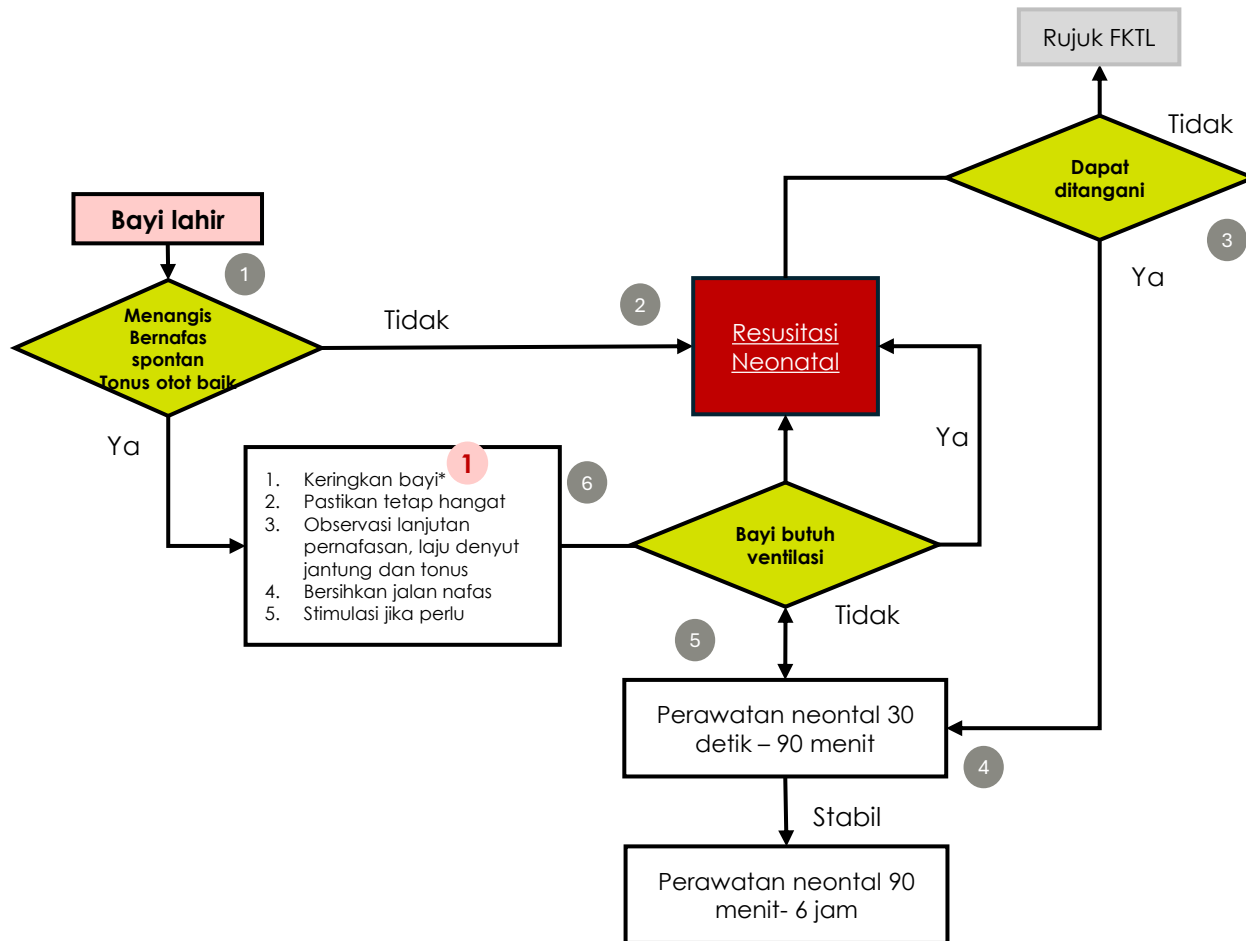


BAB F -1

Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah

Pelayanan Kesehatan Neonatal





Penjelasan Algoritme

1. Segera sesudah bayi lahir, periksa apakah bayi menangis, bernafas spontan dan memiliki tonus otot yang baik.
2. Jika tidak segera berikan resusitasi neonatal
3. Nilai apakah bayi stabil dan dapat ditangani, jika tidak segera rujuk ke FKTL
4. Jika ya, lakukan perawatan lanjutan
5. Secara berkala nilai perkembangan bayi baru lahir jika membutuhkan ventilasi atau tidak
6. Segera sesudah bayi lahir dengan keadaan menangis, bernafas spontan dan tonus otot baik lakukan **Perawatan Dasar** sambil menilai apakah membutuhkan ventilasi tambahan atau tidak

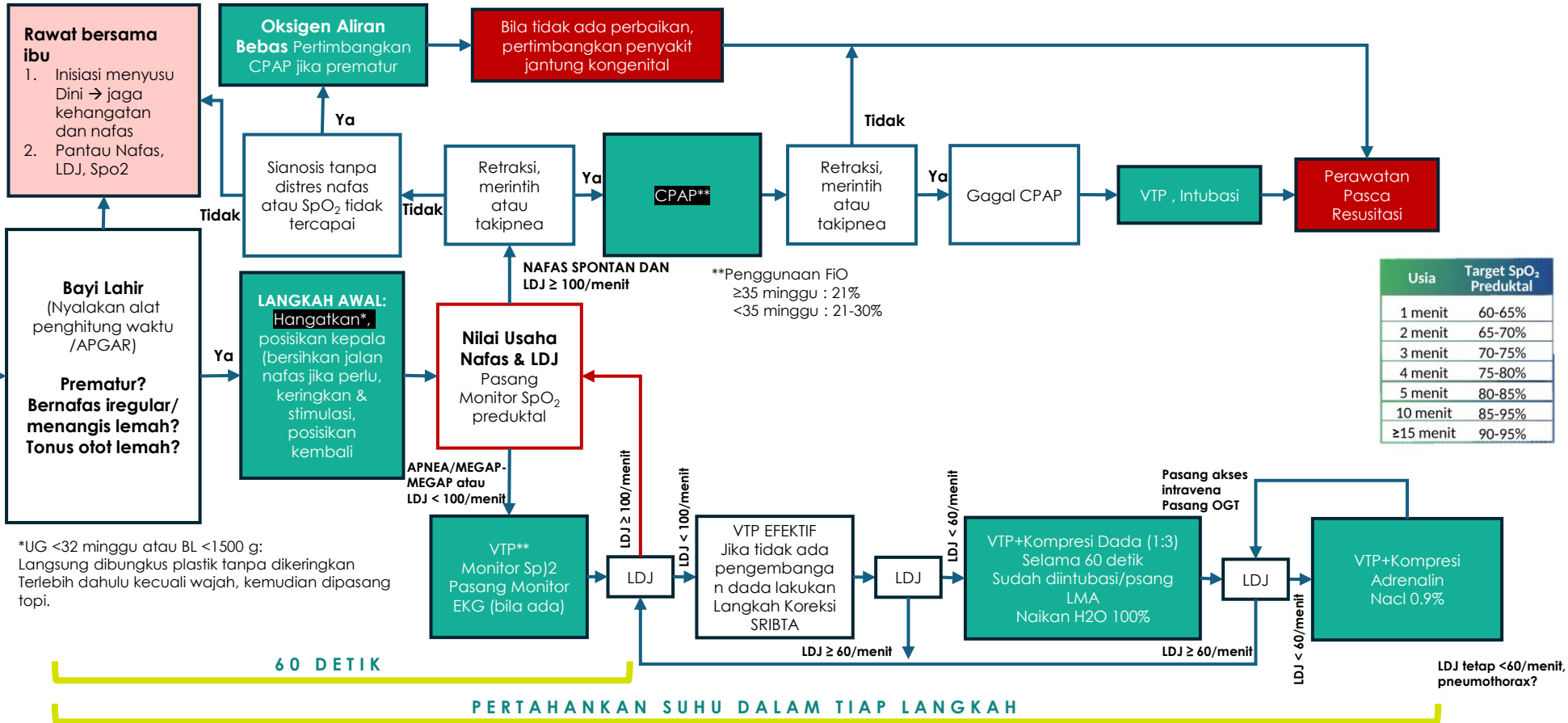
Perawatan dasar meliputi

1. Keringkan bayi
Pada bayi dengan berat ≤ 1500 gram atau usia gestasi < 32 minggu, bayi langsung dibungkus plastik bening tanpa dikeringkan terlebih dahulu, kecuali wajahnya, kemudian dipasang topi.
Bayi tetap dapat distimulasi walaupun dibungkus plastik
2. Pastikan bayi tetap hangat
3. Stimulasi jika perlu
4. Observasi pernafasan, laju denyut jantung dan tonus otot

Tindaklanjut




1. Gunakan **alur resusitasi neonatal** jika bayi membutuhkan ventilasi
2. Lanjutkan ke perawatan neonatal 30 detik-90 menit

Konseling Antenatal, Pembagian tugas tim, persiapan alat























































CPAP : Continuous Positive Airway Pressure
 OGT : Orogastric Tube
 LDJ : Laju Denyut Jantung
 PEEP : Peak End-Expiratory Pressure
 LMA : Laryngeal Mask Airway

SRIBTA : Sungkup, Reposisi kepala, Isap lendir, Buka mulut, Tekanan, Alternatif jalan napas
 VTP : Ventilasi Tekanan Positif

 Pemeriksaan dilakukan
  Pemeriksaan dilakukan sesuai indikasi
  Pemeriksaan tidak dilakukan

Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

	0-6jam	6-48 jam KN1	3-7 hari KN2	8-28 hari KN3
1) Pemeriksaan dengan bagan MTBS (bayi muda)				
2) Menanyakan kondisi bayi baru lahir secara umum				
3) Memeriksa tanda bahaya dan identifikasi kuning				
4) Pengukuran berat badan, panjang badan dan lingkar kepala				
5) Mendampingi inisiasi menyusui dini				
6) Memantau dan konseling menyusui				
7) Pemotongan dan perawatan tali pusat				
8) Pemberian suntikan vitamin K1				
9) Pemberian salep mata antibiotik				
10) Pemberian imunisasi Hepatitis B0				
11) Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)				
12) Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (HIV, Sifilis, Hepatitis B)				
13) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.				

Perawatan Bayi Baru lahir pada 30 detik – 90 menit pertama

Bayi baru lahir rentan mengalami hipotermia.

Hipotermia adalah suhu tubuh berada di bawah rentang normal, yakni **36,5°–37,5°C** (suhu ketiak).

Lakukan pencegahan hipotermi pada bayi dengan cara:

- Pertahankan suhu ruang bersalin minimal 25°C
- Keringkan bayi tanpa membersihkan verniks (bagian tangan)
- Letakkan bayi di dada atau perut ibu agar terjadi kontak **kulit dengan kulit**
- Berikan ibu dan bayi pakaian yang hangat (tambah topi untuk bayi)
- Tunda menimbang bayi sampai IMD selesai
- Tunda memandikan bayi 24 jam setelah lahir dan setelah stabil
- Rawat gabung ibu dan bayi
- Resusitasi (jika perlu) dalam ruangan yang hangat)
- Gunakan **infant warmer**
- Transportasi yang hangat jika harus merujuk

Hipotermi juga merupakan komplikasi tersering dari bayi BBLR (berat lahir kurang dari 2500 gram).

Pengaturan suhu badan bayi BBLR dengan cepat akan kehilangan panas badan dan menjadi hipotermi karena pusat pengaturan panas badan belum berfungsi dengan baik, metabolisme nya rendah (Maternity, et all, 2018)



Penggunaan plastik untuk mencegah hipotermi pada bayi BBLR

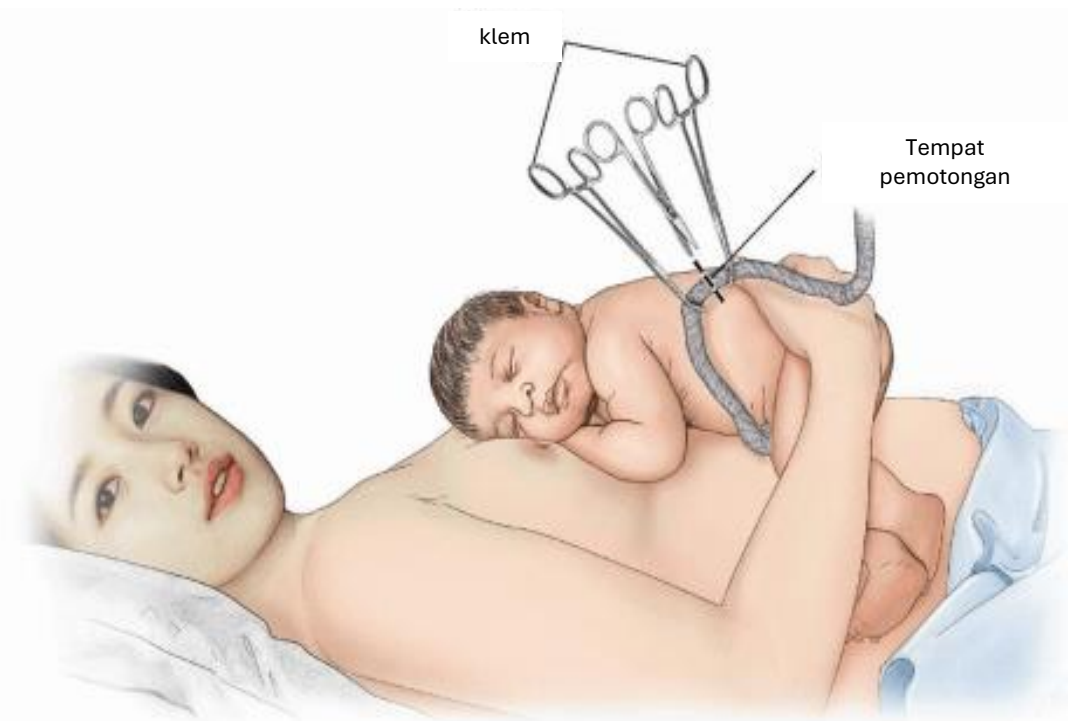
Gambar : RS. Dr.sardjito.

Perawatan Bayi Baru lahir pada 30 detik – 90 menit pertama

Cara Memotong Tali Pusat

- Suntikkan oksitosin pada ibu sebelum pemotongan tali pusat
- Klem, potong dan ikat tali pusat **2 menit** sesudah lahir
- Lakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT* **3 cm dari dinding perut** (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.
- Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT atau steril.
- Ikat tali pusat dengan penjepit tali pusat atau benang DTT.
- Lepaskan klem logam penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya Inisiasi Menyusu Dini.

Menunda pemotongan tali pusat hingga 2 menit dapat mengurangi risiko anemia kekurangan besi pada bayi di 3-6 bulan pertama



Pemotongan Tali Pusat

Gambar : <https://obgynkey.com/umbilical-cord-abnormalities-2/#F2-25>

*DTT : Desinfeksi Tingkat Tinggi

Perawatan Bayi Baru lahir pada 30 detik – 90 menit pertama

Inisiasi Menyusu Dini

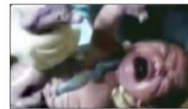
Adalah proses menyusui dimulai secepatnya segera setelah lahir. IMD dilakukan dengan cara **kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya segera setelah lahir dan berlangsung minimal satu jam** atau proses menyusui pertama selesai (apabila menyusui pertama terjadi lebih dari satu jam)

IMD dilakukan pada semua bayi bugar tanpa memandang jenis persalinan

Tunda asuhan neonatal lain selama satu jam untuk memastikan IMD terjadi

Suami/keluarga dapat mendampingi proses IMD

Pantau prosesnya setiap 15 menit



1. Bayi menangis tanda paru mulai berfungsi

2. Bayi memasuki tahap Relaksasi



3. Pada menit ke-1 s.d. 5 bayi mulai bangun



4. Menit ke-4 s.d. 12 bayi mulai bergerak, gerakan awal sedikit, mungkin pada lengan, bahu dan kepala



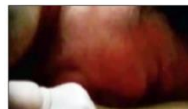
5. Beberapa kali bayi mungkin ingin beristirahat sebelum memulai gerakan berikutnya



6. Bayi akan mulai bergerak merangkak ke arah payudara. saat telah menemukan payudara, bayi cenderung beristirahat untuk sementara waktu. Seringkali hal ini dapat keliru sebagai bayi tidak lapar atau tidak ingin menyusui



7. Setelah istirahat di menit ke-29 s.d. 62 bayi akan mulai membiasakan diri dengan payudara, mungkin mengendus, mencium dan menjilati sebelum akhirnya menempel untuk menyusui. Proses pembiasaan ini dapat memakan waktu 20 menit atau lebih



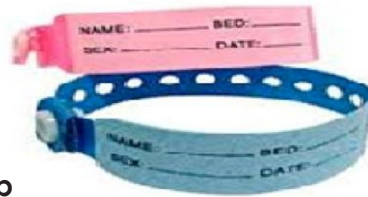
8. Sekitar menit ke-49 s.d. 90 untuk pertama kali bayi menyusui di payudara selama beberapa waktu



9. Kemudian bayi akan tertidur hingga 1,5 s.d. 2 jam

Perawatan Bayi Baru lahir pada 30 detik – 90 menit pertama

- Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan **harus segera** mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi.
- Pemberian identitas sebaiknya dilakukan segera **setelah IMD**.
- Gelang pengenal berisi identitas **nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir dan jenis kelamin** (atau disesuaikan dengan ketentuan akreditasi Puskesmas).
- Apabila fasilitas memungkinkan, juga dilakukan **cap telapak kaki bayi** pada rekam medis kelahiran. Apabila jenis kelamin bayi meragukan, akibat kelainan medis (*disorder of sex development*) maka sebaiknya sementara bayi diberi gelang berwarna netral tanpa dibubuhi jenis kelamin sampai dilakukan pemeriksaan kromosom sex.
- Tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan **menuliskan keterangan lahir** untuk digunakan orang tua dalam memperoleh akte kelahiran bayi, lembar keterangan lahir terdapat di dalam Buku KIA.



KETERANGAN LAHIR

No:

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa
Pada hari ini, tanggal, Pukul
telah lahir seorang bayi

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *
Jenis Kelahiran : tunggal/kembar 2/ kembar 3/lainnya *
Kelahiran ke :
Berat lahir : gram
Panjang badan : cm

di rumah/Rumah Bidan/Polindes/Rumah Bersalin/Puskesmas/Rumah Sakit*
alamat :

Diberi nama :

Dari Orang tua :
Nama Ibu : Umur : tahun
Pekerjaan :
KTP No. :
Nama Ayah : Umur : tahun
Pekerjaan :
KTP No. :
Alamat :
Kecamatan :
Kab/Kota :

..... tgl
Penolong Persalinan

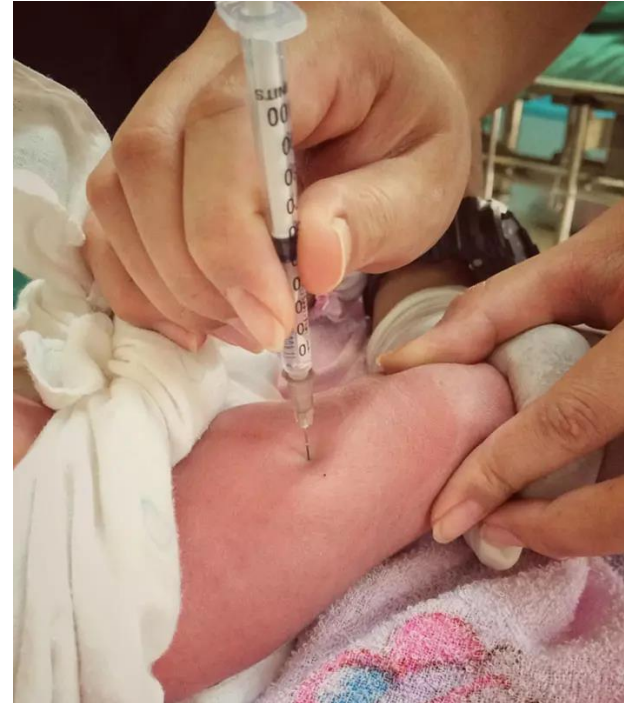
**
.....

* Lingkari yang sesuai
** Tanda tangan, nama lengkap, no induk pegawai, nama instansi

Lembar untuk ibu/keluarga, digunakan untuk memperoleh akte kelahiran

Perawatan Bayi Baru lahir pada 30 detik – 90 menit pertama

- Berikan suntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskular pada antero lateral paha kiri.
- Untuk bayi berat lahir sangat rendah (<1500gram) atau lahir di usia gestasi <32 minggu, dosis vitamin K1 yang diberikan adalah 0,5 mg.
- Suntikan Vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B 0.
- Pada bayi yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dan belum jelas status pemberian vitamin K1-nya, harus diberikan injeksi vitamin K1.
- Pemberian injeksi vitamin K1 dapat diberikan kepada bayi sampai usia 2 bulan.
- **Perhatikan!** Sediaan Vitamin K1 yaitu ampul yang sudah dibuka tidak boleh disimpan untuk dipergunakan kembali .



Perawatan Bayi Baru lahir pada 30 detik – 90 menit pertama

- Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir.
- Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep atau tetes mata antibiotik tetrasiklin 1%.
- Cara pemberian salep mata antibiotik:
 - Cuci tangan (gunakan sabun dan air bersih mengalir) kemudian keringkan
 - Jelaskan kepada keluarga apa yang akan dilakukan dan tujuan pemberian obat tersebut.
 - Tarik kelopak mata bagian bawah kearah bawah.
 - Berikan salep mata dalam satu garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju kebagian luar mata atau tetes mata.
 - Ujung tabung salep mata atau pipet tetes tidak boleh menyentuh mata bayi.
 - Jangan menghapus salep dari mata bayi dan anjurkan keluarga untuk tidak menghapus obat-obat tersebut



Perawatan Bayi Baru lahir pada 90 menit – 6 jam pertama

Dilakukan secara terstruktur berdasarkan formulir Bayi baru lahir. Jika ditemukan masalah saat pemeriksaan, gunakan bagan MTBS untuk tatalaksana

FORMULIR BAYI BARU LAHIR

Pemeriksa (Nama dan Tanda tangan):
 Nama bayi: Jenis kelamin:
 Nama orang tua: Alamat:
 Tanggal & jam lahir: Lahir pada umur kehamilan:

PEMERIKSAAN	Tanggal Jam	Keterangan
	(saat lahir)	
	Hasil	Hasil
1. Postur, tonus dan aktivitas		
2. Kulit bayi		
3. Pernapasan ketika bayi sedang tidak menangis		
4. Detak jantung		
5. Suhu ketiak		
6. Kepala		
7. Mata		
8. Mulut (lidah, selaput lendir)		
9. Perut dan tali pusat		
10. Punggung tulang belakang		
11. Lubang anus		
12. Alat kelamin		
13. Berat badan		
14. Panjang badan		
15. Lingkar kepala		

ASUHAN/KONSELING	Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan	Keterangan
1. Inisiasi menyusui dini		
2. Salep mata antibiotika profilaksis		
3. Suntikan vitamin K1		
4. Imunisasi Hepatitis B1		
5. Rawat gabung dengan ibu		
6. Memandikan bayi		
7. Konseling menyusui		
8. Tanda-tanda bahaya pada bayi yang perlu dirujuk		
9. Menjelaskan pada ibu tentang perawatan bayi di rumah		
10. Melengkapi catatan medis		
Waktu pemeriksaan kembali / Kunjungan Neonatal	Tanggal	

PEMERIKSAAN FISIK YANG DILAKUKAN		KEADAAN NORMAL
1	Lihat postur, tonus dan aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Posisi tungkai dan lengan fleksi ■ Bayi sehat akan bergerak aktif
2	Lihat kulit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul
3	Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada kedalam ketika bayi sedang tidak menangis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Frekuensi napas normal 40 - <60 kali per menit ■ Tidak ada tarikan dinding dada kedalam yang kuat
4	Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Frekuensi denyut jantung normal 100-160 kali per menit
5	Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suhu normal adalah 36,5-37,5°C

Perawatan Bayi Baru lahir pada 90 menit – 6 jam pertama

Dilakukan secara terstruktur berdasarkan formulir Bayi baru lahir. **Jika ditemukan masalah saat pemeriksaan, gunakan bagan MTBS untuk tatalaksana**

Dilakukan secara terstruktur berdasarkan formulir Bayi baru lahir. **Jika ditemukan masalah saat pemeriksaan, gunakan bagan MTBS untuk tatalaksana**

FORMULIR BAYI BARU LAHIR		
Pemeriksa (Nama dan Tanda tangan):		
Nama bayi:		Jenis kelamin:
Nama orang tua:		Alamat:
Tanggal & jam lahir:		Lahir pada umur kehamilan:
PEMERIKSAAN	Tanggal Jam (saat lahir)	Keterangan
1. Postur, tonus dan aktivitas	Hasil	Hasil
2. Kulit bayi		
3. Pernapasan ketika bayi sedang tidak menangis		
4. Detak jantung		
5. Suhu ketiak		
6. Kepala		
7. Mata		
8. Mulut (lidah, selaput lendir)		
9. Perut dan tali pusat		
10. Punggung tulang belakang		
11. Lubang anus		
12. Alat kelamin		
13. Berat badan		
14. Panjang badan		
15. Lingkar kepala		
ASUHAN/KONSELING	Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan	Keterangan
1. Inisiasi menyusui dini		
2. Salep mata antibiotika profilaksis		
3. Suntikan vitamin K1		
4. Imunisasi Hepatitis B1		
5. Rawat gabung dengan ibu		
6. Memandikan bayi		
7. Konseling menyusui		
8. Tanda-tanda bahaya pada bayi yang perlu dirujuk		
9. Menjelaskan pada ibu tentang perawatan bayi di rumah		
10. Melengkapi catatan medis		
Waktu pemeriksaan kembali / Kunjungan Neonatal	Tanggal	

PEMERIKSAAN FISIK YANG DILAKUKAN		KEADAAN NORMAL
6	Lihat dan raba bagian kepala	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam ■ Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol pada saat bayi menangis
7	Lihat mata	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tidak ada kotoran/secret
8	Lihat bagian dalam mulut. Masukan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke mulut, raba langit-langit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah ■ Nilai kekuatan isap bayi ■ Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa
9	Lihat dan raba perut. Lihat tali pusat.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Perut bayi datar, teraba lemas ■ Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat atau kemerahan sekitar tali pusat

Perawatan Bayi Baru lahir pada 90 menit – 6 jam pertama

Dilakukan secara terstruktur berdasarkan formulir Bayi baru lahir. **Jika ditemukan masalah saat pemeriksaan, gunakan bagan MTBS untuk tatalaksana**

Dilakukan secara terstruktur berdasarkan formulir Bayi baru lahir. **Jika ditemukan masalah saat pemeriksaan, gunakan bagan MTBS untuk tatalaksana**

FORMULIR BAYI BARU LAHIR		
Pemeriksa (Nama dan Tanda tangan):		
Nama bayi:		Jenis kelamin:
Nama orang tua:		Alamat:
Tanggal & jam lahir:		Lahir pada umur kehamilan:
PEMERIKSAAN	Tanggal Jam (saat lahir)	Keterangan
	Hasil	Hasil
1. Postur, tonus dan aktivitas		
2. Kulit bayi		
3. Peremasan ketika bayi sedang tidak menangis		
4. Detak jantung		
5. Suhu ketiak		
6. Kepala		
7. Mata		
8. Mulut (lidah, selaput lendir)		
9. Perut dan tali pusat		
10. Punggung tulang belakang		
11. Lubang anus		
12. Alat kelamin		
13. Berat badan		
14. Panjang badan		
15. Lingkar kepala		
ASUHAN/KONSELING	Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan	Keterangan
1. Inisiasi menyusui dini		
2. Salep mata antibiotika profilaksis		
3. Suntikan vitamin K1		
4. Imunisasi Hepatitis B1		
5. Rawat gabung dengan ibu		
6. Memandikan bayi		
7. Konseling menyusui		
8. Tanda-tanda bahaya pada bayi yang perlu dirujuk		
9. Menjelaskan pada ibu tentang perawatan bayi di rumah		
10. Melengkapi catatan medis		
Waktu pemeriksaan kembali / Kunjungan Neonatal	Tanggal	

PEMERIKSAAN FISIK YANG DILAKUKAN		KEADAAN NORMAL
10	Lihat punggung dan raba tulang belakang	<ul style="list-style-type: none"> Kulit terlihat utuh tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang
11	Lihat ekstremitas	<ul style="list-style-type: none"> Hitung jumlah jari tangan dan kaki Lihat apakah kaki posisinya baik atau bengkok ke dalam atau keluar Lihat gerakan ekstremitas simetris atau tidak
12	Lihat lubang anus. Hindari memasukan alat atau jari dalam memeriksa anus. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah berak	<ul style="list-style-type: none"> Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir

Perawatan Bayi Baru lahir pada 90 menit – 6 jam pertama

Dilakukan secara terstruktur berdasarkan formulir Bayi baru lahir. **Jika ditemukan masalah saat pemeriksaan, gunakan bagan MTBS untuk tatalaksana**

Dilakukan secara terstruktur berdasarkan formulir Bayi baru lahir. **Jika ditemukan masalah saat pemeriksaan, gunakan bagan MTBS untuk tatalaksana**

FORMULIR BAYI BARU LAHIR		
Pemeriksa (Nama dan Tanda tangan):		
Nama bayi:	Jenis kelamin:	
Nama orang tua:	Alamat:	
Tanggal & jam lahir:	Lahir pada umur kehamilan:	
PEMERIKSAAN	Tanggal Jam (saat lahir)	Keterangan
	Hasil	Hasil
1. Postur, tonus dan aktivitas		
2. Kulit bayi		
3. Pernapasan ketika bayi sedang tidak menangis		
4. Detak jantung		
5. Suhu ketiak		
6. Kepala		
7. Mata		
8. Mulut (lidah, selaput lendir)		
9. Perut dan tali pusat		
10. Punggung tulang belakang		
11. Lubang anus		
12. Alat kelamin		
13. Berat badan		
14. Panjang badan		
15. Lingkar kepala		
ASUHAN/KONSELING	Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan	Keterangan
1. Inisiasi menyusui dini		
2. Salep mata antibiotika profilaksis		
3. Suntikan vitamin K1		
4. Imunisasi Hepatitis B1		
5. Rawat gabung dengan ibu		
6. Memandikan bayi		
7. Konseling menyusui		
8. Tanda-tanda bahaya pada bayi yang perlu diujuk		
9. Menjelaskan pada ibu tentang perawatan bayi di rumah		
10. Melengkapi catatan medis		
Waktu pemeriksaan kembali / Kunjungan Neonatal	Tanggal	



PEMERIKSAAN FISIK YANG DILAKUKAN		KEADAAN NORMAL
13	Lihat dan raba alat kelamin luar. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah kencing	<ul style="list-style-type: none"> Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis Pastikan bayi sudah kencing dalam 24 jam setelah lahir
14	Timbang bayi. Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil dikurangi dengan berat selimut	<ul style="list-style-type: none"> Berat lahir 2,5 – 4 kg Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali dan pada usia 7-10 hari umumnya telah mencapai berat lahirnya. Penurunan berat badan maksimal untuk bayi baru lahir cukup bulan maksimal 10% untuk bayi kurang bulan maksimal 15%

Perawatan Bayi Baru lahir pada 90 menit – 6 jam pertama

Dilakukan secara terstruktur berdasarkan formulir Bayi baru lahir. **Jika ditemukan masalah saat pemeriksaan, gunakan bagan MTBS untuk tatalaksana**

Dilakukan secara terstruktur berdasarkan formulir Bayi baru lahir. **Jika ditemukan masalah saat pemeriksaan, gunakan bagan MTBS untuk tatalaksana**

FORMULIR BAYI BARU LAHIR		
Pemeriksa (Nama dan Tanda tangan):		
Nama bayi: Jenis kelamin:		
Nama orang tua: Alamat:		
Tanggal & jam lahir : Lahir pada umur kehamilan:		
PEMERIKSAAN	Tanggal Jam (saat lahir) Hasil	Keterangan Hasil
1. Postur, tonus dan aktivitas		
2. Kulit bayi		
3. Pernapasan ketika bayi sedang tidak menangis		
4. Detak jantung		
5. Suhu ketiak		
6. Kepala		
7. Mata		
8. Mulut (lidah, selaput lendir)		
9. Perut dan tali pusat		
10. Punggung tulang belakang		
11. Lubang anus		
12. Alat kelamin		
13. Berat badan		
14. Panjang badan		
15. Lingkar kepala		
ASUHAN/KONSELING	Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan	Keterangan
1. Inisiasi menyusui dini		
2. Salep mata antibiotika profilaksis		
3. Suntikan vitamin K1		
4. Imunisasi Hepatitis B1		
5. Rawat gabung dengan ibu		
6. Memandikan bayi		
7. Konseling menyusui		
8. Tanda-tanda bahaya pada bayi yang perlu dirujuk		
9. Menjelaskan pada ibu tentang perawatan bayi di rumah		
10. Melengkapi catatan medis		
Waktu pemeriksaan kembali / Kunjungan Neonatal	Tanggal	

PEMERIKSAAN FISIK YANG DILAKUKAN		KEADAAN NORMAL
<p>15</p>  <p>GAMBAR MENGUKUR LINGKAR KEPALA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Panjang lahir normal 48-52 cm ■ Lingkar kepala normal 33-37 cm 	
<p>16</p> 	<p>16 Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kepala dan badan dalam satu garis lurus; wajah bayi menghadap payudara; ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya ■ Bibir bawah membuka keluar, sehingga bagian besar areola berada di dalam mulut bayi ■ Menghisap dalam dan pelan kadang disertai berhenti sesaat 	

Perawatan Bayi Baru lahir pada 90 menit – 6 jam pertama

- Berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir, yaitu: (H + 7), (B-3), (T+1)

Keterangan:

H= Hari pertama haid terakhir

B= Bulan haid terakhir

T= Tahun haid terakhir

- Teknik lain seperti pengukuran diameter biparietal janin melalui USG bisa memberikan informasi tentang usia kehamilan dan pertumbuhan janin serta perkembangannya sebelum lahir.
- Instrumen alternatif yang berbeda untuk menilai usia kehamilan bayi, dengan mengevaluasi perkembangan fisik, neurologis dan neuromuskular. Skor New Ballard, yang merupakan penyederhanaan skor Dubowitz memberi nilai 1-5 untuk masing-masing dari enam tanda fisik dan neurologis.

	-1	0	1	2	3	4	5
SIKAP TUBUH							
PERSEGI JENDELA (PERGELANGAN TANGAN)	 >90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
REKOLL LENGAN		 180°	 140°-180°	 110° - 140°	 90° - 110°	 <90°	
SUDUT POPLITEAL	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 <90°
TANDA SELEMPANG							
TUMIT KE KUPING							

Tujuan Penentuan Usia Gestasi Menggunakan Skor Ballard

- Membandingkan bayi menurut nilai standar pertumbuhan neonatus berdasarkan usia kehamilan. Temuan dianggap akurat dengan kisaran ± 2 minggu.
- Memverifikasi perkiraan obstetri untuk usia kehamilan dan identifikasi bayi kurang bulan, lebih bulan, besar atau kecil untuk usia kehamilan.
- Memprediksi kemampuan adaptasi bayi berdasarkan taksiran usia gestasinya misalnya bayi dengan usia gestasi kurang dari 34 minggu akan sulit untuk menetek

Perawatan Bayi Baru lahir pada 90 menit – 6 jam pertama

Imunisasi Hepatitis B (HB-0) harus diberikan pada bayi sebelum bayi berumur 24 jam karena:

1. Sebagian ibu hamil merupakan carrier Hepatitis B.
2. Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus.
3. Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer
4. Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B.
5. Proteksi pemberian Hepatitis B0 setelah 24 jam menurunkan efek perlindungan terhadap bayi

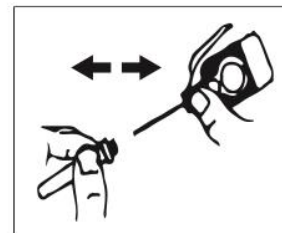
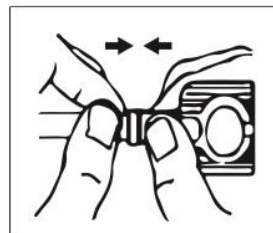
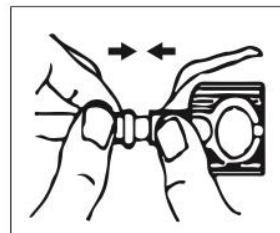
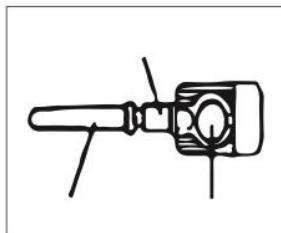
Tujuan Pemberian Hb0

Bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.

Metode

Imunisasi Hepatitis B diberikan dengan UNIJECT. Uniject adalah alat suntik (semprit dan jarum) sekali pakai yang sudah diisi vaksin dengan dosis yang tepat dari pabriknya.

Vaksin Hepatitis B0 diberikan 2-3 jam setelah pemberian Vitamin K1 (intramuskular)



Perawatan Bayi Baru lahir pada 90 menit – 6 jam pertama

Pada periode 90 menit – 6 jam dilakukan pemantauan stabilisasi kondisi bayi periodik setiap 1 jam yang meliputi **postur tubuh, aktivitas, pola napas, denyut jantung, perubahan suhu tubuh, warna kulit dan kemampuan menghisap.**

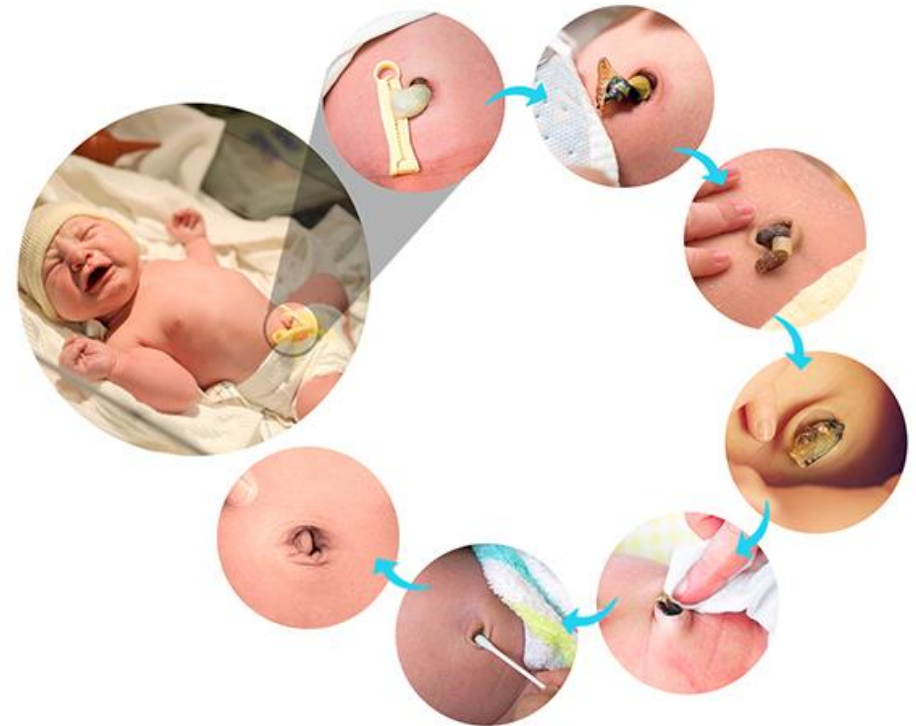
Rujuk bayi ke fasilitas yang mampu menangani dengan terlebih dahulu melakukan persiapan prarujukan.

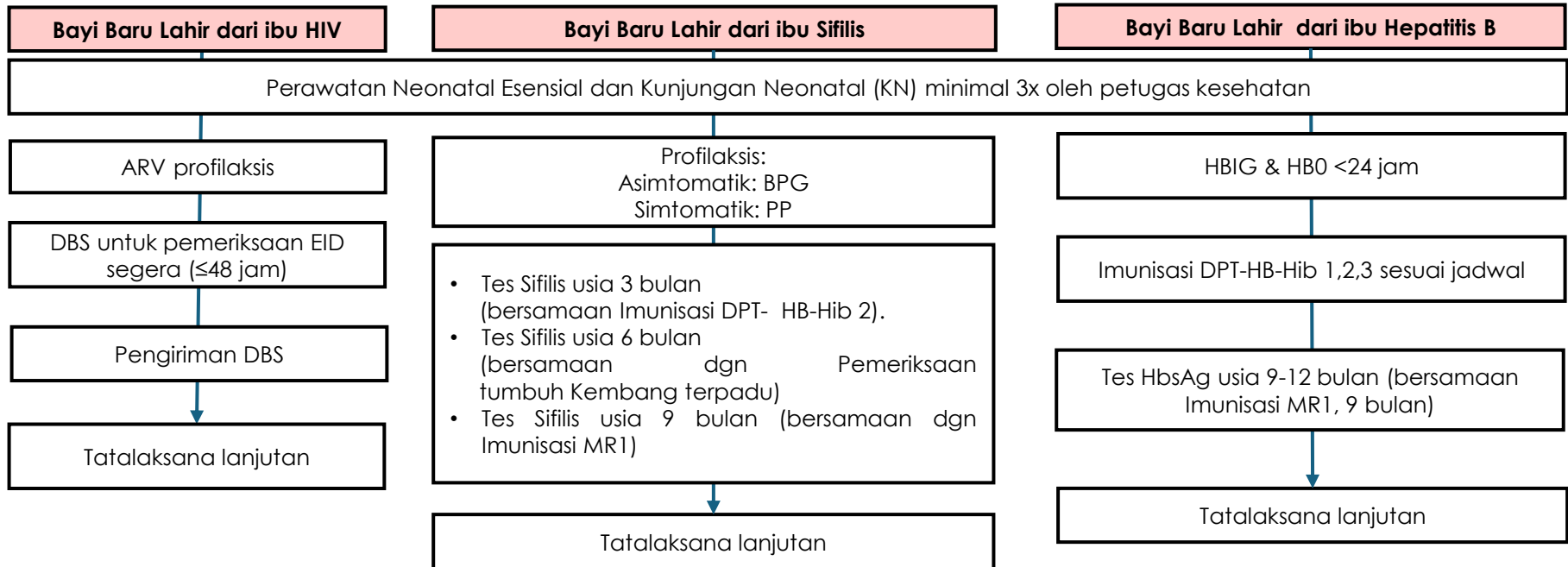
Waspada tanda bahaya, karena tanda tersebut bisa saja merupakan tanda gangguan sistem organ. Adapun tanda-tanda tersebut adalah:

1. Napas cepat (> 60 kali permenit)
2. Napas lambat (< 40 kali permenit)
3. Sesak napas/sukar bernapas ditandai dengan merintih, tarikan dinding dada saat inspirasi
4. Denyut jantung (< 100 kali permenit atau > 160 kali permenit)
5. Gerakan bayi lemah
6. Gerakan bayi berulang atau kejang
7. Demam (> 37,5°C) atau Hipotermi (< 36,5°C)
8. Perubahan warna kulit, misalkan biru atau pucat.
9. Malas/ tidak bisa menyusu atau minum

Pemantauan Bayi Baru lahir juga dilakukan melalui pemeriksaan **Manajemen Terpadu Bayi Muda.**

- Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
- Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat.
- Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi tali pusat, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
- Berikan edukasi pada ibu dan keluarga tentang perawatan tali pusat, berupa:
 - Lipat popok di bawah puntung tali pusat.
 - Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
 - Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) dan sabun bayi, kemudian segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih. Air DTT adalah air bersih yang direbus sampai mendidih selama 15 menit, dan didinginkan dalam keadaan tertutup. Air DTT hanya dapat digunakan untuk sekali pakai, tidak untuk digunakan berulang.
 - biarkan tali pusat terlepas sendiri (puput). **Umumnya tali pusat akan terlepas dalam 5-7 hari.**
 - Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan





- Kecepatan dan lama menyusui dengan ASI tidak dibatasi (ASI on demand, yaitu sesering yang bayi mau, siang dan malam).
- Tidak mempromosikan atau memberikan susu formula kepada ibu tanpa alasan atau instruksi medis.

Keadaan khusus untuk pertimbangan pemberian ASI

1. Bayi terdiagnosis galaktosemia
Pada keadaan ini, idealnya bayi diberikan susu formula bebas galaktosa.
2. Ibu positif terinfeksi HIV
Bayi diberi ASI eksklusif jika:
 - Bayi juga positif terinfeksi HIV, ATAU
 - Ibu sudah minum antiretroviral selama minimal 4 minggu, ATAU
 - Status HIV bayi negatif atau belum diketahui namun susu formula atau fasilitas untuk pemberiannya (air bersih dan sanitasi) tidak tersedia.Bayi diberi susu formula jika:
 - Jika status HIV bayi negatif atau belum diketahui dan susu formula dan fasilitas untuk pemberian (air bersih dan sanitasi) tersedia.

- Hindari penggunaan dot bayi.
- Berikan ASI yang dipompa menggunakan cangkir atau selang nasogastrik bila bayi tidak mampu menyusui atau jika ibu tidak bisa bersama bayi sepanjang waktu.
- Sebelum menyusui, cuci puting ibu dan buat ibu berada dalam posisi yang santai. Punggung ibu sebaiknya diberi sandaran dan sikunya didukung selama menyusui.

- Posisi bayi yang benar:
 - o Kepala, leher, dan tubuh bayi dalam satu garis lurus
 - o Badan bayi menghadap ke dada ibu
 - o Badan bayi melekat ke ibu
 - o Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, tidak hanya leher dan bahu saja
- Tanda bayi melekat dengan baik:
 - o Dagu bayi menempel pada payudara ibu
 - o Mulut bayi terbuka lebar
 - o Bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat di dalamnya
 - o Areola juga masuk ke mulut bayi, tidak hanya puting susu. Areola bagian atas tampak lebih banyak/lebar
- Tanda bayi menghisap dengan efektif:
 - o Menghisap secara mendalam dan teratur
 - o Kadang diselingi istirahat
 - o Hanya terdengar suara menelan
 - o Tidak terdengar suara mengecap



Bayi melekat dengan benar (sebelah kiri) dan tidak benar (sebelah kanan) pada payudara ibu

- Setelah selesai:
 - o Bayi melepas payudara secara spontan
 - o Bayi tampak tenang dan mengantuk
 - o Bayi tampak tidak berminat lagi pada ASI

Tanda bayi mendapat ASI cukup:

- Buang air kecil bayi sebanyak 6x/24 jam
- Buang air besar bayi berwarna kekuningan "berbiji"
- Bayi tampak puas setelah minum ASI
- Tidak ada aturan ketat mengenai frekuensi bayi menyusui (biasanya sebanyak 10-12 kali/24 jam)
- Payudara terasa lembut dan kosong setelah menyusui
- Berat badan bayi bertambah

► Untuk meningkatkan produksi ASI, anjurkan ibu untuk melakukan hal berikut ini:

- Menyusui dengan cara-cara yang benar
- Menyusui bayi setiap 2 jam
- Bayi menyusui dengan posisi menempel yang baik, terdapat suara menelan aktif
- Menyusui bayi di tempat yang tenang dan nyaman
- Minum setiap kali menyusui
- Tidur bersebelahan dengan bayi

► Untuk perawatan payudara, anjurkan ibu untuk melakukan hal-hal berikut ini:

- Menjaga payudara (terutama puting susu) tetap kering dan bersih
- Memakai bra yang menyokong payudara
- Mengoleskan kolostrum atau ASI pada puting susu yang lecet
- Apabila lecet sangat berat, ASI dikeluarkan dan ditampung dengan menggunakan sendok
- Menghilangkan nyeri dengan minum parasetamol 1 500 mg, dapat diulang tiap 6 jam

- Jika payudara bengkak akibat pembendungan ASI:
- Kompres payudara dengan menggunakan kain basah/hangat selama 5 menit
 - Urut payudara dari arah pangkal menuju puting
 - Keluarkan ASI dari bagian payudara sehingga puting menjadi lunak
 - Susukan bayi setiap 2-3 jam
 - Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui

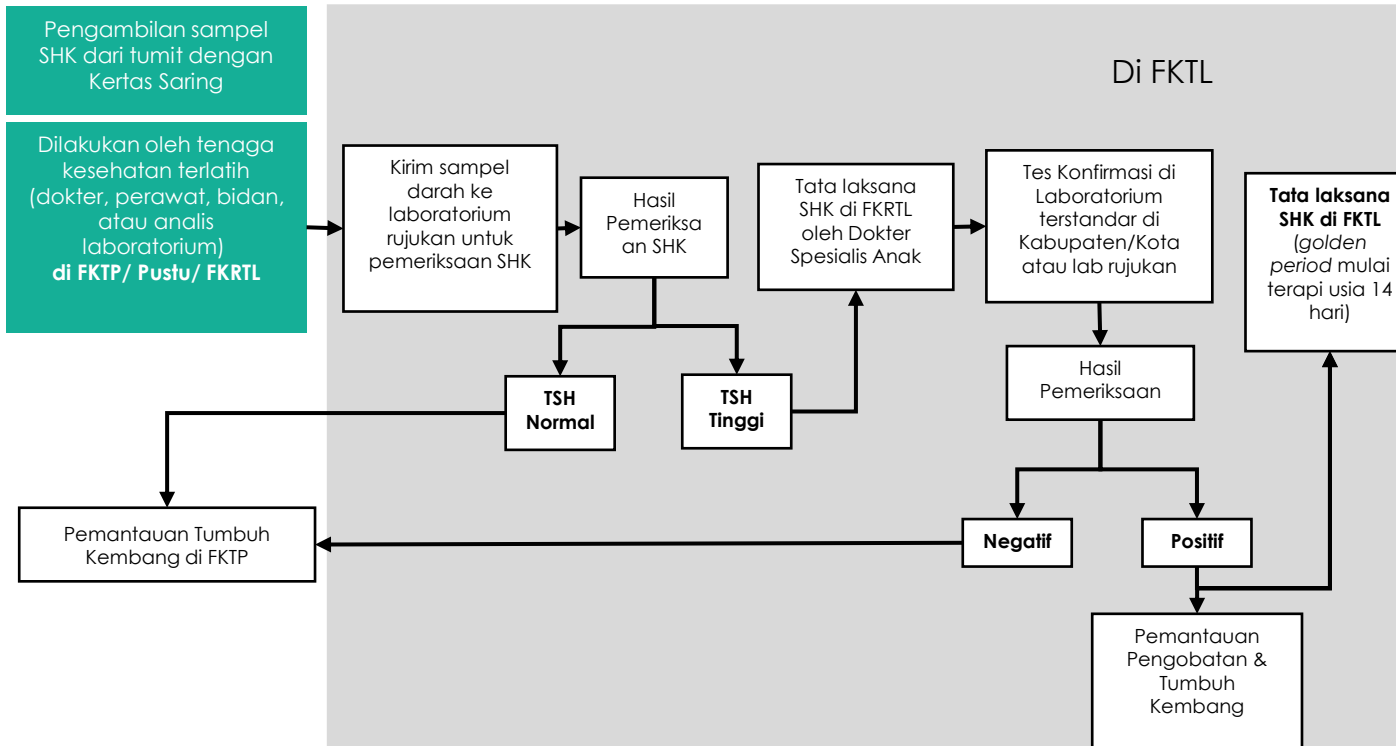


Gambar berbagai posisi menyusui

1 Alur Skrining

2

3



Skrining Hipotiroid Kongenital dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan

Tujuan

Untuk mendeteksi bayi yang menderita Hipotiroid Kongenital untuk mencegah terjadinya hambatan pertumbuhan dan retardasi mental pada bayi baru lahir

Sasaran

- Bayi usia 48 – 72 jam
- Apabila bayi dipulangkan <48 jam, sampel dapat diambil pada usia bayi >24 jam
- Apabila pengambilan darah tidak dapat dilakukan pada saat usia bayi 48-72 jam maka pengambilan sampel dapat dilakukan sampai usia 14 hari
- Pada bayi yang memiliki risiko mengalami HK transien (bayi prematur, BBLR, bayi sakit berat, bayi kembar terutama yang mempunyai jenis kelamin sama) pengambilan sampel dapat dilakukan 2 sampai 3 kali sesuai rekomendasi dokter yang merawat

Persiapan Alat

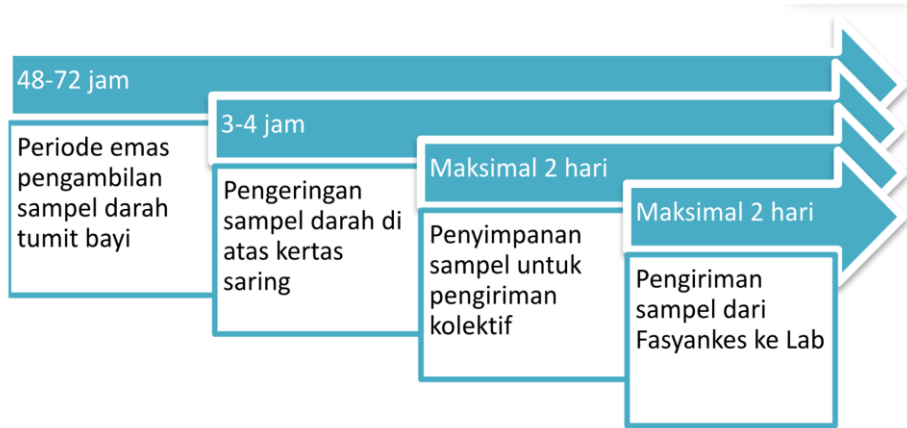
sarung tangan, lancet, kotak limbah tajam (safety box), kertas saring, kapas alkohol 70% atau alcohol swab, kasa steril, rak pengerig, plester jika perlu.

Dilakukan oleh Tenaga Kesehatan (dokter, bidan, perawat terlatih yang memberikan pelayanan pada bayi baru lahir serta analis kesehatan)

1 Pengambilan Sampel

2

3 Waktu ideal Pengambilan Sampel



Waktu Pengambilan Sampel lainnya

- ▶ Pada kondisi bayi dipulangkan pada usia sebelum 48 jam, maka pengambilan darah dapat dilakukan pada usia > 24 jam (lebih dari 24 jam).
- ▶ Darah tidak diambil dalam 24 jam pertama setelah lahir karena pada saat itu kadar TSH masih tinggi, sehingga akan memberikan sejumlah hasil tinggi/positif palsu (false positive).
- ▶ Spesimen yang diambil pada usia 24-48 jam diberi catatan usia bayi saat diambil spesimen pada kertas saring.
- ▶ Apabila pengambilan darah tidak dapat dilakukan pada saat usia bayi 48-72 jam maka memungkinkan dilakukan pengambilan spesimen sampai dengan usia bayi 14 hari pada kunjungan neonatal berikutnya melalui kunjungan rumah atau pasien diminta datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- ▶ Bayi yang belum diambil spesimen darah karena kendala teknis, misalnya tidak tersedia alat dan bahan, tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan dan kompetensi tidak berada di tempat, terjadi bencana alam, dan lain-lain, dapat dilakukan pengambilan spesimen darah pada saat kunjungan neonatal sampai maksimal pada usia bayi 14 hari melalui kunjungan rumah atau pasien diminta datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

1 Skrining Bayi dengan Kondisi Khusus

2 Ruang Lingkup:

- Bayi yang memiliki risiko mengalami HK *transien* seperti:
- ▶ bayi prematur (umur kehamilan kurang dari 37 minggu),
 - ▶ bayi berat lahir rendah dan bayi berat lahir sangat rendah,
 - ▶ bayi sakit yang dirawat di NICU,
 - ▶ bayi kembar terutama yang mempunyai jenis kelamin yang sama

Pelaksanaan

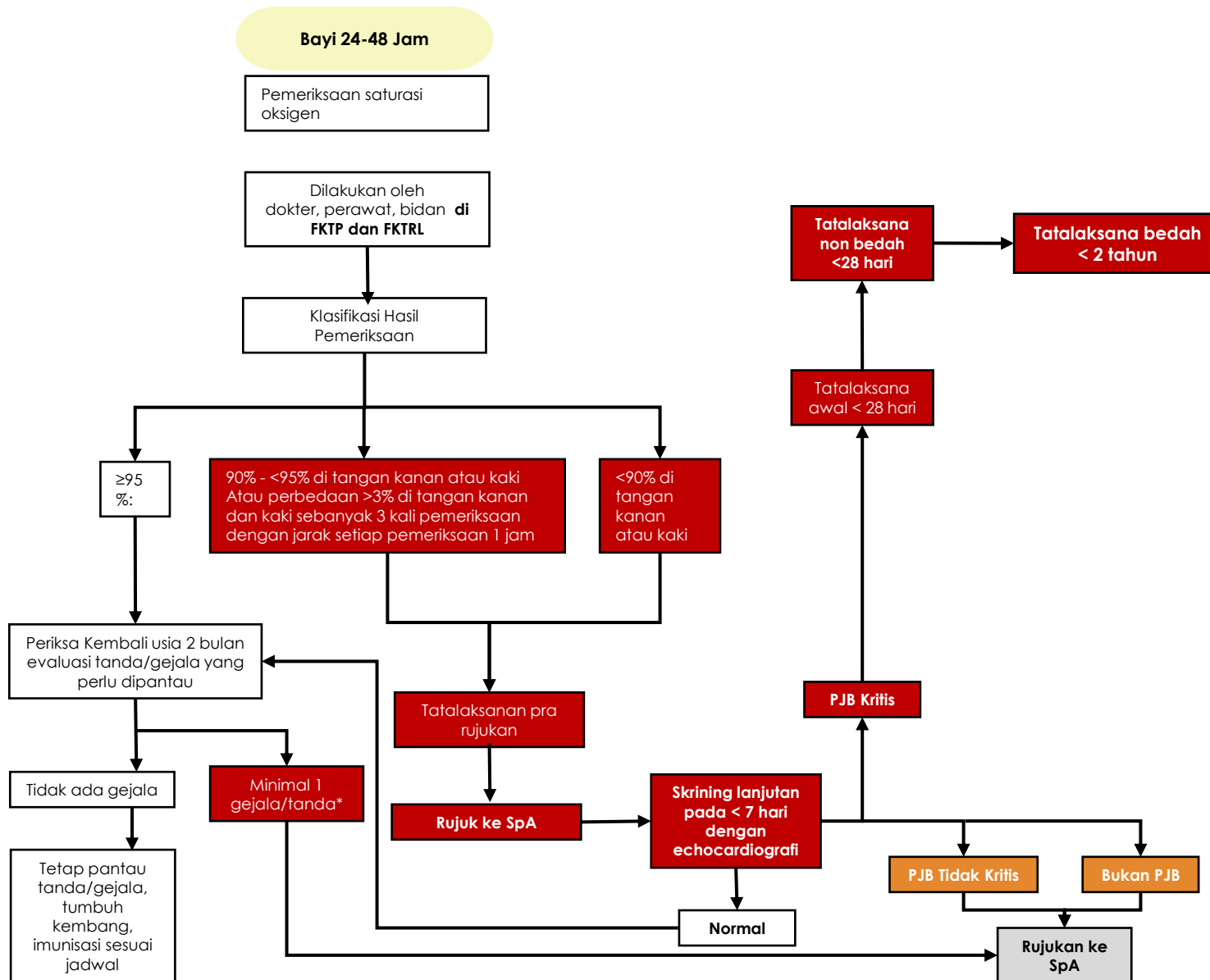
Pengambilan spesimen dilakukan 2 atau 3 kali tergantung umur kehamilan dan berat ringannya penyakit, sebagai berikut:

- ▶ Spesimen **pertama** dengan cara rutin (pengambilan spesimen rutin) atau pada saat pengambilan darah untuk maksud lain.
- ▶ Spesimen yang **kedua**, diambil pada saat bayi berusia 2 minggu atau 2 minggu setelah pengambilan spesimen pertama, hingga usia koreksi.
- ▶ **Bila diperlukan** diambil spesimen **ketiga** pada umur 28 hari atau sebelum bayi dipulangkan atau pada saat usia bayi sesuai dengan usia kehamilan cukup bulan.

Perhatikan:

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan skrining dengan kondisi khusus:

- ✓ Pengambilan spesimen ini terutama dilakukan pada bayi-bayi yang lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat lahir kurang dari 2500 gram.
- ✓ Pada bayi kurang bulan, BBLR, dan bayi sakit dilakukan pengambilan spesimen segera sebelum mendapatkan tindakan pengobatan seperti transfusi, nutrisi parenteral ataupun pemberian antibiotika.
- ✓ Hasil Thyroid Stimulating Hormone (TSH) tinggi palsu maupun normal palsu dapat terjadi pada kondisi ini.
- ✓ Kesimpulan hasil skrining tinggi harus mempertimbangkan usia gestasi pada saat spesimen diambil sesuai hasil diskusi tim yang terdiri dari laboratorium, neonatologi dan dokter spesialis anak konsultan endokrinologi.
- ✓ Pada bayi kurang bulan maupun bayi dengan peningkatan TSH lambat, pengambilan spesimen ketiga dimungkinkan dapat mendeteksi hipotiroid kongenital.



Skrining Penyakit Jantung Bawaan hanya dilakukan di Puskesmas (tidak di Pustu dan Posyandu)

Tujuan

Untuk mendeteksi secara dini adanya penyakit jantung bawaan kritis pada bayi baru lahir agar mendapatkan tata laksana yang cepat dan tepat

Sasaran:

Bayi usia 24-48 jam

Alat Bantu

Infant Pulse Oxymeter (Oksimeter khusus neonatus)

Pelaksana

dokter, dokter spesialis anak, perawat, dan bidan

Tindaklanjut

Rujuk sesuai alur

***gejala dan tanda yang dipantau:**

- Batuk > 2 minggu
- Menyusu terputus putus (sesak nafas saat aktivitas)
- Berat badan sulit naik
- Bayi nyaman tidur dengan bantal tinggi atau digendong
- Denyut jantung sangat cepat atau sangat lambat.
- Bengkak di mata, perut, tungkai atau di punggung dan pantat
- Tampak biru pada mukosa mulut, lidah dan ujung-ujung jari.

BAB F -1

Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah

Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah



Pengelompokan Bayi Baru Lahir Berdasarkan Berat Lahir dan usia

Bayi baru lahir dinilai berdasarkan berat lahir, usia kehamilan dan pertumbuhan intra uteri, yang selanjutnya dikelompokkan sebagai berikut:

Berdasarkan berat lahir dibagi menjadi:

- Bayi Berat Lahir Besar (BBLB): berat lahir >4000 gram
- Bayi Berat Lahir Cukup (BBLC): berat lahir 2500 - 3999 gram
- Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR): berat lahir 1500- 2499 gram
- Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR): berat lahir 1000-1499 gram
- Bayi Berat Lahir Amat Sangat Rendah (BBLASR): berat lahir <1000 gram

Berdasarkan usia kehamilan terbagi menjadi:

- Bayi Lebih Bulan (BLB): usia kehamilan > 42 minggu.
- Bayi Cukup Bulan (BCB): usia kehamilan 37 - < 42 minggu
- Bayi Kurang Bulan (BKB): usia kehamilan < 37 minggu

Berdasarkan berat lahir dibandingkan usia kehamilan terbagi menjadi:

- Besar Masa Kehamilan (BMK): pada kurva > persentil 90
- Sesuai Masa Kehamilan (SMK): pada kurva persentil 10- 90
- Kecil Masa Kehamilan (KMK): pada kurva persentil < 10



BBL cukup bulan

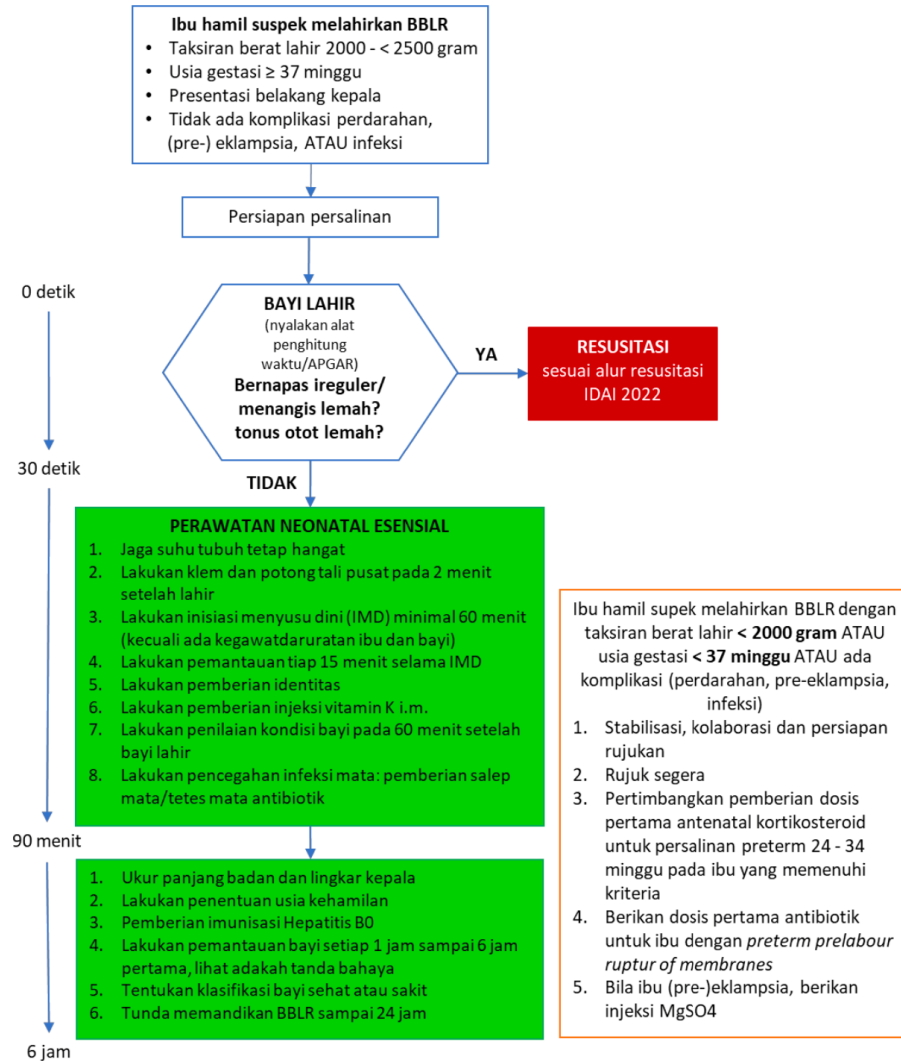


BBLR KMK cukup bulan

BBLR bisa merupakan bayi kurang bulan atau bayi kecil masa kehamilan atau kombinasi keduanya.

Tatalaksana BBLR

Alur Perawatan BBLR Saat Lahir

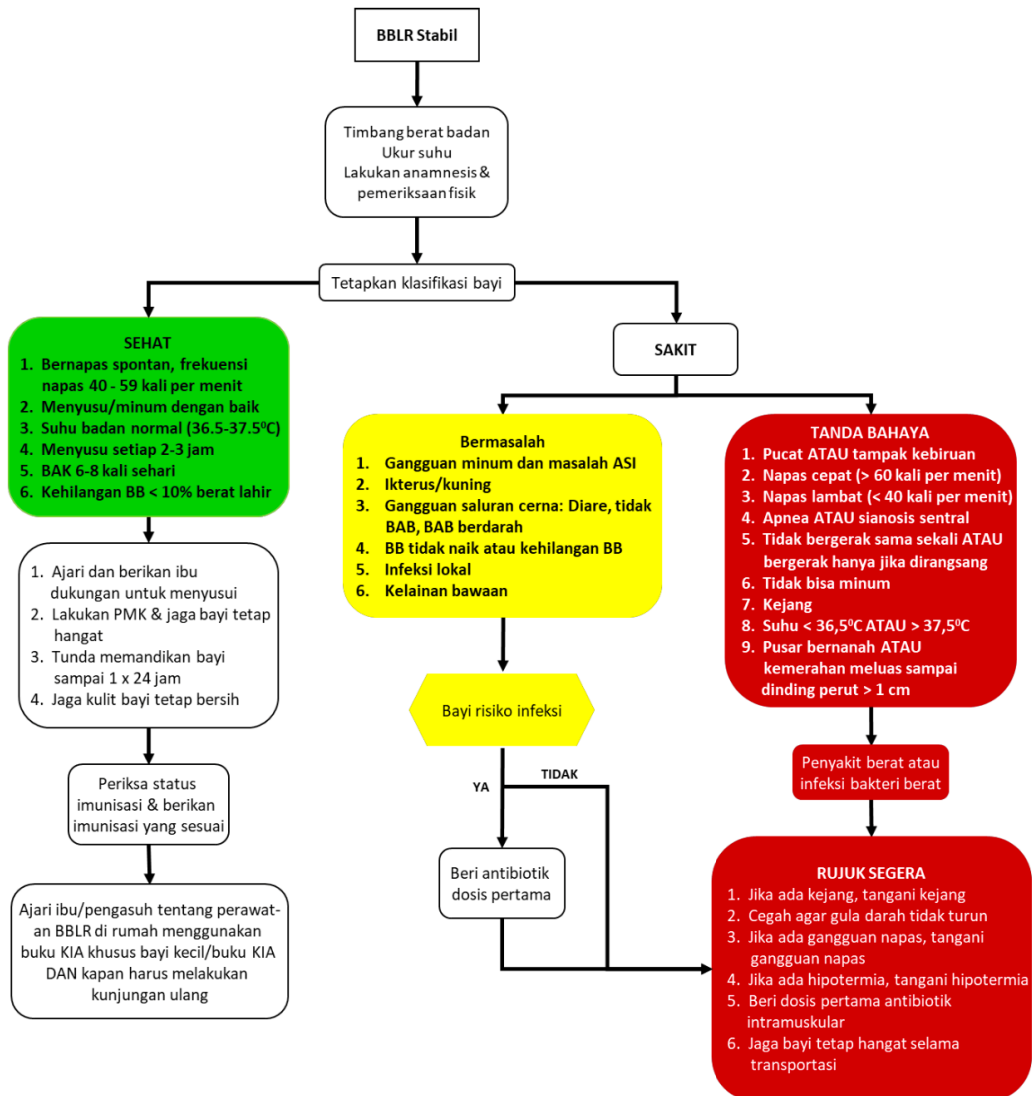


Sebelum mulai menolong persalinan, lakukan persiapan berikut:

1. Persiapan peralatan dan perbekalan kesehatan untuk menolong persalinan.
2. Memastikan peralatan resusitasi lengkap, bersih, siap pakai dan berfungsi dengan
3. baik.
4. Persiapan tim penolong persalinan, termasuk nakes yang memiliki keterampilan
5. melakukan penanganan kegawatdaruratan ibu dan bayi.
6. Memastikan penerapan pencegahan infeksi yang baik

Tatalaksana BBLR

Alur Perawatan BBLR 0-2 Bulan



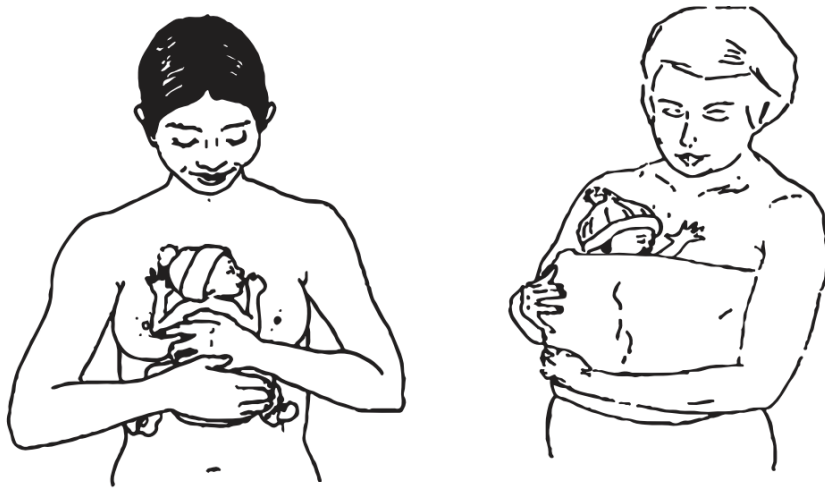
Apabila **berat lahir bayi < 2000 gram**, **rujuk segera** ke rumah sakit.

Pada BBLR dengan berat lahir 2000 - < 2500 gram yang dinyatakan sehat, **lanjutkan perawatan neonatal esensial**, mencakup:

- ▶ Pemberian identitas bayi.
- ▶ Lakukan pencegahan infeksi berikut:
- ▶ Pemberian salep mata/tetes mata antibiotik.
- ▶ Lakukan perawatan tali pusar
- ▶ Pengukuran panjang badan dan lingkaran kepala.
- ▶ Berikan imunisasi hepatitis B0 intramuskuler.
- ▶ Jika bayi dilahirkan dari ibu positif hepatitis B, berikan injeksi HBIG.
- ▶ Lakukan PMK.
- ▶ Ajari dan berikan dukungan bagi ibu untuk menyusui.

Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah cara merawat bayi dalam keadaan telanjang (hanya memakai popok dan topi) diletakkan secara tegak/vertikal di dada, antara ke 2 payudara ibu (ibu telanjang dada) sehingga terjadi kontak antara kulit ibu dan bayi dengan tujuan bayi memperoleh panas melalui proses konduksi.

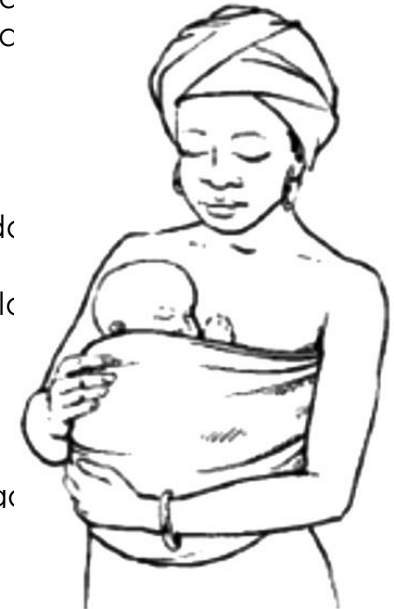


. PERAWATAN METODE KANGURU

PMK merupakan kontak kulit ke kulit dini, berkelanjutan, dan berkesinambungan antara ibu (atau penggantinya) dan bayi, baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun setelah pulang. Metode ini juga direkomendasikan untuk mentransfer bayi sakit ke fasilitas pelayanan kesehatan.

