Lampiran 1 - Surat Pernyataan

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama	: Umma Yustika Ichsa Izati
NIM	: P27824218034
Program Studi	: D-III Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan	: 2018–2021

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

"Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana di Kabupaten 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, Mei 2021

Penulis

Umma Yustika Ichsa Izati
NIM. P27824218034

Lampiran 2 - Riwayat Hidup

RIWAYAT HIDUP

Nama : Umma Yustika Ichsa Izati

Tempat, Tanggal Lahir : Tulungagung, 13 Oktober 1999

Agama : Islam

Alamat : Dusun Sumbersari, RT04/RW02, Desa Tunggulsari, Kecamatan Kedungwaru, Kabupaten Tulungagung

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri V Bago Tulungagung
2. SMP Negeri I Tulungagung
3. SMA Negeri I Boyolangu Tulungagung

Lampiran 3 - Lembar Permohonan

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Umma Yustika Ichsa Izati

NIM : P27824218034

Status : Mahasiswa Program Studi DIII Kebidanan Kampus Magetan Politeknik Kesesehatan Kementerian 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 untuk menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas perhatian ibu saya ucapkan terima kasih.

Magetan, Maret 2021

Yang Memohon

Umma Yustika Ichsa Izati
NIM. P27824218034

Lampiran 4 - Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Suryani

Umur : 43 tahun

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT

Alamat : Jlamprang 27/5 Selotinah Ngariboyo Magetan.

Setelah mendapatkan penjelasan maksud dan tujuan serta memahami pelaksanaan studi kasus asuhan kebidanan secara *continuty 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 *continuty of care* tersebut.

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

Magetan, Maret 2021

Yang Menyatakan

(Suryani)

Lampiran 5 - Tabel Bantu Skrining Status TT WUS Jawa Timur

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANHANYA 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			
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	✓	T1
		b. Kelas 6	✓	T2
	3	Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 5		
		c. Kelas 6		
	4	Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 4		
		c. Kelas 5		
		d. Kelas 6		
	5	Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 3		
		c. Kelas 4		
		d. Kelas 5		
		e. Kelas 6		
	6	Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 2		
		c. Kelas 3		
		d. Kelas 4		
	7	Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 2		
		c. Kelas 3		
C	SAAT CALON PENGANTIN		✓	T3
D	SAAT HAMIL			
	a. Hamil 1		✓	T4
	b. Hamil 2		✓	T5
	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)				TT Lengkap (T5)

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, dan 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

Lampiran 6 - Tabel Skrining Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

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

Nama : Ny. S Umur Ibu : 42 Th.

Hamil ke 3 Haid Terakhir tgl : lupa Perkiraan Persalinan tgl : 2/5 bl (USG)

Pendidikan : Ibu SD Suami SD

Pekerjaan : Ibu IRT Suami Tukang

I	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	Tribulan II	Tribulan III 1	Tribulan III 2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	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	4			4
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	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 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
		JUMLAH SKOR		6			6

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENO LONG	RUJUKAN RDB	RUJUKAN RDR	RUJUKAN RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6 - 10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
> 12	KGT	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

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

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 : ..... / ..... / .....

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)
2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
3. Rujukan Terlambat (RTlt)

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. Eklampsia
- **Komplikasi Obstetrik**
  3. Perdarahan postpartum
  4. Uri 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. Tindakan 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 .....

BAYI :
1. Berat lahir : ..... gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Apgar Skor : .....
3. Lahir mati, penyebab .....
4. Mati kemudian, umur ..... hr, penyebab .....
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada .....

TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain-2 .....

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, ... / Sterilisasi ..... 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan : .....

Lampiran 7 – Tabel Skrining Preeklamsia

TABEL SKRINING PRE EKLAMSIA

Nama/Suami : Ny. "S" / Tn. "S"
Umur : 42 th.
Alamat : Jlamprang 17/5, Sekolonatah, Ngariboyo · Magetan
Status Gravida : G3P20002
Umur Kehamilan : 34 - 35 mgg.
Tanggal Skrining : 23 - 03 - 2021

I		PEMERIKSAAN FISIK DAN ANAMNESIS	*	Ya	Tidak
	1	Riwayat Keluarga Pre Eklamsia			✓
	2	Primigravida			✓
	3	Primutua sekunder (jarak antar kehamilan >10th)			✓
	4	Usia >35 tahun		✓	
	5	Body Mass Indek BB/TB^2 >30/Obesitas*			✓
	6	Mean Artherial Pressure (Sistolik+2 Diastolik/3) >90*			✓
	7	Roll Over Test (perbandingan Diastolik Miring kiri (left lateral Recummbent) dan Terlentang (supine) >15mmHg			✓
		Hasil > 2 (Positif)			
II	1	**Riwayat Khusus**			✓
	2	Riwayat Hipertensi Dalam Kehamilan			✓
	3	Hipertensi Kronis			✓
	4	Kelainan Ginjal			✓
	5	Diabetes			✓
	6	Penyakit Autorium			✓
		Hasil 1 positif			
III		**Doppler Velosimetri Arteri Uterina > 16 minggu**			✓
	1	Peningkatan resistensi dan atau			✓
	2	Notching (+)			✓
		Hasil 1 positif			
		Hasil Akhir Skrining	(−)	Negatif.	

Tidak berisiko PE.

Keterangan :
* : Tulis Hasil pemeriksaan
- *Low dose* Aspirin 1 x 80-150 mg/hari sampai dengan 7 hari sebelum persalinan
- Kalsium 1 h/hari

Kesimpulan :
Bilamana ibu berisiko preeklamsia maka pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di rumah sakit.
Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan diatas (tidak perlu menunggu inpartu).

5) BMI : $\frac{43}{(150)^2}$: 19,11

6) MAP : $\frac{160 + 110}{3}$: 90

7) RDT : 80 - 70 : 10.

Lampiran 8 - Tabel Skrining Risiko Perdarahan Post Partum

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POST PARTUM SAAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Nama/Suami : Ny. "S" / Tn. "S"

Umur : 42 th.

