

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : AZZA SHAF A'AH

NIM : P27824221010

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2021

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

“Asuhan Kebidanan Pada Ny. “T” G3P20000 Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan dan Bayi Bari Lahir, Nifas dan Menyusui, Neonatus dan Keluarga Berencana di Puskesmas Plaosan Magetan”

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Magetan, 14 Mei 2024

Yang Menyatakan

AZZA SHAF A'AH
P27824221010

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : Azza Shafa'ah

Tempat, Tanggal Lahir : Ngawi, 07 Maret 2003

Agama : Islam

Alamat : Desa Kandangan RT 003 RW 01

Kecamatan Ngawi, Kabupaten Ngawi

Riwayat Pendidikan :

1. SD LUQMAN AL-HAKIM Ngawi
2. MTsN 3 Ngawi
3. MAN 1 Ngawi

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : AZZA SHAFI'AH

NIM : P27824221010

Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Kampus Magetan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya

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

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

Magetan, 14 Mei 2024

Pemohon

AZZA SHAFI'AH
P27824221010

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:


Nama : Tatit Ambarwati
 Umur : 29tahun
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Kauman, 30/05 Plaosan, Magetan

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

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

Magetan, 12 Februari 2023

Yang Menyatakan


 (.....TATIT AMBARWATI.....)

Lampiran 5

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANNYANYA PADA RIWAYAT CPW (C), SAAT HAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNTE/ORI DIFTERI (E)			
NO	RIWAYAT IMUNISASI TT	PERNAH/TIDAK DIIMUNISASI DPT/DPT-HB/DT/TT/Id?	KESIMPULAN STATUS TT?
1	2	3	4
A	RIWAYAT IMUNISASI DPT/DPT-HB SAAT BAYI BAYI YANG LAHIR SETELAH TAHUN 1990 STATUS-NYA DIHITUNG T-2	<input checked="" type="checkbox"/>	T2
B	RIWAYAT BIAS		
1	Untuk WUS yang lair antara tahun 1973 s/d 1976		
	a. Kelas 6		
2	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 6		
3	Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 5		
	c. Kelas 6		
4	Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 4		
	c. Kelas 5		
	d. Kelas 6		
5	Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 3		
	c. Kelas 4		
	d. Kelas 5		
	e. Kelas 6		
6	Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 2		
	c. Kelas 3		
	d. Kelas 4		
7	Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 2		
	c. Kelas 3		
C	SAAT CALON PENGANTIN		
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil 1		
	b. Hamil 2		
	c. Hamil 3		
	d. Hamil 4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI) CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2001		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)			

KETERANGAN :

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

Lampiran 6

Kartu Skor Poedji Rochjati

Nama :... Umur Ibu : ...Th.
 Hamil ke ... Haid terakhir tgl: Perkiraan lahir: ...
 Pendidikan ibu :... Suami : ...
 Pekerjaan ibu :... Suami : ...

KE L F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				✓
I	1	Terlalu muda hamil I ≤16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a.terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfusi	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a.Kurang Darah					
		b.Malaria,					
		c.TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanandarah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

JML. SKOR	KEL. RESIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
1	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN/ DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES, PKM, RS	BIDAN DOKTER			
≥12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Lampiran 7

TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru	-	
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi	-	
Umur ≥ 35 tahun	-	
Nulipara	-	
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun	-	
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan	-	
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m ²)	-	
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		-
Kehamilan multiple		-
Diabetes dalam kehamilan		-
Hipertensi kronik		-
Penyakit ginjal		-
Penyakit autoimun, SLE		-
Anti phospholipid syndrome*		-
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure > 90 mmHg **	-	
Proteinuria (urin celup > +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)	-	
<p>Keterangan Sistem Skoring: Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 risiko sedang <input type="checkbox"/> dan atau, • 1 risiko tinggi <input type="checkbox"/> <p>* Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature ** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC</p>		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan :

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

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

Lampiran 8

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

Nama/Suami : Tatik Ambarwati / Handoko
 Umur : 29 th / 31 th
 Alamat : Kauman 30/05, Plaosan, Magetan
 Status Gravida : Multi gravida G3P2000
 Umur Kehamilan : 35 minggu
 Tanggal Skrining : 12 Februari 2024