CARA MELAKUKAN PERAWATAN METODE KANGURU

1. Bayi telanjang dada (hanya memakai popok, topi, kaus tangan, kaus kaki), diletakkan telungkup di dada dengan posisi tegak atau diagonal. Tubuh bayi menempel/kontak langsung dengan ibu.
2. Atur posisi kepala, leher dan bahu dengan baik untuk menghindari terhalangnya jalan napas. Kepala menoleh ke samping di bawah dagu ibu (ekstensi ringan).
3. Tangan dan kaki bayi dalam keadaan fleksibel seperti posisi "katak". Kemudian "fiksasi" dengan selendang.
4. Ibu mengenakan pakaian/blus longgar sehingga bayi berada dalam 1 pakaian dengan ibu. Jika perlu, gunakan selimut.
5. Selain ibu, ayah dan anggota keluarga lain bisa melakukan metode kanguru.



Manajemen Laktasi BBLR

Jumlah ASI yang dibutuhkan BBLR

Pada BBLR yang stabil, pemberian ASI dapat dimulai dengan jumlah 60-80 ml/kg BB/hari.

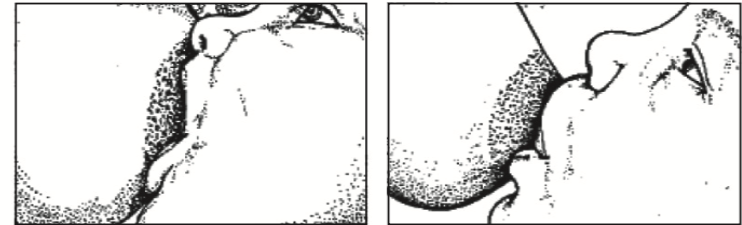
Tambahkan jumlah total 20-30 ml/kg BB/hari, sampai bayi mendapat total 180-200 ml/kg BB/hari. Diberikan dalam 8-12 kali pemberian per hari (tiap 2-3 jam).

Jika bayimenyusu langsung pada ibunya, kecukupan asupan dinilai dengan melihat frekuensi buang air kecil (BAK) 5-6 kali sehari setelah 3-4 hari pertama kehidupan dengan warna urine yang jernih, suhu tubuh normal, berat badan tidak turun >15%.

Bila jumlah ASI tidak mencukupi, dapat diberikan ASI donor yang sudah dipasteurisasi.

Jika tidak memungkinkan untuk menggunakan ASI donor masih, berikan susu formula sebagai pilihan terakhir.

- Posisi bayi yang benar:
 - o Kepala, leher, dan tubuh bayi dalam satu garis lurus
 - o Badan bayi menghadap ke dada ibu
 - o Badan bayi melekat ke ibu
 - o Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, tidak hanya leher dan bahu saja
- Tanda bayi melekat dengan baik:
 - o Daggu bayi menempel pada payudara ibu
 - o Mulut bayi terbuka lebar
 - o Bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat di dalamnya
 - o Areola juga masuk ke mulut bayi, tidak hanya puting susu. Areola bagian atas tampak lebih banyak/lebar
- Tanda bayi menghisap dengan efektif:
 - o Menghisap secara mendalam dan teratur
 - o Kadang diselingi istirahat
 - o Hanya terdengar suara menelan
 - o Tidak terdengar suara mengecap



Bayi melekat dengan benar (sebelah kiri) dan tidak benar (sebelah kanan) pada payudara ibu

- Setelah selesai:
 - o Bayi melepas payudara secara spontan
 - o Bayi tampak tenang dan mengantuk
 - o Bayi tampak tidak berminat lagi pada ASI

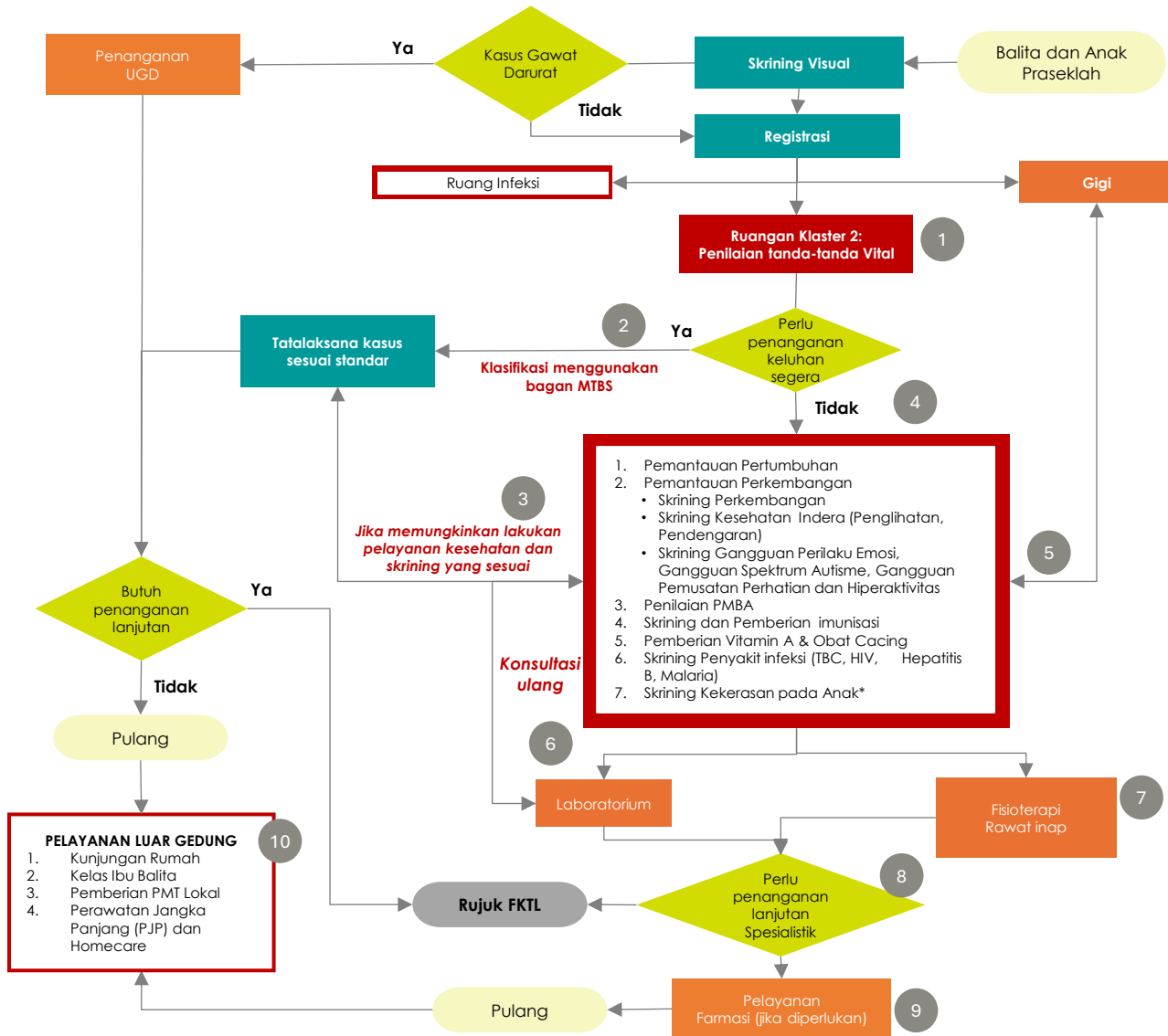


BAB F-2

Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah



Alur Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah



Penjelasan Alur

- Balita dan Anak Prasekolah yang datang sendiri atau atas rujukan mendapatkan pemeriksaan tanda vital dan anamnesis di ruang kluster 2.
- Jika pasien membutuhkan penanganan keluhan segera maka segera lakukan tatalaksana kasus sesuai standar dan jika membutuhkan pelayanan lanjutan dapat dirujuk ke FKTL.
- Pasien yang sudah ditangani keluhannya dan memungkinkan untuk mendapatkan pelayanan dan skrining kesehatan diberikan pelayanan sesuai usia dan waktu.
- Pasien yang tidak memerlukan penanganan segera diberikan pelayanan dan skrining kesehatan sesuai usia dan waktu terlebih dahulu sebelum mendapatkan tatalaksana kasus.
- Sesudah mendapatkan pelayanan kesehatan, pasien dirujuk ke pemeriksaan gigi (jika sesuai dengan usia pemeriksaan)
- Jika dibutuhkan pasien diarahkan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium.
- Pasien yang membutuhkan layanan lanjutan fisioterapi dan rawat inap dapat diarahkan ke layanan terkait.
- Bila sudah seluruh layanan sudah diberikan dan diperlukan penanganan lanjutan/spesialistik, maka rujuk pasien ke FKTL
- Yang tidak membutuhkan layanan spesialistik dapat menuju farmasi (jika diperlukan) dan kemudian pulang.
- Pasien yang pulang dianjurkan untuk mengikuti kegiatan pemberdayaan di Pustu dan atau Posyandu.

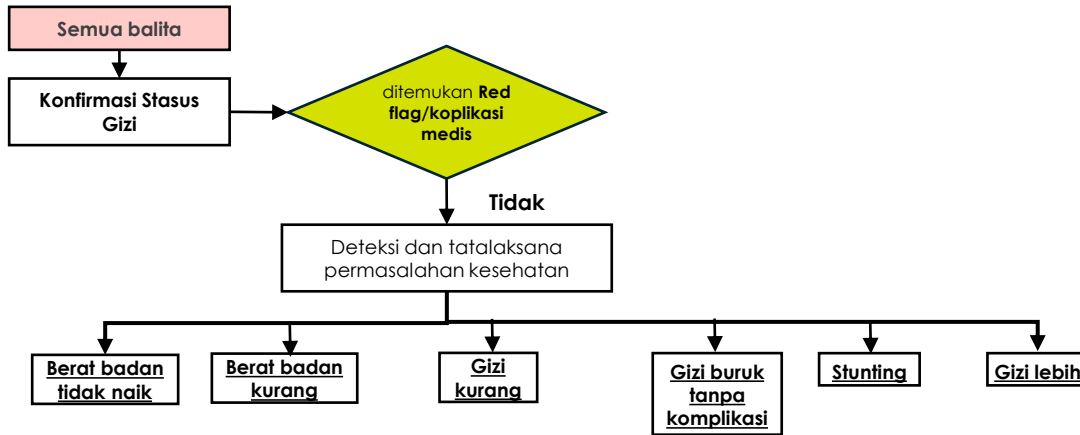
Gunakan prinsip-prinsip inklusifitas jika pasien adalah Balita dan Anak Prasekolah dengan disabilitas

BAB F -2

Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah

Kegiatan Dalam Gedung





1 Periksa grafik BB/PB atau BB/TB

Hasil Konfirmasi BB/PB atau BB/TB	Status Gizi
< - 3 SD	Gizi Buruk
- 3 SD sd < - 2 SD	Gizi kurang
- 2 SD s.d +1 SD	Gizi baik
> + 1 SD sd + 2 SD	Risiko Gizi Lebih
> + 2 SD sd + 3 SD	Gizi Lebih
> + 3 SD	Obesitas

2 Periksa grafik BB/U

Hasil Konfirmasi BB/U	Status Gizi
< - 2 SD	Berat Badan Kurang
- 2 SD s.d +1 SD	Berat Badan Normal
> + 1 SD	Risiko Berat Badan Lebih

3 Periksa grafik PB/U atau TB/U

Hasil Konfirmasi PB/U atau TB/U	Status Gizi
< - 2 SD	Pendek
- 2 SD s.d +3 SD	Normal
> + 3 SD	Tinggi

Pemantauan Pertumbuhan dilakukan dengan melakukan:

1. Penimbangan Berat Badan
2. Pengukuran Tinggi/Panjang Badan
3. Pengukuran LiLA
4. Pengukuran Lingkar Kepala

Tujuan

Untuk memantau apakah anak bertumbuh sesuai dengan standar umurnya

Sasaran

Seluruh balita yang datang ke Puskesmas

Semua balita yang mengunjungi Puskesmas wajib dikonfirmasi status gizinya, meskipun sudah ada pengukuran di Pustu atau Posyandu

Frekuensi

Setiap kunjungan Puskesmas

Metode

1. Melakukan penimbangan BB dan pengukuran TB sesuai standar
2. Mengkonfirmasi status gizi berdasarkan indikator BB/TB, BB/U dan TB/U
3. (Melakukan pengukuran LILA dan Lingkar Kepala)
4. Menilai adanya redflag

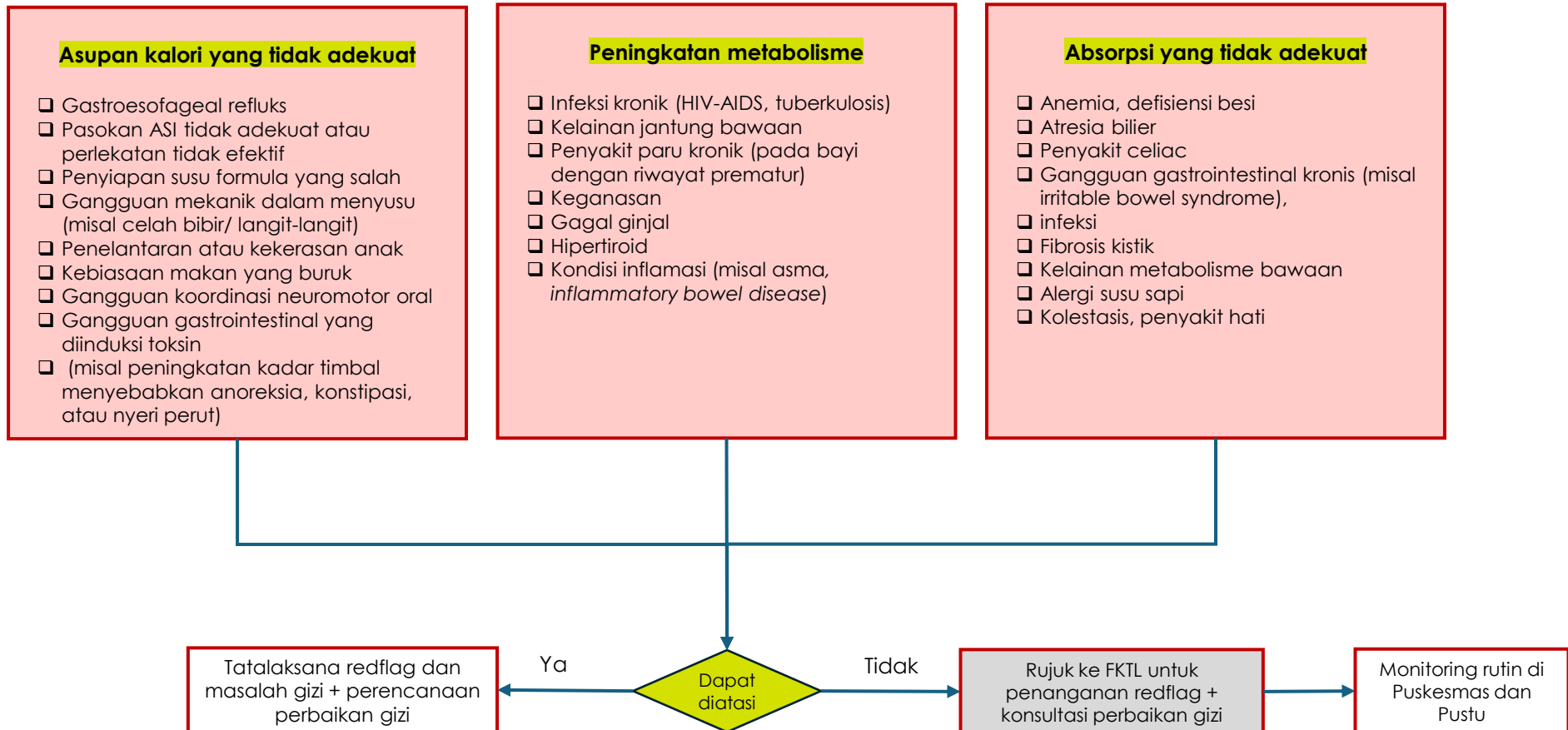
Intepretasi

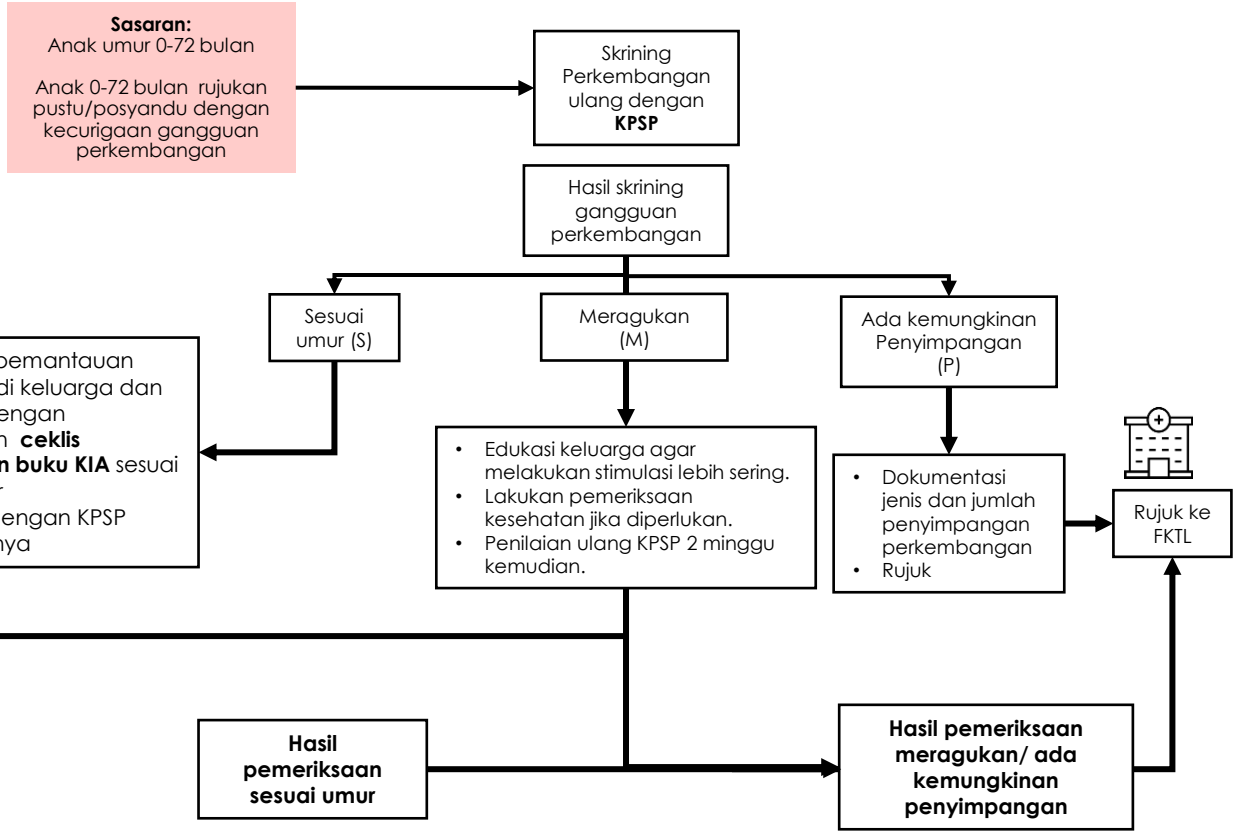
Sesuai tabel z score gizi + ada /tidak ada redflag

Tindakanjuz

Tatalaksana komprehensif (gabungan) gizi dengan redflag lain.

Lakukan pemeriksaan menyeluruh faktor-faktor yang merupakan redflag bagi pertumbuhan





Tujuan

untuk mengetahui perkembangan balita dan anak prasekolah, apakah normal atau ada kemungkinan penyimpangan

Jadwal Pemeriksaan

Pada usia 6, 9, 18, 24, 36, 48, 60, 72 bulan

Alat skrining

1. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)
2. Formulir Deteksi Dini Tumbuh Kembang
3. Bagan SDIDTK
4. Alat deteksi dini perkembangan anak (SDIDTK kit)
5. Buku KIA

Apabila orang tua/pengasuh datang dengan keluhan balita dan anak prasekolah mengalami masalah perkembangan, sedangkan usia anak bukan usia skrining, maka dilakukan pemeriksaan menggunakan **KPSP untuk usia skrining yang lebih muda (usia dibawahnya)**, dan apabila hasil pemeriksaan perkembangan sesuai, selanjutnya orangtua/pengasuh dianjurkan untuk datang kembali sesuai dengan waktu pemeriksaan di usianya

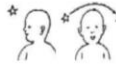




Pelaksana

tenaga kesehatan

Interpretasi dan Tindakan lanjut

1. Penilaian ulang jika meragukan dalam 2 minggu → hasil kedua juga meragukan → rujuk
2. Penilaian ada kemungkinan penyimpangan → rujuk ke FKTL atau klinik tumbuh kembang tingkat I

Kuesioner Pra Skrining Perkembangan – contoh usia 3 bulan

	Pertanyaan		Jawaban	
			Ya	Tidak
1.	Pada saat bayi terlentang, apakah masing-masing lengan dan tungkai bergerak dengan mudah? Jawab 'Tidak' bila salah satu atau kedua tungkai atau lengan bayi bergerak tak terarah atau tak terkendali.	Gerak kasar		
2.	Jangan membuat suara apapun. Pada saat bayi terlentang apakah ia melihat dan menatap wajah Anda?	Sosialisasi dan kemandirian		
3.	Pada saat Anda mengajak bayi berbicara dan tersenyum, apakah ia tersenyum kembali kepada Anda?	Sosialisasi dan kemandirian		
4.	Apakah bayi dapat mengeluarkan suara-suara lain (mengoceh) selain menangis?	Bicara dan bahasa		
5.	Apakah bayi suka tertawa keras walau tidak digelitik atau diraba-raba?	Bicara dan bahasa		
6.	Ambil gulungan wool merah, lalu letakkan di atas wajah di depan mata bayi. Gerakkan wool dari samping kiri ke kanan kepala atau sebaliknya. Apakah ia dapat mengikuti gerakan Anda dengan menggerakkan kepalanya dari kanan atau kiri ke tengah? 	Gerak halus		
7.	Ambil gulungan wool merah, lalu letakkan di atas wajah di depan mata bayi. Gerakkan wool dari samping kiri ke kanan kepala atau sebaliknya. Apakah ia dapat mengikuti gerakan Anda dengan menggerakkan kepalanya dari satu sisi hampir sampai pada sisi yang lain? 	Gerak halus		
8.	Pada saat bayi tengkurap di alas yang datar, apakah ia dapat mengangkat kepalanya seperti pada gambar? 	Gerak kasar		
9.	Pada saat bayi tengkurap di alas yang datar, apakah ia dapat mengangkat kepalanya sehingga membentuk sudut 45° seperti pada gambar? 	Gerak kasar		
10.	Pada saat bayi tengkurap di alas yang datar, apakah ia dapat mengangkat kepalanya dengan tegak seperti pada gambar? 	Gerak kasar		

Hasil pemeriksaan	Interpretasi	Intervensi
Jawaban 'Ya' 9 atau 10	Sesuai umur	<ul style="list-style-type: none"> Berikan pujian kepada orang tua atau pengasuh dan anak Lanjutkan stimulasi sesuai tahapan umur Jadwalkan kunjungan berikutnya
Jawaban 'Ya' 7 atau 8	Meragukan	<ul style="list-style-type: none"> Nasehati ibu atau pengasuh untuk melakukan stimulasi lebih sering dengan penuh kasih sayang Ajarkan ibu cara melakukan intervensi dini pada aspek perkembangan yang tertinggal Jadwalkan kunjungan ulang 2 minggu lagi. Apabila hasil pemeriksaan selanjutnya juga meragukan atau ada kemungkinan penyimpangan, rujuk ke rumah sakit rujukan tumbuh kembang level 1
Jawaban 'Ya' 6 atau kurang	Ada kemungkinan penyimpangan	<ul style="list-style-type: none"> Rujuk ke RS rujukan tumbuh kembang level 1

1. Hitung umur anak sesuai ketentuan
2. Bila umur anak lebih 16 hari maka dibulatkan menjadi 1 bulan
3. Pilih KPSP yang sesuai dengan umur anak. Bila umur anak tidak sesuai, gunakan KPSP untuk kelompok umur yang lebih muda
4. Tanyakan kepada orang tua atau pengasuh atau periksa anak sesuai petunjuk pada KPSP. Hitung jawaban 'Ya'

JADWAL DAN JENIS DETEKSI DINI TUMBUH KEMBANG ANAK DI PUSKESMAS

Setiap bulan anak mendapatkan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan buku KIA. Bila pertumbuhan atau perkembangan **tidak sesuai umur menurut buku KIA**, maka anak harus mendapatkan pemeriksaan deteksi dini tumbuh kembang dengan menggunakan buku SDIDTK. Meskipun hasil pertumbuhan dan perkembangan **sesuai umur menurut Buku KIA**, setiap anak berumur **6, 9, 18, 24, 36, 48, 60, 72** bulan harus tetap dilakukan deteksi dini pertumbuhan dan perkembangan dengan menggunakan buku SDIDTK.

Umur	Jenis deteksi dini tumbuh kembang yang harus dilakukan di tingkat Puskesmas													
	Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan							Deteksi dini penyimpangan perkembangan				Deteksi dini penyimpangan perilaku emosional (dilakukan atas indikasi)		
	<i>Weight increment*</i>	<i>Length increment*</i>	BB/U	PB/U atau TB/U	BB/PB atau BB/TB	IMT/U	LK	KPSP	TDD	Pemeriksaan pupil putih**	TDL	KMPE	M-CHAT Revised***	GPPH
6 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
9 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
18 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	
24 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	
36 bulan			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
48 bulan			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
60 bulan			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
72 bulan			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓

*Diukur jika tren pertumbuhan mendarat atau tidak mengikuti garis pertumbuhan

**Pemeriksaan pupil putih untuk deteksi dini katarak kongenital dilakukan pada bayi berusia di bawah 3 bulan saat kunjungan imunisasi

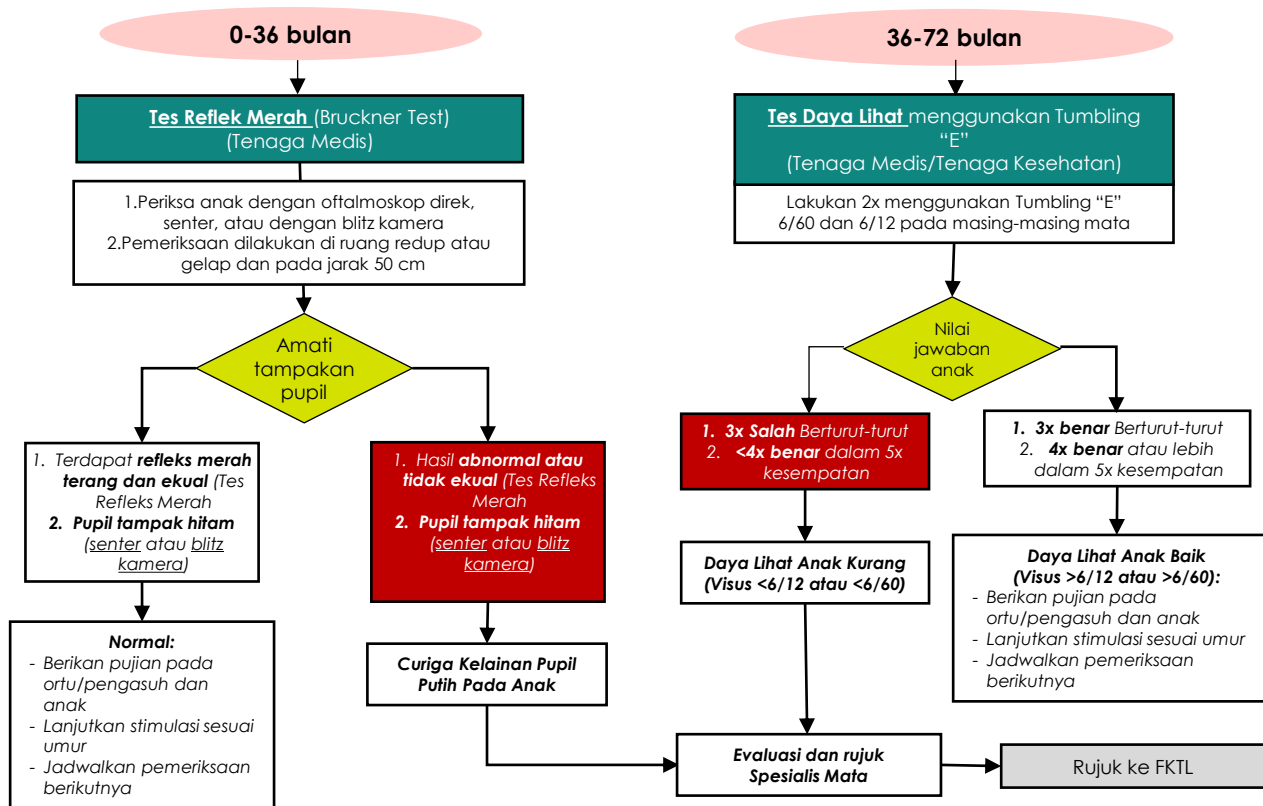
***Pemeriksaan M-CHAT Revised dilakukan pada usia 16-30 bulan

Catatan

Apabila orang tua/pengasuh datang dengan keluhan balita dan anak prasekolah mengalami masalah perkembangan, sedangkan usia anak bukan usia skrining, maka dilakukan pemeriksaan menggunakan **KPSP untuk usia skrining yang lebih muda (usia dibawahnya)**, dan apabila hasil pemeriksaan perkembangan sesuai, selanjutnya orangtua/pengasuh dianjurkan untuk datang kembali sesuai dengan waktu pemeriksaan di usianya

Sumber : Panduan SDIDTK 2024

Alur Skring – Tes untuk 0-36 bulan – Tes untuk 36-72 bulan



Tujuan

Mendeteksi secara dini kelainan daya lihat agar segera dapat dilakukan tindakan lanjutan sehingga kesempatan untuk memperoleh ketajaman daya lihat menjadi lebih besar

Sasaran

Seluruh anak balita usia 0,6,9,12,24,36,48,60 dan 72 bulan

Frekuensi

Setiap kali kunjungan Puskesmas

Alat bantu

- Bagan SDIDTK,
- Buku KIA,
- Instrumen TDL,
- SDIDTK Kit,
- Form DDTK,
- Kartu tumbling "E",
- Satu helai pita/tali ukuran 6 m dengan simpul/ciincin di pertengahan/3 m, kursi

Metode

Sesuai usia

Tindaklanjut

Rujuk jika ada kelainan

Alur Skrining– **Tes untuk 0-36 minggu** – Tes untuk 36-72 minggu

Tes Refleks Merah (*Bruckner test*)

Cara melakukan Tes Refleks Merah

1. Dilakukan pada ruangan dengan pencahayaan redup atau gelap (matikan lampu ruangan dan/atau tutup tirai atau gordena ruangan pemeriksaan)
2. Anak duduk di pangkuan orang tuanya atau pengantar pasien
3. Gunakan funduskopi atau oftalmoskopi direk dengan kekuatan lensa pada alat diatur pada "0"
4. Pastikan baterai alat terisi
5. Pemeriksa duduk pada jarak 50 cm. Pegang alat funduskopi atau oftalmoskopi direk ke dekat mata pemeriksa
6. Minta atau alihkan perhatian anak untuk melihat ke sumber cahaya dan arahkan sinar funduskopi atau oftalmoskopi direk ke mata anak.

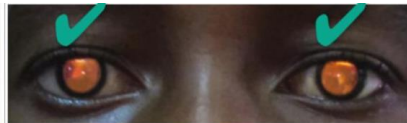
Gunakan funduskopi atau oftalmoskopi direk



Interpretasi:

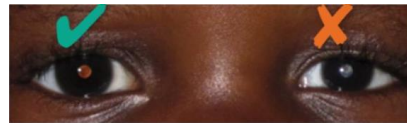
Pemeriksa normalnya akan melihat refleks merah terang dan ekuval dari masing-masing pupil anak.

Hasil Normal



terlihat refleks merah terang dan ekuval dari masing-masing pupil anak

Hasil Abnormal atau Tidak Ekuval



Mata kanan: normal; Mata kiri: warna yang tampak bukan refleks merah tetapi putih dan dapat mengindikasikan kelainan mata yang serius



Mata kanan: normal; Mata kiri: warna yang tampak bukan refleks merah tetapi putih kekuningan dan dapat mengindikasikan kelainan mata yang serius



Mata kanan: normal; Mata kiri: refleks merah lebih redup dibandingkan pada mata kanan dan refleks cahaya kornea (titik putih di kornea) tidak terletak di sentral. Terdapat juling pada anak di gambar ini yang mungkin disebabkan karena kondisi kelainan mata yang serius

Sasaran 0-36 Bulan:

- Tujuan pemeriksaan pada usia ini adalah untuk mendeteksi adanya tanda **pupil putih (Leukoria)** yang merupakan tanda penyakit mata serius, termasuk di dalamnya kelainan katarak, retinoblastoma, penyakit-penyakit mata yang melibatkan kornea, lensa, vitreous, dan retina
- Jenis skrining yang digunakan **Tes Refleks merah (Bruckner test) → dokter**
- Tes Penguat atau alternatif adalah:
 - Deteksi Pupil Putih dengan Senter -> dokter
 - Tes Lampu Kilat (Blitz) kamera → **Tenaga Kesehatan**
- Dilakukan pada usia
 - 0-3 Bulan
 - 6 Bulan
 - 9 Bulan
 - 18 Bulan
 - 24 Bulan
 - 36 Bulan

Alur Skrining– **Tes untuk 0-36 minggu** – Tes untuk 36-72 minggu

Tes Lampu Kilat (Blitz) Kamera

Cara melakukan Tes Lampu Kilat (Blitz)

1. Deteksi pupil putih secara mudah dapat dilakukan dengan menggunakan kamera pada smartphone. Kamera dengan lampu kilat (blitz) disiapkan pada pencahayaan ruangan redup
2. Deteksi mode red eye pada kamera dinonaktifkan. Kamera kemudian diarahkan sejajar mata anak dan anak diminta melihat ke kamera. Lihat bagian pupil, apakah terdapat bagian yang berwarna putih atau tidak



Gunakan **Blitz**
kamera

Interpretasi:

Pemeriksa normalnya akan melihat bagian pupil berwarna hitam.

Hasil Abnormal

SEBELUM menggunakan lampu kilat (blitz) kamera



Gambaran pupil putih SETELAH menggunakan lampu kilat (blitz) kamer



Sasaran 0-36 Bulan:

- Tujuan pemeriksaan pada usia ini adalah untuk mendeteksi adanya tanda **pupil putih (Leukoria)** yang merupakan tanda penyakit mata serius, termasuk di dalamnya kelainan katarak, retinoblastoma, penyakit-penyakit mata yang melibatkan kornea, lensa, vitreous, dan retina
- Jenis skrining yang digunakan Tes Refleks merah (Bruckner test) → **dokter**
- Tes Penguat atau alternatif adalah:
 - Deteksi Pupil Putih dengan Senter -> dokter
 - **Tes Lampu Kilat (Blitz) kamera → Tenaga kesehatan**
- Dilakukan pada usia
 - 0-3 Bulan
 - 6 Bulan
 - 9 Bulan
 - 18 Bulan
 - 24 Bulan
 - 36 Bulan

Alur Skrining– **Tes untuk 0-36 minggu** – Tes untuk 36-72 minggu

Deteksi Pupil menggunakan Senter

Cara melakukan Deteksi Pupil dengan Senter

1. Deteksi pupil putih secara sederhana,
2. Menggunakan senter yang diarahkan ke mata anak.
3. Lihat bagian pupil, apakah terdapat bagian yang berwarna putih atau tidak.



Gunakan **senter**

Interpretasi:

Pemeriksa normalnya akan melihat bagian pupil berwarna hitam..

Hasil Normal



Gambaran Pupil

Normal (tidak tampak putih di tengah-tengah bagian hitam mata)
anak

Hasil Abnormal



Gambaran Pupil Putih pada kedua mata

(merupakan indikasi rujuk ke FKTL)

Sasaran 0-36 Bulan:

- Tujuan pemeriksaan pada usia ini adalah untuk mendeteksi adanya tanda **pupil putih (Leukoria)** yang merupakan tanda penyakit mata serius, termasuk di dalamnya kelainan katarak, retinoblastoma, penyakit-penyakit mata yang melibatkan kornea, lensa, vitreous, dan retina
- Jenis skrining yang digunakan Tes Refleksi merah (Bruckner test) → **dokter**
- Tes Penguat atau alternatif adalah:
 - **Deteksi Pupil Putih dengan Senter -> hanya oleh dokter**
 - Tes Lampu Kilat (Blitz) kamera → Bisa dilakukan tenaga kesehatan
- Dilakukan pada usia
 - 0-3 Bulan
 - 6 Bulan
 - 9 Bulan
 - 18 Bulan
 - 24 Bulan
 - 36 Bulan

Tes Daya Lihat Menggunakan tumbling E

Algoritme – Cara Periksa - Interpretasi

1. Periksa anak dengan kartu *tumbling* "E" sesuai petunjuk dalam buku
2. Hitung jumlah jawaban benar anak terhadap arah kaki "E":

Hasil pemeriksaan	Interpretasi	Intervensi
<ul style="list-style-type: none"> Anak dapat menjawab dengan benar arah kaki "E" 3 kali berturut-turut, ATAU anak menjawab benar 4 atau lebih dari 5 kali kesempatan 	<p>Daya lihat anak baik (visus >6/12 atau >6/60)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Berikan pujian kepada orang tua atau pengasuh dan anak Lanjutkan stimulasi sesuai umur Jadwalkan kunjungan berikutnya
<ul style="list-style-type: none"> Anak tidak dapat menjawab dengan benar arah kaki "E" 3 kali berturut-turut; menjawab benar <4 dari 5 kali kesempatan 	<p>Daya lihat anak kurang (visus <6/12 atau <6/60)</p>	<p>Rujuk ke RS rujukan tumbuh kembang level 1</p>



Tes tajam penglihatan pada anak menggunakan *tumbling* "E"

Tujuan
untuk mendeteksi dini gangguan penglihatan

Sasaran
Anak usia >36-72 bulan

Metode
Tes Daya lihat dengan huruf E

Alat dan Sarana

- **Ruangan** yang bersih, tenang, dengan penyorotan yang baik,
- **Dua buah kursi,**
- **Kartu tumbling "E"** yang disederhanakan ukuran setara dengan optotype tajam penglihatan 6/60 dan 6/12,
- **Tali ukur** 6 meter atau 3 meter

Frekuensi
Dilakukan tiap 6 bulan

Pelaksana
Tenaga Kesehatan

Tes Daya Lihat Menggunakan tumbling E

Algoritme- **Cara Periksa** - Interpretasi

1. Pilih suatu **ruangan yang bersih dan tenang**, dengan penyorotan yang baik. Letakkan sebuah kursi sejauh 6 meter antara pemeriksa dan pasien.
2. Pemeriksa memberikan kartu "E" pada anak. **Latih anak dalam mengarahkan kartu "E"** menghadap atas, bawah, kiri, dan kanan sesuai dengan arah kaki huruf "E" yang ditunjukkan oleh pemeriksa. Beri pujian setiap kali anak mau melakukannya. Lakukan hal ini sampai anak dapat mengarahkan kartu "E" dengan benar.
3. Selanjutnya **pemeriksaan dimulai** dari kartu optotype "E" 6/60, baru dilanjutkan dengan kartu optotype "E" 6/12. Kartu "E" yang dipegang oleh pemeriksa tingginya harus sejajar dengan mata anak.
4. Anak diminta **menutup sebelah matanya** dengan benar. Pemeriksaan tes daya lihat dilakukan pada masing-masing mata.
5. Pemeriksa menunjukkan kartu "E" dan kemudian membalik-balik arahnya sebanyak 3 kali pada awalnya. Apabila anak dapat menjawab dengan benar arah kaki "E" yang dibalik-balik oleh pemeriksa sebanyak 3 kali, maka pemeriksaan dapat dihentikan dan daya lihat anak dinilai baik. Bila menjawab 2 kali benar, pemeriksaan dapat ditambahkan hingga 5 kali. Apabila hasil pemeriksaan daya penglihatan anak menggunakan kartu optotype "E" 6/60 dinilai kurang atau tidak bisa, pemeriksaan tidak perlu dilanjutkan menggunakan kartu optotype "E" 6/12.
6. **Ulangi** pemeriksaan tersebut pada mata yang lain dengan cara yang sama.
7. **Catat** daya penglihatan pada masing-masing mata anak.

Tujuan

untuk mendeteksi dini gangguan penglihatan

Sasaran

Anak usia >36-72 bulan

Metode

Tes Daya lihat dengan huruf E

Alat dan Sarana

- **Ruangan** yang bersih, tenang, dengan penyorotan yang baik,
- **Dua buah kursi**,
- **Kartu tumbling "E"** yang disederhanakan ukuran setara dengan optotype tajam penglihatan 6/60 dan 6/12,
- **Tali ukur** 6 meter atau 3 meter

Frekuensi

Dilakukan tiap 6 bulan

Pelaksana

Tenaga Kesehatan

Tes Daya Lihat Menggunakan tumbling E

Algoritme- Cara Periksa - **Interpretasi**

1. Apabila anak dapat menjawab dengan benar arah kaki "E" yang dibalik-balik oleh pemeriksa sebanyak 3 kali berturut-turut, maka **daya lihat anak dinilai baik** (visus mata kanan/kiri $>6/12$ atau $>6/60$, tergantung kartu optotype "E" yang digunakan)
2. Bila menjawab 2 kali benar, pemeriksaan dapat ditambahkan hingga 5 kali. Bila benar 4 dari 5, maka **daya lihat anak dinilai baik** (visus mata kanan atau kiri $>6/12$ atau $>6/60$, tergantung kartu optotype "E" yang digunakan)
3. Bila jawaban benar <4 dari 5 kali percobaan, maka **daya lihat anak dinilai kurang** (visus mata kanan/kiri $<6/12$ atau $<6/60$, tergantung kartu optotype "E" yang digunakan) dan perlu dirujuk
4. Bila anak tidak dapat menjawab benar 3 kali berturut turut atau menyatakan tidak melihat kartu "E" yang ditunjukkan oleh pemeriksa, maka **daya lihat anak dinilai kurang** (visus mata kanan atau kiri $<6/12$ atau $<6/60$, tergantung kartu optotype "E" yang digunakan) dan perlu dirujuk

Tujuan

untuk mendeteksi dini gangguan penglihatan

Sasaran

Anak usia $>36-72$ bulan

Metode

Tes Daya lihat dengan huruf E

Alat dan Sarana

- **Ruangan** yang bersih, tenang, dengan penyorotan yang baik,
- **Dua buah kursi**,
- **Kartu tumbling "E"** yang disederhanakan ukuran setara dengan optotype tajam penglihatan $6/60$ dan $6/12$,
- **Tali ukur** 6 meter atau 3 meter

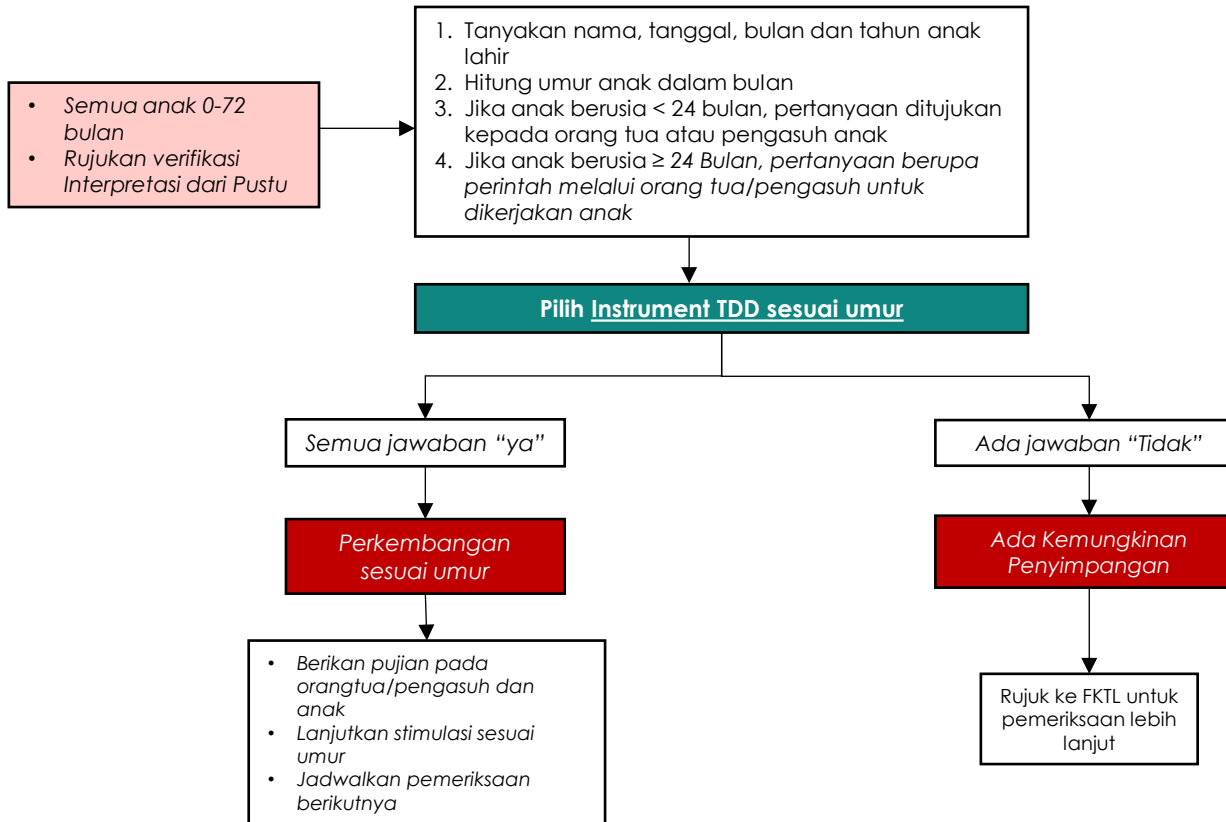
Frekuensi

Dilakukan tiap 6 bulan

Pelaksana

Tenaga Kesehatan

Alur Skrining - Cara Melakukan Tes dan Interpretasi - Instrumen Tes Daya Dengar



Tujuan

Tujuan Tes Daya Dengar (TDD) bertujuan untuk menemukan gangguan pendengaran sejak dini agar dapat segera ditindaklanjuti untuk meningkatkan kemampuan daya dengar dan bicara anak.

Sasaran

Semua anak usia 6, 9, 18, 24, 36, 48, 60, dan 72 bulan.

Jadwal TDD adalah setiap 3 bulan pada bayi umur kurang dari 12 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 12 bulan ke atas,

Alat Bantu

Instrumen TTD menurut umur anak

Pelaksana

Tenaga kesehatan, guru TK terlatih, tenaga PAUD terlatih, dan petugas terlatih lainnya.

Tenaga Kesehatan mempunyai kewajiban memvalidasi hasil pemeriksaan tenaga lainnya.

Alur Skrining– **Cara Melakukan Tes dan Interpretasi** - Instrumen Tes Daya Dengar

Cara Melakukan Tes Daya Dengar

1. Tanyakan tanggal, bulan dan tahun anak lahir, hitung umur anak dalam bulan. Untuk bayi lahir prematur <38 minggu, lakukan koreksi umur hingga umur 2 tahun
2. Pilih dasar pertanyaan TDD yang sesuai dengan umur anak
3. Pada anak umur **kurang dari 24 bulan**:
 - Semua pertanyaan harus dijawab oleh orang tua atau pengasuh anak. Katakan pada ibu atau pengasuh untuk tidak usah ragu-ragu atau takut menjawab, karena tidak untuk mencari siapa yang salah
 - Bacakan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu persatu, berurutan
 - Tunggu jawaban dari orang tua atau pengasuh anak
 - Jawaban 'Ya' jika menurut orang tua atau pengasuh, anak dapat melakukannya dalam 1 bulan terakhir
 - Jawaban 'Tidak' jika menurut orang tua atau pengasuh anak tidak pernah, tidak tahu, atau tidak dapat melakukannya dalam 1 bulan terakhir

4. Pada anak **umur 24 bulan atau lebih**:

- Pertanyaan-pertanyaan berupa perintah melalui orang tua atau pengasuh untuk dikerjakan oleh anak
- Amati kemampuan anak dalam melakukan perintah orang tua atau pengasuh
- Jawaban 'Ya' jika anak dapat melakukan perintah orang tua atau pengasuh
- Jawaban 'Tidak' jika anak tidak dapat atau tidak mau melakukan perintah orang tua atau pengasuh

Interpretasi

1. Bila ada 1 atau lebih jawaban 'Tidak', kemungkinan anak mengalami gangguan pendengaran

Hasil pemeriksaan	Interpretasi	Intervensi
Tidak ada jawaban 'Tidak'	Sesuai umur	<ul style="list-style-type: none">• Berikan pujian kepada orang tua atau pengasuh dan anak• Lanjutkan stimulasi sesuai umur• Jadwalkan kunjungan berikutnya
Jawaban 'Tidak' 1 atau lebih	Ada kemungkinan penyimpangan	Rujuk ke RS rujukan tumbuh kembang level 1

Alur Skrining– Cara Melakukan Tes dan Interpretasi - Instrumen Tes Daya Dengar

Instrument Tes Daya Dengar Umur 0-3 Bulan

Umur kurang atau sampai 3 bulan	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Kemampuan ekspresif: Apakah bayi dapat mengatakan “Aaaaa”, “Ooooo”? Apakah bayi menatap wajah dan tampak mendengarkan Anda, lalu berbicara saat Anda diam? Apakah Anda dapat seolah-olah berbicara dengan bayi Anda?		
2. Kemampuan reseptif: Apakah bayi kaget bila mendengar suara (mengejapkan mata, napas lebih cepat)? Apakah bayi kelihatan menoleh bila Anda berbicara di sebelahnya?		
3. Kemampuan visual: Apakah bayi Anda dapat tersenyum? Apakah bayi Anda kenal dengan Anda, seperti tersenyum lebih cepat pada Anda dibandingkan orang lain?		
Total jawaban ‘Tidak’		

Instrument Tes Daya Dengar Umur 6-12 Bulan

Umur lebih dari 6 bulan sampai 12 bulan	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Kemampuan ekspresif: Apakah bayi dapat membuat suara berulang seperti ‘mamamama’, ‘babababa’? Apakah bayi dapat memanggil mama atau papa, walaupun tidak untuk memanggil orang tuanya?		
2. Kemampuan reseptif: Pemeriksa duduk menghadap bayi yang dipangku orang tuanya, bunyikan bel disamping bawah tanpa terlihat bayi, apakah bayi langsung menoleh ke samping bawah? Apakah anak mengikuti perintah tanpa dibantu gerakan badan, seperti “Stop, berikan mainanmu”?		
3. Kemampuan visual: Apakah bayi mengikuti perintah dengan dibantu gerakan badan, seperti “Stop, berikan mainanmu”? Apakah bayi secara spontan memulai permainan dengan gerakan tubuh, seperti ‘Pok Ame–Ame’ atau ‘Cilukba’?		
Total jawaban ‘Tidak’		

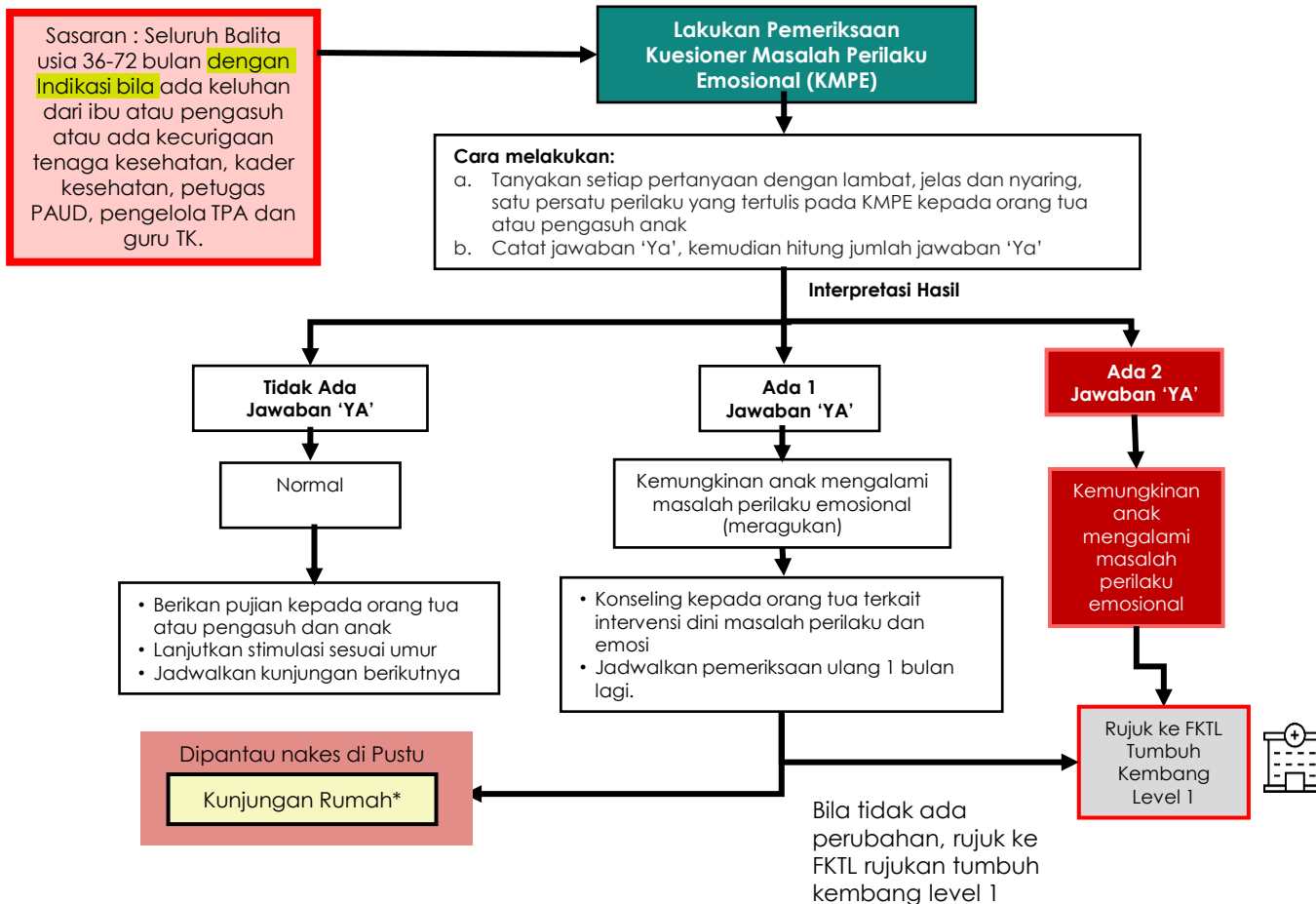
Instrument Tes Daya Dengar Umur 3-6 Bulan

Umur lebih dari 3 bulan sampai 6 bulan	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Kemampuan ekspresif: Apakah bayi Anda dapat tertawa keras? Apakah bayi dapat bermain menggelembungkan mulut seperti meniup balon?		
2. Kemampuan reseptif: Apakah bayi memberi respons tertentu, seperti menjadi lebih riang bila Anda datang? Pemeriksa duduk menghadap bayi yang dipangku orang tuanya, bunyikan bel disamping tanpa terlihat bayi, apakah bayi itu menoleh ke samping?		
3. Kemampuan visual: Pemeriksa menatap mata bayi sekitar 45 cm, lalu gunakan mainan untuk menarik pandangan bayi ke kiri, kanan, atas, dan bawah. Apakah bayi dapat mengikutinya? Apakah bayi berkedip bila pemeriksa melakukan gerakan menusuk mata, lalu berhenti sekitar 3 cm tanpa menyentuh mata?		
Total jawaban ‘Tidak’		

Instrument Tes Daya Dengar Umur 12-18 Bulan

Umur lebih dari 12 bulan sampai 18 bulan	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Kemampuan ekspresif: Apakah anak dapat memanggil mama atau papa, hanya untuk memanggil orang tuanya? Apakah anak memulai menggunakan kata-kata lain, selain kata mama, papa, anggota keluarga lain dan hewan peliharaan?		
2. Kemampuan reseptif: Pemeriksa duduk menghadap bayi yang dipangku orang tuanya, bunyikan bel di samping bawah tanpa terlihat bayi, apakah bayi langsung menoleh ke samping bawah? Apakah anak mengikuti perintah tanpa dibantu gerakan badan, seperti “Stop, berikan mainanmu”?		
3. Kemampuan visual: Apakah anak secara spontan memulai permainan dengan gerakan tubuh, seperti ‘Pok Ame–Ame’ atau ‘Cilukba’? Apakah anak Anda menunjuk dengan jari telunjuk bila ingin sesuatu, bukan dengan cara memegang dengan semua jari?		
Total jawaban ‘Tidak’		

Alur Skrining – Instrumen Kuesioner Masalah Perilaku Emosi (KMPE)



Tujuan

Untuk mendeteksi secara dini adanya penyimpangan dan masalah perilaku emosional pada anak prasekolah.

Sasaran:

- Anak usia 36-72 bulan yang dikeluhkan memiliki gejala berupa memiliki perilaku dan atau pengendalian emosi yang tidak seperti anak di usianya,

Alat Bantu

- Kuesioner Masalah Perilaku Emosional (KMPE), yang terdiri dari 14 pertanyaan untuk mengenali masalah perilaku emosional anak umur 36 bulan sampai 72 bulan (36, 48, 60, dan 72 bulan)
- Alat bantu yang sama digunakan juga oleh Tenaga Kesehatan di Pustu. Pustu dapat memberikan rujukan langsung ke FKTL jika indikasi rujuk ditemukan

Pelaksana

Tenaga Kesehatan

Tindakanjajut:

- Konseling jika menunjukkan risiko masalah
- Rujuk jika ada teridentifikasi mengalami gangguan perilaku emosi.

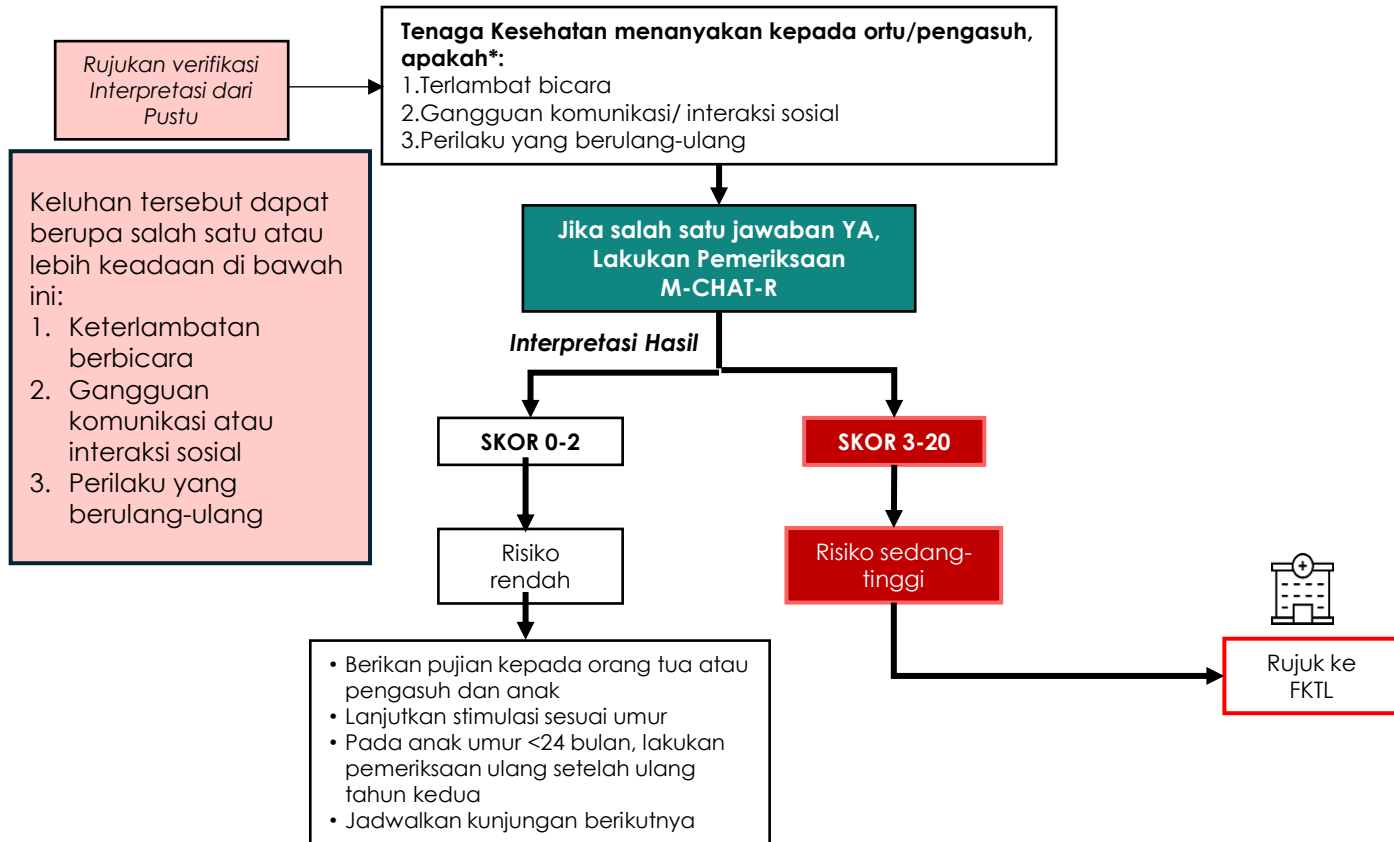
Alur Skrining – Instrumen Kuesioner Masalah Perilaku Emosi (KMPE)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anak Anda sering bereaksi negatif, marah atau tegang tanpa sebab yang jelas? (Bereaksi negatif contohnya rewel, tidak sabaran, banyak menangis, mudah tersinggung atau bereaksi berlebihan bila merasa situasi tidak seperti yang diharapkan atau kemauannya tidak terpenuhi)		
2.	Apakah anak Anda tampak lebih memilih untuk menyendiri, bermain sendiri, atau menghindari dari anak seumurnya atau orang dewasa? (Ingin sendirian, menyendiri dengan ekspresi murung, tidak bersemangat, sedih, atau kehilangan minat terhadap hal-hal yang biasa sangat dinikmati)		
3.	Apakah anak Anda cenderung bersikap menentang? (Membantah, melawan, tidak mau menurut atau melakukan hal yang sebaliknya dari apa yang diminta, serta tampak tidak peduli ketika diberitahu atau ditegur)		
4.	Apakah anak Anda mudah takut atau cemas berlebihan tanpa sebab yang jelas? (Misalnya takut pada binatang atau benda yang tidak berbahaya, terlihat cemas ketika tidak melihat ibu atau pengasuh)		
5.	Apakah anak Anda sering sulit konsentrasi, perhatiannya mudah teralihkan atau banyak bergerak atau tidak bisa diam? (Misalnya anak tidak bisa bertahan lama untuk bermain dengan satu permainan, mudah mengalihkan perhatian bila ada hal lain yang lebih menarik perhatian seperti bunyi atau gerakan, tidak bisa duduk dengan tenang, banyak bergerak atau cenderung berjalan atau berlari mondar-mandir)		
6.	Apakah anak Anda lebih banyak menempel atau selalu minta ditemani, mudah cemas, dan tidak percaya diri? (Seakan minta perlindungan atau minta ditemani pada berbagai situasi, terutama ketika berada dalam situasi baru atau ada orang yang baru dikenalnya; mengekspresikan kecemasan serta terlihat tidak percaya diri)		
7.	Apakah anak Anda menunjukkan adanya perubahan pola tidur? (Misalnya sulit tidur, terjaga sepanjang hari, sering terbangun di waktu tidur malam oleh karena mimpi buruk, mengigau, menangis di dalam tidurnya)		

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
8.	Apakah anak Anda mengalami perubahan pola makan dari yang biasanya? (Kehilangan nafsu makan, tidak mau makan sama sekali, atau sebaliknya makan berlebihan, sangat memilih jenis makanan, atau membiarkan makanan lama di mulut tanpa dikunyah atau diemut)		
9.	Apakah anak Anda seringkali mengeluh sakit kepala, sakit perut, atau keluhan fisik lainnya pada waktu-waktu tertentu?		
10.	Apakah anak Anda mudah putus asa atau frustrasi dan sering menunjukkan emosi yang negatif? (Misalnya sedih atau kecewa yang berkepanjangan, mudah mengeluh, marah, atau protes. Misal ketika anak merasa kesulitan dalam menggambar, lalu berteriak minta tolong, marah, atau kertasnya disobek)		
11.	Apakah anak Anda menunjukkan kemunduran pola perilaku dari kemampuan yang sudah dimilikinya? (Misalnya mengompol kembali, menghisap jempol, atau tidak mau berpisah dengan orangtua atau pengasuhnya)		
12.	Apakah anak Anda sering berkelahi, bertengkar, atau menyerang anak lain baik secara verbal maupun non verbal? (Misalnya mengejek, meneriaki, merebut permainan, atau memukul temannya)		
13.	Apakah anak Anda sering diperlakukan tidak menyenangkan oleh anak lain atau orang dewasa? (Misalnya ditinggal bermain, dihindari, diejek, dikata-katai, direbut mainannya, atau disakiti secara fisik)		
14.	Apakah anak Anda cenderung berperilaku merusak atau cenderung selalu ingin meneng atau menguasai? (Misalnya merusak benda, menyakiti dirinya atau binatang)		
TOTAL			

Sumber :
 Diadaptasi dari Mental Health Care in the Community (Ladrado-Ignacio, L dan Tronco, AT, 2000) dalam BUKU BAGAN Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan RI, 2022

Alur Skrining – Instrumen M-CHAT-R



Tujuan

mendeteksi secara dini adanya gangguan spektrum autisme pada anak umur 16 bulan hingga 30 bulan

Sasaran dan Indikasi

Dilaksanakan pada usia 18 dan 24 bulan atas indikasi bila ada keluhan dari ibu atau pengasuh atau ada kecurigaan tenaga kesehatan, kader kesehatan, petugas PAUD, pengelola TPA dan guru TK.

Alat bantu

Instrumen *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R)*

Instrumen terdiri dari 20 pertanyaan yang dijawab orang tua atau pengasuh. Pertanyaan diajukan secara berurutan dan satu persatu. Jelaskan pada orang tua untuk tidak ragu-ragu atau takut menjawab.

Pelaksana

Tenaga Kesehatan

Alur Skrining – Instrumen M-CHAT-R

Mohon jawab pertanyaan berikut ini tentang anak Anda. Pikirkan bagaimana perilaku anak Anda biasanya. Jika pernah melihat anak Anda melakukan tindakan itu beberapa kali, namun dia tidak selalu melakukannya, maka jawab tidak. Tolong lingkari ya atau tidak pada setiap pertanyaan. Terima kasih.

No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Jika Anda menunjuk sesuatu di ruangan, apakah anak Anda melihatnya? (Misalnya, jika Anda menunjuk hewan atau mainan, apakah anak Anda melihat ke arah hewan atau mainan yang anda tunjuk?)	Ya	Tidak
2.	Pernahkah Anda berpikir bahwa anak Anda tuli?	Ya	Tidak
3.	Apakah anak Anda pernah bermain pura-pura? (Misalnya, berpura-pura minum dari gelas kosong, berpura-pura berbicara menggunakan telepon, atau menyuapi boneka atau boneka binatang?)	Ya	Tidak
4.	Apakah anak Anda suka memanjat benda-benda? (Misalnya, furnitur, alat-alat bermain, atau tangga)	Ya	Tidak
5.	Apakah anak Anda menggerakkan jari-jari tangannya dengan cara yang tidak biasa di dekat matanya? (Misalnya, apakah anak Anda menggoyangkan jari dekat pada matanya?)	Ya	Tidak
6.	Apakah anak Anda pernah menunjuk dengan satu jari untuk meminta sesuatu atau untuk meminta tolong? (Misalnya, menunjuk makanan atau mainan yang jauh dari jangkauannya)	Ya	Tidak
7.	Apakah anak Anda pernah menunjuk dengan satu jari untuk menunjukkan sesuatu yang menarik pada Anda? (Misalnya, menunjuk pada pesawat di langit atau truk besar di jalan)	Ya	Tidak
8.	Apakah anak Anda tertarik pada anak lain? (Misalnya, apakah anak Anda memperhatikan anak lain, tersenyum pada mereka atau pergi ke arah mereka)	Ya	Tidak
9.	Apakah anak Anda pernah memperlihatkan suatu benda dengan membawa atau mengangkutnya kepada Anda – tidak untuk minta tolong, hanya untuk berbagi? (Misalnya, memperlihatkan Anda bunga, binatang atau truk mainan)	Ya	Tidak
10.	Apakah anak Anda memberikan respon jika namanya dipanggil? (Misalnya, apakah anak Anda melihat, bicara atau bergumam, atau menghentikan apa yang sedang dilakukannya saat Anda memanggil namanya)	Ya	Tidak
11.	Saat Anda tersenyum pada anak Anda, apakah anak Anda tersenyum balik?	Ya	Tidak
12.	Apakah anak Anda pernah marah saat mendengar suara bising sehari-hari? (Misalnya, apakah anak Anda berteriak atau menangis saat mendengar suara bising seperti vacuum cleaner atau musik keras)	Ya	Tidak
13.	Apakah anak Anda bisa berjalan?	Ya	Tidak
14.	Apakah anak Anda menatap mata Anda saat Anda bicara padanya, bermain bersamanya, atau saat memakaikan pakaian?	Ya	Tidak
15.	Apakah anak Anda mencoba meniru apa yang Anda lakukan? (Misalnya, melambaikan tangan, tepuk tangan atau meniru saat Anda membuat suara lucu)	Ya	Tidak
16.	Jika Anda memutar kepala untuk melihat sesuatu, apakah anak Anda melihat sekeliling untuk melihat apa yang Anda lihat?	Ya	Tidak
17.	Apakah anak Anda mencoba untuk membuat Anda melihat kepadanya? (Misalnya, apakah anak Anda melihat Anda untuk dipuji atau berkata "lihat" atau "lihat aku")	Ya	Tidak
18.	Apakah anak Anda mengerti saat Anda memintanya melakukan sesuatu? (Misalnya, jika Anda tidak menunjuk, apakah anak Anda mengerti kalimat "letakkan buku itu di atas kursi" atau "ambilkan saya selimut")	Ya	Tidak
19.	Jika sesuatu yang baru terjadi, apakah anak Anda menatap wajah Anda untuk melihat perasaan Anda tentang hal tersebut? (Misalnya, jika anak Anda mendengar bunyi aneh atau lucu, atau melihat mainan baru, akankah dia menatap wajah Anda?)	Ya	Tidak
20.	Apakah anak Anda menyukai aktivitas yang bergerak? (Misalnya, diayun-ayun atau dihentak-hentakkan pada lutut Anda)	Ya	Tidak
Skor Total			

Aturan penggunaan:

Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R) dapat digunakan saat anak datang untuk kontrol sehari-hari, dan dapat digunakan oleh dokter spesialis atau profesional lainnya untuk mengevaluasi risiko gangguan spektrum autisme.

Tujuan utama M-CHAT-R

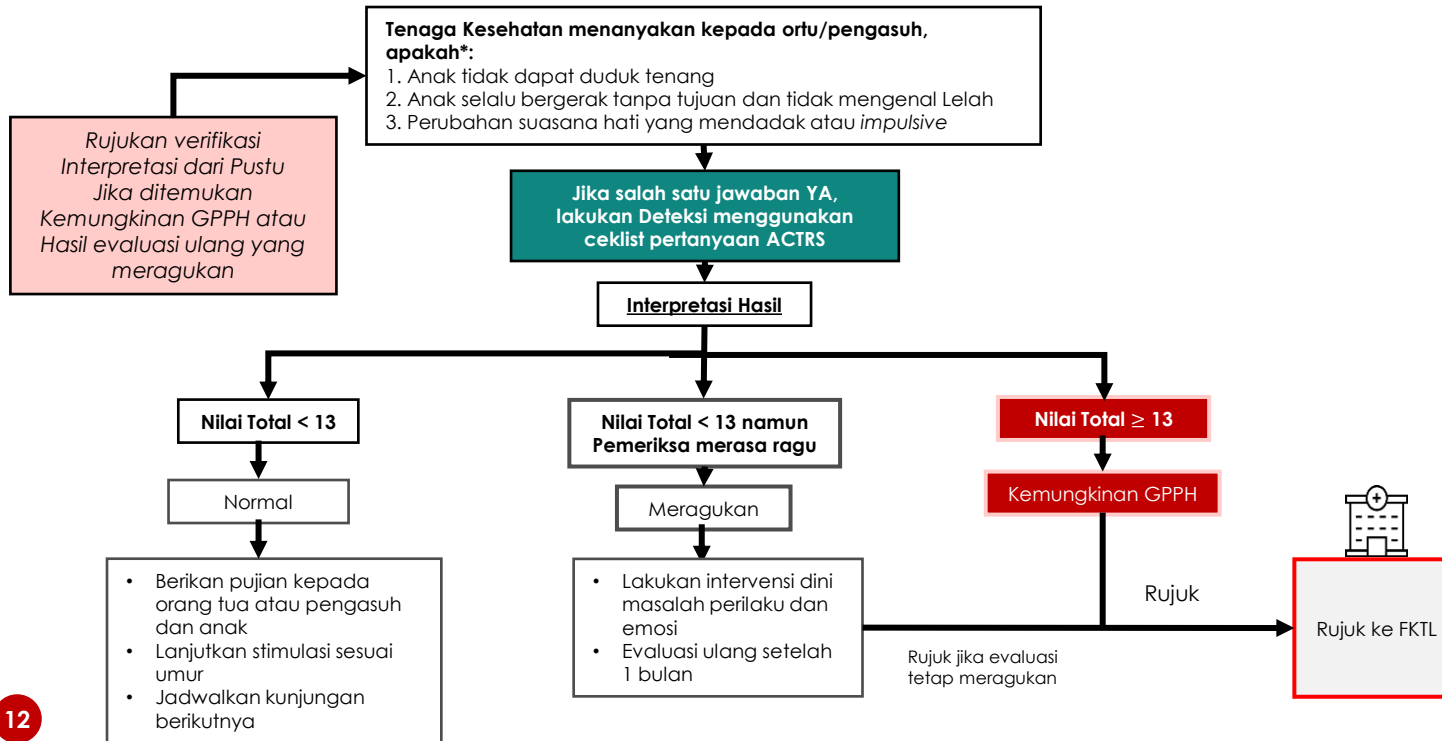
Untuk memaksimalkan sensitivitas, yaitu mendeteksi sebanyak mungkin kasus gangguan spektrum autisme. Angka positif palsu cukup tinggi, berarti tidak semua anak yang terskor berisiko akan terdiagnosis gangguan spektrum autisme. Berdasarkan hal tersebut, dikembangkan pertanyaan follow-Up (M-CHAT-R/F).