Alamat : Jlamprang, 27/5, Selotinatah, Ngariboyo

Status Gravida : G 3 P2 0002

Umur Kehamilan : 34 - 35 mgg.

Tanggal Skrining : 23 - 3 - 2021

	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	1	9		0	10

Waspada Perdarahan [Ya]

Tindak lanjut [KIE bahaya] hamil usia >35 th, usia reproduksi sehat, obs. hamil - KB, rujukan saat komplikasi

Ket:

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

Lampiran 9 - Formulir Skrining *Corona Virus Disease* (Covid-19)

Nama / Suami : Ny. Suryani / Tn. Sumiran .
Tanggal lahir / umur : 4-4-1978
Alamat : Jlamprang . 27/5. Selotinatah. Ngariboyo. Magetan
Telepon : -

FORMULIR SKRINING *CORONA VIRUS DISEASE* (COVID-19)

Berilah tanda centang (√) pada kolom yang sesuai!

GEJALA

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Demam / riwayat demam < 2 minggu		✓
2.	Batuk / pilek / nyeri tenggorokan < 2 minggu		✓
3.	Sesak napas		✓

FAKTOR RISIKO

NO.	PERTANYAAN FAKTOR RISIKO	YA	TIDAK
1.	**Riwayat perjalanan ke luar negeri atau kota-kota terjangkit di Indonesia dalam waktu 14 hari sebelum timbul gejala.** Asal Kota : Kapan anda datang :		✓
2.	**Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih :** a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 b. Bekerja atau mengunjungi fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU ; c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah terindentifikasi) ATAU ; d. Memiliki demam (≥38°C) atau ada riwayat demam, memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri atau kontak dengan orang yang memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri		✓
3.	**Apakah ada keluarga yang baik atau mudik dari daerah terjangkit ?** 1. Asal Kota : 2. Kapan anda datang :		✓
4.	**Apakah Anda sedang hamil ?**	✓	
5.	**Apakah Anda mempunyai Riwayat Penyakit Lain ?**		✓

Menyatakan bahwa keterangan yang saya berikan diatas adalah **BENAR.** Surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat, sadar dan tanpa ada paksaandari pihak manapun.jika dikemudian hari saya terbukti memberikan **KETERANGAN PALSU,** saya menyatakan sanggup dibawa ke **RANAH HUKUM.**

Magetan, 23 Maret 2021

Petugas Skrining	Responden	Saksi	
Umma Yushk	Suryani	Ululan	Yunia

METERAI TEMPEL 6000 ENAM RIBU RUPIAH

CARA PENILAIAN

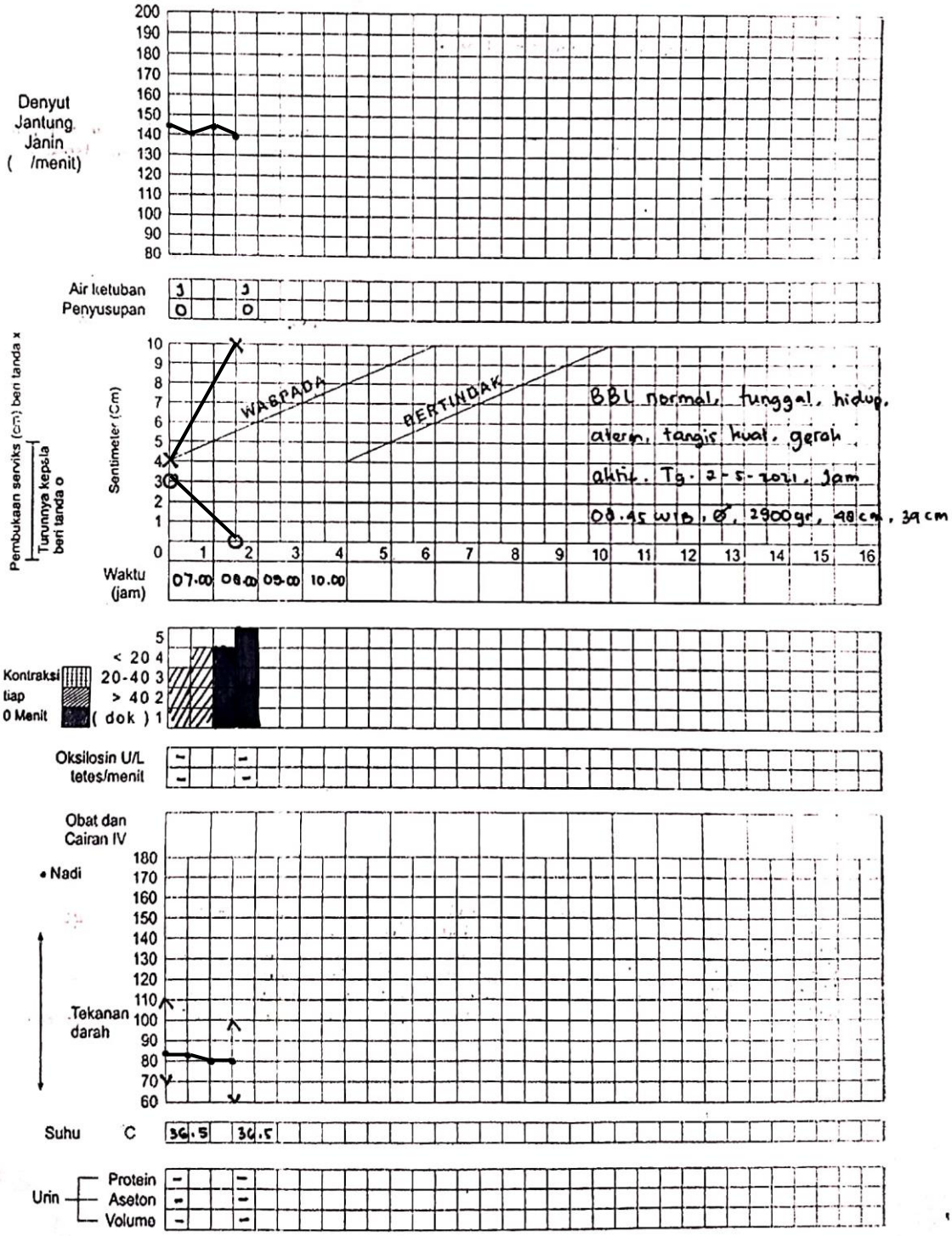
Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Orang Dalam Pemantauan (PDP)	Kesimpulan (lingkari salah satu)
Gejala No.1 + No.2 + No. 3 DAN Faktor Resiko No. 1 **ATAU** Gejala No.1 atau No. 2 DAN salah satu atau lebih factor resiko No.2 dan No.3	Gejala No. 1 atau No. 2 DAN fasiko No.1 **ATAU** Riwayat kontak erat dengan kasus COVID-19 ATAU daerah dengan kasus konfirmasi COVID-19	Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Orang Dalam Pengawasan (ODP) Bukan Keduanya