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

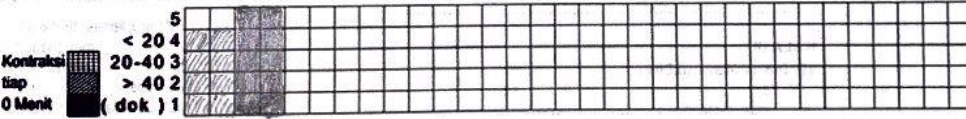
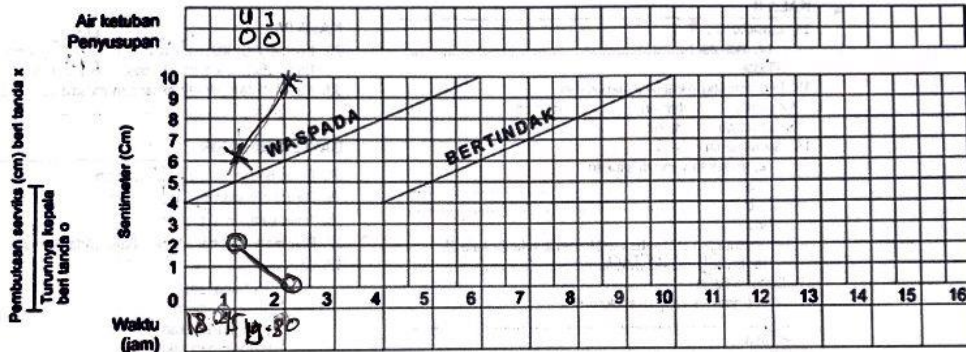
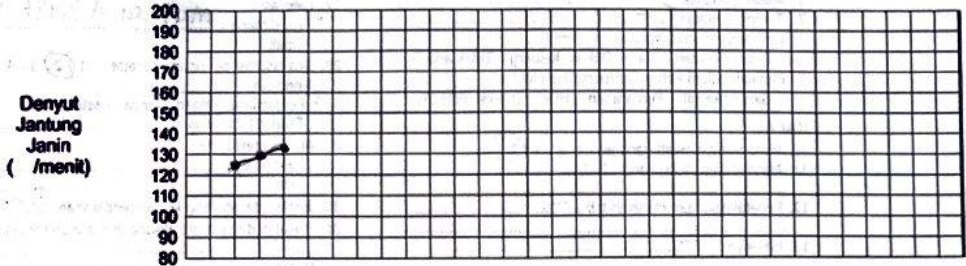
Waspada Tidak

Perdarahan

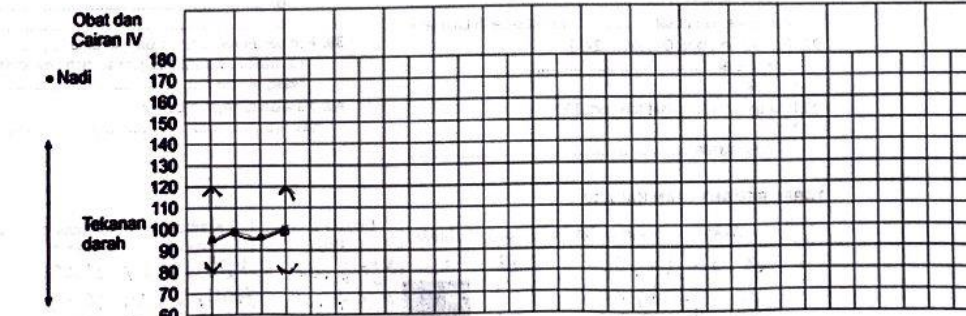
Lampiran 10

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : 29th G 3 P 1 A 0
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : 18.45 Alamat : Kawman 30905
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam 20.00 / 01/05/24 Plaosan



Oksitosin U/L tetes/menit



Suhu °C

Urin { Protein
Aseton
Volume

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 02/11/2024
- Nama Bidan : ISHOOT HAR
- Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya
- Alamat tempat persalinan : Puskesmas Maban
- Catatan : Rujuk, kala I/II/III/IV
- Alasan merujuk : ...
- Tempat rujukan : ...
- Pendamping saat merujuk :
 - Bidan
 - Teman
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 - Gawatdarurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

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

KALA II

- Epsiotomi :
 - Ya, indikasi : ...
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan :
 - suami
 - teman
 - tidak ada
 - keluarga
 - dukun
- Gawat janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan : ...
 - Tidak
 - Pemanta ... menit selama kala II, hasil : ...
- Distosia baru :
 - Ya, tindakan yang dilakukan : ...
 - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya : ...

