

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : MULYANANDA DWI MENTARI

NIM : P27824221042

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. “I” Kehamilan, Persalinan, Nifas, Neonatus
dan Keluarga Berencana di PMB Ny. “U” Karas, 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, 17 Januari 2024

Yang Menyatakan

MULYANANDA DWI MENTARI

(P27824221042)

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : MULYANANDA DWI MENTARI

Tempat, Tanggal Lahir : Magetan, 19 Juni 2003

Agama : Islam

Alamat : Desa. Sukowidi Dukuh. Slumpang RT15 RW03,
Kecamatan Nguntoronadi, Kabupaten Magetan.

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 1 SUKOWIDI
2. SMPN 1 NGUNTORONADI
3. SMAN 1 KAWEDANAN

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : MULYANANDA DWI MENTARI
NIM : P27824221042
Status : Mahasiswa Program Studi 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, 02 Februari 2024
Yang menyatakan,

Mulyananda Dwi Mentari
P27824221042

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN*(INFORMED CONSENT)*

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Ita Halimah
Umur : 26 tahun
Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT
Alamat : Desa Jungke RT 02 RW 02 Karangrejo

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 Program Studi 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, 01 Februari 2024

Yang Menyetujui



(..... ITA HALIMAH)

Lampiran 5

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAAN HANYA PADA RIWAYAT CPW (C), SAAT HAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNTE/ORI DIFTERI (E)			
NO	RIWAYAT IMUNISASI TT	PERNAH/TIDAK DIMUNISASI 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	✓	T 2
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	✓	T3
	b. Kelas 2	✓	T4
	c. Kelas 3	✓	T5
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 DIDAPKAN)			T5

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, TI 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

Kesimpulan : status TT ibu lengkap

Lampiran 6

Kartu Skor Poedji Rochjati

Nama : Ny. I
 Hamil ke: 2 Haid terakhir tgl: 06-05-2023
 Pendidikan ibu : SD
 Pekerjaan ibu : IRT

Umur Ibu : 26Th.
 Perkiraan lahir: 13-02-2024
 Suami : SD
 Suami : Pedagang

KE L F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan				
				I	II	III.1	III.2	
		Skor Awal Ibu Hamil	2				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				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 dengana.terikan tang/vakum	4					
	b. uri dirogoh	4						
	c. diberi infus/transfuse	4				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					10	
JML. SKOR	KEL. RESIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
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

Kesimpulan : jumlah skor 10 kelompok resiko KRT

TABEL SKRINING PRE EKLAMPSIA

PELAYANAN DOKTER

Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru	-	
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi	-	
Umur \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 ²)	-	
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		-
Kehamilan multiple		-
Diabetes dalam kehamilan		-
Hipertensi kronik		-
Penyakit ginjal		-
Penyakit autoimun, SLE		-
Anti phospholipid syndrome*		-
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure (MAP) \geq 90 mmHg **	-	
Proteinuria (urin celup > 1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)	-	
Keterangan Sistem Skoring: Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya		
<ul style="list-style-type: none"> • 2 risiko sedang □ dan atau, • 1 risiko tinggi □ 		
* Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature		
** MAP dihitung pada kehamilan < 20 minggu $MAP = \frac{(2 \times D) + S}{3}$		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : **Tidak Berisiko Preeklampsia**

*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).*

Dokter Pemeriksa,

(.....)



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

Tabel Skrining Risiko Perdarahan Post Partum Saat Kehamilan dan Persalinan

Nama/Suami : Ny. I/Tn.R
 Umur : 26 Tahun
 Alamat : Desa Jungke RT 02 RW 02 Karangrejo Magetan
 Status Gravida : G2P10001 (Multigravida)
 Tanggal skrining : 01 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 / forceps		✓
8	APB		✓	Episiotomi	✓	
9	Riwayat HPP		✓	Koriamnintis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir skrining	0	10	Hasil Akhir skrining	1	9