Lampiran 10 - Partograf

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah

Nama Ibu : Ny. "S" Umur : 42 th G. 3 P. 2 A. 0
Tanggal : 02-05-2021 Jam : 07.00 WIB Alamat : Jlamprang. Selokinatah. Magetan.
Sejak jam : 06.30 (2-5-2021) mules sejak jam 23.00 WIB (1-5-2021)



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 2 - 5 - 2021
2. Nama bidan: Ny
3. Tempat persalinan:
   - ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
   - ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
   - ☐ Klinik Swasta ☑ Lainnya: PMB
4. Alamat tempat persalinan: Selotin atas, Ngariboyo . Magetan
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
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini: -
   - ☐ Gawatdarurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi PMTCT

KALA I

10. Temuan pada fase laten : - Perlu Intervensi: Y / (T)
11. Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y / (T)
12. Masalah pada fase aktif, sebutkan -
13. Penatalaksanaan masalah tersebut -
14. Hasilnya: -

KALA II

15. Episiotomi.
    - ☐ Ya, indikasi
    - ☑ Tidak
16. Pendamping pada saat persalinan:
    - ☑ suami ☐ teman ☐ tidak ada
    - ☑ keluarga ☐ dukun
17. Gawat janin:
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
    - a
    - b
    - ☑ Tidak
    - ☐ Pemantauan DJJ setiap 6-10 menit selama kala II, hasilnya:
18. Distosia bahu
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
    - ☑ Tidak
19. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya
    - -

KALA III

20. Inisiasi Menyusu Dini
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak, alasannya
21. Lama kala III: 4 menit
22. Pemberian Oksitosin 10 U Im?
    - ☑ Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
    - ☐ Tidak, alasan
    - Penjepitan tali pusat 1 menit setelah bayi lahir
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
    - ☐ Ya, alasan
    - ☑ Tidak
24. Peregangan tali pusat terkendali?
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak, alasan
25. Masase fundus uteri?
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak, alasan
26. Plasenta lahir lengkap *(intact)* Ya / Tidak
    - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
    - a.
    - b.
27. Plasenta tidak lahir >30 menit:
    - ☑ Tidak
    - ☐ Ya, tindakan
28. Laserasi:
    - ☐ Tidak
    - ☑ Ya, dimana mukosa vagina, kulit dan otot peri
29. Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3/4 bagian tengah.
    - Tindakan:
    - ☑ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    - ☐ Tidak dijahit, alasan
30. Atoni uteri:
    - ☐ Ya, tindakan:
    - ☑ Tidak
31. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ± 60 ml
32. Masalah teln pada kala III dan penatalaksanaannya: -
    - Hasilnya: -

KALA IV

33. Kondisi ibu : KU: baik TD: 110/70 mmHg Nadi: 80 x/mnt Napas: 20 x/mnt
34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya -
    - Hasilnya -

BAYI BARU LAHIR:

35. Berat badan 2900 gram
36. Panjang badan 48 cm
37. Jenis kelamin (L) / P
38. Penilaian bayi baru lahir: (baik) / ada penyulit
39. Bayi lahir
    - ☑ Normal, tindakan:
      - ☑ menghangatkan
      - ☑ mengeringkan
      - ☑ rangsang taktil
      - ☑ IMD atau naluri menyusu segera
      - ☑ tetes mata profilaksis, vitamin K, imunisasi Hepatitis B
    - ☐ Asfiksia, tindakan:
      - ☐ menghangatkan
      - ☐ bebaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)
      - ☐ mengeringkan
      - ☐ rangsangan taktil
      - ☐ ventilasi positif (jika perlu)
      - ☐ asuhan pascaresusitasi
      - ☐ lain-lain, sebutkan:
    - ☐ Cacat bawaan, sebutkan
    - ☐ Hipotermi: ya/tidak, tindakan:
    - a
    - b
40. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
    - ☑ Ya, waktu: 1 jam setelah bay lahir
    - ☐ Tidak, alasan
41. Masalah lain, sebutkan: -
    - Penatalaksanaan dan Hasilnya: -

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temp °C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih / Σ Urin	Σ darah keluar
1	09.15	110 / 70	80	36.7	2 jari ↓ pst	bulat . kerat	± 40 cc	40 cc
	09.30	120/80	80		2 jari ↓ pst	bulat. keras	-	-
	09 45	120/80	81		2 jari ↓ pst	bulat. kerat	-	-
	10 .00	120/80	80		2 jari ↓ pst	bulat. kerat	-	-
2	10.30	110 / 70	80	36.6	2 jari ↓ pst	bulat. keras	-	-
	11.00	110 / 70	80		2 jari ↓ pst	bulat. kerat	± 20 cc	10 cc.