KALA III

- Indikasi Menyusu Diri :
 - Ya
 - Tidak, alasannya : ...
- Lama kala III : ... menit
- Pemberian Oksitosin 10IU IM?
 - Ya, waktu : ... menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan : ...
- Perjepitan tali pusat ... menit setelah bayi lahir
- Pemberian utang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan : ...
 - Tidak
- Pengangan tali pusat terkencal?
 - Ya
 - Tidak, alasan : ...

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	19.57	120/80	88	36	ajar + pst	Keras, bundar	Kosong	50
	19.59	120/80	88		ajar + pst	Keras, bundar	Kosong	50
	20.37	120/80	88		ajar + pst	Keras, bundar	Kosong	50
	20.52	120/80	88		ajar + pst	Keras, bundar	Kosong	50
2	21.02	120/80	90	36	ajar + pst	Keras, bundar	Kosong	50
	21.52	120/80	90		ajar + pst	Keras, bundar	Kosong	50

1.2. Partograf Halaman Belakang

- Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan : ...
- Plasenta lahir lengkap (Intact) **(Ya)** Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan : ...
 - a. ...
 - b. ...
- Pajenta tidak lahir >30 menit :
 - Tidak
 - Ya, tindakan : ...
- Laserasi :
 - Mustasa **(dengat)** vagina
 - Ya, dimana : ...
 - Tidak
- Mika laserasi perineum, derajat : **1** **(2)** **3/4**
 - Tidak
 - Perjahitan **(dengat)** tanpa anastesi
 - Tidak jahit, alasan : ...
- Atonia uteri :
 - Ya, tindakan : ...
 - Tidak
- Jumlah darah yang keluar/perdarahan : **15** **250** ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :
 - Hasilnya : ...

KALA IV

- Kondisi ibu: KU: **baik** TD: **120** mmHg
Nadi: **88** x/mnt Napas: **24** /mnt
- Masalah dan penatalaksanaan masalah : ...

BAYI BARU LAHIR

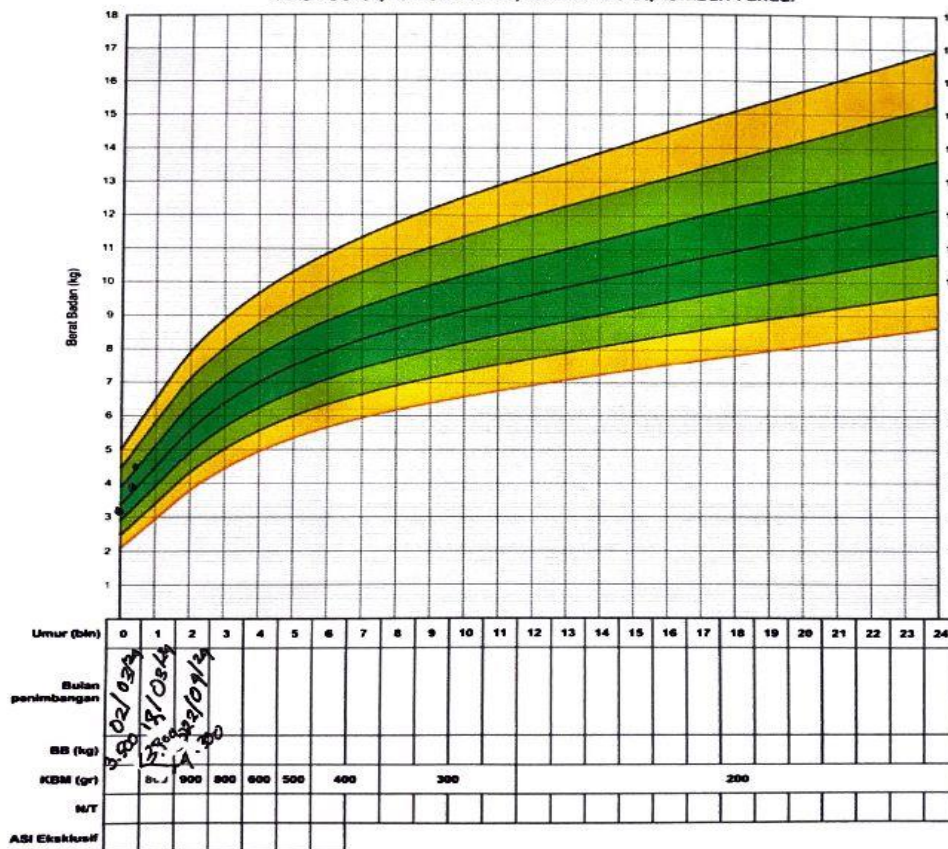
- Berat badan : ... gram
- Panjang badan : ... cm
- Jenis kelamin : **L** **P**
- Penilaian bayi baru lahir : **Baik** Ada penyulit
- Bayi lahir :
 - Normal tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsangan taktil
 - memasukkan IMD atau natun menyusu segera
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemes, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - lainnya, sebutkan : ...
 - bebasan jalan napas
 - pakalany/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
- Cacat bawaan, sebutkan : ...
- Hipotermi, tindakan :
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 - Ya, waktu : **30** jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan : ...
- Masalah lainnya, sebutkan : ...
- Hasilnya : ...

