

LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : FIRUL DWI CAHYANI

Nim : P27824221026

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2021

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas

Akhir saya yang berjudul :

**“Asuhan Kebidanan Pada Ny. “N” G3P20002 Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana di Puskesmas Panekan 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, 08 Mei 2024

Yang Menyatakan



FIRUL DWI CAHYANI  
P27824221026

Lampiran 2

**LEMBAR PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : FIRUL DWI CAHYANI

Nim : P27824221026

Status Mahasiswa : Prodi D-III Kebidanan Kampus Magetan Kampus Magetan  
Politeknik Kesehatan 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, 08 Mei 2024

Yang Menyatakan



FIRUL DWI CAHYANI  
P27824221026

## Lampiran 3

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ninie Solikah  
Umur : 31 tahun ..... tahun  
Pendidikan : SMP  
Pekerjaan : Pembantu  
Alamat : Sidowayah, Panekan

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, 30 Januari 2024

Yang Menyatakan



(.....Ninie Solikah.....)

## Lampiran 4

**RIWAYAT HIDUP**

Nama : Firul Dwi Cahyani

Tempat, Tanggal Lahir : Magetan, 7 Maret 2003

Agama : Islam

Amalat : Ds. Temenggungan Rt. 001 Rw. 003 Kec. Karas  
Kab. Magetan

Riwayat Pendidikan :

No.	Nama Sekolah	Tahun Masuk	Tahun Lulus
1.	SDN Temenggungan 2	2009	2015
2.	SMPN 1 Karangrejo	2015	2018
3.	SMAN 1 Maospati	2018	2021

## 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/Td?	KESIMPULAN STATUS TT?
1	2	3	4
A	RIWAYAT IMUNISASI DPT/DPT-HB SAAT BAYI		
	BAYI YANG LAHIR SETELAH TAHUN 1990 STATUS-NYA DIHITUNG T-2	Pernah	T <sub>2</sub>
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	Pernah	T <sub>3</sub>
	b. Kelas 2	Pernah	T <sub>4</sub>
	c. Kelas 3	Pernah	T <sub>5</sub>
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

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

Nama : Ny. N Umur Ibu : 31 Th.  
 Hamil ke 3 Haid Terakhir tgl : ..... Perkiraan Persalinan tgl : ..... bl  
 Pendidikan : Ibu SMP Suami SD  
 Pekerjaan : Ibu Pembantu Suami Pegawai Peternakan

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

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan  
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : ..... / ..... / .....

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan				
				I	II	III.1	III.2	
		Skor Awal Ibu Hamil	2			2		
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4					
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4					
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4					
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4					
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4					
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4					
	6	Terlalu tua, umur > 35 tahun	4					
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4					
	8	Pernah gagal kehamilan	4					
	9	Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Un dirogoh c. Diberi infus/Transfusi	4 4 4				4	
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4 4 4 4 4					
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4					
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4					
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4					
	15	Bayi mati dalam kandungan	4					
	16	Kehamilan lebih bulan	4					
	17	Lanak Surung	4					
	18	Lanak Lidang	4					
	III	19	Perolehan Berat dalam Kehamilan ini	4				
		20	Preeklampsia Berat / Kasus 2	4				
JUMLAH SKOR						6		

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

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

**Gawat Obstetrik :** Kel. Faktor Risiko I & II  
 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....  
 6. ....  
 7. ....

**Gawat Darurat Obstetrik :** Kel. Faktor Risiko III  
 1. Perdarahan antepartum  
 2. Ekampsia  
 • **Komplikasi Obstetrik**  
 3. Perdarahan postpartum  
 4. Un Tertinggal  
 5. Persalinan Lama  
 6. Panas Tinggi

**TEMPAT :** 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan  
**PENOLONG :** 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-2  
**MACAM PERSALINAN :** 1. Normal 2. Insidukan pervaginam 3. Operasi Sesar

**PASCA PERSALINAN :**  
**IBU :** 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab : a. Perdarahan b. Preeklampsia/ Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2  
**TEMPAT KEMATIAN IBU :** 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan  
**BAYI :** 1. Berat lahir : 3.810 gram Laki-2 Perempuan 2. Lahir hidup : Apgar Skor 8-9 3. Lahir mati, penyebab : ..... 4. Mati kemudian, umur ..... hr, penyebab : ..... 5. Kelainan bawaan (tidak ada) ada

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

**Keluarga Berencana :** 1. Ya, LUP / Sterilisasi .....  
 2. Belum Tahu

**Kategori Keluarga Miskin :** 1. Ya 2. Tidak  
**Sumber Biaya :** Mandiri / Bantuan : 0,25

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

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

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA. WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND. LANG	RUJUKAN		
						RDB	RTW	RTT
2	KPR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
11	KBT	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

## Lampiran 7

## TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA

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

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
<b>Anamnesis</b>		
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 <sup>2</sup> )	-	
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		✓
Kehamilan multipel		✓
Diabetes dalam kehamilan		✓
Hipertensi kronik		✓
Penyakit ginjal		✓
Penyakit autoimun, SLE		✓
Anti phospholipid syndrome*		✓
<b>Pemeriksaan Fisik</b>		
Mean Arterial Pressure > 90 mmHg **	✓	
Proteinuria (urin celup > +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)	-	
<b>Keterangan Sistem Skoring:</b> Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 risiko sedang <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px; vertical-align: middle;"></span> dan atau,</li> <li>• 1 risiko tinggi <span style="background-color: red; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px; vertical-align: middle;"></span></li> </ul> * Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUFD, kelahiran prematur ** MAP dihitung pada kehamilan < 20 minggu $MAP = \frac{(2XD) + S}{3}$		

*Centang pilihan yang sesuai*

Kesimpulan : Ibu memiliki risiko preeklampsia (positif)

*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)*

## Skrining Diabetes Melitus Gestasional pada Usia Kehamilan 24-28 Minggu

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Gula darah puasa	mg/ dl	
Gula darah 2 jam post prandial	mg/ dl	

Dokter Pemeriksa,

(.....)