Pengguna harus memperhatikan walaupun dengan follow-up, jumlah anak yang secara signifikan mempunyai nilai M-CHAT-R positif, tidak terdiagnosis gangguan spektrum autisme, namun anak ini berisiko mengalami gangguan atau keterlambatan perkembangan lainnya, oleh karena itu, follow-up harus dilakukan pada anak yang diskriminasi positif.

Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R) dapat dilakukan kurang dari 2 menit. Aturan skoring dapat diunduh <http://www.mchatscreen.com>. Data yang berhubungan juga tersedia untuk diunduh.

- Ajukan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu persatu perilaku yang tertulis pada M-CHAT-R kepada orang tua atau pengasuh anak
- Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan tugas pada Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R)
- Catat jawaban orang tua atau pengasuh anak dan kesimpulan hasil pengamatan kemampuan

Alur Skrining – Instrumen *Abbreviated Conners' Teacher Rating Scale (ACTRS)*



Tujuan

Untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas pada anak prasekolah.

Sasaran:

Anak usia diatas 36 bulan yang memiliki **keluhan/ indikasi gangguan** (36, 48, 60, dan 72 bulan)

Dilaksanakan atas indikasi bila ada keluhan dari orang tua atau pengasuh anak atau ada kecurigaan tenaga kesehatan, kader kesehatan, BKB, petugas PAUD, pengelola TPA, dan guru TK.

Metode Skrining

Formulir deteksi dini Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas atau GPPH (*Abbreviated Conners' Teacher Rating Scale/ ACTRS*), terdiri dari 10 pertanyaan ditanyakan pada orang tua/pengasuh/guru TK dan pertanyaan yang perlu pengamatan pemeriksa

Pelaksana

Tenaga Kesehatan Terlatih

Alur Skrining – Instrumen ACTRS

Cara Melakukan penilaian

1. Ajukan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu persatu perilaku yang tertulis pada formular deteksi dini GPPH. Jelaskan kepada orangtua atau pengasuh anak untuk tidak ragu-ragu atau takut menjawab.
2. Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan pertanyaan pada formular deteksi dini GPPH
3. Keadaan yang ditanyakan diamati ada pada anak dimanapun anak berada, missal Ketika di rumah, sekolah, pasar, toko, dll; setiap saat dan Ketika anak dengan siapa saja
4. Catat jawaban dan hasil pengamatan perilaku anak selama dilakukan pemeriksaan
5. Teliti Kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab

Kegiatan Yang Diamati	0	1	2	3
1. Tidak kenal lelah, atau aktivitas yang berlebihan				
2. Mudah menjadi gembira, impulsive				
3. Mengganggu anak-anak yang lain				
4. Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah dimulai, rentang perhatian pendek				
5. Menggerak-gerakan anggota badan atau kepala secara terus menerus				
6. Kurang perhatian, mudah teralihkan				
7. Permintaanya harus segera dipenuhi, mudah menjadi frustrasi				
8. Sering dan mudah menangis				
9. Suasana hatinya mudah berubah dengan cepat dan drastis				
10. Ledakan kekesalan, tingkah laku eksplosif dan tak terduga				
JUMLAH				
NILAI TOTAL :				

Beri nilai pada masing-masing jawaban sesuai bobot nilai dan jumlahkan nilai masing-masing jawaban menjadi nilai total
 Nilai 0 : jika keadaan tersebut tidak ditemukan pada anak
 Nilai 1 : jika keadaan tersebut kadang-kadang ditemukan pada anak
 Nilai 2 : jika keadaan tersebut sering ditemukan pada anak
 Nilai 3 : jika keadaan tersebut selalu ada pada anak

Interpretasi

Hasil pemeriksaan	Interpretasi	Tindakan
Nilai total <13	Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan pujian kepada orang tua atau pengasuh dan anak • Lanjutkan stimulasi sesuai umur • Jadwalkan kunjungan berikutnya
Nilai total <13 namun pemeriksa merasa ragu	Meragukan	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan intervensi dini masalah perilaku dan emosi • Evaluasi ulang 1 bulan kemudian dengan buku SDIDTK • Jika hasil evaluasi tetap meragukan, rujuk ke RS tumbuh kembang level 1
Nilai total ≥13	Kemungkinan GPPH	Rujuk ke RS tumbuh kembang level 1

Pemeriksaan Kesehatan Anak Terintegrasi (PKAT)

Definisi:

Pelayanan pemeriksaan anak terintegrasi dengan **mengutamakan konsep promotif dan preventif**, dimana anak mendapatkan pemeriksaan kesehatan oleh **dokter dan kolaborasi interprofesi kesehatan**, melalui:

- pemantauan gizi,
- imunisasi,
- identifikasi kekhawatiran orang tua,
- lingkungan pengasuhan anak,
- stimulasi dini dan evaluasi tumbuh kembang anak
- edukasi yang optimal kepada orangtua/pengasuh dengan menggunakan Buku KIA.

PKAT merupakan pemeriksaan yang dilakukan kepada semua anak pada usia tertentu sesuai jadwal periodik dan rutin.

Melalui kegiatan PKAT diharapkan dapat:

- Mengidentifikasi secara dini apakah anak berada dalam kondisi sehat dan normal atau justru mengalami berbagai masalah yang membutuhkan penanganan segera di bidang medis, mental, atau sosial.
- Mengintegrasikan semua kegiatan yang sudah ada (SDIDTK, PMT Lokal, PMBA, Kelas Ibu Balita) dan petugas pelaksana di lapangan.

Tujuan PKAT

Tujuan Umum

Meningkatkan pemerataan pelayanan dengan mengintegrasikan kegiatan pemantauan kesehatan, pertumbuhan, dan perkembangan pada anak usia 6 bulan secara komprehensif.

Tujuan Khusus

1. Mengintegrasikan kegiatan pemantauan kesehatan dan tumbuh kembang anak melalui deteksi dini menggunakan Buku KIA.
2. Melakukan deteksi dini kasus penyakit/kesakitan pada anak.
3. Melakukan deteksi dini atau pencegahan kasus baru gangguan pertumbuhan (*weight faltering*/berat badan tidak naik (T), berat badan kurang, *stunting*, *wasting*, dan *obesitas*).
4. Melakukan deteksi dini atau pencegahan berbagai gangguan perkembangan (gangguan penglihatan/pendengaran, gangguan motorik, dll).
5. Melakukan evaluasi pemberian ASI eksklusif, edukasi MP-ASI, Vitamin A, dan imunisasi.
6. Meningkatkan kemampuan ibu/pengasuh dalam pemberian pengasuhan anak untuk pemenuhan kesehatan dan tumbuh kembang anak.
7. Memperkuat pelaksanaan pelayanan kesehatan anak dari berbagai lintas program (Kesehatan Anak, Gizi, Promosi Kesehatan, dan Imunisasi) dengan menggunakan Buku KIA.
8. Memperkuat kerja sama lintas sektoral dan lintas profesi dalam pemantauan kesehatan dan tumbuh kembang anak, terutama dalam pemberian konseling individu dengan menggunakan Buku KIA.

Sasaran PKAT:

Semua anak yang berusia ≥ 6 bulan sampai berusia < 7 bulan
(6 bulan 0 hari sampai dengan 1 hari sebelum 7 bulan)



1. Usia 6 bulan pertama setelah lahir merupakan periode kritis perkembangan, terutama untuk mengevaluasi kemampuan penglihatan dan pendengaran anak.
2. Waktu terbaik untuk memantau perkembangan anak menggunakan Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan (KPSP) usia 6 bulan.
3. Waktu terbaik untuk mengevaluasi pemberian ASI eksklusif dan melakukan konseling pengenalan MP-ASI yang tepat.
4. Waktu yang tepat untuk memulai disiplin hidup dalam bentuk yang sederhana, seperti kebiasaan dan pola makan yang benar, karena ritme kehidupan (*ritme sirkadian*) mulai terbentuk.
5. Waktu pertama kali anak mendapatkan Vitamin A.
6. Waktu terbaik untuk mulai mengevaluasi dan memonitor pemberian kelengkapan imunisasi dasar sesuai jadwal.

Catatan:

Jika pada saat pelaksanaan kegiatan PKAT, terdapat anak yang hadir dengan usianya sudah lebih dari 6 bulan (maksimal 7 bulan 29 hari), maka anak tersebut tetap dapat diikutsertakan pada kegiatan PKAT. Utamanya jika anak usia 6 bulan yang diundang tidak dapat menghadiri kegiatan PKAT sesuai jadwalnya karena alasan yang tidak dapat dihindari, misalnya anak sakit, keluar kota (tidak ada ditempat), maka anak dan orang tua dapat diundang kembali pada kegiatan PKAT selanjutnya. Petugas kesehatan yang melakukan asesmen perlu menyesuaikan kembali rujukan pemeriksaan sesuai dengan usia anak, terutama rujukan untuk interpretasi hasil antropometri

Tenaga Pelaksana PKAT

Tenaga utama

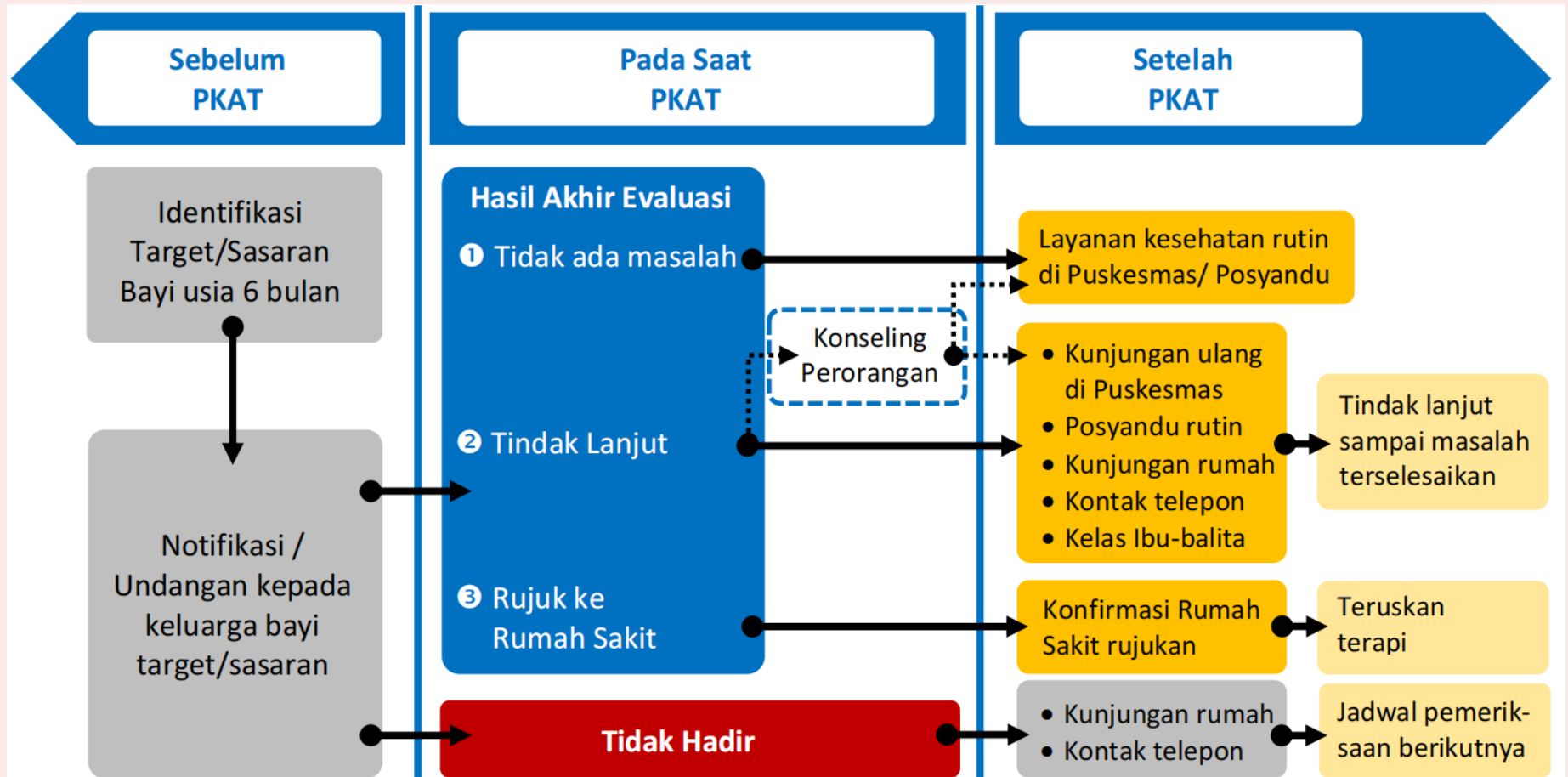
- Dokter umum
- Perawat dan/atau Bidan
- Ahli gizi
- Kader Kesehatan

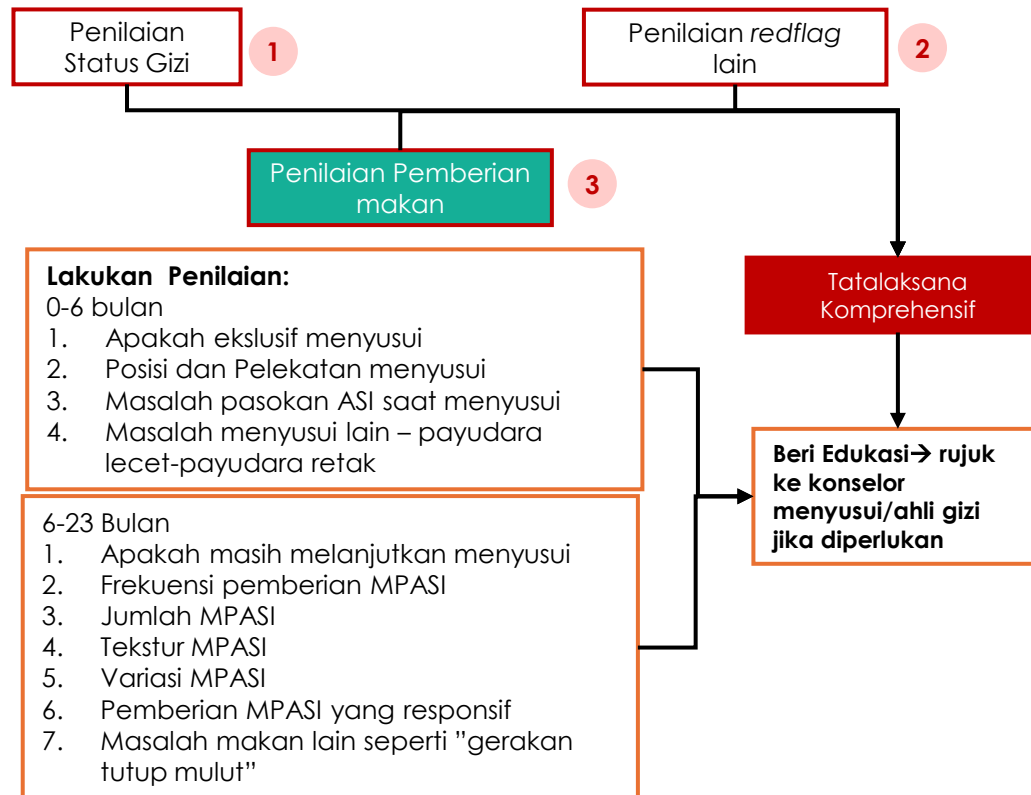
Tenaga pendukung

- Dokter spesialis anak dan atau spesialis lainnya
- Dokter gigi
- Psikolog
- Promosi kesehatan/Kesehatan masyarakat/Kesehatan lingkungan

Tenaga pelaksana PKAT ini dapat disesuaikan kembali dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang ada di fasilitas kesehatan. Namun utamanya, kegiatan PKAT perlu melibatkan tenaga medis dokter umum untuk melakukan evaluasi hasil pemeriksaan kesehatan anak secara komprehensif dan menyeluruh

Kerangka Operasional PKAT:















Penilaian Pemberian Makan pada Bayi dan Anak dilakukan bersamaan dengan penilaian status gizi anak dan penilaian ada tidak adanya *red flag* dengan tujuan untuk memberikan tatalaksana yang komprehensif.

- 1 Penilaian Status Gizi** meliputi
- o BB Lahir
 - o BB 2 bulan sebelumnya
 - o BB bulan lalu
 - o Status pertumbuhan (Naik/Tidak Naik)
 - o 2T
 - o Bawah Garis Merah (BGM)

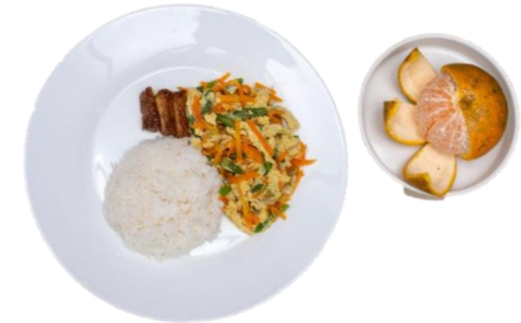
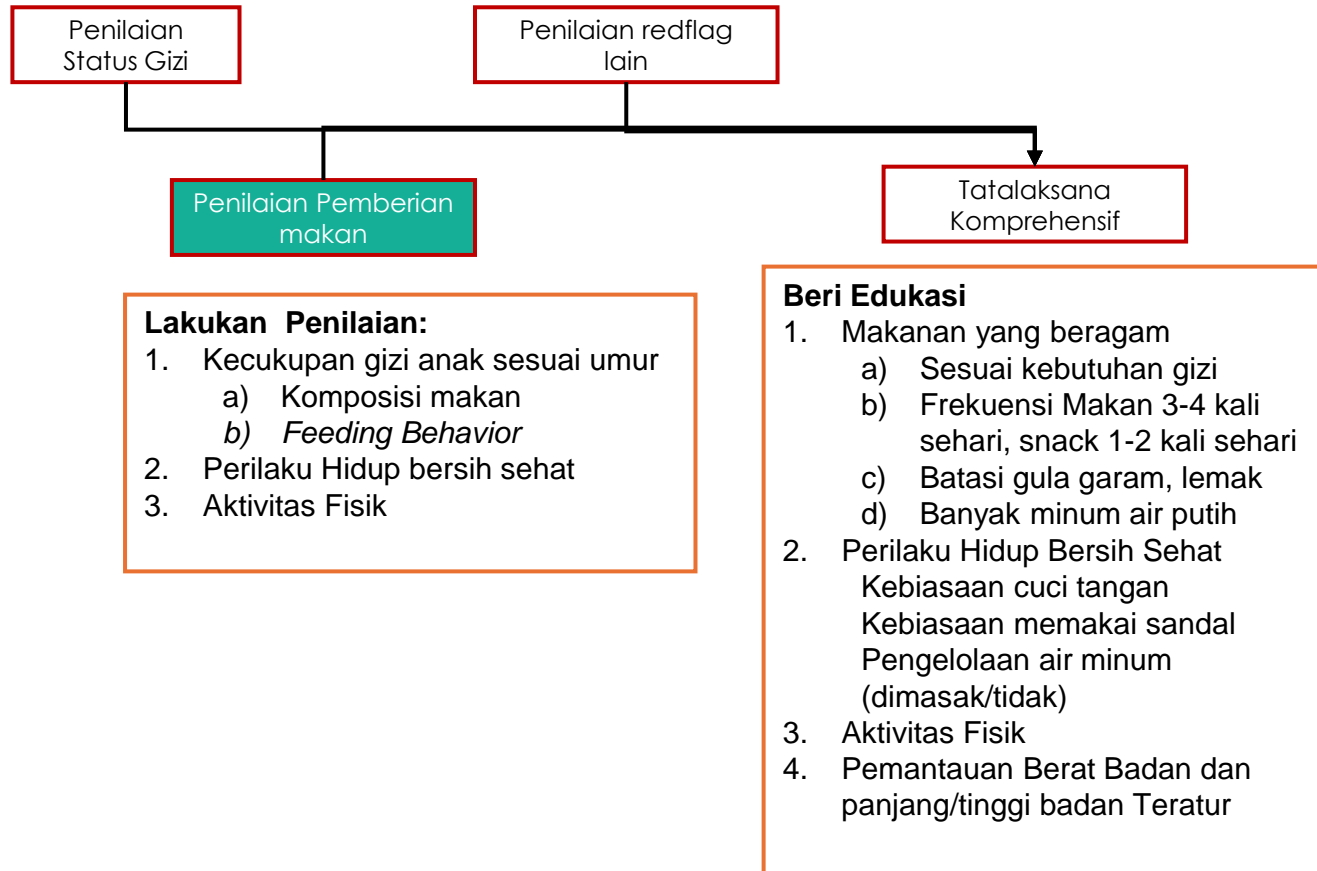
- 2 Penilaian Redflag** meliputi
- o Status kesehatan anak
 - o Ada tidak ada penyakit penyerta
 - o Ada tidak ada faktor risiko lingkungan (perilaku cuci tangan, perilaku pengelolaan air, kebersihan alat makan, rokok dan apakah bayi menggunakan dot)

Penilaian PMBA meliputi penilaian menyusui dan pemberian Makanan Pendamping ASI.

KONDISI KESEHATAN ANAK	KMS	MENYUSUI	PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING	KEBERSIHAN
				
Kondisi kesehatan anak: <input type="checkbox"/> Batuk Pilek <input type="checkbox"/> Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) <input type="checkbox"/> Mencepet/Diare <input type="checkbox"/> Panas/Demam <input type="checkbox"/> Kejang <input type="checkbox"/> Menolak menyusu <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Lain-lain	BB lahir kg BB 2 bulan lalu kg BB bulan lalu: kg BB bulan ini : kg Status Pertumbuhan (Buku KIA/KMS) <input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Tidak Naik <input type="checkbox"/> 2T <input type="checkbox"/> BGM <input type="checkbox"/> Tidak ada KMS	IMD : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Pemberian ASI <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ASI awal ASI akhir Berapa Kali sehari: Penggunaan botol : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Kesulitan menyusui: Posisi: <input type="checkbox"/> Badan lurus <input type="checkbox"/> Menghadap payudara <input type="checkbox"/> Menempel perut ibu <input type="checkbox"/> Seluruh badan disangga Pelekatan & hisapan efektif: <input type="checkbox"/> Areola atas lebih terlihat <input type="checkbox"/> Mulut terbuka lebar <input type="checkbox"/> Bibir bawah terbuka keluar <input type="checkbox"/> Dagu menempel payudara ibu <input type="checkbox"/> Pipi kembang Pemberian Susu Formula <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Makanan apa yang diberikan sejak 1 hari kemarin : Berapa kali sehari: Jumlah/Porsi: Bagaimana bentuk/ tekstur makanan : Jenis: ☆ Makanan pokok: ☆ Sayur dan buah: ☆ Kacang-kacangan: ☆ Hewani: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak + Taburia + Garam Yodium + Vitamin A Selingan: Jajan: Minuman lain:	<input type="checkbox"/> Cuci tangan pakai sabun di air mengalir  <input type="checkbox"/> Masak Air Sebelum diminum  <input type="checkbox"/> Tidak Merokok  <input type="checkbox"/> Kebersihan alat makan  <input type="checkbox"/> Tidak pakai dot 

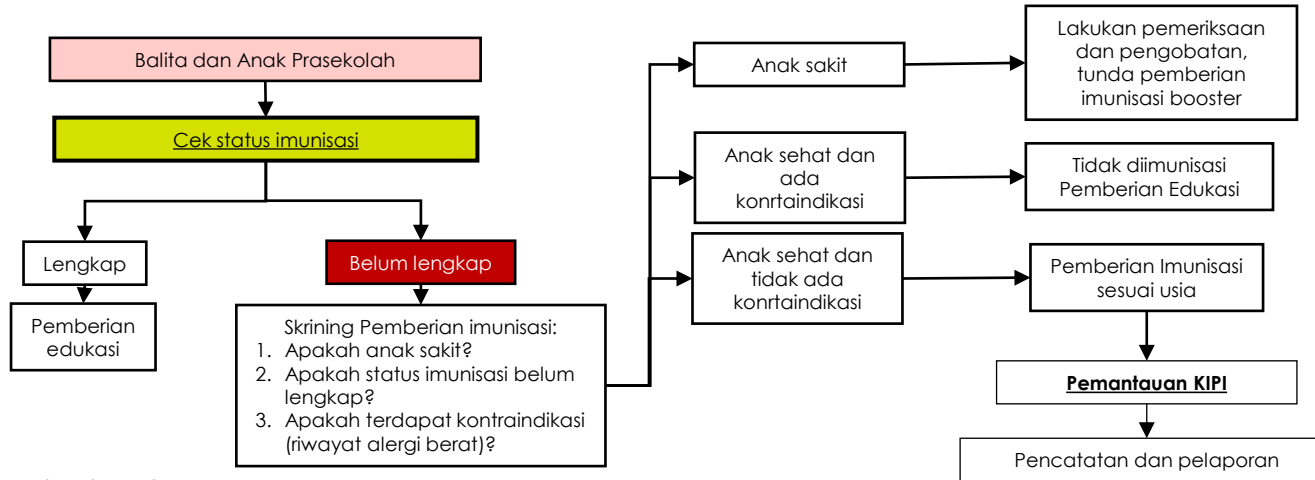


Usia 0-23 bulan – **Usia 24-72 bulan**



Contoh menu makan keluarga anak 24-72 bulan





Imunisasi Bayi

Umur*	Jenis
<1 bulan	BCG, OPV1
2 bulan	DPT-HB-Hib1, OPV2, PCV1, RV1
3 bulan	DPT-HB-Hib2, OPV3, PCV2, RV2
4 bulan	DPT-HB-Hib3, OPV4, IPV1, RV3
9 bulan	Campak-Rubella, IPV2
10 bulan	JE*

*hanya untuk daerah endemis

Imunisasi Baduta

Umur	Interval Minimal **)
12 Bulan	PCV 3
18 Bulan	Campak – Rubella, DPT-HB- Hib 4

- ✓ Sasaran imunisasi yang tidak/belum mendapatkan imunisasi sesuai jadwal, dilengkapi imunisasinya melalui **imunisasi kejar**.
- ✓ **Imunisasi Kejar** dapat dilakukan **sampai anak usia 59 bulan**.

Tujuan

Memantau kelengkapan status imunisasi anak dan memberikan pelayanan sesuai umur

Sasaran

Seluruh anak balita yang datang ke Puskesmas

Frekuensi

Setiap kali kunjungan Puskesmas

Metode

Memeriksa kartu imunisasi/catatan kesehatan lain dan membandingkan dengan tabel standar pemberian imunisasi

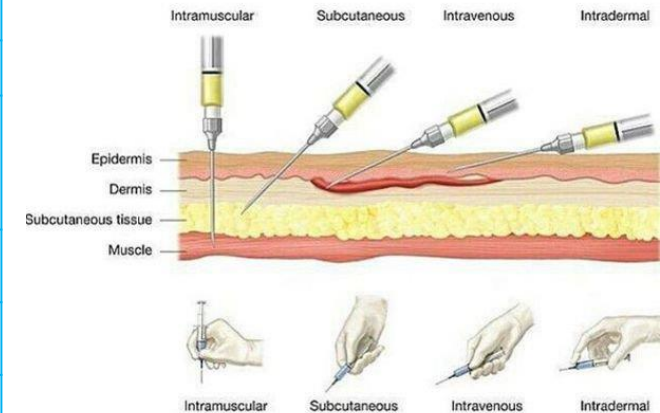
Intepretasi

Sesuai tabel imunisasi

Tindakanjutt

Memberikan imunisasi jika belum lengkap dan jika anak sehat dan tidak memiliki kontraindikasi

Vaksin	Mencegah Penyakit	Usia pemberian	Dosis dan Cara Pemberian	Rekomendasi Lokasi suntikan
Hb0	Hepatitis B	< 24 jam	0,5 ml Intramuskular	paha
BCG	Tuberkulosis	1 bulan	0,05 ml Intrakutan	lengan atas
DPT-HB-Hib	Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B dan Haemofilus influenza tipe B	2, 3, 4 dan 18 bulan	0,5 ml Intramuskular	Usia 2,3,4 bulan: paha Usia 18 bulan: lengan atas
OPV	Polio	1, 2, 3 dan 4 bulan	2 Tetes Oral	
PCV	Infeksi pneumokokus	2, 3 dan 12 bulan	0,5 ml Intramuskular	Paha
RV	Diare	2, 3 dan 4 bulan	5 tetes Oral	
IPV	Polio	4 dan 9 bulan	0,5 ml Intramuskular	Paha
MR	Campak dan Rubela	9,18 bulan dan kelas 1 (usia 7 tahun)	0,5 ml subkutan	Lengan atas
JE*	Japanese Encephalitis	10 bulan	0,5 ml Intramuskular	Paha



- Jika terdapat riwayat alergi berat maka **Rujuk ke Sp.A** untuk dikonsultasikan

- Jika anak batuk pilek berat dengan demam/sangat rewel, imunisasi **ditunda 1 minggu kemudian**

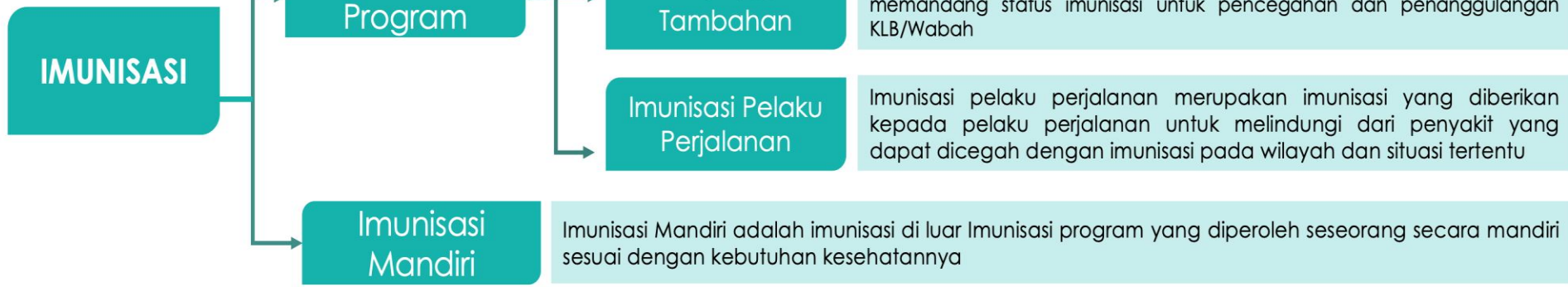
- Jika status imunisasi sudah lengkap, **berikan edukasi** untuk imunisasi booster

- Jika anak sehat/ tampak bugar

- Jika status imunisasi belum lengkap

- Jika tidak terdapat Riwayat alergi berat

Diberikan Imunisasi



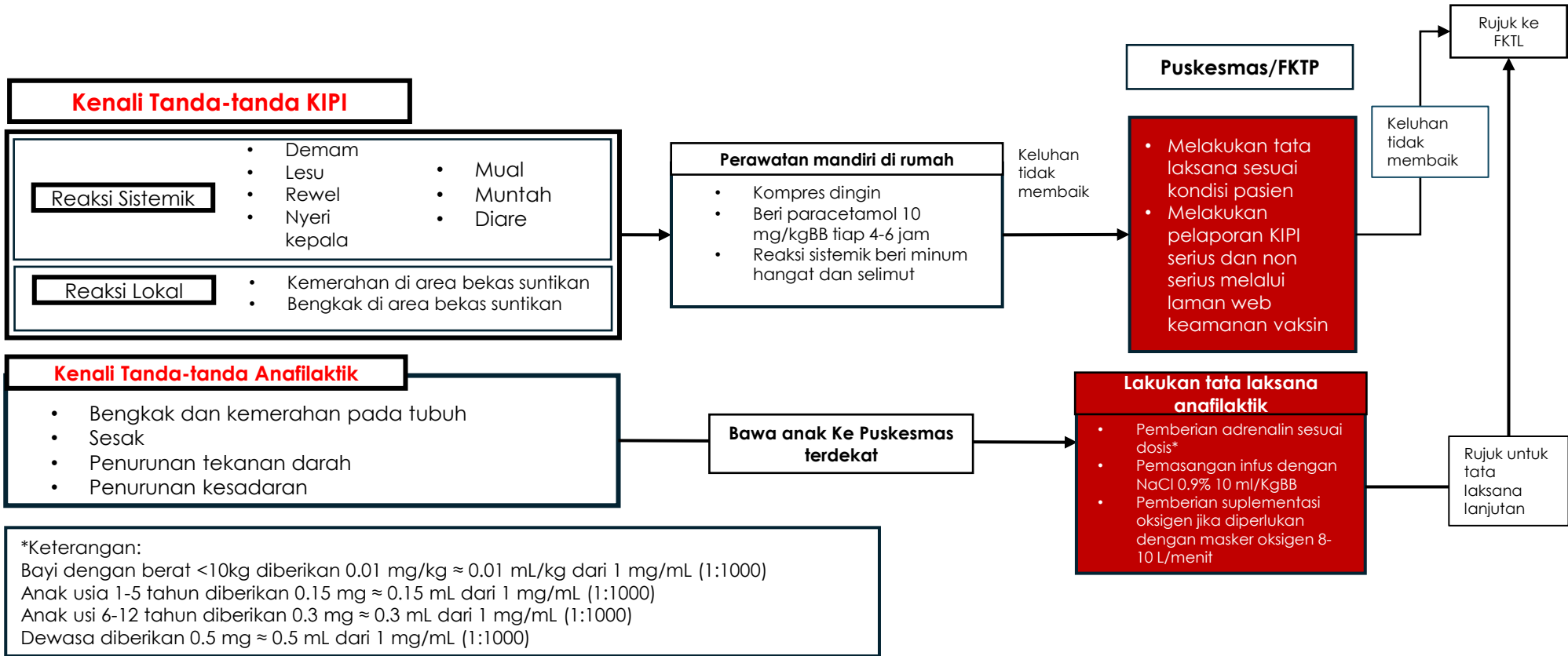
Imunisasi rutin merupakan imunisasi yang dilaksanakan sesuai dengan siklus hidup secara lengkap dan berkesinambungan

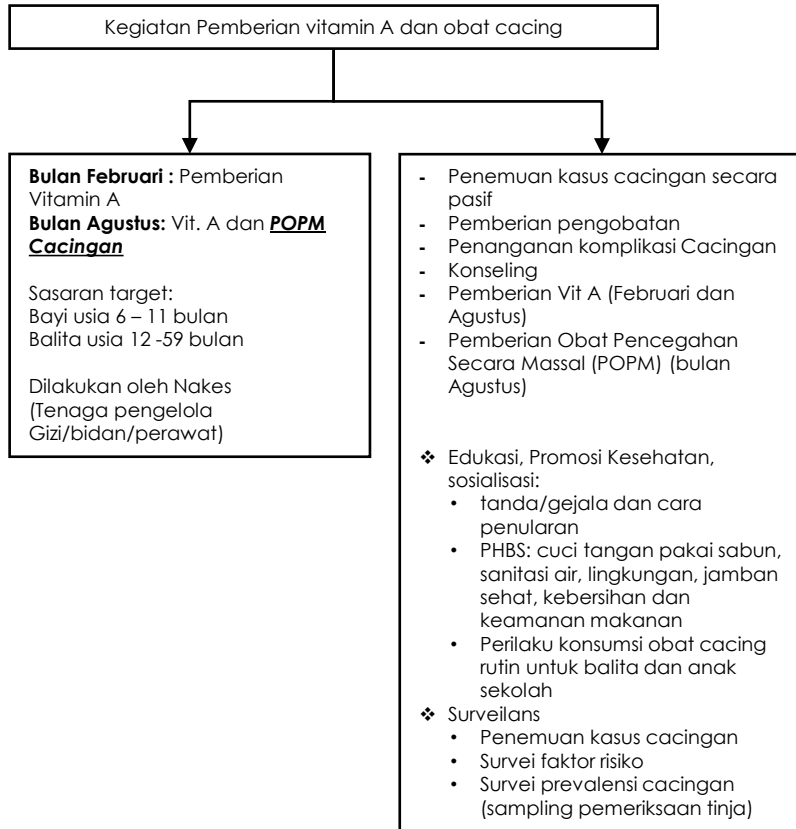
- 1. Imunisasi Bayi**
Anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap meliputi 1 dosis Hepatitis B pada usia 0-7 hari, 1 dosis BCG, 4 dosis Polio tetes (bOPV), 2 dosis Polio suntik (IPV), 3 dosis DPT-HB-Hib, 2 dosis PCV, 3 dosis Rotavirus serta 1 dosis Campak Rubela (MR)
- 2. Imunisasi Anak Usia Bawah Dua Tahun (baduta)**
Anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta (bawah 2 tahun) meliputi 1 dosis PCV, 1 dosis imunisasi DPT-HB-HiB serta 1 dosis imunisasi Campak Rubela
- 3. Imunisasi Anak Usia Sekolah**
Anak usia kelas 6 Sekolah Dasar (SD) yang sudah mendapat imunisasi lanjutan lengkap meliputi 1 dosis imunisasi DT, 1 dosis imunisasi Campak Rubela, 2 dosis imunisasi Td dan 2 dosis HPV (khusus untuk anak perempuan)
- 4. Imunisasi Dewasa**
Wanita Usia Subur (termasuk ibu hamil) yang memiliki status imunisasi T2+
Imunisasi COVID-19 program pada populasi rentan yaitu lansia >= 60 th, lansia >= 60 th dengan komorbid, penyandang *immunocompromised* sedang berat (12-59 tahun), tenaga kesehatan yang bertugas di garda terdepan, ibu hamil*, dewasa usia 18 - 59 tahun dengan komorbid

Imunisasi tambahan merupakan pemberian dosis tambahan tanpa memandang status imunisasi untuk pencegahan dan penanggulangan KLB/Wabah

Imunisasi pelaku perjalanan merupakan imunisasi yang diberikan kepada pelaku perjalanan untuk melindungi dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi pada wilayah dan situasi tertentu

Imunisasi Mandiri adalah imunisasi di luar Imunisasi program yang diperoleh seseorang secara mandiri sesuai dengan kebutuhan kesehatannya





Kategori Wilayah	Jumlah POPM
Prevalensi tinggi ($\geq 50\%$)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 kali setahun (Pada daerah POPM Filariasis) • 2 kali setahun (pada daerah non POPM Filariasis)
Prevalensi sedang ($\geq 20\% - \leq 50\%$)	Satu kali setahun pada daerah non POPM
Prevalensi rendah ($< 20\%$)	Pengobatan selektif



Tujuan

Melakukan deteksi dini infeksi Tuberkulosis

Sasaran

Semua anak balita dan usia prasekolah

Frekuensi

Setiap kunjungan Puskesmas

Metode

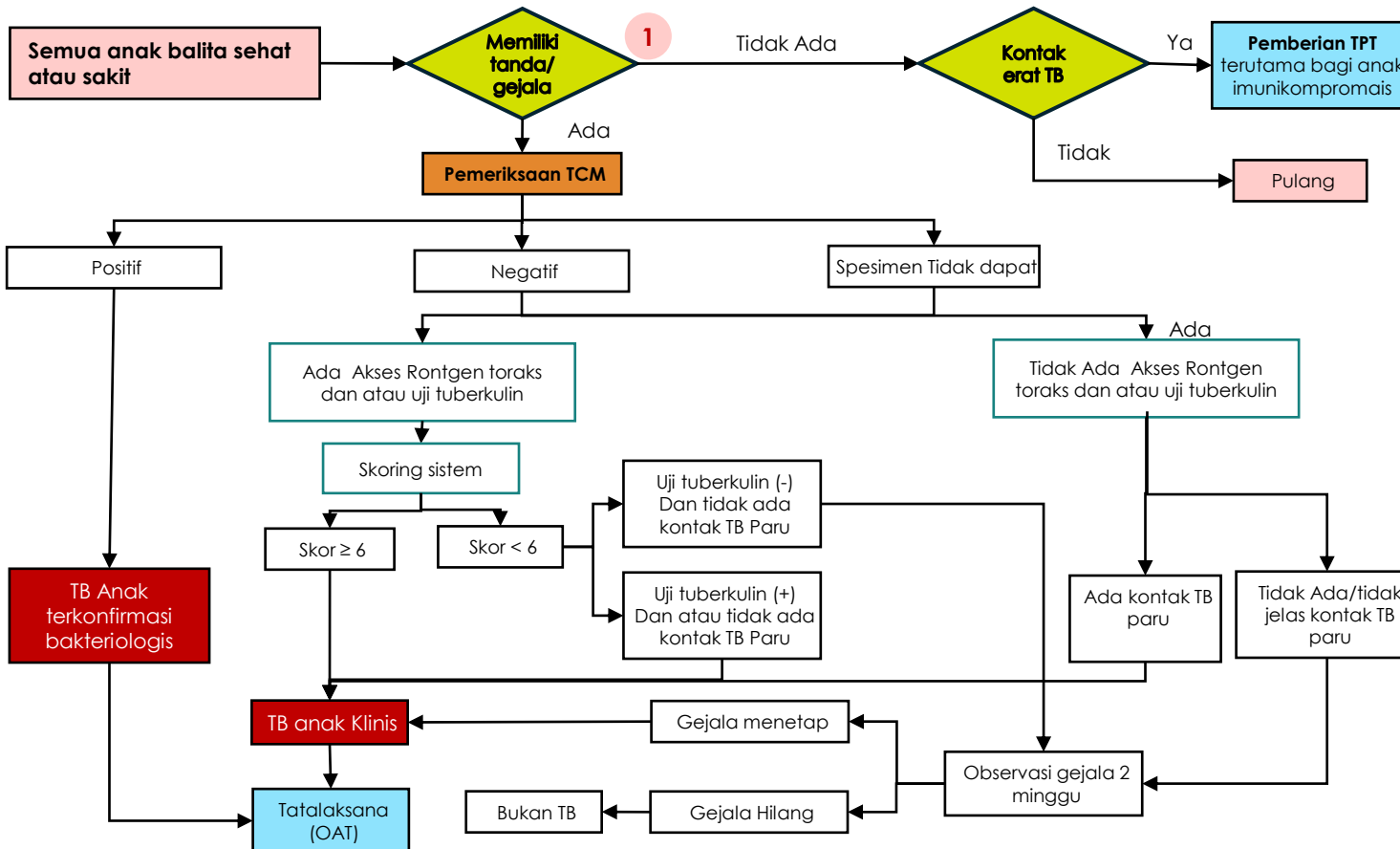
Anamnesis terhadap adanya tanda dan gejala berikut:

- Batuk ≥ 2 minggu
- Demam ≥ 2 minggu
- BB turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya
- Malaise (tampak lemas) ≥ 2 minggu
- Ada kontak serumah dengan orang dewasa TBC

Gejala menetap walaupun sudah diberikan terapi.

Tindaklanjut

Sesuai dengan alur diagnosis



Skrining TB pada Anak juga dapat menggunakan Foto Toraks dan Sistem Skoring TB pada Anak

Sistem Skoring TB

kriteria	0	1	2	3
Kontak TB	Tidak jelas		Laporan keluarga, BTA (-) atau BTA tidak jelas/tidak Tahu	BTA (+)
Uji Tuberkulin (Mantoux)	(-)			(+) (≥ 10 mm, atau ≥ 5 mm pd keadaan immunocompromised)
Berat badan/ keadaan gizi		BB/TB < 90% atau BB/U < 80%	Klinis gizi buruk atau BB/TB < 70% atau BB/U < 60%	
Demam yang tidak diketahui penyebabnya		> 2 minggu		
Batuk kronik		> 3 minggu		
Pembesaran kelenjar limfe kolli, aksila, inguina		>1 cm, Lebih dari 1 KGB, tidak nyeri		
Pembengkakan tulang/ sendi panggul lutut, falang		Ada pembengkakan		
Foto toraks	Gambaran normal, tidak jelas	Gambaran sugestif TB		

Foto Toraks

Gambaran tidak khas; Secara umum, gambaran radiologis yang sugestif TB adalah sebagai berikut:

- Pembesaran kelenjar hilus atau paratrakeal dengan/tanpa infiltrate
- Konsolidasi segmental/lobar
- Milier
- Kalsifikasi dengan infiltrate
- Atelektasis
- Kavitas
- Efusi pleura
- Tuberkuloma

Tujuan

Melakukan deteksi dini infeksi Tuberkulosis

Sasaran

Semua anak balita dan usia prasekolah

Frekuensi

Setiap kunjungan Puskesmas

Metode

Anamnesis terhadap adanya tanda dan gejala berikut:

- Batuk ≥ 2 minggu
- 1 • Demam ≥ 2 minggu
- BB turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya
- Malaise (tampak lemas) ≥ 2 minggu
- Ada kontak serumah dengan orang dewasa TBC

Gejala menetap walaupun sudah diberikan terapi.

Tindaklanjut

Sesuai dengan alur diagnosis

Tes Tuberkulin

Cara melakukan:

memberikan suntikan 0,1 ml cairan yang mengandung 5 TU (tuberculin unit) PPD ke lapisan kulit paling atas di bawah permukaan kulit lengan bawah (subkutan)



Interpretasi

Dibaca setelah 48-72 jam
Jika tidak ada benjolan
Jika >5 mm \rightarrow **positif** pada anak imunokompromais dan kurang gizi. Negatif pada anak normal (tidak ada imunokompromais)
Jika >10 mm \rightarrow **positif** pada anak sehat

Tujuan

Melakukan deteksi dini infeksi Tuberkulosis

Sasaran

Semua anak balita dan usia prasekolah

Frekuensi

Setiap kunjungan Puskesmas

Metode

Anamnesis terhadap adanya tanda dan gejala berikut:

- Batuk ≥ 2 minggu
- 1 • Demam ≥ 2 minggu
- BB turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya
- Malaise (tampak lemas) ≥ 2 minggu
- Ada kontak serumah dengan orang dewasa TBC

Gejala menetap walaupun sudah diberikan terapi.

Tindaklanjut

Sesuai dengan alur diagnosis

Wilayah bukan Endemis Tinggi:

Balita dengan salah satu **gejala** (panas – menggigil – berkeringat atau sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nafsu makan menurun, sakit perut, mual muntah, dan diare. Terasa lemah dan sulit beraktivitas **DAN**

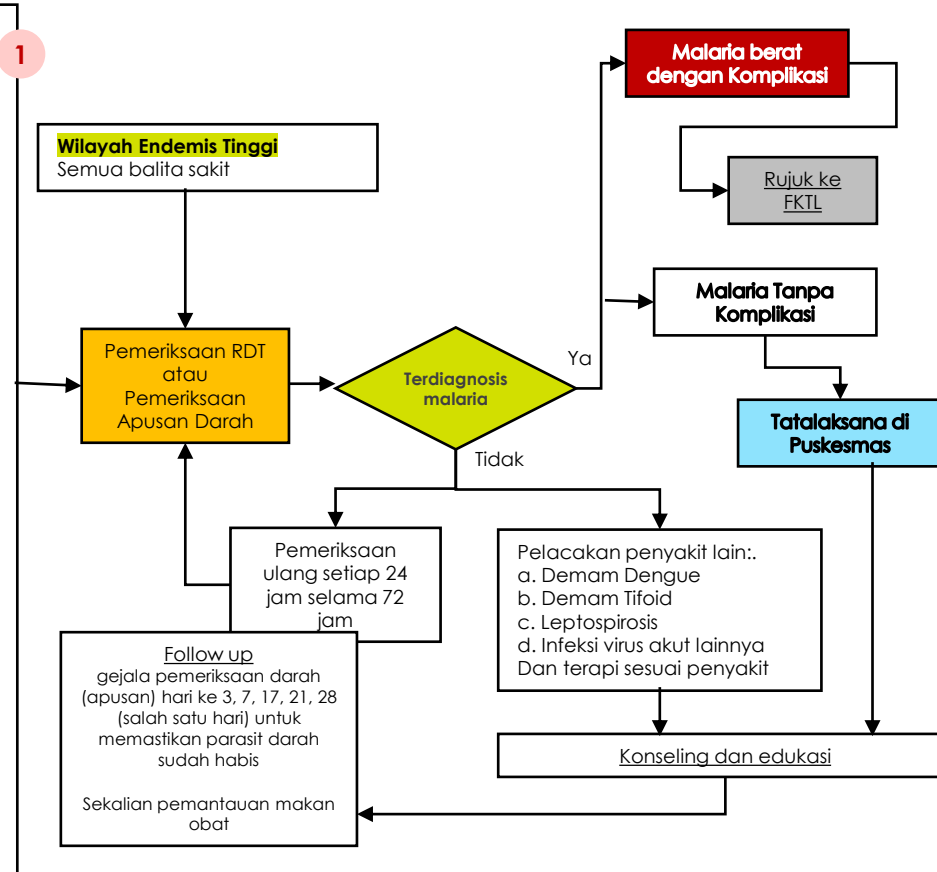
- riwayat bepergian ke tempat endemis malaria 2-4 terakhir **DAN** ATAU
- Riwayat pernah sakit malaria 3-6 bulan sebelumnya **DAN** ATAU
- Riwayat pernah makan obat malaria **DAN** ATAU
- Riwayat pernah transfuse darah

Diperkuat Pemeriksaan Fisik :

(Periode Demam)
Kulit terlihat memerah, teraba panas, suhu tubuh meningkat dapat sampai di atas 40°C dan kulit kering. Pasien dapat juga terlihat pucat. Nadi teraba cepat. Pernapasan cepat (takipneu)

(Periode dingin dan berkeringat)
Kulit teraba dingin dan berkeringat. Nadi teraba cepat dan lemah. Pada kondisi tertentu bisa ditemukan penurunan kesadaran.

Konjungtiva anemis, sklera ikterik, bibir sianosis, dan pada malaria serebral dapat ditemukan kaku kuduk. Terlihat pernapasan cepat. Teraba pembesaran hepar dan limpa, dapat juga ditemukan asites. bisa ditemukan urin berwarna coklat kehitaman, oligouri atau anuria. akral teraba dingin merupakan tanda-tanda menuju syok.



Tujuan

Melakukan deteksi dini infeksi Malaria

Sasaran

1. Semua anak balita sakit di daerah endemis tinggi
2. Semua anak balita tidak sakit yang memiliki gejala

Frekuensi

Setiap kunjungan Puskesmas

Metode

1. Anamnesis gejala dan tanda
2. Jika memenuhi kriteria konfirmasi dengan pemeriksaan RDT atau pemeriksaan apusan darah

Tindaklanjut

Rujuk untuk pemeriksaan apusan darah → untuk mengetahui jenis malaria

Rujuk pada malaria berat atau komplikasi

Pemantauan Harian Bayi 0-2 bulan secara mandiri oleh orangtua/keluarga

LEMBAR PEMANTAUAN HARIAN BAYI 0 - 2 BULAN

PEMANTAUAN HARIAN BAYI

Jika ditemukan kondisi pada kolom merah, bawa bayi ke Fasilitas Kesehatan

USIA (hari)	NAPAS	AKTIVITAS	WARNA KULIT	HISAPAN BAYI	KEJIANG	SUKU TUBUH	BILANG AIR BESAR (BAB)	JEMAR DAN WUJUD AIR KECIL	TALI PUSAT	MATA	KULIT	IMUNISASI	PARAF KADER
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
51													
52													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
59													
60													

Tempo tenaga kesehatan/ Kader/ kader minimal 1 kali tiap minggu

- Usia 0-28 hari, setiap variabel, diisi ceklis setiap hari
- Usia 29 hari - 2 bulan (1 baris), setiap variabel, diisi ceklis setiap minggu (4 ceklis perbulan)

Kader memantau kelengkapan imunisasi anak (halaman 72), jika kolom putih belum terisi sesuai umur, berikan ke tenaga kesehatan

Ibu memantau kesehatan bayi setiap hari dan memberi tanda (V) sesuai kondisi bayi

Pemantauan Mingguan Balita 2-60 bulan secara mandiri oleh orangtua/keluarga

PEMANTAUAN MINGGUAN BALITA

LEMBAR PEMANTAUAN MINGGUAN BALITA (2- 60 bulan)

Jika ditemukan kondisi pada kolom merah, bawa bayi ke fasilitas kesehatan

USIA (bulan)	NAPAS	BATUK	DEMAM	DIARE	JEMAR DAN WUJUD AIR KECIL	WARNA KULIT	AKTIVITAS	HISAPAN BAYI	PEMBERIAN MAKANAN	PARAF KADER
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										
41										
42										
43										
44										
45										
46										
47										
48										
49										
50										
51										
52										
53										
54										
55										
56										
57										
58										
59										
60										

Tempo tenaga kesehatan/ Kader/ kader minimal 1 kali tiap minggu

SETIAP VARIABEL, DIISI SETIAP MINGGU (4 CEKLI PERBULAN)

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

Kementerian Kesehatan telah menetapkan Strategi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) sesuai dengan rekomendasi standar emas PMBA yaitu:

1



Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Ibu melakukan **Inisiasi Menyusu Dini (IMD)** segera setelah melahirkan agar bayi mendapatkan makanan pertama yang berkualitas.

2



ASI Eksklusif sampai 6 bulan

Kebutuhan gizi bayi dapat tercukupi dengan memberikan **ASI saja** hingga usia 6 bulan.

3



Makanan Pendamping ASI

Beri **makanan pendamping ASI (MP-ASI)** dari makanan keluarga berbahan dasar lokal mulai bayi berusia 6 bulan.

4



Melanjutkan ASI sampai 2 tahun

Teruskan pemberian **ASI hingga anak berusia 2 tahun.**

Pada anak usia 24-59 bulan, kebutuhan gizi anak dipenuhi dari **makanan keluarga** dengan memperhatikan **prinsip gizi seimbang**.

”

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) untuk menjamin kecukupan pemenuhan gizi anak pada masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

Masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) sangat penting karena pada periode inilah terjadi perkembangan otak yang pesat.

”

ASI Eksklusif

Memberikan Air Susu Ibu saja tanpa makanan/cairan lain pada bayi semenjak lahir sampai usia 6 bulan kecuali vitamin, mineral atau obat-obatan dalam bentuk sirup.

Manfaat ASI Eksklusif:

1. Mengandung : zat gizi lengkap sesuai dengan kebutuhan bayi dan mudah dicerna, kekebalan tubuh alami, sehingga bayi tidak mudah terserang penyakit, terutama penyakit infeksi
2. Membantu pertumbuhan dan perkembangan otak secara optimal,
3. Meningkatkan ikatan emosi ibu dan anak
4. Menurunkan risiko kanker payudara dan leher rahim bagi sang Ibu
5. Berfungsi sebagai KB alami
6. Ramah lingkungan
7. Hemat



Amer.J.Agr.Econ.100(5),20July2017

Keragaman MP-ASI masih perlu ditingkatkan

MP-ASI beragam artinya anak usia 6-23 bulan mengonsumsi minimal 5 dari 8 kelompok bahan makanan, yaitu:



Air Susu Ibu (ASI)



Makanan pokok (beras, gandum, biji, umbi, akar-akaran)



Kacang-kacangan (kacang hijau, kedelai, tahu, tempe)



Daging, unggas, ikan, makanan laut



Telur (ayam, bebek, puyuh)



Susu dan produk olahan susu (keju, yogurt)



Sayur buah kaya vitamin A (wortel, sayur hijau tua, pepaya, mangga, dill)



Sayur dan buah lainnya (melon, pisang, tomat, terong, dll)

MP-ASI harus beragam karena tidak ada satu pun makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi anak, kecuali ASI bagi bayi di bawah 6 bulan.

Selain itu, **MP-ASI harus mengandung telur, ikan, dan/atau daging**, karena konsumsi minimal 1 jenis pangan hewani setiap kali makan berasosiasi signifikan dengan risiko stunting yang lebih rendah pada usia 18-23 bulan.

Standar Pemberian Makan Bayi dan Balita 6-23 Bulan

Usia	Kebutuhan Zat Gizi	Frekuensi	Bentuk Makanan	Variasi
6-11 bulan	<p>6-8 bulan: 800 kkal</p> <ul style="list-style-type: none"> ASI 60-70% dari total kebutuhan energy, MP-ASI sekitar 200 kkal) <p>9-11 bulan: 800 kkal</p> <ul style="list-style-type: none"> ASI 50-70% dari total kebutuhan energy, MP-ASI sekitar 300 kkal 	<p>6-8 bulan Makanan utama 2-3 kali; Selingan 1-2 kali</p> <p>9-11 bulan Makanan utama 3-4 kali; Selingan 1-2 kali</p>	<p>6-8 bulan: mulai dengan bubur kental dan makanan lumat</p> <p>9-11 bulan: makanan yang dicincang halus dan makanan yang dapat dipegang bayi</p>	<p>Bahan Makanan dalam satu menu minimal mengandung 5 dari 8 kelompok bahan makanan berikut:</p> 
12-23 bulan	1350 kkal (ASI 30-40% dari total kebutuhan energy, MP-ASI 550 kkal)	Makanan utama: 3-4 kali Selingan: 1 - 2 kali	Makanan keluarga	

Penerapan Gizi Seimbang dalam Isi Piringku untuk Balita

SETIAP MAKAN ISI PIRINGKU KAYA PROTEIN HEWANI MAKANAN PENDAMPING ASI **Bayi Usia 6-8 Bulan**

Lanjutkan Pemberian ASI
Kebutuhan ASI 70%
Kebutuhan MP ASI 30%

Satuan Penukar Protein Hewani

DISARING
Makanan dihaluskan dengan diaring

Prinsip MP ASI

- Seper Waktu, dimulai saat usia 6 bulan
- Memperkenalkan keberagaman
- Diberikan terjadwal dan menyenangkan
- Cukup kandungan gizi
- Kebutuhan MP ASI per hari ± 200 kalori (dapat diberikan 2-3 kali makan utama dan 1-2 kali makanan selingan)

Keterangan: • gr = gram • ml = milliliter • sdm = sendok teh • sdt = sendok makan • pgl = patung

• **MAKANAN POKOK** (Ditutamakan)
• **LAUK HEWANI** (Ditutamakan)
• **LEMAK** (minyak/santan)
• **SAYUR & BUAH** (Ditambahkan)

• **Prinsip MP ASI**
• Seper Waktu, dimulai saat usia 6 bulan
• Memperkenalkan keberagaman
• Diberikan terjadwal dan menyenangkan
• Cukup kandungan gizi
• Kebutuhan MP ASI per hari ± 200 kalori (dapat diberikan 2-3 kali makan utama dan 1-2 kali makanan selingan)

• **MAKANAN POKOK** (Ditutamakan)
• **LAUK HEWANI** (Ditutamakan)
• **LEMAK** (minyak/santan)
• **SAYUR & BUAH** (Ditambahkan)

9-11 bulan
ASI ditambah MP-ASI berupa makanan cincang/makanan yang dapat dipegang bayi

SETIAP MAKAN ISI PIRINGKU KAYA PROTEIN HEWANI MAKANAN PENDAMPING ASI **Bayi Usia 9-11 Bulan**

Lanjutkan Pemberian ASI
Kebutuhan ASI 50%
Kebutuhan MP ASI 50%

Satuan Penukar Protein Hewani

DICINCANG
Makanan dihaluskan dengan diaring, blender, atau saringan halus dan dituang

Prinsip MP ASI

- Seper Waktu, dimulai saat usia 6 bulan
- Memperkenalkan keberagaman
- Diberikan terjadwal dan menyenangkan
- Cukup kandungan gizi
- Kebutuhan MP ASI per hari ± 300 kalori (dapat diberikan 3-4 kali makan utama dan 1-2 kali makanan selingan)

Keterangan: • gr = gram • ml = milliliter • sdm = sendok teh • sdt = sendok makan • pgl = patung

• **MAKANAN POKOK** (Ditutamakan)
• **LAUK HEWANI** (Ditutamakan)
• **LEMAK** (minyak/santan)
• **SAYUR & BUAH** (Ditambahkan)

• **Prinsip MP ASI**
• Seper Waktu, dimulai saat usia 6 bulan
• Memperkenalkan keberagaman
• Diberikan terjadwal dan menyenangkan
• Cukup kandungan gizi
• Kebutuhan MP ASI per hari ± 300 kalori (dapat diberikan 3-4 kali makan utama dan 1-2 kali makanan selingan)

• **MAKANAN POKOK** (Ditutamakan)
• **LAUK HEWANI** (Ditutamakan)
• **LEMAK** (minyak/santan)
• **SAYUR & BUAH** (Ditambahkan)

6-8 bulan
ASI ditambah MP-ASI yang dimulai dengan bubur kental atau makanan lumat

SETIAP MAKAN ISI PIRINGKU KAYA PROTEIN HEWANI MAKANAN PENDAMPING ASI **Usia 12-23 Bulan**

Lanjutkan Pemberian ASI
Kebutuhan ASI 30%
Kebutuhan MP ASI 70%

Satuan Penukar Protein Hewani

Prinsip MP ASI

- Seper Waktu, dimulai saat usia 6 bulan
- Memperkenalkan keberagaman
- Diberikan terjadwal dan menyenangkan
- Cukup kandungan gizi
- Kebutuhan MP ASI per hari ± 550 kalori (dapat diberikan 3-4 kali makan utama dan 1-2 kali makanan selingan)

Keterangan: • gr = gram • ml = milliliter • sdm = sendok teh • sdt = sendok makan • pgl = patung

• **MAKANAN POKOK** (Ditutamakan)
• **LAUK HEWANI** (Ditutamakan)
• **LEMAK** (minyak/santan)
• **SAYUR & BUAH** (Ditambahkan)

• **Prinsip MP ASI**
• Seper Waktu, dimulai saat usia 6 bulan
• Memperkenalkan keberagaman
• Diberikan terjadwal dan menyenangkan
• Cukup kandungan gizi
• Kebutuhan MP ASI per hari ± 550 kalori (dapat diberikan 3-4 kali makan utama dan 1-2 kali makanan selingan)

• **MAKANAN POKOK** (Ditutamakan)
• **LAUK HEWANI** (Ditutamakan)
• **LEMAK** (minyak/santan)
• **SAYUR & BUAH** (Ditambahkan)

12-23 bulan
ASI ditambah MP-ASI berupa makanan keluarga

2-5 tahun
Makanan keluarga

SETIAP MAKAN ISI PIRINGKU KAYA PROTEIN HEWANI **Usia 2-5 Tahun**

CONTON SATU PORSI MAKANAN

Prinsip Makanan Anak (usia 2-5 tahun)

- Cukup kandungan gizi
- Memperkenalkan keberagaman
- Cukup cairan (5-7 gelas termasuk /hari)

Pemberian Makan (usia 2-5 tahun)

- 3-4 kali makan utama
- 1-2 kali makan selingan

Keterangan: • gr = gram • ml = milliliter • sdm = sendok teh • sdt = sendok makan • pgl = patung

• **MAKANAN POKOK** (Ditutamakan)
• **LAUK HEWANI** (Ditutamakan)
• **LAUK NABATI**
• **LEMAK** (minyak/santan)
• **SAYUR & BUAH**

• **Prinsip Makanan Anak (usia 2-5 tahun)**
• Cukup kandungan gizi
• Memperkenalkan keberagaman
• Cukup cairan (5-7 gelas termasuk /hari)

• **Pemberian Makan (usia 2-5 tahun)**
• 3-4 kali makan utama
• 1-2 kali makan selingan

• **MAKANAN POKOK** (Ditutamakan)
• **LAUK HEWANI** (Ditutamakan)
• **LAUK NABATI**
• **LEMAK** (minyak/santan)
• **SAYUR & BUAH**

1. Tuberkulosis (TB)

Gejala



Gejala awal:

- lesu,
- penurunan berat badan,
- demam, dan
- keringat malam.



Gejala lanjutan:

- batuk terus-menerus,
- nyeri dada, dan
- (mungkin) batuk darah.



Gejala lain tergantung pada organ yang terkena.

Penyebab

Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, terutama menyerang paru-paru, tetapi juga bisa menyerang otak, tulang, kelenjar getah bening, dan lainnya.

Cara Penularan

Melalui pernapasan saat bersin atau batuk.

Jenis Imunisasi

BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) dapat mencegah penyakit TB milier.

Jadwal Imunisasi

Imunisasi BCG diberikan pada bayi usia 1 bulan, diberikan di lengan kanan atas.

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

- Imunisasi BCG jarang menimbulkan reaksi umum seperti demam.
- Pada 3 – 4 Minggu setelah imunisasi dapat timbul bisul di bekas suntikan, tidak nyeri, tidak demam.
- Bisul dapat pecah, menjadi koreng, kadang-kadang mengeluarkan nanah, tidak berbahaya, bersihkan dengan antiseptik.
- Koreng menyembuh meninggalkan parut.
- Kadang-kadang terjadi pembesaran kelenjar di area ketiak dan/atau leher, yang terasa padat, tidak menyakitkan, dan tidak menyebabkan demam.
- Reaksi ini normal, tidak memerlukan pengobatan, dan akan sembuh dengan sendirinya.

2. Hepatitis B

Gejala



Lesu, gangguan perut, dan gejala lain mirip flu.



Mata atau kulit berwarna kuning.



Urin berubah warna menjadi kuning pekat seperti air teh.



Penyakit ini bisa menjadi kronis & menyebabkan pengerasan hati (sirosis) serta kanker hati.

Penyebab

Penyakit ini disebabkan oleh virus Hepatitis B yang merusak hati.

Cara Penularan

- Melalui darah dan produk darah, seperti praktik penyuntikan yang tidak aman, transfusi darah, dan hubungan seksual.
- Dari ibu ke bayi selama proses persalinan.

Jenis Imunisasi

Hepatitis B Rekombinan dan DPT-HB-Hib.

Jadwal Imunisasi

- Imunisasi **Hepatitis B** diberikan pada bayi baru lahir yang berusia kurang dari 24 jam di paha.
- Imunisasi **DPT-HB-Hib** diberikan pada bayi usia 2, 3, dan 4 bulan di paha, dan pada usia 18 bulan di lengan kanan atas.

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

Bengkak, nyeri, dan kemerahan pada lokasi suntikan, serta demam yang dapat terjadi dalam beberapa kasus.

3. Difteri

Gejala



Demam atau tanpa demam.



Adanya pseudomembran warna putih keabu-abuan, tidak mudah lepas dan mudah berdarah jika lepas



Bengkak di area leher seperti leher sapi (bullneck).



Nyeri saat menelan dan sesak napas disertai bunyi.

Penyebab

Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* yang memproduksi racun yang dapat merusak jaringan dan organ tubuh manusia, menimbulkan berbagai komplikasi seperti penyumbatan saluran pernapasan dan kelumpuhan otot jantung yang dapat berakibat pada kematian.

Cara Penularan

Melalui percikan ludah (*droplet*) yang keluar saat batuk, bersin, muntah, atau melalui alat makan.

Jenis Imunisasi

DPT-HB-Hib, DT dan Td.

Jadwal Imunisasi

- Jadwal imunisasi **DPT-HB-Hib** diberikan pada bayi usia 2, 3, dan 4 bulan di paha dan pada anak baduta usia 18 bulan di lengan kanan atas.
- Jadwal imunisasi **anak usia sekolah** adalah DT untuk anak usia 7 tahun atau kelas 1 SD, Td untuk anak usia 8 tahun atau kelas 2 SD dan 11 tahun atau kelas 5 SD.

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

Bengkak, nyeri dan kemerahan pada lokasi suntikan disertai demam yang dapat terjadi dalam beberapa kasus.

Reaksi bengkak di lokasi suntikan dan demam lebih sering terjadi pada imunisasi DPT-HB-Hib.

4. Tetanus

Gejala



Gejala Tetanus Neonatorum

(pada bayi usia < 28 hari): demam, kesulitan menyusu/minum karena terjadinya trismus atau *lock jaw* (spasme/kaku otot pengunyah), mulut mencucu seperti ikan (karpermond), wajah seperti senyum terpaksa dan alis terangkat, spasme otot yang luas dan kejang umum seperti ophistotonus atau tulang belakang seperti melengkung ke belakang.

Cara Penularan:

Spora bakteri *Clostridium tetani* masuk ke dalam tubuh bayi melalui tali pusat saat pemotongan dan perawatan tali pusat yang dilakukan dengan menggunakan alat dan/ atau bahan tidak steril.

Penyebab

Bakteri tetanus (*clostridium tetani*) menghasilkan racun yang dapat menyebabkan kaku/kontraksi otot mulut, punggung, perut, dada dan otot pernafasan, sehingga sulit bernafas dan menyebabkan kematian.

Jenis Imunisasi

DPT-HB-Hib, DT dan Td.

Jadwal Imunisasi

- Jadwal imunisasi **DPT-HB-Hib** diberikan pada bayi usia 2, 3, dan 4 bulan di paha dan pada anak baduta usia 18 bulan di lengan kanan atas.



Gejala Tetanus Maternal

(pada ibu selama kehamilan atau dalam 6 minggu setelah kehamilan berakhir): demam dan berkeringat, sakit kepala, sulit menelan, trismus, kaku kuduk, punggung melengkung, otot perut menegang atau perut kaku seperti papan, spasme spontan, kejang hingga tidak sadar.

Cara Penularan:

Spora bakteri *Clostridium tetani* masuk ke dalam tubuh ibu melalui luka atau jaringan yang rusak dan tumbuh secara anaerob pada masa kehamilan, saat persalinan dan masa nifas.

- Jadwal imunisasi **anak usia sekolah** adalah DT untuk anak usia 7 tahun atau kelas 1 SD, Td untuk anak usia 8 tahun atau kelas 2 SD dan 11 tahun atau kelas 5 SD.

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

Bengkak, nyeri dan kemerahan pada lokasi suntikan disertai demam yang dapat terjadi dalam beberapa kasus.

Reaksi bengkak di lokasi suntikan dan demam lebih sering terjadi pada imunisasi DPT-HB-Hib.

7. Pneumonia

Gejala



Demam, batuk, kesukaran bernapas yang ditandai dengan napas cepat, atau tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.

Penyebab

Penyebab penyakit pneumonia pada bayi dan balita adalah bakteri *Streptococcus pneumoniae* dan *Haemophilus influenzae* tipe b, serta virus campak.

Pneumokokus juga menyebabkan meningitis (infeksi selaput otak dan sumsum tulang belakang), bakteriemia (infeksi aliran darah), otitis media, sinusitis, dan konjungtivitis.

Cara Penularan

Menyebarkan dari orang ke orang melalui percikan ludah saat batuk atau bersin yang terbawa udara. Selain itu, pneumonia dapat menyebar melalui darah.

Jenis Imunisasi

DPT-HB-Hib, PCV, dan MR.

Vaksin ini diberikan dalam beberapa dosis kepada bayi dan anak-anak, dengan jarak waktu yang ditentukan oleh tenaga kesehatan.

Jadwal Imunisasi

Lihat jadwal imunisasi DPT-HB-Hib, PCV dan MR

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

Bengkak, nyeri dan kemerahan pada lokasi suntikan disertai demam yang dapat terjadi dalam beberapa kasus.

Reaksi bengkak di lokasi suntikan dan demam lebih sering terjadi pada imunisasi DPT-HB-Hib.

8. Meningitis

Gejala



Demam tinggi, sakit kepala, sakit punggung, nyeri leher, kaku kuduk, muntah, sensitif terhadap cahaya.

Penyebab

Penyebab penyakit meningitis adalah bakteri *Haemophilus influenzae* tipe b, *Streptococcus pneumoniae*, dan beberapa bakteri dan virus lain yang dapat menyerang otak bayi dan anak.

Cara Penularan

Penyakit meningitis **menyebarkan** dari orang ke orang **melalui** percikan ludah atau ingus yang dihasilkan saat batuk atau bersin.

Kuman penyebab meningitis juga dapat menyebar melalui kontak dengan benda yang terkontaminasi oleh lendir atau air liur dari orang yang terinfeksi.

Jenis Imunisasi

DPT-HB-Hib, PCV, dan MR.

Jadwal Imunisasi

Lihat jadwal imunisasi Hib, *Pneumokokus*, MR.

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

Bengkak, nyeri dan kemerahan pada lokasi suntikan disertai demam yang dapat terjadi dalam beberapa kasus.

Reaksi bengkak di lokasi suntikan dan demam lebih sering terjadi pada imunisasi DPT-HB-Hib.

9.

Infeksi Telinga Tengah oleh *Streptococcus pneumoniae*

Gejala



Infeksi telinga tengah, gejala yang muncul termasuk nyeri telinga, demam, dan gangguan pendengaran.

Penyebab

Penyebab infeksi telinga tengah (otitis media) oleh bakteri *Streptococcus pneumoniae*.

Cara Penularan

Menyebarkan dari orang ke orang melalui percikan ludah saat batuk atau bersin yang terbawa udara. Selain itu, *Streptococcus pneumoniae* dapat menyebarkan melalui darah.

Jenis Imunisasi

PCV

Vaksin ini diberikan dalam beberapa dosis kepada bayi dan anak-anak, dengan jarak waktu yang ditentukan oleh tenaga kesehatan.

Jadwal Imunisasi

Imunisasi PCV diberikan di usia 2, 3, dan 12 bulan.

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

Bengkak, nyeri dan kemerahan pada lokasi suntikan disertai demam yang dapat terjadi dalam beberapa kasus.

10.

Diare oleh Rotavirus

Gejala



Gejala infeksi rotavirus meliputi diare, muntah, demam, sakit perut, dan dehidrasi.

Diare yang **disebabkan oleh** rotavirus dapat berlangsung selama beberapa hari dan dapat menyebabkan dehidrasi yang berat, terutama pada bayi dan anak kecil.

Penyebab

Rotavirus adalah salah satu virus yang dapat menyebabkan infeksi saluran pencernaan atau diare terutama pada bayi dan anak-anak.

Virus ini dapat menyebar melalui jalur fecal-oral, yaitu menular dari feces penderita yang tidak sengaja masuk ke mulut orang yang sehat.

