

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : NOVI DHEVITASARI
NIM : P27824218021
Program Studi : DIII Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan : 2018/2019

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan

Tugas Akhir saya yang berjudul :

Asuhan Kebidanan Pada Ny "T" G₂P₁₀₀₀₁ Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Pascasalin Di PMB Ny "S", 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, 6 Maret 2021

Penulis



NOVI DHEVITASARI

NIM: P27824218021

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : NOVI DHEVITASARI
Tempat/Tgl.Lahir : Magetan, 23 Juni 2000
Agama : Islam
Alamat : Ds. Genengan RT 05/RW 01, Kec. Kawedanan,
Kab. Magetan
Riwayat Pendidikan :

1. TK PSM Kawedanan angkatan tahun 2004-2006
2. SDN Genengan 1 angkatan tahun 2006-2012
3. SMPN 1 Kawedanan angkatan tahun 2012-2015
4. SMAN 1 Kawedanan angkatan tahun 2015-2018
5. Poltekkes Kemenkes Surabaya Prodi D3 Kebidanan Kampus
Magetan angkatan tahun 2018-2021

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : NOVI DHEVITASARI

NIM : P27824218021

Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Kampus Magetan
Politeknik Kesehatan Surabaya

Memohon kesediaan ibu menjadi klien yang akan diberikan asuhan kebidanan berkesinambungan mulai kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan pemilihan KB untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas kesediannya saya mengucapkan terimakasih.

Magetan, 16 Maret 2021

Pemohon



NOVI DHEVITASARI
P27824218021

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Triyani
 Umur : 33 tahun
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Manjung 05/02, Panekan, Magetan

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

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

Magetan, 6 Maret 2021

Yang Menyatakan



(.....)

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 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 lahir antara tahun 1973 s/d 1976		
	a. Kelas 6		
2	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
	a. Kelas 1	✓	T ₁
	b. Kelas 6	✓	T ₂
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	✓	T ₃
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil 1	✓	T ₄
	b. Hamil 2	✓	T ₅
	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 sDIDAPATKAN)			TT ₅

Lampiran 6

KARTU SKORE POEDJI ROCHJATI

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

Nama : Ny.T Umur Ibu : 33 Th.
Hamil ke : 2, Haid Terakhir tgl : 27/6 Perkiraan Persalinan tgl : 3/4 bl
Pendidikan : Ibu SMA Suami SMP
Pekerjaan : Ibu IBT Suami Petani

I	II	III	IV	SKOR	Tribulan			
					I	II	III	IV
	NO.	Masalah / Faktor Risiko						
		Skor Awal Ibu Hamil		2	2	2	2	2
I	1	Terlalu muda, hamil < 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		4				
		b. Uri drogoh		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				
III	17	Letak Sungsang		8				
	18	Letak Lintang		8				
	19	Pendarahan dalam kehamilan ini		8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2		8				
JUMLAH SKOR					2	2	2	2

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO			
JML SKOR	KEL RISIKO	PERA KATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND LONG	RUJUKAN
						RDB NER RTW
2	MIN	BIDAN	TIDAK DIRUKUN	RUMAH	POLINDES	BIDAN
5 - 10	KRT	BIDAN	BIDAN PKM	POLINDES	RUMAH	DOKTER
> 12	KRT	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 : 29/03/2021

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

RUJUKAN :
1. Rujukan Diri Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTt)

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

Gawat Darurat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko III

1. Pendarahan antepartum
2. Eklampsia
3. Pendarahan 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. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklampsia

c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2

3. Pendarahan postpartum

4. Uri Tertinggal

5. Persalinan Lama

6. Panas Tinggi

7. Lain-2

8. Lain-2

9. Lain-2

10. Lain-2

11. Lain-2

12. Lain-2

13. Lain-2

14. Lain-2

15. Lain-2

16. Lain-2

17. Lain-2

18. Lain-2

19. Lain-2

20. Lain-2

21. Lain-2

22. Lain-2

23. Lain-2

24. Lain-2

25. Lain-2

26. Lain-2

27. Lain-2

28. Lain-2

29. Lain-2

30. Lain-2

31. Lain-2

32. Lain-2

33. 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, LUD 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Lampiran 7

TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA
Dilakukan pada Usia Kehamilan 12-28 Minggu

Nama/Suami : Ny. T Status Gravida : G2P10001
 Umur : 33 th Umur Kehamilan : 38-39 minggu
 Alamat : Mangung⁰⁵/02, Panekan Tanggal Skrining : 23 Maret 2021

