

LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : INTAN FARHENSHY AURIA

NIM : P27824221032

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2021

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan laporan Laporan

Tugas Akhir saya yang berjudul :

“Asuhan Kebidanan Pada Ny “N” G2P10001 Masa Kehamilan Trimester III,  
Persalinan, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana”

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, 21 Mei 2024  
Yang Menyatakan



Intan Farhenshy Auria  
P27824221032

**Lampiran 2****RIWAYAT HIDUP**

Nama : INTAN FARHENSHY AURIA  
Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 16 Juni 2003  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Cupumanik III No. 9 RT 01/RW 01, Kel.  
Josenan, Kec. Taman, Kota Madiun

Riwayat Pendidikan :

1. MIN DEMANGAN KOTA MADIUN
2. SMPN 5 KOTA MADIUN
3. SMAN 6 KOTA MADIUN

**Lampiran 3****LEMBAR PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : INTAN FARHENSHY AURIA  
NIM : P27824221032  
Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan 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 perhatiannya saya mengucapkan terima kasih.

Magetan, 16 Februari 2024  
Yang menyatakan,



Intan Farhenshy Auria  
P27824221032

**Lampiran 4****LEMBAR PERSETUJUAN***(INFORMED CONSENT)*

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Nurul Hidayah  
Umur : 33 tahun  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Gupakan 15/8, Dadi

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 oleh Mahasiswi Prodi DIII 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, 16 Februari 2024

Yang Menyetujui



(Nurul Hidayah)



## Lampiran 5

## Kartu Skor Poedji Rochjati

Nama : Nurul Hidayah Umur Ibu : 33 Th.  
 Hamil ke 2 Haid terakhir tgl: 22-05-2023 Perkiraan lahir: 26-02-2024  
 Pendidikan ibu : SMA Suami : SI  
 Pekerjaan ibu : IRT Suami : Guru

I KE L F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	IV SKOR	V Triwulan				
				I	II	III.1	III.2	
		Skor Awal Ibu Hamil	2				2	
I	1	Terlalu muda hamil I $\leq 16$ Tahun	4					
	2	Terlalu tua hamil I $\geq 35$ Tahun	4					
		Terlalu lambat hamil I kawin $\geq 4$ Tahun	4					
	3	Terlalu lama hamil lagi $\geq 10$ Tahun	4				4	
	4	Terlalu cepat hamil lagi $\leq 2$ Tahun	4					
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4					
	6	Terlalu tua umur $\geq 35$ Tahun	4					
	7	Terlalu pendek $\geq 145$ cm	4					
	8	Pernah gagal kehamilan	4					
	9	Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum b. uri dirogoh c. diberi infus/transfuse	4 4 4					
10	Pernah operasi sesar	8						
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria	4					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4					
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4					
		f. Penyakit Menular Seksual	4					
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4					
	13	Hamil kembar	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							6	
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			
$\geq 12$	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

## Lampiran 6

TABEL SKRINING PRE EKLAMPSIA

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru	-	
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi	-	
Umur $\geq$ 35 tahun	-	
Nulipara	-	
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun	✓	
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan	-	
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m <sup>2</sup> )	-	
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"> <li>• 2 risiko sedang <input type="checkbox"/> dan atau,</li> <li>• 1 risiko tinggi <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>* Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature  ** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC</p>		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : Ibu berisiko Preeklamsi

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)

Sumber: Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2023, Halaman 9

## Lampiran 7

**Tabel Skrining Risiko Perdarahan Post Partum Saat  
Kehamilan dan Persalinan**

Nama/Suami : Ny. Nurul/ Tn. Eko  
 Umur : 33 Th/ 35 Th  
 Alamat : Gupakan 15/8, Dadi  
 Status Gravida : G<sub>2</sub>P<sub>10001</sub>  
 Tanggal skrining : 16 Februari 2024