Cara Penularan

Rotavirus dapat menyebar melalui feces penderita yang tidak sengaja masuk ke mulut orang yang sehat baik secara langsung maupun melalui makanan, minuman, atau benda-benda yang terkontaminasi.

Jenis Imunisasi

Vaksin Rotavirus adalah vaksin yang digunakan untuk mencegah diare akibat infeksi Rotavirus.

Vaksin ini diberikan dalam bentuk tetes sebanyak **3 dosis**.

Jadwal Imunisasi

Imunisasi Rotavirus diberikan pada usia 2, 3, dan 4 bulan bersamaan dengan imunisasi DTP-Hib-HB dan polio tetes.

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

Demam ringan, iritabilitas, diare ringan, dan muntah. Namun, reaksi yang serius sangat jarang terjadi.

Jika ada reaksi yang berat atau terjadi efek samping setelah imunisasi, segera konsultasikan ke dokter.

11. Campak

Gejala



Demam, batuk, pilek, konjungtivitis (mata merah)



Selanjutnya timbul ruam pada leher, daerah belakang telinga, dahi, muka kemudian menyebar ke seluruh tubuh.

Penyebab

Penyakit ini disebabkan oleh virus Campak *Mycovirusviridae*.

Penyakit Campak dapat menyebabkan komplikasi berupa pneumonia (radang paru), ensefalitis (radang otak), kebutaan bahkan berakibat pada kematian.

Cara Penularan

Melalui percikan ludah (*droplet infection*) yang keluar dari batuk atau bersin.

Jenis Imunisasi

Campak Rubela.

Jadwal Imunisasi

Imunisasi Campak Rubela diberikan pada bayi usia 9 bulan, anak baduta usia 18 bulan, dan anak sekolah kelas 1 SD (7 tahun) di lengan kiri atas.

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

- Pada hari ke 5 sampai 6 sesudah imunisasi dapat timbul demam.
- Pada hari ke 7 sampai 10 dapat timbul kemerahan selama 2-4 hari.

12. Japanese Encephalitis

Gejala



Pada umumnya infeksi JE pada manusia tidak bergejala atau hanya gejala ringan, berupa demam, nyeri kepala, seperti flu.



1 dari 250 infeksi menjadi berat dan menyerang sistem saraf pusat, berupa demam tinggi mendadak, nyeri kepala, kejang, penurunan kesadaran, serta gangguan bicara, berjalan, atau lainnya.



5-70% kasus bisa memiliki gejala sisa, seperti gangguan sistem gerak (lumpuh atau gerak abnormal), perilaku (agresif, emosi tidak terkendali), intelektual, epilepsi, dan gangguan saraf lain.

Penyebab

Japanese encephalitis (JE) adalah radang otak yang disebabkan oleh infeksi virus JE.

Cara Penularan

Melalui gigitan nyamuk yang sebelumnya menggigit hewan inang, seperti babi, kerbau, dan beberapa jenis burung.

Jenis Imunisasi

Penyakit JE dapat dicegah dengan imunisasi JE.

Jadwal Imunisasi

Imunisasi JE diberikan pada bayi usia 10 bulan, disuntikan di paha, hanya di wilayah tertentu yang memiliki banyak kasus (endemis).

Reaksi yang Mungkin Terjadi Setelah Imunisasi

- Nyeri di lokasi suntikan dalam 24 jam setelah imunisasi, yang sebagian besar sembuh dalam 2-3 hari.
- Demam dapat terjadi pada 1-2 minggu setelah imunisasi, sebagian besar ringan dan sembuh dalam 1-2 hari.
- Pada kasus yang jarang terjadi, dilaporkan ruam yang menyebar dan umumnya tidak memerlukan pengobatan.

Pencegahan Pneumonia

Edukasi Pencegahan Pneumonia yang Dapat diberikan oleh Kader :

- 1) ASI eksklusif 6 bulan, menyusui ditambah MPASI selama 2 tahun,
- 2) Menuntaskan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) untuk anak,
- 3) Kenali tanda dan gejala Pneumonia, segera Obati ke Fasilitas Kesehatan jika anak sakit,
- 4) Pastikan kecukupan gizi seimbang pada anak,
- 5) Hindarkan anak dari paparan polusi baik di Dalam maupun luar rumah salah satunya pajanan asap rokok,
- 6) Menerapkan Pola Hidup Bersih dan Sehat serta
- 7) Manfaatkan buku KIA untuk mendapatkan informasi kesehatan anak.

PNEUMONIA

IMUNISASI PCV

IMUNISASI PCV
LINDUNGI ANAK DARI PNEUMONIA

Untuk informasi lebih lanjut, kunjungi promkes.kemkes.go.id

Pneumonia adalah infeksi akut pada jaringan paru. Salah satu penyebabnya adalah infeksi Pneumokokus.

Gejala Pneumonia pada Balita:
Demam, batuk, atau kesukaran bernapas yang ditandai dengan napas cepat atau tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK).

ANAK DIANGGAP NAPAS CEPAT BILA FREKUENSI HITUNGAN NAPAS:

USIA	FREKUENSI NAPAS
< 2 bulan	= 60x/menit
2 - 11 bulan	= 50x/menit
12 - 59 bulan	= 40x/menit

Catatan: Napas harus dihitung dalam 1 menit penuh

Imunisasi PCV diberikan pada **usia 2, 3, dan 12 bulan** dan aman diberikan bersama dengan imunisasi lainnya.

Imunisasi PCV bertujuan untuk melindungi anak dari Pneumonia yang disebabkan oleh infeksi Pneumokokus.

Kontraindikasi Imunisasi PCV yaitu ada riwayat alergi berat terhadap komponen Vaksin PCV-13 atau vaksin yang mengandung komponen Difteria (DPT-HB-HiB, DT, Td).

Pencegahan Diare

- Memberikan ASI lebih sering dan lebih lama dari biasanya.
- Pemberian oralit untuk mencegah dehidrasi sampai diare berhenti.
- Memberikan obat Zinc yang tersedia di apotek, Puskesmas, dan rumah sakit. Diberikan sekali sehari selama 10 hari berturut-turut meskipun diare sudah berhenti. Zinc dapat mengurangi parahnya diare, mengurangi dursi dan mencegah berulangnya diare 2 sampai 3 bulan ke depan.
- Memberikan cairan rumah tangga, seperti sayur, kuah sup, dan air mineral.
- Antipiretik; bila diperlukan, seperti parasetamol atau ibuprofen
- **Segera membawa Balita diare ke sarana kesehatan.**

Kenali Tanda dan Gejala Diare dan Segera Minta Pertolongan Tenaga Kesehatan Jika kondisi tidak membaik

Anjuran Makan untuk Diare Persisten

- Jika anak masih mendapat ASI: berikan lebih sering dan lebih lama, pagi, siang, dan malam
- Jika anak mendapat susu selain ASI: kurangi pemberian susu tersebut dan tingkatkan pemberian ASI. Gantikan setengah bagian susu dengan bubur nasi ditambah tempe, jangan beri susu kentel manis. Untuk makanan lain, ikuti anjuran pemberian makan sesuai dengan kelompok umur.

Pemberian makanan sesuai umur :

- Bayi berusia 0-6 bulan : hanya diberikan ASI sesuai keinginan anak, paling sedikit 8 kali sehari (pagi, siang, maupun malam hari). Jangan berikan makanan atau minuman lain selain ASI.
- Bayi berusia 6-24 bulan: Teruskan pemberian ASI, mulai memberikan Makanan Pendamping ASI (MP ASI) yang teksturnya lembut seperti bubur, susu, dan pisang.
- Balita umur 9 sampai 12 bulan: Teruskan pemberian ASI, berikan MP ASI lebih padat dan kasar seperti nasi tim, bubur nasi, tambahkan telur/ayam/ikan/tempe/wortel/kacang hijau.
- Balita umur 12 sampai 24 bulan: teruskan pemberian ASI, berikan makanan keluarga secara bertahap sesuai dengan kemampuan anak.
- Balita umur 2 tahun lebih: berikan makanan keluarga 3x sehari, sebanyak 1/3-1/2 porsi makan orang dewasa. Berikan pula makanan selingan kaya gizi 2x sehari di antara waktu makan.

PEMANTAUAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR 0-28 HARI (NEONATUS)

Sejak bayi lahir sampai usia 28 hari, ibu dan keluarga mendeteksi keadaan bayinya. Apabila ditemukan 1 kriteria atau lebih tanda bayi tidak sehat, segera dibawa ke fasilitas kesehatan (Puskesmas, dokter praktik, dan Rumah Sakit)

KRITERIA	SEHAT	TIDAK SEHAT
Napas	40-60 kali/menit	Kurang 40 kali/menit atau lebih dari 60 kali/menit
Warna kulit	Merah muda	Bayi pucat/biru pada tubuh
Kejang	Tidak ada	Ada, mata mendelik, tangan bergerak seperti menari, menanga melengking, tiba-tiba badan kaku, mulut mencucu
Aktivitas	Menangis jika sedang haus dan buang air	Menangis terus, bayi lemas tidak bergerak
Minum ASI	Mau minum	Tidak mau minum atau memuntahkan semuanya
Hisapan bayi	Hisapan kuat	Hisapan lemah
Kuning pada bayi	Tidak ada/Ada: • Muncul antara 24-72 jam pertama • Hilang dalam 2 minggu • Bilirubin < 15 mg/dl	Ada • Muncul < 24 jam pertama atau menetap setelah 2 minggu • Bilirubin > 15 mg/dl
Buang air kecil	Warna kuning jernih 6 - 8 kali/hari	Warna keruh/kuning pekat dan sedikit < 4 kali/hari
Buang air besar	Encer berisi seperti biasanya	Sangat encer/ tidak bisa buang air besar lebih dari 3 hari (adanya perubahan konsistensi dan frekuensi buang air besar)
Suhu tubuh	Normal (36,5°C - 37,5°C)	Panas seluruh tubuh/ dingin seluruh tubuh
Tali pusat	Bersih	Merah di pinggir tali pusat/ bernanah/ berbau
Mata	Bening	Merah menetap, bernanah, ada kotoran
Bercak putih di mulut	Tidak ada	Ada
Kulit	Bersih	Ada bintil, bernanah berair dan kemerahan



TINDAKAN PENCEGAHAN DEHIDRASI TINGKAT KELUARGA JIKA BALITA MENGALAMI DIARE

1 Memberikan ASI lebih sering dan lebih lama dari biasanya

2 Pemberian oralit untuk mencegah dehidrasi sampai diare berhenti

3 Memberikan obat Zinc
Diberikan sekali sehari selama 10 hari berturut-turut; zinc dapat mengurangi parahnya diare



Memberikan air mineral & makanan bekuah seperti, sayur, kuah sup

Segera bawa Balita ke sarana kesehatan

Berikan makanan sesuai umur

Bayi berusia 0-6 bulan
- Hanya diberikan ASI
- Paling sedikit 8 kali sehari

Bayi berusia 6-24 bulan
Mulai memberikan Makanan Pendamping ASI (MP ASI)

Balita umur 2 tahun lebih
Berikan makanan keluarga 3x sehari

Balita 12-24 bulan
Berikan makanan keluarga secara bertahap

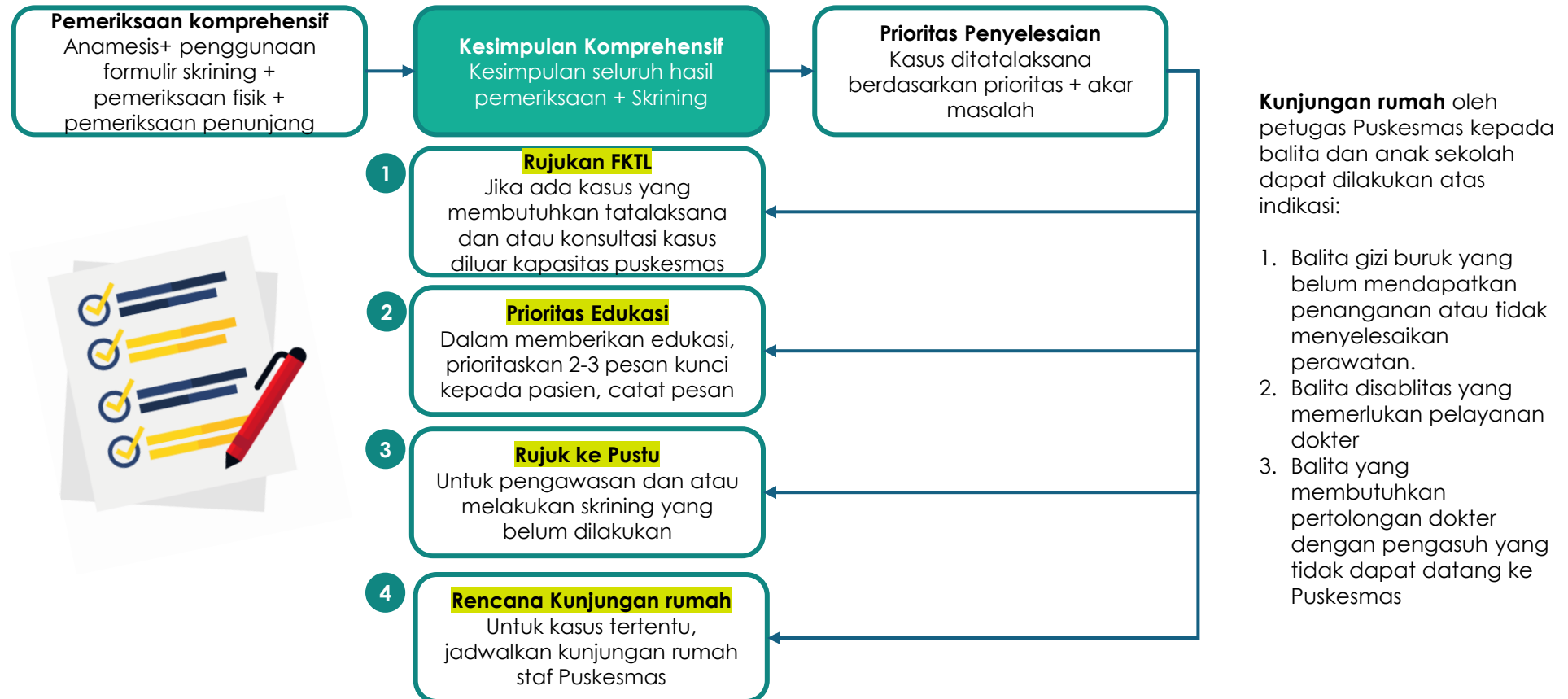


4

5

6

Alur Pemeriksaan Balita dilakukan secara komprehensif dan menyeluruh mengikuti alur berikut



Kesimpulan pemeriksaan adalah berupa

Kesimpulan	Alternatif Tindakan
Balita sehat/sakit (gejala sakit)	Rujuk FKTP untuk pemeriksaan mendetail
Pertumbuhan sesuai usia/tidak	
Perkembangan Sesuai usia/tidak	Rujuk faskes FKTP untuk tatalaksana lanjutan
Ada/ tidak ada gangguan pemberian makan*	
Imunisasi lengkap/tidak lengkap	Rujuk balik ke Pustu untuk kelanjutan skrining dan monitoring
Ada/tidak ada risiko penyakit infeksi	
Ada/tidak ada risiko gangguan pertumbuhan tumbuh kembang	Edukasi Kesehatan (konseling) dan Kelas Ibu Balita
Ada/tidak ada risiko sosial	Rencana Kunjungan rumah- untuk kasus khusus

Contoh Pencatatan Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak

FORMULIR DETEKSI DINI TUMBUH KEMBANG ANAK

Puskesmas: _____ Kec: _____ Kab/Kota: _____ Prov: _____

I. IDENTITAS ANAK

1. Nama : _____
 2. Jenis kelamin : _____
 3. Nama Ayah : _____
 4. Tanggal periksa : _____ Nama Ibu: _____
 5. Tanggal lahir : _____
 6. Umur anak: _____

II. ANAMNESIS

1. Keluhan utama : _____
 2. Apakah anak memiliki masalah tumbuh kembang : _____

III. PEMERIKSAAN RUTIN SESUAI JADWAL

1. BB : _____ kg
 2. PB atau TB : _____ cm
 3. LK : _____ cm (a. Normal b. Mikrosefali c. Makrosefali)
 4. Tren pertumbuhan : a. Normal b. Pertumbuhan tidak baik c. Risiko gagal tumbuh d. Perlamatan pertumbuhan linear e. *Early adiposity rebound*
 5. PB/U atau TB/U : a. Normal b. Pendek c. Sangat pendek d. Tinggi
 6. BB/PB atau BB/TB : a. Normal b. Gizi kurang c. Gizi buruk d. Berisiko gizi lebih e. Gizi lebih (overweight) f. Obesitas
 7. IMT/U (60-72 bulan) : a. Gizi baik b. Gizi kurang c. Gizi buruk d. Gizi lebih (overweight) e. Obesitas
 8. KPSP : a. Sesuai umur b. Meragukan c. Ada kemungkinan penyimpangan
 9. Tes Daya Dengar : a. Sesuai umur b. Ada kemungkinan penyimpangan
 10. Pemeriksaan pupil putih : a. Normal b. Curiga kelainan pupil putih
 11. Tes Daya Lihat : a. Daya lihat baik b. Daya lihat kurang

IV. PEMERIKSAAN ATAS INDIKASI

1. LILA : _____ cm (a. Normal b. Gizi kurang c. Gizi buruk)
 2. IMT/U (0-59 bulan) : a. Normal b. *Early adiposity rebound* c. Berisiko gizi lebih d. Gizi lebih e. Obesitas
 3. Masalah perilaku emosi : a. Normal b. Meragukan c. Kemungkinan mengalami masalah perilaku emosional
 4. Gangguan spektrum autisme : a. Risiko rendah b. Risiko sedang-tinggi
 5. GPPH : a. Normal b. Meragukan c. Kemungkinan GPPH

V. KESIMPULAN

VI. INTERVENSI DINI DAN RUJUKAN

1. Konseling gizi : a. Diberikan b. Tidak diberikan
 2. Konseling stimulasi perkembangan : a. Diberikan b. Tidak diberikan
 3. Intervensi dini masalah pertumbuhan : a. Diberikan b. Tidak diberikan
 4. Intervensi dini masalah perkembangan : a. Gerak kasar b. Gerak halus c. Bicara dan bahasa
 5. Intervensi dini masalah perilaku dan emosi : a. Diberikan b. Tidak diberikan
 6. Tindakan pengobatan lain : _____

7. Rujukan : _____
 a. Dirujuk ke : _____
 b. Alasan dirujuk : _____
 c. Surat rujukan : a. Ada surat rujukan b. Tidak ada surat rujukan

Pemeriksa

BAB F -2

Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah

Kegiatan Luar Gedung



D. Kelas Ibu Balita

1. Kelas Ibu Balita adalah kelas dimana para ibu yang mempunyai anak berusia antara 0 sampai 5 tahun secara bersama-sama berdiskusi, tukar pendapat, tukar pengalaman akan pemenuhan pelayanan kesehatan, gizi dan stimulasi pertumbuhan dan perkembangannya dibimbing oleh fasilitator dengan menggunakan Buku KIA.
2. Peserta Kelas Ibu Balita adalah ibu yang mempunyai anak usia antara 0 – 5 tahun dengan pengelompokan 0-1 tahun, 1-2 tahun, 2-5 tahun. Peserta kelas ibu paling banyak 15 orang. Proses belajar dibantu oleh seorang fasilitator yang memahami bagaimana teknis pelaksanaan Kelas Ibu Balita.
3. Fasilitator Kelas Ibu Balita adalah bidan/perawat/tenaga kesehatan lainnya yang telah mendapat pelatihan fasilitator Kelas Ibu Balita atau melalui *on the job training*.
4. Kelas Ibu Balita dapat dilaksanakan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu
5. Kader mendukung pelaksanaan kelas ibu balita dengan mengajak partisipasi ibu di lingkungan tempat tinggalnya untuk mengikuti kelas ibu balita dan terlibat dalam pelaksanaan kelas ibu balita.



Pengertian Kelas Ibu Balita

Kelas Ibu Balita adalah kelas dimana para ibu yang mempunyai anak berusia antara 0 sampai 5 tahun secara bersama-sama berdiskusi, tukar pendapat, tukar pengalaman akan pemenuhan pelayanan kesehatan, gizi dan stimulasi pertumbuhan dan perkembangannya dibimbing oleh fasilitator dengan menggunakan Buku KIA.

Indikator Pencapaian Puskesmas yang melaksanakan Kelas Ibu Balita

- Definisi operasional : puskesmas yang melaksanakan kelas ibu balita di 50% desa/kelurahan di wilayah kerja puskesmas, yaitu tenaga kesehatan mendampingi kelompok ibu/keluarga yang memiliki anak usia balita untuk mendiskusikan materi kesehatan anak dalam Buku KIA.

Pelaksanaan Kelas Ibu Balita

PESERTA

Ibu yang mempunyai balita usia antara 0-5 tahun dengan pengelompokan:

- Balita usia 0-1 tahun
- Balita usia 1-2 tahun
- Balita usia 2-5 tahun

Jumlah maksimal 15 orang per kelompok

Diharapkan suami/keluarga ikut dalam kegiatan kelas ibu balita

WAKTU DAN TEMPAT

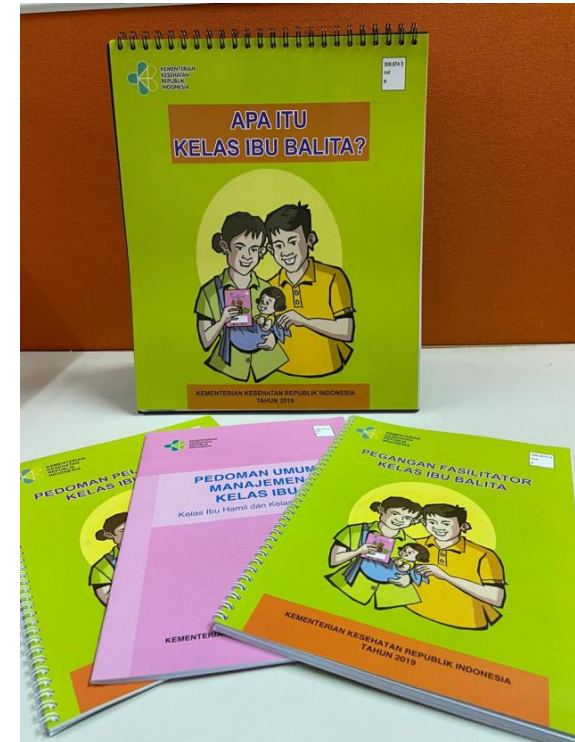
- Dilaksanakan 1 bulan sekali, setiap materi disampaikan 30-60 menit atau disesuaikan kondisi setempat
- Dapat dilaksanakan di Puskesmas, Pustu, Posyandu, Balai Desa, Dusun, TK, RA, termasuk di klinik dan RS
- Pelaksanaan dapat berintegrasi dengan PAUD dan BKB

PELAKSANA

- Proses belajar dibantu oleh seorang fasilitator yang memahami bagaimana teknis pelaksanaan Kelas Ibu Balita.
- Kader mendukung pelaksanaan kelas ibu balita dengan mengajak partisipasi ibu di lingkungan tempat tinggalnya untuk mengikuti kelas ibu balita dan terlibat dalam pelaksanaan kelas ibu balita.

FASILITATOR

- Bidan/perawat/Nakes lainnya : pelatihan/orientasi Kelas Ibu Balita atau melalui *on the job training*.
- Dalam pelaksanaan Kelas Ibu Balita, fasilitator dapat meminta bantuan narasumber untuk menyampaikan materi bidang tertentu.
- Narasumber: tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian bidang tertentu, misalnya di bidang kesehatan anak, gizi, gigi, PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini), penyakit menular, dsb.



SARANA DAN PRASARANA KELAS IBU BALITA

1. Pedoman Manajemen Kelas Ibu
2. Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Balita
3. Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Balita
4. Lembar Balik Kelas Ibu Balita

Pemberian PMT Lokal untuk Balita

- Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Lokal, bisa ditambahkan beberapa slide terkait kegiatan PMT Lokal untuk balita bermasalah gizi (Juknis PMT Lokal)
- Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan Balita di Posyandu (kegiatan Posyandu) → pengukuran antropometri (Berat Badan, Panjang/Tinggi Badan, Lingkar Kepala, dan Lingkar Lengan Atas), pemeriksaan status gizi, pemantauan perkembangan, pemantauan praktik MP ASI anak usia 6-23 bulan, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) penyuluhan.. Kegiatan pelayanan kesehatan balita di Posyandu terintegrasi dengan Pemberian Vitamin A, Obat Cacing, Imunisasi dan PMT lokal
- Pemantauan praktik MP ASI usia 6-23 bulan

Pemantauan Praktik MP-ASI

Untuk meningkatkan konsumsi MP-ASI yang beragam dan bergizi seimbang kaya protein hewani, perlu dilakukan **pemantauan praktik MP-ASI secara rutin**.

Sasaran : semua anak usia 6-23 bulan

Pelaksana : kader kesehatan

Tempat : langkah 5 posyandu

Waktu : per triwulan (Maret, Juni, September, Desember)

Cara : menanyakan MP-ASI yang dikonsumsi anak usia 6-23 bulan pada hari kemarin menggunakan bantuan gambar

Jika ditemukan anak usia 6-23 bulan yang mengonsumsi MP-ASI tidak beragam dan atau tidak mengandung telur, ikan, daging

Kader memberikan edukasi kepada ibu/pengasuh utama agar dapat memperbaiki pola makan anak menjadi lebih beragam dan mengandung telur, ikan, atau daging



Pemantauan Praktik MP-ASI Anak 6-23 Bulan

Sesuai arahan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, mulai tahun 2024 dilakukan Pemantauan Praktik MP-ASI di posyandu setiap **triwulan** (bulan **Maret, Juni, September, dan Desember**).

Pemantauan ini dilakukan oleh **kader kesehatan terlatih** dengan didampingi oleh TPG/bidan/tenaga kesehatan lainnya.

Pemantauan praktik MP-ASI dilakukan di **Langkah 5** kepada **semua anak usia 6-23 bulan** yang datang ke Posyandu dengan cara **mewawancarai ibu/pengasuh tentang makanan dan minuman yang dikonsumsi anaknya di hari kemarin** mulai anak bangun tidur di pagi hari sampai tidur kembali di malam hari.

Untuk membantu Ibu mengingat, wawancara dapat dibantu **gambar 8 kelompok bahan makanan**, yang terdiri dari: (1) ASI, (2) makanan pokok, (3) kacang-kacangan, (4) produk susu, (5) daging-dagingan, (6) telur, (7) sayur dan buah kaya vitamin A, serta (8) sayur dan buah lainnya.



Wawancara dalam Pemantauan Praktik MP-ASI

1. Tanyakan pada responden, makanan/minuman apa saja yang dikonsumsi sehari-hari kemarin.
2. Cukup menanyakan jenis makanan tanpa harus menanyakan lebih detail mengenai jumlah porsi yang dikonsumsi.
3. Gunakan Gambar Kelompok Makanan untuk membantu Ibu mengingat makanan yang dikonsumsi anak di hari kemarin.
4. Biarkan Ibu menjawab pertanyaan apa adanya, tanpa mengarahkan atau mengomentari jawabannya.
5. Catat jawaban Ibu ke dalam lembar daftar tilik praktik MP-ASI yang telah disediakan sesuai dengan 8 kelompok bahan makanan dengan cara:
 - Melingkari angka 1 jika kelompok bahan makanan tersebut dikonsumsi pada hari kemarin
 - Melingkari angka 0 jika kelompok bahan makanan tersebut tidak dikonsumsi pada hari kemarin

<https://link.kemkes.go.id/PemantauanPraktikMPASI>

Panduan Bertanya Pemantauan Praktik MP-ASI

1. "Ibu perkenalkan nama saya... Pada hari ini kami akan melakukan pemantauan keragaman makanan pada anak usia 6-23 bulan".
2. "Saya akan menanyakan konsumsi makanan apa yang dimakan anak **KEMARIN** selama 24 jam dari bangun tidur di pagi hari sampai anak tidur di malam hari".

Pastikan Ibu menjawab sesuai yang dikonsumsi anak di hari kemarin, **BUKAN MENJAWAB KEBIASAAN**.
3. "Berikut ini terdapat 8 gambar kelompok makanan. Berdasarkan gambar berikut ini, coba Ibu ingat kembali, makanan apa yang dimakan atau diberikan kepada anak **KEMARIN** sejak anak bangun tidur sampai anak tidur kembali di malam hari?"

Biarkan Ibu menjawab pertanyaan apa adanya, tanpa mengarahkan atau mengomentari jawabannya.
4. Catat jawaban Ibu ke dalam lembar praktik MP-ASI yang telah disediakan. Lingkari angka 1 jika kelompok makanan tersebut dikonsumsi atau lingkari angka 0 jika kelompok makanan tersebut tidak dikonsumsi di hari kemarin.
5. Ucapkan terima kasih atas informasi yang Ibu berikan.

Instrumen (Form Daftar Tilik) Pemantauan Rutin Praktik MP-ASI Anak Usia 6-23 Bulan dengan Metode Daftar dan Gambar

A. Kuesioner (K): Karakteristik dan data diri anak usia 6-23 bulan				
#K	Pertanyaan	Respon Jawaban	Kode	Skip
A1	Nama anak			
A2	NIK anak			
A3	Nama ibu			
A4	Tanggal lahir anak	____/____/____ (Tgl - Bln - Tahun)		
A5	Tanggal wawancara dilakukan	____/____/____ (Tgl - Bln - Tahun)		
A6	Anak berumur 6-23 bulan	Ya Tidak	1 0	Jika tidak, pertanyaan MP-ASI tidak dilanjutkan → ke item berikutnya
A7	Apakah (NAMA ANAK USIA 6-23 BULAN) saat ini sedang mendapatkan program intervensi gizi (PMT Pemulihan/Formula)?	Ya Tidak	1 0	

B. Kuesioner (K): Delapan (8) Kelompok Bahan Makanan				
#K	Pertanyaan	Respon Jawaban dan Kode		
		YA	TIDAK	
B1	ASI	1	0	
B2	Makanan pokok (berupa/isi) (misalnya nasi, mie, jagung, roti, bubur bayi, dll), umbi-umbian (misalnya kentang, ubi, dll)	1	0	
B3	Kacang-kacangan (tempe, tahu, kacang hijau, kacang tanah, kacang kedelai, kacang polong, atau kacang lainnya, dan produk olahannya)	1	0	
B4	Produk susu hewani (susu cair, susu bubuk, susu formula, yogurt, keju)	1	0	

B. Kuesioner (K): Delapan (8) Kelompok Bahan Makanan				
B5	Daging-dagingan (ayam [termasuk ceker], ikan, daging merah, makanan laut, jeroan, daging/ikan olahan, dll)	1	0	
B6	Telur (ayam, puyuh, bebek, dll)	1	0	
B7	Buah dan sayuran kaya vitamin A (pepaya, mangga, wortel, dan sayuran berdaun hijau gelap seperti bayam, kangkung, daun katuk, daun singkong, daun kelor, brokoli, dll)	1	0	
B8	Buah dan sayuran lainnya (pisang, jeruk, semangka, kol, kembang kol, buncis, kacang panjang, terong, kecambah, dll)	1	0	
B9	Jumlah jawaban ya		

C. Kesimpulan dan Tindak Lanjut Pemantauan Praktik MP-ASI				
#K	Pertanyaan	Respon Jawaban dan Kode		
		YA	TIDAK	
C1	MKM (Minimal Keragaman Makanan) Jumlah jawaban ya minimal 5 dari 8 kelompok bahan makanan (pertanyaan B1 sampai B8) yang dikonsumsi pada hari kemarin.	1	0	
C2	TID (Telur, Ikan, atau Daging) Anak usia 6-23 bulan mengonsumsi telur (jawaban ya pada pertanyaan B6), ikan, atau daging-dagingan (jawaban ya pada pertanyaan B5) pada hari kemarin.	1	0	
C3	MP-ASI baik Anak usia 6-23 bulan mengonsumsi makanan beragam (jawaban ya pada pertanyaan C1) dan telur, ikan, atau daging (jawaban ya pada pertanyaan C2) pada hari kemarin.	1	0	
C4	Apakah sudah dilakukan edukasi jika ditemukan jawaban tidak pada pertanyaan C1 atau C2 atau C3? <i>Jika belum, pemberian edukasi dapat dilaksanakan selambatnya 1 bulan setelah jadwal pemantauan praktik MP-ASI anak usia 6-23 bulan.</i>	1	0	

Daftar tilik pemantauan MP-ASI

Pemantauan Rutin Praktik MP-ASI Anak Usia 6-23 Bulan

Aspek yang dipantau ada 3:

1 Minimum keragaman makanan (**MP-ASI Beragam**) pada anak usia 6-23 bulan

DO: anak usia 6-23 bulan yang mengonsumsi makanan dan minuman **setidaknya 5 dari 8 jenis** kelompok makanan pada hari kemarin sebelum wawancara.

2 **Konsumsi telur, ikan, atau daging (TID)** pada anak usia 6-23 bulan

DO: anak usia 6-23 bulan yang mengonsumsi **telur, ikan, atau daging** pada hari kemarin sebelum wawancara.

3 Anak usia 6-23 bulan mendapatkan **MP-ASI baik**

DO: anak usia 6-23 bulan mengonsumsi **MP-ASI Beragam DAN mengonsumsi telur, ikan, atau daging** pada hari kemarin sebelum wawancara.

Penarikan Kesimpulan:

MP-ASI beragam	Telur, Ikan, atau Daging	MP-ASI baik
Ya	Ya	Ya
Ya	Tidak	Tidak
Tidak	Ya	Tidak
Tidak	Tidak	Tidak

Jika MP-ASI baik = ya
→ Berikan **apresiasi** kepada ibu dan anjurkan untuk melanjutkan pola MP-ASI.

Jika MP-ASI baik = tidak
→ Berikan **edukasi** kepada ibu untuk memberikan MP-ASI yang beragam dan mengandung telur, ikan, atau daging.



PMT Penyuluhan Pangan Lokal untuk balita 6- 59 bulan Kaya Protein Hewani



Buku Saku Kader Kesehatan

PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) PENYULUHAN Balita 6-59 Bulan

Kementerian Kesehatan RI
2024

PMT Penyuluhan Pangan Lokal untuk balita 6- 59 bulan Kaya Protein Hewani

PMT Penyuluhan

Disarankan

Diutamakan pangan lokal dan diolah sendiri

Contoh : Bubur manado, arem-arem ayam, jalangkote (pastel telur sayur), barongko pisang



Kaya protein hewani

Contoh : Siomay ayam udang, gadon daging cincang, panada ikan tongkol, telur dadar isi daging cincang



Kaya Gizi

Contoh : Krokot ayam sayur, rogut ayam, bubur kacang hijau dengan santan, talam ubi daging cincang, kolak pisang



Kaya Vitamin dan Mineral

Contoh : Aneka buah sesuai kemampuan kunyah anak



Cukup Karbohidrat

Contoh : Arem-arem ikan, semar mendhem (lempet ayam lapis telur dadar)



Tidak Disarankan

Makanan tinggi gula dan garam

Contoh : Permen, jelly, coklat, biskuit kemasan, wafer, makanan ringan (keripik), makanan cepat saji (*burger, fried chicken, pizza, hotdog*), susu kemasan, kental manis



Makanan olahan berpengawet

Contoh : Sosis, otak-otak, nugget kemasan, mie instan, MP-ASI kemasan, makanan kalengan, ikan asin, dll



Makanan mengandung lemak jenuh

Contoh : Makanan yang diolah menggunakan margarin, lemak sapi/kambing, biskuit/makanan ringan kemasan



Minuman dengan pemanis tinggi

Contoh : Minuman kemasan dengan perasa (coklat, stroberi, vanila, dll), minuman bersoda, jus buah kemasan



Tidak beragam dan tanpa protein

Contoh : roti saja, buah saja, bubur hanya dengan sayur, bubur kacang hijau tanpa santan/susu



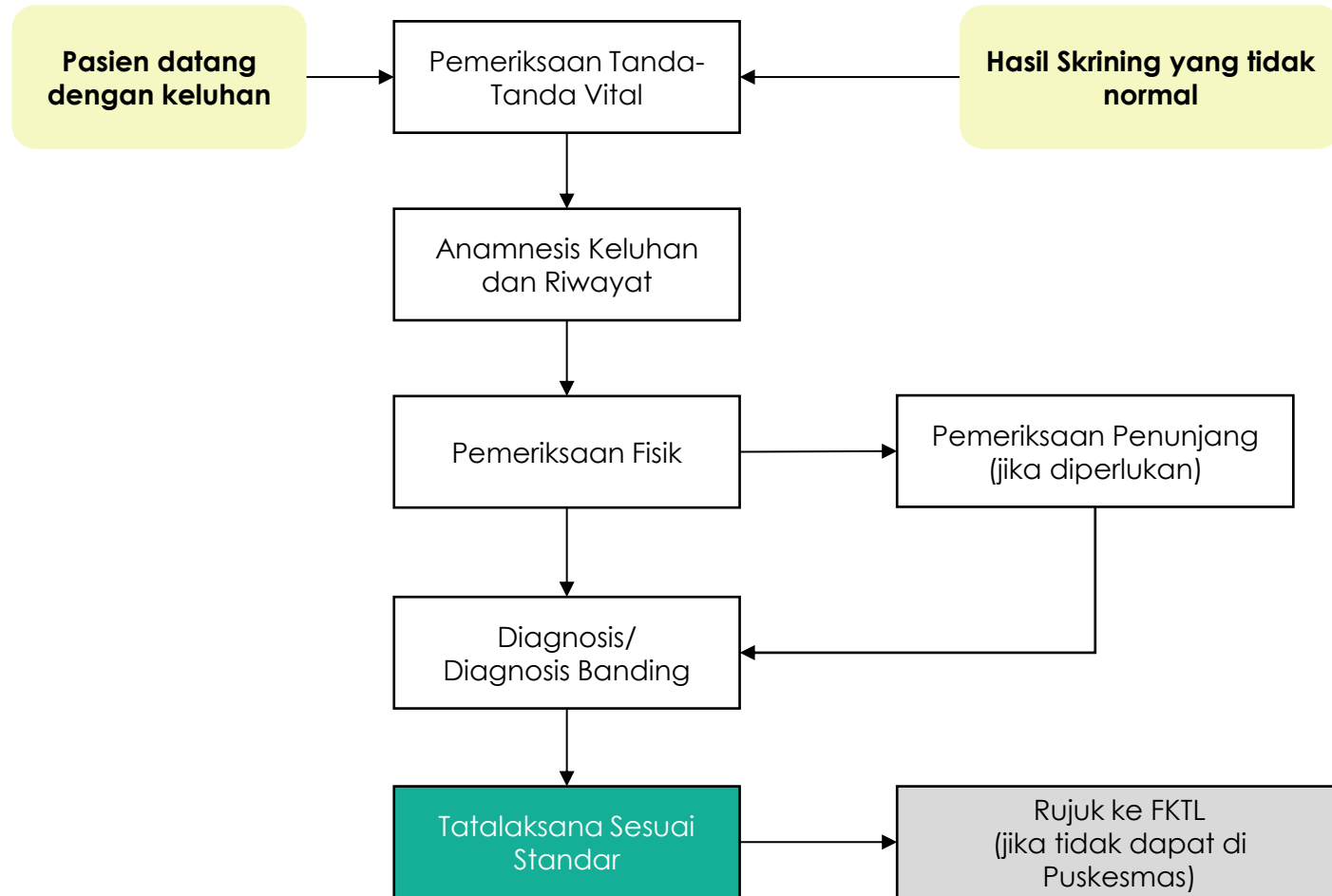


BAB F-3

Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Balita dan Anak Prasekolah



Alur Pelayanan Pengobatan



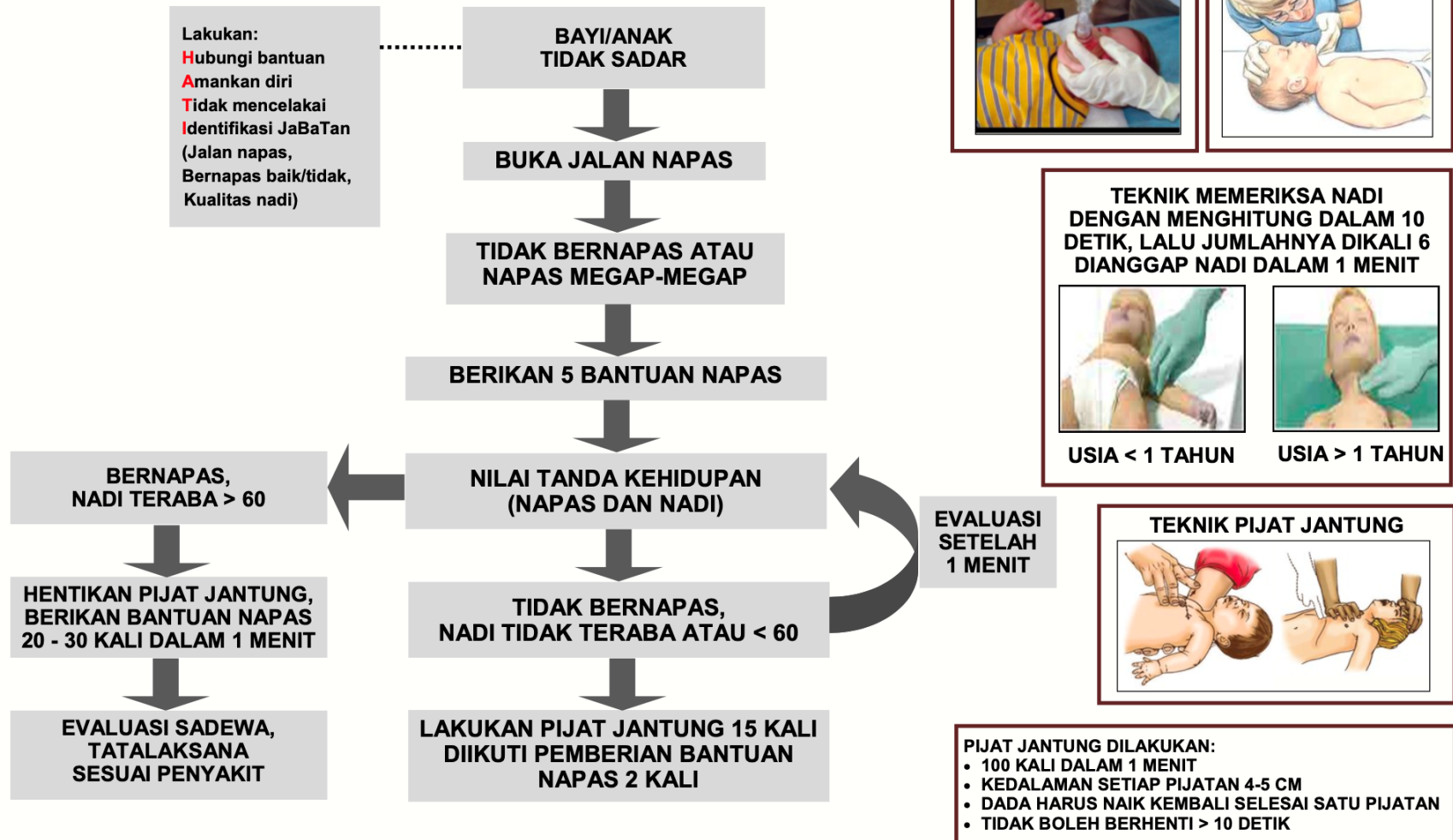
BAB F -3

Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah

Kegawatdaruratan Balita-Anak Prasekolah



ALUR BANTUAN HIDUP DASAR



PENGOBATAN UNTUK KEJANG

Pemberian Diazepam untuk menghentikan kejang

- Miringkan anak dan bersihkan jalan napas. Jangan masukkan apapun ke dalam mulut anak
- Perhatikan *airway*, *breathing*, dan *circulation* sebelum tindakan maupun saat tindakan. Jika ada masalah, harus ditatalaksana
- Jika belum terpasang akses vena, berikan diazepam per rektal 5 mg/2,5 ml enema/suppositoria jika berat badan < 12 kg dan diazepam per rektal 10 mg/2,5 ml enema/suppositoria jika berat badan \geq 12 kg, maksimal 2 kali pemberian jarak 5 menit
- Jika sudah terpasang akses vena, berikan diazepam 0,2 - 0,5 mg/kg/IV (dengan kecepatan 2 mg/menit, maksimal pemberian 10 mg)
- Jika kejang belum teratasi, dapat diberikan fenitoin 20 mg/kg IV yang dilarutkan dengan NaCl 0,9% diberikan selama 20 menit atau fenobarbital 20 mg/kg IV diberikan selama 10 menit (bila tidak tersedia fenobarbital IV berikan sediaan IM dalam dosis sama)
- Periksa gula darah, lalu lakukan tatalaksana atau cegah agar tidak turun
- Beri oksigen dan **RUJUK**

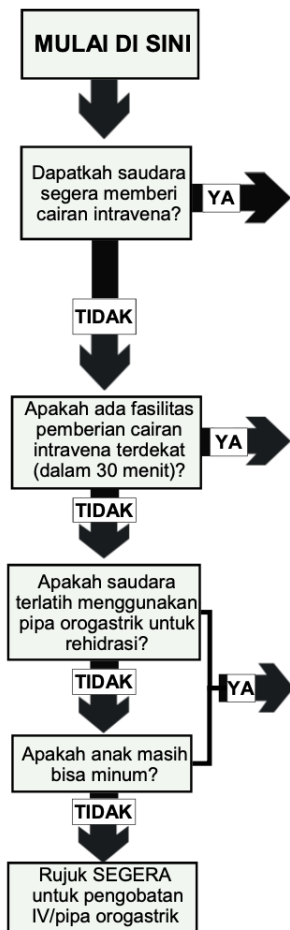
BERAT BADAN	DIAZEPAM INJEKSI (5 mg/ml)	DIAZEPAM REKTAL Enema/suppositoria
5 - 7 kg	0,4 - 0,5 ml	BB < 12 kg, sediaan 5 mg/2,5 ml
7 - < 10 kg	0,5 - 1 ml	
10 - < 14 kg	1 - 1,5 ml	BB \geq 12 kg, sediaan 10 mg/2,5 ml
14 - 19 kg	1,5 - 2 ml	

PEMBERIAN CAIRAN TAMBAHAN UNTUK DIARE DAN MELANJUTKAN PEMBERIAN MAKAN/ASI

(Lihat anjuran PEMBERIAN MAKAN PADA ANAK SEHAT MAUPUN SAKIT)

Rencana Terapi C: Penanganan Dehidrasi Berat dengan Cepat

IKUTI TANDA PANAHA, JIKA JAWABAN "YA", LANJUTKAN KE KANAN. JIKA "TIDAK", LANJUTKAN KE BAWAH



- Beri cairan interavena secepatnya. Jika anak bisa minum, beri oralit melalui mulut sementara infus dipersiapkan. Beri 100 ml/kg cairan Ringer Laktat (atau jika tak tersedia, gunakan cairan NaCl) yang dibagi sebagai berikut:

UMUR	Pemberian pertama 30 ml/kg selama:	Pemberian berikut 70 ml/kg selama:
Bayi (> 28 hari sampai < 12 bulan)	1 jam*	5 jam
Anak (12 bulan sampai 5 tahun)	30 menit*	2 ½ jam

*Ulangi sekali lagi jika denyut nadi sangat lemah atau tak teraba

- Periksa kembali anak setiap 15 - 30 menit. Jika nadi belum teraba, beri tetesan lebih cepat
- Beri oralit (kira-kira 5 ml/kg/jam) segera setelah anak mau minum. Biasanya sesudah 3 - 4 jam (pada bayi) atau 1 - 2 jam (pada anak) dan beri juga tablet zinc
- Periksa kembali bayi sesudah 6 jam atau anak sesudah 3 jam. Klasifikasikan dehidrasi dan pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan

Keterangan : 1 ml = 20 tetes (infus makro), 1 ml = 60 tetes (infus mikro)

- RUJUK SEGERA untuk pengobatan intravena
- Jika anak bisa minum, bekali ibu larutan oralit dan tunjukkan cara meminumkan pada anaknya sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan

- Mulailah melakukan rehidrasi dengan oralit melalui pipa orogastrik atau mulut. Beri 20 ml/kg/jam selama 6 jam (total 120 ml/kg)
- Periksa kembali anak setiap 1 - 2 jam:
 - Jika anak muntah terus atau perut makin kembung, beri cairan lebih lambat
 - Jika setelah 3 jam keadaan hidrasi tidak membaik, rujuk anak untuk pengobatan intravena
- Sesudah 6 jam, periksa kembali anak. Klasifikasikan dehidrasi. Kemudian tentukan rencana terapi yang sesuai (A, B, atau C)

CATATAN:

- Jika mungkin, amati anak sekurang-kurangnya 6 jam setelah rehidrasi untuk meyakinkan bahwa ibu dapat mempertahankan hidrasi dengan pemberian larutan oralit per oral.

Pemberian Tablet Zinc untuk Semua Penderita Diare

- Pastikan semua anak yang menderita diare mendapat tablet zinc

Dosis tablet zinc

(1 tablet dispersible = 20 mg)

Berikan selama 10 hari:

- Umur < 6 bulan : ½ tablet per hari
- Umur ≥ 6 bulan : 1 tablet per hari

Cara pemberian tablet zinc:

- Larutkan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut ± 30 detik), segera berikan kepada anak
- Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh
- Ingatkan ibu untuk memberikan tablet zinc setiap hari selama 10 hari penuh meskipun diare sudah berhenti
- Bila anak menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infus, tetap berikan tablet zinc segera setelah anak bisa minum atau makan

PENGOBATAN UNTUK WHEEZING

Pemberian Bronkodilator Kerja Cepat Secara Inhalasi:

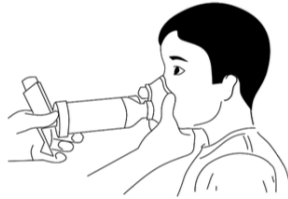
- Salbutamol *via nebulizer*
- Salbutamol *via MDI (metered doses inhaler)* dengan *spacer* jika tersedia

Bila cara inhalasi tidak tersedia, pilihan lain:

- Epinefrin (adrenalin) secara subkutan
- Bronkodilator per oral

PEMBERIAN SALBUTAMOL MELALUI MDI DENGAN SPACER*

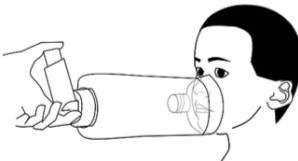
- Bila digunakan secara benar, sama efektifnya dengan pemberian salbutamol melalui *nebulizer*
- Pemakaian *spacer* dimaksudkan untuk mempermudah pemakaian MDI pada anak dan untuk mengantarkan bronkodilator secara efektif ke dalam paru-paru
- Dosis pemberian:
 - Pada anak dengan napas cepat dan *wheezing* berikan 2-4 semprot (salbutamol 100 µg/semprot)
 - Bila masih sesak bisa diulang
 - Evaluasi 1 jam pertama setiap 15-20 menit
- Singkirkan tutup *inhaler*. Kocok *inhaler*
- Masukkan mulut *inhaler* melalui lubang dalam botol atau gelas plastik
- Letakkan mulut botol pada mulut anak dan perintahkan anak untuk bernapas lewat mulut. Tekan *inhaler* dan semprotkan salbutamol ke dalam botol sementara anak bernapas normal



Gambar 6. Penggunaan *spacer*

Jika tidak tersedia *spacer* buatan pabrik, bisa digunakan *spacer* buatan sendiri :

- Gunakan botol minum kemasan 500 ml atau yang sejenis
- Buat lubang pada dasar botol dengan ukuran sama besar dengan mulut *inhaler*
- Potong botol antara ¼ bagian atas dan ¾ bagian bawah lalu pisahkan bagian atas botol
- Buat potongan berbentuk "V" kecil pada pinggir bagian terbuka botol untuk menyesuaikan dengan hidung anak lalu gunakan sebagai masker
- Lapsi pinggir potongan botol dengan plester atau bakar pinggir tersebut dengan lilin agar tidak tajam
- Untuk bayi kecil, *spacer* buatan sendiri dapat dibuat dengan melubangi dasar gelas plastik kemasan air mineral



Gambar 7. Penggunaan *spacer* dari botol minuman

*Jika *spacer* digunakan untuk pertama kalinya, semprotkan 4-5 semprot lebih banyak

SALBUTAMOL NEBULISASI

SALBUTAMOL Cairan ih 1 mg/ml	DOSIS
2,5 mg/2,5 ml NaCl 0,9%	2,5 mg + NaCl 0,9% hingga 4-6 ml (sesuai alat yang dipakai)

- Tuangkan larutan bronkodilator dan 2-4 ml NaCl 0,9% steril ke labu *nebulizer*
- Berikan pada anak saat uap mulai muncul sampai larutan habis
- Berikan setiap 4 jam, lalu jarangkan pemberiannya, 6-8 jam sesuai kondisi anak
- Pada kasus berat dapat diberikan lebih sering

EPINEFRIN SUBKUTAN

EPINEFRIN	DOSIS
1:1000 (0,1%)	0,01 ml/kgBB Dosis maksimal 0,3 ml

- Berikan 0,01 ml/kgBB epinefrin subkutan dengan menggunakan spuit 1 ml (spuit BCG)
- Jika setelah 20 menit pemberian tidak ada perbaikan, ulangi pemberian epinefrin 1 dosis

PEMBERIAN BRONKODILATOR ORAL

Salbutamol oral 3 kali sehari selama 3 hari.

Berat Badan	Tablet	
	2 mg	4 mg
< 10 kg	½	¼
10 - 19 kg	1	½

Berikan perhatian segera pada pasien cedera:

- Pertama-tama periksa dan tangani pasien darurat \hookrightarrow 19
- Identifikasi semua cedera dan cari penyebab: lepaskan pakaian pasien dan periksa depan dan belakang. Jika cedera kepala atau tulang belakang, lakukan *log-roll*. Pastikan pasien tertutup dan tetap hangat.

Memar dan darah pada urin

- Beri **RL** atau **NaCl 0,9%** 1L IV per jam selama 2 jam.
- Pasang kateter urin
- Saat output urine > 200mL/jam, berikan 500mL per jam.
- Hentikan jika pernapasan memburuk.

Luka dan salah satu dari:

- Gangguan perfusi (dingin, nadi tidak teraba) di bawah cedera
 - Perdarahan berlebihan atau berdenyut
 - Luka tusuk di kepala/leher/dada/perut
 - Luka tembak
- Berikan **NaCl 0,9%** 250mL IV secara cepat, ulangi hingga TD sistolik > 90mmHg. Lanjutkan infus 1L per 6 jam. Hentikan jika terjadi perburukan napas.
 - Berikan tekanan langsung pada perdarahan dan tinggikan kaki.
 - Jika perdarahan hebat dan berlanjut, pasang *tourniquet* di atas cedera.

Fraktur dan salah satu dari:

- Gangguan perfusi di bawah patahan
- Nyeri memberat, kontraktur, kebas pada anggota gerak
- Dicurigai patah tulang paha, panggul atau tulang belakang
- Lemah/kebas di bawah patahan
- Patah tulang terbuka, deformitas berat
- > 3 patah tulang rusuk
- Nyeri perut/bengkak

Cedera kepala dan salah satu dari:

- Penurunan kesadaran
- Kejang
- Nyeri kepala hebat
- Amnesia
- Dicurigai patah tulang
- Curiga fraktur basis crani
- Pupil anisokor/refleks cahaya lambat
- Lemah/kebas anggota gerak
- Muntah \geq 2 kali tengkorak
- \geq 1 cedera lain
- Keracunan narkoba/alkohol

- Beri **ketorolac** 30mg IV.
- Jika perfusi terganggu atau lemah/kebas di bawah patahan, perlahan kembalikan ke posisi normal.
- Jika patah tulang terbuka: buang benda asing, irigasi dengan **NaCl 0,9%** dan tutup dengan kassa yang dibasahi larutan garam.
- Jika patah tulang panggul, bebat kain dengan ketat di sekitar pinggul untuk imobilisasi di atas dan bawah patahan

- Jika GCS < 15, memar pada leher/tulang belakang, kaki lemah/kebas atau pupil abnormal, pasang penyangga leher dan blok di masing-masing sisi kepala.
- Jika pupil anisokor atau refleks cahaya menurun, tegakan badan dan hindari menekuk tulang belakang.
- Jika kejang, beri **fenitoin** 20mg/kg IV selama 60 menit (hindari memberikan lorazepam/diazepam).

- Rujuk segera. Sambil menunggu transportasi, cek TD, nadi, laju napas, saturasi oksigen dan GCS setiap 15 menit. Pastikan saat transportasi ke RS, keadaan pasien tetap stabil dan aman.
- Jika TD < 90/60mmHg, nadi > 100 atau < 50, laju napas > 24 atau < 9, saturasi oksigen < 90% atau GCS menurun, periksa ulang dan tangani pasien darurat \hookrightarrow 19.
- Pastikan tidak ada sindrom kompartemen

Pendekatan pada pasien cedera yang tidak memerlukan perhatian segera

- Rujuk segera jika hamil, diketahui gangguan perdarahan, dalam pengobatan antikoagulan, terlibat kecelakaan kendaraan berkecepatan tinggi, terpentak atau ditabrak kendaraan atau jatuh > 3 meter.
- Jika luka terbuka dan kontaminasi luka sedang-berat, beri **tetanus toxoid** 0,5mL IM jika tidak ada dalam 5 tahun terakhir.
- Skirining konsumsi alkohol/narkoba: dalam setahun terakhir, apakah pasien: 1) minum \geq 4 porsi?/sesi, 2) konsumsi narkoba atau 3) menyalahgunakan resep atau obat apotek? Jika ya \hookrightarrow 128.
- Jika terjadi pelecehan atau kekerasan \hookrightarrow 89.

Luka

- Hentikan perdarahan, keluarkan benda asing, kulit terkelupas/mati. Irigasi dengan **NaCl 0,9%** atau **povidone iodine** jika kotor.
- Jika jahitan diperlukan: jahit dan oleskan salep **gentamicin** dan kassa anti lengket selama 24 jam.
- Hindari menjahit jika > 12 jam (badan), > 24 jam (kepala/leher), sisa benda asing atau terinfeksi:
 - Bebat luka dengan kassa yang dibasahi larutan garam dan berikan **ciprofloxacin** 500mg per 12 jam dan **clindamycin** 300mg per 8 jam selama 5 hari. Tinjau dalam 2 hari. Jahit jika diperlukan dan tidak ada infeksi.
- Berikan **paracetamol** 500mg per 8 jam hingga maksimal 5 hari.
- Sarankan pasien untuk kembali jika tanda-tanda infeksi (kemerahan, panas, nyeri, bengkak, bau atau bernanah).
- Buka jahitan setelah 5 hari (wajah), 4 hari (leher), 10 hari (kaki) atau 7 hari (bagian badan lain).
- Rujuk jika luka tidak dapat dijahit dengan mudah, lemah/kebas di bawah cedera atau pertimbangan kosmetik.

Patah tulang

- Bidai kaki untuk imobilisasi sendi di atas dan bawah patahan.
- Berikan **paracetamol** 500mg per 8 jam dan tambah **ibuprofen** 400 mg tiap 8 jam jika perlu.
- Rujuk segera.

Cedera kepala

- Observasi selama 2 jam waspadai lucid interval.
- Jika nyeri kepala ringan atau perubahan status mental, kemungkinan **gegar otak**:
 - Edukasi untuk istirahat total selama 2 hari.
 - Edukasi pemulihan memerlukan waktu hingga > 1 bulan.
 - Berikan **paracetamol** 500mg per 8 jam maksimal 5 hari.
- Sarankan kembali jika gejala memburuk.

Obat Cacingan

Jika anak Anemia berumur ≥ 4 bulan, belum pernah mendapat obat ini dalam 6 bulan terakhir, beri obat cacingan dosis tunggal.

Lini Pertama : **ALBENDAZOL**

Lini Kedua : **PIRANTEL PAMOAT** (Lini pertama untuk anak dengan gizi buruk)

LINI PERTAMA: ALBENDAZOL	
Umur	Tablet 400 mg per Hari 3 Hari Berturut-turut
1 - < 2 tahun	$\frac{1}{2}$
2 - < 5 tahun	1

LINI KEDUA: PIRANTEL PAMOAT	
Umur atau Berat Badan	Tablet 125 mg DOSIS TUNGGAL
4 bulan - 9 bulan (6 - < 8 kg)	$\frac{1}{2}$
9 bulan - < 1 tahun (8 - < 10 kg)	$\frac{3}{4}$
1 tahun - < 3 tahun (10 - < 14 kg)	1
3 tahun - < 5 tahun (14 - < 19 kg)	$1\frac{1}{2}$

BAB F -3

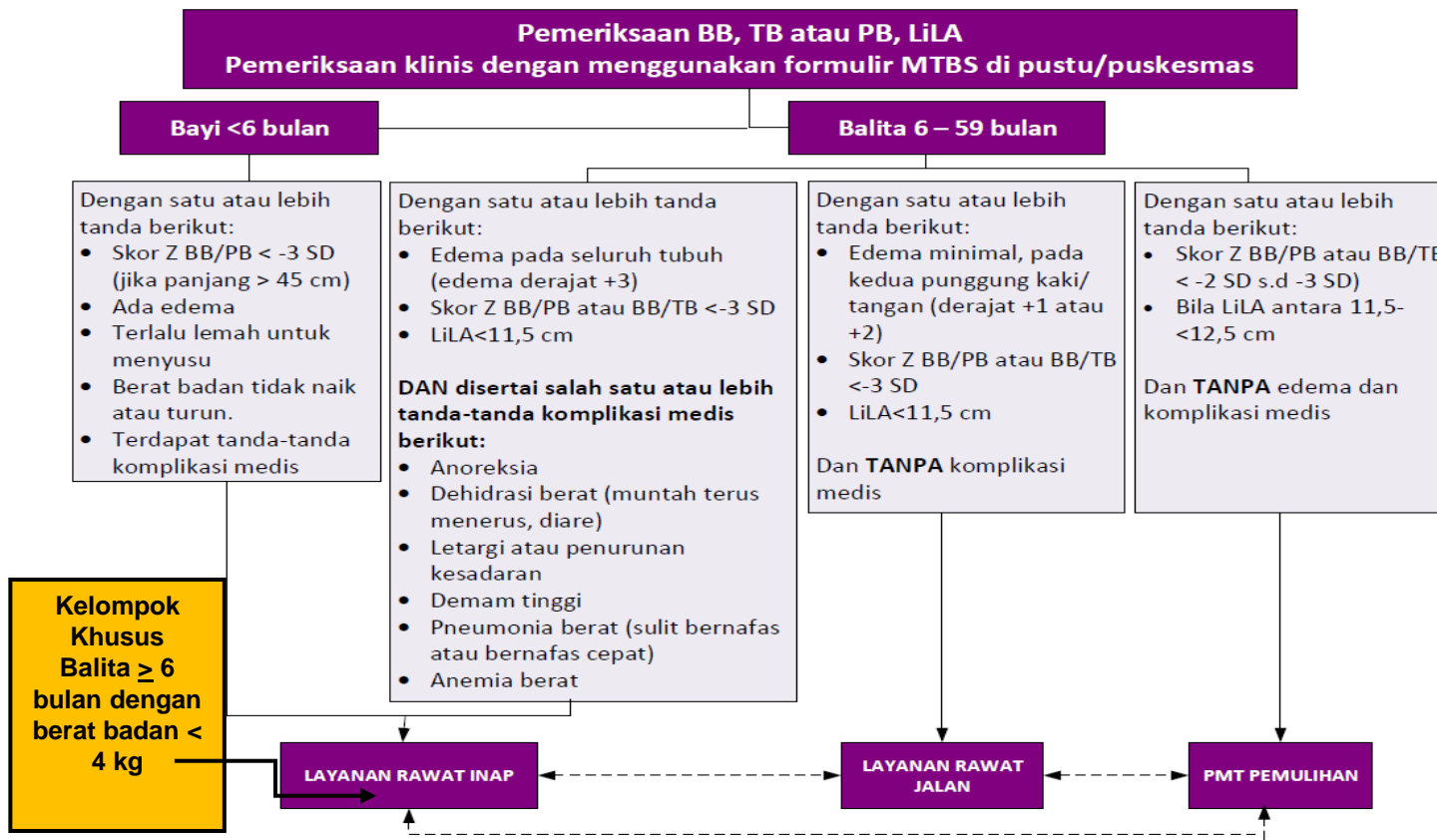
Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah

Tatalaksana Balita dengan Masalah Gizi



Klasifikasi Status Gizi Menurut WHO 2006

	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik
LiLA (6-59 bulan)	Kurang dari 11,5 cm ($<11,5$ cm)	11,5 sampai 12,4 cm (11,5 – 12,4 cm)	12,5 cm atau lebih ($\geq 12,5$ cm)
	dan/atau	dan/atau	dan
BB/TB atau BB/PB	Kurang dari -3 SD (<-3 SD)	-3 sampai kurang dari -2 SD ($\geq -3 - <-2$ SD)	- 2 sampai dengan 1 SD ($\geq -2 - 1$ SD)
	dan/atau	dan/atau	dan
Bilateral edema	Ya	Tidak	Tidak



Rawat inap dilakukan di *Therapeutic Feeding Centre (TFC)*, Puskesmas perawatan yang mampu memberikan pelayanan balita gizi buruk dengan komplikasi, serta Rumah Sakit.

Indikasi rawat inap:

- Bayi < 6 bulan dengan gizi buruk (dengan atau tanpa komplikasi);
- Balita gizi buruk usia 6 - 59 bulan dengan komplikasi dan/atau penyakit penyerta yang memerlukan rawat inap;
- Semua Balita berusia ≥ 6 bulan dengan berat badan < 4 kg.

Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi atau *Integrated Management of Acute Malnutrition (IMAM)*

1. Penggerakan Peran Serta Aktif Masyarakat Skrining di Posyandu

2. Tata Laksana Gizi Buruk Rawat Jalan Tanpa Komplikasi Medis F100, RUTF

3. Tata Laksana Gizi Buruk Rawat Inap dengan Komplikasi Medis F75, F100, RUTF

4. Tata Laksana Gizi Kurang PMT



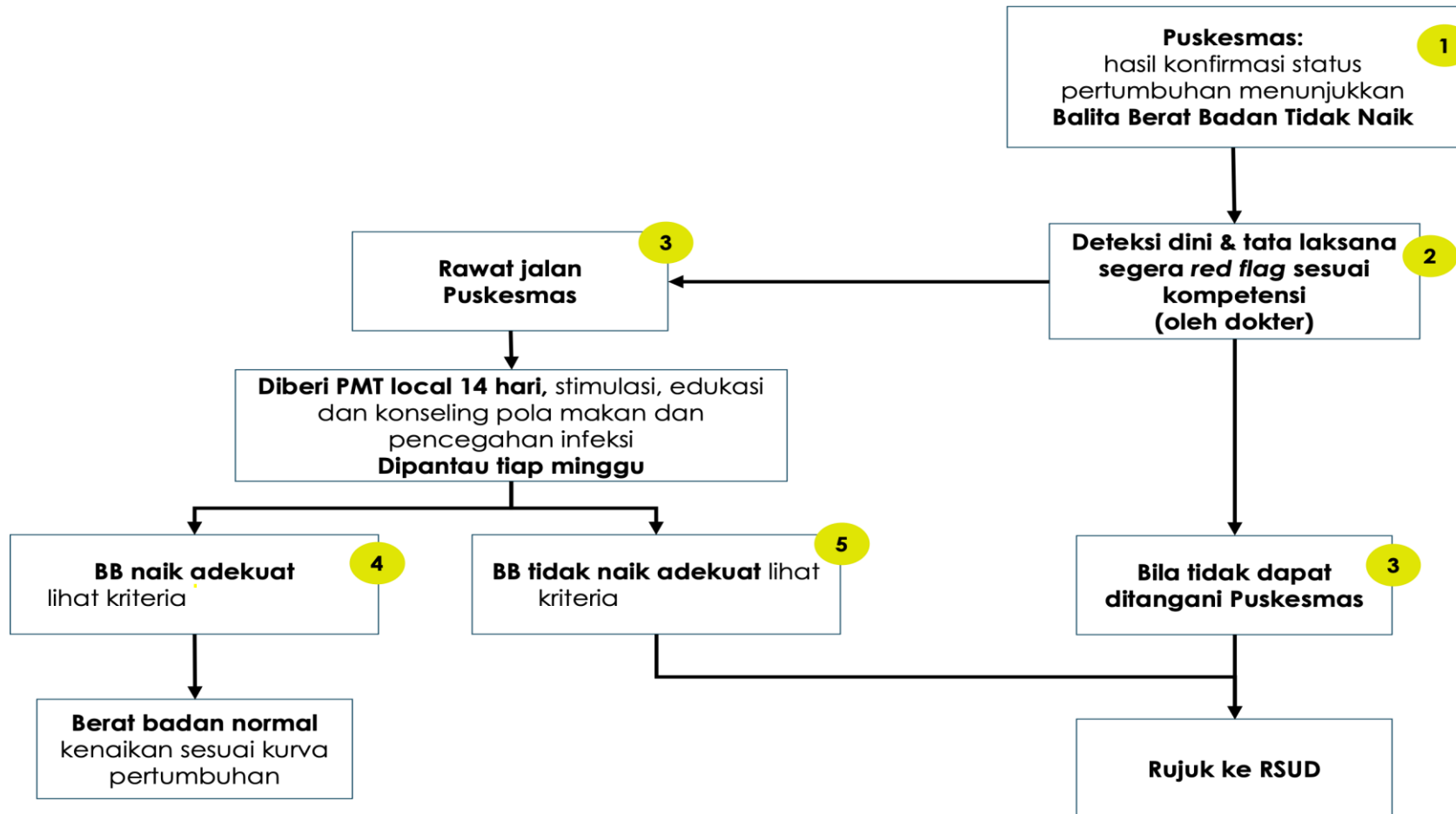
F-75 dan F-100:
Susu, gula, minyak, mineral mix



F-75 dan F-100
siap pakai (dengan mikronutrien lengkap)

	Nutriset	Indofood	Litbangkes	IPB
Pasta	Pasta	Pasta	Pasta	Wafer
Kacang kedelai-susu	Kacang tanah-susu	Kacang hijau-susu	Kacang hijau-susu	Kacang tanah-susu

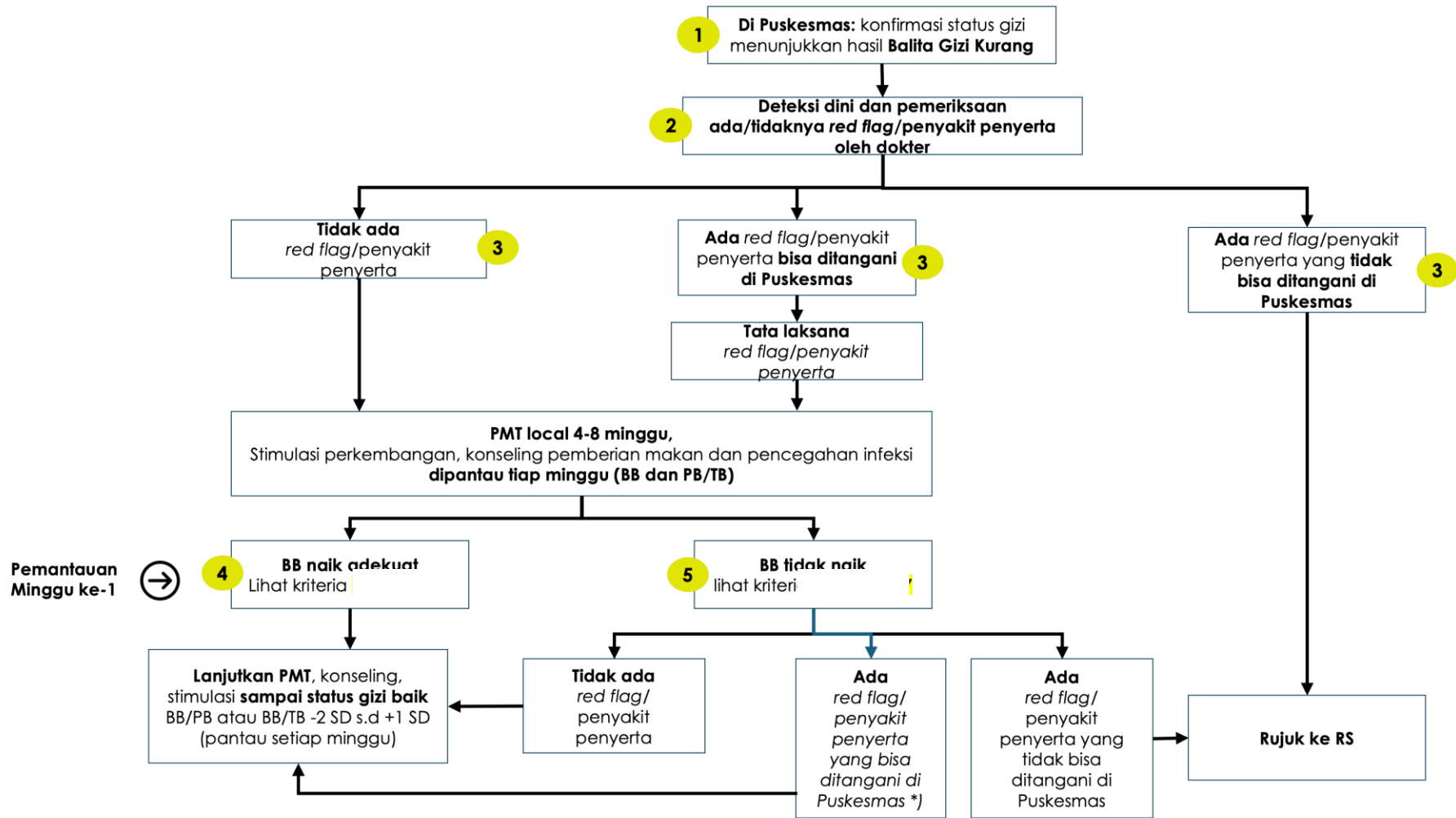
- **RUTF** menggunakan bahan pangan lokal, mengacu standar WHO



- 1 Di Puskesmas, Balita **dikonfirmasi** status gizinya oleh Tim Asuhan Gizi Puskesmas (dokter, tenaga gizi, bidan/perawat) dan hasilnya **Balita Gizi Kurang**.
- 2 Dilakukan **deteksi dini dan pemeriksaan ada/tidaknya red flag/penyakit penyerta** oleh dokter
- 3 Jika hasil pemeriksaan:
 - a. **Ada red flag/penyakit penyerta yang tidak dapat ditangani** di Puskesmas: **rujuk ke RS**
 - b. **Ada red flag/penyakit penyerta yang dapat ditangani** di Puskesmas: lakukan **tata laksana red flag/penyakit penyerta, PMT lokal 4-8 minggu**, stimulasi perkembangan, konseling pemberian makan dan pencegahan infeksi, pemantauan BB dan PB/TB setiap minggu oleh Tim Asuhan Gizi
 - c. **tidak ada red flag/penyakit penyerta: PMT lokal 4-8 minggu**, stimulasi perkembangan, konseling pemberian makan dan pencegahan infeksi, pemantauan BB dan PB/TB setiap minggu oleh Tim Asuhan Gizi
- 4 Jika **pada pemantauan minggu pertama BB naik adekuat**, BB/U diatas -2 SD dan BB/PB atau BB/TB diatas -2 SD, **lanjutkan PMT lokal**, berikan konseling pemberian makan dan pencegahan infeksi, stimulasi perkembangan dan **lakukan pemantauan rutin setiap minggu**.
- 5 Jika pada pemantauan minggu pertama BB Tidak Naik, lakukan pemeriksaan ada/tidaknya *red flag*
 - a. Jika **Ada red flag/penyakit penyerta yang tidak dapat ditangani** di Puskesmas: **rujuk ke RS**
 - b. Jika **Ada red flag/penyakit penyerta yang dapat ditangani** di Puskesmas: **lakukan tata laksana red flag/penyakit penyerta, lanjutkan PMT**
 - c. Jika **tidak ada red flag/penyakit penyerta: lanjutkan PMT lokal dan lakukan pemantauan setiap minggu**

Catatan:

Bila pada pemantauan setiap minggunya ditemukan *red flag/penyakit penyerta* yang tidak dapat ditangani, **segera rujuk RS**

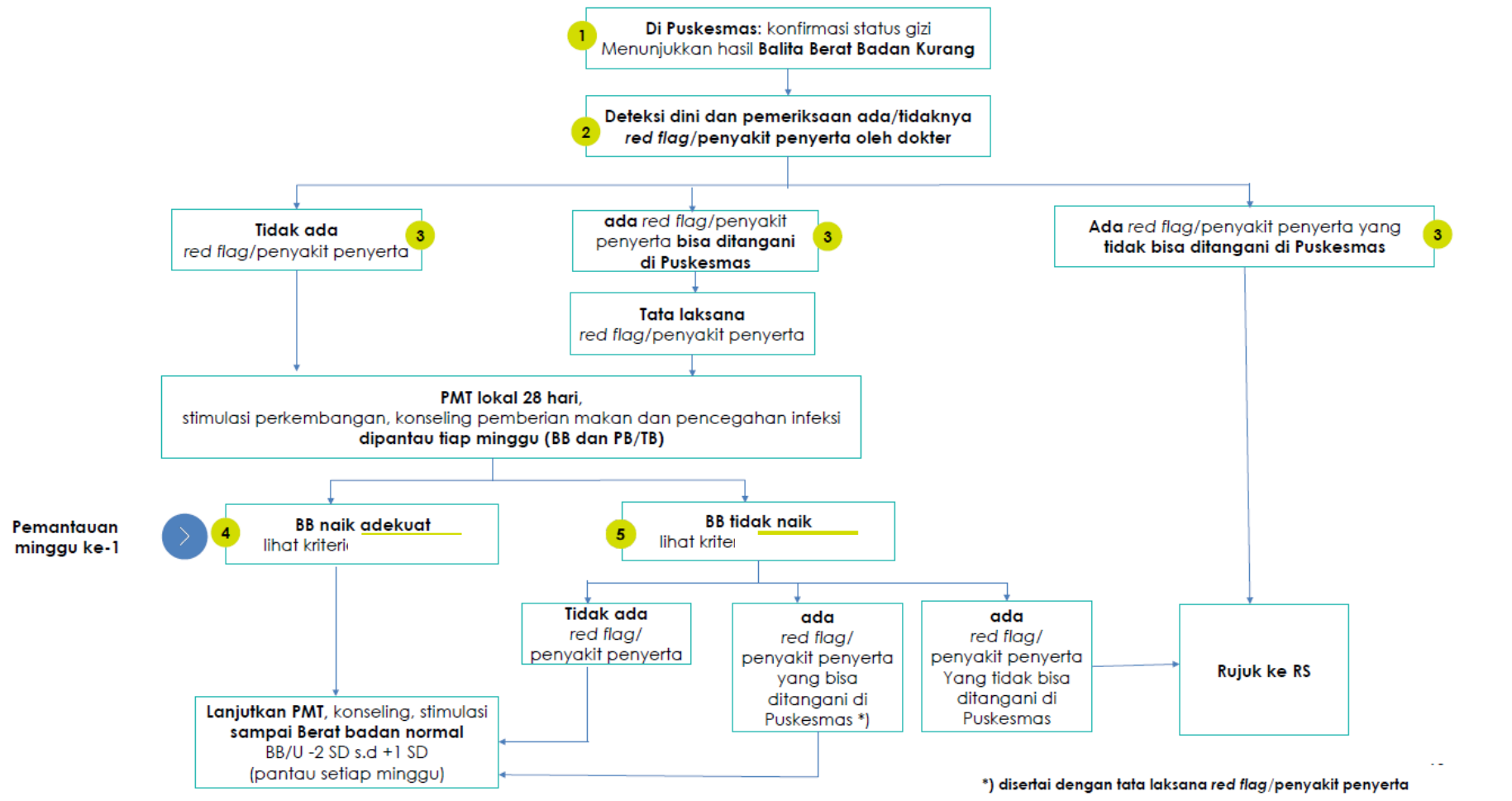


*) disertai dengan tata laksana red flag/penyakit penyerta

- 1 Di Puskesmas, Balita **dikonfirmasi** status gizinya oleh **Tim Asuhan Gizi Puskesmas (dokter, tenaga gizi, bidan/perawat)** dan hasilnya **Balita Berat Badan Kurang**.
- 2 Dilakukan **deteksi dini dan pemeriksaan ada/tidaknya red flag/penyakit penyerta** oleh dokter
- 3 Jika hasil pemeriksaan:
 - a. **Ada red flag/penyakit penyerta yang tidak dapat ditangani** di Puskesmas: **rujuk ke RS**
 - b. **Ada red flag/penyakit penyerta yang dapat ditangani** di Puskesmas: lakukan **tata laksana red flag/penyakit penyerta, PMT lokal 28 hari**, stimulasi perkembangan, konseling pemberian makan dan pencegahan infeksi, pemantauan BB dan PB/TB setiap minggu oleh Tim Asuhan Gizi
 - c. **tidak ada red flag/penyakit penyerta: PMT lokal 28 hari**, stimulasi perkembangan, konseling pemberian makan dan pencegahan infeksi, pemantauan BB dan PB/TB setiap minggu oleh Tim Asuhan Gizi
- 4 Jika **pada pemantauan minggu pertama BB naik adekuat**, BB/U diatas -2 SD dan BB/PB atau BB/TB di atas -2 SD, **lanjutkan PMT lokal**, berikan konseling pemberian makan dan pencegahan infeksi, stimulasi perkembangan dan **lakukan pemantauan rutin setiap minggu**.
- 5 Jika pada pemantauan minggu pertama BB Tidak Naik, lakukan pemeriksaan ada/tidaknya *red flag*
 - a. Jika **Ada red flag/penyakit penyerta yang tidak dapat ditangani** di Puskesmas: **rujuk ke RS**
 - b. Jika **Ada red flag/penyakit penyerta yang dapat ditangani** di Puskesmas: **lakukan tata laksana red flag/penyakit penyerta, lanjutkan PMT**
 - c. Jika **tidak ada red flag/penyakit penyerta: lanjutkan PMT lokal dan lakukan pemantauan setiap minggu**

Catatan:

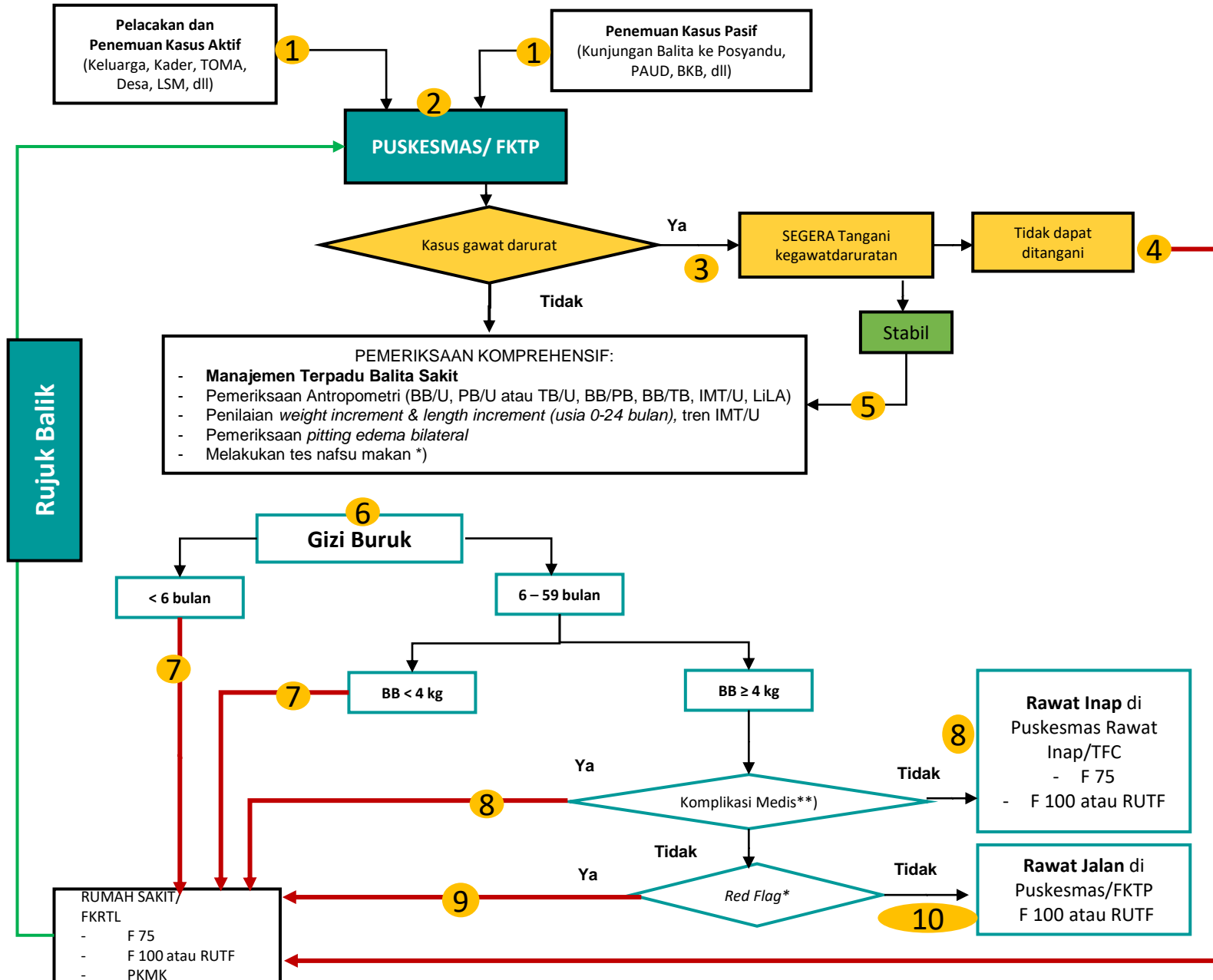
Bila pada pemantauan setiap minggunya ditemukan *red flag/penyakit penyerta* yang tidak dapat ditangani, **segera rujuk RS**



- 1 Di Puskesmas, Balita **dikonfirmasi** status gizinya oleh Tim Asuhan Gizi Puskesmas (dokter, tenaga gizi, bidan/perawat) dan hasilnya **Balita Berat Badan Kurang**.
- 2 Dilakukan **deteksi dini dan pemeriksaan ada/tidaknya red flag/penyakit penyerta** oleh dokter
- 3 Jika hasil pemeriksaan:
 - a. **Ada red flag/penyakit penyerta yang tidak dapat ditangani** di Puskesmas: **rujuk ke RS**
 - b. **Ada red flag/penyakit penyerta yang dapat ditangani** di Puskesmas: lakukan **tata laksana red flag/penyakit penyerta, PMT lokal 28 hari**, stimulasi perkembangan, konseling pemberian makan dan pencegahan infeksi, pemantauan BB dan PB/TB setiap minggu oleh Tim Asuhan Gizi
 - c. **tidak ada red flag/penyakit penyerta: PMT lokal 28 hari**, stimulasi perkembangan, konseling pemberian makan dan pencegahan infeksi, pemantauan BB dan PB/TB setiap minggu oleh Tim Asuhan Gizi
- 4 Jika **pada pemantauan minggu pertama BB naik adekuat**, BB/U diatas -2 SD dan BB/PB atau BB/TB diatas -2 SD, **lanjutkan PMT lokal**, berikan konseling pemberian makan dan pencegahan infeksi, stimulasi perkembangan dan **lakukan pemantauan rutin setiap minggu**.
- 5 Jika pada pemantauan minggu pertama BB Tidak Naik, lakukan pemeriksaan **ada/tidaknya red flag**
 - a. Jika **Ada red flag/penyakit penyerta yang tidak dapat ditangani** di Puskesmas: **rujuk ke RS**
 - b. Jika **Ada red flag/penyakit penyerta yang dapat ditangani** di Puskesmas: **lakukan tata laksana red flag/penyakit penyerta, lanjutkan PMT**
 - c. Jika **tidak ada red flag/penyakit penyerta: lanjutkan PMT lokal dan lakukan pemantauan setiap minggu**

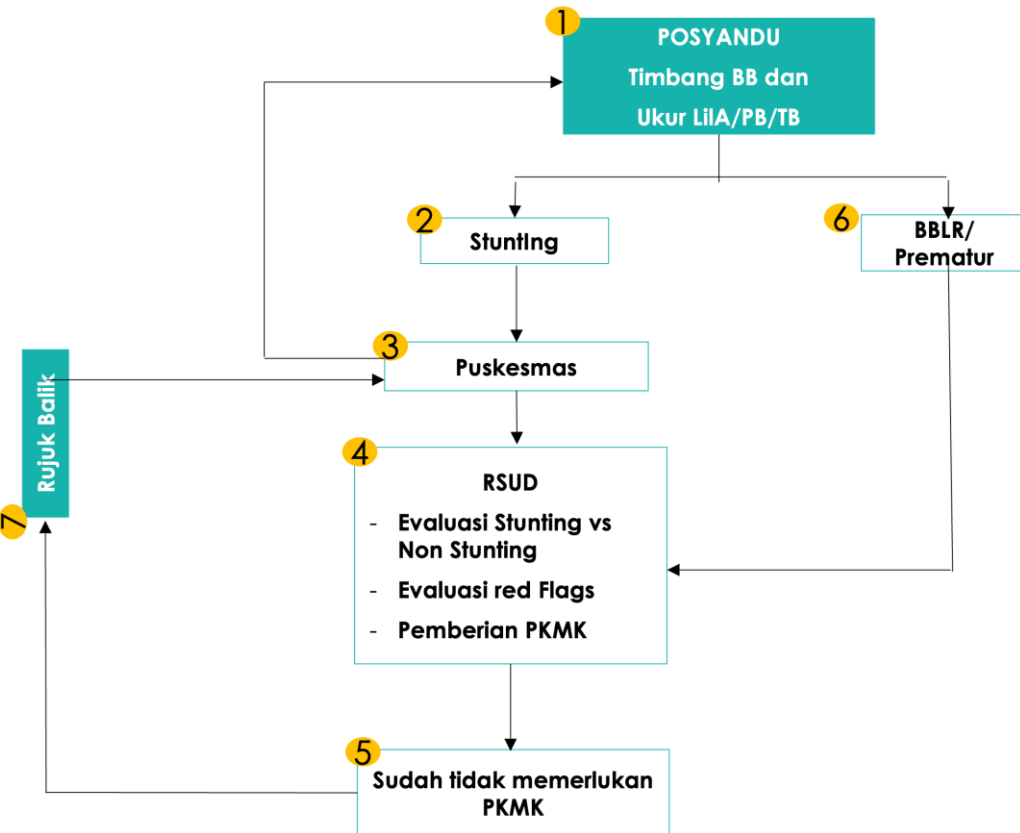
Catatan:

Bila pada pemantauan setiap minggunya ditemukan **red flag/penyakit penyerta** yang tidak dapat ditangani, **segera rujuk RS**



Alur Rujukan Kasus Gizi Buruk sebagai berikut:

1. Deteksi dini melalui deteksi dini aktif (laporan masyarakat, pelacakan dan penemuan kasus aktif) and deteksi dini pasif (kunjungan balita ke posyandu, PAUD, BKB)
2. Balita berisiko gizi buruk yang ditemukan dirujuk ke Puskesmas/FKTP
3. Jika merupakan kasus gawat darurat, segera tangani kegawatdaruratannya
4. **Jika kegawatdaruratannya tidak dapat ditangani segera rujuk ke Rumah Sakit/FKRTL**
5. Jika kegawatdaruratannya dapat ditangani dan kondisi pasien stabil, dilakukan pemeriksaan komprehensif (MTBS, pemeriksaan Antropometri, penilaian *weight increment* dan *length increment*, trend IMT/U, dan pemeriksaan *pitting edema bilateral*)
6. Jika terkonfirmasi sebagai kasus gizi buruk dengan salah satu atau lebih tanda :
 - BB/PB atau BB/TB < -3 SD
 - edema, minimal pada kedua punggung kaki,
 - Lingkar Lengan Atas (LiLA) $< 11,5$ cm (pada usia 6 – 59 bulan)dilakukan tatalaksana sesuai usia dan hasil penilaian tes nafsu makan
7. Usia < 6 bulan dan > 6 bulan namun BB < 4 kg : dirujuk ke rumah sakit/FKRTL
8. Usia 6-59 bulan: BB ≥ 4 kg dengan komplikasi medis dan nafsu makan buruk memerlukan rawat inap:
 - a. di RS/FKRTL
 - b. di Puskesmas/FKTP dengan perawatan
9. **Jika balita terdapat penyakit penyerta/red flag yang tidak mampu ditangani atau tidak membaik setelah ditangani maka perlu dirujuk ke RS**
10. Usia 6-59 bulan: BB ≥ 4 kg tidak ada komplikasi medis dan *red flag*, dilakukan rawat jalan di Puskesmas/FKTP.



Pencegahan primer dilakukan mulai dari tingkat kader di posyandu.

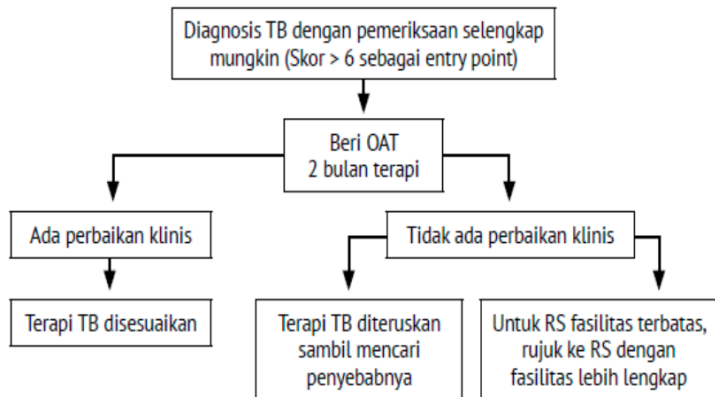
1. Kader melakukan pemantauan pertumbuhan, pengukuran Panjang Badan atau Tinggi Badan (PB atau TB) dan Berat Badan (BB) menggunakan alat dan metode pengukuran standar
2. Jika ditemukan balita yang terlihat pendek, PB/U atau TB/U < -2 SD, maka perlu dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan secara komprehensif oleh tim pelayanan kesehatan balita (dokter, bidan, perawat, gizi) dengan pendekatan MTBS
3. Jika hasil konfirmasi balita dengan PB/U atau TB/U dibawah - 2 SD maka perlu dilakukan konseling* dan dirujuk ke RSUD (konseling terkait hasil penilaian pertumbuhan, alasan dirujuk dan edukasi/konseling pemberian makan pada balita)
4. Dokter spesialis anak di RSUD:
 - Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang** untuk menentukan diagnosis stunting, menilai red flags.
 - Tata laksana medis sesuai kondisi yang mendasari dan tata laksana gizi berupa pemberian PKMK, perbaikan kualitas tidur dan aktivitas fisik
 - *Stunting* dengan gagal tumbuh, gizi kurang dan gizi buruk, bayi sangat prematur (masa gestasi < 32 minggu) dan bayi berat lahir sangat rendah (< 1500 gram), alergi protein susu sapi, kelainan metabolisme bawaan diberikan PKMK secara penuh atau sebagian (oral atau per enteral) beserta makanan dengan komposisi seimbang yang mengutamakan sumber protein hewani.
 - Pemberian PKMK harus berdasarkan indikasi medis dan diresepkan oleh dokter spesialis anak. Penggunaannya juga harus berada di bawah pengawasan dokter spesialis anak.
5. PKMK dihentikan jika sudah tidak ditemukan indikasi medis
6. BBLR/Prematur dapat langsung dirujuk ke RSUD
7. Balita dirujuk balik ke Puskesmas apabila telah tidak memerlukan PKMK

BAB F -3

Pelayanan Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah

Tatalaksana Balita dengan lain





Alur Tatalaksana TB Anak dengan diagnosis Klinis

Kelompok Berat Badan	Tahap Awal 2 Bulan RHZ (75/50/150)	Tahap Lanjutan 4 Bulan RH (75/50)
0-9	1 tablet 3 KDT	1 tablet 2 KDT
10-14	2 tablet 3 KDT	2 tablet 2 KDT
15-19	3 tablet 3 KDT	3 tablet 2 KDT
20-32	4 tablet 3 KDT	4 tablet 2 KDT

Dosis obat antituberkulosis KDT/FDC Harian untuk anak

Prinsip-prinsip terapi TB Anak

1. Obat AntiTuberkulosis (OAT) untuk anak harus diberikandalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategoripengobatan. **Hindari penggunaan monoterapi.**
2. Pasien TB Anak yang sakit berat atau dapat diperoleh konfirmasi bakteriologis diberikan OAT 4 jenis obat (RHZE) di tahap awal dan 2 obat (RH) di tahap lanjutan. Sedangkan TB anak yang terdiagnosis klinis diberikan kombinasi 3 obat (RHZ) pada tahap awal.
3. Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (KDT) / Fixed Dose Combination (FDC) dosis harian yang bersifat dispersible pada anak akan lebih menguntungkan dan dianjurkan.
4. Upaya untuk memastikan pasien bisa mendapatkan jumlah obat yang diperlukan untuk satu seri pengobatan TB harus dilakukan. Satu seri pengobatan TB standar berlangsungselama 6 bulan (180 dosis harian).
5. Obat ditelan sekaligus (*single dose*) dalam keadaan perut kosong (1 jam sebelum makan atau 4 jam setelah makan). Tidak dianjurkan untuk meminumkan obat dengan Susu.
6. Setiap praktisi yang mengobati pasien TB anak mengembantanggung jawab kesehatan masyarakat terkait dengankeberlangsungan pengobatan dan menemukan sumberpenularan TB kepada anak.
7. Untuk menjamin kepatuhan pasien berobat hingga selesai,diperlukan suatu pendekatan yang berpihak kepada pasien(patient centered approach) dan dilakukan dengan pengawasan langsung (DOT= *Directly Observed Treatment*)oleh seorang pengawas menelan obat.
8. Semua pasien harus dimonitor respons pengobatannya.
9. Indikator penilaian terbaik untuk pasien TB anak yang bisa adalah pemeriksaan dahak BTA (untuk anak yang bisa diambil specimen dahaknya). Rekamam tertulis tentang pengobatan, respons klinis atau bakteriologis dan efek samping harus tercatat dantersimpan.
10. Pada pasien TB Anak yang terdiagnosis klinis menggunakan sistem skoring maka dilakukan upaya sebagai berikut

Keluhan Utama	Dokumen Rujukan
Batuk atau sulit bernafas	Bagan MTBS hal 3
Demam	Bagan MTBS hal 5-6
Diare	Bagan MTBS hal 4
Masalah Telinga	Bagan MTBS hal 7
Gangguan Pertumbuhan	Pedoman SDIDTK halaman 16
Gangguan Perkembangan	Pedoman SDIDTK halaman 16-20
Keluhan lain	Pedoman Praktik Klinis Dokter

BAB G

PELAYANAN KESEHATAN ANAK USIA SEKOLAH DAN REMAJA

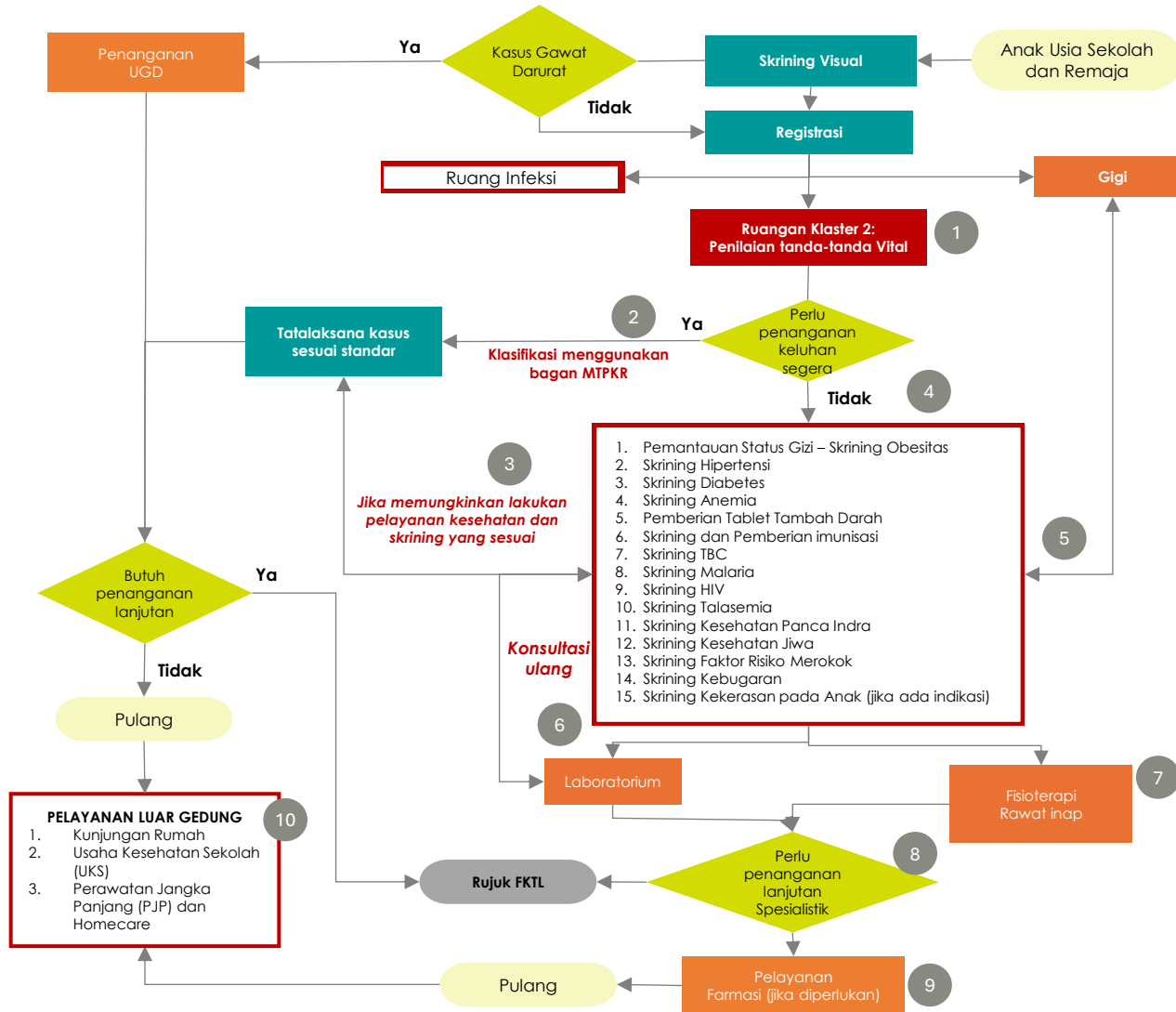


BAB G-1

Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja



Alur Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja



Penjelasan Alur

1. Anak Usia Sekolah dan Remaja yang datang sendiri atau atas rujukan mendapatkan pemeriksaan tanda vital dan anamnesis di ruang klaster 2.
2. Jika pasien membutuhkan penanganan keluhan segera maka lakukan tatalaksana kasus sesuai standar dan jika membutuhkan pelayanan lanjutan dapat dirujuk ke FKTL.
3. Pasien yang sudah ditangani keluhannya dan memungkinkan untuk mendapatkan pelayanan dan skrining kesehatan diberikan pelayanan sesuai usia dan waktu.
4. Pasien yang tidak memerlukan penanganan segera diberikan pelayanan dan skrining kesehatan sesuai usia dan waktu terlebih dahulu sebelum mendapatkan tatalaksana kasus.
5. Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan, pasien dirujuk ke pemeriksaan gigi (jika sesuai dengan usia pemeriksaan)
6. Jika dibutuhkan pasien diarahkan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium.
7. Pasien yang membutuhkan layanan lanjutan seperti fisioterapi dan rawat inap dapat diarahkan ke layanan terkait.
8. Bila sudah seluruh layanan sudah diberikan dan diperlukan penanganan lanjutan/spesialistik, maka rujuk pasien ke FKTL
9. Yang tidak membutuhkan layanan spesialistik dapat menuju farmasi (jika diperlukan) dan kemudian pulang.
10. Pasien yang pulang dianjurkan untuk mengikuti kegiatan pemberdayaan di Pustu dan atau Posyandu.

Gunakan pendekatan HEADDESS ketika berdiskusi dengan anak usia sekolah dan remaja

Gunakan prinsip-prinsip inklusivitas, jika pasien adalah Anak Usia Sekolah dan Remaja dengan disabilitas

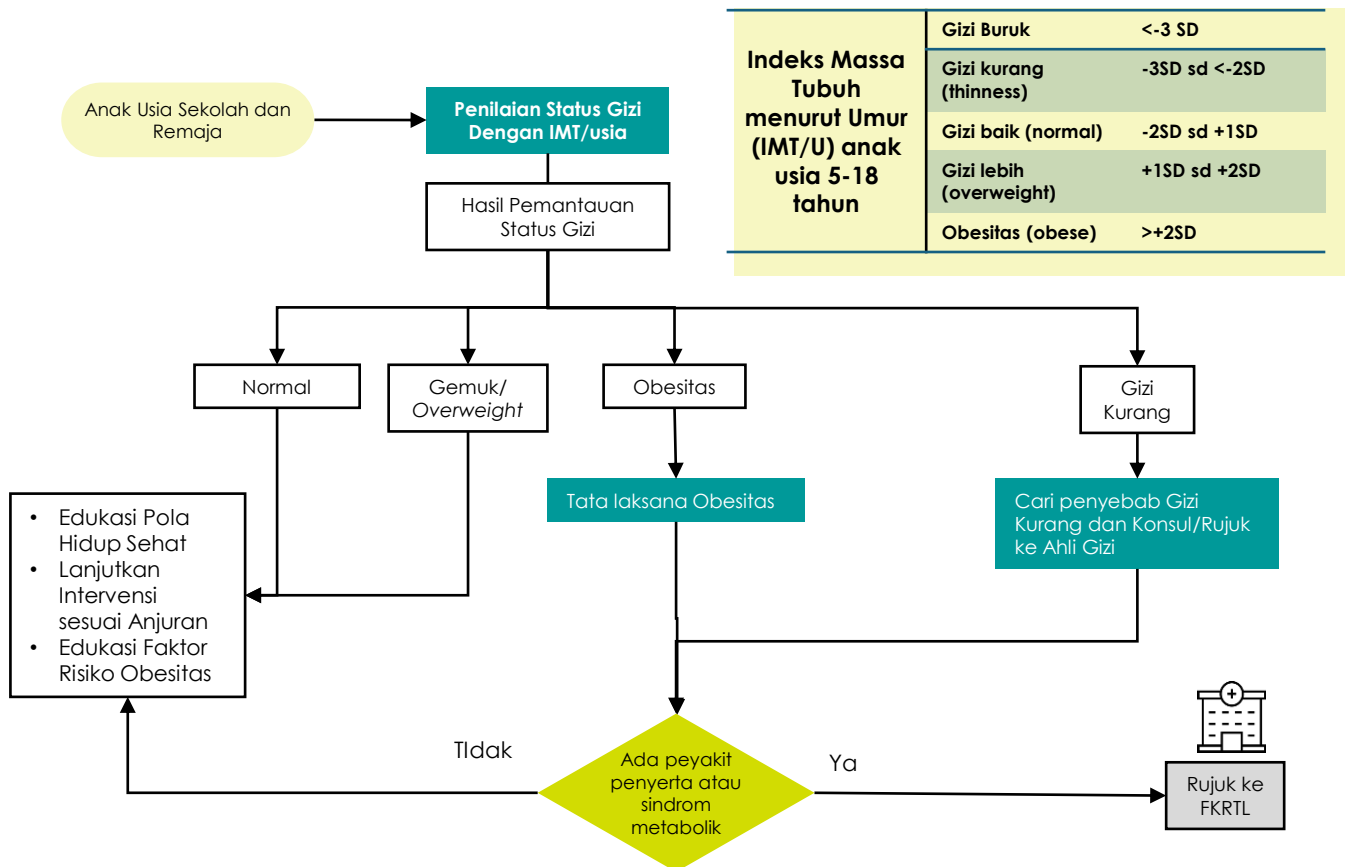
BAB G -1

Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Kegiatan Dalam Gedung



1



Tujuan

Memantau apakah status gizi anak sesuai dan memberi tatalaksana yang sesuai

Sasaran

Seluruh anak usia sekolah dan remaja yang datang ke Puskesmas

Semua anak usia sekolah dan remaja yang mengunjungi Puskesmas wajib dikonfirmasi status gizinya, meskipun sudah ada pengukuran di sekolah

Frekuensi

Setiap kali kunjungan Puskesmas

Metode

- Melakukan penimbangan Berat badan dan pengukuran Tinggi Badan sesuai standar
- Mengkonfirmasi status gizi berdasarkan indikator IMT/U

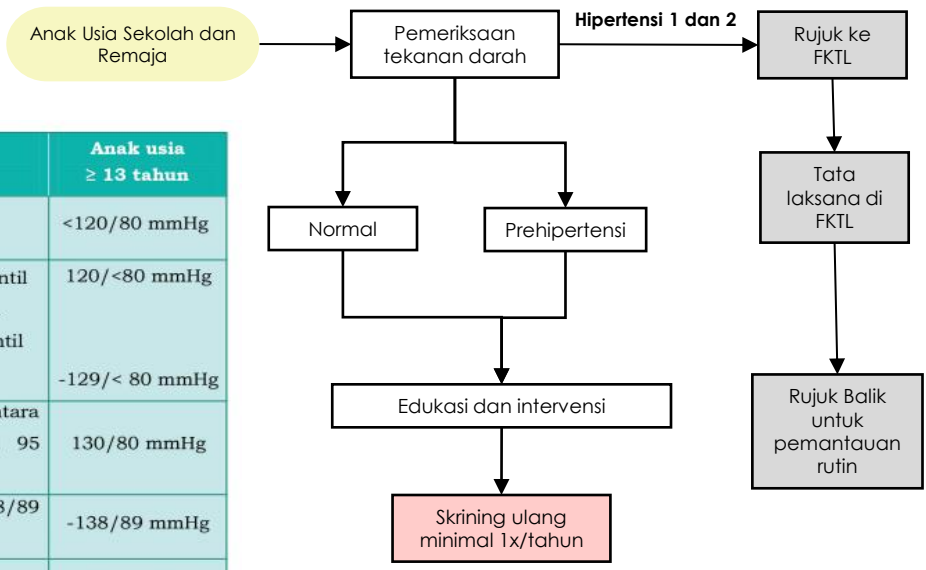
Interpretasi

Sesuai grafik IMT gizi (laki-laki dan perempuan)

Tindaklanjut

Tatalaksana komprehensif (gabungan) gizi dengan penyerta lain

2



	Anak Usia 1-13 Tahun	Anak usia ≥ 13 tahun
Tekanan darah normal	Sistolik dan diastolik < persentil 90	<120/80 mmHg
Pre hipertensi	Sistolik dan diastolik ≥ persentil 90 tetapi < persentil 95, atau 120/80mmHg tetapi < persentil 95	120/<80 mmHg -129/< 80 mmHg
Hipertensi tingkat 1	Sistolik dan diastolik diantara persentil 95 dan persentil 95 +12 mmHg,	130/80 mmHg
	atau 130/80 mmHg -138/89 mmHg	-138/89 mmHg
Hipertensi tingkat 2	Sistolik atau Diastolik ≥ persentil 95 + 12 mmHg, atau ≥140/90 mmHg	≥140/90mmHg

Tujuan

Mendeteksi dini hipertensi

Sasaran

Seluruh anak (≥ 6-18 tahun) dan remaja (10-<18 tahun)

Frekuensi

Setiap tahun

Metode

Pemeriksaan tekanan darah

Interpretasi dan Tindakan lanjut

Normal → Edukasi gaya hidup sehat

Tekanan Darah Meningkat →

1. Pantau tiap bulan
2. Konseling dan Edukasi gaya hidup sehat

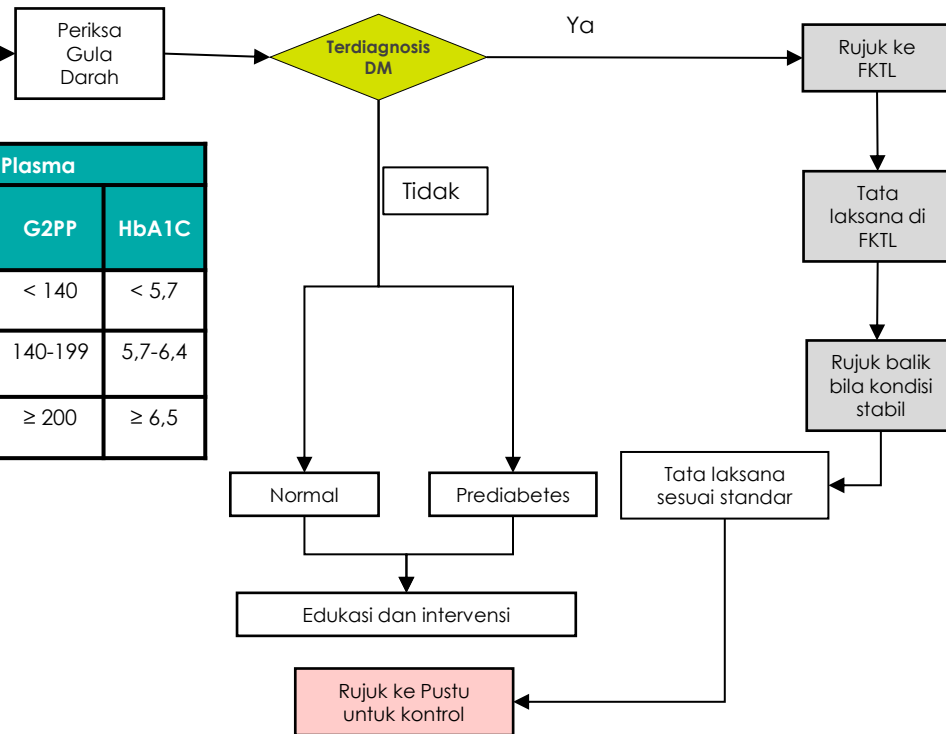
Hipertensi tingkat 1 dan 2 →

Rujuk FKTL atau dokter spesialis anak untuk penegakan diagnosis dan mencari penyebab Hipertensi.

Hipertensi pada anak termasuk Hipertensi esensial atau Hipertensi sekunder, selanjutnya tata laksana sesuai PNPk dan standar lain yang berlaku.

Anak Usia Sekolah dan Remaja
dengan poliuria, polifagi, polidipsia, penurunan berat badan yang cepat dalam 2-6 minggu sebelum diagnosis ditegakkan

Kriteria Hasil Pemeriksaan	Glukosa Plasma			
	GDS	GDP	G2PP	HbA1C
Normal	< 100	< 100	< 140	< 5,7
Prediabetes	140-199	100-125	140-199	5,7-6,4
Diabetes	≥ 200*	≥ 126	≥ 200	≥ 6,5



Tujuan

Mendeteksi dini penyakit Diabetes Melitus

Sasaran

Anak (≥ 6-18 tahun) dan remaja (10- <18 tahun) dengan mengompol, poliuria, polifagi, polidipsia, penurunan berat badan yang cepat dalam 2-6 minggu sebelum diagnosis ditegakkan

Frekuensi

Hanya jika ditemukan gejala

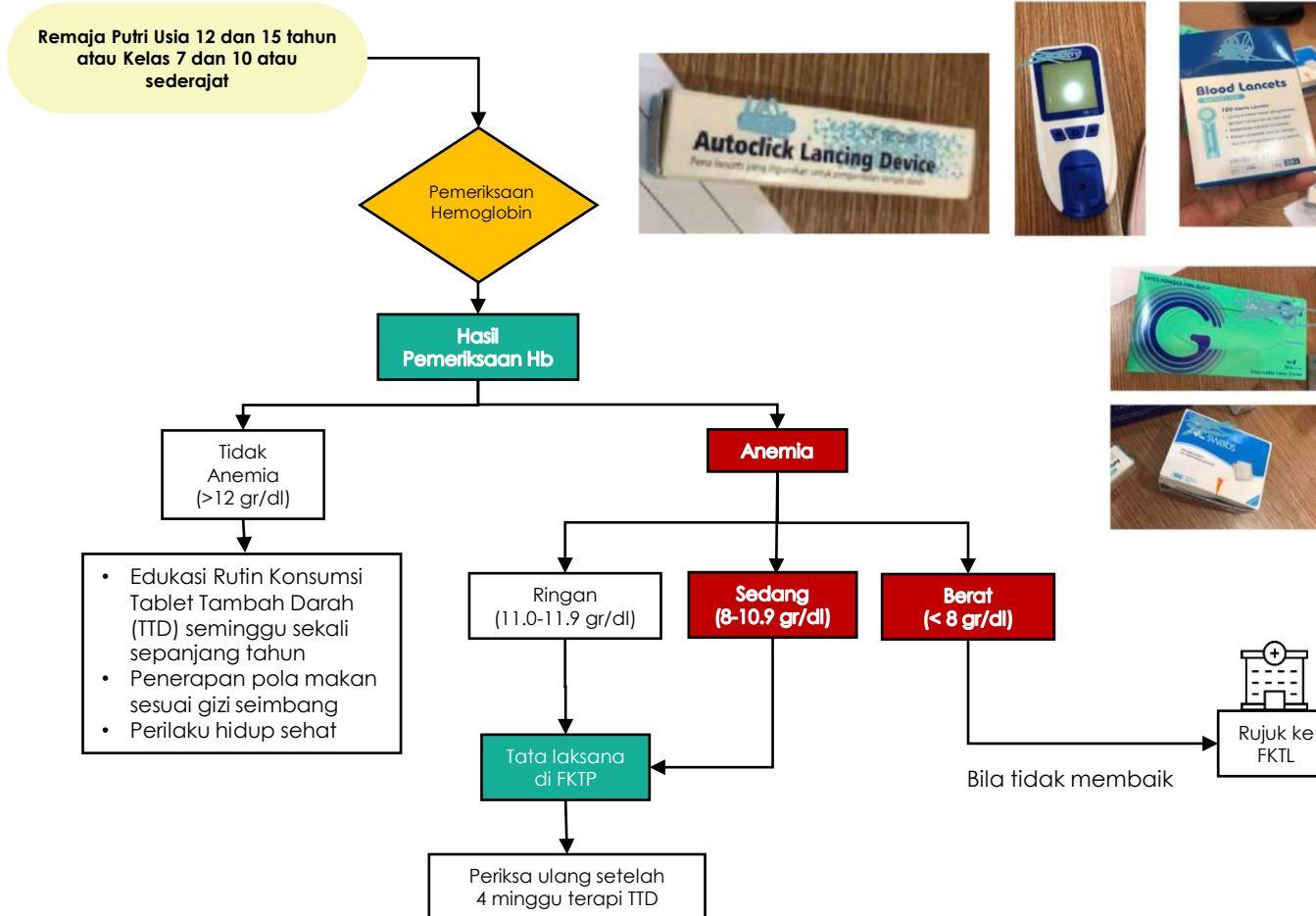
Metode

Pemeriksaan

1. Gula Darah Sementara (GDS) atau
2. Gula Darah Puasa (GDP) atau
3. Gula Darah 2 jam sesudah puasa (GD2P) atau
4. HbA1c

Tindaklanjut

Rujuk jika terdiagnosis untuk konsultasi lebih lanjut



Tujuan

Deteksi Dini anemia pada remaja putri

Sasaran

Seluruh remaja putri usia 12 tahun dan 15 tahun atau Kelas 7 dan 10 atau sederajat.

Frekuensi

Sekali setahun

Metode

Pemeriksaan sampel darah
Pemeriksaan kadar hemoglobin dilakukan dengan

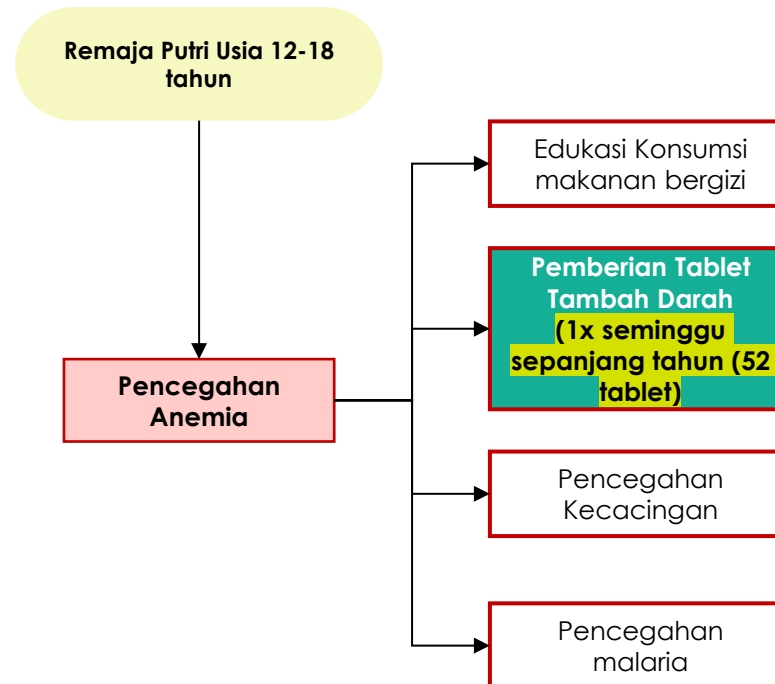
1. Hematology Analyzer
2. PoCT Hb meter (dengan strip atau mikrokuvet) atau

Tindakan lanjut

1. Terapi Anemia ringan di Puskesmas atau TTD sekolah
2. Rujuk ke FKTL jika Anemia sedang dan Berat

Suplementasi TTD pada Rematri bertujuan untuk memenuhi asupan zat besi untuk mencegah anemia yang dapat menyebabkan:

- Menurunnya daya tahan tubuh sehingga mudah terkena penyakit infeksi
- Menurunnya kebugaran dan ketangkasan berpikir karena kurangnya orksigen ke sel otot dan sel otak
- Menurunnya prestasi belajar
- Dalam jangka panjang jika rematri tersebut menjadi ibu hamil maka akan menjadi ibu hamil yang anemia juga
- yang akan meningkatkan risiko persalinan, kematian ibu dan bayi, serta infeksi penyakit.



KIE

Tujuan

Pemberian tablet tambah darah pada remaja putri untuk mencegah anemia

Sasaran

Remaja putri usia 12-18 tahun atau remaja putri kelas 7-12

Pemberian

1 kali setiap minggu selama 52 minggu

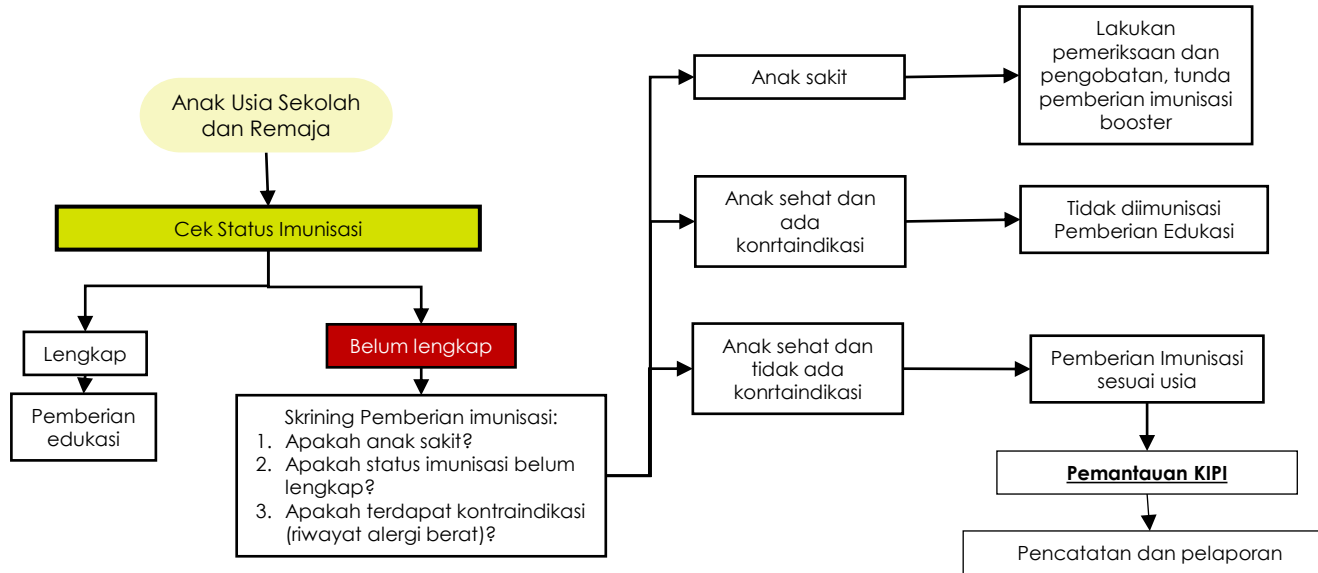
Tunda pemberian

Jika anak sedang muntah mual atau sakit. Segera berikan sesudah sembuh

Berikan Edukasi

1. Kepada orangtua anak tentang manfaat TTD
2. Minum TTD bersama sesudah sarapan pagi.
3. Makan TTD bersama makanan yang banyak mengandung vitamin C
4. Hindari makan TTD bersama teh, kopi, susu atau obat maag.

Alur Pemantauan – Cara pemberian – Pemantauan KIPI



Tabel 3.1. Sasaran, Jenis dan Jadwal Pemberian Imunisasi

Sasaran		Jenis Vaksin	Bulan	Pemberian
Sekolah	Tidak Sekolah			
Kelas 1	Usia 7 tahun	Campak Rubela	Agustus	1 kali
		DT	November	1 kali
Kelas 2	Usia 8 tahun	Td	November	1 kali
Kelas 5	Usia 11 tahun	HPV dosis 1	Agustus	1 kali
		Td	November	1 kali
Kelas 6	Usia 12 tahun	HPV dosis 2*)	Agustus	1 kali

Keterangan:

*) Imunisasi HPV dosis 2 diberikan pada peserta didik perempuan kelas 6 SD/MI/bentuk lain yang sederajat dan anak perempuan usia 12 tahun yang tidak sekolah dan telah mendapatkan dosis 1 HPV pada tahun sebelumnya.

Tujuan

Memantau kelengkapan status imunisasi anak dan memberikan pelayanan sesuai umur

Sasaran

Seluruh anak usia sekolah dan remaja yang datang ke Puskesmas

Frekuensi

Setiap kali kunjungan Puskesmas

Metode

Memeriksa kartu imunisasi/catatan kesehatan lain dan membandingkan dengan table standar pemberian imunisasi

Intepretasi

Sesuai tabel imunisasi

Tindakanlanjut

Memberikan imunisasi jika belum lengkap dan jika anak sehat dan tidak memiliki kontraindikasi

Pemberian imunisasi diberikan umumnya lewat kegiatan UKS.

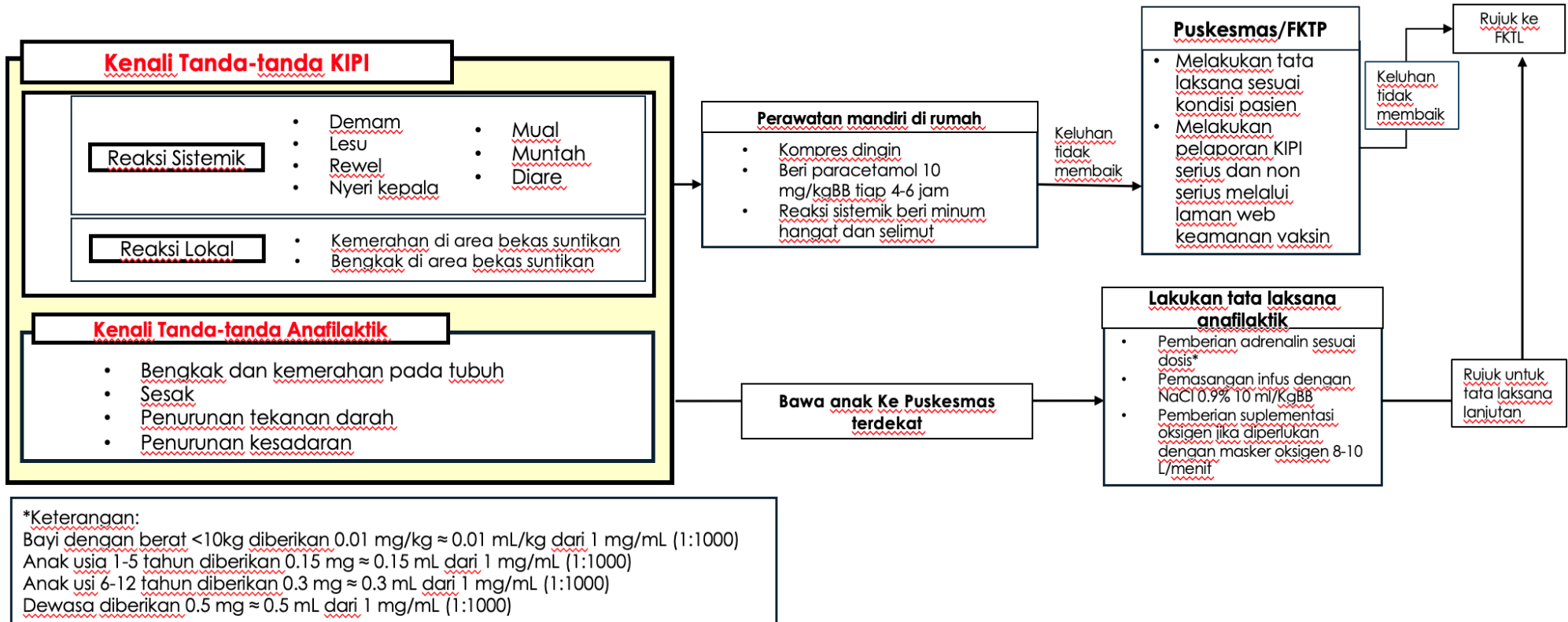
Pelayanan imunisasi di Puskesmas diutamakan bagi **anak usia sekolah yang tidak bersekolah** dan atau tidak mendapatkan imunisasi sesuai jadwal pemberian di sekolah.

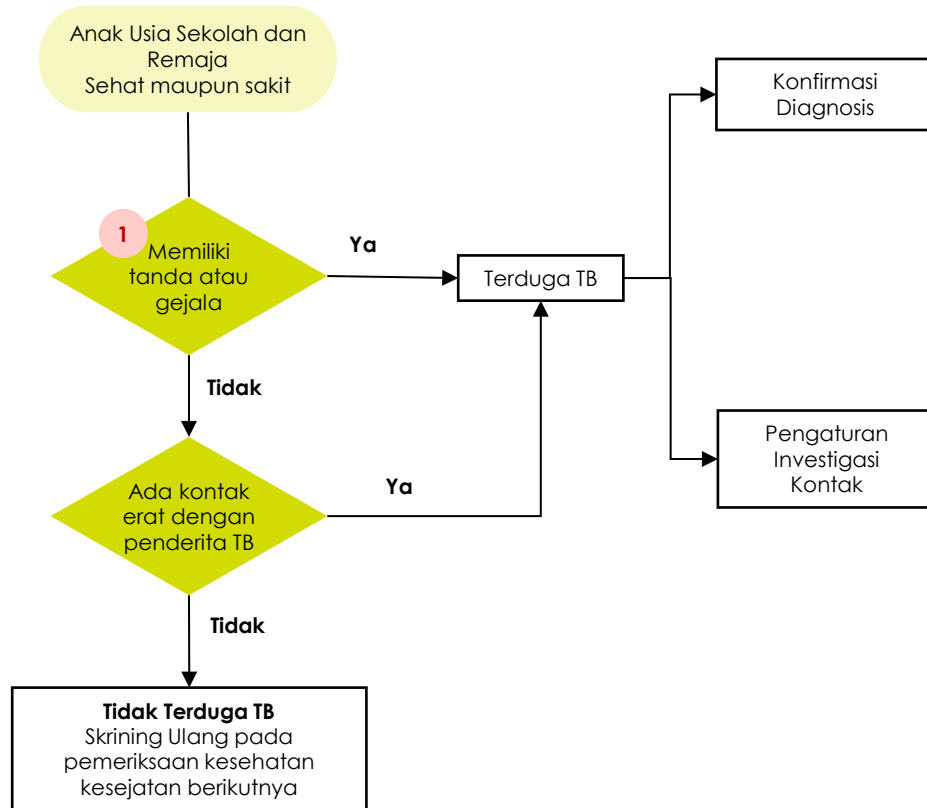
Imunisasi anak usia sekolah dapat dilengkapi sampai batas usia Sekolah Dasar.

Alur Pemantauan – **Cara pemberian** – Pemantauan KIPI

Vaksin	Mencegah Penyakit	Usia Pemberian	Dosis dan cara memberikan	Rekomendasi lokasi suntik
DT	Difteri dan Tetanus	Kelas 1 SD (usia 7 Tahun)	0,5 ml Intramuskular	Lengan atas
TD	Tetanus dan Difteri	Kelas 2 dan 5 SD Wanita Usia Subur (WUS)	0,5 ml Intramuskular	Lengan atas
HPV	Kanker Serviks	Siswi kelas 5 dan 6 SD (usia 11 dan 12 tahun)	0,5 ml Intramuskular	Lengan atas
MR	Campak, Rubella	Kelas 1SD (Usia 7 Tahun)	0,5 ml subkutan	Lengan atas

Alur Pemantauan – Cara Pemberian – Pemantauan KIPI





Tujuan

Melakukan deteksi dini infeksi Tuberkulosis

Sasaran

Semua anak usia sekolah dan remaja

Frekuensi

Setiap kunjungan Puskesmas

Metode

Anamnesis terhadap adanya tanda dan gejala berikut:

- 1 • Batuk \geq 2 minggu
 - Demam \geq 2 minggu
 - BB turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya
 - Malaise (tampak lemas) \geq 2 minggu
 - Ada kontak serumah dengan Pasien TBC
- Gejala menetap walaupun sudah diberikan terapi.

Interpretasi dan Tindakan lanjut

Terduga TB \rightarrow Konfirmasi Diagnosis melalui alur diagnosis dan lakukan pengaturan investigasi kontak

Tidak terduga TB \rightarrow Skrining ulang pada kunjungan berikutnya

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8**
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15

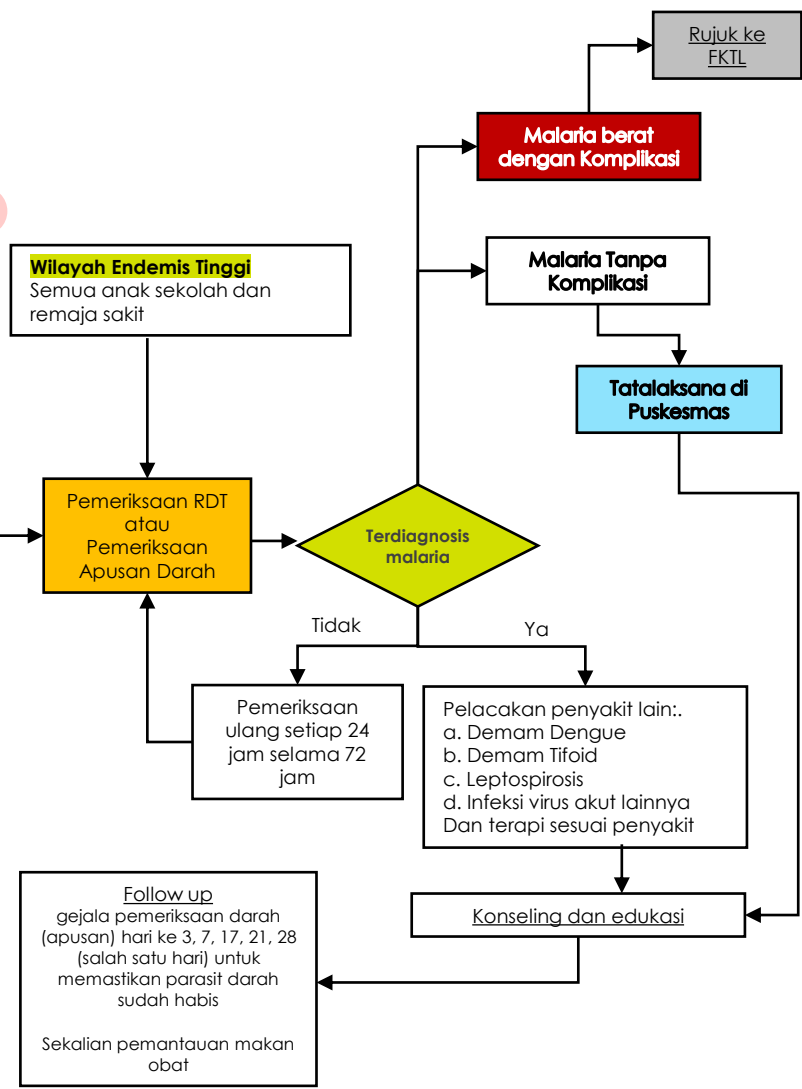
Wilayah bukan Endemis Tinggi:
 Balita dengan salah satu **gejala** (panas – menggigil – berkeriang atau sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nafsu makan menurun, sakit perut, mual muntah, dan diare. Terasa lemah dan sulit beraktivitas **DAN**

- riwayat bepergian ke tempat endemis malaria 2-4 terakhir **DAN** ATAU
- Riwayat pernah sakit malaria 3-6 bulan sebelumnya **DAN** ATAU
- Riwayat pernah makan obat malaria **DAN** ATAU
- Riwayat pernah transfusi darah

Diperkuat Pemeriksaan Fisik :
 (Periode Demam)
 Kulit terlihat memerah, teraba panas, suhu tubuh meningkat dapat sampai di atas 40°C dan kulit kering. Pasien dapat juga terlihat pucat. Nadi teraba cepat Pernapasan cepat (takipneu)

(Periode dingin dan berkeriang)
 Kulit teraba dingin dan berkeriang. Nadi teraba cepat dan lemah. Pada kondisi tertentu bisa ditemukan penurunan kesadaran.

Konjungtiva anemis, sklera ikterik, bibir sianosis, dan pada malaria serebral dapat ditemukan kaku kuduk. Terlihat pernapasan cepat. Teraba pembesaran hepar dan limpa, dapat juga ditemukan asites. Bisa ditemukan urin berwarna coklat kehitaman, oligouri atau anuria. akral teraba dingin merupakan tanda-tanda menuju syok.



Tujuan
 Melakukan deteksi dini infeksi Malaria

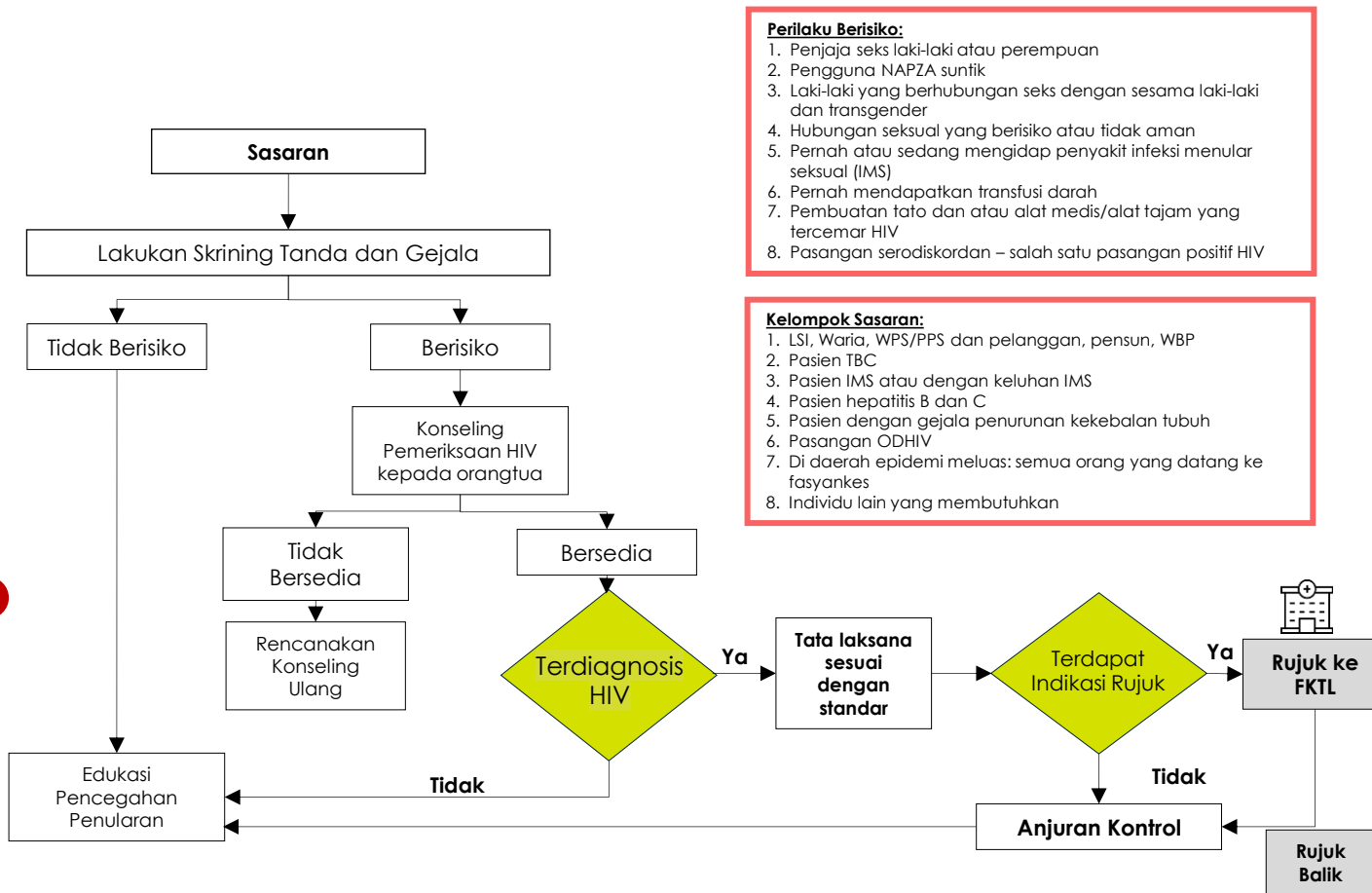
Sasaran
 Semua anak usia sekolah remaja di daerah endemis

Frekuensi
 Setiap kunjungan Puskesmas

Metode
 1. Anamnesis gejala dan tanda
 2. Jika memenuhi kriteria konfirmasi dengan pemeriksaan RDT atau pemeriksaan apusan darah

Tindakanjuz
 Rujuk untuk pemeriksaan apusan darah → untuk mengetahui jenis malaria

Rujuk pada malaria berat atau komplikasi



- Perilaku Berisiko:**
1. Penaja seks laki-laki atau perempuan
 2. Pengguna NAPZA suntik
 3. Laki-laki yang berhubungan seks dengan sesama laki-laki dan transgender
 4. Hubungan seksual yang berisiko atau tidak aman
 5. Pernah atau sedang mengidap penyakit infeksi menular seksual (IMS)
 6. Pernah mendapatkan transfusi darah
 7. Pembuatan tato dan atau alat medis/alat tajam yang tercemar HIV
 8. Pasangan serodiskordan – salah satu pasangan positif HIV

- Kelompok Sasaran:**
1. LSI, Waria, WPS/PPS dan pelanggan, pensun, WBP
 2. Pasien TBC
 3. Pasien IMS atau dengan keluhan IMS
 4. Pasien hepatitis B dan C
 5. Pasien dengan gejala penurunan kekebalan tubuh
 6. Pasangan ODHIV
 7. Di daerah epidemi meluas: semua orang yang datang ke fasyankes
 8. Individu lain yang membutuhkan

Tujuan
Mendeteksi dini infeksi HIV pada anak usia sekolah dan remaja

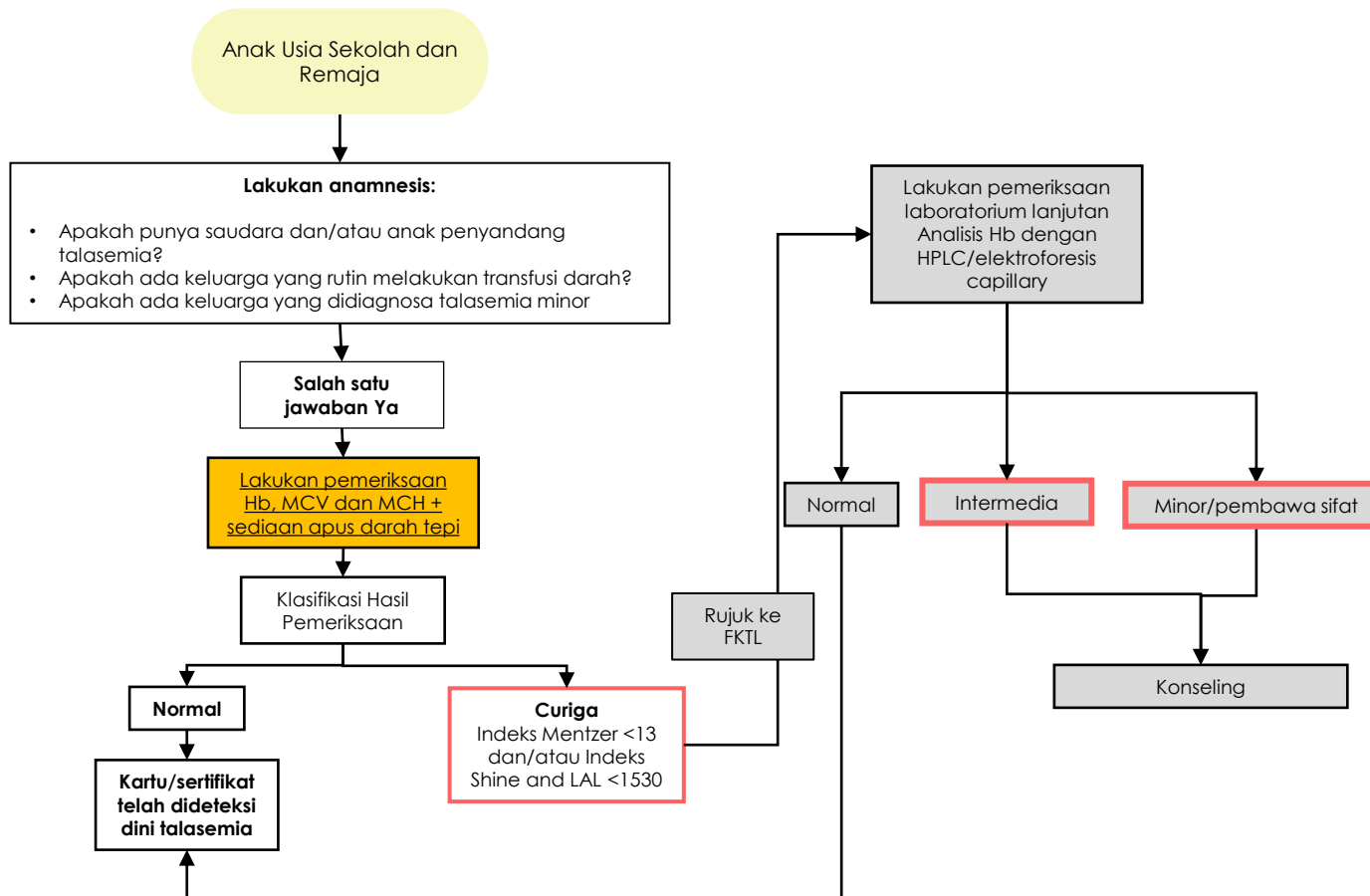
Sasaran
Seluruh anak usia sekolah dan remaja yang masuk dalam kelompok berisiko

Frekuensi
1 tahun sekali

Metode

1. Memeriksa tanda dan gejala
2. Memeriksa Faktor Risiko
3. Konfirmasi diagnosis dengan pemeriksaan Lab
→ jika 1 dan 2 memenuhi kriteria

Tindaklanjut
Tatalaksana jika terkonfirmasi HIV
Rujuk jika ada komplikasi
Edukasi untuk pencegahan penularan



Tujuan Skrining

Mendeteksi dini kelainan genetik Talasemia

Sasaran

Semua usia sekolah dan remaja (lakukan juga pada anak yang anemia kronis)

Frekuensi

Sekali seumur hidup

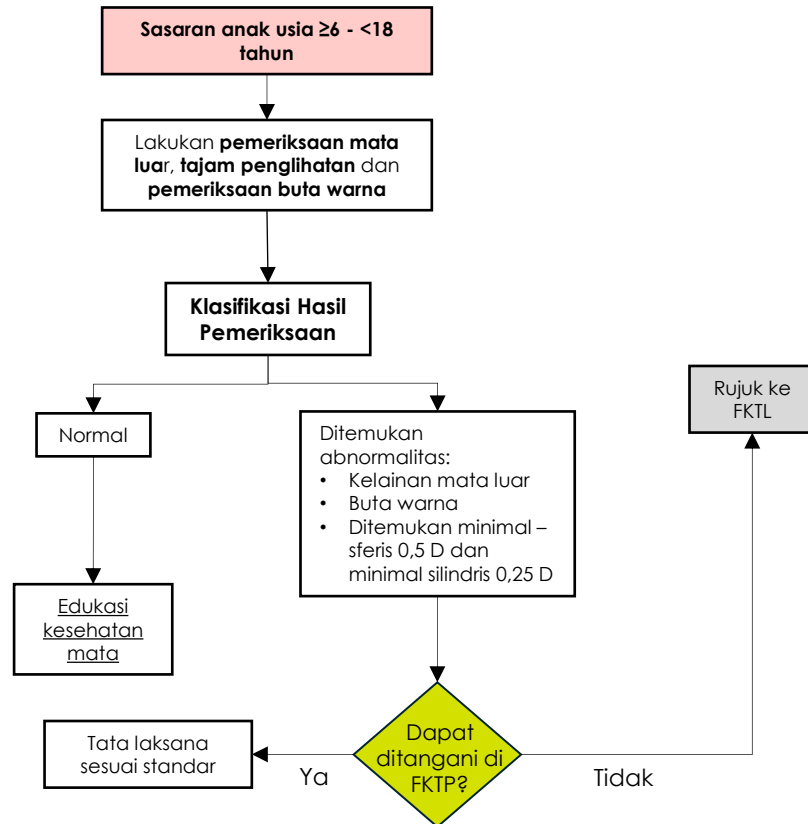
Metode

1. Anamnesis
2. Konfirmasi dengan pemeriksaan Hb, MCV dan MCH +

Tindaklanjut

- Rujuk ke FKTL

Alur Skringing – Pemeriksaan Tajam Penglihatan – Pemeriksaan Buta Warna



Tujuan

Melakukan pemeriksaan tajam penglihatan dan deteksi buta warna

Sasaran

Semua anak usia sekolah dan remaja

Frekuensi

Sekali dalam setahun untuk tes daya lihat

Sekali seumur hidup untuk tes buta warna

Metode

1. Tes tajam penglihatan menggunakan Tes Snellen
2. Tes Buta warna dengan buku buta warna

Pelaksana

Dokter dan tenaga nakes non dokter terlatih

Fisik mata :

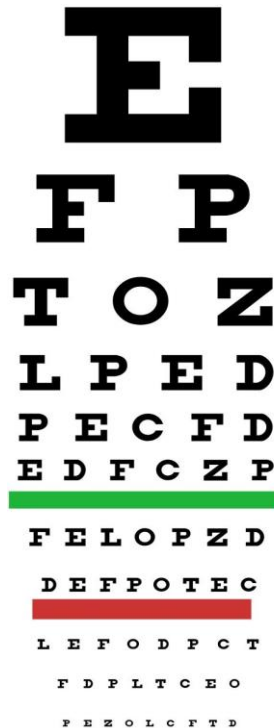
Ada infeksi/kelainan

Alur Skrining – **Pemeriksaan Tajam Penglihatan** – Pemeriksaan Buta Warna

Tes Daya Lihat Menggunakan Snellen Chart

Cara Periksa

1. Pastikan penerangan ruangan cukup.
2. Pasien didudukkan dalam jarak 6 meter di depan diagram.
3. Pemeriksaan dilakukan bergantian setiap sisi mata. Minta pasien menutup mata yang tidak diperiksa dengan penutup mata atau telapak tangan, **tanpa menekan**.
4. Pasien diminta membaca huruf pada Snellen Chart, dimulai dari huruf terbesar (yang terletak paling atas) hingga terkecil.
5. Catat visus pasien dari hasil pemeriksaan (berdasarkan baris terakhir huruf yang terbaca oleh pasien).
6. Jika pasien tidak dapat membaca huruf terbesar dari jarak 6 meter, lanjutkan dengan **pemeriksaan hitung jari**.