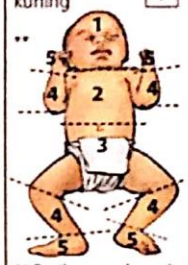
Gambar 2-7: Halaman 2 Partograf

Lampiran 11 - Tabel Pelayanan Kesehatan pada Kunjungan Neonatus

PELAYANAN KEHAMILAN

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: 2900 gr PB: 48 cm LK: 39 cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) ✓ Vit K1 ✓ Salep/Tetes Mata ✓ Imunisasi HB ✓ Tgl/bl/th: 2/5 / 2021 Jam: 11.00 WIB Nomor Batch: -	Menyusu ✓ Tali Pusat ✓ Vit K1* ✗ Salep/Tetes Mata* ✗ Imunisasi HB* - Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: BB: 2900 gr PB: 48 cm LK: 39 cm Skrining Hipotiroid Kongenital - *Bila belum diberikan	Menyusu ✓ Tali Pusat lepas 7 hari Tanda bahaya ✓ Identifikasi kuning ✓ Imunisasi HB* - Tgl/bl/th : Jam : Nomor Batch : Skrining Hipotiroid Kongenital* - *Bila belum diberikan	Menyusu ✓ Tali Pusat ✗ Tanda bahaya ✓ Identifikasi kuning ✓ **  ** 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: Santi P.	Nama jelas petugas: Santi P.	Nama jelas petugas: Santi P.	Nama jelas petugas: Santi P.

* Catatan penting:

.....

.....

.....

Nama tenaga kesehatan:

Santi P.

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

Lampiran 12 - Jadwal Pelayanan Imunisasi

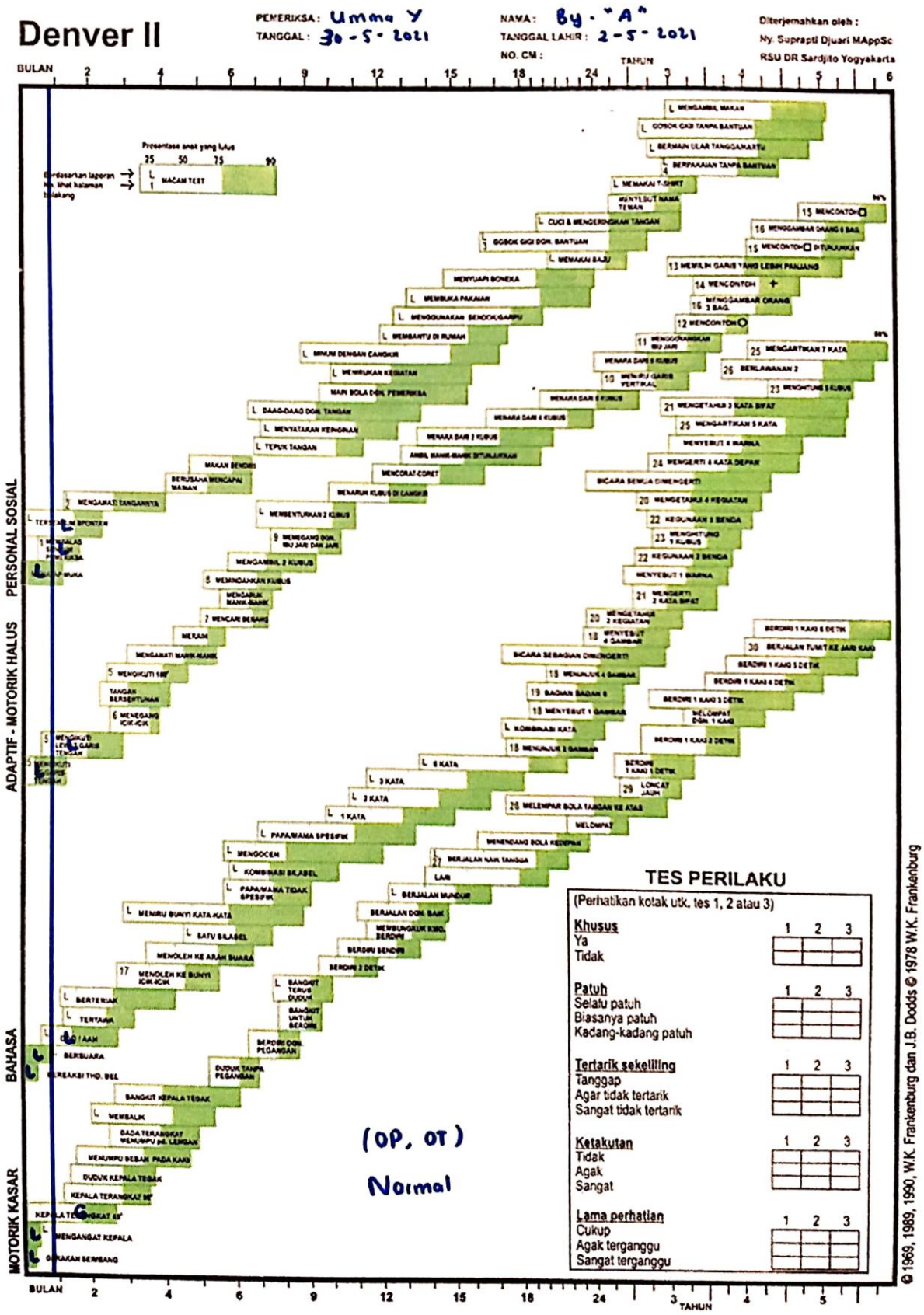
PELAYANAN IMUNISASI

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:	2/5 2011												
BCG No Batch:		27/5 2011											
Polio tetes 1 No Batch:		27/5 '11											
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 13 - Skrining Pemantauan Perkembangan dengan Denver