## Lampiran 8

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

Nama/Suami : Ny. N  
 Umur : 31 tahun  
 Alamat : Desa "S" Panekan Magetan  
 Status Gravida : G3P20002  
 Umur Kehamilan : 39 Minggu 3 Hari  
 Tanggal Skrining : 30 Januari 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	-	-		2	-

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

Ket:

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

## Lampiran 9

**Daftar Tilik Skrining Pemeriksaan Antenatal Terpadu**

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6	Indikasi merujuk ke dokter
Usia gestasi	0-12		>12-24		>24-kelahiran		
Tes HIV	✓	*	*	*	*	*	Reaktif
Tes Sifilis	✓	*	*	*	*	*	Reaktif
Tes Hepatitis B	✓	*	*	*	*	*	Reaktif
Tes Malaria (khusus daerah endemis tinggi )	✓	*	*	*	*	*	Reaktif
Golongan darah ABO Dan rhesus	✓	*	*	*	*	*	Rh (-)
Kadar Glukosa	*	*	✓	*	*	*	>200
Kadar hemoglobin, hemaktorit, leukosit, trombosit, MCH, MCV	✓	*	*	*	*	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hb &lt;10gr/dl</li> <li>• Leukosit &gt;180.00</li> <li>• Trombosit &lt;150.000</li> <li>• MCV dan MCH kurang dari normal (MCV&lt;80 fl, MCH &lt;27pg)</li> </ul>
Kadar protein Urine			✓	*	*	*	Positif
Tes BTA (Bakteri Tahan Asam)	*	*	*	*	*	*	Positif
USG	✓	*	*	*	*	✓	Dicurigai ada kelainan
EKG	*	*	*	*	*	*	Dicurigai ada kelainan jantung
Pemeriksaan lain sesuai indikasi	*	*	*	*	*	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keton urin (+)</li> <li>• Glukosa urine (+)</li> </ul>

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

## Lampiran 10

**26 PENAPISAN IBU BERSALIN**

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

## Lampiran 11

**60 Langkah Asuhan Persalinan Normal**

KEGIATAN	NILAI			
	0	1	2	3
<b>I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA DUA</b>				
1. Mendengar dan melihat tanda Kala Dua persalinan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran</li> <li>• Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina</li> <li>• Perineum tampak menonjol</li> <li>• Vulva dan sfinger ani membuka</li> </ul>				✓
<b>II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</b>				
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat,</li> <li>• 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi),</li> <li>• alat penghisap lendir,</li> <li>• lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi</li> </ul> Untuk ibu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• menggelar kain di perut bawah ibu</li> <li>• menyiapkan oksitosin 10 unit</li> <li>• alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set</li> </ul>				✓
3. Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan				✓
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering				✓
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam				✓
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)			✓	
<b>III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN</b>				
7. Membersihkan vulva dan perineu, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang</li> <li>• Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia</li> <li>• Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% langkah # 9. Pakai sarung tangan</li> </ul>			✓	

DTT/steril untuk melaksanakan langkah lanjutan					
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap <ul style="list-style-type: none"> <li>Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi</li> </ul>			✓		
9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set			✓		
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120- 160x/menit)				✓	
<b>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN</b>					
11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya <ul style="list-style-type: none"> <li>Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada</li> <li>Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar</li> </ul>				✓	
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika 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.					✓
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat: <ul style="list-style-type: none"> <li>Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif</li> <li>Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai</li> <li>Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)</li> <li>Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi</li> <li>Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu</li> <li>Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)</li> <li>Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai</li> <li>Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran <math>\geq</math> 120 menit (2 jam) pada primigravida atau <math>\geq</math> 60 menit (1 jam) pada multigravida</li> </ul>					✓
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil					✓

posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit				
<b>V. PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b>				
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm		✓		
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu		✓		
17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan		✓		
18. Pakai sarung tangan DTT/Steril pada kedua tangan			✓	
<b>VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b>				
<b>Lahirnya Kepala</b>				
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal			✓	
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan! <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi</li> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut</li> </ul>			✓	
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan			✓	
<b>Lahirnya Bahu</b>				
22. 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			✓	
<b>Lahirnya Badan dan Tungkai</b>				
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.			✓	
24. Setelah tubuh bayi dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua mata kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkar ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).			✓	
<b>VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR</b>				
25. Lakukan penilaian (selintas): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bayi cukup bulan?</li> </ul>				✓

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?</li> <li>• Apakah bayi bergerak dengan aktif?</li> </ul> <p>Bila salah satu jawaban adalah "TIDAK" lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun Belajar Resusitasi Bayi Asfiksia)</p> <p>Bila semua jawaban adalah "YA", lanjut ke-26</p>				
<p>26. Keringkan tubuh bayi</p> <p>Keringkan tubuh bayi mulsi dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti haduk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.</p>			✓	
<p>27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli).</p>				✓
<p>28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.</p>				✓
<p>29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).</p>			✓	
<p>30. Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi ttali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.</p>			✓	
<p>31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.</li> <li>• Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.</li> <li>• Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.</li> </ul>				✓
<p>32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya.</p> <p>Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi yang lebih rendah dari puting susu atau areola mame ibu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.</li> <li>• Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.</li> <li>• Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara</li> </ul>				✓

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.</li> </ul>				
<b>VIII. MANAJEMEN AKTIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)</b>				
33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva			✓	
34. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.			✓	
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.</li> </ul>				✓
<b>Mengeluarkan Plasenta</b>				
36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorso ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas)</li> <li>• Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta</li> <li>• Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.</li> <li>2. Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.</li> <li>3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.</li> <li>4. Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 mnit berikutnya</li> </ol> </li> </ul>			✓	
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eeksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari- jari tangan atau klem ovum DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.</li> </ul>			✓	
<b>Rangsangan Taktil (Masase) Uterus</b>				
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan difundus dan lakukan				✓



<p>masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, Kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.</li> </ul>				
<b>IX. MENILAI PERDARAHAN</b>				
39. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.			✓	
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.				✓
<b>X. ASUHAN PASCA PERSALINAN</b>				
41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.			✓	
42. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.				✓
<b>Evaluasi</b>				
43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0.5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.				✓
44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.				✓
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.			✓	
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.				✓
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit). <ul style="list-style-type: none"> <li>Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.</li> <li>Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS Rukukan.</li> <li>Jika kaki terasa dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.</li> </ul>			✓	
<b>Kebersihan dan Keamanan</b>				
48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.			✓	
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.			✓	
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu			✓	

memakai pakaian yang bersih dn kering.				
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu membersihkan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.				✓
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.				✓
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit.				✓
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.				✓
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.				✓
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernafasan nor,al (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh noemal (36,5-37,5°C) setiap 15 menit.				✓
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K <sub>1</sub> , berikan suntikan hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.			✓	
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan remdam didalam larutan klorin 0,5,% selama 10 menit.				✓
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.				✓
<b>Dokumentasi</b>				
60. Lengkapi partograf (halaman dean dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan Kala				✓

**Keterangan :**

0 : Tidak dilakukan

1 : Dilakukan tapi salah

2 : Sebagian dilakukan

3 : Semua dilakukan dengan benar

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Total} \times 100}{180} = \frac{142 \times 100}{180} = 78,8$$

## Lampiran 12

## LEMBAR OBSERVASI PERSALINAN

## A. ANAMNESE

Tanggal masuk : 31-01-2024 Jam : 23.00 WIB  
 His mulai tanggal : 30-01-2024 Jam : 16.30 WIB  
 Darah : 30-01-2024  
 Lendir : 30-01-2024  
 Ketuban : Pecah / Belum Jam : .....