Interpretasi

1	20/200	Visus/ tajam penglihatan
2	20/100	
3	20/70	
4	20/50	
5	20/40	
6	20/30	
7	20/25	
8	20/20	
9		
10		
11		

Tujuan

Melakukan pemeriksaan tajam penglihatan dan deteksi buta warna

Sasaran

Semua anak usia sekolah dan remaja

Frekuensi

Sekali dalam setahun untuk tes daya lihat
 Sekali seumur hidup untuk tes buta warna

Metode

1. Tes tajam penglihatan menggunakan Tes Snelen
2. Tes Buta warna dengan buku buta warna

Pelaksana

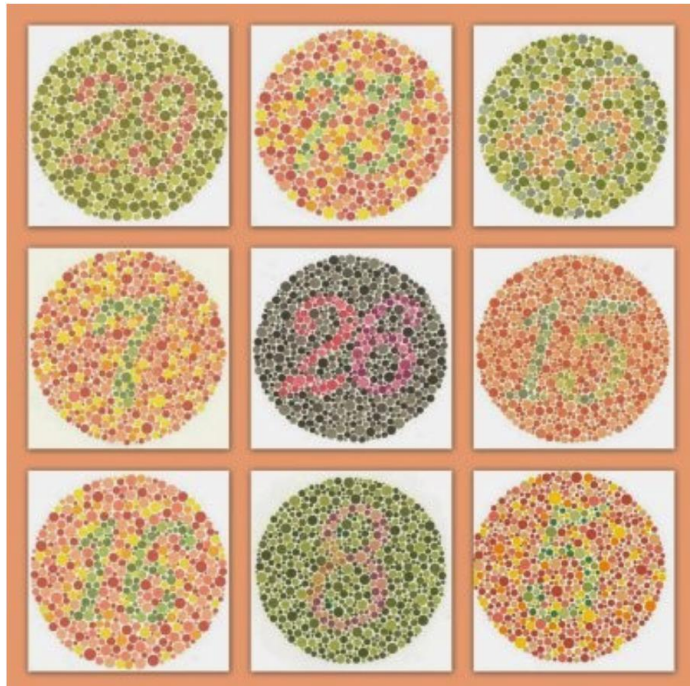
Dokter dan tenaga nakes non dokter terlatih

Fisik mata :

Ada infeksi/kelainan

Alur Skrining – Pemeriksaan Tajam Penglihatan – **Pemeriksaan Buta Warna**

Tes Buta Warna Menggunakan *Buku Ishihara*



Cara menggunakan buku Ishihara 38 halaman

1. Minta anak membaca angka yang ada di buku ishihara (tidak boleh meraba atau menyentuh)
2. Pencahayaan harus baik
3. Tanyakan gambar apa yang terlihat (baik angka dan alur masing-masing halaman 10 detik)
4. Bandingkan dengan interpretasi

[Download cara membaca dan interpretasi buku Ishihara](#)

Tujuan

Melakukan pemeriksaan tajam penglihatan dan deteksi buta warna

Sasaran

Semua anak usia sekolah dan remaja

Frekuensi

Sekali dalam setahun untuk tes daya lihat
Sekali seumur hidup untuk tes buta warna

Metode

1. Tes tajam penglihatan menggunakan Tes Snellen
2. Tes Buta warna dengan buku buta warna

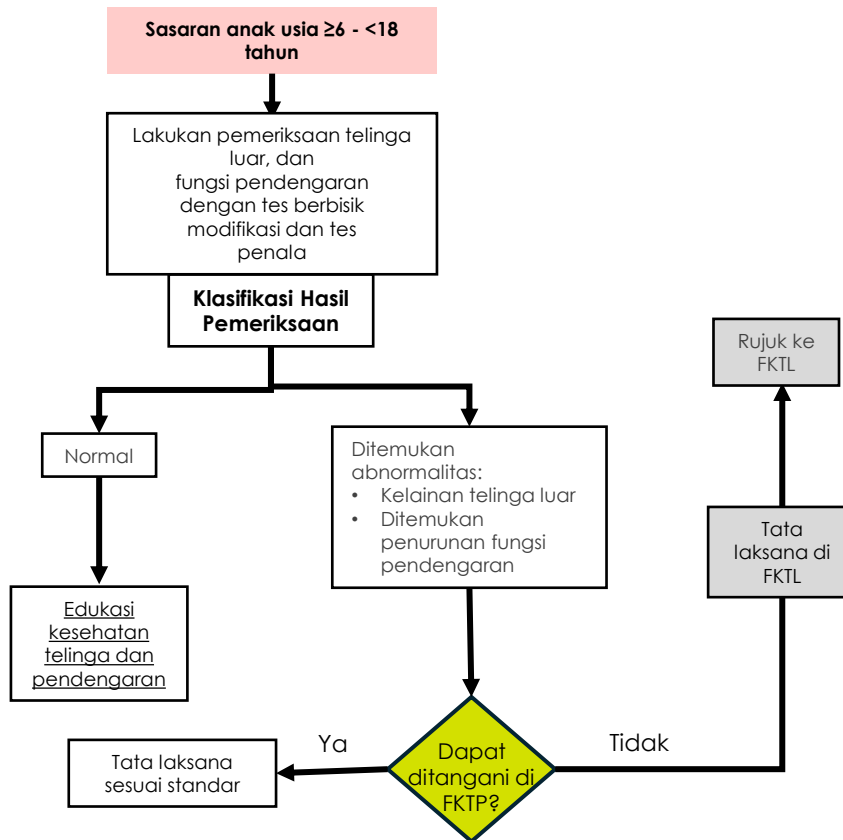
Pelaksana

Dokter dan tenaga nakes non dokter terlatih

Fisik mata :

Ada infeksi/kelaonan

Alur Skrining – Pemeriksaan Telinga Luar - Tes berbisik modifikasi– Tes Penala



Tujuan

Memeriksa gambaran kesehatan telinga

Sasaran

Semua anak usia sekolah dan remaja

Frekuensi

Sekali dalam setahun untuk tes daya dengar

Metode

Otoskop

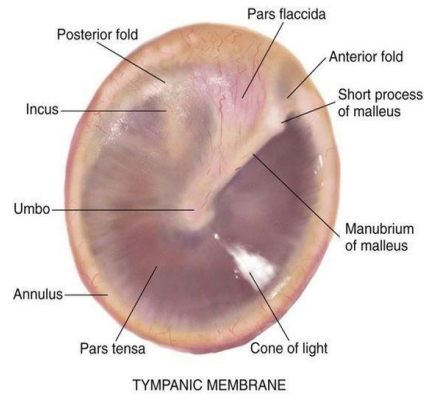
Pelaksana

Dokter

Tindaklanjut:

Tatalaksana sesuai dengan temuan

Alur Skrining – **Pemeriksaan Telinga Luar** - Tes berbisik modifikasi – Tes Penala



Lakukan Penilaian

Meatus Acusticus Externus

- Tanda-tanda inflamasi
- Adakah sekret
- Adakah serumen yang menumpuk atau mengeras

Membran Timpani

- Refleks cahaya
- Intak atau tidaknya MT
- Adakah perforasi
- Warna

Cara pemeriksaan

Pemeriksaan otoskopi dilakukan dengan menarik puncak auricula ke arah posterosuperior, dan menempelkan kelingking pada pipi pasien.

Tujuan

Memeriksa gambaran kesehatan telinga

Sasaran

Semua anak usia sekolah dan remaja

Frekuensi

Sekali dalam setahun untuk tes daya lihat

Metode

Otoskop

Pelaksana

Dokter

Tindaklanjut:

Tatalaksana sesuai dengan temuan

Alur Skrining – Pemeriksaan Telinga Luar -**Tes berbisik modifikasi** – Tes Penala

Cara Melakukan

1. Pastikan kondisi lingkungan sekitar tidak terlalu bising. Ruangan sunyi, jarak pemeriksaan 1 meter.
2. Posisi pemeriksa berada setengah meter di belakang orang yang akan diperiksa.
3. Pada telinga yang tidak diperiksa, dilakukan masking yaitu menekan bagian tragus (bagian menonjol dari telinga bagian depan yang dekat dengan pipi) kemudian menggesek-gesek sehingga timbul bunyi.
4. Pemeriksaan dimulai pada telinga kanan terlebih dahulu. Posisi kepala pemeriksa menjauh dari telinga yang diperiksa.
5. Pemeriksa membisikkan kata-kata yang terdiri dari dua suku kata seperti mata, kaki, muka, susu, kaca dan meminta orang yang diperiksa untuk mengulang kembali kata-kata tersebut.
6. Kata-kata yang dibisikkan harus mengandung huruf lunak yang terdiri dari frekuensi rendah dan huruf desis yang terdiri dari frekuensi tinggi.
7. Pemeriksaan diulang pada telinga kiri dengan langkah-langkah yang sama. Pemeriksaan pada telinga sebelah kiri, maka telinga kanan dilakukan masking

Kata-kata yang dibisikkan harus mengandung huruf lunak yang terdiri dari frekuensi rendah dan huruf desis yang terdiri dari frekuensi tinggi.

- Apa
- Babi
- Bakmi
- Bangku
- Basah
- Bawah
- Bawang
- Becak
- Buku
- Bulan
- Dinding

- Garam
- Gigi
- Goreng
- Gula
- Hidung
- Ibu
- Kaca
- Kaki
- Kapal
- Kuda

- Kue
- Kursi
- Lampu
- Lidah
- Makan
- Malam
- Mata
- Meja
- Merah
- Minum
- Nama

- Orang
- Papa
- Papan
- Pintu
- Pipa
- Piring
- Rambut
- Roda
- Roti
- Rumah

- Sama
- Sapi
- Sapu
- Sawah
- Sendok
- Sikat
- Soda
- Sukar
- Susah
- Susu
- Tikus

Interpretasi

Bila kata-kata dapat diulang $\geq 80\%$ → Lulus pemeriksaan

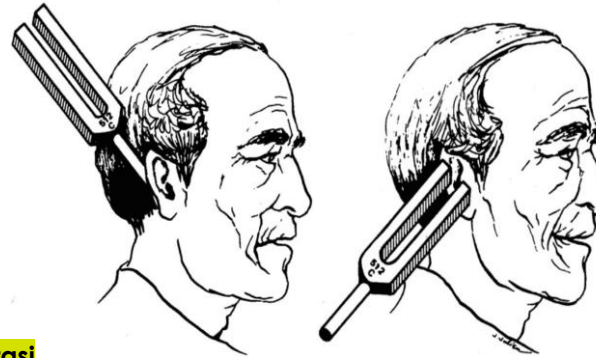
Bila kata-kata dapat diulang $< 80\%$ → lanjutkan dengan pemeriksaan penala

Alur Skrining – Pemeriksaan Telinga Luar- Tes berbisik modifikasi – **Tes Penala**

Tes Rinne

Cara Melakukan

1. Periksa memegang garpu tala pada bagian pangkal (*column handle*)
2. Getarkan garpu tala (512 Hz) dan letakkan dasarnya di prosesus mastoideus pasien.
3. Minta pasien memberi tanda (misal dengan mengangkat tangan) bila ia sudah tidak lagi mendengar suara garpu tala.
4. Kemudian segera pindahkan garpu tala sehingga ujung garpu tala berada di depan kanalis auditorius (tidak bersentuhan).
5. Tanyakan apakah pasien mendengar suara garpu tala.
6. Lakukan prosedur yang sama untuk telinga yang lain



Interpretasi

1. Bila pasien **masih dapat mendengar** suara garpu tala saat pemeriksa memegangnya di depan telinga (AC) dibandingkan dengan suara garpu tala diletakkan di prosesus mastoid pasien (BC) → tes Rinne dikatakan **positif (+)**.
2. Bila pasien mengatakan **tidak dapat mendengar** suara garpu tala saat diletakkan di depan telinga → tes Rinne dikatakan **negatif (-)**.

Tujuan:

Pemeriksaan ini membandingkan hantaran udara/*air conduction* (AC) dan hantaran tulang/*bone conduction* (BC), sehingga membantu penegakan diagnosis tuli konduksi

Alat Bantu

Garpu tala 512 Hz

Hasil Interpretasi

1. Tes Rinne (+) artinya Normal/Tuli sensorineural
2. Tes Rinne (-) artinya Tuli konduktif

Tindaklanjut

Lakukan tes Weber

Alur Skrining – Pemeriksaan Telinga Luar - Tes berbisik modifikasi – **Tes Penala**

Tes Webber

Cara Melakukan

1. Pemeriksa memegang garpu tala pada bagian pangkal (*column handle*).
2. Getarkan garpu tala (512 Hz) dan letakkan di tengah kening atau puncak kepala pasien dengan perlahan.
3. Minta pasien menyebutkan dimana ia lebih baik mendengar suara (kanan atau kiri).



Interpretasi

1. Pasien mendengar sama kerasnya di sisi kiri dan kanan → tidak ada laterisasi → **pendengaran normal/baik**
2. Pasien mendengar lebih keras pada telinga yang sehat → lateralisasi telinga sehat → **tuli sensoneural**
3. Pasien mendengar lebih keras pada telinga yang mengalami kelainan → lateralisasi ke telinga yang sakit → **Tuli konduktif**

Tujuan:

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya lateralisasi dan dilakukan setelah Tes Rinne untuk mendiferensiasikan tuli konduksi atau tuli neurosensori

Dilakukan sebagai kelanjutan Tes Rinne

Alat Bantu

Garpu tala 512 Hz

Interpretasi dan tindakan lanjut

1. Normal
2. Tuli sensoneural → rujuk
3. Tuli konduktif → rujuk

Alur Skrining – Pemeriksaan Telinga Luar - Tes berbisik modifikasi – **Tes Penala**

Tes Schwabach

Cara Melakukan

1. Pasien posisi duduk, instruksikan pada pasien untuk memberitahu jika suara sudah tidak terdengar.
2. Getarkan garpu tala dan tempelkan dasar garpu tala pada prosesus mastoid pasien.
3. Apabila pasien sudah tidak mendengar, pindahkan garpu tala ke prosesus mastoid pemeriksa.
4. Ulangi prosedur tersebut pada sisi yang sama, namun diawali dari prosesus mastoid pemeriksa terlebih dahulu lalu ke prosesus mastoid pasien.
5. Lakukan prosedur yang sama pada telinga sisilainnya.



Interpretasi

1. **Schwabach normal** → pemeriksa dan pasien sama-sama sudah tidak mendengar dengungan. Karena telinga pemeriksa normal berarti telinga pasien normal juga.
2. **Schwabach memendek** → pemeriksa masih mendengar dengungan dan keadaan ini ditemukan pada tuli sensorineural
3. **Schwabach memanjang** → penderita masih mendengar dengungan dan keadaan ini ditemukan pada tuli konduktif

Tujuan:

Pemeriksaan ini membandingkan kemampuan pendengaran pasien dengan pemeriksa. Syarat dilakukannya pemeriksaan ini adalah pendengaran pemeriksa harus normal.

Dilakukan sebagai kelanjutan Tes Rinne

Alat Bantu

Garpu tala 512 Hz

Interpretasi dan tindaklanjut

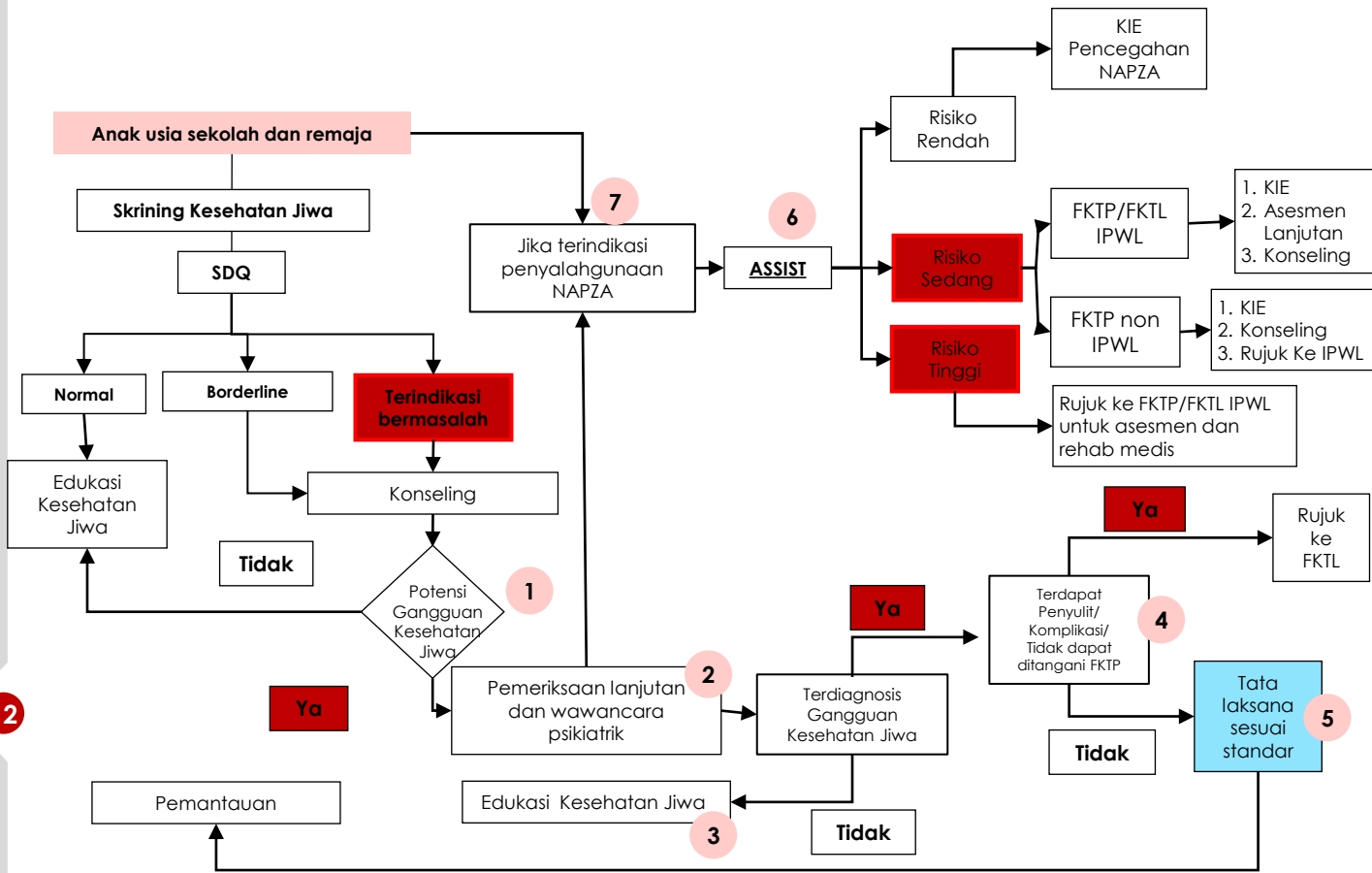
1. Normal
2. Tuli sensorineural → rujuk
3. Tuli konduktif → rujuk

Alur Skrining – Pemeriksaan Telinga Luar - Tes berbisik modifikasi – **Tes Penala**

Kesimpulan Tes Penala

Jenis Gangguan Pendengaran	Tes Rinne	Tes Weber	Tes Schwabach
Normal	Rinne (+)	Tidak ada lateralisasi	Sama dengan pemeriksa
Tuli sensorineural	Rinne (+)	Lateralisasi ke telinga sehat	Memendek
Tuli konduksi	Rinne (-)	Lateralisasi ke telinga sakit	Memanjang

11 Bila hasil pemeriksaan penala menunjukkan adanya gangguan pendengaran pada satu atau dua telinga, maka disarankan untuk pemeriksaan **lanjutan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut**.



Tujuan Skrining

Mendeteksi dini gangguan masalah kejiwaan pada anak usia sekolah dan remaja

Sasaran

Semua anak usia sekolah dan remaja (7-18 tahun)

Frekuensi

1x setahun

Alat bantu:

Formulir Skrining SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) dapat digunakan untuk anak usia 4-18 tahun

Pada usia 4-8 tahun diisi oleh orangtua/wali/pengasuh/guru yang mengerti kondisi anak.

Untuk anak usia 11-18 tahun diisi sendiri oleh anak

Lakukan penilaian ASSIST jika ada tanda-tanda penyalahgunaan NAPZA:

1. Perubahan perilaku
2. Perubahan pergaulan yang mengarah kepada penggunaan NAPZA

ASSIST hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih

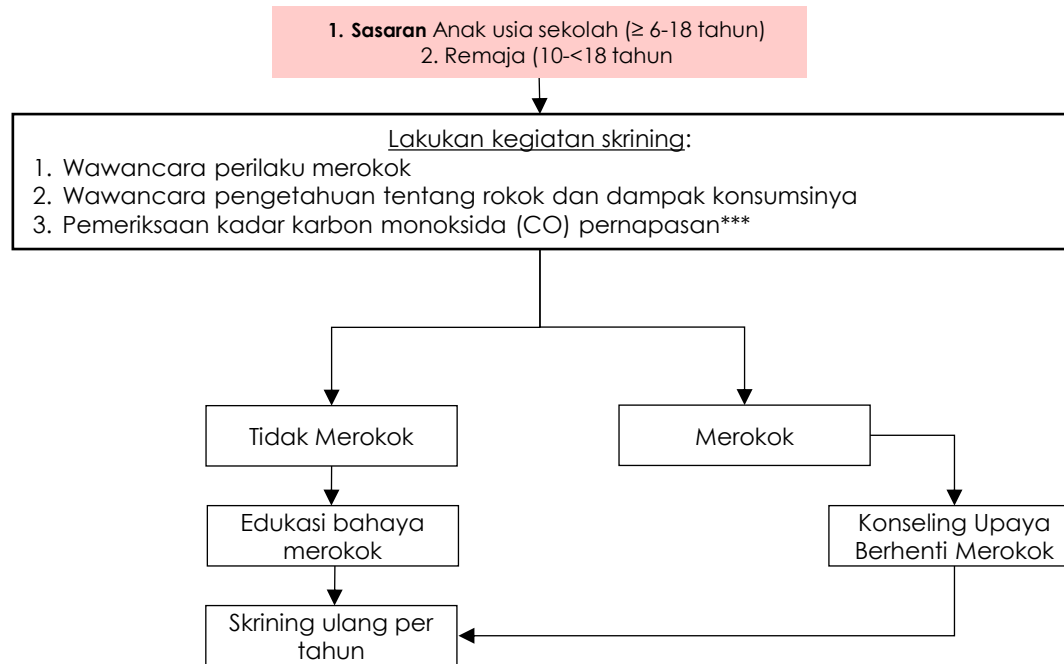
Interpretasi

Normal, Borderline, Terindikasi bermasalah

Tindakan lanjut

Pemeriksaan lanjutan, pemeriksaan psikiatri dan konseling jika borderline atau terindikasi bermasalah

Melakukan edukasi kesehatan jiwa jika normal



Tujuan

Sedini mungkin mendeteksi perilaku merokok dan memberikan konseling kepada remaja agar terhindar dari perilaku berisiko lain

Kegiatan diberikan melalui PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di dalam gedung (Puskesmas dan Pustu) maupun di luar gedung (fasilitasi usaha kesehatan sekolah/madrasah)

Sasaran Skrining

1. Anak usia sekolah ($\geq 6-18$ tahun)
2. Remaja ($10 < 18$ tahun)

Metode

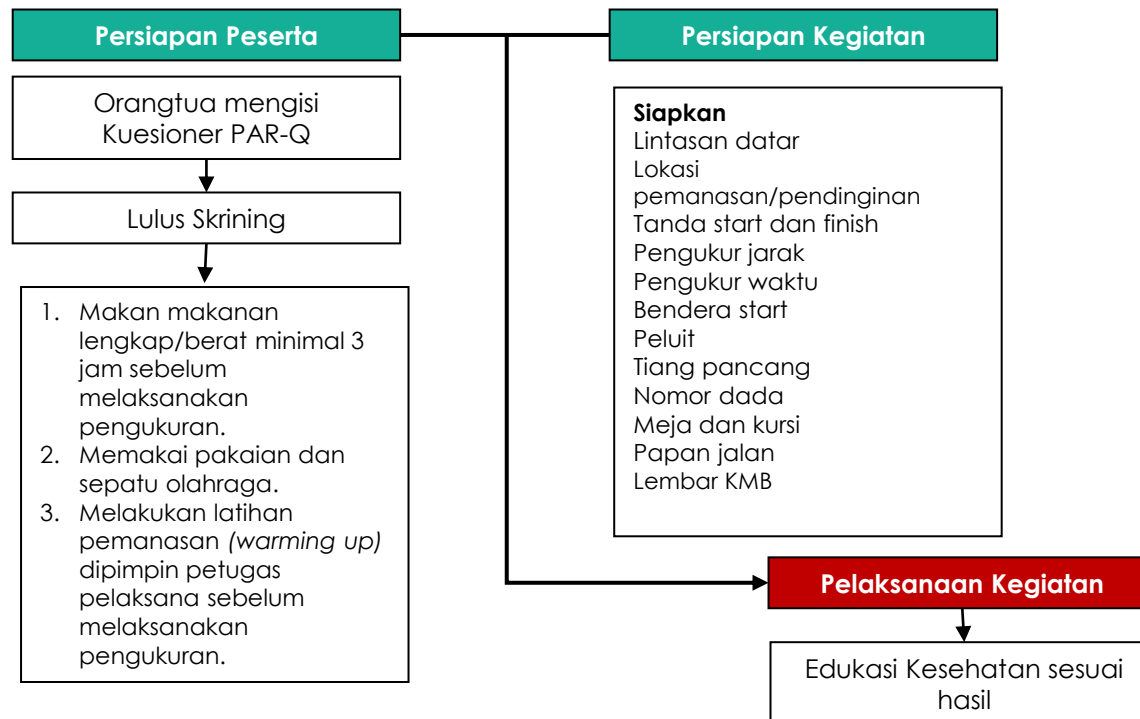
1. Kuesioner
2. Pemeriksaan kadar karbon monoksida (CO) pernapasan di sekolah dan di puskesmas jika alat tersedia

Pelaksana

Tenaga kesehatan atau guru

Persiapan -- Kuesioner PAR Q – Pelaksanaan dan Interpretasi - Tindaklanjut

Skrining Kebugaran **Single Test** tidak dapat dilakukan dalam ruangan. Anak yang memiliki kelebihan Berat Badan atau Obesitas mengikuti sesuai kemampuan - tidak berlari tetapi berjalan



Tujuan

Mengetahui Tingkat kebugaran jasmani sebagai dasar rekomendasi aktivitas fisik dan latihan fisik pada anak
Monitoring evaluasi pengaruh kegiatan kesehatan olahraga terhadap peserta didik

Sasaran Skrining

anak usia 10 sd 17 tahun

Metode

metode "single test".
Anak diminta lari sesuai kemampuan dengan jarak:

- 1000 meter (untuk usia 10 sd12 th/SD)
- 1600 meter (untuk usia 13 sd 18 th/SMP-SMA)

Pengukuran dapat dilakukan baik secara manual atau menggunakan aplikasi SIPGAR

Pelaksana

Tenaga kesehatan atau guru

Frekuensi

1 kali per tahun

Tempat Pelaksanaan

Sekolah, Posyandu Remaja, Puskesmas

Persiapan – **Kuesioner PAR Q** - Pelaksanaan dan Interpretasi - Tindakan lanjut

1. Apakah dokter pernah menyatakan bahwa anak anda memiliki masalah pada tulang dan sendi, seperti arthritis?	Ya/Tidak
2. Apakah anak anda memiliki tekanan darah rendah atau tekanan darah tinggi?	Ya/Tidak
3. Apakah anak anda menderita Diabetes Mellitus atau penyakit metabolis lainnya?	Ya/Tidak
4. Apakah dokter pernah menyatakan bahwa kadar kolesterol anak anda tinggi (di atas 6.2mmol/L)?	Ya/Tidak
5. Apakah dokter pernah menyatakan bahwa anak anda memiliki masalah pada jantung dan bahwa anda hanya bisa melakukan aktivitas fisik sesuai anjuran dokter?	Ya/Tidak
6. Apakah anak anda pernah merasakan nyeri dada saat melakukan aktivitas fisik?	Ya/Tidak
7. Apakah anak anda menderita asma atau pernah terserang asma saat latihan fisik?	Ya/Tidak
8. Apakah anak anda pernah kehilangan kesadaran, sakit kepala parah atau pingsan?	Ya/Tidak
9. Apakah anak anda pernah menjalani prosedur bedah/operasi?	Ya/Tidak
10. Apakah saat ini anak anda rutin melakukan latihan fisik (sekurang-kurangnya 3 kali seminggu)?	Ya/Tidak
11. Apakah anak anda sedang, atau ada kemungkinan hamil?	Ya/Tidak
12. Apakah ada hal lain yang belum disebutkan di atas yang mungkin dapat menghambat anak anda melakukan aktivitas fisik? Jika Ya, sebutkan alasannya...	Ya/Tidak

Tujuan

Mengetahui Tingkat kebugaran jasmani sebagai dasar rekomendasi aktivitas fisik dan latihan fisik pada anak. Monitoring evaluasi pengaruh kegiatan kesehatan olahraga terhadap peserta didik.

Sasaran Skrining

anak usia 10 sd 17 tahun

Metode

metode "single test".

Anak diminta lari sesuai kemampuan dengan jarak:

- 1000 meter (untuk usia 10 sd 12 th/SD)
- 1600 meter (untuk usia 13 sd 18 th/SMP-SMA)

Pengukuran dapat dilakukan baik secara manual atau menggunakan aplikasi SIPGAR

Pelaksana

Tenaga kesehatan atau guru

Frekuensi

1 kali per tahun

Tempat Pelaksanaan

Puskesmas, Sekolah, Posyandu Remaja

Persiapan -- Kuesioner PAR Q -- **Pelaksanaan dan Interpretasi** - Tindaklanjut

Standar Waktu Tempuh Single Test 1000m

Klasifikasi	Usia 10 tahun		Usia 11 tahun		Usia 12 tahun	
	Putera (menit - detik)	Puteri (menit - detik)	Putera (menit - detik)	Puteri (menit - detik)	Putera (menit - detik)	Puteri (menit - detik)
Baik Sekali	≤ 4'47"	≤ 5'16"	≤ 4'17"	≤ 5'04"	≤ 4'12"	≤ 4'52"
Baik	4'48"-5'49"	5'17"-6'28"	4'18"-5'14"	5'05"-6'10"	4'13"-5'05"	4'53"-5'54"
Cukup	5'50"-6'52"	6'29"-7'37"	5'15"-6'12"	6'11"-7'19"	5'06"-5'57"	5'55"-6'55"
Kurang	6'53"-7'53"	7'38"-8'48"	6'13"-7'09"	7'20"-8'28"	5'58"-6'49"	6'56"-7'56"
Kurang Sekal	≥ 7'54"	≥ 8'49"	≥ 7'10"	≥ 8'29"	≥ 6'50"	≥ 7'57"

Standar Waktu Tempuh Single Test 1600m

Putera

Usia (tahun)	Klasifikasi				
	Baik Sekali	Baik	Cukup	Kurang	Kurang Sekali
13	≤ 7'23"	7'24"-8'40"	8'41"-9'58"	9'59"-11'15"	≥ 11'16"
14	≤ 7'06"	7'07"-8'14"	8'15"-9'21"	9'22"-10'28"	≥ 10'29"
15	≤ 6'32"	6'33"-7'46"	7'47"-9'01"	9'02"-10'16"	≥ 10'17"
16	≤ 6'31"	6'32"-7'43"	7'44"-8'55"	8'56"-10'06"	≥ 10'07"
17	≤ 6'28"	6'29"-7'40"	7'41"-8'52"	8'53"-10'04"	≥ 10'05"
18	≤ 6'27"	6'28"-7'27"	7'28"-8'56"	8'27"-9'25"	≥ 9'26"
19	≤ 6'21"	6'22"-7'21"	7'22"-8'26"	8'21"-9'29"	≥ 9'20"

Puteri

Usia (tahun)	Klasifikasi				
	Baik Sekali	Baik	Cukup	Kurang	Kurang Sekali
13	≤ 9'29"	9'30"-10'55"	10'56"-12'21"	12'22"-13'46"	≥ 13'47"
14	≤ 9'26"	9'27"-10'51"	10'52"-12'15"	12'16"-13'39"	≥ 13'40"
15	≤ 9'03"	9'04"-10'33"	10'34"-12'04"	12'05"-13'34"	≥ 13'35"
16	≤ 7'55"	7'56"-9'48"	9'49"-11'40"	11'41"-13'32"	≥ 13'33"
17	≤ 7'54"	7'55"-9'43"	9'44"-11'33"	11'34"-13'22"	≥ 13'23"
18	≤ 7'52"	7'53"-9'27"	9'28"-11'02"	11'03"-12'37"	≥ 13'28"
19	≤ 7'51"	7'52"-9'25"	9'26"-11'00"	11'01"-12'34"	≥ 12'35"

Langkah-langkah Kegiatan

1. Peserta tes melakukan pemanasan.
2. Peserta tes berdiri di belakang garis "start".
3. Setelah aba-aba "siap" peserta tes mengambil sikap start berdiri tegak, siap untuk berjalan/berlari.
4. Setelah aba2 "ya" peserta tes berjalan cepat atau jogging (konstan) menempuh jarak **1000 meter** (usia 10-12 tahun) dan **1600 meter** (usia 13-19 tahun) menuju garis *finish*.
5. Peserta tes melakukan pendinginan.
6. Pencatatan waktu dilakukan dari saat bendera diangkat sampai peserta tes tepat melintas garis *finish*.

Interpretasi

Sesuaikan waktu tempuh dengan klasifikasi dalam tabel standar.

Persiapan – Kuesioner PAR Q – Pelaksanaan dan Interpretasi - **Tindaklanjut**

Hasil Interpretasi	Tindaklanjut
Baik/Baik sekali	<ul style="list-style-type: none">○ Anjuran aktivitas fisik 60 menit setiap hari sesuai dengan olahraga dan kegiatan yang disukai.○ Anjuran untuk mengikuti klub olahraga atau Atlet olahraga
Cukup	<ul style="list-style-type: none">○ Motivasi untuk Aktivitas fisik setiap hari 30-60 menit setiap hari (ditingkatkan bertahap).○ Analisis catatan kebiasaan aktivitas fisik dan riwayat penyakit.
Kurang/Kurang Sekali	<ul style="list-style-type: none">○ Motivasi untuk Aktivitas fisik setiap hari 30-60 menit setiap hari (ditingkatkan bertahap).○ Cek hasil penjarangan peserta didik, apakah ada masalah kesehatan. Rujuk jika diperlukan.○ Analisis catatan kebiasaan aktivitas fisik dan riwayat penyakit yang diderita.

Cek Kesehatan Secara Mandiri

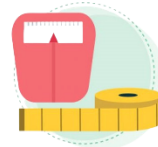
Cek Suhu Tubuh menggunakan termometer

Hipotermia: $< 35^{\circ}\text{C}$
Normal: $36.5-37.5^{\circ}\text{C}$
Demam/Hipertermia: $> 37.5-40^{\circ}\text{C}$
Hiperpireksia: $> 40^{\circ}\text{C}$



Cek Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB)

Konsultasikan ke tenaga
kesehatan untuk menilai
kategori dan ambang batas
status gizi anak



Cek Tekanan Darah



Kategori Anak usia ≥ 13 tahun:

Normal: $<120/80$ mmHg

Normal Tinggi: $120/<80 - 129/<80$ mmHg

Hipertensi Tingkat 1: $130/80$ mmHg – $138/89$ mmHg

Hipertensi Tingkat 2: $\geq 140/90$ mmHg

12 TIPS HIDUP SEHAT

- LAKUKAN AKTIVITAS FISIK SETIAP HARI
- DIET SEIMBANG
- PERIKSA KESEHATAN ANDA SECARA RUTIN
- BIASAKAN HIDUP BERSIH DAN SEHAT
- SEKS YANG AMAN
- KELOLA STRES
- IMUNISASI
- BARIKAN BAYI ANDA ASI EKSKLUSIF
- JANGAN BERKENDARA DALAM PENGARUH OBAT DAN MINUMAN KERAS
- GUNAKAN SABUK PENGAMAN KETIKA BERKENDARA DAN HELM SAAT BERMOTOR
- HINDARI MINUMAN KERAS
- TIDAK MEROKOK

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

CERDIK

- Cek Kesehatan Secara Rutin
- Enyahkan Asap Rokok
- Rajin Aktivitas Fisik
- Diet Seimbang
- Istirahat Cukup
- Kelola Stres

www.p2ptm.kemkes.go.id @p2ptmkemenkesRI



Ayo, Kita Kenali Penyakit Diabetes Melitus



APA YANG DAPAT DILAKUKAN UNTUK MENCEGAH DIABETES?

Mempertahankan berat badan ideal

Rutin beraktivitas fisik 30 menit setiap hari.

Makan makanan sehat antara 3-5 porsi buah dan sayuran sehari, dan kurangi asupan gula, garam dan lemak jenuh.

Kelola stres

Tes glukosa darah dan kadar HbA1c secara teratur

Hindari penggunaan tembakau (merokok, tembakau kunyah) dan hindari mengonsumsi alkohol



www.p2ptm.kemkes.go.id



[@p2ptmkemenkesRI](https://www.facebook.com/p2ptmkemenkesRI)



[@p2ptmkemenkesRI](https://twitter.com/p2ptmkemenkesRI)



[@p2ptmkemenkesRI](https://www.instagram.com/p2ptmkemenkesRI)



Persiapan untuk Berhenti Merokok



S

Set a quit date
Tetapkan tanggal berhenti merokok.

T

Tell family, friends, and co-workers you plan to quit
Beritahu keluarga, teman, dan konselor.

A

Anticipate and plan for the challenges you will face while quitting
Antisipasi & siapkan rencana apabila menghadapi godaan yang akan muncul pada saat berhenti merokok.

R

Remove cigarettes
Singkirkan rokok.

T

Talk to your doctor
Konsultasikan ke Dokter.

Keuntungan Berhenti Merokok

Waktu sejak berhenti	8 JAM	48 JAM	72 JAM	2-12 MINGGU	3-9 BULAN	1 TAHUN	10 TAHUN	15 TAHUN
		Paru-paru memperbaiki jaringan akibat residu rokok		Sirkulasi darah membaik		Risiko penyakit jantung menurun setengahnya		Penurunan terjadinya risiko serangan jantung
	Menurunnya kadar nikotin & karbon monoksida dalam darah		Pernapasan lebih lancar		Batuk dan mengi berkurang		Penurunan risiko terkena kanker paru	

Sumber: WHO



p2ptm.kemkes.go.id



[@p2ptmkemenkesRI](https://www.facebook.com/p2ptmkemenkesRI)



[@p2ptmkemenkesRI](https://twitter.com/p2ptmkemenkesRI)



[@p2ptmkemenkesRI](https://www.instagram.com/p2ptmkemenkesRI)

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 Tahun 2017

Edukasi Perilaku Sehat

Edukasi dan kampanye perilaku hidup sehat bagi semua lapisan masyarakat

Peningkatan Kualitas Lingkungan Sehat

Enyahkan asap rokok, menjaga kebersihan rumah dan lingkungan, menggunakan air bersih, pemberantasan sarang nyamuk & menyediakan ventilasi atau jendela untuk sirkulasi udara



Membiasakan Melakukan Aktivitas Fisik

Aktivitas Fisik dilakukan paling sedikit 30 menit setiap hari

Konsumsi Pangan Sehat

Konsumsi gizi seimbang (isi piringku), perbanyak makan buah & sayur, serta galakkan sarapan pagi.

Deteksi Dini Faktor Risiko

Pemeriksaan kesehatan secara berkala



Ayo, Kita Kenali Penyakit Diabetes Melitus



TIPS HIDUP SEHAT BAGI PENYANDANG DIABETES

1 Selalu mengonsumsi makanan dengan pola gizi seimbang menggunakan prinsip piring makan model T untuk makanan utama dan mengutamakan konsumsi buah-buah untuk makanan selingan.

2 **BATASI** makanan berikut ini, dan sangat baik jika dapat dihindari :

a. Mengandung banyak gula sederhana



b. Mengandung banyak Lemak



c. Mengandung banyak Natrium



3 Jika ingin mengganti gula pasir, gula aren/jawa dan gula batu dengan gula alternatif maka gunakanlah dalam jumlah terbatas. Gula alternatif yang dimaksud antara lain : fruktosa, gula alkohol berupa sorbitol, manitol dan silitol, aspartame dan sakarin. Untuk mengetahuinya dapat dengan membaca label pada kemasan.



Kendalikan HIPERTENSI dan DM untuk Hidup Sehat Lebih Lama



Penyakit Hipertensi dan DM sering tanpa tanda dan gejala



Dengan pengukuran berkala dapat dideteksi, lalu diobati segera agar penyakitnya terkontrol



Penyakit Hipertensi dan DM yang tidak terkontrol/ diketahui dapat menyebabkan gangguan jantung, gagal ginjal, stroke, kanker, paru kronik, dll.



Lakukan pengukuran tekanan darah dan gula darah secara berkala apalagi jika Anda memiliki faktor risiko yaitu :

- Konsumsi tinggi Gula Garam Lemak (GGL),
- Merokok,
- Kurang aktivitas fisik,
- Obesitas dan
- Keluarga yang mengidap Hipertensi & DM

Gizi Seimbang



- Proporsi makanan dalam Isi Piringku setiap kali makan:
- 2/3 bagian dari setengah piring masing-masing untuk makanan pokok dan untuk sayuran,
- 1/3 bagian dari setengah piring masing-masing untuk lauk-pauk dan untuk buah.



visualisasi gizi seimbang dalam sekali makan



Edukasi Gaya Hidup Sehat

12 TIPS HIDUP SEHAT

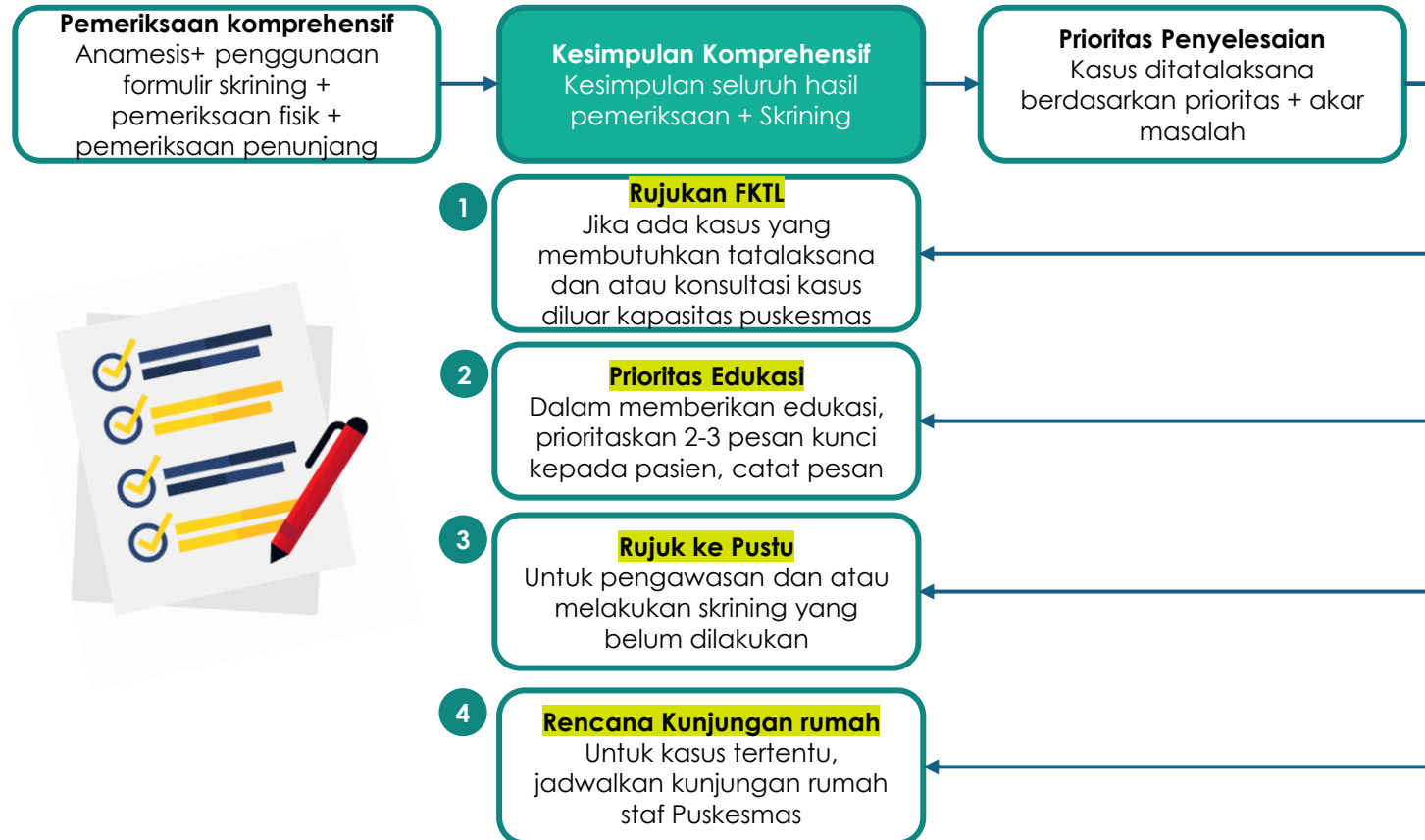
- LAKUKAN AKTIVITAS FISIK SETIAP HARI
- DIET SEIMBANG
- PERIKSA KESEHATAN ANDA SECARA RUTIN
- BIASAKAN HIDUP BERSIH DAN SEHAT
- SEKS YANG AMAN
- KELOLA STRES
- IMUNISASI
- BARIKAN BAYI ANDA ASI EKSKLUSIF
- JANGAN BERKENDARA DALAM PENGARUH OBAT DAN MINUMAN KERAS
- GUNAKAN SABUK PENGAMAN KETIKA BERKENDARA DAN HELM SAAT BERMOTOR
- HINDARI MINUMAN KERAS
- TIDAK MEROKOK

GERDIK

- C** Cek Kesehatan Secara Rutin
- E** Enyahkan Asap Rokok
- R** Rajin Aktivitas Fisik
- D** Diet Seimbang
- I** Istirahat Cukup
- K** Kelola Stres

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS
Gerakan Masyarakat Hidup Sehat



Kesimpulan	Alternatif Tindaklanjut
Anak sehat/sakit (gejala sakit) Pertumbuhan sesuai usia/tidak Perkembangan Sesuai usia/tidak Ada/ tidak ada gangguan pemberian makan* Imunisasi lengkap/tidak lengkap Ada/tidak ada risiko penyakit infeksi Ada/tidak ada risiko gangguan pertumbuhan tumbuh kembang Ada/tidak ada risiko sosial	Rujuk FKTP untuk pemeriksaan mendetail Rujuk faskes FKTP untuk tatalaksana lanjutan Rujuk balik ke Pustu untuk kelanjutan skrining dan monitoring Edukasi Kesehatan (konseling) dan Kelas Ibu Balita Rencana Kunjungan rumah- untuk kasus khusus

Kunjungan rumah oleh petugas Puskesmas kepada anak usia sekolah dan remaja dapat dilakukan atas indikasi:

1. Anak dengan masalah dan atau masalah kesehatan yang belum mendapatkan penanganan dan atau tidak menyelesaikan terapi.
2. Anak disabilitas yang memerlukan pelayanan dokter dan nakes
3. Anak yang membutuhkan pertolongan dokter dan nakes dengan pengasuh yang tidak dapat datang ke Puskesmas

BAB G -1

Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Kegiatan Luar Gedung



USAHA KESEHATAN SEKOLAH

Usaha Kesehatan Sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat bagi peserta didik, pendidik dan tenaga kependidikan dalam rangka mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas serta mewujudkan lingkungan sekolah yang sehat

Peran Puskesmas dalam UKS adalah

Melakukan pembinaan kepada Satuan Pendidikan dalam program UKS lewat kegiatan:

1. Pendidikan Kesehatan
2. Pelayanan Kesehatan
3. Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat

Tim Pelaksana UKS terdiri dari :

1. Dokter umum/perawat bertugas memeriksa kesehatan umum
2. Dokter gigi/perawat gigi bertugas memeriksa kesehatan gigi dan mulut
3. Petugas Gizi bertugas melakukan penimbangan BB dan pengukuran TB dibantu guru UKS
4. Petugas Kesling bertugas melakukan monitoring dan pembinaan terhadap lingkungan sekolah
5. Petugas promkes bertugas pembinaan PHBS anak sekolah.
6. Guru sebagai pembina UKS
7. Kader kesehatan sekolah
8. Petugas Kesehatan Jiwa



Pendidikan Kesehatan

Pendidikan Kesehatan dilakukan melalui

A. Gerakan Sekolah Sehat

1. Sehat Bergizi
2. Sehat Fisik
3. Sehat Imunisasi
4. Sehat Jiwa
5. Sehat Lingkungan



B. Pembinaan Kader Kesehatan Sekolah

Kader Kesehatan sekolah adalah kader yang bertugas mengoordinasikan kegiatan UKS dan dapat menjadi role model perilaku hidup sehat.



Kegiatan Aksi Bergizi meliputi

1. Olahraga Bersama
2. Sarapan sehat
3. Minum tablet tambah darah bagi remaja putri
4. Penyampaian Pendidikan gizi

Dilakukan Rutin berkesinambungan **1 minggu sekali**



Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan meliputi

- A. Skrining Kesehatan
- B. Pemberian Imunisasi
- C. Pemberian Tablet Tambah darah untuk Remaja Putri
- D. Pemberian Obat Cacing

Bulan Imunisasi Anak sekolah (BIAS) adalah kegiatan secara nasional meliputi skrining dan pemberian imunisasi pada anak Sekolah Dasar /Madrasah Ibtidaiyah dan bentuk lain yang sederajat yang dilaksanakan

Dua kali setahun:

- Bulan Agustus untuk Imunisasi Campak Rubela dan HPV
- Bulan November untuk imunisasi DT dan Td

Skrining Kesehatan – Pemberian Imunisasi –
Pemberian Tablet Tambah Darah – Pemberian Obat Cacing

PEMERIKSAAN FISIK



Tanda Vital



Status Gizi



Kebersihan Diri



Kebugaran Jasmani



Indera Penglihatan



Indera Pendengaran



Kesehatan Gizi dan Mulut

PENILAIAN KUESIONER



Riwayat Kesehatan Anak



Riwayat Imunisasi



Riwayat Kesehatan Keluarga



Penggunaan Zat Adiktif & Perilaku Berisiko



Kesehatan Jiwa



Kesehatan Reproduksi

Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan

meliputi

- A. Skrining Kesehatan
- B. Pemberian Imunisasi
- C. Pemberian Tablet Tambah darah untuk Remaja Putri
- D. Pemberian Obat Cacing

Bulan Imunisasi Anak sekolah (BIAS) adalah kegiatan secara nasional meliputi pemberian imunisasi pada anak Sekolah Dasar/Madrasah Ibtidaiyah dan bentuk lain yang sederajat yang dilaksanakan

Dua kali setahun:

- Bulan Agustus untuk Imunisasi Campak dan Rubella
- Bulan November untuk imunisasi Td dan DT

Skrining Kesehatan – Pemberian Imunisasi – Pemberian Tablet Tambah Darah – Pemberian Obat Cacing

No.	Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan Hasil Pemeriksaan
1	Riwayat kesehatan Anak	Riwayat alergi, epilepsi, kelainan darah, penyakit kronis lainnya
2	Riwayat imunisasi	Status imunisasi tidak lengkap
3	Riwayat kesehatan keluarga	Riwayat risiko penyakit keluarga yang diturunkan, risiko penyakit terkait gaya hidup keluarga, risiko penyakit menular yang diderita keluarga
4	Perilaku berisiko	Kebiasaan sarapan, kebiasaan jajan di sekolah, risiko merokok, minum minuman beralkohol dan penyalahgunaan NAPZA
5	Kesehatan reproduksi	Risiko masalah pubertas, IMS dan kekerasan seksual
6	Kesehatan mental	Risiko masalah mental emosional
7	Tanda vital	Tanda vital tidak dalam batas normal
8	Status Gizi	Status gizi sangat kurus, kurus, gemuk, obesitas, dan dugaan anemia
9	Kebersihan diri	Kulit dan kuku tidak dalam batas normal
10	Kesehatan penglihatan	Bisul pada kelopak mata, lensa keruh, bercak bitot, konjungtiva merah, gangguan tajam penglihatan
11	Kesehatan pendengaran	Infeksi telinga, serumen, gangguan tajam pendengaran
12	Kesehatan gigi dan mulut	Karies gigi, radang gusi, karang gigi, kandidiasis mulut, kelainan pada rongga mulut
13	Kebugaran jasmani	hasil Tes Kebugaran Jasmani kurang atau kurang sekali

Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan meliputi

- A. Skrining Kesehatan
- B. Skrining dan Pemberian Imunisasi
- C. Pemberian Tablet Tambah darah untuk Remaja Putri
- D. Pemberian Obat Cacing

Skrining Kesehatan – **Skrining dan Pemberian Imunisasi** –
Pemberian Tablet Tambah Darah – Pemberian Obat Cacing

Bulan Imunisasi Anak sekolah (BIAS) adalah kegiatan secara nasional meliputi pemberian imunisasi pada anak Sekolah Dasar/Madrasah Ibtidaiyah dan bentuk lain yang sederajat yang dilaksanakan

Dua kali setahun:

- Bulan Agustus untuk Imunisasi Campak, Rubella dan HPV
- Bulan November untuk imunisasi DT dan Td

Sasaran Sekolah	Jenis Vaksin	Bulan	Pemberian
Kelas 1	Campak Rubela DT	Agustus	1 kali
		November	1 kali
Kelas 2	Td	November	1 kali
Kelas 5	Td HPV* dosis 1	November	1 kali
		Agustus	1 kali
Kelas 6	HPV* dosis 2	Agustus	1 kali

Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan

meliputi

- A. Skrining Kesehatan
- B. Pemberian Imunisasi
- C. Pemberian Tablet Tambah darah untuk Remaja Putri
- D. Pemberian Obat Cacing

Skrining Kesehatan – Pemberian Imunisasi –
Pemberian Tablet Tambah Darah – Pemberian Obat Cacing

Sasaran

Seluruh remaja putri kelas 7-12

Metode

Minum TTD bersama pada kegiatan Aksi Bergizi di sekolah untuk memastikan kepatuhan konsumsi

Frekuensi

Rutin seminggu sekali selama 52 minggu

Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan

meliputi

- A. Skrining Kesehatan
- B. Pemberian Imunisasi
- C. Pemberian Tablet
Tambah darah untuk
Remaja Putri
- D. Pemberian Obat
Cacing

Skrining Kesehatan – Pemberian Imunisasi –
Pemberian Tablet Tambah Darah – **Pemberian Obat Cacing**

Pemberian Obat Pencegahan Secara Masal Cacingan (POPM Cacingan) merupakan **pemberian obat cacing secara serentak** kepada semua penduduk sasaran di wilayah berisiko cacingan sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan cacingan.

Pemberian Obat Cacing		
Sasaran	Pemberian	Tempat
PAUD SD/MI	<ul style="list-style-type: none"> • 2x / tahun (daerah prevalensi tinggi) • 1x / tahun (daerah prevalensi sedang) 	Sekolah/ Madrasah

Pembinaan Lingkungan sekolah dilakukan dengan **membuat standar kesehatan** bagi sekolah dan melakukan monitoring secara berkala, misalnya untuk kebersihan lingkungan, kelayakan kantin sekolah

Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat

Contoh pembinaan lingkungan sekolah sehat

Sasaran

Pengelola kantin dan pedagang kaki lima serta peserta didik

Kegiatan

1. Penyuluhan higiene sanitasi pangan untuk food handler. (penjamah makanan di kantin) oleh sekolah/madrasah bekerjasama dengan Puskesmas, BPOM atau lembaga lainnya.
2. Penyuluhan makanan bergizi seimbang untuk food handler dan pengelola kantin sekolah/madrasah.
3. Pengawasan kantin sehat dan pengisian buku rapor kantin oleh sekolah/madrasah (kepala sekolah/madrasah, guru UKS/M).
4. Inspeksi kantin sekolah/madrasah oleh Puskesmas.
5. Pemberian stiker kepada kantin yang memenuhi syarat.
6. Pemberdayaan kader kesehatan sekolah/madrasah untuk melakukan kegiatan peningkatan dan pengawasan kantin sehat di sekolah/madrasah

Pelaksana

Kepala sekolah/madrasah, Guru UKS/M, Puskesmas, pengelola kantin, kader kesehatan sekolah/madrasah.

Sarana

Tempat pengelolaan pangan kantin/pangan jajanan, stiker, APD (celemek, tutup kepala, sarung tangan dan masker).



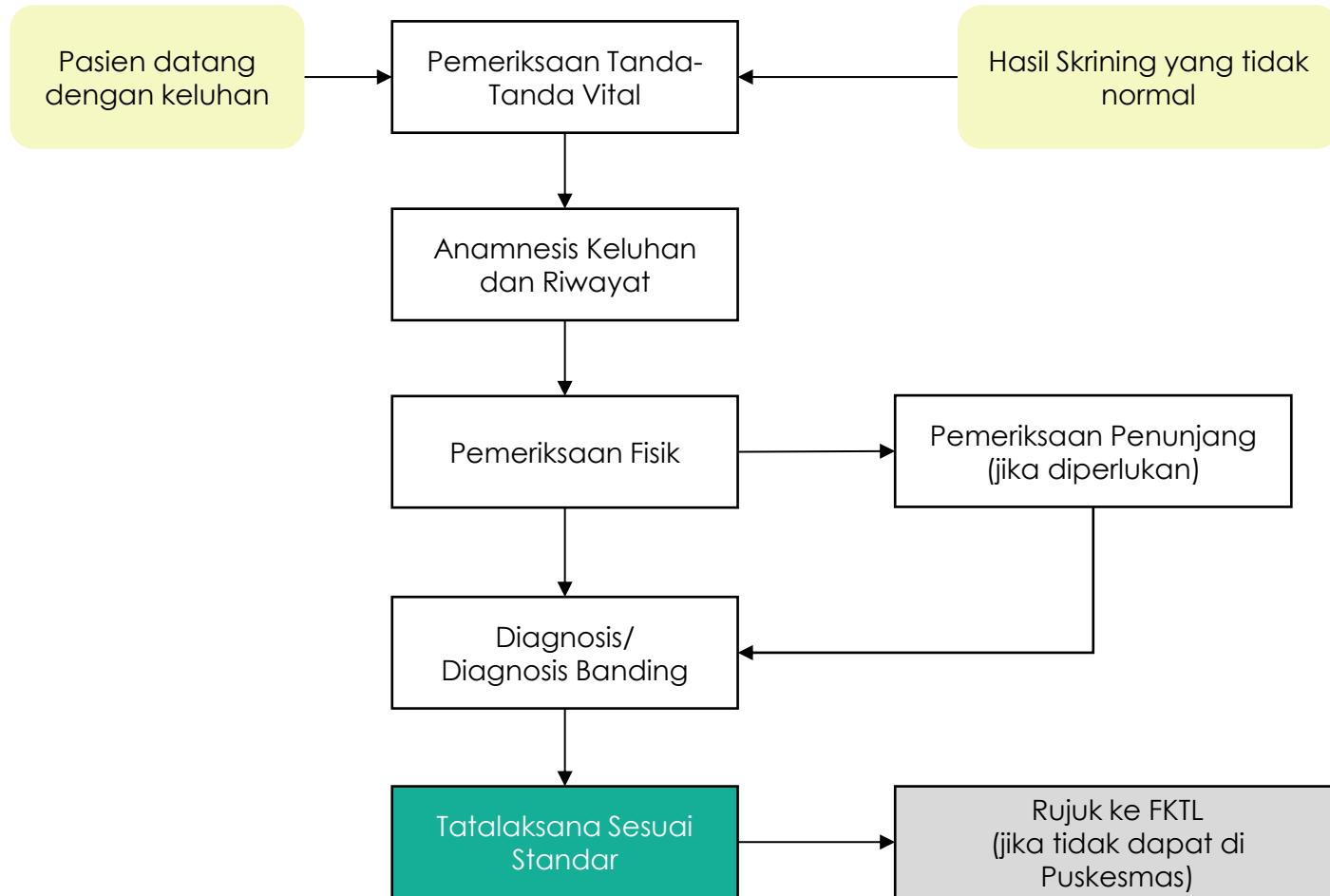


BAB G-2

Tatalaksana dan Pelayanan Pengobatan Anak Usia Sekolah dan Remaja



Alur Pelayanan Pengobatan



Keluhan Paling Sering Anak Usia Sekolah dan Remaja

Keluhan Utama	Algoritme Tatalaksana	Informasi
Berat Badan Postur Pendek Mudah Lelah/Pucat Pubertas	Algoritma Pertumbuhan dan Perkembangan	Bagan MTPKR Hal 27
Menstruasi Kehamilan Infeksi Menular Seksual	Algoritme Kesehatan Reproduksi	Bagan MTPKR Hal 40
Masalah alat kelamin (khusus anak laki-laki)	Algoritme Genitalia	Bagan MTPKR Hal 66
Kecurigaan infeksi HIC Demam tinggi dan mengigili khas Malaria Batuk brdahak	Algoritme Infeksi	Bagan MTPKR Hal 71
Nyeri Kepala Nyeri perut non menstruasi keganasan	Algoritmen lain-lain	Bagan MTPKR Hal 129
Masalah kulit Masalah THT Masalah Tajam penglihatan	Algoritme Indera	Bagan MTPKR Hal 97
Masalah kekerasan Masalah mental emosional Masalah rokok/alkohol/narkoba	Algoritme Kesehatan Jiwa	Bagan MTPKR Hal 85

A. Menstruasi

- a. Masalah siklus
 - 1. Hamil atau kemungkinan hamil 41
 - 2. Haid tidak teratur atau perdarahan antara dua haid mungkin disebabkan malnutrisi/penyakit penyerta 41
 - 3. Haid tidak teratur atau perdarahan antara dua haid disebabkan penggunaan kontrasepsi 42
 - 4. Ketidakteraturan haid pada awal remaja 43
 - 5. Haid normal 43
- b. Masalah nyeri
 - 1. Kondisi memerlukan pembedahan/berhubungan dengan kehamilan 43
 - 2. Dismenorea/Nyeri Haid 44
- c. Masalah perdarahan
 - 1. Kemungkinan perdarahan akibat kehamilan 46
 - 2. Menorrhagia disertai anemia 46
 - 3. Menorrhagia tanpa disertai anemia 48
 - 4. Menorrhagia mungkin berhubungan dengan kotrasepsi 48
 - 5. Pendarahan haid normal 48

B. Kehamilan

- 1. Kemungkinan komplikasi kehamilan 49
- 2. Mengarah pada gejala kehamilan tapi terlalu dini untuk dipastikan 49
- 3. Hamil 50
- 4. Hubungan seksual tanpa pelindung dalam lima hari terakhir 50
- 5. Kemungkinan Hamil 50

- 6. Sepertinya tidak hamil 51
- 7. Tidak hamil 51

C. Infeksi menular seksual

- a. Duh Tubuh Uretra/Nyeri saat berkemih
 - 1. Kemungkinan IMS 52
 - 2. Normal 53
- a. Cairan Abnormal dari vagina/rasa terbakar atau gatal di vagina
 - 1. Kemungkin gawat darurat akibat kehamilan 54
 - 2. Penyakit Radang Panggul 54
 - 3. Servicitis/Kemungkinan Gonore/Klamidia/Vaginosis bakterial dan trikomoniasis 55
 - 4. Vaginitis/kemungkinan kandidiasis vaginalis/Vaginosis bakterial dan trikomoniasis 55
 - 5. Vaginitis/kemungkinan Vaginosis bakterial dan trikomoniasis 56
 - 6. Duh Tubuh Vagina Normal/Fisiologis 58
- c. Luka di Genitalia dan/atau anus dan sekitarnya
 - 1. Kemungkinan IMS: Herpes Genital 58
 - 2. Kemungkinan IMS: Sifilis, Chancroid dan Herpes Genital 59
 - 3. Normal 60
- d. Pembengkakkan di Pangkal Paha
 - 1. Kelenjar Getah Bening (limfe) yang terinfeksi (bubo) 61
 - 2. Infeksi Kelenjar Getah Bening (limfe) 62
 - 3. Normal
- e. Cairan Adnormal dari vagina, rasa terbakar/gatal: Kemungkinan Kutil Kelamin/Kondiloma Akuminata 63

A. HIV	
1. Kemungkinan infeksi HIV	72
2. Berisiko terinfeksi HIV	73
3. Tidak berisiko terinfeksi HIV	73
B. Malaria	
1. Malaria berat atau malaria dengan komplikasi	74
2. Malaria Falsiparum	75
3. Malaria Vivax/Ovale	76
4. Malaria Malariae	77
5. Infeksi campuran P. Falciparum dan P. Vivax/P.Ovale	78
6. Malaria diderita saat Kehamilan	78
7. Pencegahan Malaria	78
C. Tuberkulosis	79

A. Masalah Kekerasan pada Remaja

- | | |
|----------------------|----|
| 1. Kekerasan Fisik | 86 |
| 2. Kekerasan Seksual | 89 |

B. Masalah Mental Emosional

- | | |
|--|----|
| 1. Kecurigaan remaja mengalami gangguan depresi | 92 |
| 2. Kecurigaan remaja mengalami gangguan bipolar | 92 |
| 3. Kecurigaan remaja mengalami gangguan psikopat, termasuk skizofrenia | 93 |
| 4. Kecurigaan remaja mengalami gangguan cemas | 94 |
| 5. Kecurigaan remaja mengalami gangguan makan | 94 |

C. Masalah Rokok, Alkohol, Narkoba

- | | |
|---|----|
| 1. Remaja dengan kecurigaan mengonsumsi narkotika dan obat-obatan terlarang | 95 |
| 2. Remaja dengan kebiasaan merokok | 95 |
| 3. Remaja dengan kebiasaan mengonsumsi alkohol | 96 |

A. Masalah Ketajaman Penglihatan

1. Kondisi mata akut	98
2. Kelainan refraksi yang tidak terkoreksi	98
3. Miopia Ringan	99
4. Presbiopia	99
5. Hipermetropi	100
6. Glaukoma Akut	100
7. Penglihatan normal/fungsional tetapi Remaja mengalami nyeri kepala	101
8. Gangguan mata merah tapi visus normal	102
9. Penglihatan normal/kelainan cukup dikoreksi dengan kacamata	103

B. Masalah Telinga

a. Telinga luar	
1. Otitis eksterna sirkumskripta	104
2. Otitis eksterna difus	104
3. Otomikosis	105
4. Herpes Otikus	105
5. Serumen Prop	105
b. Infeksi telinga tengah	
1. Keluar cairan berulang/penurunan pendengaran dan rupture membrane timpani	107
2. Otitis Media Akut Stadium Oklusi Tuba	107
3. Otitis Media Akut Stadium Oklusi Hiperemis	107
4. Otitis Media Akut Stadium Oklusi Supurasi	108
5. Otitis Medis Akut Stadium Oklusi Perforasi	109

C. Masalah Hidung dan Tenggorok

a. Rinitis	110
1. Rinitis Simpleks	111
2. Rinitis Bakterial	112
3. Rinitis Alergi	112
b. Faringitis	
1. Faringitis Viral	114
2. Faringitis Bakterial	115
3. Faringitis Fugal	115
4. Faringitis Kronik Hiperplastik	116
5. Faringitis Kronik Atropi	116

D. Masalah Kulit

a. Akne	
1. Jerawat Berat	117
2. Jerawat Sedang	118
3. Jerawat Ringan	118
a. Skabies	119
b. Dermatitis Atopi	
1. Dermatitis atopi berat	121
2. Dermatitis atopi sedang	121
3. Dermatitis atopi ringan	122
a. Dermatitis Seboroik	125
b. Infeksi Jamur	
1. Tinea	127
2. Pitiriasis versicolor (panu)	128

A. Nyeri Kepala

1. Kondisi serius disertai efek neurologis	130
2. Nyeri kepala yang berhubungan dengan infeksi yang sedang berlangsung	130
3. Nyeri kepala yang berhubungan dengan sinusitis	131
4. Nyeri kepala yang berhubungan dengan kondisi gigi	131
5. Nyeri kepala yang berhubungan dengan cedera kepala /leher	132
6. Migren	132
7. Nyeri kepala yang berhubungan dengan alkohol / penggunaan zat lain / putus obat	133
8. Nyeri kepala yang berhubungan dengan aspek psikologis	133
9. Nyeri kepala yang berhubungan dengan kondisi mata	133
10. Nyeri kepala tipe tegang	134
11. Vertigo	134

B. Nyeri Perut Non-Menstruasi

1. Nyeri yang berhubungan dengan akut abdomen	135
2. Nyeri yang berhubungan dengan kehamilan atau kemungkinan hamil	136
3. Penyakit Radang Panggul	137

4. Nyeri Haid / Ovulasi	137
5. Gastoenteritis	137
6. Nyeri perut yang berhubungan dengan penyakit virus	137
7. Nyeri yang berhubungan dengan infeksi saluran kemih	138
8. Konstipasi	138
9. Nyeri abdomen kronik atau berulang	138
10. Gastritis	138
11. Nyeri abdomen non-spesifik akut	139
12. Nyeri perut yang berhubungan dengan aspek psikologis	139

C. Asma

1. Serangan asma dengan ancaman henti napas	140
2. Asma serangan berat	140
3. Asma serangan sedang —ringan	141

D. Diabetes Mellitus

1. Ketoasidosis	144
2. Diabetes Mellitus	145

E. Hipertensi

1. Hipertensi	146
2. Pra hipertensi	147
3. Tekanan darah normal	148

F. Keganasan

	152
--	-----

BAB H

**PELAYANAN KESEHATAN
IBU DAN ANAK**



BAB H-1

Pelayanan Kesehatan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak



Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) adalah segala bentuk tindak kekerasan berbasis gender yang berakibat, atau mungkin berakibat, menyakiti secara fisik, seksual, mental atau penderitaan terhadap perempuan; termasuk ancaman dari tindakan tersebut, pemaksaan atau perampasan semena-mena kebebasan, baik yang terjadi di lingkungan masyarakat maupun dalam kehidupan pribadi.