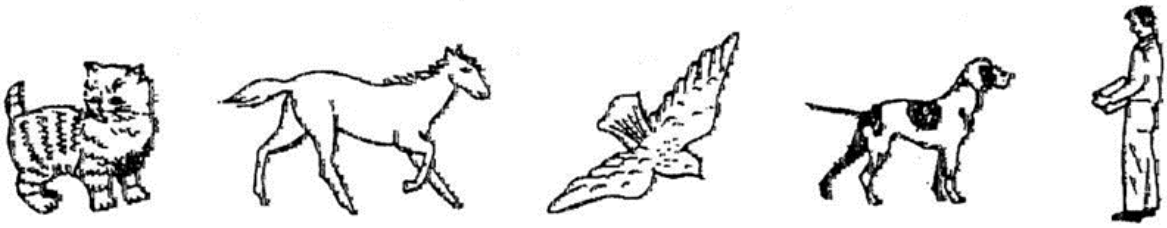
PETUNJUK PELAKSANAAN

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

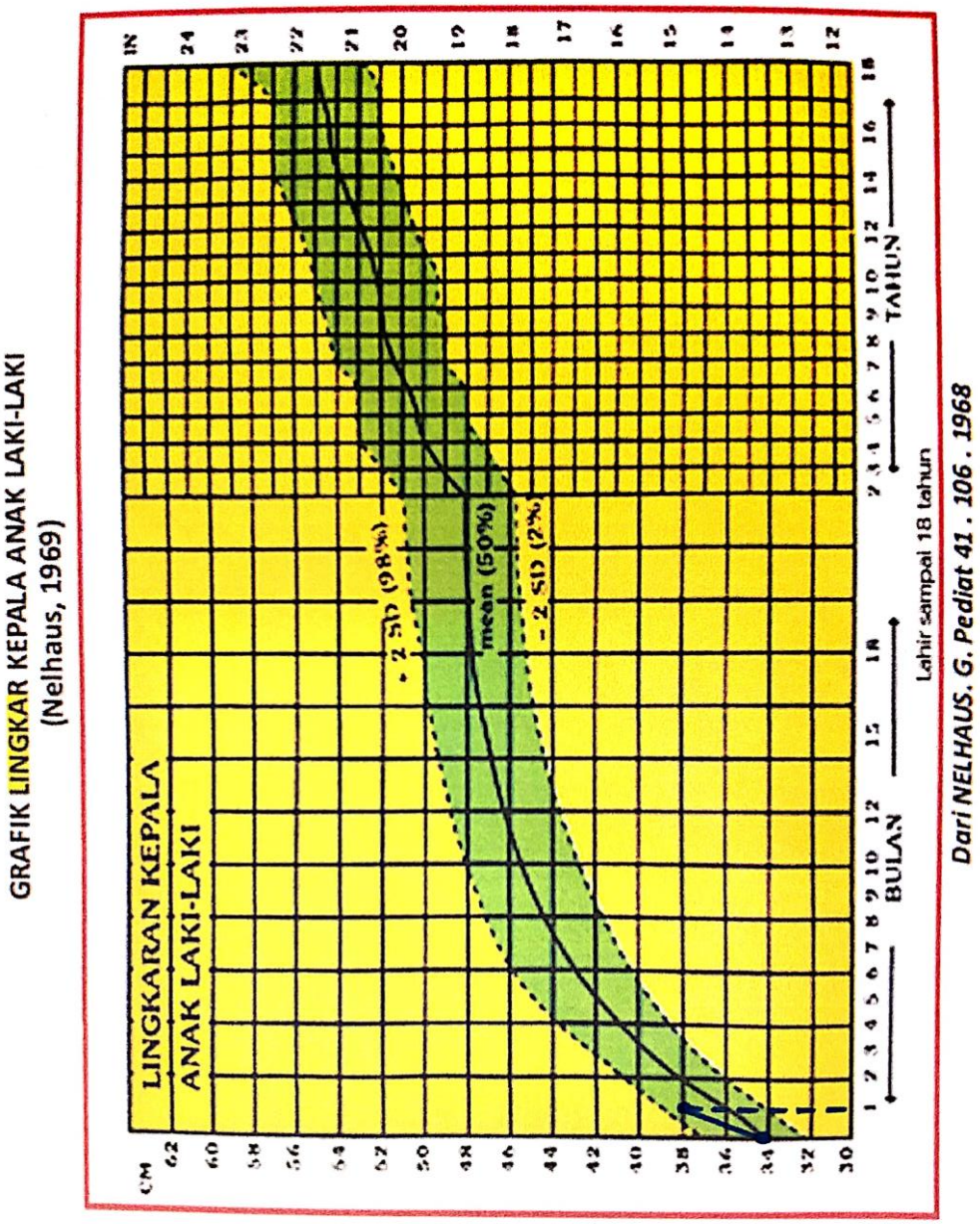
Waktu memberikan tugas 12, 14, dan 15 jangan menyebut bentuknya. Jangan mendemonstrasikan 12 dan 14.

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.