## B. KEADAAN UMUM

Tensi : 136/86 mmHg  
 Suhu : 36,8°C  
 Nadi : 36,5°C  
 Respirasi : 80x/menit  
 Odema : 20x/menit

## C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

Palpasi perlimaan : Puka. precep. FRU : 30 cm - (B) : 2.995 gram  
 VT : Tanggal 30-01-2024 Jam : 23.00 WIB  
 Hasil  $\frac{1}{100}$ ,  $\phi$  2 cm, eff 25%, Ket  $\oplus$ , bloddy  $\ominus$ . Kep HI

OBSERVASI KALA I (Fase Laten  $\emptyset < 4$  cm)

Tanggal	Jam	His dlm 10 "		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Ket.
		Berapa Kali	Lamanya						
31-01-2024	00.00	1	10"	146	132/96	36,5°C	80	$\frac{1}{100}$ , Ket $\oplus$ , → Miss ke I masuk, evaluasi jam 06.00 WIB.	$\phi$ 2 cm, eff 25% bloddy $\ominus$ , Kep HI
,	06.00	1	10"	146	120/80	36,8°C	82	$\frac{1}{100}$ , Ket $\oplus$ , → DD plus ke I masuk.	$\phi$ 2 cm, eff 25% bloddy $\ominus$ , Kep HI



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 31.01.2019
2. Nama Bidan : .....
3. Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya
4. Alamat tempat persalinan : Rg. D. Ar. Saki. rumah
5. Catatan : Rujuk, kala I/II/III/IV
6. Alasan merujuk : .....
7. Tempat rujukan : .....
8. Pendamping saat merujuk :
  - Bidan  Teman  Suami  Dukun  Keluarga  Tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
  - Gawatdarurat  Perdarahan  HDK  Infeksi  PMTCT

**KALA I**

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

**KALA II**

14. Episiotomi :
  - Ya, indikasi : .....
  - Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan :
  - suami  teman  tidak ada
  - keluarga  dukun
16. Gawat Janin :
  - Ya, tindakan yang dilakukan : .....
  - Tidak
    - a. ....
    - b. ....
  - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil : 100/100
17. Distosia bahu :
  - Ya, tindakan yang dilakukan : .....
  - Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya : .....

**KALA III**

19. Injeksi Menyusu Dini :
  - Ya
  - Tidak, alasannya : .....
20. Lama kala III : 3 menit
21. Pemberian Oksitosin 10IU IM?
  - Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan : .....
- Penjepitan tali pusat ..... menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan : .....
  - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya
  - Tidak, alasan : .....

**TABEL PEMANTAUAN KALA IV**

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	08.00	120/80	84	36,1	2 jrb Pusat	Keras, bundar	Kosong	↳ 50cc
	08.15	110/75	85		2 jrb Pusat	Keras, bundar	Kosong	-
	08.30	120/76	86		2 jrb Pusat	Keras, bundar	Kosong	-
	08.45	110/70	84		2 jrb Pusat	Keras, bundar	Kosong	-
2	09.15	120/75	86	36,5	2 jrb Pusat	Keras, bundar	↳ 20cc	↳ 20cc
	09.45	110/75	80		2 jrb Pusat	Keras, bundar	Kosong	-

24. Masase fundus uteri ?
  - Ya
  - Tidak, alasan : .....
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
  - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan : .....
  - a. ....
  - b. ....
26. Plasenta tidak lahir >30 menit :
  - Tidak
  - Ya, tindakan : .....
27. Laserasi :
  - Ya, dimana : .....
  - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1/2/3/4
  - Tindakan : .....
  - Penjahitan, dengan / tanpa anastesi
  - Tidak dijahit, alasan : hanya mendapat keel pada tahi perineum tidak ada peradangan auri
29. Atonia uteri :
  - Ya, tindakan : .....
  - Tidak
30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan : 150 ml
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

**KALA IV**



32. Kondisi ibu: KU: baik TD: 120/80 mmHg  
Nadi: 84 x/mnt Napas: 20 /mnt
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah : .....

**BAYI BARU LAHIR**

34. Berat badan : 3.96 gram
35. Panjang badan : 49 cm
36. Jenis kelamin : D / P
37. Penilaian bayi baru lahir : Baik / Ada penyulit
38. Bayi lahir :
  - Normal, tindakan :
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsangan taktil
    - memastikan IMD atau naluri menyusu segera
  - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
    - mengeringkan  menghangatkan
    - rangsang taktil  lainnya, sebutkan .....
    - bebaskan jalan napas
    - pakailah/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
  - Cacat bawaan, sebutkan : .....
  - Hipotermi, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
  - Ya, waktu : segera jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan : .....
40. Masalah lainnya, sebutkan : .....
- Hasilnya : .....

## Lampiran 14

## Lembar Stimulasi Usia 0-2 Bulan

Umur 0-2 bulan	
TAHAPAN PERKEMBANGAN	
<p><b>Motorik kasar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengangkat kepala setinggi 45°</li> <li>• Menahan kepala tetap tegak</li> </ul> <p><b>Motorik halus dan adaptif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meraba dan memegang benda</li> <li>• Menggerakkan kepala dari kiri atau kanan ke tengah</li> <li>• Pandangan mata mulai mengikuti benda di sekitarnya dan mengenali orang dari kejauhan</li> </ul> <p><b>Bicara dan bahasa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Cooing' atau membuat suara seperti berkumur</li> <li>• Mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh</li> <li>• Bereaksi terkejut terhadap suara keras</li> <li>• Menoleh ke arah sumber suara</li> </ul> <p><b>Sosialisasi dan kemandirian</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membalas tersenyum ketika diajak bicara atau tersenyum</li> <li>• Suka tertawa keras</li> <li>• Melihat dan menatap wajah Anda</li> <li>• Mengenal ibu dengan penglihatan, penciuman, pendengaran, dan kontak</li> <li>• Dapat menenangkan diri sendiri selama beberapa saat (dengan memasukkan tangan ke mulut dan menghisap tangan)</li> <li>• Merasa bosan (menangis, rewel) jika melakukan aktivitas monoton</li> </ul>	
STIMULASI	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Melatih bayi mengangkat kepala 45°</b></li> </ul>	 <p>Letakkan bayi pada posisi tengkurap. Gerakkan sebuah mainan berwarna cerah atau buat suara-suara gembira di depan bayi sehingga ia akan belajar mengangkat kepalanya. Secara berangsur-angsur ia akan menggunakan kedua lengannya untuk mengangkat kepala dan dadanya.</p>

- **Melatih bayi menahan kepala tetap tegak**



Gendong bayi berkeliling sambil memperlihatkan atau menunjuk benda yang menarik. Gendong bayi pada posisi tegak menghadap ke depan sehingga ia dapat melihat apa yang terjadi di sekitarnya dan dapat belajar menahan kepalanya tetap tegak.

- **Melatih bayi berguling**



Letakkan mainan berwarna cerah di dekat bayi agar ia dapat melihat dan tertarik pada mainan tersebut. Kemudian pindahkan benda tersebut ke sisi lain dengan perlahan. Awalnya, bayi perlu dibantu dengan cara menyilangkan paha bayi agar badannya ikut bergerak miring sehingga memudahkan bayi berguling.