	<b>FAKTOR RISIKO ANTENATAL</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>FAKTOR RISIKO PERSALINAN</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>
1	Usia $\geq 35$ tahun		√	Induksi Persalinan		√
2	BMI $\geq 30$		√	Partus lama		√
3	Grandemulti		√	- Kala I		√
4	Postdate		√	- Kala II		√
5	Makrosomia		√	- Kala III		√
6	Gemeli		√	Epidural Analgesia		√
7	Myoma		√	Vakum / forceps		√
8	APB		√	Episiotomi		√
9	Riwayat HPP		√	Koriamnintis		√
10	Riwayat SC		√	Riwayat SC		√
	<b>Hasil Akhir skrining</b>		10	<b>Hasil Akhir skrining</b>		10

Waspada Perdarahan

-

Tindak Lanjut

-

## Lampiran 8

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR

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



**KETERANGAN :**

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



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 26-01-2019
2. Nama bidan : Rolita
3. Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan : P/aron
5. Catatan :  rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
  - Bidan  Teman
  - Suami  Dukun
  - Keluarga  Tidak ada

**KALA I**

9. Partogram melewati garis waspada : Ya
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

**KALA II**

13. Episiotomi :
  - Ya, Indikasi
  - Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
  - Suami  Teman  Tidak ada
  - Keluarga  Dukun
15. Gawat Janin :
  - Ya, tindakan yang dilakukan
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - Tidak
16. Distosia bahu :
  - Ya, tindakan yang dilakukan
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : -
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : -
19. Hasilnya :

**KALA III**

20. Lama kala III : 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
  - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan
  - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya,
  - Tidak, alasan

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	18.15	120/60	80	36.5	2 jr ↓ puraf	terar, bundar	50 cc	50 cc
	18.30	120/78	81		2 jr ↓ puraf	terar, bundar		30 cc
	18.45	121/62	81		2 jr ↓ puraf	terar, bundar		30 cc
	19.00	120/80	82		2 jr ↓ puraf	terar, bundar		20 cc
2	19.30	121/63	81	36.6	2 jr ↓ puraf	terar, bundar	20 cc	15 cc
	20.00	120/90	99		2 jr ↓ puraf	terar, bundar		10 cc