Lampiran 11

KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK LAKI-LAKI



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



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

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

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

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

Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan BB Minimal) atau lebih

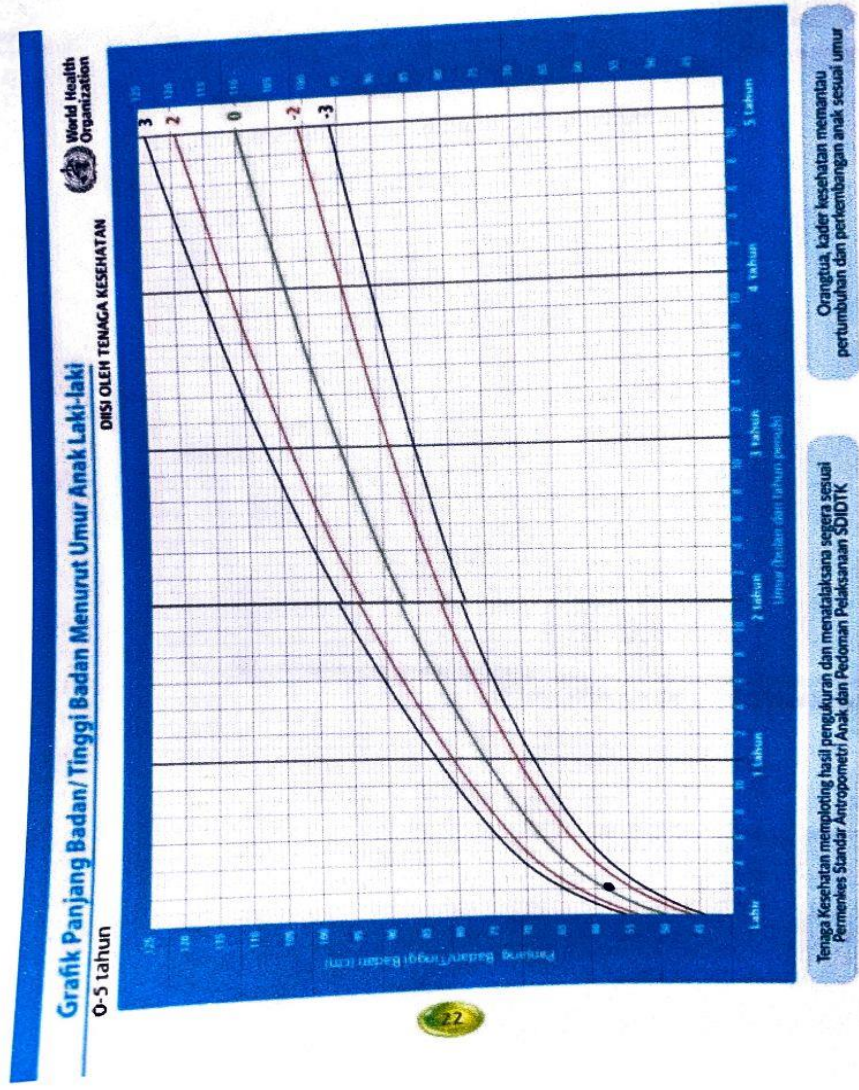
atau

Kenaikan BB kurang dari KBM

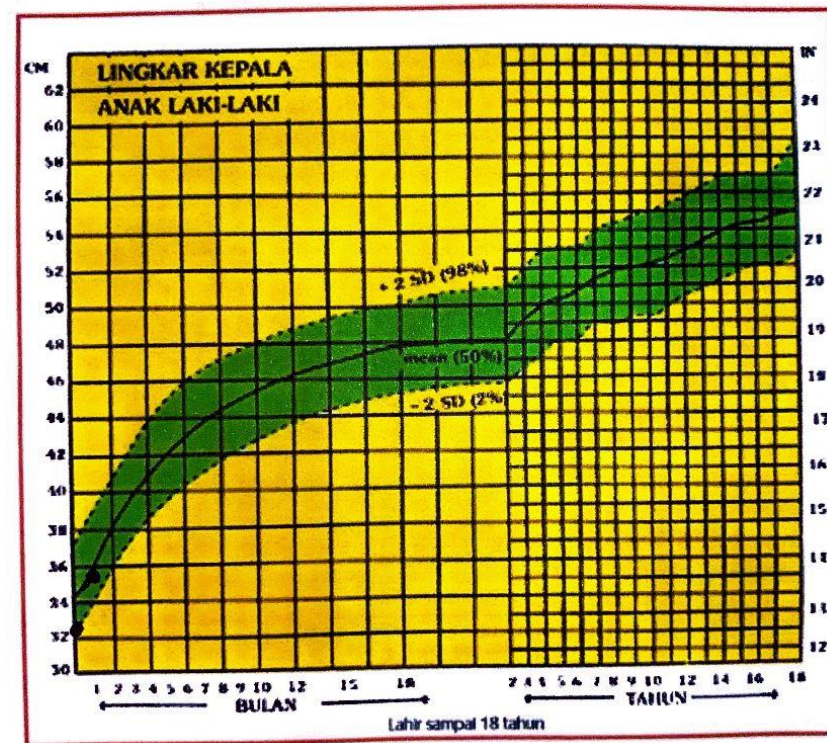
Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