- **Melatih bayi meraba dan memegang benda**



Letakkan benda atau mainan kecil yang berbunyi atau berwarna cerah di tangan bayi atau sentuhkan benda tersebut pada punggung jari-jarinya. Amati cara ia memegang benda tersebut. Hal ini berhubungan dengan gerak refleks, meraba, dan merasakan berbagai bentuk. Semakin bertambah umur bayi, ia akan semakin mampu memegang benda-benda kecil dengan ujung jarinya (menjepit). Jaga agar benda itu tidak melukai bayi atau tertelan dan membuatnya tersedak.

- **Menggantung benda berwarna dan berbunyi**



Gantungkan mainan atau benda pada tali di atas bayi dengan jarak 30 cm atau sekitar 2 jengkal tangan orang dewasa. Bayi akan tertarik dan melihat sehingga menggerakkan tangan dan kakinya sebagai reaksi. Pastikan benda tersebut tidak bisa dimasukkan ke mulut bayi dan tidak akan terlepas dari ikatan.

- **Melatih bayi mengenali berbagai suara**

Ajak bicara dan bernyanyi. Ajak bayi mendengarkan berbagai suara seperti suara anggota keluarga, binatang, dan sebagainya.

- **Menirukan ocehan dan mimik bayi**

Perhatikan apa yang dilakukan oleh bayi, kemudian tirukan ocehan dan mimik mukanya. Selanjutnya bayi akan menirukan Anda. Tirukan ocehan bayi sesering mungkin agar terjadi komunikasi dan interaksi dua arah.

- **Menunjukkan rasa tertarik pada bayi**

Sesering mungkin ajak bayi tersenyum dan tatap mata bayi. Balas tersenyum setiap kali bayi tersenyum kepada Anda. Buat suara-suara yang menyenangkan dan berbicara dengan bayi sambil tersenyum. Ajak bayi bermain cilukba.

- Memberikan rasa aman dan nyaman**  
 Anda dapat memberikan rasa aman dan nyaman kepada bayi melalui pelukan, belaian, ayunan, serta ajak bayi bicara dan bermain saat menyusui, berpakaian, mandi, di tempat tidur, ketika Anda sedang mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan sebagainya dengan menggunakan bahasa ibu sesering mungkin. Ajak bayi bicara dengan nada lembut dan halus serta penuh kasih sayang.
- Mengenali penyebab bayi rewel dan mengatasi penyebabnya**  
 Sesering mungkin ajak bayi dalam kegiatan Anda. Ketika bayi rewel, cari sebabnya dan atasi masalahnya. Perhatikan jenis tangisan bayi agar Anda dapat mengetahui apa yang ia inginkan dan merespons sesuai dengan tanda yang diberikan oleh bayi, misalnya saat bayi menangis karena haus, maka respons yang diberikan adalah menyusui. Dengan memahami apa yang disukai dan tidak disukai bayi juga dapat membantu Anda merasa lebih nyaman dan percaya diri. Bantu bayi untuk belajar menenangkan dirinya. Tidak mengapa untuk ia menghisap jarinya.
- Membentuk rutinitas**  
 Mulailah membentuk rutinitas, seperti tidur lebih banyak di malam hari daripada di siang hari dan buat jadwal yang teratur. Ketika menidurkan bayi, bersenandunglah dengan nada lembut dan penuh kasih sayang, ayun perlahan bayi Anda sampai tertidur. Pada saat tidur malam, buat suasana ruangan nyaman, lampu redup, dan tidak bising. Jangan ada TV dan komputer dalam kamar tidur karena mengganggu tidur anak.

#### **RED FLAGS**

##### **Periode neonatal**

##### **Motorik**

- Tonus otot lemah

##### **Bahasa atau kognitif**

- Tidak merespons terhadap suara keras

##### **Sosial-emosional**

- Pengasuh menunjukkan sikap tak acuh atau tidak tertarik

##### **Umur 2 bulan**

##### **Motorik**

- Tidak dapat mengangkat kepala ketika tengkurap
- Tidak dapat membawa tangannya ke mulut

##### **Bahasa atau kognitif**

- Tidak merespons terhadap suara keras
- Pandangan mata tidak mengikuti arah gerak benda

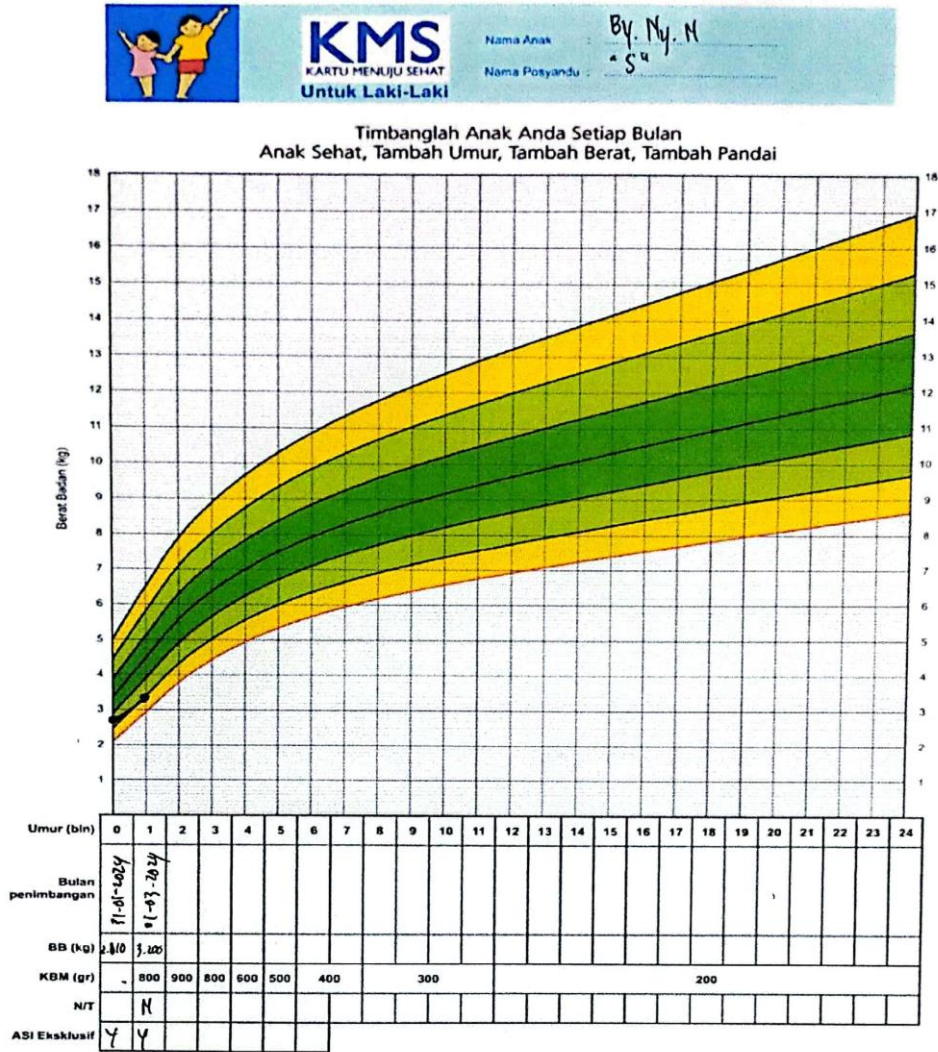
##### **Sosial-emosional**

- Jarang menatap wajah atau kurangnya fiksasi mata
- Tidak tersenyum pada orang di sekitarnya