Masalah kala IV : -  
 Penatalaksanaan masalah tersebut : -  
 Hasilnya : -

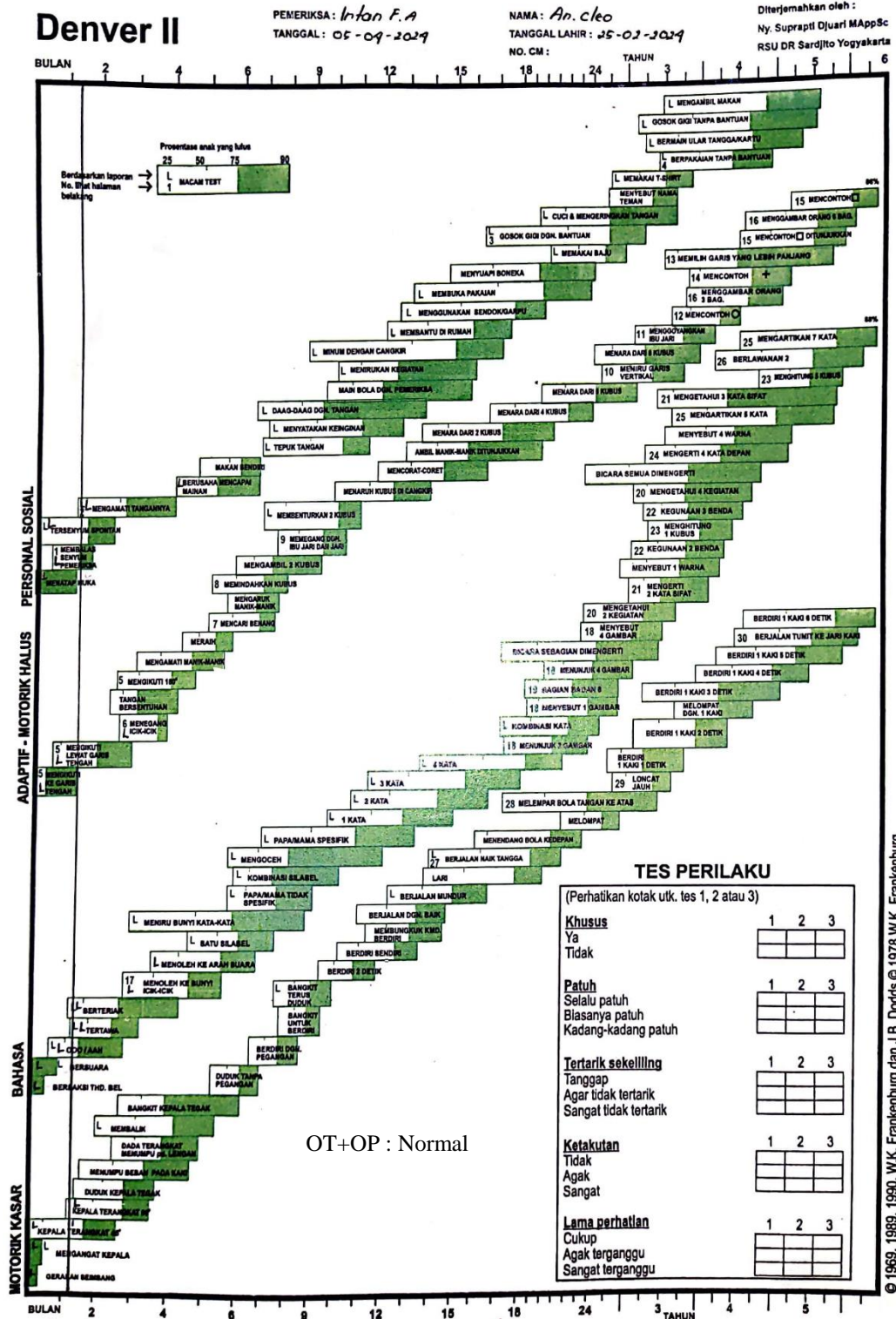
24. Masase fundus uteri ?
  - Ya,
  - Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya Tidak  
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
  - a. ....
  - b. ....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
  - Ya, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
27. Laserasi : kulit + otot perineum
  - Ya, dimana
  - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4  
 Tindakan :
  - Penjahitan (dengan) / tanpa anestesi
  - Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
  - Ya, tindakan
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Tidak
30. Jumlah perdarahan : 550 ml
31. Masalah lain, sebutkan : -
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : -
33. Hasilnya : -

**BAYI BARU LAHIR :**

34. Berat badan 3000 gram
35. Panjang 47 cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik ada penyulit
38. Bayi lahir :
  - Normal, tindakan :
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsang taktil
    - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
  - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
    - mengeringkan  bebaskan jalan napas
    - rangsang taktil  menghangatkan
    - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    - lain - lain sebutkan
  - Cacat bawaan, sebutkan :
  - Hipotermi, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
39. Pemberian ASI
  - Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan
40. Masalah lain, sebutkan : -  
 Hasilnya : -



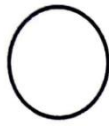
Lampiran 10





### PETUNJUK PELAKSANAAN

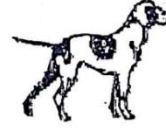
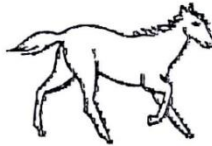
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambatkan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandangi tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/rutsliling 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.