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

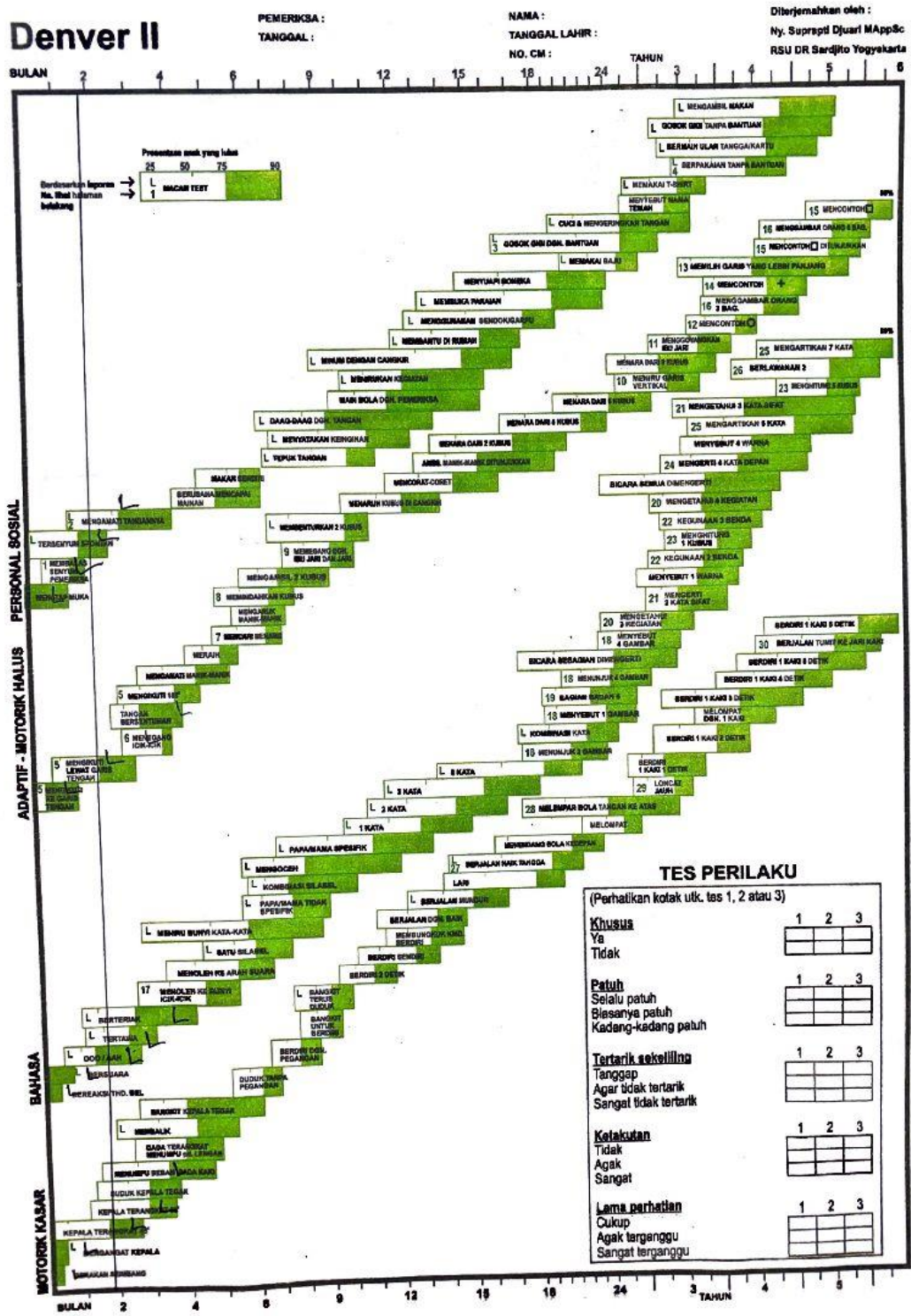
Lampiran 13



Lampiran 14

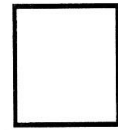
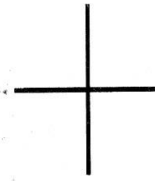
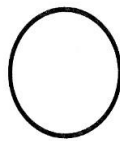
**GRAFIK LINGKAR KEPALA
LAKI-LAKI**

Lampiran 15



PETUNJUK PELAKSANAAN

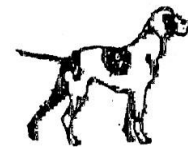
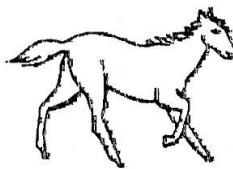
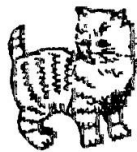
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting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




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

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

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







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

Lampiran 16

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	2+
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas												
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:	02/07/21												
BCG No Batch:	18/03/21												
Polio tetes 1 No Batch:	18/03/21												
DPT-HB-Hib 1 No Batch:													
Polio tetes 2 No Batch:													
DPT-HB-Hib 2 No Batch:													
Polio tetes 3 No Batch:													
DPT-HB-Hib 3 No Batch:													
Polio tetes 4 No Batch:													
Polio suntik (IPV) No Batch:													
Campak - Rubella (MR) No Batch:													
DPT-Hib-HB lanjutan No Batch:													
Campak - Rubella (MR) lanjutan No Batch:													

Keterangan:

-  Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar
-  Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar
-  Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
-  Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar

Lampiran 17

**DAFTAR TILIK PENAPISAN KLIEN KB
METODE NONOPERATIF**

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		✓
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan ^{1,2}		✓
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama		✓
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		✓
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		✓
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		✓
Apakah pernah tekanan darah >160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		✓