I	PEMERIKSAAN FISIK DAN ANAMNESIS				
			*	Ya	Tidak
	1	Riwayat Keluarga Pre Eklamsia			✓
	2	Primigravida			✓
	3	Primutua sekunder (jarak antar kehamilan >10 th)			✓
	4	Usia >35 tahun			✓
	5	Body Mass Index BB/TB ² >30/Obesitas*			✓
	6	Mean Arterial Pressure (Sistolik+2 Diastolik/3) >90*			✓
	7	Roll Over Test (perbandingan Diastolik Miring kiri (left lateral Recumbent) 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 Atrium			✓
		Hasil 1 positif			
III		Doppler Velosimetri Arteri Uterina > 16 minggu			
	1	Peningkatan resistensi dan atau			✓
	2	Notching (+)			✓
		Hasil 1 positif			
		Hasil Akhir Skrining		0	15

Keterangan

* : Tulis hasil pemeriksaan

Low dose Aspirin 1x 80-150 mg/hari sampai dengan 7 hari sebelum persalinan

Kalsium 1g/hari



Lampiran 8

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POSTPARTUM SAAT

KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Nama/Suami : Ny. T / Th. S
 Umur : 33 th / 40 th
 Alamat : Mangungos/02, Panekan, Magetan
 Status Gravidia : G2P10001
 Umur Kehamilan : 38-39 minggu
 Tanggal Skrining : 23 Maret 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		✓	Korionitis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir Skrining	0	10		0	10

Waspada Perdarahan

Tindak lanjut

T
T

Lampiran 9

Nama / Suami : Ny. Triyani / Tn. Supeno Alamat : Mangung 02, Panekan, Magetan.
 Tanggal lahir / umur : 20 Juni 1988 / 21 Maret 1987 Telepon : 0821 355103221

FORMULIR SKRINING CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)

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 teridentifikasi) ATAU; d. Memiliki demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) 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 paksaan dari pihak manapun, jika dikemudian hari saya terbukti memberikan KETERANGAN PALSU, saya menyatakan sanggup dibawa ke RANAH HUKUM.

Magetan, 16 Maret 2021

Petugas Skrining

Novi Phevi Ita
NOVI PHEVI ITA

Responden



Saksi

[Signature]