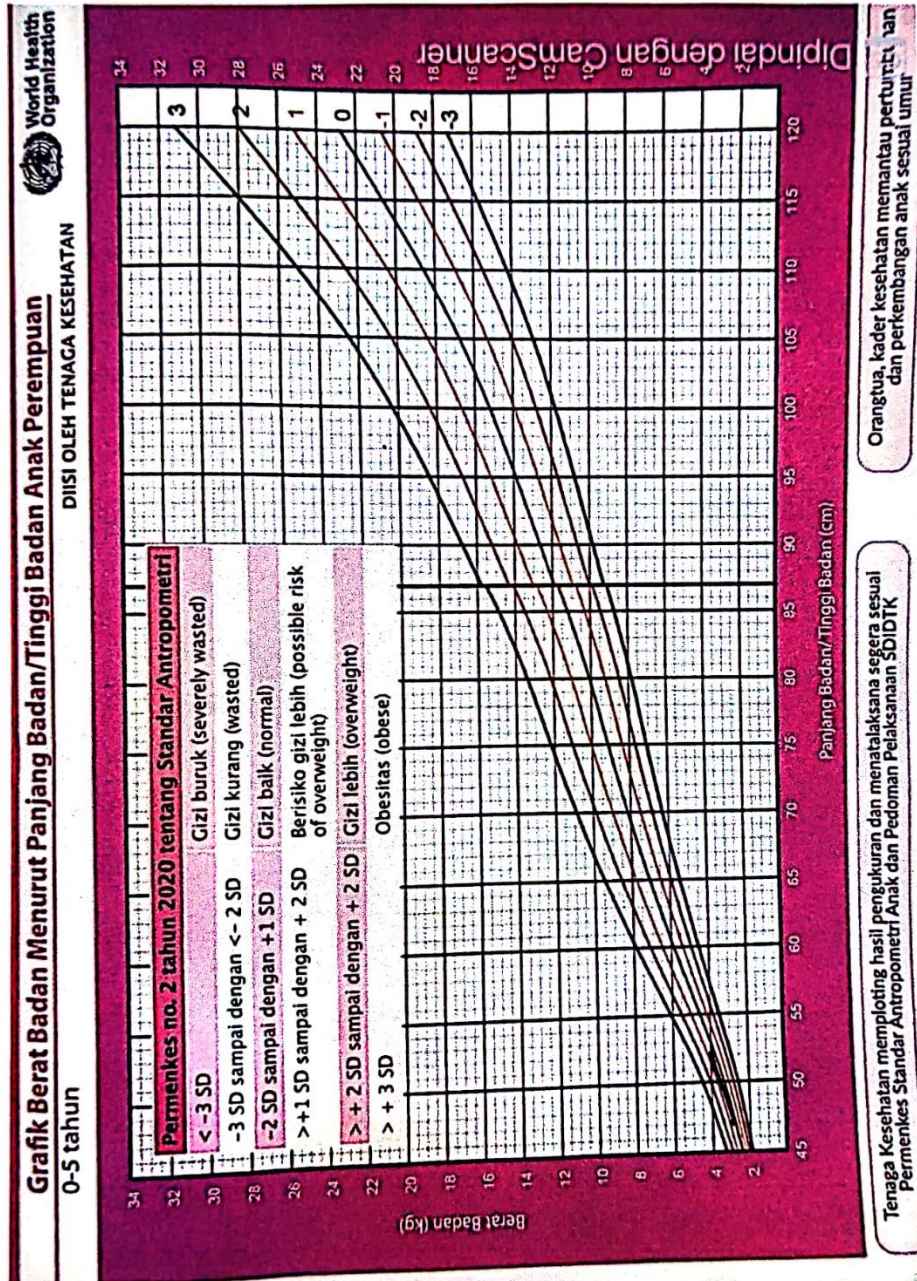
16. Waktu memberikan skor, sepasang (2 tangan, 2 kaki dll) dihitung sebagai satu bagian.
17. Taruh satu kubus di cangkir, kocok perlahan-lahan dekat telinga anak. Ulangi untuk telinga lainnya.
18. Tunjuk masing-masing gambar dan minta anak menyebutkan nama gambar tersebut (Gagal bila hanya suara). Bila 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 ? ..... merینگ ? Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak : Apa yang kau lakukan bila dingin ? ..... capal ? ..... 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  $\pm 2\frac{1}{4}$  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 11