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

1. Dalam ANC bila salah satu jawaban "YA"
2. Tindakan lanjut tergantung kasus

Kesimpulan : Ibu dalam dalam kategori waspada perdarahan

Lampiran 9

LEMBAR OBSERVASI

A. ANAMNESISA

Tanggal masuk : 05-02-2024..... Jam : 17.00 WIB.....
 His mulai tanggal : 05-02-2024..... Jam : 15.00 WIB.....
 Darah : 15.00 WIB.....
 Lendir : 15.00 WIB.....
 Ketuban : Pecah/ Belum Jam :

B. KEADAAN UMUM

Tensi : 120/70 mmHg.....
 Suhu : 36,6 °C.....
 Nadi : 85 x/menit.....
 Respirasi : 20 x/menit.....
 Odema :

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

Palpasi perlimaan : 3/5.....
 VT : Tanggal 05-02-2024..... Jam : 17.00 WIB.....
 Hasil $\frac{1}{1}$ taa ϕ 2cm eff. 25% Ket. \oplus preskep HI

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

Tanggal	Jam	His dlm 10 "		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Ket.
		Berapa kali	Lamanya						
05-02-24	17.00	2x	40 "	144	120/70	36,6	85	ϕ 2cm	-
	18.00	2x	40 "	140					
	19.00	3x	45 "	136					
	20.00	4x	45 "	148					
	21.00	4x	50 "	144	120/70	36,6	80	ϕ 3cm	-