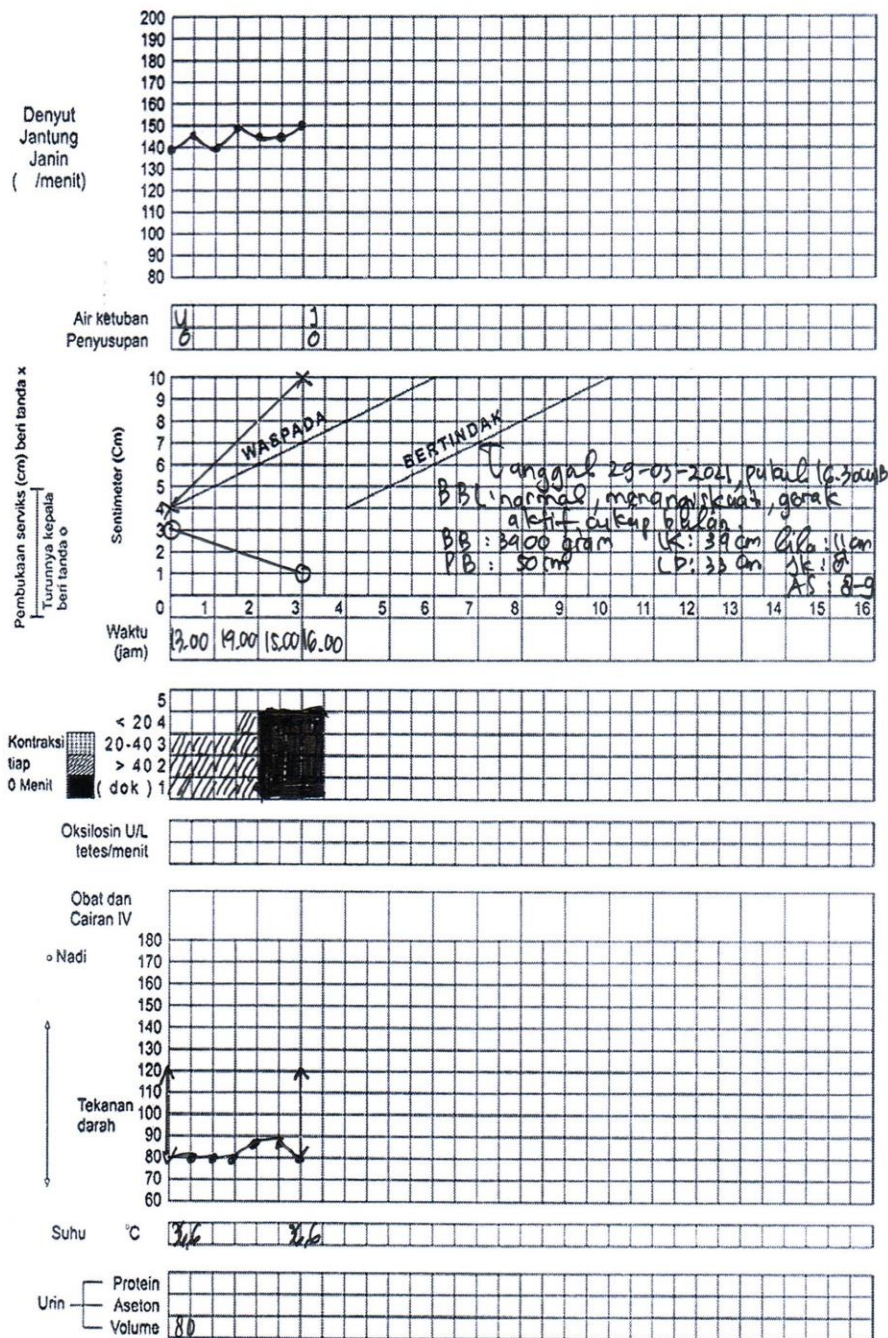
CARA PENILAIAN

Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Kesimpulan (lingkari salah satu)
Gejala No.1 + No.2 + No.3 DAN Faktor Risiko 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 faktor No.1 ATAU Riwayat kontak erat dengan kasus COVID-19 ATAU pernah dengan kasus konfirmasi COVID-19
	Orang Dalam Pengawasan (ODP) Bukan Keduanya

Lampiran 10

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : N.T Umur : 33th G. 2 P. 1 A. 0
 No. Puskesmas Tanggal : 29-03-2021 Jam : 13.00 WIB Alamat : Mandung
 Ketuban pecah Sejak jam mules sejak jam 12.30 WIB Parekutan Mogetan



CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 29-03-2021
- Nama Bidan : Ny. S
- Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☒ Lainnya : PMB Panekan Magetan
- Alamat tempat persalinan : Panekan Magetan
- Catatan : Rujuk, kala I/II/III/IV
- Alasan merujuk : -
- Tempat rujukan : -
- Pendamping saat merujuk :
 - ☐ Bidan
 - ☐ Teman
 - ☐ Suami
 - ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 - ☐ Gawat darurat
 - ☐ Perdarahan
 - ☐ HDK
 - ☐ Infeksi
 - ☐ PMTCT

KALA I

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

KALA II

- Episiotomi :
 - ☒ Ya, indikasi : -
 - ☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan :
 - ☒ Suami
 - ☐ teman
 - ☐ tidak ada
 - ☐ keluarga
 - ☐ dukun
- Gawat janin :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan : -
 - ☒ Tidak
 - a. -
 - b. -
 - ☒ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil : -
- Distosia bahu :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan : -
 - ☒ Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya : -

KALA III

- Inisiasi Menyusu Dini :
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasannya : -
- Lama kala III : 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10IU IM?
 - ☒ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan : -
 - Penjepitan tali pusat : - menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - ☐ Ya, alasan : -
 - ☒ Tidak
- Pepegangan tali pusat terkendali ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan : -

24. Masase fundus uteri ?

- ☒ Ya
- ☐ Tidak, alasan : -
- 25. Plasenta lahir lengkap (intact) ☒ Ya / ☐ Tidak
- Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 -
 -
- 26. Plasenta tidak lahir >30 menit :
 - ☒ Tidak
 - ☐ Ya, tindakan : -
- 27. Laserasi :
 - ☒ Ya, dimana : ket. perineum
 - ☐ Tidak
- 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / ☒ 0 / 3 / 4
- Tindakan :
 - ☒ Penjahitan (dengan) / tanpa anastesi
 - ☐ Tidak dijahit, alasan : -
- 29. Atonia uteri :
 - ☐ Ya, tindakan : -
 - ☒ Tidak
- 30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan ±100 ml
- 31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut : -
- Hasilnya : -