Grafik Berat Badan Menurut Panjang Badan

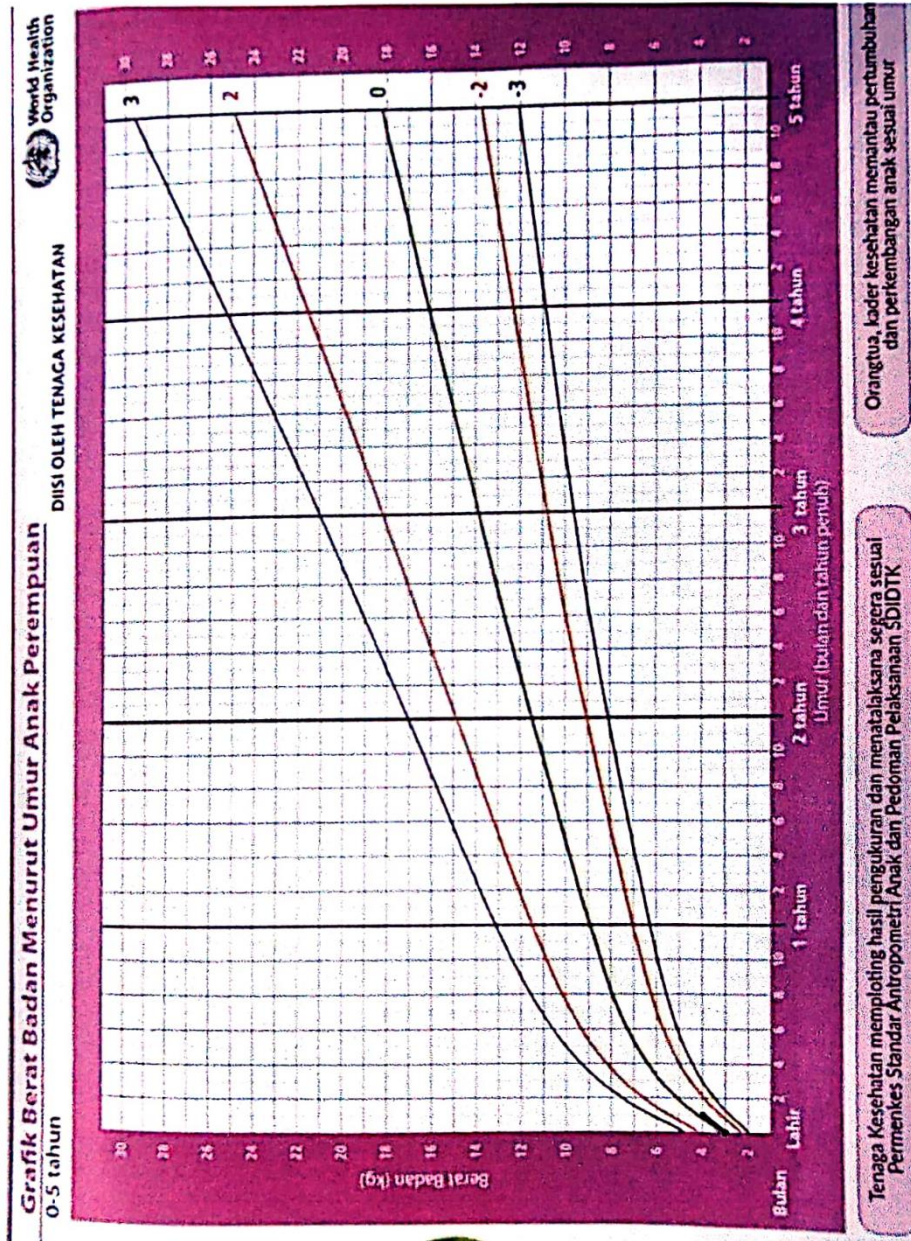


hasil : normal



Lampiran 12

Grafik Berat Badan Menurut Umur

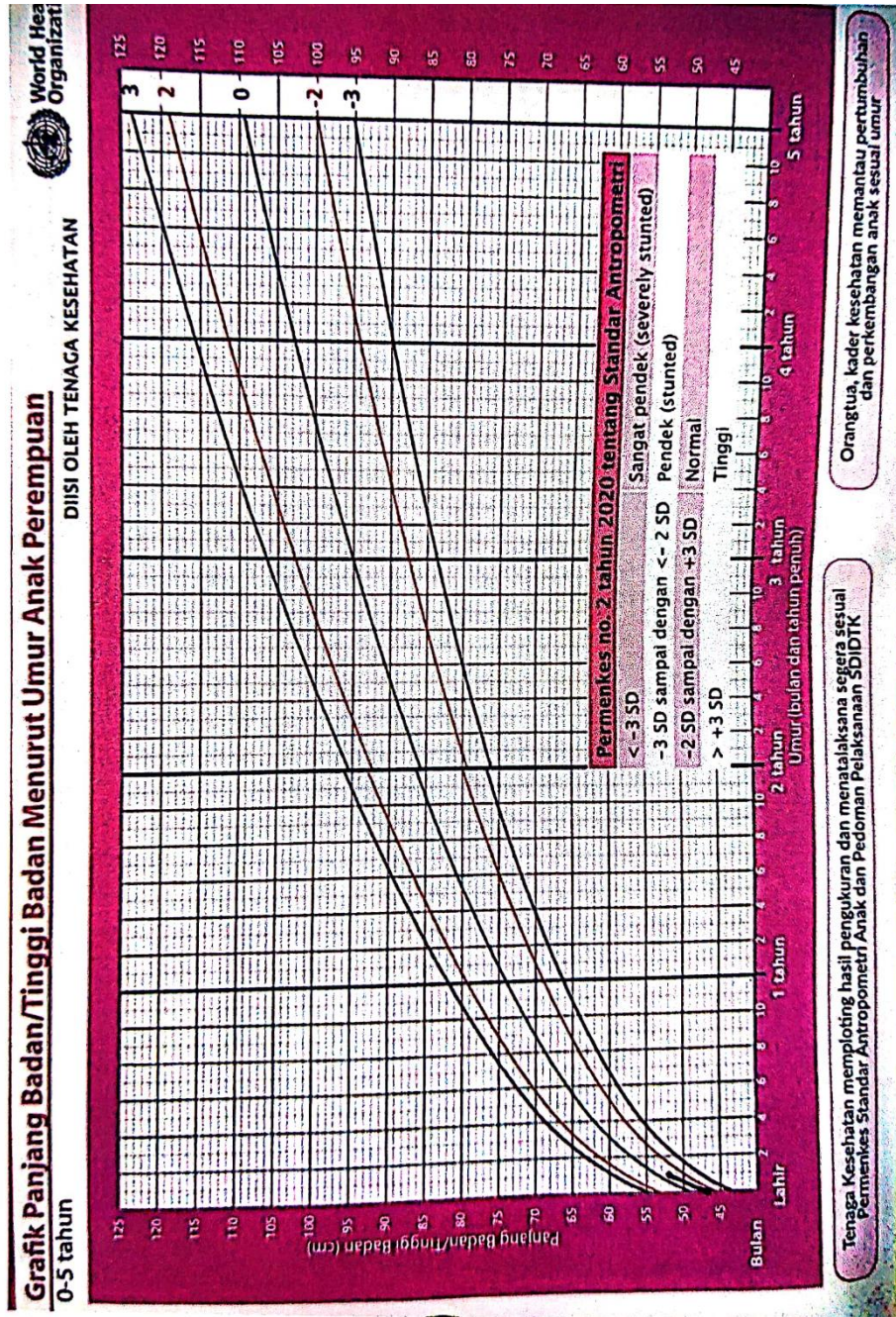


hasil : normal



Lampiran 13

Grafik Panjang Badan Menurut Umur

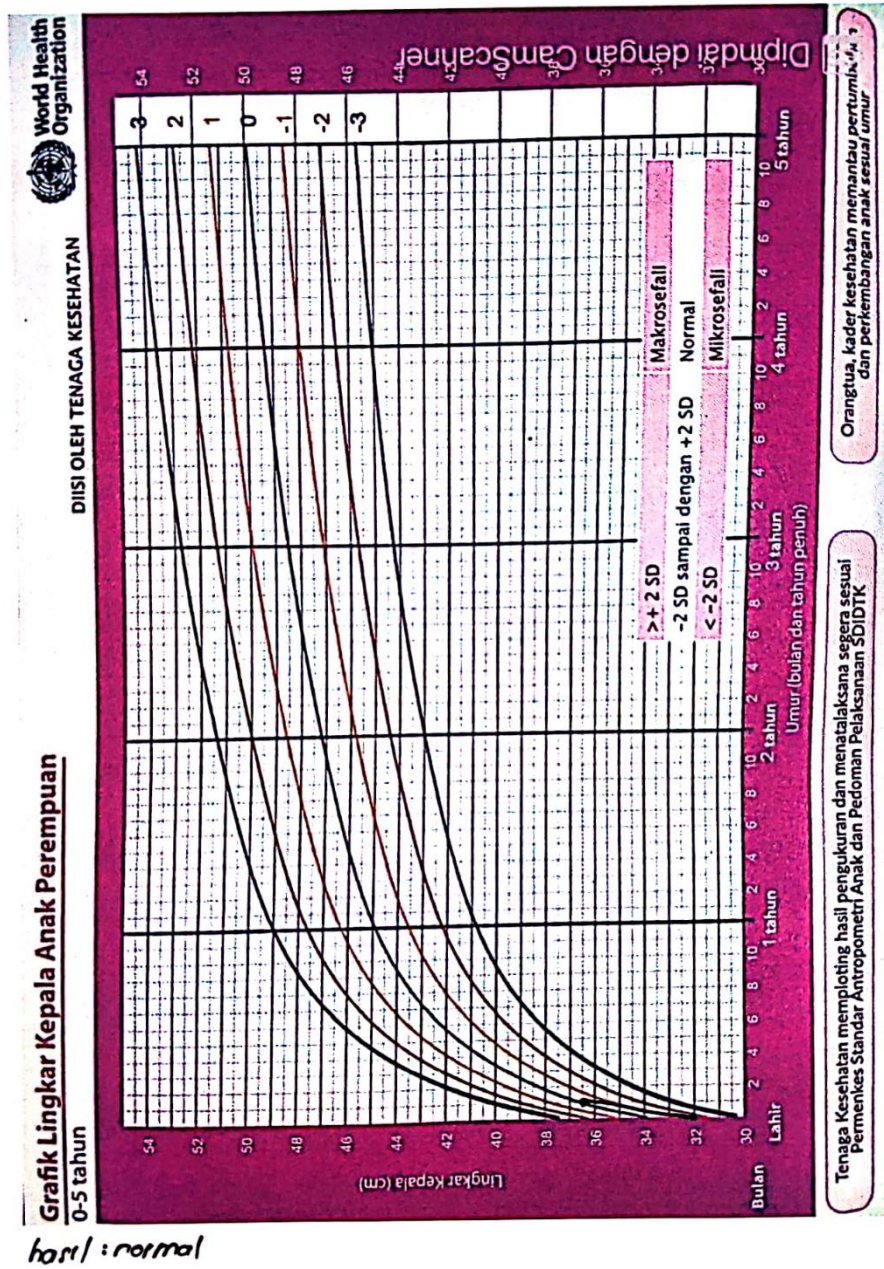


hasil : normal



Lampiran 14


Grafik Lingkar Kepala Anak





Lampiran 15

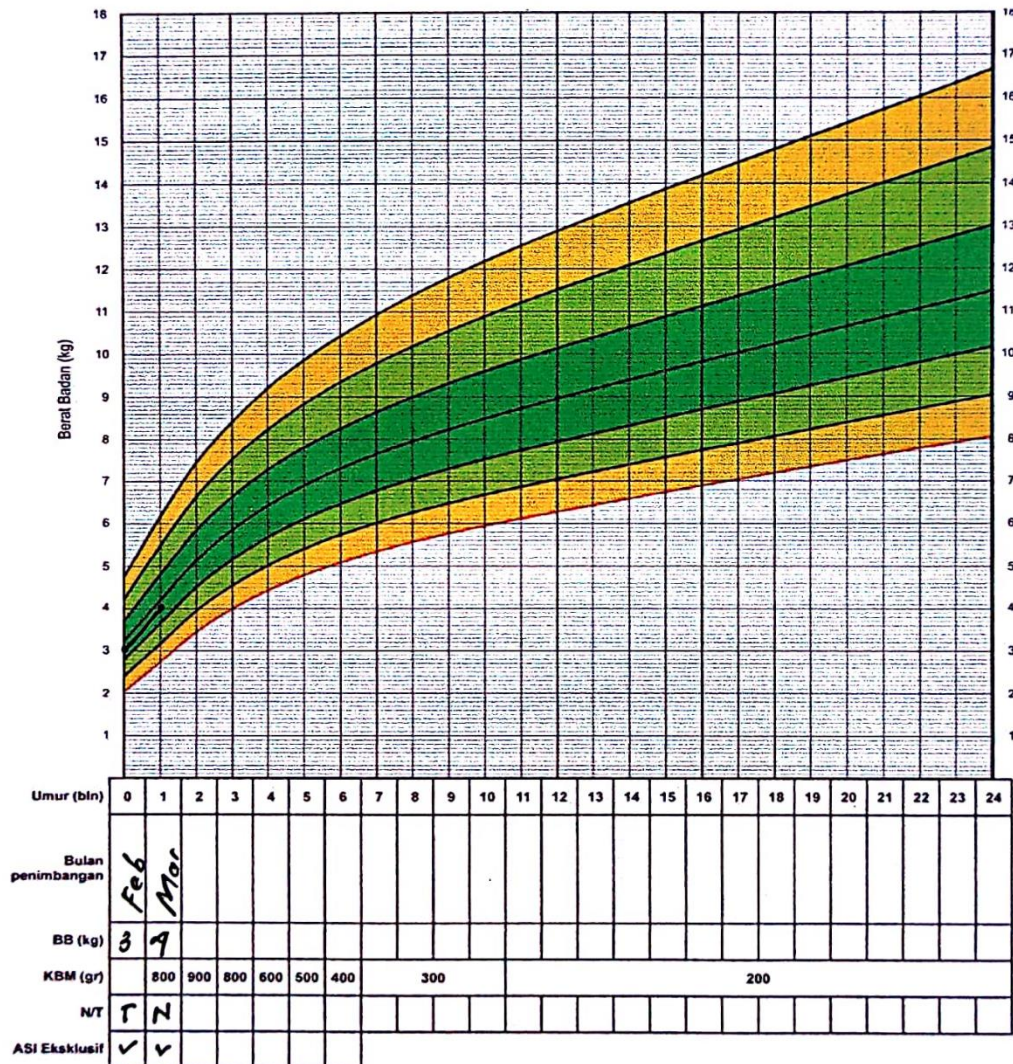
KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK PEREMPUAN



**KMS**  
KARTU MENUJU SEHAT  
Untuk Perempuan

Nama Anak : *An.cleo*  
Nama Posyandu : .....

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



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

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

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

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



## Lampiran 16

## PELAYANAN IMUNISASI

UMUR		BULAN												2+		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18			
Jenis Vaksin		Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas														
Hepatitis B (< 24 jam)	25/09															
No Batch:	/3															
BCG	19/09															
No Batch:	/3															
Polio tetes 1	19/09															
No Batch:	/3															
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:**

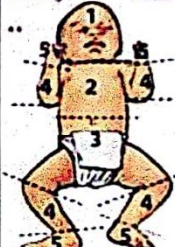
- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar

Lampiran 17

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

**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: baik BB: 3000gr 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: Jam: 18.30 Nomor Batch:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: BB: gr PB: cm LK: cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	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 checked="" type="checkbox"/> *Bila belum diberikan 28/2 2024	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/>  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah: -	Masalah: -	Masalah: -	Masalah: -
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:

\* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

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



## Lampiran 18

**DAFTAR TILIK PENAPISAN KLIEN KB  
METODE NONOPERATIF**

<b>Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan <sup>1,2</sup>		
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) <sup>3</sup>		
<b>AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)</b>		
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)