Lampiran 10

PARTOGRAF

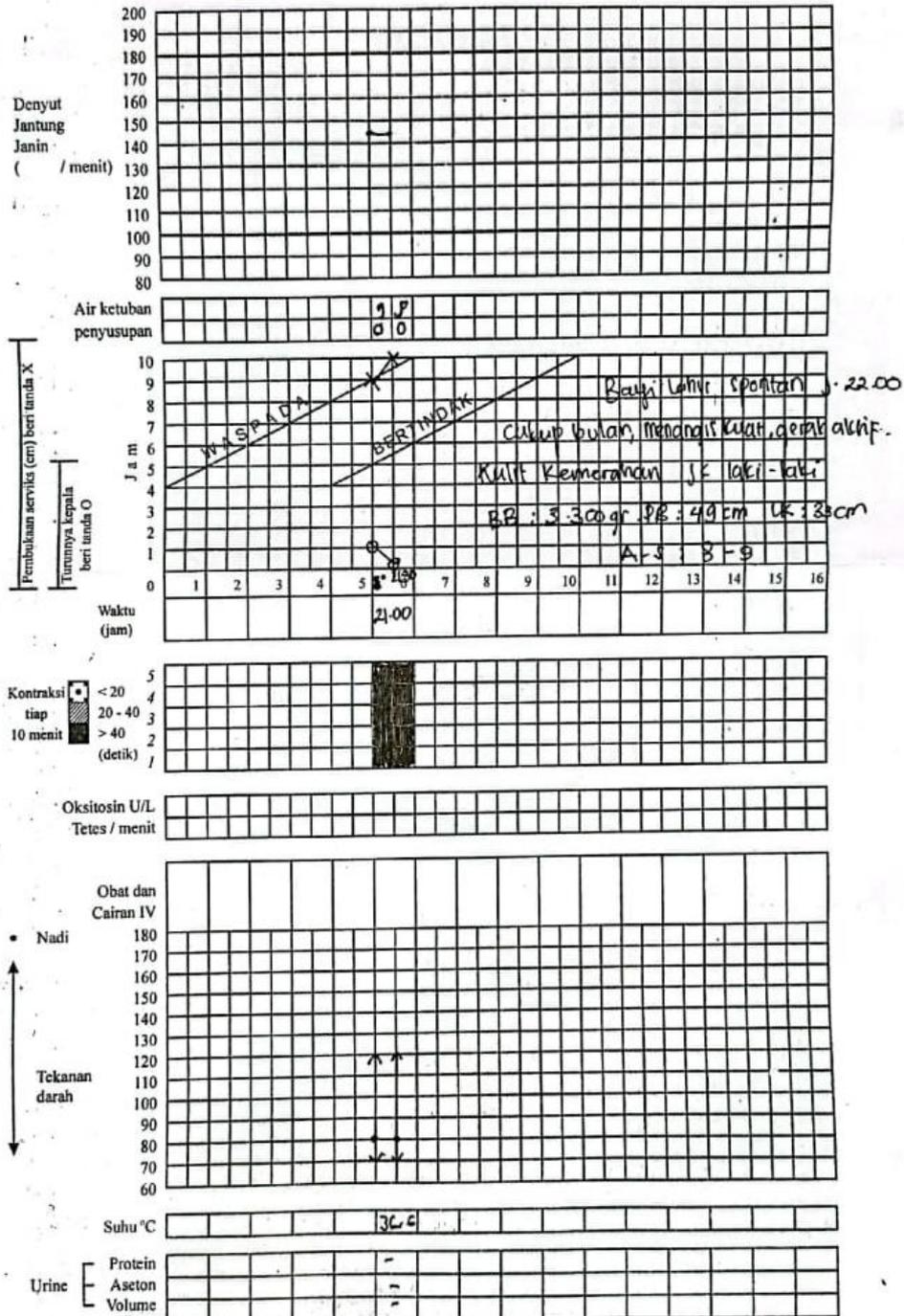
No. Register

--	--	--	--	--

 Nama Ibu : Iy I Umur : 26 (G : 2 P : 1 A : 0)
 No. Puskesmas

--	--	--	--	--

 Tanggal : 03-02-2024 Jam : 21.00
 Ketuban pecah Sejak jam 21.00 Mules sejak jam 15.00



CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 05-02-2024
- Nama bidan: PMB Ny. U
- Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: PMB
- Alamat tempat persalinan: KATAS
- Catatan dirujuk kala I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk:
 - Bidan
 - Teman
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada

KALA I

- Partograf melewati garis waspada: Y / T
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tsb:
- Hasilnya:

KALA II

- Episiotomi:
 - Ya, Indikasi: perineum kaku & luka parut
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada
 - Teman
- Gawat janin:
 - Ya, Tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - Tidak
- Distosia bahu:
 - Ya, Tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - Tidak
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

KALA III

- Lama kala III: menit
- Pemberian Oksitosin 10 U IM?
 - Ya, waktu menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan
 - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