Jenis-jenis kekerasan pada Perempuan dan Anak:

- Kekerasan Fisik
- Kekerasan Psikis
- Kekerasan Seksual
- Penelantaran

Kekerasan terhadap anak (KtA) adalah semua bentuk perlakuan menyakitkan secara fisik ataupun emosional, penyalahgunaan seksual, penelantaran, eksploitasi komersial atau eksploitasi lain, yang mengakibatkan cedera/ kerugian nyata ataupun potensial terhadap kesehatan anak, kelangsungan hidup anak, tumbuh-kembang anak, atau martabat anak, yang dilakukan dalam konteks hubungan tanggung-jawab, kepercayaan atau kekuasaan (WHO).

Kekerasan pada Perempuan dan Anak dapat berupa:

- Kekerasan dalam **hubungan dekat/pribadi dan/atau keluarga**.
- Kekerasan dalam **tempat kerja, sekolah dan ruang publik lainnya**.
- Kekerasan terhadap perempuan juga tampil **dalam praktik-praktik budaya**.
- Kekerasan dalam **situasi bencana**.
- Kekerasan dalam **situasi konflik dan perang**.

Pengertian Tindak Pidana Perdagangan Orang (TPPO)

Perdagangan Orang adalah tindakan perekrutan, pengangkutan, atau penerimaan seseorang dengan ancaman kekerasan, penggunaan kekerasan, penculikan, penyekapan, pemalsuan, penipuan, penyalahgunaan kekuasaan atau posisi rentan, penjeratan utang atau memberi bayaran atau manfaat, sehingga memperoleh persetujuan dari orang yang memegang kendali orang lain tersebut, baik yang dilakukan di dalam negara maupun antar negara, untuk tujuan eksploitasi atau mengakibatkan orang tereksplorasi

Tindak Pidana Perdagangan Orang Harus memenuhi unsur	Korban Ibu Hamil, Ibu Nifas (≥ 18 tahun)	Korban Anak (< 18 tahun)
PROSES: Perekrutan atau Pengangkutan atau Penampungan atau Pengiriman atau Pemindahan atau Penerimaan	V	V
dengan CARA: Ancaman atau Penggunaan Kekerasan atau Penculikan atau Pemalsuan atau Penggunaan Kekerasan atau Penculikan atau Pemalsuan atau Penipuan atau Penyalahgunaan Kekuasaan atau Jeratan Utang	V	
untuk TUJUAN: Eksploitasi termasuk Pelacuran atau Kerja Paksa atau Perbudakan atau Kekerasan Seksual atau Transplantasi Organ	V	V

Pada kasus TPPO, persetujuan korban tidak relevan, yaitu

- ▶ Bagi orang dewasa, meskipun korban menyatakan setuju kepada pelaku, namun memenuhi salah satu unsur "cara" TPPO maka persetujuannya dianggap tidak relevan (diabaikan).
- ▶ Bagi anak, persetujuan sama sekali tidak relevan.

Peran Puskesmas Pelayanan Kesehatan Kasus Kekerasan pada Perempuan dan Anak



Pembagian Peran Tenaga Kesehatan Puskesmas dalam Pelayanan Kesehatan Kasus Kekerasan pada Perempuan dan Anak

Dokter

Sebagai dokter
pemeriksa korban

Sebagai saksi ahli

Tenaga Medis Lain

Membantu dalam mendeteksi adanya kemungkinan tindak pidana pada kasus medik yang ditangani

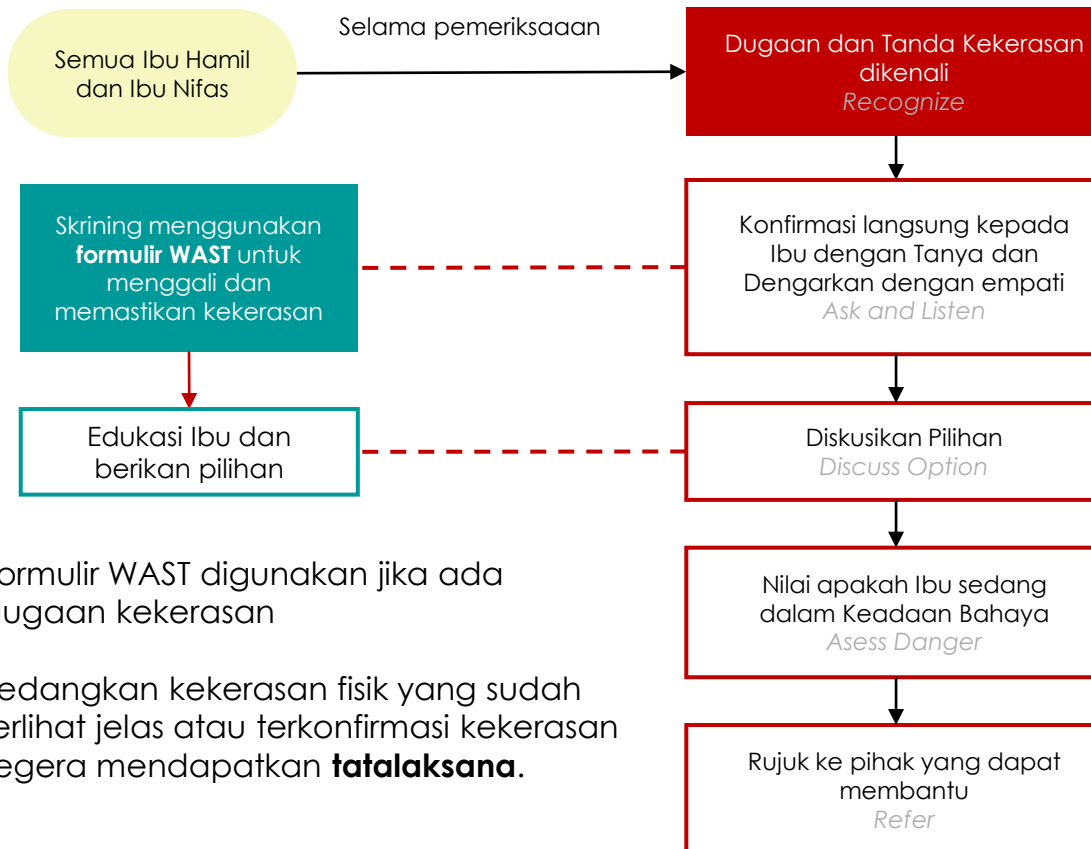
Menjadi saksi atas tindak pidana yang berkaitan dengan masalah kesehatan

Membantu melakukan pemeriksaan pada korban / tersangka

Merawat pasien baik sebagai korban / pelaku tindak pidana

Skrining Kekerasan pada Perempuan

Skrining kekerasan pada perempuan **HANYA** dilakukan jika ada dugaan kekerasan.



Formulir WAST digunakan jika ada dugaan kekerasan

Sedangkan kekerasan fisik yang sudah terlihat jelas atau terkonfirmasi kekerasan segera mendapatkan **tatalaksana**.

Tujuan Skrining

- Mengetahui sedini mungkin apakah seorang perempuan adalah korban kekerasan.
- Agar dapat dilakukan tindakan yang tepat apabila ada dugaan kekerasan.

Perhatikan!

Tenaga medis dan tenaga kesehatan wajib menginformasikan kepada UPTD PPA, unit pelaksana teknis dan unit pelaksana teknis daerah di bidang sosial, Lembaga Penyedia Layanan Berbasis Masyarakat, dan/ atau kepolisian dengan memprioritaskan keselamatan korban jika menemukan adanya:

- dugaan terjadinya Tindak Pidana Kekerasan Seksual.
- kekerasan terhadap perempuan yang mengancam nyawa

Karakteristik Perempuan dengan Tanda-Tanda Kekerasan

Karakteristik **Subjektif** Perempuan yang mengalami Kekerasan

- ▶ Ketidaknyamanan terlihat saat membicarakan hubungan dalam rumah tangga
- ▶ Jika ada kehadiran pasangan (pasangan ikut menemani dalam ruang pemeriksaan dan menguasai/mendominasi wawancara, dan tidak akan meninggalkan korban dengan petugas kesehatan, korban biasanya hanya diam/sedikit bicara
- ▶ Korban berkali-kali datang meminta bantuan kesehatan ke Puskesmas dengan keluhan yang tidak jelas
- ▶ Korban mengeluh masalah kesehatan yang diasosiasikan dengan kekerasan
- ▶ Luka atau memar yang tidak dapat dijelaskan dengan baik dan tidak konsisten dengan latar belakang kejadian
- ▶ Adanya keluhan subyektif namun tidak ditemukan kelainan pada pemeriksaan fisiknya (keluhan somatik)
- ▶ Adanya gejala **post traumatic syndrome disorder** (PTSD)
- ▶ Bisa ditemukan adanya reaksi konversi (*Histerical Conversion/Reaction*) yaitu kejang yang diakibatkan bukan karena adanya gangguan fungsi organ.
- ▶ Adanya jeda antara sebuah luka/memar dan datang ke puskesmas untuk mencari bantuan
- ▶ Luka/memar di kepala, leher, dada, payudara, daerah di bawah perut atau daerah alat kelamin
- ▶ Adanya luka/memar di beberapa tempat sekaligus dalam kondisi kesembuhan yang bervariasi

Kenali tanda-tanda/karakteristik **objektif** berikut

Luka/memar pada saat hamil, terutama di payudara dan daerah di bawah perut

Seringnya berkunjung ke Puskesmas, bisa saja ke dokter spesialis yang berbeda-beda

Kesakitan Kronis tanpa sebab yang jelas

Keguguran dan Aborsi

Mengalami bermacam-macam Infeksi Menular Seksual (IMS), hamil, keguguran dan aborsi serta infeksi urin dan vaginal

Percobaan Bunuh Diri

Kehamilan yang tidak diinginkan

Formulir Woman Abuse Screening Tools/WAST

Secara umum, bagaimana Anda menggambarkan hubungan Anda dengan pasangan?		
<input type="checkbox"/> Penuh ketegangan	<input type="checkbox"/> Beberapa (agak ada) ketegangan	<input type="checkbox"/> Tidak ada ketegangan
Apakah Anda dan pasangan Anda mengatasi pertengkaran mulut dengan?		
<input type="checkbox"/> Sangat kesulitan	<input type="checkbox"/> Agak kesulitan	<input type="checkbox"/> Tanpa kesulitan
Apakah pertengkaran mulut menyebabkan Anda merasa direndahkan atau merasa tidak nyaman dengan diri sendiri?		
<input type="checkbox"/> Sering	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah
Apakah pertengkaran mulut mengakibatkan pasangan Anda memukul, menendang, atau mendorong?		
<input type="checkbox"/> Sering	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah
Apakah Anda merasa ketakutan terhadap apa yang dikatakan atau dilakukan oleh pasangan Anda?		
<input type="checkbox"/> Sering	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah
Apakah Anda merasa dibatasi dalam mengatur pembelanjaan rumah tangga?		
<input type="checkbox"/> Sering	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah

No. Responden :

Umur :

Lokasi wawancara :

Beri tanda centang pada jawaban yang sesuai dengan kondisi pasien.

Satu pernyataan positif (dijawab sering atau kadang-kadang) mengindikasikan adanya kekerasan.

Jika korban diperiksa di fasilitas layanan kesehatan yang tidak memiliki tenaga terlatih dan prasarana pemeriksaan, maka tenaga kesehatan dapat merujuk korban pada fasilitas layanan kesehatan yang memiliki tenaga terlatih serta sarana yang memadai.

Pemeriksaan Ibu dengan Keluhan Utama Mengalami Kekerasan Fisik KDRT

Ibu Hamil dan Ibu Nifas dengan keluhan utama mengalami kekerasan Fisik

Kondisi Pasien

Tidak gawat tidak darurat

- Anamnesis
- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan penunjang
- Asesmen psikis
- Dokumentasi luka secara lengkap

Gawat tidak darurat

- Tatalaksana kegawatan, berbarengan dengan:
 - Dokumentasi perlukaan, dan
 - Pengambilan sampel yang diperlukan
- Lakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan asesmen psikis segera setelah kegawatan teratasi

Gawat darurat

- Tatalaksana kegawatan, berbarengan dengan :
 - Dokumentasi perlukaan, dan
 - Pengambilan sampel
- Lakukan pemeriksaan lengkap jika kondisi pasien sudah stabil (di ruang perawatan)

Rencana Tindakan

Anamnesis

- Riwayat kejadian
- Kronologi peristiwa terkait perlukaan
- Riwayat kejadian sebelumnya
- Pertama kali kekerasan terjadi
- Kekerasan sebelum kejadian pelaporan
- Kekerasan kejadian kekerasan
- Kekerasan yang paling berat yang pernah terjadi
- Apakah sudah pernah melaporkan kasus sebelumnya
- Apakah ada korban lain di rumah tangga
- Apakah ada kekerasan lain selain fisik yang juga dialami pasien

Pemeriksaan Fisik

- Pemeriksaan kesadaran
- Pemeriksaan tanda vital
- Pengukuran pertumbuhan (berat badan, tinggi badan, lingkar lengan, dan gigi geligi)
- Pemeriksaan luka-luka secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki untuk mencari luka lama dan luka baru

Pemeriksaan Penunjang

Sesuai masalah medis yang ditemukan

Tatalaksana

- Sesuai temuan klinis
- Penjadwalan asesmen lanjutan
- KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa diakses

Tatalaksana Medikolegal

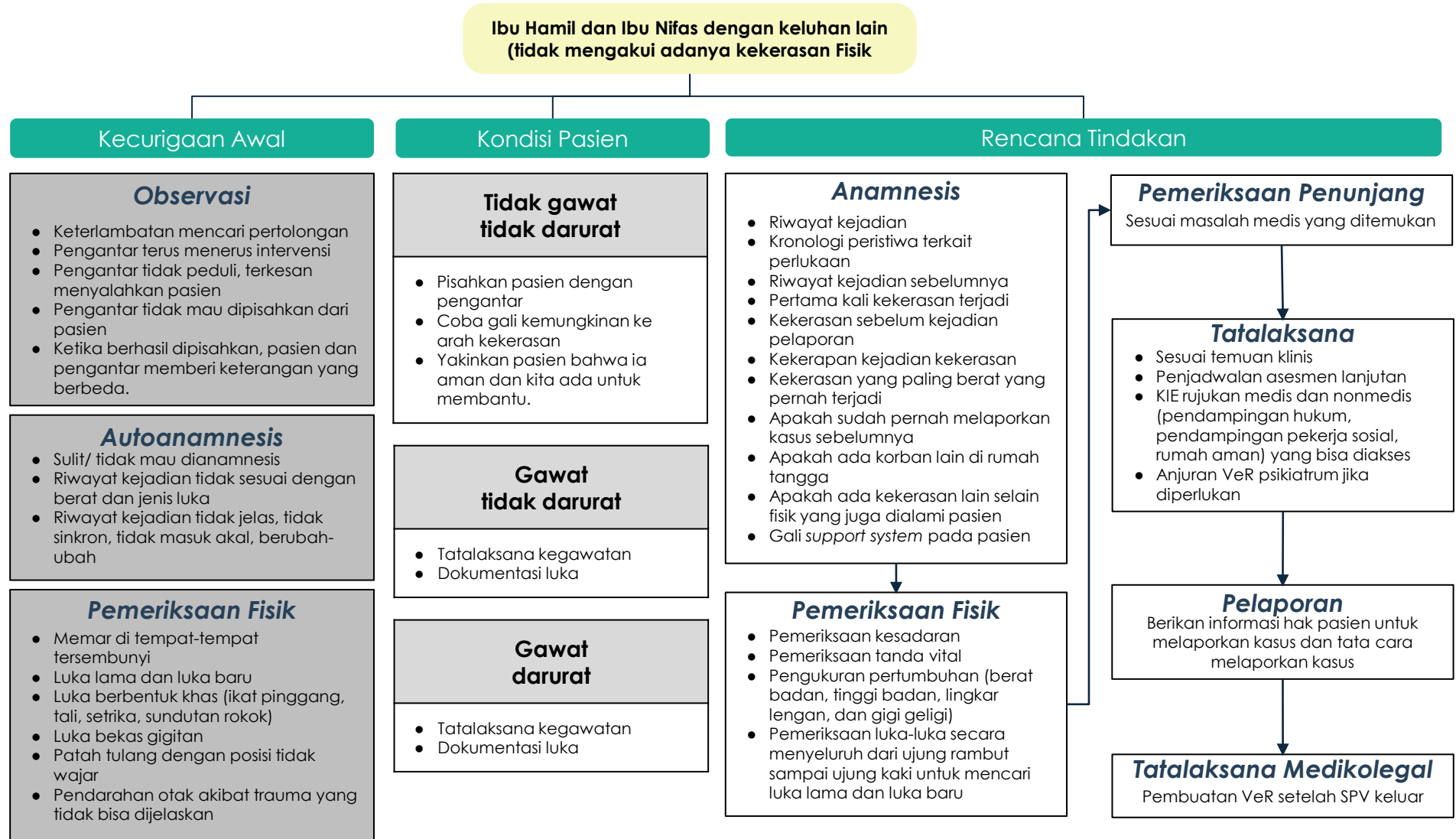
Pasien belum lapor/ belum membawa SPV:

- Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus dan tatacara melaporkan kasus

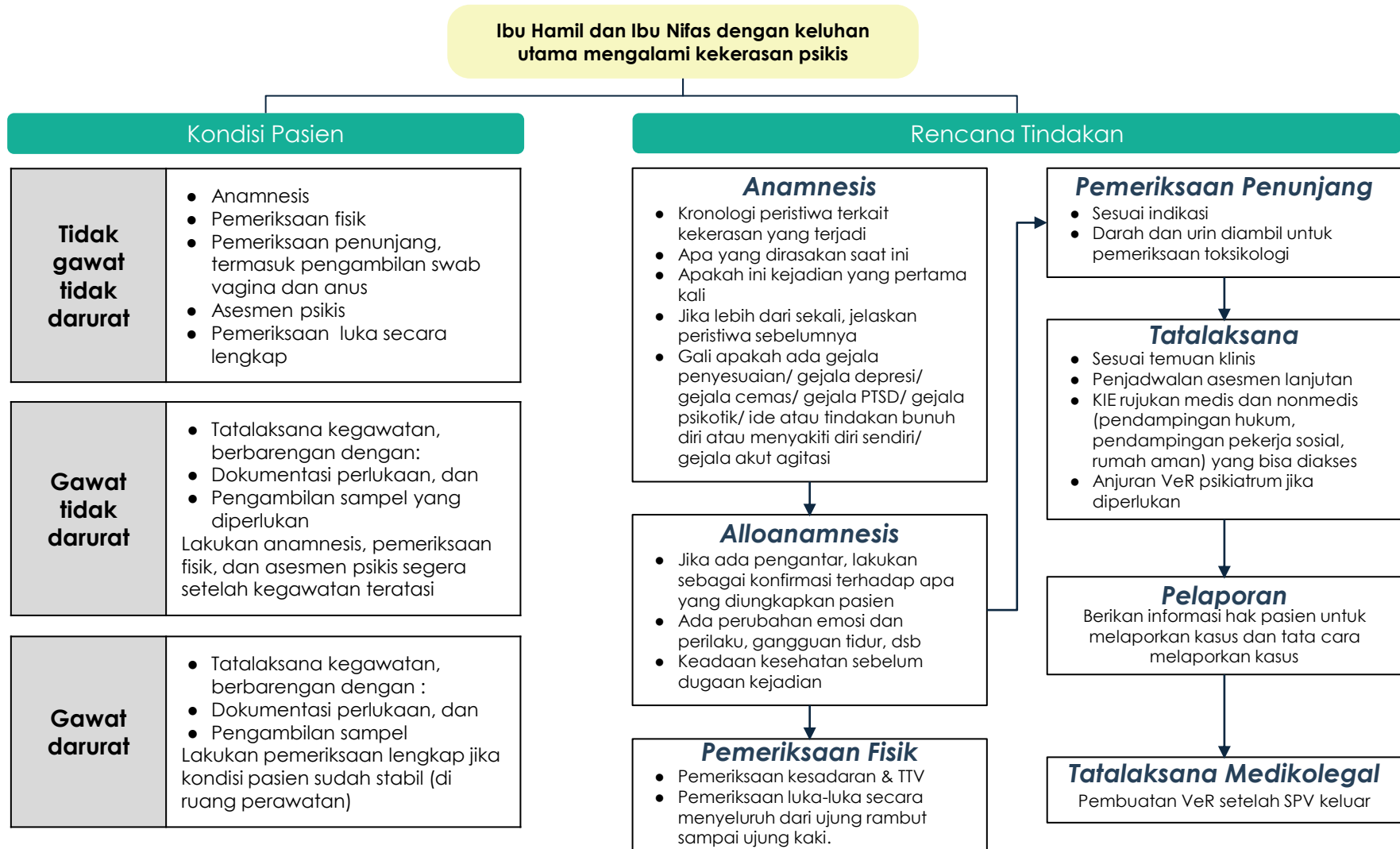
Pasien sudah membawa SPV:

- Dokumentasikan dalam rekam medis
- Buat VeR

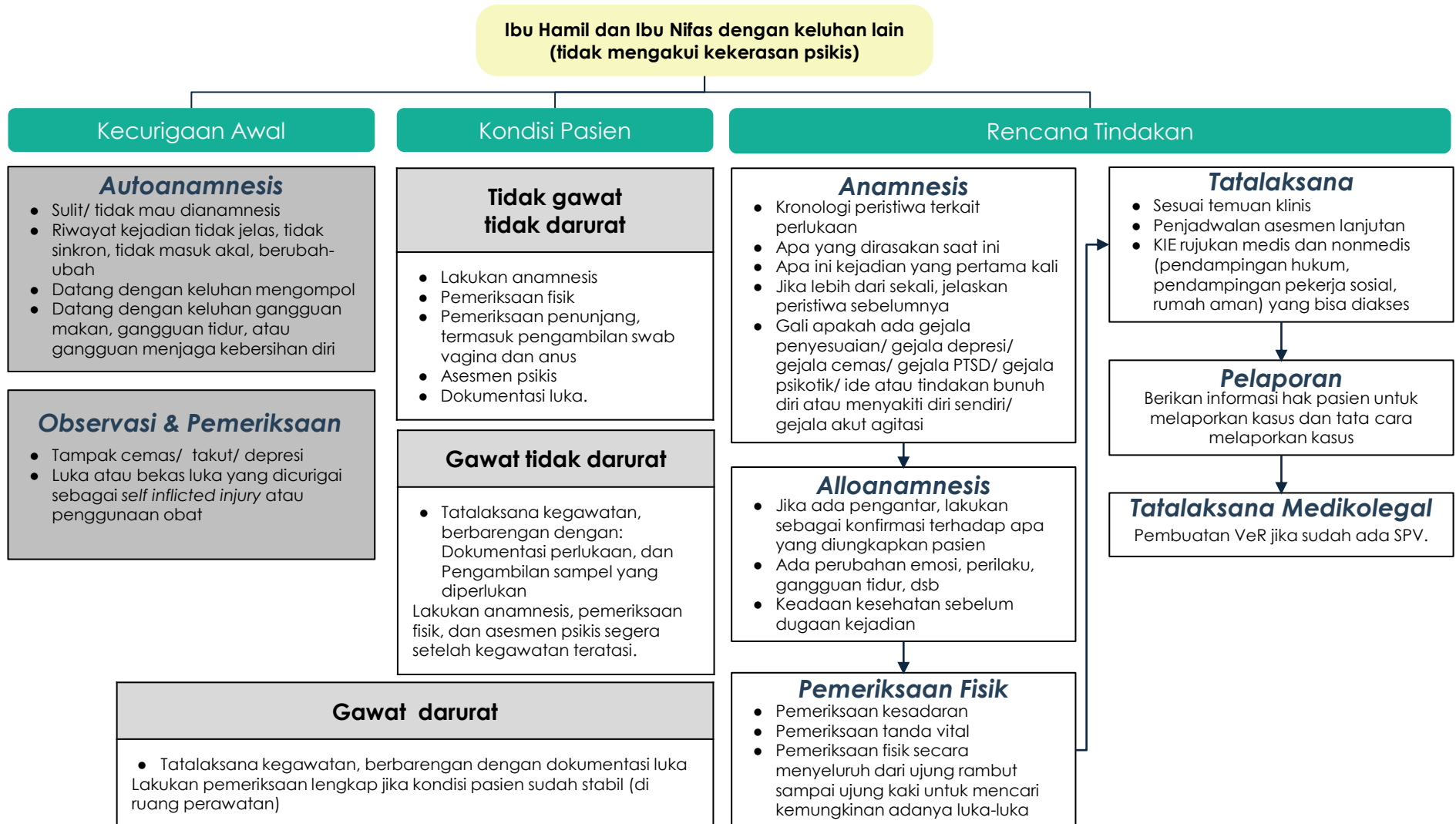
Pemeriksaan Ibu dengan Dugaan Adanya Keluhan Fisik (Tidak Mengakui Adanya Kekerasan Fisik) KDRT



Pemeriksaan Ibu dengan Keluhan Kekerasan Psikis



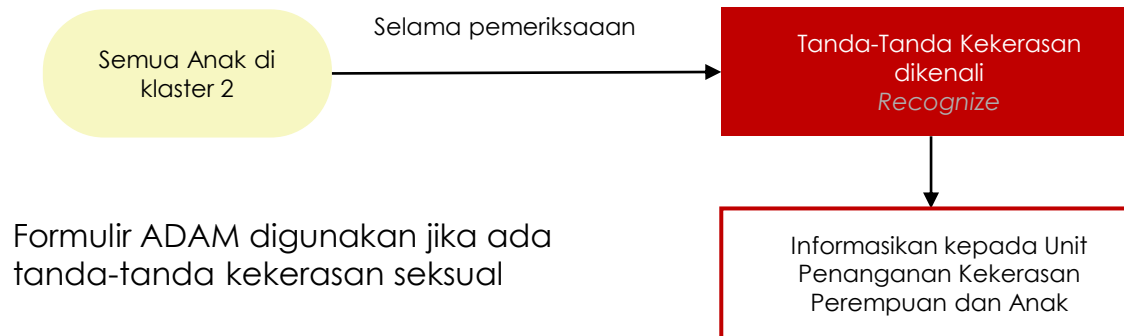
Pemeriksaan Ibu dengan KDRT – Keluhan Lain (Tidak Mengakui Kekerasan Psikis)



Skrining Kekerasan pada Anak

1

Skrining kekerasan pada anak HANYA dilakukan jika ada dugaan kekerasan.



Tujuan Skrining

- Mengetahui sedini mungkin apakah seorang Anak adalah termasuk korban kekerasan.
- Agar dapat dilakukan tindakan yang tepat apabila dicurigai terdapat kekerasan terhadap perempuan.

Perhatikan!

Tenaga medis dan tenaga kesehatan wajib menginformasikan kepada UPTD PPA, unit pelaksana teknis dan unit pelaksana teknis daerah di bidang sosial, Lembaga Penyedia Layanan Berbasis Masyarakat, dan/ atau kepolisian dengan memprioritaskan keselamatan korban jika menemukan adanya: **dugaan kekerasan pada anak termasuk kasus kekerasan seksual**

Karakteristik Anak dengan Tanda-Tanda Kekerasan

Karakteristik **Subjektif** Anak yang mengalami Kekerasan Sama dengan orang dewasa:

- ▶ Korban berkali-kali datang ke Puskesmas dengan keluhan yang tidak jelas
- ▶ Korban mengeluh masalah kesehatan yang diasosiasikan dengan kekerasan
- ▶ Luka atau memar yang tidak dapat dijelaskan dengan baik dan tidak konsisten dengan latar belakang kejadian
- ▶ Adanya keluhan subyektif namun tidak ditemukan kelainan pada pemeriksaan fisiknya (keluhan somatik)
- ▶ Adanya gejala **post traumatic syndrome disorder** (PTSD)
- ▶ Bisa ditemukan adanya reaksi konversi (*Histerical Conversion/Reaction*) yaitu kejang yang diakibatkan bukan karena adanya gangguan fungsi organ.
- ▶ Adanya jeda antara sebuah luka/memar dan datang ke puskesmas untuk mencari bantuan
- ▶ Luka/memar di kepala, leher, dada, payudara, daerah di bawah perut atau daerah alat kemaluan
- ▶ Adanya luka/memar di beberapa tempat sekaligus dalam kondisi kesembuhan yang bervariasi

Dengan tambahan:

- ▶ Masalah perkembangan dan tingkah laku seperti kemunduran perkembangan
- ▶ Tanda Fisik
 - Memar dan bilur
 - Luka lecet dan luka robek
 - Patah tulang
 - Luka bakar
 - Cedera pada kepala
 - Lain-lain:
 - Misalnya: dislokasi pada sendi bahu atau pinggul dan tanda-tanda luka yang berulang
- ▶ Tanda Seksual:
 - Adanya gejala/penyakit infeksi menular seksual (IMS)
 - Infeksi vagina rekuren pada anak < 12 tahun
 - Nyeri/perdarahan/secret dari vagina
 - Nyeri /Gangguan pengendalian BAB dan BAK
 - Cedera pada buah dada, bokong, perut bagian bawah, paha, sekitar alat kelamin atau dubur
 - Pakaian dalam robek atau bercak darah dalam pakaian dalam
 - Ditemukan cairan mani di sekitar mulut, genital, anus atau pakaian
- ▶ Tanda Psikologis
 - Depresi
 - Keinginan/percobaan bunuh diri
 - Masalah dalam membina kedekatan dengan orang dewasa
 - Kecemasan
 - Kelainan tidur atau makan
 - Serangan panik
 - Masalah Penyalahgunaan Zat Adiktif

Karakteristik Anak dengan Tanda-Tanda Kekerasan Lain

Karakteristik Anak yang mengalami Kekerasan Psikis

Gejala kekerasan psikis sering tidak sejelas gejala fisik, demikian juga penampilan umum, seperti cara berpakaian, keadan gizi dan kondisi umum yang masih kelihatan memadai.

Kenali Ekspresi, wajah, gerak-gerik, bahasa tubuh yang menunjukkan:

- ▶ Kesedihan
- ▶ Keraguan Diri
- ▶ Kebingungan
- ▶ Kecemasan
- ▶ Ketakutan
- ▶ Amarah yang terpendam
- ▶ Takut berlebihan
- ▶ Siaga berlebihan
- ▶ Panik
- ▶ Perubahan sikap dari periang menjadi pendiam
- ▶ Kemunduran perkembangan (misal; kembali ngompol)

Karakteristik Anak yang mengalami penelantaran (*neglect*)

Gagal tumbuh fisik maupun mental

Malnutrisi, tanpa dasar organik yang sesuai

Dehidrasi

Luka atau penyakit lain yang dibiarkan tidak diobati

Kulit kotor tidak terawat, rambut dengan kuku-kuku

Pakaian lusuh dan kotor

Keterlambatan Perkembangan

Kadaan umum yang lemah, letargik, lelah berkepanjangan

Formulir ADAM (2010) untuk Anak dengan Kekerasan Seksual

Tanda Fisik

A. Temuan yang ditemukan pada bayi baru lahir atau umum ditemui pada anak yang tidak mengalami kekerasan

Varian normal

1. variasi normal selaput dara
 - a. Anular
 - b. Bulan sabit
 - c. Hymen imperforata
 - d. Hymen mikroperforata
 - e. Hymen septal Hymen
 - f. Redundant Hymen
 - g. Hymen dengan jumbai kulit
 - h. Hymen dengan tonjolan/penebalan pada tepi
 - i. Takik atau belahan hymen di atas arah jam 3 dan 9
 - j. Takik atau belahan hymen di bawah arah jam 3 dan 9 yang tidak sampai ke dasar
 - k. Tepi posterior hymen yang halus sehingga seolah-olah liang besar
2. Garis (*bands*) peri-uretral atau vestibuler
3. Tonjolan (*ridges* atau *columns*) intravagina
4. Tonjolan (*ridges*) pada bagian luar selaput dara
5. Diastasis ani
6. Jumbai kulit (*skin tag*) perianal
7. hiperpigmentasi labia minora atau jaringan perianal pada orang dengan kulit berwarna
8. Pelebaran muara uretra
9. Gambaran anatomis garis tengah normal
 - a. alur pada fossa, tampak pada masa remaja
 - b. Kegagalan fusi di garis tengah (*perianal groove*)
 - c. median raphe (sering keliru dengan jaringan parut)
 - d. Linea vestibularis
10. Gambaran bertakik/indentasi pada bagian penyatuan kulit dan mukosa rektal, dapat terlihat pada saat anus dilatasi
11. Dilatasi parsial sfingter ani eksterna, dengan sfingter internal tertutup, menyebabkan gambaran mukosa anus di depan garis sambungan sehingga dapat disalahartikan sebagai laserasi anus

Cara menggunakan* :
Membandingkan keadaan pemeriksaan dengan keadaan normal (bagian A)

Formulir ADAM (2010) untuk Anak dengan Kekerasan Seksual

Tanda Fisik

B. Temuan yang disebabkan oleh kondisi medis selain trauma atau kontak seksual. Temuan ini memerlukan diagnosis banding karena bisa disebabkan oleh berbagai hal

12. Kemerahan (eritema) daerah genital atau anal
13. Peningkatan vaskularisasi vestibulum dan hymen
14. Adhesi labial
15. Kerentanan *fouchette* posterior
16. Duh tubuh vagina yang tidak berhubungan dengan infeksi menular seksual
17. Fisura ani
18. Kongesti vena atau pengumpulan vena di daerah perianal
19. Dilatasi anal pada anak dengan predisposisi seperti riwayat atau keluhan konstipasi dan atau enkopresis, atau anak yang dalam sedasi, atau dengan gangguan tonus neuromuskuler karena sebab lain

C. Temuan atau kondisi lain yang dapat disalahartikan sebagai kekerasan

20. Prolaps uretra
21. *Lichen sclerosus et atrophicus*
22. Ulkus vulva seperti ulkus aftosa atau penyakit Behcet
23. Kemerahan, inflamasi dan fisura perianal atau jaringan vulva akibat infeksi bakteri, jamur, parasit atau infeksi lain yang bukan infeksi menular seksual
24. Prolaps rektum
25. Kemerahan atau keunguan pada genital akibat lebam mayat, konfirmasi dengan pemeriksaan histologi

Formulir ADAM (2010) untuk Anak dengan Kekerasan Seksual

Tanda Fisik

D. Tidak ada konsensus ahli terkait derajat ketepatan. Temuan fisik berikut berhubungan dengan riwayat kekerasan seksual pada beberapa penelitian namun saat ini tidak ada kesepakatan ahli terkait pertimbangan kaitannya dengan kekerasan. Temuan Nomor 27 dan 28 harus dikonfirmasi dengan tambahan pemeriksaan dari beberapa posisi dan/atau tehnik untuk meyakinkan bukan varian normal

26. Dialatasi anus komplis dengan relaksasi penuh sfingter ani internal dan eksternal tanpa adanya faktor predisposisi seperti konstipasi, enkopresis, sedasi, anestesi, dan kondisi neuromuskuler
27. Takik atau celah pada tepi hymen atau di bawah arah jam 3 atau 9 yang memanjang hingga ke dasar hymen namun tidak sampai dasar. Temuan ini harus disikapi hati-hati kecuali ditemukan gambaran akut pada lokasi yang sama
28. Robekan hymen sampai ke dasar pada arah jam 3 atau 9

E. Temuan akibat trauma. Temuan berikut sangat kuat mengindikasikan adanya kekerasan, tanpa penjelasan dari anak sekalipun, kecuali anak atau orangtua/wali dapat memberikan penjelasan yang akurat adanya kecelakaan yang melibatkan anogenital, *crush injury*, atau intervensi bedah dari rekam medis. Temuan yang menggambarkan luka dalam proses penyembuhan harus dikonfirmasi dengan tambahan posisi pemeriksaan dan/atau tehnik pemeriksaan tambahan

29. Trauma akut genital dan anal
30. Laserasi akut atau memar pada labia, penis, skrotum, atau perineum
31. Laserasi akut *fourchette* posterior atau vestibulum yang tidak melibatkan hymen
32. Memar, petekie, lecet pada hymen
33. Laserasi akut hymen sampai ke dasar maupun tidak sampai ke dasar
34. Laserasi vagina
35. Laserasi perianal yang menampakkan jaringan di bawah dermis
36. Luka genital dan anal dalam proses penyembuhan
37. Jaringan parut perianal (temuan yang sangat jarang, sulit didiagnosis kecuali ada data luka akut sebelumnya pada daerah tersebut)
38. Jaringan parut *fourchette* posterior atau pada fossa (temuan yang sangat jarang, sulit didiagnosis kecuali ada data luka akut sebelumnya pada daerah tersebut)
39. Robekan selaput dara tanpa tanda radang, defek pada hymen berlokasi di antara arah jam 3 sampai 9 yang mencapai dasar, dengan atau tanpa hilangnya jaringan hymen
40. Gambaran FGM (*female genital mutilation*) berupa hilangnya sebagian atau seluruh preputium (clitoral hood), klitoris, labia minora, labia mayora, atau adanya jaringan parut linear vertikal sepanjang klitoris.

Formulir ADAM (2010) untuk Anak dengan Kekerasan Seksual

Tanda Infeksi

A. Infeksi tidak terkait kontak seksual

41. Vaginitis yang disebabkan oleh infeksi jamur seperti kandida albicans, atau infeksi bakteri nonseksual seperti streptokokus A atau B, stafilokokus sp, eschericia coli, shigella, atau bakteri gram negatif lainnya
42. Ulkus genital akibat infeksi virus seperti Epstein Barr atau virus respiratoris lainnya

B. Infeksi yang dapat menyebar akibat kontak seksual maupun nonseksual.

Interpretasi infeksi ini memerlukan tambahan data seperti status ginekologi Ibu (HPV) atau riwayat lesi oral (HSV), atau adanya lesi pada bagian tubuh lain (moluskum) yang dapat mengklarifikasi kemungkinan transmisi seksual. Setelah pemeriksaan menyeluruh, pada beberapa kasus perlu segera dilaporkan. Dokumentasi foto atau video perlu diambil untuk evaluasi dan konfirmasi lebih lanjut pada ahli kekerasan seksual untuk meyakinkan ketepatan diagnosis

43. Moluskum contagiosum di daerah genital atau anal. Pada anak yang lebih kecil, biasanya transmisi nonseksual. Transmisi kontak kulit pada populasi dewasa pernah dilaporkan
44. Kondiloma akuminata (HPV) pada daerah genital atau anal. Kutil yang muncul pada anak di atas usia lima tahun besar kemungkinan terjadi akibat kontak seksual
45. HSV tipe 1 atau 2 pada area oral, genital, atau anal

C. Infeksi yang disebabkan kontak seksual, jika dikonfirmasi dengan pemeriksaan penunjang, dan transmisi perinatal telah disingkirkan

46. Infeksi Neisseria gonorrhoea pada genital, rektal atau faringial
47. Sifilis
48. Infeksi Klamidia trakomatis genital atau rektal
49. Infeksi Trikomonas vaginalis
50. HIV jika kemungkinan transmisi melalui darah atau jarum suntik telah disingkirkan

Formulir ADAM (2010) untuk Anak dengan Kekerasan Seksual

Temuan Diagnosis Kontak Seksual

Bagian 3. Temuan diagnosis kontak seksual

51. Kehamilan

52. Ditemukannya semen pada pemeriksaan forensik terhadap spesimen yang diambil langsung dari tubuh korban

Penanganan Aspek Medikolegal Kasus Kekerasan pada Perempuan dan Anak

Membuat Surat Keterangan Medis

Surat keterangan medis :

Keterangan tertulis yang dibuat oleh seorang dokter untuk tujuan tertentu tentang Kesehatan atau penyakit pasien, atas **permintaan pasien** atau permintaan **pihak ketiga** dengan **persetujuan pasien** atau atas **perintah Undang-Undang** berdasarkan data-data pemeriksaan yang dicatat di dalam Rekam medis atas ijin pasien.

Penyimpangan dalam pembuatan surat keterangan, selain tidak etis juga melanggar pidana, yaitu pelanggaran terhadap KUHP pasal 395-396 (UU No. 1 tahun 2023)

KOP INSTANSI

SURAT KETERANGAN MEDIS

Nama Pasien :

Tempat/Tanggal lahir :

Tanggal masuk :

Tanggal keluar :

Anamnesa :

Hasil Pemeriksaan :

Diagnosa :

Terapi :

Dokter pemeriksa,

SIP. (dr.)

Contoh Surat Keterangan Medis

Format Surat Keterangan Medis berisi:

1. Nama dan Alamat Instansi
2. Judul Surat Keterangan
3. Identitas Pasien yang diberi keterangan
4. Isi Keterangan
5. Tempat dan tanggal pembuatan surat keterangan
6. Nama lengkap dan tanda tangan dokter yang memberi surat keterangan

Tatacara Permohonan Surat Keterangan Medis

- Permintaan tertulis dari pasien
- Sesuai alur layanan Puskesmas (tercatat dan bernomor)
- Proses yang sama dengan aturan pengeluaran keterangan sehat/ sakit

Penanganan Aspek Medikolegal Kasus Kekerasan pada Perempuan dan Anak

1 Membuat Visum et Repertum

2 Visum et Repertum (VeR):

Laporan tertulis yang dibuat oleh **Dokter** atas pemeriksaan yang dilakukan terhadap barang bukti berupa tubuh manusia (mati / hidup), bagian dari tubuh manusia yang memuat hasil pemeriksaan dan kesimpulan.

Dibuat Berdasarkan permintaan tertulis dari **pihak berwajib** yang digunakan untuk kepentingan peradilan.

Permintaan Visum et Repertum menurut KUHAP pasal 133, merupakan **wewenang penyidik**, permintaan tersebut harus dibuat dalam bentuk surat resmi, menggunakan kertas berkepala surat, bernomor dan bertanggal, diakhiri dengan tandatangan, nama jelas, pangkat dan NRP.

Visum et Repertum tidak dapat diminta oleh pihak lain selain Pihak Berwajib

Visum et Repertum harus dibuat oleh Dokter berdasarkan hasil pemeriksaan Medis

Setiap dokter berwenang membuat Visum et Repertum dengan memperhatikan ketentuan bahwa dokter yang akan membuat Visum et Repertum **harus memahami prosedur medikolegal** dan **terlatih secara teknis** melakukan pemeriksaan yang diperlukan serta mampu menginterpretasikannya dengan tepat.

- Kedatangan korban ke dokter dalam rangka penyidikan adalah sebagai "barang bukti", sehingga hak dan kewajiban sebagai pasien berkurang, hasil pemeriksaan dan pengobatan akan dituangkan kedalam Visum et Repertum.
- Jika korban datang sendiri, merupakan pasien biasa dengan hak dan kewajiban sebagai pasien. Hasil pemeriksaan dan pengobatan akan dimasukkan dalam Rekam medik.
- Bila korban datang sendiri dan kemudian penyidik memerlukan Visum et Repertum, ada dua kemungkinan :
 - Penyidik menghubungi Korban untuk menjelaskan kepentingan Visum et Repertum, bila pasien setuju maka dokter dapat membuat Visum berdasarkan Rekam Medis.
 - Dokter berdasarkan kepentingan banyak orang dan diminta secara legal oleh penyidik dan sesuai dengan Undang - Undang dapat langsung membuatkan Visum berdasarkan Rekam medik.

Penanganan Aspek Medikolegal Kasus Kekerasan pada Perempuan dan Anak

1 Bentuk Visum et Repertum

2 Pembukaan

- Berupa tulisan "Projustitia". Bukan hanya untuk bebas meterai, tapi mempunyai arti yang lebih luhur, bahwa Visum et Repertum dibuat / digunakan untuk kepentingan "Keadilan". Dalam UU Perpajakan Tahun 1984 meterai hanya untuk perkara perdata – sedangkan perkara pidana bebas meterai.

Pendahuluan berisi :

- Waktu tempat pemeriksaan
- Identitas Dokter, pemohon, pengantar (label)
- Identitas barang bukti / korban / pelaku

Hasil Pemeriksaan

- Berisi hal-hal yang ditemukan dan dilihat oleh dokter yang sifatnya deskripsi (obyektif) terhadap barang bukti dan hasil laboratorium /pemeriksaan lain.

Kesimpulan

- Memuat pendapat dokter tentang sebab/akibat dari hal-hal yang ditemukan.

Penutup

- Berisi penegasan bahwa Visum et Repertum ini dibuat berdasarkan sumpah jabatan dan UU yang berlaku serta dibuat dengan sebaik-baiknya dan sejujur-jujurnya.

CATATAN :

- Pada pengetikan Visum et Repertum angka dan singkatan harus ditulis dengan huruf
- Penyerahan VeR harus disertai dengan bukti serah terima rangkap dua(satu lembar disimpan oleh faskes dan satu lembar untuk penyidik)

KOP INSTANSI

Nomor : Jakarta,

Perihal : VeR Luka a/n

Lampiran : -

PRO JUSTITIA

Visum et Repertum

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dr., dokter RSUP Fatmawati atas permintaan Kepolisian dengan nomor/VER/.../Restro/Sektor, ... tertanggal terhadap korban dengan dugaan mengalami dengan ini menerangkan bahwa pada pukul Waktu Indonesia Barat telah melakukan pemeriksaan bertempat di Unit Pelayanan Perempuan dan Anak Instalasi Gawat Darurat RSUP Fatmawati dengan nomor RM yang menurut keterangan bernama:

Nama :

Jenis Kelamin :

Tempat/Tanggal Lahir :

Bangsa :

Agama :

Pekerjaan :

Alamat :

Dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut :

1. Korban datang dalam kondisi sadar. Korban mengaku (kronologis kejadian) Hari pertama haid terakhir Haid pertama kali pada saat usia tahun, lama haid tujuh hari, siklus

2. Pemeriksaan fisik :

a. Kesadaran : sadar penuh, sikap kooperatif. Tekanan darah milimeter air raksa, frekuensi nadi kali per menit, frekuensi nafas kali per menit. Tinggi Badan cm, Berat Badan Cm.

b. Status Genitalia :

- Bagian luar :

- Selaput Dara :

- Bagian Dalam :

c. Status lokalis :

3. Terhadap korban disarankan untuk konsultasi kepada dokter spesialis Psikiatri atau psikologi.

KESIMPULAN :

Pada pemeriksaan korban berusia tahun ini tidak ditemukan Selanjutnya ditemukan luka... (status lokalis) tidak ditemukan luka-luka dibagian tubuh lainnya.....

Demikian telah saya uraikan dengan sejujur-jujurnya dan menggunakan pengetahuan saya sebaik-baiknya mengingat sumpah jabatan sesuai KUHP.....

Dokter pemeriksa,

(dr.....)

SIP.

Hasil pemeriksaan tidak boleh diberikan tanpa ada surat permintaan VeR secara tertulis dari Kepolisian

Contoh Visum Et Repertum



BAB H-2

Pelayanan Kesehatan Inklusif bagi Ibu dan Anak dengan Disabilitas



Puskesmas adalah tempat pertama yang akan didatangi saat membutuhkan pelayanan kesehatan. Karena itu perlu dipastikan Puskesmas yang **aksesibel, inklusif** dan **ramah disabilitas** adalah sebuah keharusan.

Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami **keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama** yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami **hambatan dan kesulitan** untuk berpartisipasi **secara penuh dan efektif** dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.

Tujuan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas adalah:

1. **Mencegah kedisabilitasan**
2. **Menjaga agar penyandang disabilitas tetap hidup sehat, produktif, bermartabat dan berkualitas.**
3. **Meningkatkan derajat kesehatan penyandang disabilitas**

Puskesmas Ramah Penyandang Disabilitas

1

Memiliki **sarana, prasarana termasuk media** yang inklusif dengan mengakomodir kebutuhan penyandang disabilitas sesuai ragam disabilitas dan kondisi kesehatannya

2

Memiliki **sumberdaya manusia yang inklusif** dengan memiliki sikap dan mampu berinteraksi serta berkomunikasi sesuai ragam disabilitas

3

Memiliki **tenaga medis dan tenaga kesehatan** yang dapat memberikan pelayanan Kesehatan sesuai dengan ragam disabilitas dan kondisi kesehatannya

4

Menyediakan **tenaga pendamping** bila diminta atau diperlukan

Penyandang Disabilitas Fisik

Terganggunya fungsi gerak (contoh: amputasi, lumpuh layuh/kaku, paraplegia, *cerebral palsy* (CP), akibat stroke, akibat kusta, dan orang kecil).



Penyandang Disabilitas Intelektual

Terganggunya fungsi pikir karena tingkat kecerdasan dibawah rata-rata (contoh: Lambat belajar, disabilitas grahita, dan *down syndrome*).



Penyandang Disabilitas Mental

Terganggunya fungsi pikir, emosi, dan perilaku (contoh: Psikososial (skizofrenia, bipolar, depresi, ansietas, dan gangguan kepribadian), Disabilitas Perkembangan kemampuan interaksi sosial (ASD, ADHD))



Penyandang Disabilitas Sensorik

Terganggunya salah satu fungsi dari panca indera (contoh: disabilitas netra, disabilitas rungu, dan/atau disabilitas wicara)



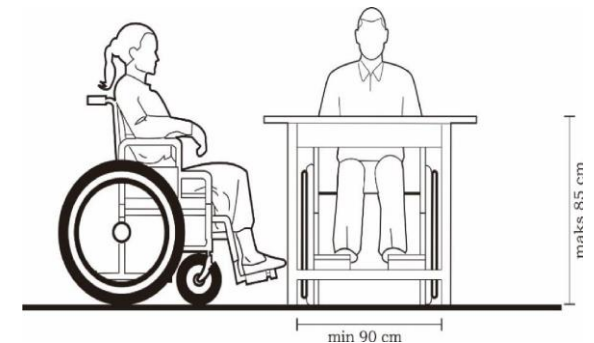
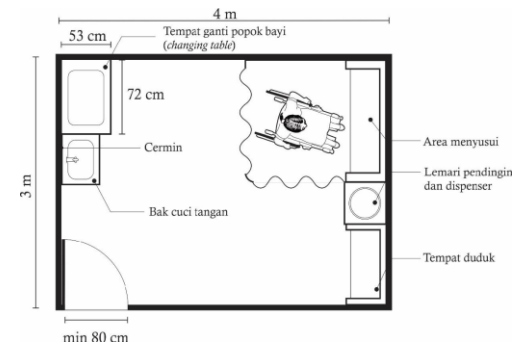
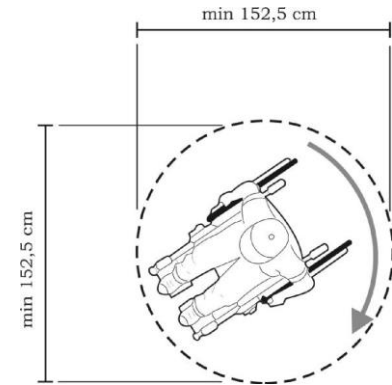
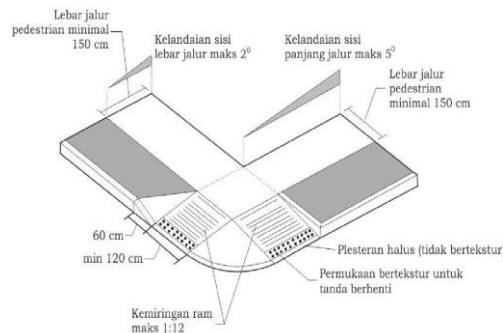
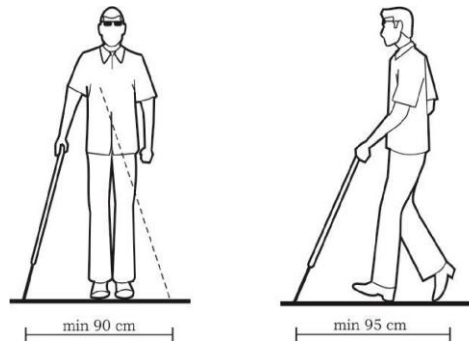
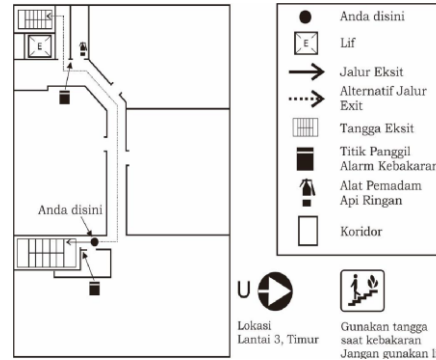
Penyandang Disabilitas Ganda/Multi

Disabilitas dengan 2 atau lebih ragam disabilitas (contoh: seperti disabilitas rungu-wicara dan disabilitas netra-tuli)

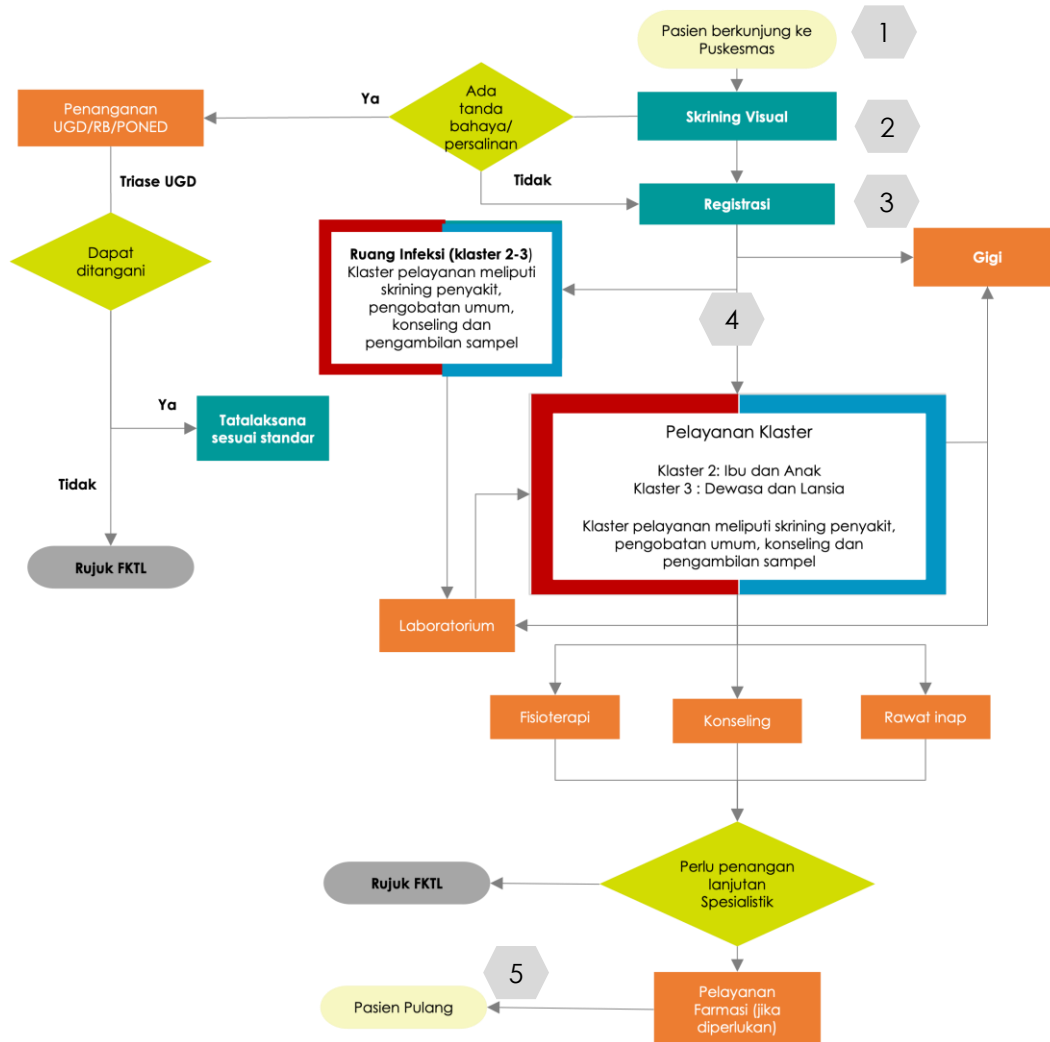
Sarana dan Prasarana Puskesmas yang Inklusif bagi Penyandang Disabilitas

Inklusif secara Fasilitas di Puskesmas:

1. **Ramp**
2. **Handrail**
3. **Jalur landai**
4. **Guiding block**
5. Ruang **parkir** dengan tanda khusus
6. **Tempat tunggu** dengan tanda khusus
7. **Jalur** dengan rambu yang jelas dan bebas hambatan
8. **Pintu geser** dengan lebar sesuai
9. **Toilet ramah disabilitas** (luas ruangan, lebar pintu, pegangan, posisi closet, bel darurat)
10. **Media informasi** (layar besar, pengeras suara, braile)
11. **Alat bantu** (Kursi Roda, Walker dan Tongkat)
12. Ruang **assessment** dengan luas cukup dan kasur adjustable
13. **Prosedur dan jalur evakuasi**



Sumberdaya Puskesmas yang Inklusif bagi Penyandang Disabilitas



Pastikan seluruh tenaga pendukung dan tenaga kesehatan di Puskesmas memiliki **kemampuan komunikasi** dan **interaksi** yang baik agar pelayanan yang inklusif dan berkeadilan dapat tersedia di puskesmas. Penyandang disabilitas memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Dalam memberikan pelayanan:

1. Siapkan fasilitas dan infrastruktur yang inklusif terhadap penyandang disabilitas, seperti tempat parkir, jalur landai dll
2. Pada saat skrining visual, tawarkan bantuan seperti kursi roda, pendamping atau juru bahasa isyarat
3. Siapkan antrian khusus disabilitas dan tawarkan bantuan jika diperlukan.
4. Pastikan layar informasi dapat dilihat dan terdengar dengan jelas disetiap langkah layanan. Tawarkan bantuan jika dibutuhkan.
5. Dampingi dan pastikan pasien mendapatkan seluruh layanan dan informasi dengan lengkap hingga pulang.

Alat-alat Pemeriksaan Fisik pada Penyandang Disabilitas

Alat disesuaikan dengan keluhan dan kebutuhan dari penyandang disabilitas. Peralatan tersebut diantaranya :



Pemeriksaan Awal Tanda-tanda Vital Penyandang Disabilitas

Pemeriksaan Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan sebagaimana dengan non disabilitas.

Bila pasien merupakan disabilitas yang tidak memiliki lengan atau ekstremitas atas, pengukuran tekanan darah dilakukan pada bagian ekstremitas bawah, yaitu bagian paha atau bagian atas pergelangan kaki dengan calf yang ada.

Pengukuran tekanan darah pada bagian pergelangan kaki :

- Posisikan calf pada \pm 3 inchi di atas pergelangan kaki.
- Letakkan calf diatas maleolus atau bagian midcalf kemudian calf dipompa sampai pulsasi tidak teraba lagi.

Hasil yang didapatkan dari pemeriksaan ini lebih besar 20% dari nilai aslinya dan hanya didapatkan pemeriksaan sistolik. Pemeriksaan ini bersifat penapisan untuk mengetahui tekanan darah pasien meningkat atau tidak. pada kondisi tertentu.

Hasil pengukuran tersebut dapat dikonversi ke dalam pengukuran sistolik dan diastolik individu pembanding, yaitu non disabilitas. Lakukan pengukuran tekanan darah di lengan dan kaki pada individu non disabilitas yang memiliki usia, tinggi badan, lingkaran pinggang dan lingkaran pergelangan kaki yang sama. Lalu hitung tekanan darah dengan rumus :

TD kaki pasien x TD lengan individu pembanding

TD kaki individu pembanding

TD = Tekanan Darah

Pemeriksaan Suhu Tubuh

- Pastikan termometer telah diterra dan dikalibrasi
- Lakukan pengukuran suhu pada bagian lipat ketiak.
- Bila tidak memungkinkan karena kondisi disabilitas pasien, pengukuran suhu tubuh dapat menggunakan termometer elektrik yang ditempatkan pada telinga, bawah lidah, oral atau dahi



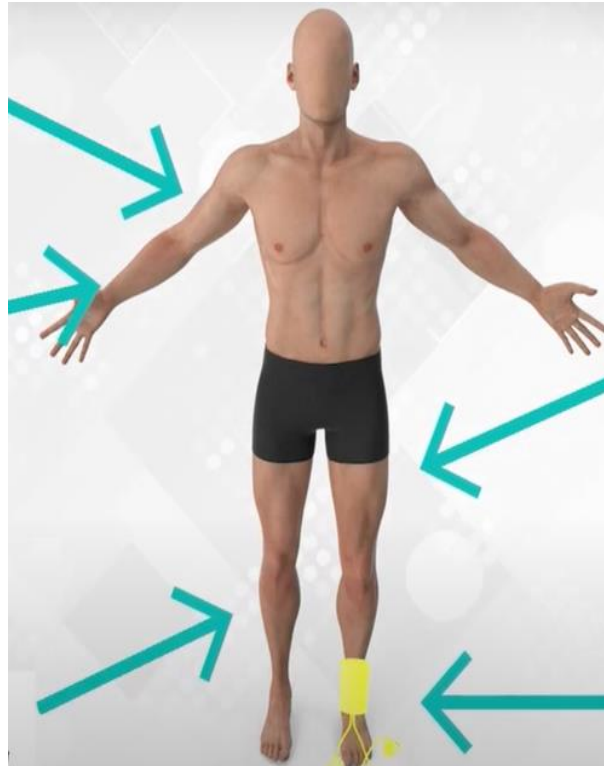
Pemeriksaan Awal Tanda-tanda Vital Penyandang Disabilitas

Pemeriksaan Denyut Nadi

Arteri Brachialis
terletak di sebelah medial tendo biceps tepat di bawah lipatan siku (rongga antekubital)

Arteri Radialis
melintas di sisi depan lengan bawah, yang kemudian berhubungan dengan arteri ulnaris melalui dua cabang vaskular pada tangan

Arteri Poplitealis
pembuluh darah besar di belakang lutut yang berfungsi untuk menyalurkan darah ke tungkai dan kaki



Arteri Femoralis
Ujungnya mulai daripada ligamentum inguinalis (kepala femoralis) dan berakhir tepat di atas lutut ada kanal adduktor

Arteri Tibialis
Terletak tepat di belakang malleolus medial. Dapat diraba dengan memegang tumit pasien di tangan pemeriksa

Jika tidak dapat dilakukan pemeriksaan nadi pada bagian tersebut, maka dapat dilakukan pemeriksaan nadi pada **Arteri Carotis**

- Pada daerah kira-kira 2 cm sebelah kiri atau kanan dari garis tengah leher atau jakun pada sisi yang paling dekat dengan pemeriksa, nadi karotis dapat diraba dengan melakukan dua atau tiga jari menempel.
- Lakukan pengukuran selama 60 detik penuh, lalu hitung dan rasakan denyut nadi tersebut.



Pemeriksaan Tinggi Badan Penyandang Disabilitas

Perhatikan kondisi fisik pasien terlebih dahulu.

Untuk disabilitas fisik yang tidak memiliki tungkai atau atrofi tungkai, pengukuran tinggi badan dilakukan dengan cara **pengukuran tinggi lutut atau tinggi duduk**.

- Pasien diposisikan duduk dengan posisi tegak dan tidak bersandar, serta tulang kering dan tulang paha membentuk 90 derajat.
- Bila ada, gunakan goniometer. Bila tidak ada cukup dengan perkiraan.
- Alat ukur ditempatkan antara tumit hingga atas tempurung lutut dan harus sejajar dengan tulang kering. Pastikan pemeriksaan sudah tepat, lalu catat nilai rerata.

Pemeriksaan juga dapat dilakukan dengan **posisi berbaring**.

- Untuk posisi ini, pasien dapat berbaring pada permukaan rata tanpa bantal.
- Dibutuhkan alat seperti goniometer dan penggaris.
- Goniometer untuk mengukur tungkai kaki, antara tulang kering dan paha.
- Sementara penggaris mengukur antara tumit hingga atas tempurung lutut.
- Kemudian lakukan penghitungan dengan konvers menggunakan rumus prediksi pengukuran tinggi badan perempuan dan laki-laki seperti berikut.

$$\text{PREDIKSI TB PEREMPUAN} = (2.225 \times \text{TINGGI LUTUT}) + 50.25$$

$$\text{PREDIKSI TB LAKI-LAKI} = (1.924 \times \text{TINGGI LUTUT}) + 59.38$$

Selain pengukuran tungkai, tinggi badan juga dapat diukur dengan **mengonversi dari panjang lengan**.

- Pasien disabilitas yang diukur harus memiliki lengan yang dapat direntangkan sepanjang mungkin.
- Dalam posisi lurus, mendatar horizontal, dan tidak dikepal.
- Pengukuran lengan dilakukan dengan mengukur panjang depan atau panjang ujung jari kanan sampai ujung jari kiri. Maka tinggi badan dapat diperkirakan dengan menggunakan rumus konversi sebagai berikut:

$$\text{TINGGI BADAN} = \text{JARAK RENTANG KEDUA TANGAN}$$

Jika pasien disabilitas hanya **memiliki satu lengan** yang dapat direntangkan tanpa dikepal, maka pengukuran dimulai dari titik tengah dada, antara kedua selangka. Rentangkan lengan yang ada dalam posisi horizontal, sejajar dengan bahu, kemudian ukur dari titik tengah selangka hingga ujung jari. Lalu tinggi badan dapat diperkirakan dengan rumus konversi :

$$\text{TINGGI BADAN} = 2X \text{ JARAK RENTANG SATU TANGAN}$$



Pemeriksaan Berat Badan Penyandang Disabilitas

Untuk pasien disabilitas yang tidak mampu berdiri, namun memiliki anggota badan lengkap:

- Maka pengukuran awal adalah mengukur lingkar betis atau LB dan Tinggi Lutut atau TL menggunakan metline atau meteran.
- Setelah itu mengukur lingkar lengan atas atau Lila menggunakan metline atau meteran dan tebal lemak subscapular atau TLS menggunakan skinfold kaliper.
- Bila sudah menggunakan hasil dari masing-masing pengukuran tersebut, berat badan dapat dikonversi menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{PREDIKSI BB PEREMPUAN} = (1,27 \times \text{LB}) + (0,87 \times \text{TL}) + (0,98 \times \text{LILA}) + (0,4 \times \text{TLS}) - 62,35$$

$$\text{PREDIKSI BB LAKI-LAKI} = (0,98 \times \text{LB}) + (1,16 \times \text{TL}) + (1,73 \times \text{LILA}) + (0,37 \times \text{TLS}) - 81,69$$

LB : Lingkar Betis LILA : Lingkar Lengan Atas TL : Tinggi Lutut TLS : Tebal Lemak Subscapular

Untuk pasien disabilitas yang tidak memiliki anggota badan lengkap:

PERKIRAAN BERAT BADAN = Berat Badan Saat ini : (1-proporsi anggota badan yang diamputasi/tidak ada)

KONTRIBUSI (%)	BAGIAN ANGGOTA TUBUH
50	Badan tanpa anggota badan
0.7	Tangan
2.3	Lengan bawah dengan tangan
1.6	Lengan bawah tanpa tangan
2.7	Lengan atas
5	Seluruh lengan

KONTRIBUSI (%)	BAGIAN ANGGOTA TUBUH
1,5	Kaki
5,9	Tungkai bawah dengan kaki
4,4	Tungkai bawah tanpa kaki
10,1	Paha
16	Seluruh tungkai



Pemeriksaan Berat Badan Penyandang Disabilitas

Untuk pasien disabilitas yang menggunakan kursi roda:

Sedangkan untuk pasien yang menggunakan kursi roda, berat badan dapat diukur dapat diketahui dengan cara mengukur berat pasien dengan bantuan individu non disabilitas dengan cara digendong. Setelah itu mengukur berat badan individu non disabilitas tanpa pasien disabilitas.

BB PASIEN DISABILITAS = BB Pasien disabilitas dengan digendong - BB Badan individu non disabilitas

Atau pasien dapat menggunakan timbangan khusus kursi roda



Penilaian Status Gizi pada Penyandang Disabilitas

Pengukuran status gizi dilakukan untuk mengetahui gambaran awal kecukupan gizi pada pasien disabilitas. Pengukuran status gizi diantaranya dapat diketahui dengan pengukuran lingkaran perut atau pinggang, lingkaran bokong, lingkaran paha & betis, tebal lemak.



Posisikan pasien disabilitas **duduk** dengan tegak sempurna, kemudian ukur antara sudut inferior kosta terakhir dengan iliaka. Bila lingkaran perut atau punggung ≥ 90 cm pada laki-laki, dan ≥ 80 cm pada perempuan, maka pasien mengalami obesitas sentral.

Bila pasien tidak dapat berdiri atau duduk, posisikan pasien untuk **berbaring**. Posisikan salah satu lutut pasien pada sudut 90 derajat. Gunakan goniometer bila ada. Bila tidak ada dapat menggunakan perkiraan. Kemudian lingkarkan metline atau meteran pada betis dengan diameter terbesar.

Pengukuran tebal lemak diantaranya : lemak triceps, lemak biceps, lemak subscapular, dan lemak suprailiaka.

- Pengukuran lemak triceps dilakukan dengan cara mengukur tebal lemak bagian belakang lengan pasien disabilitas. Cubit kulit pada garis akromial radial, pertengahan posterior secara vertikal, lalu jepit dengan skinfold kaliper.
- Pengukuran tebal lemak biceps : cubit kulit pada mid akromiale radial dan jepit denganskin skinfold kaliper
- Pengukuran tebal lemak subscapular : cubit atau angkat setebal 2 cm sepanjang garis lateral, dan miring 45 derajat ke arah bawah dari subscapular, kemudian jepit megggunakan skinfold kaliper.
- Pengukuran tebal lemak suprailiaka : cubit atau angkat lemak dengan posisi miring dan pada garis aksilaris posterior dan jepit dengan skinfold kaliper.



Pemeriksaan Penunjang: Pengambilan Sampel Darah Penyandang Disabilitas

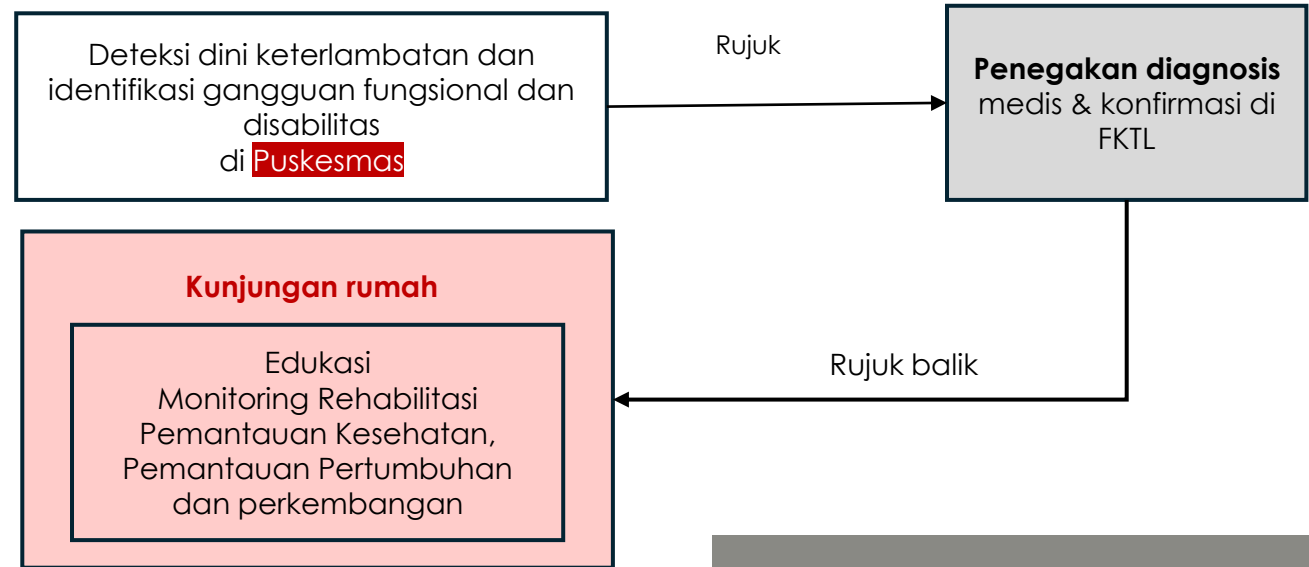
- Pengambilan spesimen darah pada pasien disabilitas fisik tanpa lengan atau tungkai, pengambilan spesimen darah kapiler dapat dilakukan pada cuping telinga.
- Pengambilan spesimen darah vena dapat dilakukan pada vena femoralis.



Faktor risiko disabilitas pada bayi dan anak pra-sekolah meliputi

Trauma, Kekurangan gizi, Prematur dan BBLR, Keterlambatan perkembangan (gerak halus, bicara dan Bahasa, sosialisais dan kemandirian), gangguan pelinghatan pendengaran, maslah perilaku emosional, gangguan spektrum autism dan gangguan pemusahan perhatian.

Pemeriksaan Bayi dan Anak pra-sekolah menyeluruh dapat menjadi skrining terhadap faktor risiko disablilitas tersebut.



Deteksi dini adanya kelainan kongenital dimulai sejak pemeriksaan kehamilan

Jika dalam hasil skrining Ibu hamil sudah diketahui kemungkinan terjadinya kecacatan pada calon bayi Lakukan:

1. Rujuk Ibu hamil ke FKTL untuk pemeriksaan lebih lengkap
2. Minta rujukan balik agar Puskesmas dapat melakukan pemantauan selama kehamilan dan atau rencana rehabilitasi sesudah kelahiran
3. Edukasi dan persiapkan Ibu dan keluarga

Kondisi yang dapat dideteksi sejak dini mulai dari kehamilan hingga dari deteksi dini melalui skrining perkembangan setelah bayi lahir.

- Cerebral palsy
- Autisme Spectrum Disorder (ASD)
- Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) /Attention Deficit Disorder (ADD)
- Down syndrome
- Disabilitas fisik
- Katarak kongenital
- Tuli kongenital
- Retardasi Mental



BAB H-3

Pelayanan Kesehatan Tradisional



Pelayanan kesehatan tradisional (Yankestrad) dapat diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mendukung upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Diselenggarakan di dalam gedung dan luar gedung Fasyankes (pemberdayaan masyarakat) oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi tambahan di bidang kestrad dan tenaga kesehatan tradisional.