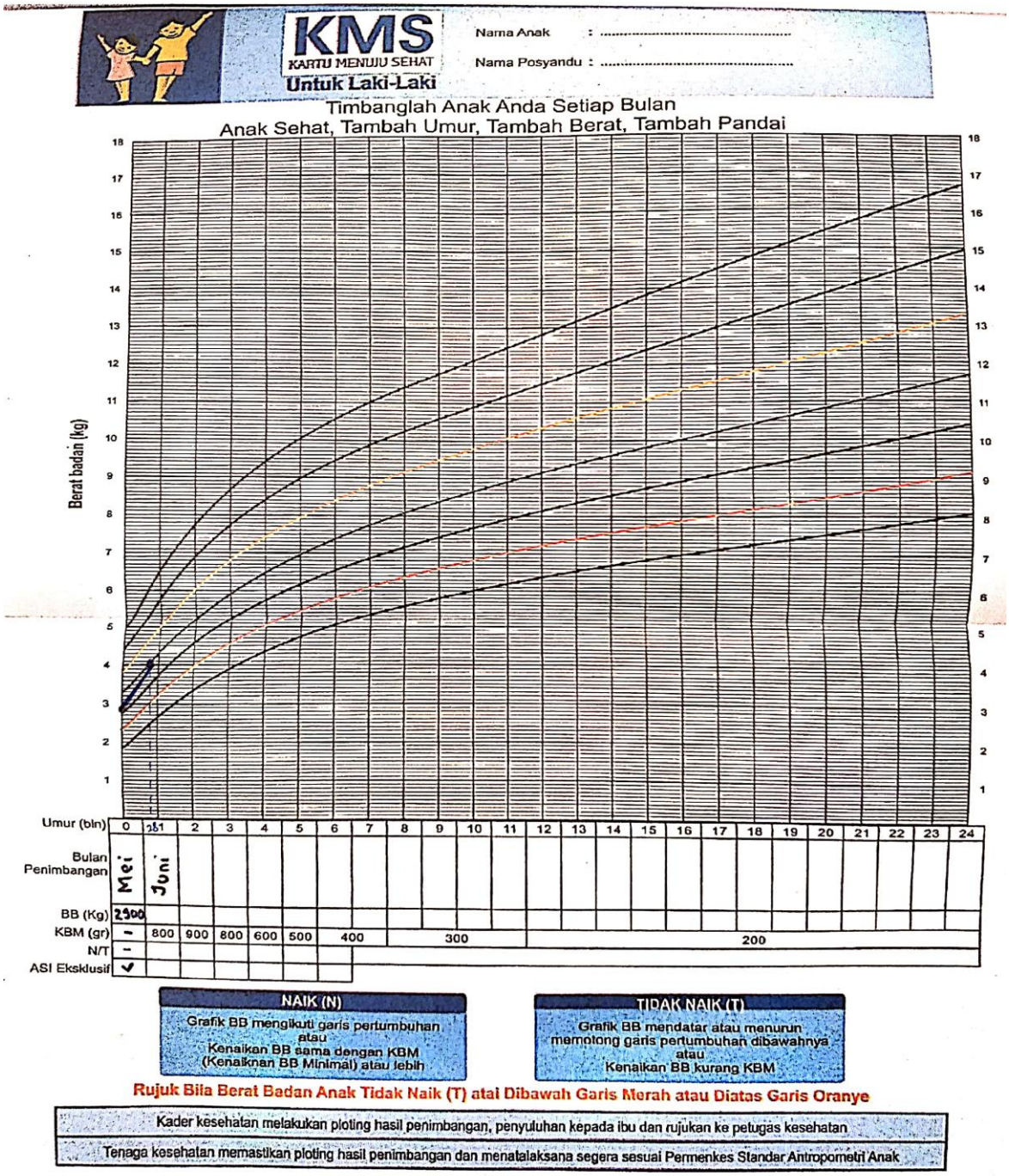


19. Gunakan boneka, katakan pada anak : Tunjukkan hidung, mata telinga, mulut, tangan, kaki, perut rambut. Lulus 6 dari 8.
20. Gunakan gambar, tanyakan kepada anak : mana yang terbang?, ... meong ? ..... bicara ?, ... menggonggong ? ..... meringik ?. Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak : 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, menggerakan 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 (8½").
30. Suruh anak berjalan ke depan → Tumit berjarak ± 2½ 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.

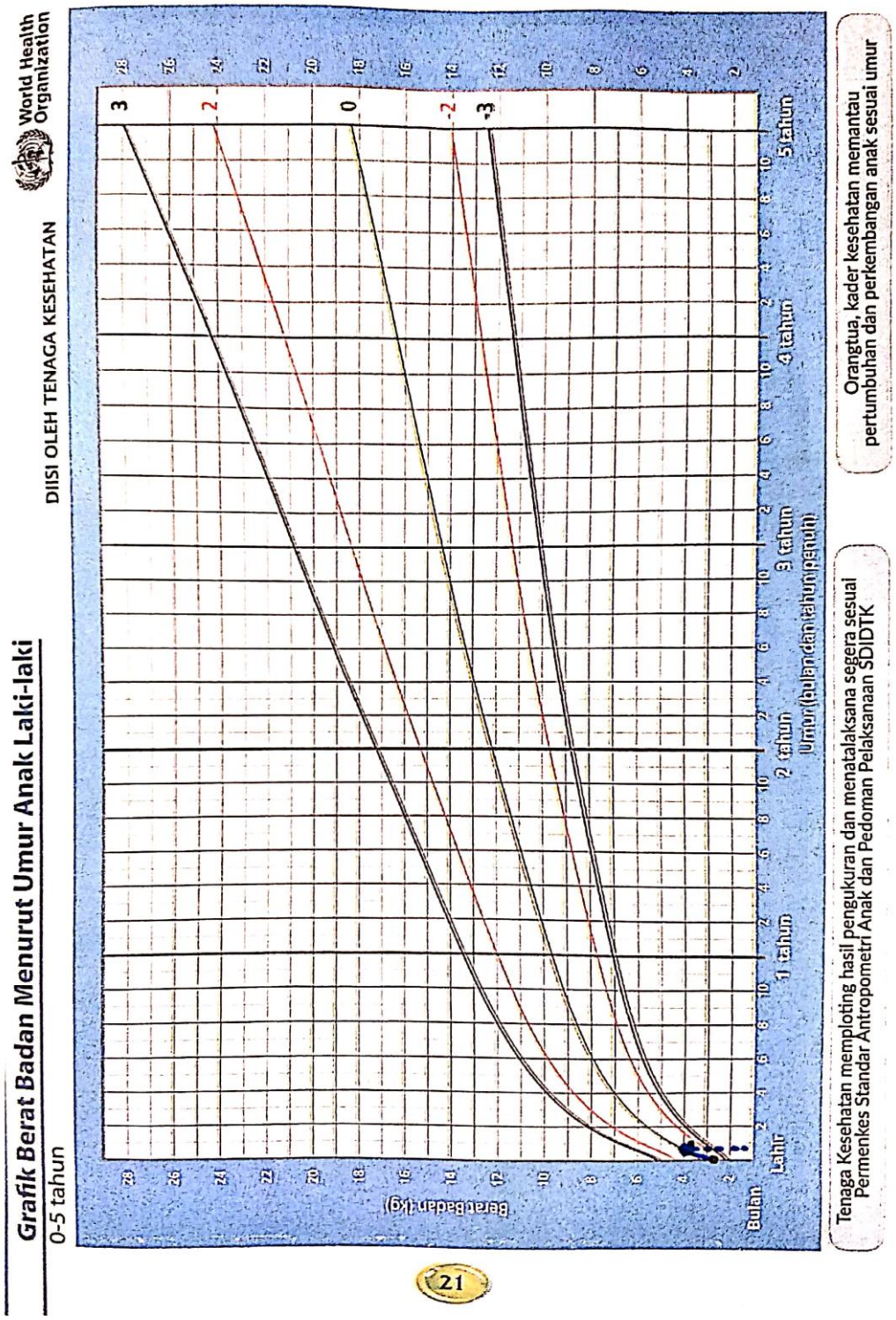
Lampiran 14 – Grafik Lingkar Kepala Anak