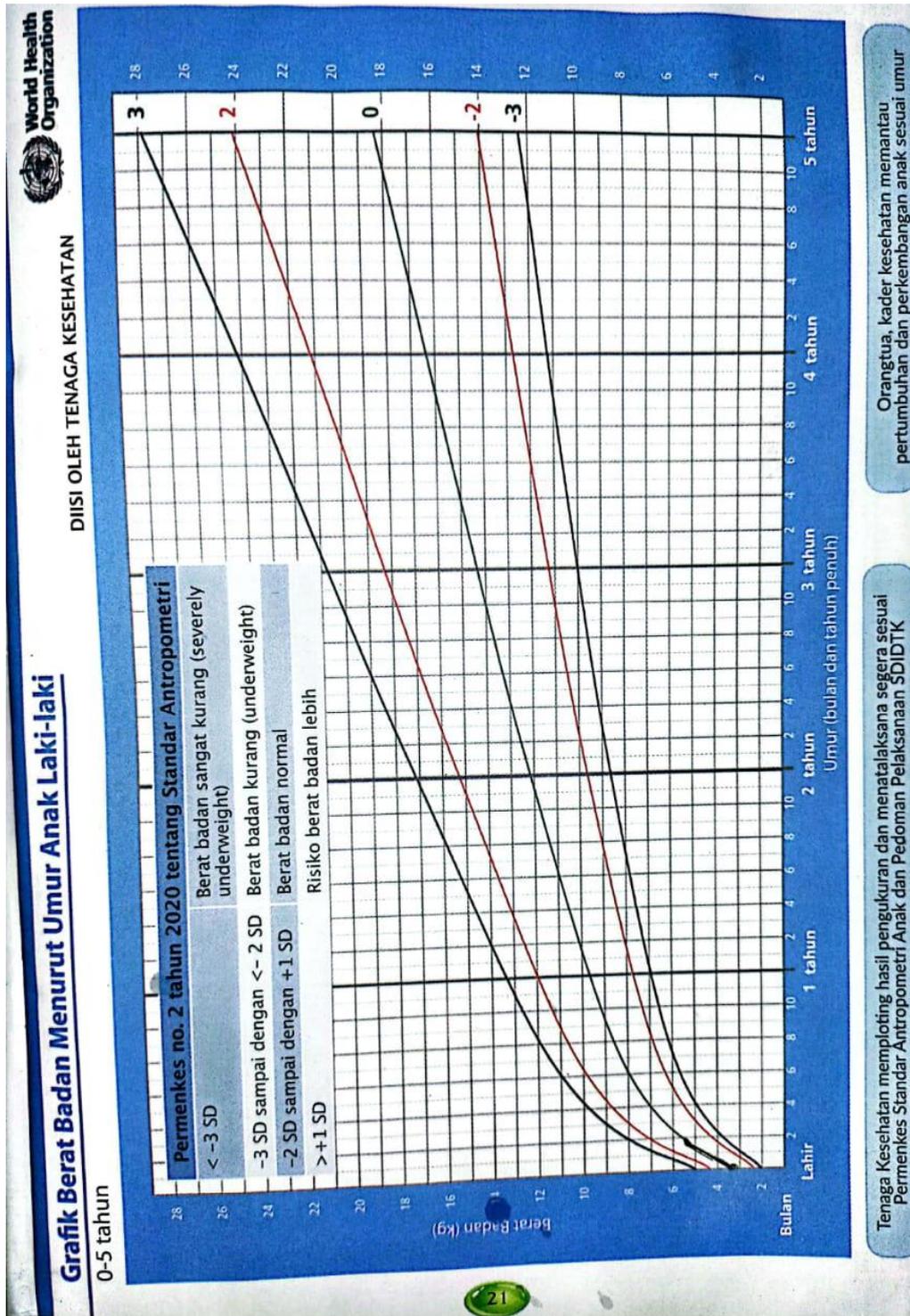
Jam ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	23.15	120/90	80	36,6	2 Jr buh pst	Keras bundar	KOSONG	0cc
	23.20	120/90	80	36,6	2 Jr buh pst	Keras bundar	KOSONG	
	23.45	120/90	80	36,6	2 Jr buh pst	Keras bundar	KOSONG	
	24.00	110/90	80	36,6	2 Jr buh pst	Keras bundar	KOSONG	
2	24.30	110/90	80	36,6	2 Jr buh pst	Keras bundar	KOSONG	50cc
	01.00	110/90	80	36,6	2 Jr buh pst	Keras bundar	KOSONG	

- Masalah Kala IV:
- Penatalaksanaan yang dilakukan masalah tersebut:
- Hasilnya:

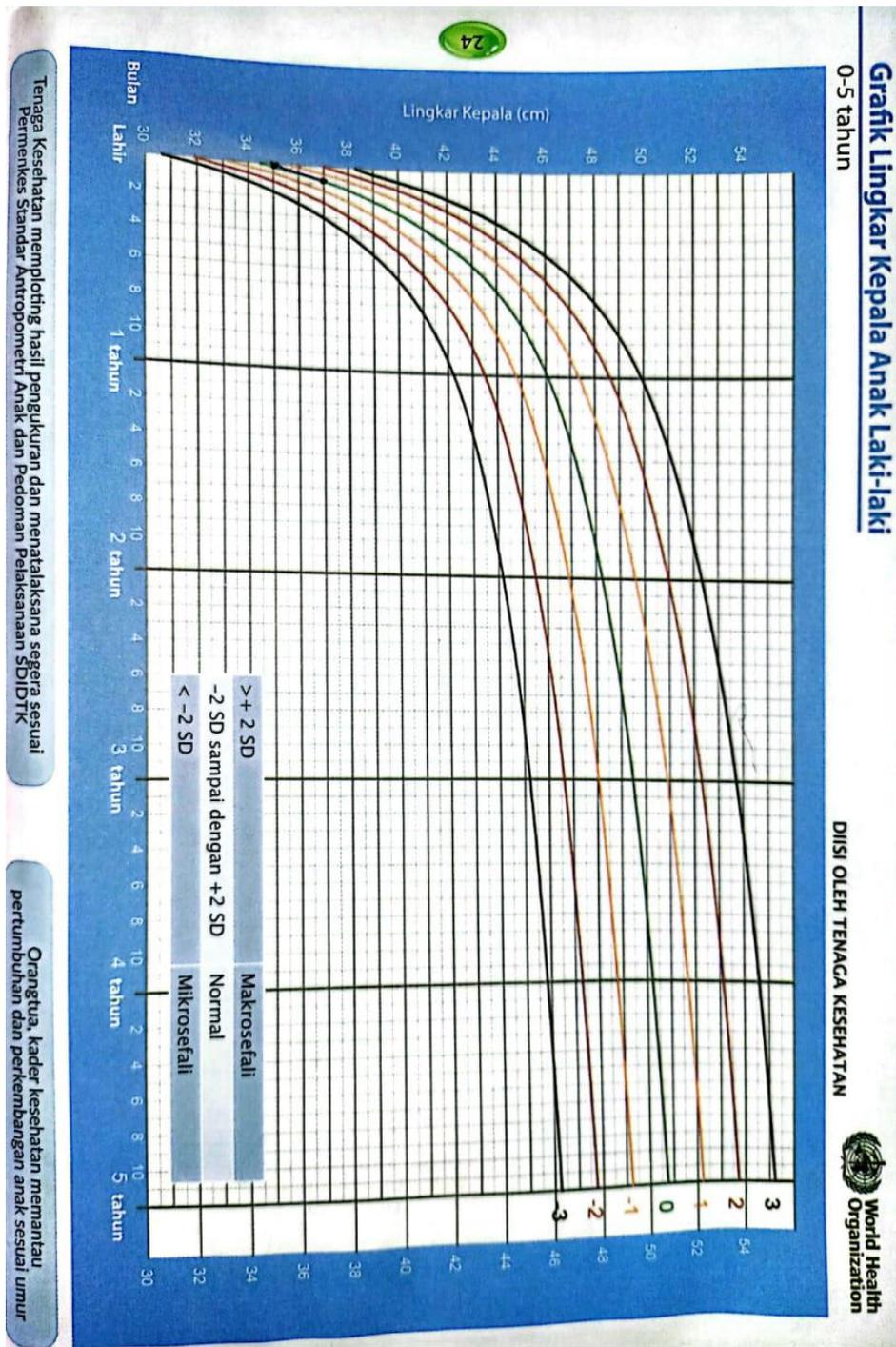
- Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya Tidak
Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
- Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya Tidak Ya, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
- Lacerasi:
 - Ya, dimana: Mukosa vagina, komisura posterior
 - Tidak
- Jika lacerasi perineum, derajat: 1 @ 3/4
Tindakan:
 - Penjahitan dengan tanpa anastesi
 - Tidak djahit, alasan
- Atonia uteri:
 - Ya, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
- Jumlah pendarahan: ± 250 ml
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan: 3.200 gram
- Panjang: 49 cm
- Jenis kelamin: L P
- Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - Meringankan
 - Menghangatkan
 - Rangsangan taktil
 - Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, tindakan:
 - Meringankan
 - Bebaskan jalan napas
 - Rangsangan taktil
 - Menghangatkan
 - Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Lain-lain sebutkan
 - Cacat bawaan, sebutkan:
 - Hipotermi, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
- Pemberian ASI:
 - Ya, waktu: 0 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
- Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:



Kesimpulan : Berat badan menurut umur bayi laki-laki dalam kategori normal



Kesimpulan : Lingkar kepala bayi lak-laki normal

Lampiran 13

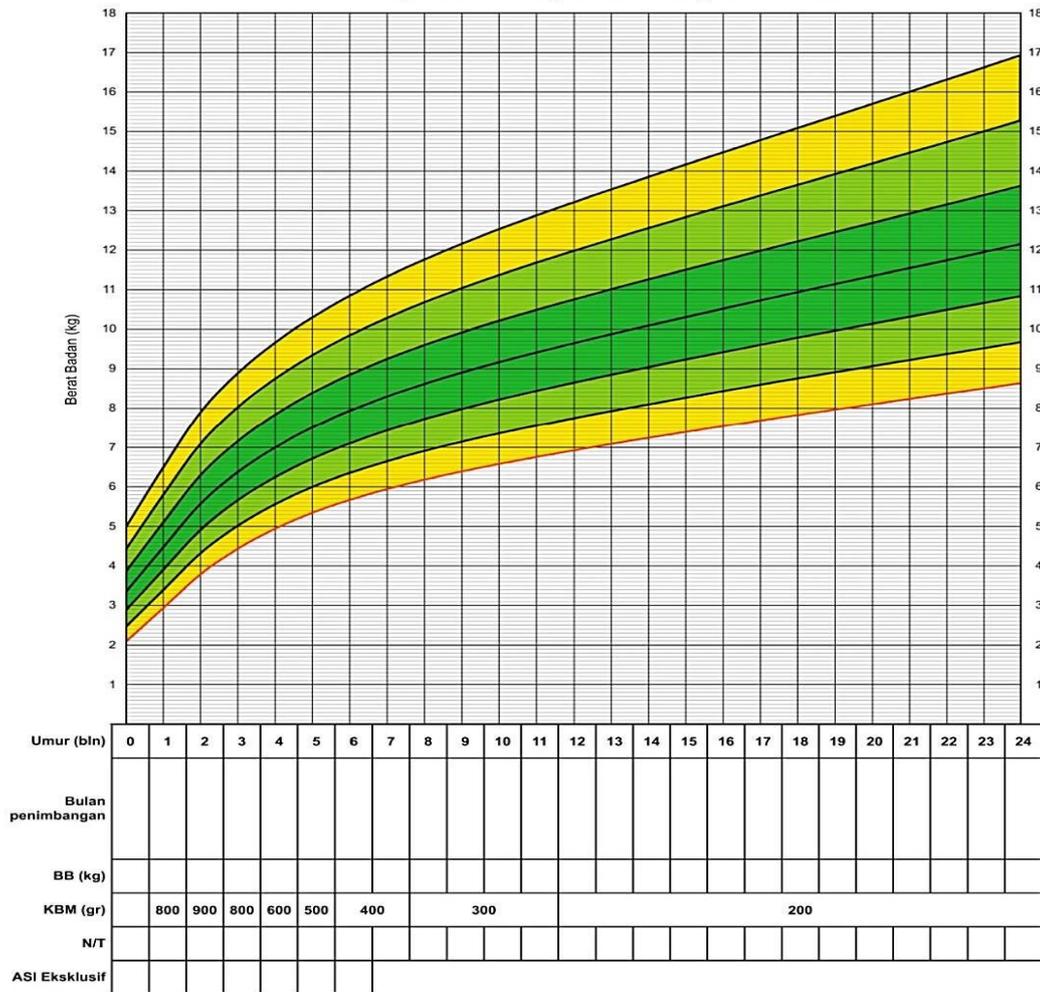


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki

Nama Anak :

Nama Posyandu :