Lampiran 15

**KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK LAKI-LAKI**



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

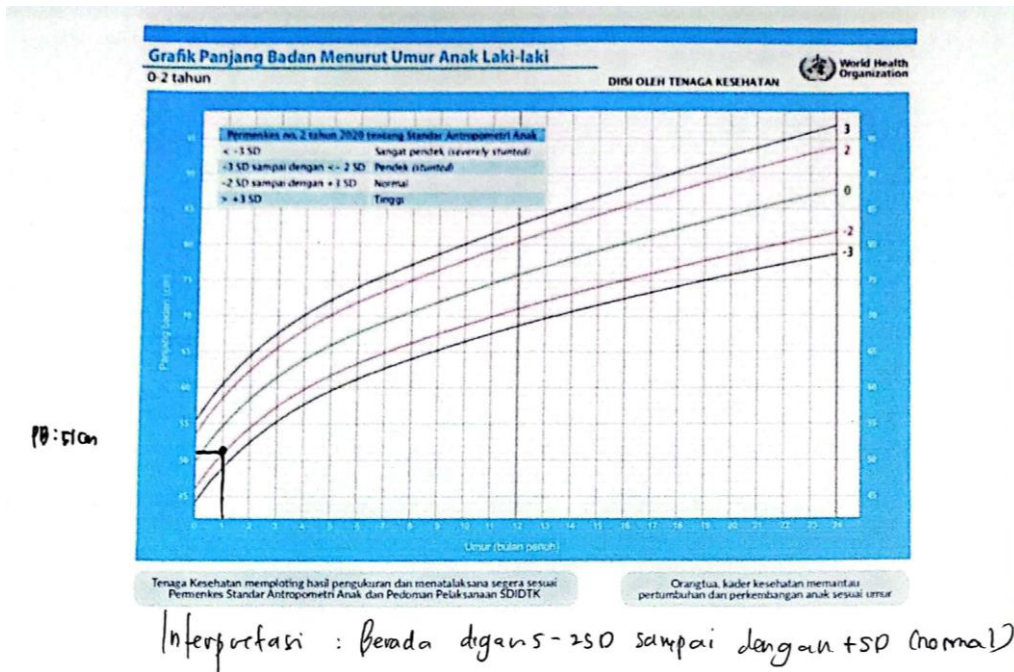
**TIDAK NAIK (T)**  
Grafik BB mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau Kenaikan BB kurang dari KBM

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

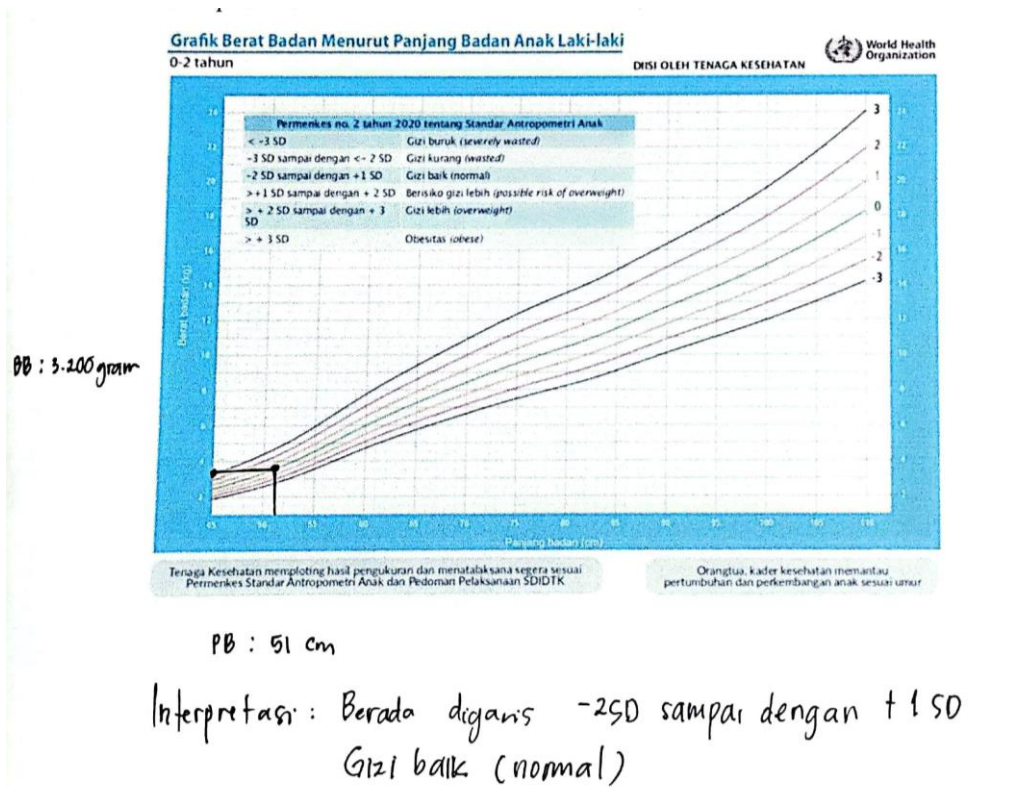
• Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (\* ya / tidak)

Interpretasi : By. My. N mengalami kenaikan BB sebanyak 900 gram dari BB lahir, artinya kenaikan berat badan kurang dari KBM.