KALA IV

- Kondisi ibu: KU: baik TD: 120/80 mmHg
- Nadi: 82 x/mnt Napas: 22 /mnt
- Masalah dan penatalaksanaan masalah : -

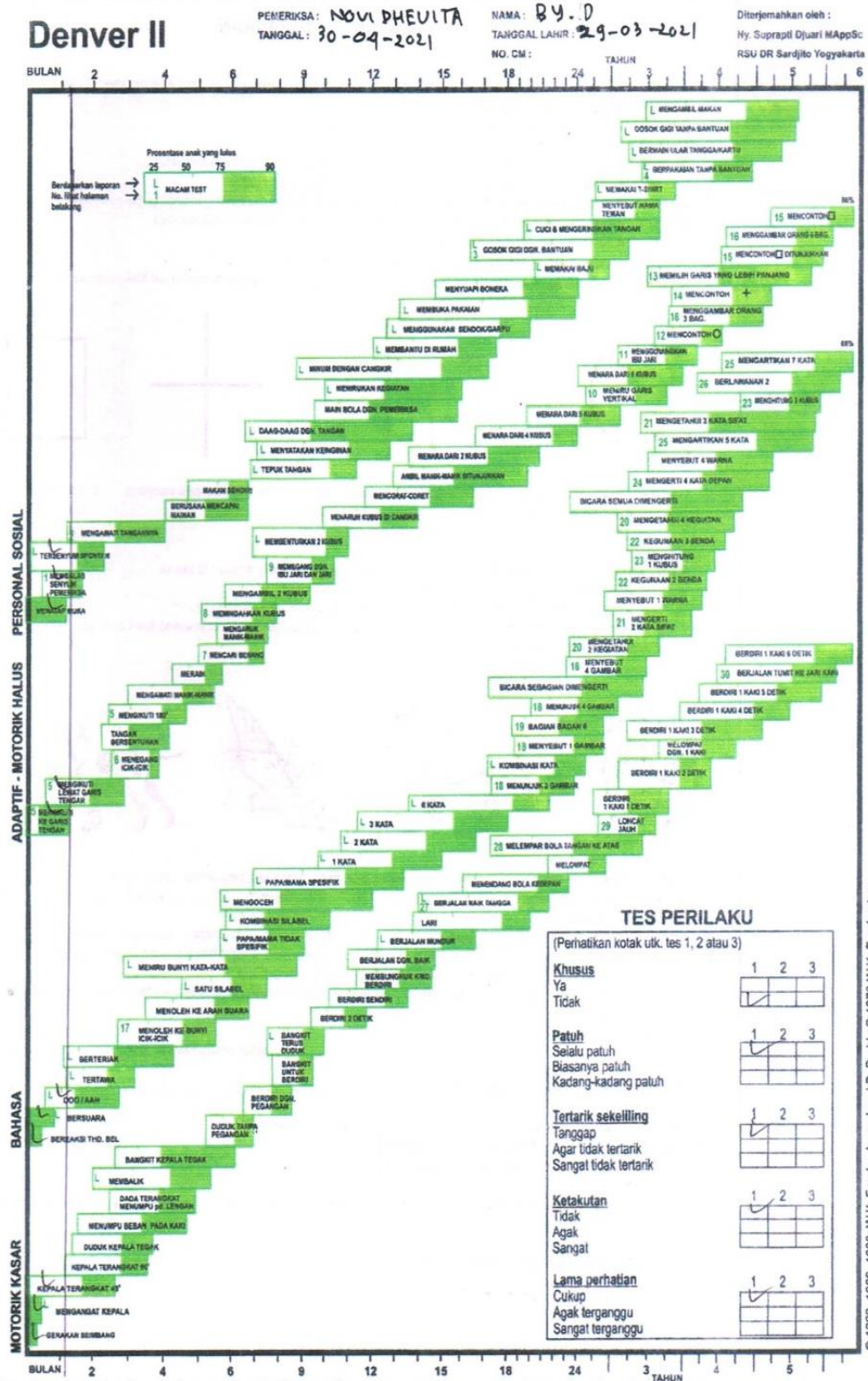
BAYI BARU LAHIR

- Berat badan : 3.900 gram
- Panjang badan : 50 cm
- Jenis kelamin : ☒ L / ☐ P
- Penilaian bayi baru lahir ☒ Baik Ada penyulit
- 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
 - ☐ pakaian/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan : -
 - ☐ Hipotermi, tindakan :
 -
 -
 -
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 - ☒ Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan : -
40. Masalah lainnya, sebutkan : -
- Hasilnya : -