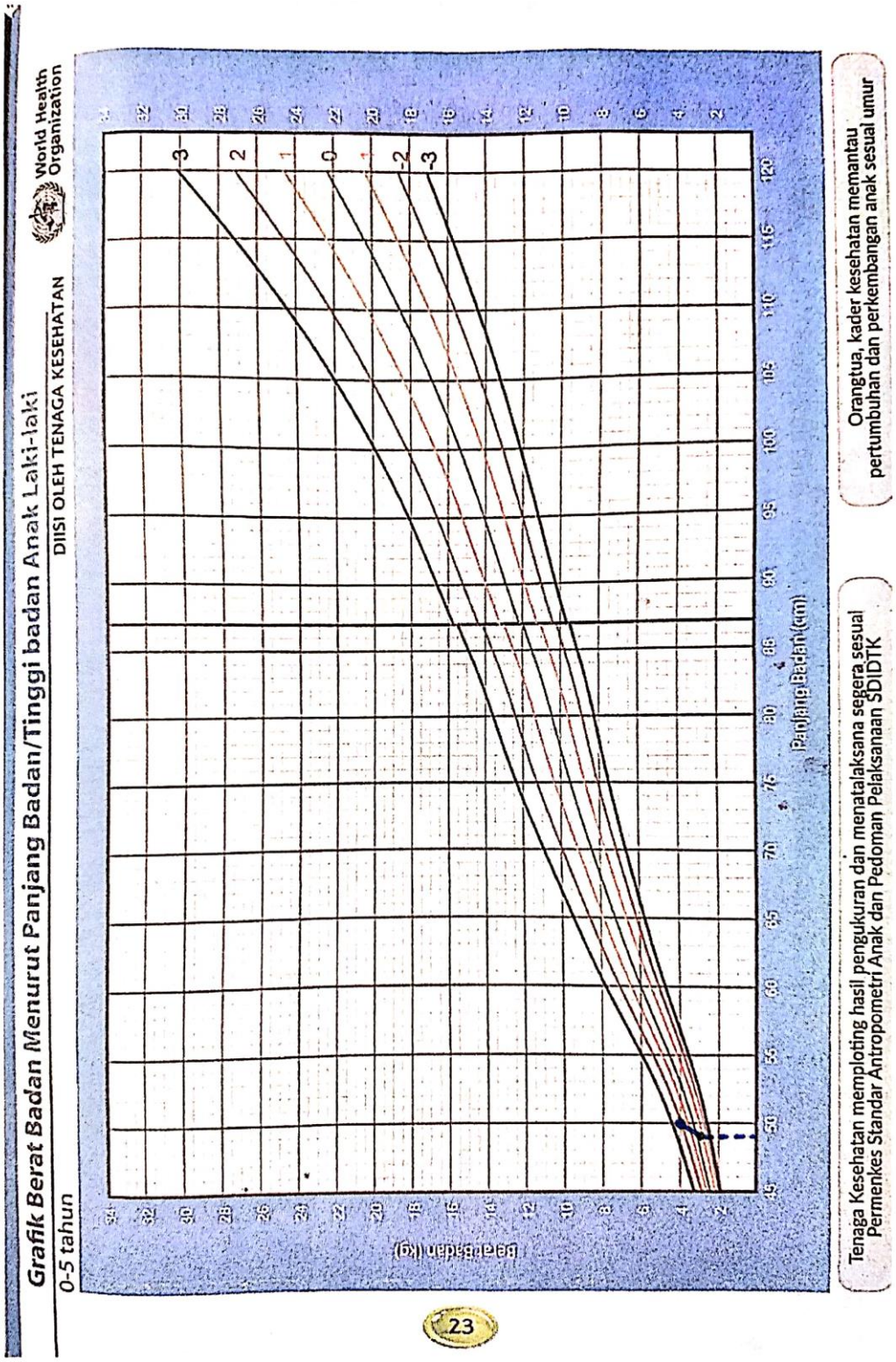
Lampiran 15 - Kartu Menuju Sehat (KMS)



Lampiran 16 - Grafik Panjang Badan dan Usia



Lampiran 17 - Grafik Berat Badan menurut Panjang Badan



Lampiran 18 - *Informed consent* KB

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KONTRASEPSI

Nomor Kode Tindakan [ ][ ]

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama ~~Faskes KB/RS/Praktik~~ *) : PMB SANTI PURWITANINGSIH, S.Tr. Keb.
~~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 :

Nama : SURYANI

Umur : 43 Tahun, Jenis Kelamin : ~~Laki-laki~~/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan - RT 17 RW 5 Kel/Desa Jlamprang
Kecamatan Nganbeyu Kabupaten/Kota Magetan
Provinsi Jawa Timur Kode Pos -

Setelah mendapat penjelasan dan MENGERTI 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 :

Nama : SUMIRAN

Umur : 38 Tahun, Jenis Kelamin : ~~Laki-laki~~/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan - RT 17 RW 5 Kelurahan/Desa Jlamprang
Kecamatan Nganbeyu Kabupaten/Kota Magetan
Provinsi Jawa Timur 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, 2 Mei 2021

Yang memberi pelayanan konseling Dokter/Bidan/Perawat *)	Klien	Suami/Isteri Klien *)
(Umma Yushka)	(Suryani)	(Sumiran)

Keterangan : *) coret yang tidak perlu
**) beri tanda [√]

Lampiran 19 - Kartu Status Peserta KB

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB :
1. Nama : PMB Ny. Santi P., S.Tr.Keb.
2. No. Kode : -

II. Nomer Seri Kartu: - [ ][ ][ ] [ ][ ]

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB : Suryani
V. 1. Nama Suami/Istri : Sumiran.