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



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

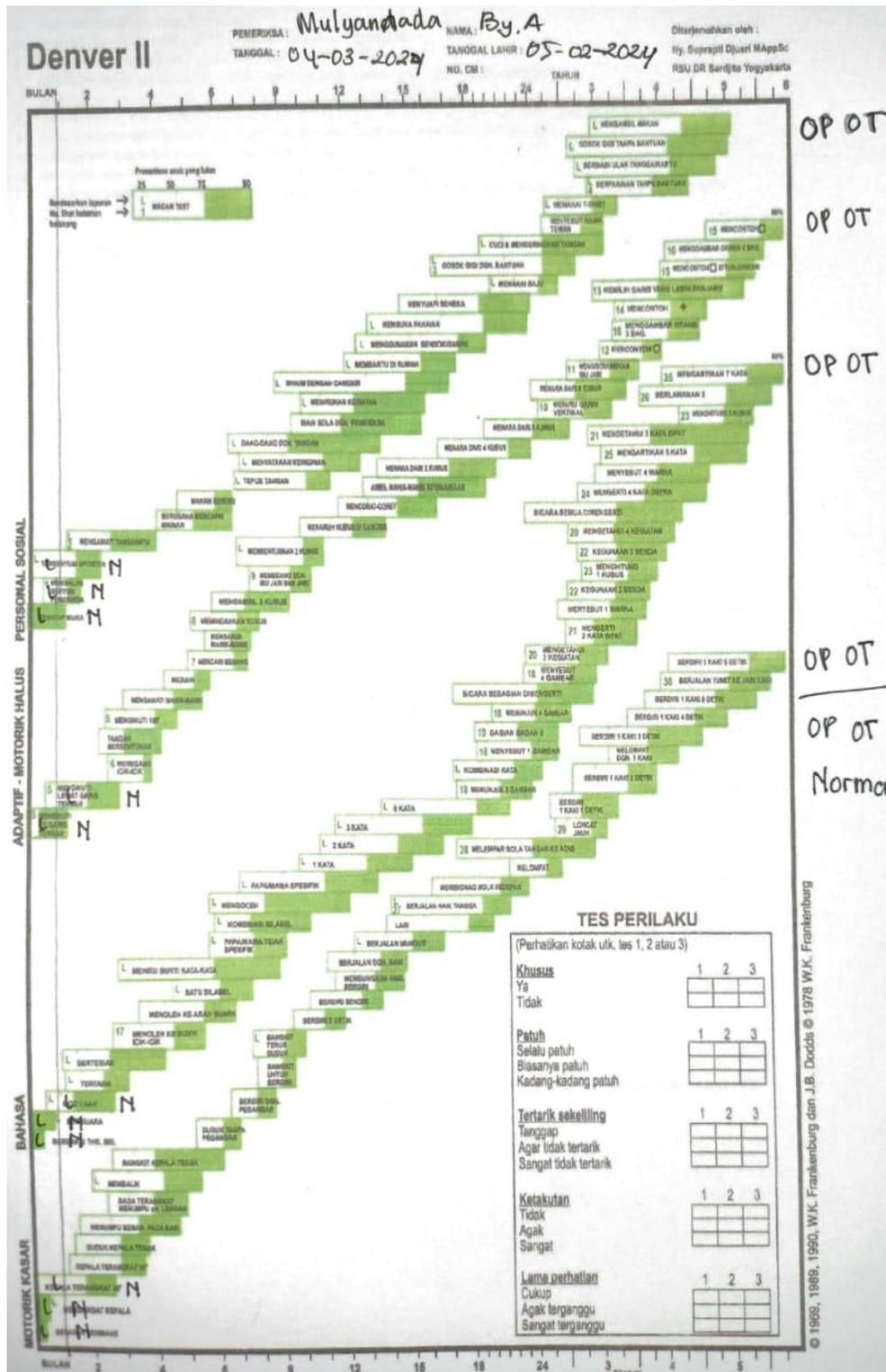
TIDAK NAIK (T)
Grafik BB mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau Kenaikan BB kurang dari KBM

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

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

Kesimpulan : grafik berat bayi badan mengikuti garis pertumbuhan atau berat badan mengalami kenaikan

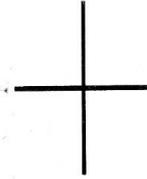
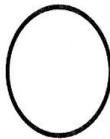
Lampiran 14



Kesimpulan : OT OP Perkembangan normal

PETUNJUK PELAKSANAAN

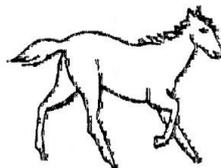
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting 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 menirikan 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  \rightarrow 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 15