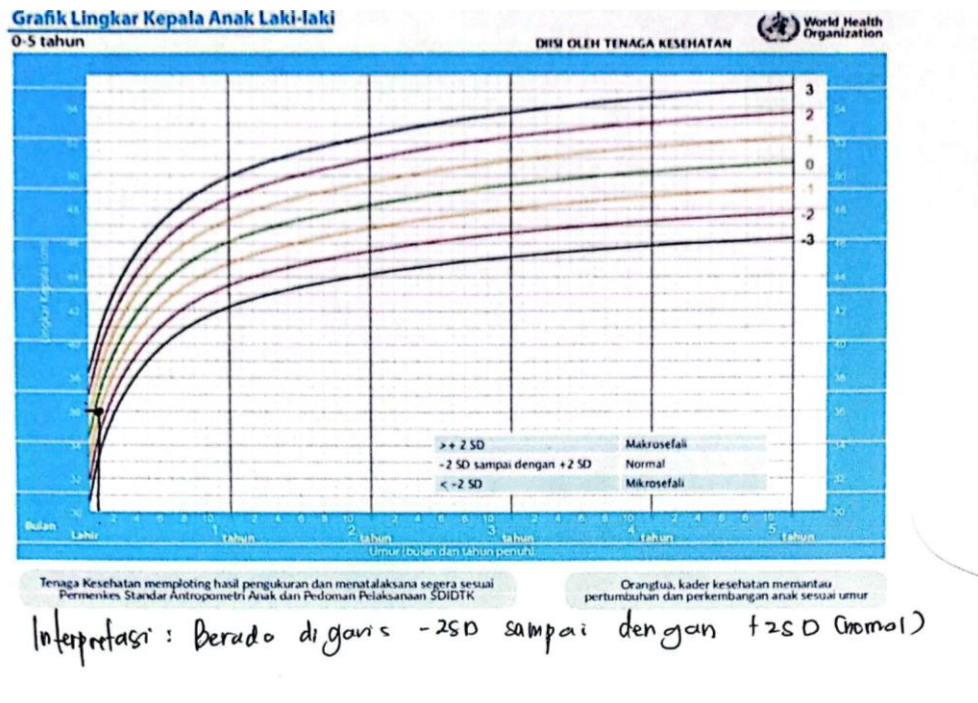
Lampiran 16



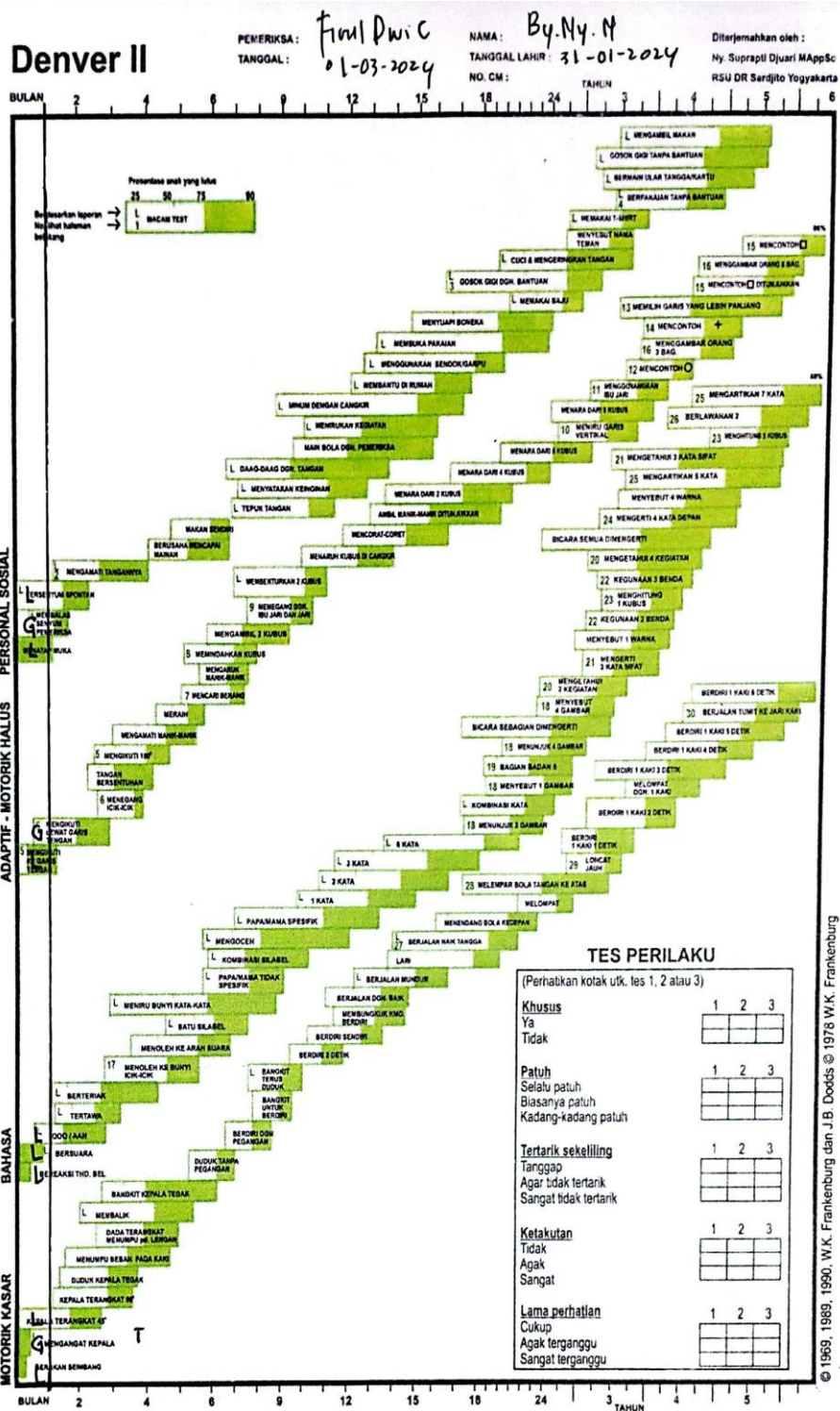
Lampiran 17



## Lampiran 18



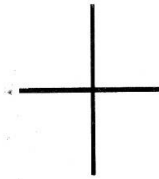
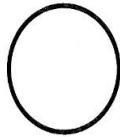
Lampiran 19



© 1969, 1989, W.K. Frankenburg dan J.B. Dadds © 1978 W.K. Frankenburg

### PETUNJUK PELAKSANAAN

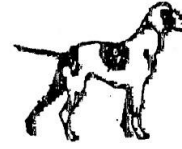
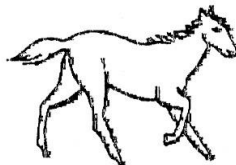
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambatkan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting di belakang.
5. Gerakan benang dengan perlahan-lahan dalam suatu busur dari satu sisi ke sisi lain  $\pm 20$  cm di atas muka anak.
6. Lulus bila anak memegang icik-icik waktu disentuhkannya pada punggung atau ujung jari-jari.
7. Lulus bila anak mencoba melihat kemana benang pergi. Benang dijatuhkan secepatnya dari pandangan tanpa tangan pemeriksa bergerak.
8. Anak harus memindahkan kubus dari satu tangan ke tangan lainnya tanpa bantuan dari tubuh, mulut atau meja.
9. Lulus bila anak mengambil manik-manik dengan ibu jari dan jari.
10. Garis dapat bervariasi, hanya  $30^\circ$  atau kurang dari garis yang dibuat oleh pemeriksa.
11. Genggamkan tangan dengan ibu jari menghadap ke atas dan goyangkan ibu jari. Lulus bila anak 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? ..... meringk? Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak: Apa yang kau lakukan bila dingin? ..... capai? ..... lapar?. Lulus 2 dari 3, 3 dari 3.
22. Tanya kepada anak: Apa gunanya cangkir? Apa gunanya kursi? Apa gunanya pensil? Jawaban harus termasuk kata-kata gerakan.
23. Lulus bila anak menaruh dan mengatakan berapa kubus yang ada di atas kertas dengan benar. (1, 5).
24. Katakan kepada anak: Taruh kubus di atas meja, di bawah meja, di depan saya, di belakang saya. Lulus bila 4 dari 4 (jangan membantu anak dengan menunjuk, menggerakkan kepala atau mata).
25. Tanya kepada anak: Bola itu apa? ..... danau? ..... meja? ..... rumah? ..... pisang? ..... korden? ..... pagar? ..... atap? ..... Lulus bila disebutkan kegunaannya, bentuk, dibuat dari apa, atau kategori umum (seperti pisang adalah buah, bukan haya kuning). Lulus 5 dari 8, 7 dari 8.
26. Tanya kepada anak: Jika kuda itu besar, tikus adalah .....? Jika api panas, es .....? Jika matahari bersinar siang hari, bulan bersinar .....? Lulus 2 dari 3
27. Anak hanya boleh menggunakan dinding atau besi pegangan, tidak orang, tidak boleh merangkak.
28. Anak harus melempar bola di atas bahu  $\pm 1$  m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir  $\pm 22$  cm ( $8\frac{1}{2}$ ).
30. Suruh anak berjalan ke depan  Tumit berjarak  $\pm 2\frac{1}{2}$  cm dari ibu jari kaki. Pemeriksa dapat mendemonstrasikan. Anak harus berjalan 4 langkah berturut-turut.
31. Pada usia tahun kedua, separo anak normal tidak patuh.