III. Umur Peserta KB : 43 [4][3]

VI. Pendidikan Suami dan Istri :
1. Buta Huruf
2. Baca Latin
3. Tamat SD
4. Tamat SMP
5. Tamat SMA
6. Tamat PT

VII. Alamat : Jlamprang 17/5 Selotinatah, Ngombyo Magetan.

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

Suami [ ] Istri [✓]

IX. Jumlah anak hidup: Laki-laki [0][3] Perempuan [-][-]

X. Umur anak tertecil: Tahun [0][7] Bulan [ ][ ]

XI. Status peserta KB [ ]
1. Baru pertama kali
2. Sesudah 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
Petunjuk: Periksalah keadaan berikut ini dan nhasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia

A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang
2. Tekanan Darah: 110 / 70 mmHg
3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya 2) Tidak [ ]
4. Haid terakhir tanggal: Tanggal [ ][ ] Bulan [ ][ ] Tahun [ ][ ] Lupa.
5. Berat badan: [5][0] kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini: (Ya / Tidak)
a. Sakit Kuning [ ][✓]
b. Pendarahan pervaginaan yang tidak diketahui penyebabnya [ ][✓]
c. Tumor
- Payudara [ ][✓]
- Rahim [ ][✓]
- Indung Telur [ ][✓]
- Tertis [ ][✓]
- Radang orchifis/epididimis [ ][✓]
d. IMS/HIV/AIDS [ ][✓]

Bila semua jawaban TIDAK, dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD/MOP), dilanjutkan ke pertanyaan XIV, bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.

7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:
a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi 2. Antefleksi [✓]
b. Tanda-tanda radang [ ][✓]
c. Tumor/keganasan ginekologi [ ][✓]

Bila semua jawaban TIDAK, pemasangan IUD, MOP dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.

8. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW) (Ya / Tidak)
a. Tanda-tanda diabetes [ ][✓]
b. Kelainan pembekuan darah [ ][✓]

Bila semua jawaban TIDAK, dapat dilaksanakan MOW/MOP. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke klinik/RS yang lengkap.

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

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

XV. Tanggal dilayani:**) Tanggal [0][2] Bulan [0][5] Tahun [2][1]

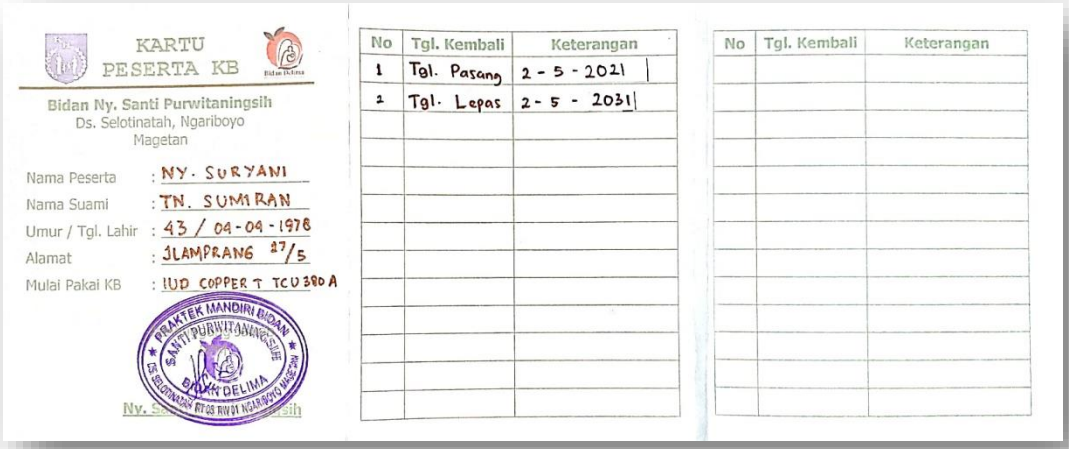
XVI. Tanggal dipesan kembali Tanggal [ ][ ] Bulan [ ][ ] Tahun [ ][ ]

XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD) Tanggal [0][2] Bulan [0][5] Tahun [3][1]

XVIII. Pemeriksa
(Umma Yushka)

Keterangan:
*) Coret yng tidak perlu/yang tidak boleh diberikan
**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

Lampiran 20 - Kartu KB



KARTU PESERTA KB

Bidan Ny. Santi Purwitaningsih
Ds. Selotinatah, Ngariboyo
Magetan

Nama Peserta : NY. SURYANI
Nama Suami : TN. SUMIRAN
Umur / Tgl. Lahir : 43 / 04-04-1978
Alamat : JLAMPRANG 27/5
Mulai Pakai KB : IUD COPPER T TCU 380 A

PRAKTEK MANDIRI BIDAN SANTI PURWITANINGSIH BIDAN DELIMA DS. SELOTINATAH RT 03 RW 01 NGARIBOYO MAGETAN

Ny. S[illegible]ih

No	Tgl. Kembali	Keterangan
1	Tgl. Pasang	2 - 5 - 2021
2	Tgl. Lepas	2 - 5 - 2031

No	Tgl. Kembali	Keterangan