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	16.15	120/80	82	36,6	2 jari di bawah pusat	Keras	-	-
	17.00	120/80	82		2 jari di bawah pusat	Keras	-	-
	17.15	120/80	80		2 jari di bawah pusat	Keras	-	-
	17.45	120/80	80		2 jari di bawah pusat	Keras	-	-
2	18.00	120/80	78	36,7	2 jari di bawah pusat	Keras	80cc	70cc
	18.15	120/80	78		2 jari di bawah pusat	Keras	-	-

Lampiran 11



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/rutsilting 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 menurunkan dan tidak menggerakkan jari selain ibu jari.



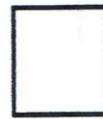
12. Lulus bila ujung saling bertemu, gagal bila gerakan terus melingkar.



13. Garis mana yang lebih panjang? Putar kertas sampai terbalik (lulus Bila 3 dari 3 atau 5 dari 6)



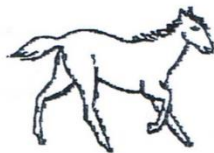
14. Lulus asal garis menyilang



15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasi - kan

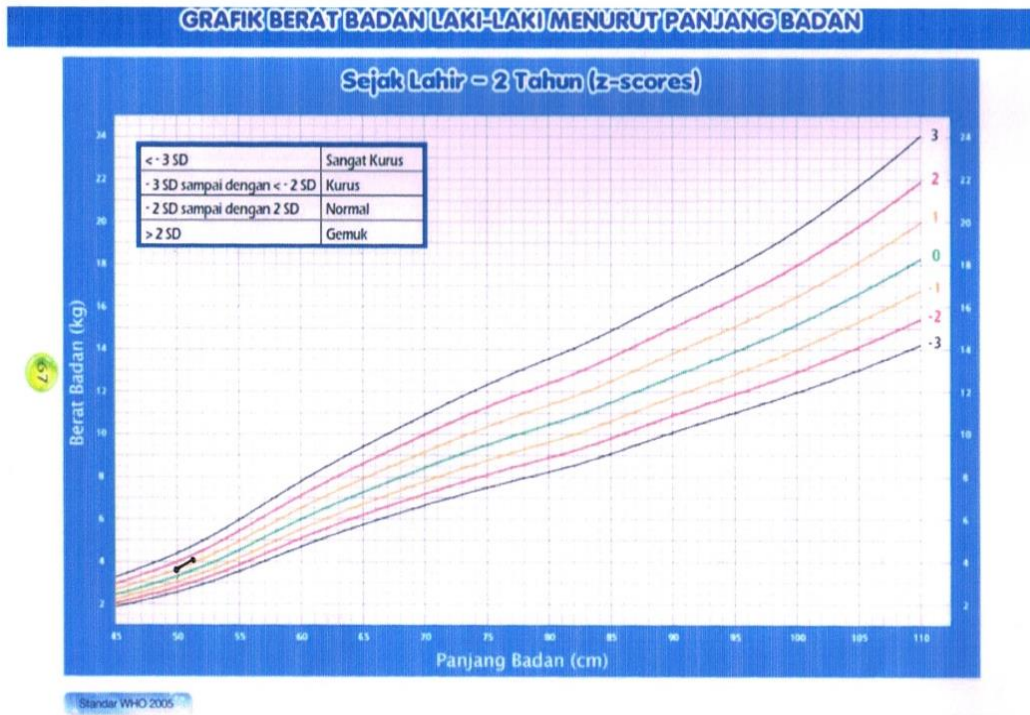
Waktu memberikan tugas 12, 14, dan 15 jangan menyebut bentuknya. Jangan mendemonstrasikan 12 dan 14.

16. Waktu memberikan skor, sepasang (2 tangan, 2 kaki dll) dihitung sebagai satu bagian.
17. Taruh satu kubus di cangkik, 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.