## Lampiran 20

PEDOMAN PELAKSANAAN  
Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar

## Instrumen Tes Daya Dengar

Umur kurang atau sampai 3 bulan	Jawaban	
	Ya	Tidak
<b>1. Kemampuan ekspresif:</b>		
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?	✓	
<b>2. Kemampuan reseptif:</b>		
Apakah bayi kaget bila mendengar suara (mengejapkan mata, napas lebih cepat)?	✓	
Apakah bayi kelihatan menoleh bila Anda berbicara di sebelahnya?	✓	
<b>3. Kemampuan visual:</b>		
Apakah bayi Anda dapat tersenyum?	✓	
Apakah bayi Anda kenal dengan Anda, seperti tersenyum lebih cepat pada Anda dibandingkan orang lain?	✓	
<b>Total jawaban 'Tidak'</b>		

Umur lebih dari 3 bulan sampai 6 bulan	Jawaban	
	Ya	Tidak
<b>1. Kemampuan ekspresif:</b>		
Apakah bayi Anda dapat tertawa keras?		
Apakah bayi dapat bermain menggelembungkan mulut seperti meniup balon?		
<b>2. Kemampuan reseptif:</b>		
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?		
<b>3. Kemampuan visual:</b>		
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?		
<b>Total jawaban 'Tidak'</b>		

Nama : By. Ny. N  
 Tempat, tanggal lahir : Magetan, 31 Januari 2024  
 Tanggal pengkajian : 1 Maret 2024  
 Interpretasi : Normal sesuai umur

Lampiran 21

**PELAYANAN IMUNISASI**

UMUR	BULAN																	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18	23	23-59		
<b>Jenis Vaksin</b>	<b>Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas</b>																	
Hepatitis B (<24 Jam) No Batch: 26511 23	11/24 1/1																	
BCG No Batch:	20/2 29																	
Polio tetes 1 No Batch:	20/2 24																	
DPT-HB-Hib 1 No Batch:																		
Polio Tetes 2 No Batch:																		
Rota Virus (RV)1* No Batch:																		
PCV 1 No Batch:																		
DPT-HB-Hib 2 No Batch:																		
Polio Tetes 3 No Batch:																		
Rota Virus (RV)2* No Batch:																		
PCV2 No Batch:																		
DPT-HB-Hib 3 No Batch:																		
Polio Tetes 4 No Batch:																		
Polio Suntik (IPV) 1 No Batch:																		
Rota Virus (RV) 3* No Batch:																		
Campak -Rubella (MR) No Batch:																		
Polio Suntik (IPV) 2* No Batch:																		
*Japanese Encephalitis (JE) No Batch:																		
PCV3 No Batch:																		
DPT-HB-Hib Lanjutan. No Batch:																		
Campak -Rubella (MR) Lanjutan No Batch:																		

\* imunisasi JE baru diberikan di beberapa provinsi dan kabupaten/ kota percontohan

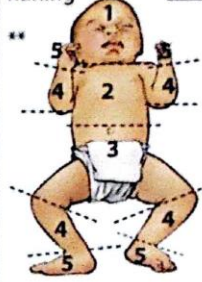
**Keterangan:**

- Usia Tepat Pemberian Imunisasi
- Usia yang masih diperbolehkan untuk melengkapi Imunisasi Bayi dan Baduta (Bawah Dua Tahun)
- Usia Pemberian Imunisasi bayi dan baduta yang belum lengkap ( Imunisasi Kejar)
- Usia yang tidak diperbolehkan untuk pemberian Imunisasi

## Lampiran 22

### PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

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

0 - 6 jam	6 - 48 jam (KN1)	3 - 7 hari (KN2)	8 - 28 hari (KN3)
Kondisi: BB: 2.810 gr PB: 49 cm LK: 32 cm  Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: 31-01-2024 Jam: 07.30 WIB Nomor Batch: 365123	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: ..... Jam: ..... Nomor Batch: .....  BB: 2.810 gr PB: 49 cm LK: 32 cm  Skrining Hipotiroid Kongenital <input checked="" type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: ..... Jam: ..... Nomor Batch: .....  Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/>   ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
PPIA	PPIA	PPIA	PPIA
Masalah: -	Masalah: -	Masalah: -	Masalah: -
Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -
Nama Tenaga Kesehatan:	Nama Tenaga Kesehatan:	Nama Tenaga Kesehatan:	Nama Tenaga Kesehatan:

\* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

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



## Lampiran 23

## DAFTAR TILIK PENAPISAN KB

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah sakit kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		
<b>AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)</b>		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		✓
Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan sex yang lain		✓
Apakah pernah mengalami infeksi menular sex (IMS)		✓
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		✓
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		✓
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		✓
Apakah pernah mengalami dismenorhea berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring		✓
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		✓
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau congenital		✓

## INTERPRETASI :

- Apabila ada jawaban “YA” pada pertanyaan haid terakhir= pastikan ibu tidak hamil
- Apabila ada jawaban  $\geq 1$  “YA” pada pertanyaan lain= ibu tidak boleh memakai kontrasepsi