Yankestrad pada ibu hamil dan nifas dilaksanakan dalam bentuk pelayanan akupresur, akupunktur dan ramuan serta edukasi asuhan mandiri Kesehatan tradisional. Misalnya, untuk meningkatkan produksi ASI, ramuan perawatan kesehatan untuk ibu nifas, dll.

Yankestrad pada bayi dan baduta dilaksanakan dalam bentuk pelayanan pijat baduta dan memberikan edukasi kepada orang tua agar dapat melakukan pijat baduta untuk menstimulasi tumbuh kembang.

Yankestrad pada anak dan remaja dilaksanakan dalam bentuk pelayanan akupresur, akupunktur dan ramuan serta edukasi asuhan mandiri kestrad. Misalnya; membantu mengurangi nyeri haid, meningkatkan daya tahan tubuh, meningkatkan nafsu makan.

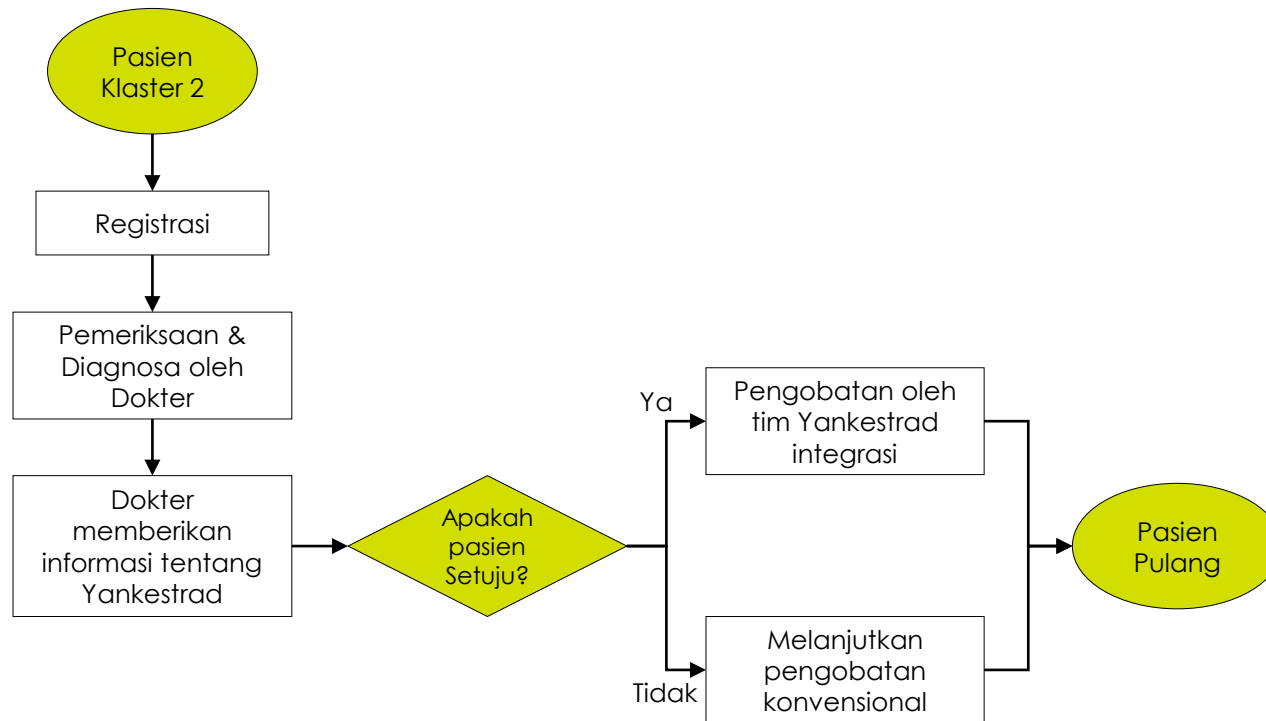
Kader kesehatan saat kunjungan rumah dapat melibatkan kader kestrad untuk melakukan edukasi ramuan dan akupresur kepada ibu hamil, anak dan remaja terkait pemeliharaan kesehatan dengan memanfaatkan kesehatan tradisional.

Tujuan:

1. Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat
2. Memberikan edukasi atau promosi kesehatan
3. Melakukan advokasi lintas sektor

Peran Puskesmas:

- a. Melakukan orientasi kader kestrad.
- b. Melakukan pendampingan dan pembinaan kepada kader kelompok asuhan mandiri.
- c. Menjalin kemitraan dengan lintas sektor dalam pembinaan asuhan mandiri serta dukungan sumber daya.
- d. Melakukan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan asuhan mandiri.



(Pasien tetap mengikuti alur dan paket pelayanan Klaster 2)

Tujuan

1. Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat
2. Memberikan edukasi atau promosi kesehatan
3. Melakukan advokasi lintas sektor

Frekuensi

Disesuaikan dengan jenis dan masalah kesehatan yang akan diselesaikan

Sasaran

Masyarakat dalam satu wilayah tertentu.

Kegiatan Lapangan Klaster 2 tidak berdasarkan program tertentu, tetapi berdasarkan pendekatan wilayah dan keluarga.

Pelaksana

Nakes dengan kompetensi tambahan di bidang kestrad dan nakes tradisional di klaster 2

Pelayanan Kesehatan Tradisional Pada Klaster 2



Buku Saku Asuhan Mandiri Toga dan Akupresur



Buku Saku Asuhan Mandiri Toga dan Akupresur



TOGA adalah sekumpulan tanaman berkhasiat obat untuk kesehatan keluarga yang ditata menjadi sebuah taman dan memiliki nilai keindahan.

AKUPRESUR adalah salah satu jenis/cara perawatan kesehatan tradisional keterampilan yang dilakukan melalui teknik penekanan di permukaan tubuh pada titik akupunktur dengan menggunakan jari atau bagian tubuh lain atau alat bantu yang berujung tumpul, dengan tujuan untuk perawatan kesehatan

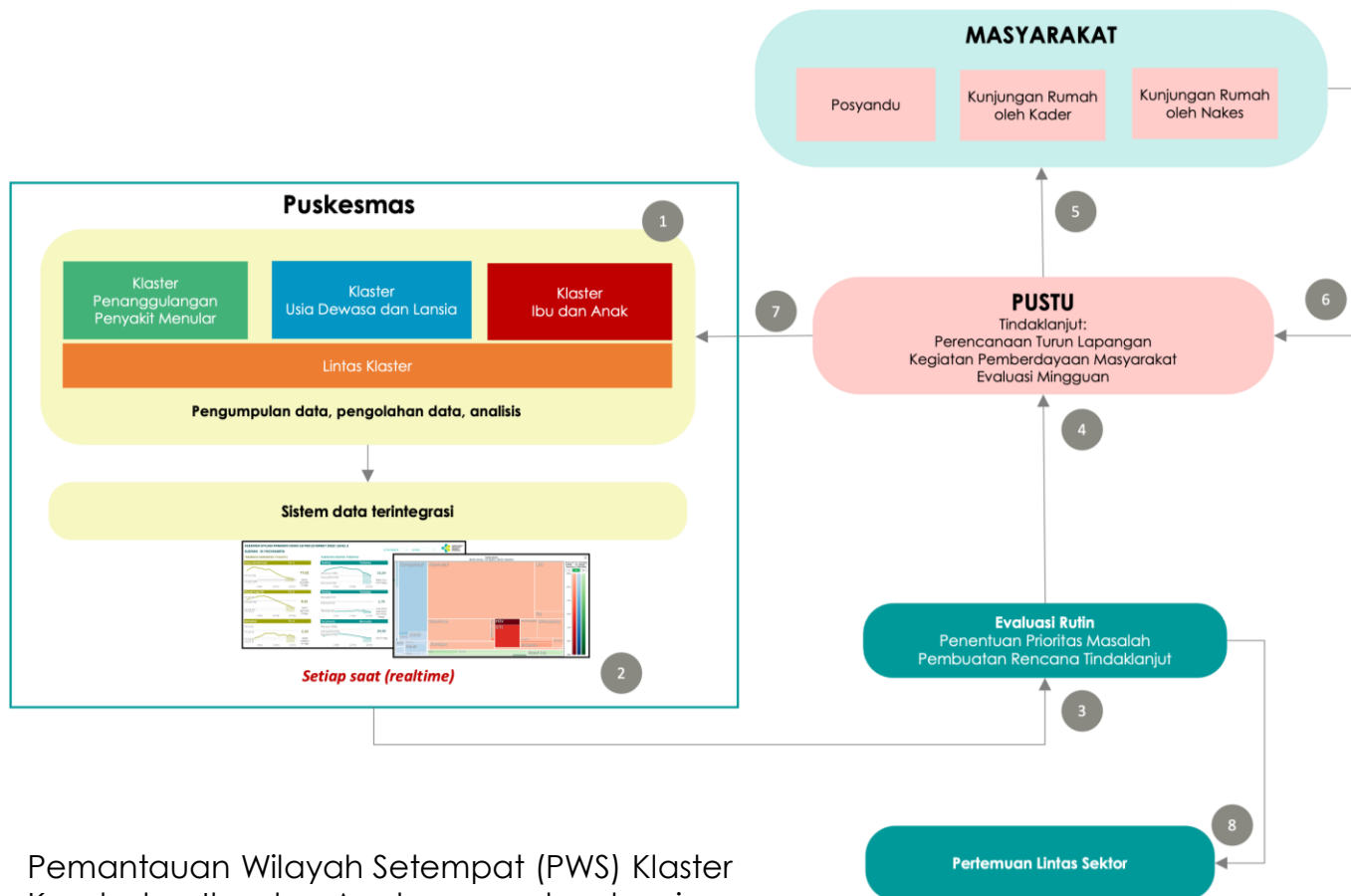
Sumber: Buku Asuhan Mandiri TOGA dan Akupresur Jilid 1-4, Buku Pembuatan Jamu Segar, Buku Pijat Anak Bawah Dua Tahun (BADUTA) dan Buku Olahan Pangan Sehat dan Jamu



BAB H-4

Pemantauan Wilayah Setempat





Penjelasan Alur

1. Di Puskesmas, data dari Kluster 2, 3, 4 dan lintas kluster ditambah data dari Pustu akan dikumpulkan, diolah dan dianalisis secara realtime.
2. Data-data tersebut dimasukkan dalam sistem data terintegrasi dan dikonsolidasikan menjadi informasi yang menggambarkan mortalitas, morbiditas dan cakupan program di wilayah dampingan Puskesmas.
3. Secara rutin, Puskesmas akan melakukan evaluasi rutin untuk menentukan prioritas permasalahan dan pembuatan rencana tindakan lanjut.
4. Rencana tindakan lanjut dikomunikasikan kepada Pustu sesuai dengan cakupan wilayah pustu untuk melakukan perencanaan turun lapangan, serta kegiatan pemberdayaan masyarakat sesuai dengan masalah yang akan diselesaikan.
5. Pustu juga melakukan monitoring terhadap kegiatan Posyandu, kunjungan rumah oleh kader dan Kunjungan rumah oleh nakes.
6. Kegiatan ini akan dievaluasi bersama kader setiap minggu di Pustu
7. Berdasarkan hasil evaluasi mingguan, Pustu melakukan tindakan lanjut sesuai persoalan dan melaporkan secara berkala kepada Puskesmas. Laporan Pustu dan pencatatan layanan rutin dari Pustu bersama pelayanan di Puskesmas menjadi sumber informasi untuk diolah dan dianalisis kembali.
8. Secara berkala dan jika ada kebutuhan, misalnya; melalui kegiatan mini lokakarya, Puskesmas memaparkan situasi kesehatan kepada lintas sektor untuk membuat perencanaan yang lebih luas serta untuk mengadvokasi kebijakan dan anggaran (misalnya; di musrembang desa, kecamatan dan kabupaten)

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kluster Kesehatan Ibu dan Anak merupakan bagian dari keseluruhan PWS Puskesmas. Di Kluster 2, fungsi PWS terdiri dari pengumpulan data, pengolahan data dan analisis data.

Indikator Kinerja Klaster Kesehatan Ibu dan Anak

No	Indikator	Definisi Operasional	Denominator	Numerator	Cara Hitung
1	Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC 6 kali	Cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 6x dengan distribusi waktu 1x pada trimester 1, 2x pada trimester ke 2, 3x pada trimester ke 3, dengan diperiksa oleh dokter minimal 1x pada trimester 1 dan minimal 1x pada trimester 3 di suatu wilayah kerja kurun waktu dalam 1 tahun yang sama	Jumlah seluruh sasaran ibu hamil selama jangka waktu periode satu tahun	Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC 6 kali	Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pemeriksaan kehamilan 6 kali (ANC 6x) di bagi sasaran ibu hamil dikali 100
2	Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan	Cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di fasilitas pelayanan kesehatan di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu	Jumlah sasaran ibu bersalin yang ada di wilayah kerja puskesmas selama jangka waktu periode satu tahun	Jumlah ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja puskesmas selama periode satu tahun	Jumlah ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah sasaran ibu bersalin yang ada di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu satu tahun dikali 100
3	Persentase ibu nifas mendapat pelayanan nifas lengkap 4 kali KF4	Persentase ibu nifas mendapat pelayanan nifas lengkap 4 kali KF4 yaitu pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan	Jumlah sasaran ibu nifas yang ada di wilayah kerja puskesmas selama jangka waktu periode satu tahun	Jumlah ibu nifas yang mendapatkan pelayanan nifas lengkap 4 kali yang ada di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu satu tahun	Jumlah ibu nifas yang mendapat pelayanan nifas lengkap 4 kali KF4 dibagi jumlah sasaran ibu nifas yang ada di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu satu tahun dikali 100
4	Persentase bayi baru lahir mendapat pelayanan lengkap 3X	Persentase bayi baru lahir 0-28 hari yang mendapat pelayanan sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan ketentuan: - minimal 1 kali pada 6-48 jam, - minimal 1 kali pada 3-7 hari, - minimal 1 kali pada 8-28 hari	Seluruh sasaran bayi di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah neonatus yang telah memperoleh 3 kali pelayanan Kunjungan Neonatal sesuai standar di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu satu tahun	Jumlah neonatus yang telah memperoleh 3 kali pelayanan Kunjungan Neonatal sesuai standar di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu satu tahun dibagi seluruh sasaran bayi di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun

Indikator Kinerja Klaster Kesehatan Ibu dan Anak

No	Indikator	Definisi Operasional	Denominator	Numerator	Cara Hitung
5	Persentase bayi yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap	Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap meliputi 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 4 dosis Polio tetes (bOPV), 1 dosis Polio suntik (IPV), 3 dosis DPT-HB-Hib, serta 1 dosis Campak Rubela (MR) di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun.	Jumlah surviving infant di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap meliputi 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 4 dosis Polio tetes (bOPV), 1 dosis Polio suntik (IPV), 3 dosis DPT-HB-Hib, serta 1 dosis Campak Rubela (MR) di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap meliputi 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 4 dosis Polio tetes (bOPV), 1 dosis Polio suntik (IPV), 3 dosis DPT-HB-Hib, serta 1 dosis Campak Rubela (MR) dibagi jumlah Surviving Infant di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun dikali 100
6	Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan antigen baru	Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar antigen baru, meliputi imunisasi PCV dan imunisasi rotavirus sesuai dosis jenis vaksin yang digunakan dalam kurun waktu satu tahun	80% (Jumlah seluruh bayi usia 0-11 bulan yang menjadi sasaran imunisasi PCV dalam kurun waktu yang sama, ditambah jumlah seluruh bayi usia 0-11 bulan yang menjadi sasaran imunisasi rotavirus dalam kurun waktu yang sama)	Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar PCV dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun, ditambah jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar rotavirus dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar PCV dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun, ditambah jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar rotavirus dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun, dibagi 80% (jumlah seluruh bayi usia 0-11 bulan yang menjadi sasaran imunisasi PCV dalam kurun waktu yang sama, ditambah jumlah seluruh bayi usia 0-11 bulan yang menjadi sasaran imunisasi rotavirus dalam kurun waktu yang sama) dikali 100
7	Persentase anak usia 12 – 23 bulan yang mendapatkan imunisasi lanjutan baduta lengkap	Persentase anak usia 12-23 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta (bawah dua tahun) meliputi 1 dosis DPT-HB-Hib dan 1 dosis Campak Rubela (MR) di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun.	Jumlah anak usia 12-23 bulan di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah anak usia 12-23 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta (bawah dua tahun) meliputi 1 dosis DPT-HB-Hib dan 1 dosis Campak Rubela (MR) di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun.	Jumlah anak usia 12-23 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta (bawah dua tahun) meliputi 1 dosis DPT-HB-Hib dan 1 dosis Campak Rubela (MR) dibagi jumlah anak usia 12-23 bulan di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun dikali 100
8	Persentase anak yang mendapat imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar	Persentase anak usia kelas 6 sekolah dasar/madrasah ibtidyah/bentuk lain yang sederajat (usia 12 tahun) yang mendapat imunisasi lanjutan lengkap usia sekolah meliputi 1 dosis Campak Rubela (MR) dan Dipteri Tetanus (DT) di kelas 1 (usia 7 tahun), 1 dosis Tetanus Dipteri (Td) di kelas 2 (usia 8 tahun) dan 1 dosis Tetanus Dipteri (Td) di kelas 5 (usia 11 tahun) di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah seluruh anak kelas 6 SD/MI/bentuk lain yang sederajat (usia 12 tahun) di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah anak kelas 6 sekolah dasar/madrasah ibtidyah/bentuk lain yang sederajat atau usia 12 tahun yang mendapat imunisasi lanjutan lengkap usia sekolah meliputi 1 dosis Campak Rubela (MR) dan Dipteri Tetanus (DT) di kelas 1 (usia 7 tahun), 1 dosis Tetanus Dipteri (Td) di kelas 2 (usia 8 tahun) dan 1 dosis Tetanus Dipteri (Td) di kelas 5 (usia 11 tahun) di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah anak kelas 6 sekolah dasar/madrasah ibtidyah/bentuk lain yang sederajat atau usia 12 tahun yang mendapat imunisasi lanjutan lengkap usia sekolah meliputi 1 dosis Campak Rubela (MR) dan Dipteri Tetanus (DT) di kelas 1 (usia 7 tahun), 1 dosis Tetanus Dipteri (Td) di kelas 2 (usia 8 tahun) dan 1 dosis Tetanus Dipteri (Td) di kelas 5 (usia 11 tahun) dibagi jumlah seluruh anak kelas 6 sekolah dasar/madrasah ibtidyah/bentuk lain yang sederajat (usia 12 tahun) di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun dikali 100.

Indikator Kinerja Klaster Kesehatan Ibu dan Anak

No	Indikator	Definisi Operasional	Denominator	Numerator	Cara Hitung
9	Persentase bayi kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif	Bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif adalah bayi usia 0 tahun sampai 5 bulan 29 hari yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral berdasarkan recall 24 jam.	Jumlah bayi usia 0 tahun sampai 5 bulan 29 hari di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah bayi usia 0 tahun sampai 5 bulan 29 hari yang hanya diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral berdasarkan recall 24 jam di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah bayi kurang dari 6 bulan dengan ASI Eksklusif dibagi sasaran bayi usia kurang dari 6 bulan dikali 100
10	Presentase balita yang mendapatkan layanan tumbuh kembang sesuai dengan usia				
11	Persentase remaja putri yang mengonsumsi TTD	Remaja putri siswi SMP dan SMA sederajat yang mengonsumsi tablet TTD sesuai standar dibagi jumlah remaja putri SMP dan SMA sederajat dikali 100%. Mengonsumsi TTD sesuai standar adalah TTD mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elementar dan 0,4 mg asam folat atau TTD lainnya dengan kandungan yang sesuai dengan standar WHO dan diminum secara rutin 1 tablet setiap minggu minimal 26 tablet dalam satu tahun ajaran.	Jumlah sasaran remaja putri SMP dan SMA sederajat	Jumlah remaja putri SMP dan SMA sederajat yang mengonsumsi tablet TTD	Jumlah remaja putri SMP dan SMA sederajat yang mengonsumsi tablet TTD dibagi Jumlah sasaran remaja putri SMP dan SMA sederajat dikali 100.
12	Persentase remaja yang dilakukan skrining indera penglihatan	Remaja yang melakukan skrining indera penglihatan, berupa pemeriksaan mata luar, tajam penglihatan, dan pemeriksaan buta warna Pemeriksaan dilakukan sekali setahun	Jumlah remaja SMP dan SMA sederajat di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah remaja siswi SMP dan SMA sederajat yang dilakukan skrining indera penglihatan	Jumlah remaja siswi SMP dan SMA sederajat yang melakukan skrining dibagi jumlah remaja siswi SMP dan SMA di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun dikali 100
13	Persentase remaja yang dilakukan skrining kesehatan jiwa	Persentase penduduk usia 10 - 17 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa yang dilakukan skrining melalui Pemeriksaan Kejiwaan: Strengthening and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Jumlah penduduk usia 10 - 17 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah penduduk usia 10 - 17 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa yang dilakukan skrining di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah penduduk usia 10 - 17 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa yang dilakukan skrining dibagi jumlah penduduk usia 10 - 17 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa dikali 100

Indikator Kinerja Klaster Kesehatan Ibu dan Anak

No	Indikator	Definisi Operasional	Denominator	Numerator	Cara Hitung
16	Persentase remaja putri yang diskriming anemia	Remaja putri SMP/ sederajat kelas 7 dan remaja putri SMA/ sederajat kelas 10 yang dilakukan skrining anemia dengan pemeriksaan hemoglobin dibagi jumlah remaja putri SMP/ sederajat kelas 7 dan remaja putri SMA/ sederajat kelas 10 di wilayah tersebut dan dikali 100.	Jumlah remaja putri SMP/ sederajat kelas 7 dan SMA/ sederajat kelas 10	Jumlah remaja putri SMP/ sederajat kelas 7 dan remaja putri SMA/ sederajat kelas 10 yang dilakukan skrining anemia	Jumlah remaja putri SMP/ sederajat kelas 7 dan remaja putri SMA/ sederajat kelas 10 yang dilakukan skrining anemia dibagi Jumlah remaja putri SMP/ sederajat kelas 7 dan SMA/ sederajat kelas 10

Berdasarkan KMK tentang juknis integrasi pelayanan kesehatan primer terdapat paket pelayanan anak usia sekolah dan remaja yang belum masuk seperti skrining TBC; skrining malaria; skrining HIV; skrining Obesitas; DM; skrining pendengaran; skrining gigi dan mulut; skrining kebugaran; skrining merokok; skrining hipertensi; pemberian obat cacing; skrining talasemia sehingga dapat dikoordinasikan dengan direktorat atau timkerja terkait.

Analisis data adalah proses memeriksa, membersihkan, mengubah, dan menginterpretasi data untuk menemukan informasi yang berguna, menarik kesimpulan, serta mendukung pengambilan keputusan.

Di Klaster 2, analisis data bertujuan untuk melihat beban penyakit mencakup morbiditas (angka kesakitan), mortalitas (angka kematian) dan cakupan pelayanan.

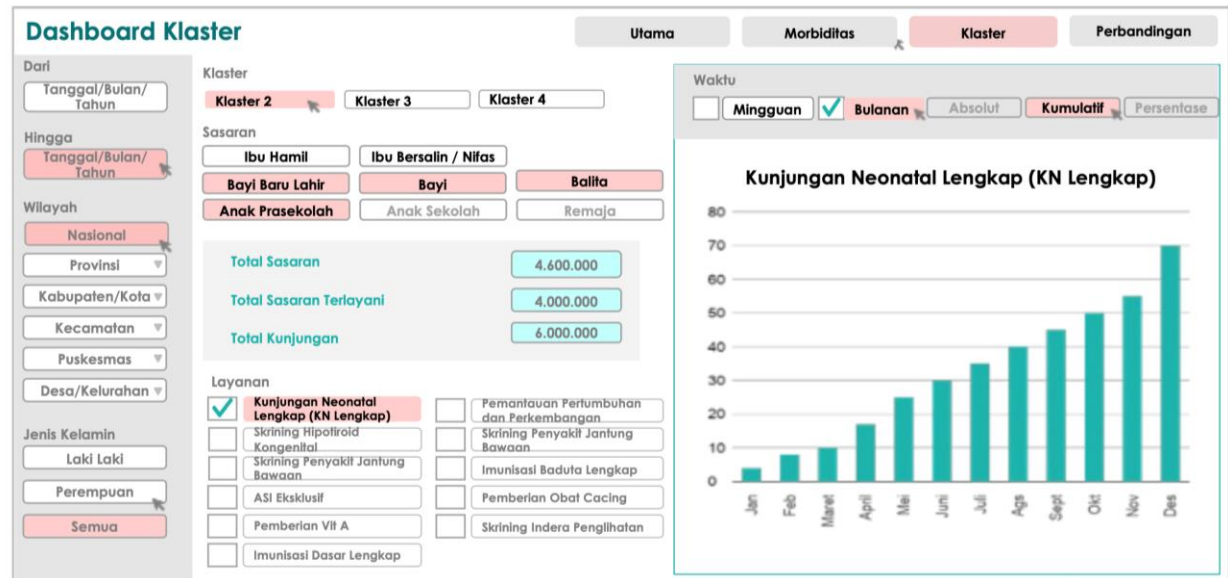
Analisis data juga memberikan gambaran kesehatan, memantau hasil intervensi/program, dan membuat rencana tindak lanjut baik dalam gedung maupun luar gedung berupa **Kegiatan Lapangan/Masyarakat**.

Proses Analisis Data terdiri dari:

- 1. Memeriksa Data:** Meninjau data pelayanan dalam dan luar gedung, termasuk data Pustu dan FKTP lain
- 2. Membersihkan Data:** Menghapus kesalahan, duplikasi, atau informasi yang tidak relevan untuk memastikan data akurat.
- 3. Mengubah Data:** Mengorganisir atau mengonversi data ke format yang bisa digunakan, seperti Excel, Gsheet atau aplikasi lain yang digunakan.
- 4. Menginterpretasi Data:** Menganalisis pola, trend, dan hubungan dalam data dan memberikan konteks, misalnya, mengidentifikasi peningkatan kasus penyakit diare pada anak balita atau efektivitas program UKS dalam meningkatkan skrining.

Data yang sudah dianalisis dapat ditampilkan visualnya dalam dashboard, baik elektronik maupun manual untuk menjadi sumber informasi bagi yang membutuhkan

Analisis Data PWS Klaster Kesehatan Ibu dan Anak





BAB H-5

Perencanaan Kegiatan Luar Gedung





Tujuan

1. Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat
2. Memberikan edukasi atau promosi kesehatan
3. Melakukan advokasi lintas sektor

Frekuensi

Disesuaikan dengan jenis dan masalah kesehatan yang akan diselesaikan

Sasaran

Masyarakat dalam satu wilayah tertentu.

Kegiatan Lapangan Klaster 2 tidak berdasarkan program tertentu, tetapi berdasarkan pendekatan wilayah dan keluarga.

Pelaksana

Nakes di klaster 2

Puskesmas dapat merancang kegiatan lapangan lain sesuai situasi dan kebutuhan

Tujuan

1. Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat
2. Memberikan edukasi atau promosi kesehatan
3. Melakukan advokasi lintas sektor

Frekuensi

Disesuaikan dengan jenis dan masalah kesehatan yang akan diselesaikan

Sasaran

Masyarakat dalam satu wilayah tertentu.

Kegiatan Lapangan Klaster 2 tidak berdasarkan program tertentu, tetapi berdasarkan pendekatan wilayah dan keluarga.

Pelaksana

Nakes di klaster 2

Sasaran	Jenis Kegiatan	Frekuensi
Semua klaster 2	Pendampingan Posyandu	1x sebulan
Semua klaster 2	Pendampingan Rujukan	Sesuai Kebutuhan
Semua klaster 2	Kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan	Sesuai kebutuhan
Semua klaster 2	Perawatan Jangka Panjang dan Homecare	Sesuai Kebutuhan
Ibu Hamil	Kelas Ibu Hamil	1x sebulan
Ibu Hamil KEK	Pemberian dan pemantauan PMT Lokal	120 hari dalam 1 siklus
Ibu Hamil	Audit kematian (ibu) & bayi baru lahir	Sesuai Kebutuhan
Ibu Nifas, Balita	Kelas Ibu balita	1x sebulan
Balita dengan masalah Gizi	Pemberian dan pemantauan PMT Lokal	120 hari dalam 1 siklus

Puskesmas dapat merancang kegiatan lapangan lain sesuai situasi dan kebutuhan

LAMPIRAN

LAMPIRAN

Pemeriksaan Fisik Ibu Hamil

Berat Badan

LiLA

Suhu Tubuh

Tekanan Darah

Pernafasan

Edema

Pengukuran Berat Badan Ibu Hamil

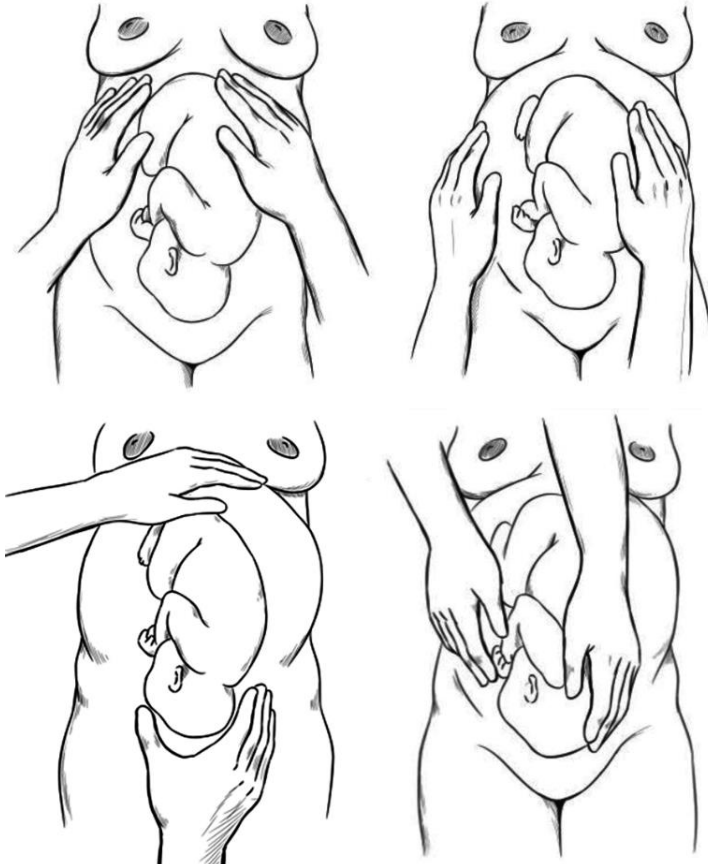
Penimbangan Berat badan pada Ibu:

1. Gunakan timbangan digital yang berfungsi baik
2. Pastikan timbangan dalam angka 0,00 kg sebelum digunakan
3. Minta Ibu naik ke atas alat dengan kaki tepat di tengah timbangan, tidak menutup jendela baca dan posisi diam, kepala tegak
4. Tunggu hingga angka bacaan tidak berubah. Bacakan angka dengan keras.
5. Catat dan tulis hasil penimbangan.
6. Minta ibu untuk turun.
7. Bila ragu ulangi pemeriksaan 2-3 kali dan ambil angka rerata
8. Jika pemeriksaan diulang, minta ibu turun terlebih dahulu, mulai kembali dari awal (tunggu angka 0,00 kg) lalu ibu naik



Palpasi Leopold

Cara melakukan palpasi abdomen dengan Manuver Leopold I-IV



Tujuan Palpasi Abdomen dengan menggunakan manuver Leopold I-IV:

Leopold I

Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terletak di fundus uteri (dilakukan sejak awal trimester I)

Leopold II

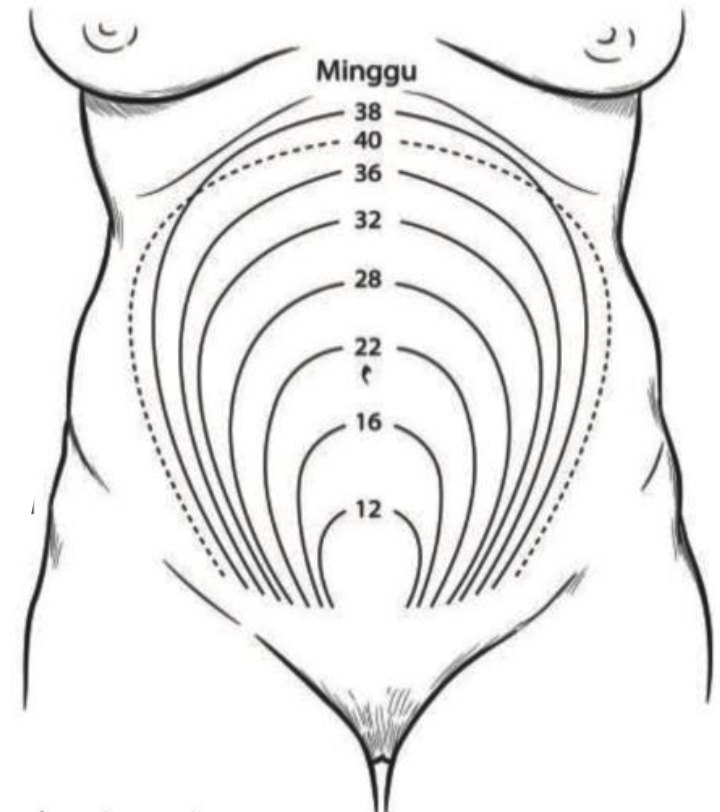
Menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu (dilakukan mulai akhir trimester II)

Leopold III

Menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus (dilakukan mulai akhir trimester II)

Leopold IV

Menentukan berapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul (dilakukan bila usia kehamilan >36 minggu)



Detak Jantung Janin

Tujuan Pemeriksaan Detak Jantung Janin (DJJ)

- o Mendengar denyut jantung janin sebagai tanda pasti kehamilan
- o Mengetahui presentasi, posisi, letak dan adanya janin kembar
- o Mendengar irama dan frekuensi denyut jantung janin agar diketahui jika ada gawat janin

Denyut Jantung janin dapat terdengar dengan fetoskop/ leanec pada usia kehamilan 20 minggu, dan menggunakan doppler pada usia kehamilan 12 minggu.

Fetoskop atau Doppler untuk mendengar bunyi yang berasal dari bayi meliputi bunyi jantung, gerakan, dan bisung tali pusat. Sedangkan, bunyi yang terdengar dari ibu berasal dari bisung usus dan bisung aorta



Cara Penggunaan Fetoskop atau Doppler untuk mendengar Detak Jantung Janin (DJJ)

1. Anjurkan ibu hamil untuk mengosongkan kantung kemih
2. Tentukan area terdengarnya DJJ yang paling keras (Punktum Maximum)
3. Letakkan fetoskop/leanec pada area punktum maksimum, apabila sudah terdengar bunyi denyut jantung janin maka pastikan DJJ dengan cara membedakannya dengan denyut nadi ibu pada arteri radialis
4. Hitung bunyi denyut jantung dengan menghitung selama 1 menit penuh dan perhatikan iramanya.
5. Jika janin dengan posisi membujur dan presentasi kepala, maka punktum maksimum berada di area antara pusat dan symfisis tergantung dengan letak punggung janin.
6. Jika janin dalam posisi sungsang dan presentasi bokong, maka punktum maksimum berada di area pusat dan Processus Xipoides. Selain itu melalui pemeriksaan ini dapat diketahui apakah janin tunggal atau kembar dari DJJ yang terdengar di dua tempat berbeda.

Interpretasi

Frekuensi DJJ normal pada janin ialah 110 - 160x/menit

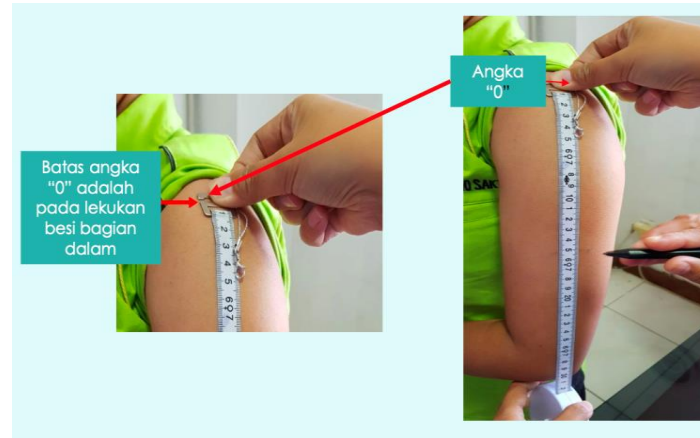
Konfirmasi DJJ dengan melakukan perhitungan ulang

Jika Frekuensi DJJ <110x/menit atau >160x per menit → **Rujuk ke FKTL untuk pemeriksaan konfirmasi dan penanganan**

Pengukuran LiLA Ibu Hamil

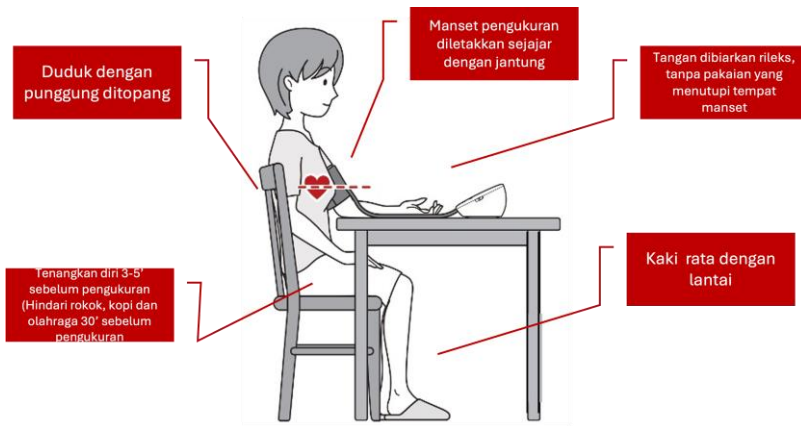
Pengukuran Lingkaran Lengan Atas (LiLA)

1. Gunakan pita LiLa atau pita/meteran dengan ketelitian 0,1 cm
2. Lakukan pengukuran pada lengan kiri atau lengan yang tidak dominan beraktifitas
3. Pastikan lengan yang diukur tidak tertutup pakaian
4. Tentukan titik tengah lengan dengan cara lipat siku membentuk garis 90°
5. Cari garis tengah pangkal bahu dengan ujung siku kemudian tandai dengan pulpen/spidol
6. Minta ibu meluruskan atau menggantung tangan dengan bebas
7. Lingkarkan pita LiLa/pita ukur di tempat yang sudah ditandai.
8. Pengukuran tidak boleh terlalu ketat atau longgar
9. Catat hasil pengukuran



Pengukuran Tekanan Darah ibu Hamil

Persiapan Pemeriksaan Tekanan Darah



Standar Tensimeter yang digunakan:
Tensimeter Digital

Selain pengukuran tekanan darah, lakukan perhitungan rerata tekanan darah pada 2 kali pengukuran (Mean Arterial Pressure/MAP)

Cara Pemeriksaan Tekanan Darah

1. Pasang manset pada lengan atas pasien setinggi atrium kanan
2. Gunakan ukuran manset mengelilingi 75%-100% lengan
3. Ujung bawah manset 2-3 cm di atas fossa antecubital, sehingga terdapat ruang untuk penempatan stetoskop
4. Raba arteri brakialis di fossa antecubital dan tempatkan pusat manset di atas pulsasi arteri kanan
5. Pompa manset hingga setidaknya 30 mmHg di atas titik dimana denyut radial menghilang
6. Deflasi manset secara perlahan dengan kecepatan 2mmHg per detik untuk mendapatkan pengukuran akurat
7. Dengar bunyi berdetak saat tekanan cuff turun di bawah tekanan sistolik
 - **Korotkoff 1** : bunyi pertama → tekanan **sistolik**
 - **Korotkoff 5** : titik saat seluruh bunyi hilang → tekanan **diastolik**

Cara Menghitung MAP

1. Pada pengukuran pertama : ukur tekanan sistolik dan diastolik pada lengan kanan dan lengan kiri → catat tekanan darah yang paling tinggi sebagai hasil pengukuran 1
2. Lakukan pengukuran kedua setelah 1-2 menit : ukur tekanan sistolik dan diastolik pada lengan kanan dan kiri → catat tekanan darah yang paling tinggi sebagai hasil pengukuran 2
3. MAP dihitung dengan $(2 \times \text{diastolik} + \text{sistolik}) / 3$
MAP dihitung pada kehamilan <20 minggu

Interpretasi:

MAP > 90mmHg : berisiko hipertensi
MAP <90mmHg : normal

Pengukuran Suhu Tubuh

1. Persiapan Alat

- Pastikan termometer digital dalam kondisi bersih dan berfungsi dengan baik.
- Jika termometer pernah digunakan sebelumnya, bersihkan ujungnya dengan kapas alkohol atau disinfektan untuk memastikan kebersihannya.

2. Posisi Pengukuran

- Suhu mulut (oral):** Letakkan termometer di bawah lidah dan tutup mulut. Metode ini sering digunakan untuk anak-anak dan orang dewasa.
- Suhu ketiak (aksila):** Tempatkan termometer di ketiak. Pastikan ketiak ditutup rapat agar termometer menempel dengan baik.
- Suhu rektal (anus):** Metode ini biasanya digunakan pada bayi atau anak kecil. Oleskan pelumas pada ujung termometer, lalu masukkan perlahan ke dalam anus bayi sekitar 1-2 cm.

3. Proses Pengukuran

- Nyalakan termometer digital dengan menekan tombol daya.
- Tunggu hingga indikator suhu (biasanya simbol C° atau F°) muncul di layar.
- Letakkan termometer pada area pengukuran yang dipilih (mulut, ketiak, atau rektal).
- Tunggu hingga terdengar bunyi bip, yang menunjukkan bahwa pengukuran sudah selesai.

4. Membaca Hasil

- Setelah terdengar bunyi bip, keluarkan termometer dan baca hasil suhu yang tertera pada layar.
- Suhu tubuh normal biasanya berada pada kisaran **36,5°C hingga 37,5°C** (97,7°F hingga 99,5°F). Jika suhu di atas 38°C (100,4°F), itu dapat menunjukkan adanya demam.

5. Membersihkan Termometer

- Setelah digunakan, bersihkan termometer dengan alkohol atau air sabun dan keringkan.
- Simpan termometer di tempat yang aman dan kering.

Catatan Tambahan:

- Hindari makan, minum, atau merokok setidaknya 15 menit sebelum mengukur suhu tubuh dengan metode oral untuk mendapatkan hasil yang akurat.
- Pastikan ketiak kering sebelum melakukan pengukuran suhu di sana.

Menghitung Frekuensi Pernafasan

1. Persiapan

- Pastikan ibu hamil dalam posisi nyaman, baik duduk atau berbaring.
- Minta ibu hamil untuk relaks dan bernapas secara normal.
- Frekuensi pernapasan sebaiknya diukur saat ibu hamil sedang dalam kondisi tenang dan tidak habis beraktivitas berat.

2. Pengukuran

- Gunakan jam atau stopwatch untuk menghitung waktu selama **1 menit**.
- Hitung berapa kali ibu hamil mengambil napas (satu kali napas adalah satu tarikan dan satu hembusan napas).
- Mulai menghitung saat ibu menarik napas, dan hitung setiap kali ia menyelesaikan satu siklus pernapasan (tarikan dan hembusan).

3. Frekuensi Pernapasan Normal

- Frekuensi pernapasan normal pada orang dewasa, termasuk ibu hamil, biasanya berkisar antara **12 hingga 20 kali per menit**.
- Jika hasil pengukuran frekuensi pernapasan melebihi 20 kali per menit, ini dapat menunjukkan **takipnea** (pernapasan cepat).
- Jika frekuensi pernapasan di bawah 12 kali per menit, ini bisa menunjukkan **bradipnea** (pernapasan lambat).

4. Catatan

- Apabila frekuensi pernapasan ibu hamil tidak normal (terlalu cepat atau lambat), sebaiknya segera konsultasikan dengan tenaga medis.
- Jangan menghitung frekuensi pernapasan saat ibu habis melakukan aktivitas fisik atau sedang berbicara, karena hal ini dapat memengaruhi hasil pengukuran.

Pengukuran Antropometri Balita

Berat Badan

Tinggi Badan

Lingkar Lengan Atas

Lingkar Kepala

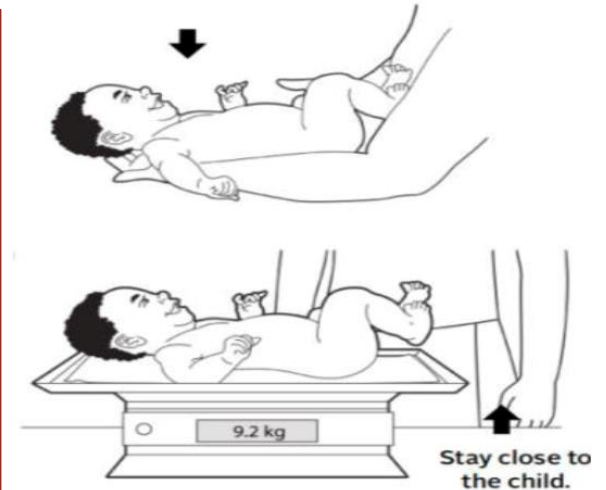
Pengukuran Berat badan Balita <2 tahun

Gunakan **timbangan bayi digital**

1. Letakkan timbangan di tempat yang rata, datar dan keras. Pastikan timbangan harus bersih dan tidak ada beban lain di atas timbangan.
2. Tekan tombol Power/On dan pastikan angka pada jendela baca menunjukkan angka nol.
3. Posisi awal harus selalu berada diangka nol (**jendela baca 0,00 kg**)
4. Bila memiliki unit alat pengukuran dengan dua jenis satuan pengukuran (pound atau kg), tekan tombol UNIT HOLD sampai display sudah menunjukkan 0,00 (kg)

Langkah-langkah Penimbangan

1. Pastikan bayi memakai pakaian seminimal mungkin/keadaan telanjang (tidak memakai popok) dan tidak memegang sesuatu. Letakkan bayi diatas mangkok timbangan hingga angka berat badan muncul pada layar timbangan.
2. Tekan tombol UNIT HOLD, tunggu hingga tulisan "HOLD" pada display berhenti berkedip untuk mendapatkan berat bayi. Bila ragu-ragu, ulangi pemeriksaan 2-3 kali dan diambil rerata.
3. Catat dan plot BB pada grafik pertumbuhan sesuai jenis kelamin.
4. Untuk mematikan timbangan, tekan tombol OFF. Pastikan timbangan dimatikan setelah dipakai dan disimpan kembali pada tempatnya.



Tetap tinggal dekat dengan anak untuk memastikan keamanannya

Pengukuran Berat badan Balita > 2 tahun

Untuk Balita \geq 2 tahun

Persiapan Alat

Gunakan **timbangan digital injak**

1. Lepaskan mangkok timbang bayi pada timbangan bayi untuk digunakan menjadi timbangan injak.
2. Letakkan timbangan di tempat yang rata, datar dan keras. Pastikan timbangan harus bersih dan tidak ada beban lain di atas timbangan.
3. Baterai dipasang pada tempatnya dengan memperhatikan posisi baterai jangan sampai terbalik.
4. Tekan tombol Power/On dan pastikan angka pada jendela baca menunjukkan angka nol. Posisi awal harus selalu berada di angka nol (jendela baca **0,00 kg**).
5. Bila memiliki unit alat pengukuran dengan dua jenis satuan pengukuran (pound atau kg), tekan tombol UNIT HOLD sampai display sudah menunjukkan 0,00 (kg)

Langkah-langkah Penimbangan

1. Pastikan balita memakai pakaian seminimal mungkin (tidak memakai popok), tidak memegang sesuatu dan tidak memakai sepatu/alas kaki.
2. Balita berdiri tepat di tengah timbangan saat angka pada layar timbangan menunjukkan angka 0,00 kg, serta tetap berada di atas timbangan sampai angka berat badan muncul pada layar timbangan dan sudah tidak berubah.
3. Tekan tombol UNIT HOLD, tunggu hingga tulisan "HOLD" pada display berhenti berkedip untuk mendapatkan berat anak.
4. Bila ragu-ragu, ulangi pemeriksaan 2-3 kali dan diambil rerata.



Kaki harus berada di tengah timbangan

Pengukuran Tinggi badan Balita < 2 tahun

Untuk Balita < 2 tahun

Persiapan Alat

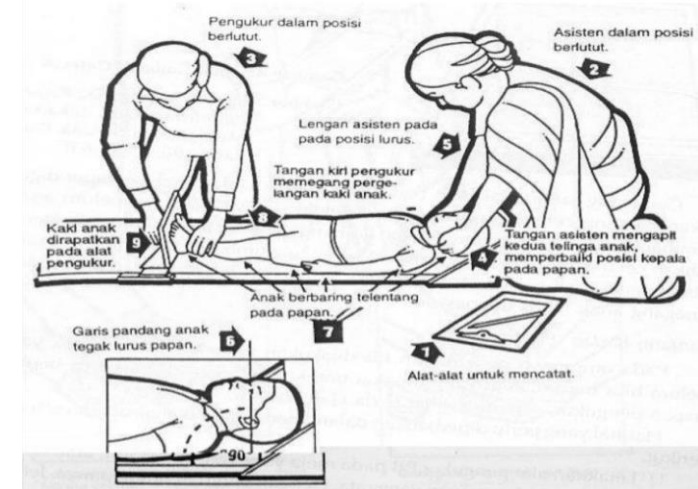
Gunakan Infantometer/Length Board

1. Alat harus dipastikan dalam kondisi baik dan lengkap, alat penunjuk ukuran (meteran) dapat terbaca jelas dan tidak terkelupas atau tertutup.
2. Alat ditempatkan pada tempat yang datar, rata dan keras.
3. Alat ukur panjang badan dipasang sesuai petunjuk. Harus dipastikan bahwa papan geser kaki dapat digerakkan dengan baik.
4. Siapkan alas kain tipis pada alat ukur untuk bagian kepala balita.

Langkah-langkah Penimbangan

1. Lepaskan sepatu/alas kaki, kaus kaki, hiasan rambut, tutup kepala, dan aksesoris lainnya pada balita yang dapat menghambat proses pengukuran.
2. Balita dibaringkan telentang pada papan dengan puncak kepala menempel pada panel bagian kepala (yang tetap).
3. Pengukuran dilakukan oleh dua orang. Pengukur pertama memegang dan menekan lutut balita agar tungkai bawah lurus dengan permukaan alat ukur. Pengukur kedua memastikan kepala anak menempel pada papan kepala.

4. Pengukur kedua meletakkan tangan pada telinga balita (lengan pengukur pertama harus lurus dan tidak tegang).
5. Pengukur kedua memastikan kepala balita datar di papan dan garis imajiner (dari titik cuping telinga ke ujung mata) tegak lurus dengan papan ukur tempat balita dibaringkan.
6. Pengukur pertama menggerakkan alat geser ke arah telapak kaki balita hingga posisi telapak kaki tegak lurus menempel pada alat geser.
7. Pengukur pertama dapat mengusap telapak kaki balita agar balita dapat menegakkan telapak kakinya ke atas dan telapak kaki segera ditempatkan menempel pada alat geser.
8. Pengukur pertama membaca hasil pengukuran dimulai dari angka kecil ke besar.
9. Pembacaan hasil pengukuran harus dilakukan dengan cepat dan seksama karena anak akan banyak bergerak.
10. Hasil pembacaan disampaikan kepada pembantu pengukur untuk segera dicatat.



Bila pengukuran tinggi badan anak usia di bawah 2 tahun dilakukan secara telentang, maka hasil pengukuran yang diperoleh harus ditambahkan 0,7 cm

Pengukuran Tinggi badan Balita > 2 tahun

Untuk Balita \geq 2 tahun

Persiapan Alat

Gunakan **Stadiometer**

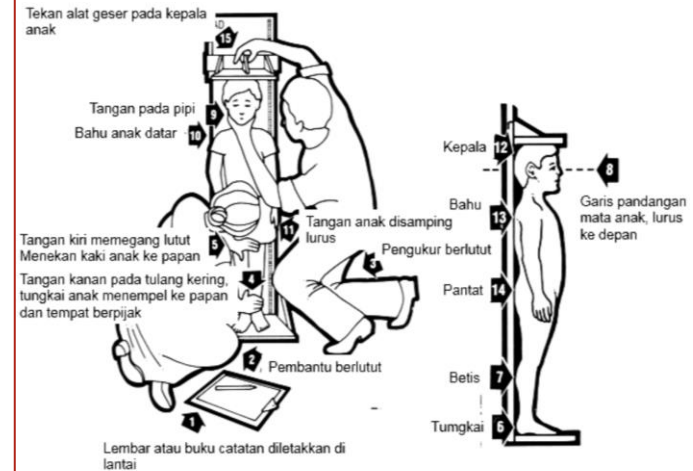
1. Alat harus dipastikan dalam kondisi baik dan lengkap, alat penunjuk ukuran (meteran) dapat terbaca jelas dan tidak terkelupas atau tertutup.
2. Alat ditempatkan pada tempat yang datar, rata dan keras.
3. Pasang stadiometer sesuai petunjuk. Harus dipastikan bahwa papan geser kepala dapat digerakkan dengan lancar.
4. Perhatikan adanya sandaran tumit untuk ketepatan pengukuran tinggi badan.

Langkah-langkah Penimbangan

1. Lepaskan sepatu/ alas kaki, kaus kaki, hiasan rambut, tutup kepala, dan aksesoris lainnya pada balita yang dapat menghambat proses pengukuran.
2. Pengukur utama memposisikan balita berdiri tegak lurus di bawah stadiometer. Tangan kiri pengukur pertama memegang dagu balita dan melihat skala ukur. Pastikan pandangan balita lurus ke depan.

3. Posisikan kepala balita berada dalam garis imajiner (dari titik cuping telinga ke ujung mata) tegak lurus dengan tiang.
4. Pengukur kedua memposisikan tangan kiri pada lutut balita, menekan kaki balita ke papan dengan lembut agar balita berdiri tegak dan tangan kanan pada tulang kering balita, tungkai menempel ke papan dan tempat berpijak.
5. Pengukur pertama memastikan bahu balita datar, tangan balita di samping dan lurus.
6. Pengukur pertama memastikan 5 bagian tubuh menempel di tiang skala yaitu: bagian belakang kepala, punggung, bokong, betis dan tumit.
7. Pengukur kedua memposisikan kedua lutut dan tumit anak rapat sambil menekan perut anak agar anak berdiri dengan tegak.
8. Pengukur pertama menarik papan geser kepala sampai menyentuh puncak kepala balita.
9. Pengukur membaca angka pada jendela baca.

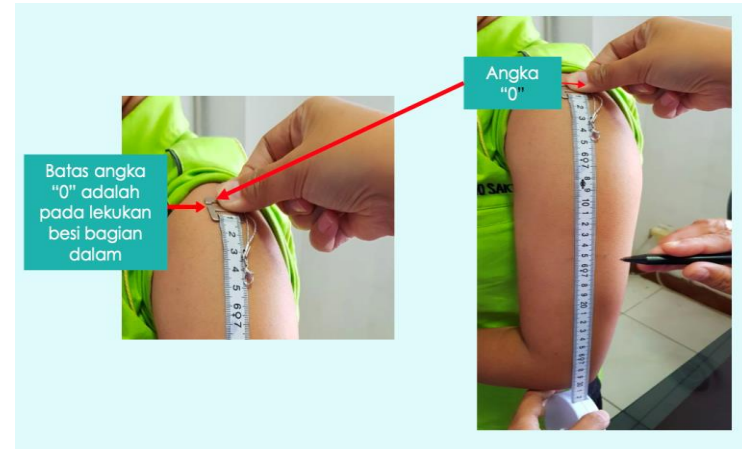
Catatan hasil pengukuran panjang/tinggi badan balita harus disertai dengan keterangan posisi pengukuran: telentang atau berdiri



Bila pengukuran tinggi badan anak usia di atas 2 tahun dilakukan secara telentang, maka hasil pengukuran yang diperoleh harus dikurangi 0,7 cm

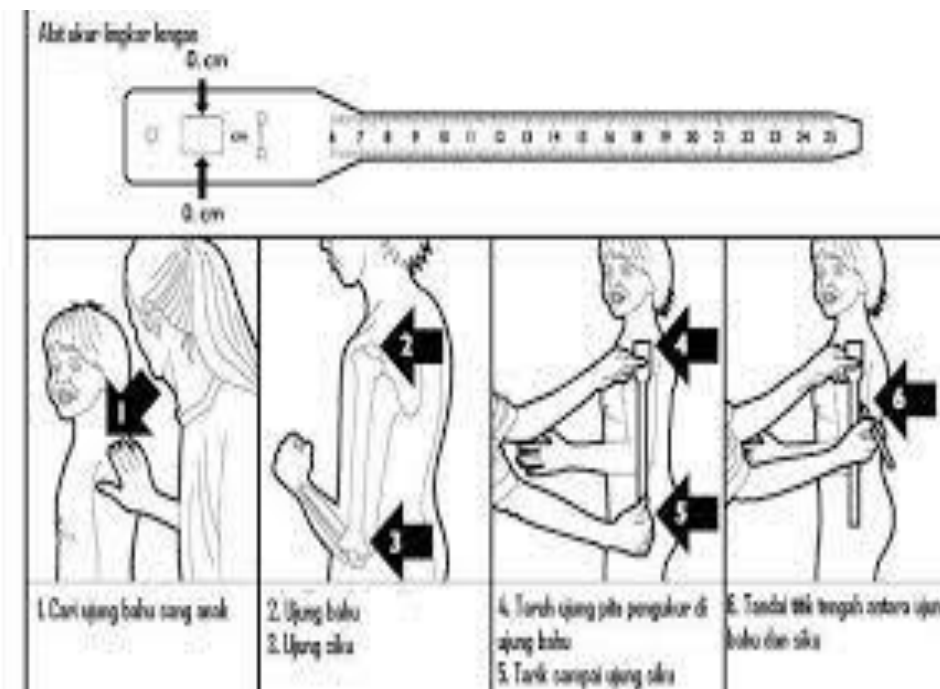
Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) Balita

1. Gunakan pita LiLa atau pita/meteran dengan ketelitian 0,1cm
2. Lakukan pengukuran pada lengan kiri atau lengan yang tidak dominan beraktifitas
3. Pastikan lengan yang diukur tidak tertutup pakaian
4. Tentukan titik tengah lengan dengan cara lipat siku membentuk garis 90°
5. Cari garis tengah pangkal bahu dengan ujung siku kemudian tandai dengan pulpen/spidol
6. Minta Anak meluruskan atau menggantung tangan dengan bebas
7. Lingkarkan pita LiLa/pita ukur di tempat yang sudah ditandai.
8. Pengukuran tidak boleh terlalu ketat atau longgar
9. Catat hasil pengukuran
10. **Lakukan pemeriksaan gizi komprehensif dan konseling jika LILA 11,5-12,4 cm. Rujuk jika LILA <11,5cm**



Klasifikasi hasil pengukuran LiLA untuk anak umur 6-59 bulan

Hasil pengukuran	Klasifikasi
$\geq 12,5$ cm	Normal
11,5-12,4 cm	Gizi kurang
$<11,5$ cm	Gizi buruk*



Penilaian status gizi anak usia 6-59 bulan pada Kondisi Khusus

Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi anak berdasarkan lingkaran lengan atas untuk skrining dan deteksi gangguan pertumbuhan anak usia 6-59 bulan tidak dapat berdiri sendiri, melainkan harus dilakukan konfirmasi indeks pertumbuhan berat badan menurut panjang/tinggi badan.

Penilaian ini tidak dilakukan secara rutin, hanya pada kondisi khusus seperti: adanya pembesaran organ tubuh, hidrocefalus, atau anak dengan kondisi khusus yang tidak dapat dilakukan pengukuran panjang/tinggi badan serta pada kondisi bencana.

Pengukuran Lingkar Kepala Balita

1. Alat pengukur dilingkarkan pada kepala anak melewati dahi, di atas alis mata, di atas kedua telinga, dan bagian belakang kepala yang menonjol, tarik agak kencang
2. Baca angka pada pertemuan dengan angka
3. Tanyakan tanggal lahir anak, hitung umur anak
4. Hasil pengukuran dicatat pada grafik lingkaran kepala menurut umur dan jenis kelamin anak
5. Buat garis yang menghubungkan antara ukuran yang lalu dengan ukuran sekarang
6. Catat hasil pengukuran dan bandingkan dengan standar
7. **Rujuk jika standar ukuran $>+2SD$ (Macromegaly atau $<-2SD$ (mikromegali)**



Indeks Lingkar Kepala menurut Usia

Penilaian Status Gizi



Penilaian lingkar kepala berdasarkan usia sebaiknya dilakukan :

- minimal sekali perbulan pada umur 0-5 bulan
- setiap 3 bulan pada umur 6-23 bulan
- setiap 6 bulan pada umur 24-72 bulan

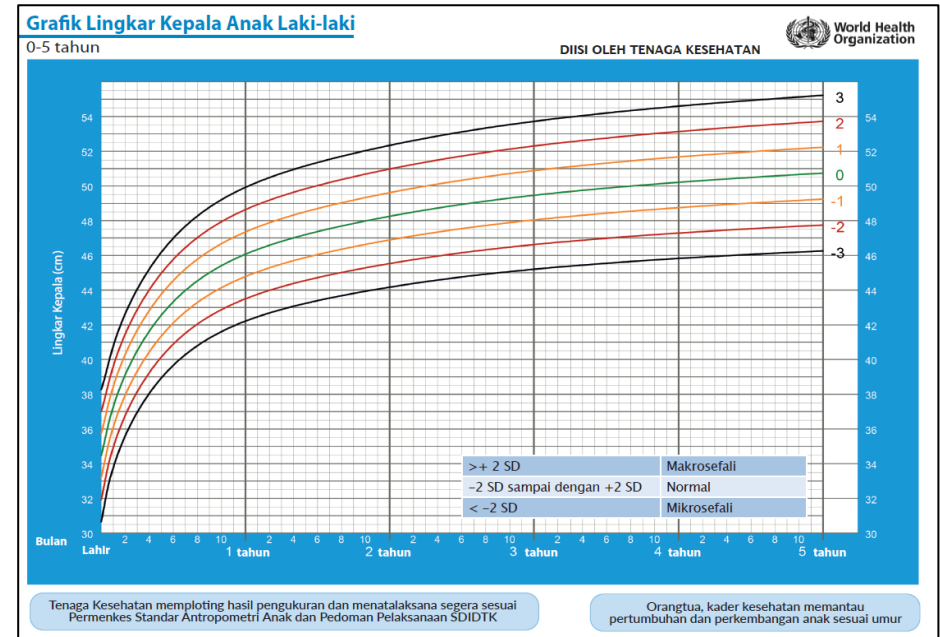
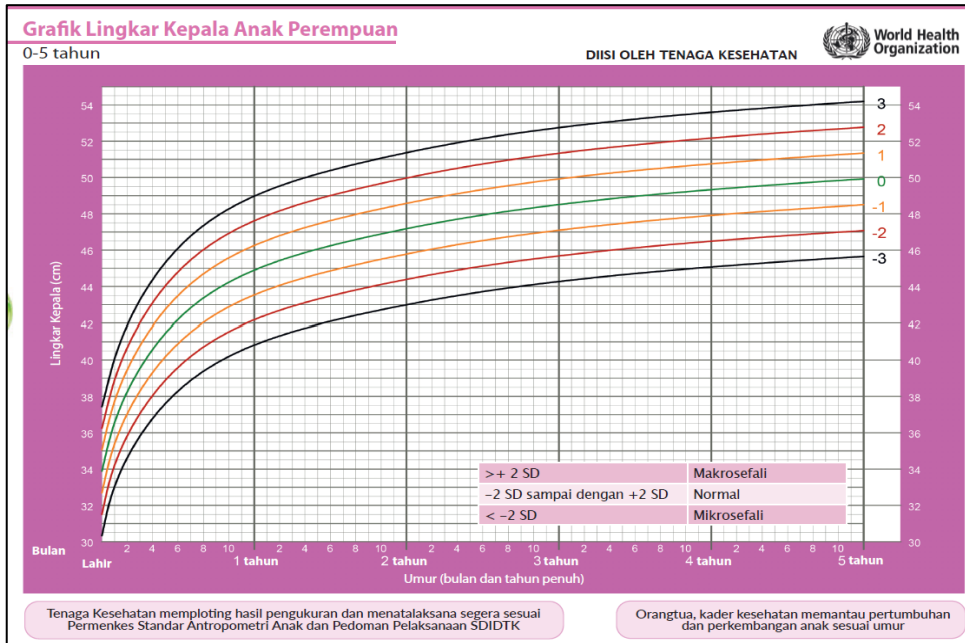


Pada kasus rujukan dari jejaring puskesmas/fasilitas kesehatan, sebaiknya dilakukan verifikasi hasil pengukuran dan plotting pada grafik lingkar kepala



Penilaian Status Gizi

Penilaian Indeks Lingkar Kepala menurut Usia pada anak 0 - 5 tahun dilakukan dengan menggunakan Grafik Lingkar Kepala (WHO)



Grafik Lingkar Kepala (WHO) digunakan sampai usia 5 tahun, yang terdapat dalam Buku KIA

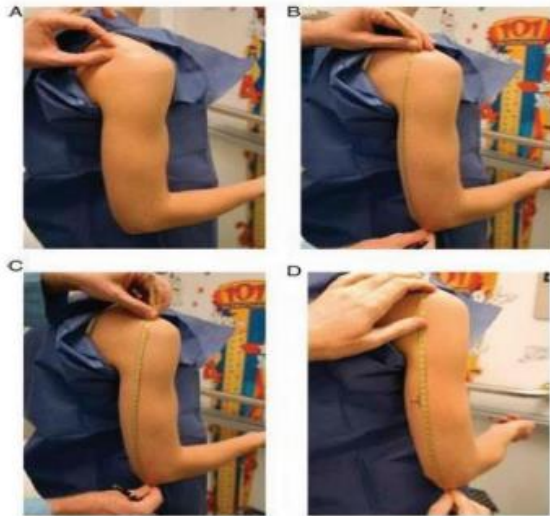
Klasifikasi Hasil Pengukuran Lingkar Kepala Menurut Umur

Hasil pengukuran Z-Score	Klasifikasi
$>+2$ SD	Makrocephaly
-2 SD sampai dengan +2 SD	Normal
<-2 SD	Microcephaly



Pengukuran Tekanan Darah Pada Anak

Pada prinsipnya, pengukuran tekanan darah anak dan dewasa adalah sama. Perbedaannya adalah pada penggunaan manset yang sesuai dengan panjang lengan atas anak. Panjang manset harus melingkupi minimal 80% lingkaran lengan atas, sedangkan lebar manset harus lebih dari 40% lingkaran lengan atas (atau minimal 2/3 jarak antara akromion dan olecranon). Bila manset yang digunakan terlalu sempit akan menghasilkan angka terlalu tinggi, sebaliknya bila manset yang digunakan terlalu lebar akan menghasilkan angka pengukuran lebih rendah.



Keterangan Gambar:

- A. Penandaan akromion.
- B. Peletakan pita ukur yang benar untuk mengukur panjang lengan atas.
- C. Peletakan pita ukur yang salah.
- D. Penandaan titik tengah panjang lengan atas.

Sumber:

- Pedoman AAP tahun 2017
- Pedoman Pengendalian Hipertensi di FKTP Tahun 2024

Petunjuk Penggunaan Bagan

Bagan Nifas

Bagan MTBS

Bagan SDIDTK

Bagan MTPKR

Cara Penggunaan Bagan MTBS

Bagan MTBS digunakan untuk membantu tenaga kesehatan dalam mendiagnosis dan memberikan penanganan yang tepat bagi balita sakit di fasilitas pelayanan kesehatan primer seperti Puskesmas.

Berikut cara membaca bagan MTBS:

1. Lihat Tanda Bahaya dan Gejala Utama

- ❑ Langkah awal: Pada kolom pertama, biasanya terdapat tanda bahaya umum (seperti anak tidak dapat minum, muntah terus-menerus, kejang, letargi atau tidak sadar) dan gejala utama (demam, batuk, diare, dll.).
- ❑ Jika ditemukan salah satu dari tanda bahaya tersebut, balita harus segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap untuk penanganan darurat.

2. Klasifikasi Penyakit

- ❑ Setiap gejala atau tanda penyakit utama akan diklasifikasikan berdasarkan tingkat keparahan (berwarna merah, kuning, atau hijau) sesuai dengan temuan klinis. Misalnya:
 - Merah: Penyakit sangat parah, memerlukan rujukan segera.
 - Kuning: Penyakit sedang, perlu pengobatan segera di fasilitas pelayanan primer.
 - Hijau: Penyakit ringan, bisa diobati di rumah dengan saran yang diberikan oleh petugas kesehatan.

3. Tentukan Pengobatan atau Tindakan

- ❑ Setelah menentukan klasifikasi, langkah selanjutnya adalah menentukan tindakan berdasarkan klasifikasi tersebut:
- ❑ Rujuk: Jika ada tanda bahaya atau klasifikasi merah.
- ❑ Berikan pengobatan: Jika klasifikasi kuning, pengobatan bisa dilakukan di Puskesmas, seperti pemberian antibiotik, cairan rehidrasi oral (untuk diare), atau obat-obatan lain yang sesuai.
- ❑ Nasihat perawatan di rumah: Jika klasifikasi hijau, berikan saran perawatan di rumah seperti cara memberikan cairan dan makanan serta tanda-tanda kapan harus kembali ke fasilitas kesehatan.

4. Pantau Tindak Lanjut

- ❑ Jika anak tidak dirujuk, pastikan untuk memberikan instruksi kepada orang tua atau pengasuh tentang tindak lanjut yang diperlukan, seperti kapan harus kembali ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan ulang atau jika kondisi memburuk.

5. Lengkapi Data dan Catat dalam Rekam Medis

- ❑ Selalu catat hasil pemeriksaan, klasifikasi, pengobatan yang diberikan, dan nasihat yang diberikan pada rekam medis balita tersebut.

Cara Penggunaan Bagan MTPKR

Bagan Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR), tujuannya adalah untuk memberikan panduan praktis kepada tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi, mengklasifikasikan, dan menangani masalah kesehatan yang umum dialami oleh remaja. Bagan ini membantu dalam menangani berbagai kondisi secara sistematis dan terintegrasi, baik di layanan primer seperti Puskesmas maupun layanan sekunder. Berikut adalah cara membaca bagan MTPKR:

1. Identifikasi Masalah Kesehatan Utama Remaja

- ❑ Bagan MTPKR biasanya dimulai dengan keluhan utama atau masalah kesehatan yang sering dialami remaja, seperti:
 - Masalah fisik (misalnya: gizi, penyakit menular atau tidak menular)
 - Masalah psikologis (misalnya: depresi, kecemasan, kekerasan)
 - Perilaku risiko (misalnya: merokok, penyalahgunaan narkoba, seks bebas)
- ❑ Tenaga kesehatan mengidentifikasi masalah utama remaja berdasarkan gejala yang dilaporkan atau ditemukan selama pemeriksaan.

2. Tanya dan Cek Tanda atau Gejala Spesifik

- ❑ Memastikan adanya tanda atau gejala spesifik yang terkait dengan keluhan. Tenaga kesehatan bertanya secara mendalam, misalnya:
 - ✓ Apakah ada perubahan berat badan yang signifikan?
 - ✓ Apakah ada tanda-tanda stres atau kecemasan berlebihan?
 - ✓ Apakah ada luka fisik atau tanda-tanda kekerasan?
 - ✓ Bagaimana pola tidur dan pola makan remaja tersebut?

Pertanyaan-pertanyaan ini bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang lebih jelas tentang kondisi remaja.

3. Klasifikasi Masalah Kesehatan

- ❑ Setelah tanda atau gejala dikumpulkan, masalah kesehatan akan diklasifikasikan berdasarkan tingkat keparahan atau jenis kondisinya:
 - Merah: Masalah berat yang memerlukan penanganan segera atau rujukan (misalnya, risiko bunuh diri, gizi sangat buruk, atau infeksi menular seksual berat).
 - Kuning: Masalah sedang yang membutuhkan intervensi segera di layanan primer (misalnya, gejala awal depresi atau anemia).
 - Hijau: Masalah ringan yang dapat ditangani di tingkat primer dengan saran atau pengobatan dasar (misalnya, saran gizi atau konseling ringan).

4. Rencana Pengobatan dan Tindakan Lanjutan

- ❑ Berdasarkan klasifikasi tadi, petugas kesehatan akan menentukan rencana pengobatan atau tindakan yang sesuai. Ini bisa meliputi:
 - **Rujukan** ke rumah sakit atau spesialis jika masalah berat.
 - **Pengobatan atau intervensi di fasilitas primer** jika masalah sedang (seperti pemberian suplemen gizi, konseling psikologis, atau program kesehatan reproduksi).
 - **Nasihat dan edukasi** untuk kasus ringan, misalnya mengenai diet, aktivitas fisik, atau perilaku sehat.

5. Pemberian Konseling dan Edukasi Remaja

- ❑ Sebagian besar layanan MTPKR mencakup komponen penting berupa **konseling kesehatan**, di mana remaja diberikan informasi yang tepat tentang bagaimana mengelola kesehatan mereka, baik dari segi fisik maupun mental.
- ❑ Edukasi seputar kesehatan reproduksi, perilaku risiko, dan pentingnya kesehatan mental sering diberikan dalam konteks ini.

6. Tindak Lanjut dan Pemantauan

- ❑ Pastikan ada rencana tindak lanjut, seperti kunjungan lanjutan, pemantauan kondisi fisik, atau evaluasi psikologis agar kesehatan remaja terus dipantau dan ditingkatkan.

7. Catat dalam Rekam Medis

- ❑ Hasil pemeriksaan, tindakan, dan edukasi **dicatat dalam rekam medis** remaja agar ada dokumentasi lengkap yang bisa dirujuk di masa mendatang.

8. Pendekatan Holistik

- ❑ MTPKR mendorong pendekatan yang **holistik**, artinya tidak hanya memfokuskan pada aspek medis fisik, tetapi juga memperhatikan aspek psikologis dan sosial.



Kemenkes