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		✓
Apakah anda sedang meminum obat-obatan anti kejang (epilepsi) ³		✓
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		✓
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain		✓
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		✓
Apakah pernah mengalami radang panggul atau kehamilan ektopik		✓
Apakah pernah mengalami haid banyak (>1-2 pembalut/4 jam)		✓
Apakah pernah mengalami haid lama (>8 hari)		✓
Apakah pernah mengalami dismenorhea berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring		✓
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama		✓
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kongenital		✓


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

- Jika semua keadaan diatas adalah “Tidak” (negatif) dan tidak dicurigai adanya kehamilan, maka dapat diteruskan dengan konseling metode khusus. Bila respon banyak “Ya” (positif), berarti klien perlu dievaluasi

Lampiran 18

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur <2 bulan

0 - 6 jam	6 - 48 jam (KN1)	3 - 7 hari (KN2)	8 - 28 hari (KN3)
Kondisi: <input type="checkbox"/> BB: gr <input type="checkbox"/> PB: cm <input type="checkbox"/> LK: cm <input type="checkbox"/> Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input type="checkbox"/> Vit K1 <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: <input type="checkbox"/> Jam: <input type="checkbox"/> Nomor Batch: <input type="checkbox"/>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: <input type="checkbox"/> Jam: <input type="checkbox"/> Nomor Batch: <input type="checkbox"/> BB: gr <input type="checkbox"/> PB: cm <input type="checkbox"/> LK: cm <input type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: <input type="checkbox"/> Jam: <input type="checkbox"/> Nomor Batch: <input type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/>  <p>** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.</p>
Masalah:	Masalah:	Masalah:	Masalah:
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:

* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

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