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: 330gr PB: 49cm LK: 33 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 type="checkbox"/> Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <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: 06/02/2024 Jam: 08.00 Nomor Batch: 3634812 BB: 330gr PB: 49cm LK: 33cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____ Skrining Hipotiroid Kongenital* <input checked="" type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;">  </div> ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah: Taa.	Masalah: Taa	Masalah: Taa.	Masalah: Taa.
Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -
Nama jelas petugas: Umi H	Nama jelas petugas: Umi H	Nama jelas petugas: Mulyananda	Nama jelas petugas: Mulyananda

* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

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

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: 3634812	06/02 /2024												
BCG No Batch:	20/03 /2024												
Polio tetes 1 No Batch:	20/03 /2024												
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

8

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)

Lampiran 18

Kartu Status Peserta KB dan *Informed Consent*

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB: PMB Ny "U" II. Nomor Seri Kartu:

1. Nama: PMB Ny "U"
2. No Kode: _____

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB: Ny. I III. Umur Peserta KB: 26
IV. 1. Nama Suami/Istri: Tn. R. VI. Pendidikan Suami dan Istri: 3 3
1. Buta Huruf 4. Tamat SMP
2. Baca Latin 5. Tamat SMA
3. Tamat SD 6. Tamat PT

VII. Alamat: Jungke 02/62 Karangrejo VIII. Pekerjaan Suami dan Istri: Wiraswasta 6
1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas
2. TNI/Polri 5. Nelayan 8. Lain-lain
3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja

IX. Jumlah anak hidup: X. Umur anak terkecil: 01 11
XI. Status peserta KB:
1. Baru pertama kali
2. Sudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah pakai alat KB
3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara
4. Pindah tempat pelayanan, cara sama
5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara

XII. Cara KB terakhir:
1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom
5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB
Pentuliskan Petensial keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia

A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang 2. Tekanan Darah: 110/80 mmHg
3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya 2) Tidak 4. Haid terakhir tanggal: 11/11 02/12 21/11
5. Berat badan: 53 kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini:
a. Sakit kuning Ya Tidak
b. Pendarahan peraginayan yang tidak diketahui penyebabnya Ya Tidak
c. Tumor: Payudara Rahim Indung telur Testis Radang orchitis/epididimis
d. IMS/HIV/AIDS

7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:
a. Posisi Rahim: 1. Retrofeksi 2. Anteefeksi

b. Tanda-tanda radang Ya Tidak
c. Tumor/keganasan ginekologi Ya Tidak
8. Pemeriksaan lambaian (Khusus untuk calon MOP dan MOW):
a. Tanda-tanda diabetes Ya Tidak
b. Kelainan pembekuan darah Ya Tidak

B. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil
2. Konsepsi dengan menggunakan ABPK

XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan:
1. IUD 4. Kondom 7. Pil
2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal
3. MOP 6. Suntikan

XV. Tanggal dilayani: 21/11 03 21/11

XVI. Tanggal pesan kembali:

XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD): 21/11 03 21/11

XVIII. Pemeriksa: [Signature]

Keterangan:
*) Consent yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan
**) Dihub gratis untuk pelayanan tidak bayar

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

Nomor Kode Tindakan

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Faskes KB/RS/Praktik *) : PMB Ny 4
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 : Ny. I

U m u r : 26 Tahun, Jenis Kelamin: Laki-Laki (Perempuan)

Alamat lengkap : Jalan Karangrejo RT 02 RW 02 Ke/Desa Jungke
Kecamatan Karangrejo Kabupaten/Kota Magetan
Provinsi Jawa Timur 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 : In. R

U m u r : 28 Tahun, Jenis Kelamin (Laki-Laki) (Perempuan)

Alamat lengkap : Jalan Karangrejo RT 02 RW 02 Kelurahan/Desa Jungke
Kecamatan Karangrejo Kabupaten/Kota Magetan
Provinsi Kode Pos

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

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.
Magetan, 22 Maret 2024

Yang memberi pelayanan konseling (.....) Klien (.....) Suami/Isteri Klien *) (.....)
Dokter/Bidan/Perawat *)

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