Lampiran 24

I. Kode Pos KB/lingkungan/ Aja/Ring : <input type="text" value="13"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="000"/> <input type="text" value="9"/>		II. Nomor Induk Kependudukan : <input type="text"/>	
<b>KARTU STATUS PESERTA KB</b>			
III. Nama Peserta KB : <i>Mg. Ninda</i>	IV. Tanggal/Umur Istri : <input type="text"/>	VI. Pendidikan Suami dan Istri : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
V. Nama Suami/Istri : <i>Dr. Ahmad</i>	VI. Pendidikan Suami dan Istri : 1) Tidak Tamat SD/AB 2) Tamat SD/AB 3) Tamat SLTP/MTsN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4) Tamat SLTA/MA 5) Tamat PT 6) Tidak Sekolah	VIII. Pekerjaan Suami dan Istri : 1) Petani 2) Nelayan 3) Wiraswasta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4) Pedagang 5) Penunjan 6) Tidak Bekerja 7) Pns/Pol/Polri 8) Pekerja Lepas	
VII. Alamat Peserta KB : <i>Des. Sidowayah</i>	IX. Penggunaan Asuransi : <input type="checkbox"/> BPJS Kesehatan <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> Tidak	XI. Umur anak terakhir yang masih hidup : Tahun <input type="text"/> Bulan <input type="text"/>	
X. Jumlah anak hidup : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	XII. Status Peserta KB : <input type="checkbox"/>	XIII. Alat/Obat/Cara KB terakhir : <input type="checkbox"/>	
XII. Status Peserta KB : 1) Baru Peserta KB 2) Pernah pakai alat KB belum selesai sudah bersalin/keputihan 3) Pernah pakai alat KB 4) Salingster KB	XIII. Alat/Obat/Cara KB terakhir : 1) Suntikan 1 Bulanan 2) Suntikan 3 Bulanan 3) PI 4) Kondom 5) Implan 1 Batang 6) Implan 2 Batang 7) IUD Cuf 380A 8) IUD Lain-lain 9) Tubektomi 10) Vasektomi		
XIV. Penapisan (Skrining) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB Petunjuk : Perbaiki keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia. Penapisan (Skrining) hanya boleh dilakukan oleh petugas yang telah dilatih dalam pelayanan KB.			
<b>Asamasa</b>			
1. Mula terakhir tanggal : <input type="text" value="13"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="2013"/>		2. Hamil/Diduga Hamil : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
3. Jumlah GPA Gravid (Kehamilan) : <input type="text" value="15"/> Partus (Persalinan) : <input type="text"/>		Abortus (Keguguran) : <input type="text"/>	
4. Menyusui : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : a. Sakit kuning <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya b. Perdarahan perignum yang tidak diketahui sebabnya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya c. Kepulhan yang lama <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya d. Tumor : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Payudara - Rahim - indung telur		Bila semua jawaban TIDAK, dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD dan Tubektomi). Bila salah satu jawaban YA, rujuk ke dokter.	
<b>Demografi</b>			
6. Keadaan Umum : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Kurang		7. Berat Badan : <input type="text" value="41.6"/> Kg	
8. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau Tubektomi dilakukan pemeriksaan dalam : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		10. Posti Rahim : <input type="checkbox"/> Tidak terdeteksi <input type="checkbox"/> Ada terdeteksi	
a. Tand - tandarading <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		Bila semua jawaban TIDAK, pemasangan IUD atau tindakan Tubektomi dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA, rujuk ke dokter.	
b. Tumor/kepmanginkidag <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya			
11. Pemeriksaan tambahan (husus untuk calon Vasektomi dan Tubektomi) : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		Bila semua jawaban TIDAK, dapat dilakukan Vasektomi. Bila salah satu jawabannya YA, maka rujuklah ke Fasilitas KB/Rumah Sakit yang lengkap.	
a. Tand-tand diubetes <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya			
b. Keasidn pembekuan darah <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya			
c. Redangordilis/epididymitis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya			
d. Tumor/kepmanginkidag <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya			
12. Alat/obat/cara kontrasepsi yang boleh dipergunakan : <input type="checkbox"/> Suntikan 1 Bulanan <input type="checkbox"/> Suntikan 3 Bulanan <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Implan 1 Batang <input type="checkbox"/> Implan 2 Batang <input checked="" type="checkbox"/> IUD Cuf 380A <input type="checkbox"/> IUD Lain-lain <input type="checkbox"/> Tubektomi <input type="checkbox"/> Vasektomi			
XV. Alat/obat/cara kontrasepsi yang dipilih : <input type="checkbox"/>			
1) Suntikan 1 Bulanan 2) Suntikan 3 Bulanan 3) PI 4) Kondom		XVI. Tanggal dilayani : Tanggal <input type="text" value="13"/> Bulan <input type="text" value="03"/> Tahun <input type="text" value="2013"/>	
5) Implan 1 Batang 6) Implan 2 Batang 7) IUD Cuf 380A 8) IUD Lain-lain		XVII. Tanggal dicabut (Ibu: suntikan/IUD) : Tanggal <input type="text" value="13"/> Bulan <input type="text" value="03"/> Tahun <input type="text" value="2013"/>	
9) Tubektomi 10) Vasektomi		XIX. Penanggungjawab Pelayanan KB : <input type="text"/>	
XVIII. Tanggal kunjungan ulang : Tanggal <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/>		Dokter/Bidan/Parawat Kesehatan	
<b>PETUNJUK :</b> *) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan. **) Ditanggung jawab pelayan tidak bayar			
M.P.			

**LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)  
PELAYANAN KONTRASEPSI**

Nomor Kode Tindakan

**IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN**

Nama Faskes KB/RS/Praktik \*) : .....  
Dokter/Praktik Bidan Mandiri

Nomor Kode Faskes KB :

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu :    
(Sesuai dengan K/IV/KB)

Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

**PERSETUJUAN KLIEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Mu. Nura .....

U m u r : 31 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan \*)

Alamat lengkap : Jalan Sidawayah RT 07 RW 03 Kel/Desa Sidawayah  
Kecamatan Panekar Kabupaten/Kota Magelang  
Provinsi Jawa Tengah Kode Pos .....

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETRI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa :

SUNTIKAN  IUD  IMPLAN  MOW  MOP \*)

**PERSETUJUAN SUAMI/ISTERI KLIEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : To. Ahmad .....

U m u r : 28 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan \*)

Alamat lengkap : Jalan Sidawayah RT 07 RW 03 Kelurahan/Desa Sidawayah  
Kecamatan Panekar Kabupaten/Kota Magelang  
Provinsi Jawa Tengah Kode Pos .....

Selaku SUAMI/ISTERI \*) klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan kontrasepsi tersebut.

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

Yang memberi pelayanan konseling  
Dokter/Bidan/Perawat \*)

Klien

Suami/Isteri Klien \*)


(.....)

(.....)

(.....)

Keterangan : \*) coret yang tidak perlu  
\*) beri tanda

Lampiran 25



## KARTU PESERTA KB

K/1/KB/15

---

**Nama Peserta KB** : Ny. Nini

**Nama Suami/Istri** : Tn. Ahmad

**Tgl. Lahir/Umur Istri** : 28-02-1992

**Alamat Peserta KB** : Ds. Sidomayah

**Tahapan KS** : \_\_\_\_\_

**Nomor Seri Kartu** :

**Nama Klinik KB** : \_\_\_\_\_

**Nomor Kode Klinik KB** :

Penanggungjawab Klinik KB/DBS

(.....)

ALAT/CARA/CARA KONTRASEPSI : <b>Cu Copper t 380</b>		
TGL./BLN/THN MULA-DIPASAI : <input type="text" value="13"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="24"/>		
TGL./BLN/THN DICABUT/DILEPAS (KHUSUS IMPLAN/UDI) : <input type="text" value="13"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="29"/>		
TANGGAL KUNJUNGAN ULANG	KETERANGAN	PARAF
20-03-2024	Bb: 50 kg, TD: 160/84	
20-09-2024.		