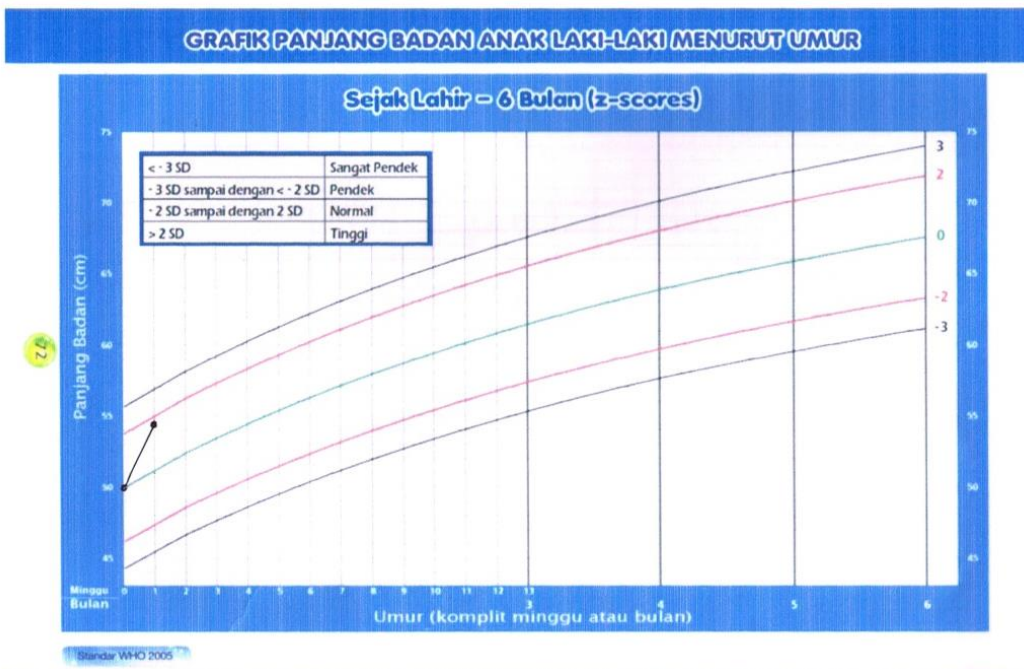


19. Gunakan boneka, katakan pada anak : Tunjukkan hidung, mata telinga, mulut, tangan, kaki, perut rambut. Lulus 6 dari 8.
20. Gunakan gambar, tanyakan kepada anak : mana yang terbang?, meong ? bicara ?, menggonggong ? meringlik ? Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak : Ape yang kau lakukan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

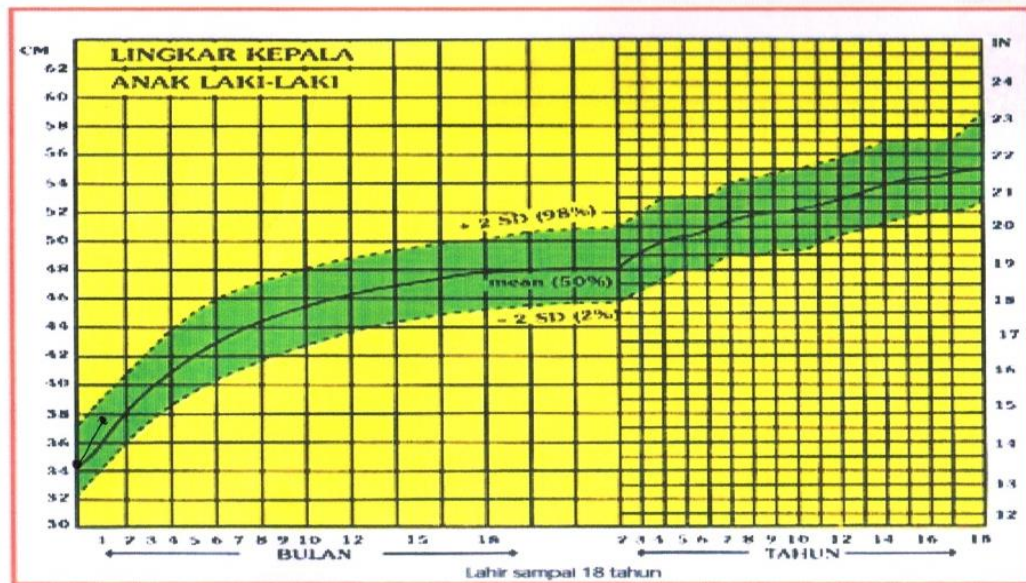
Lampiran 12



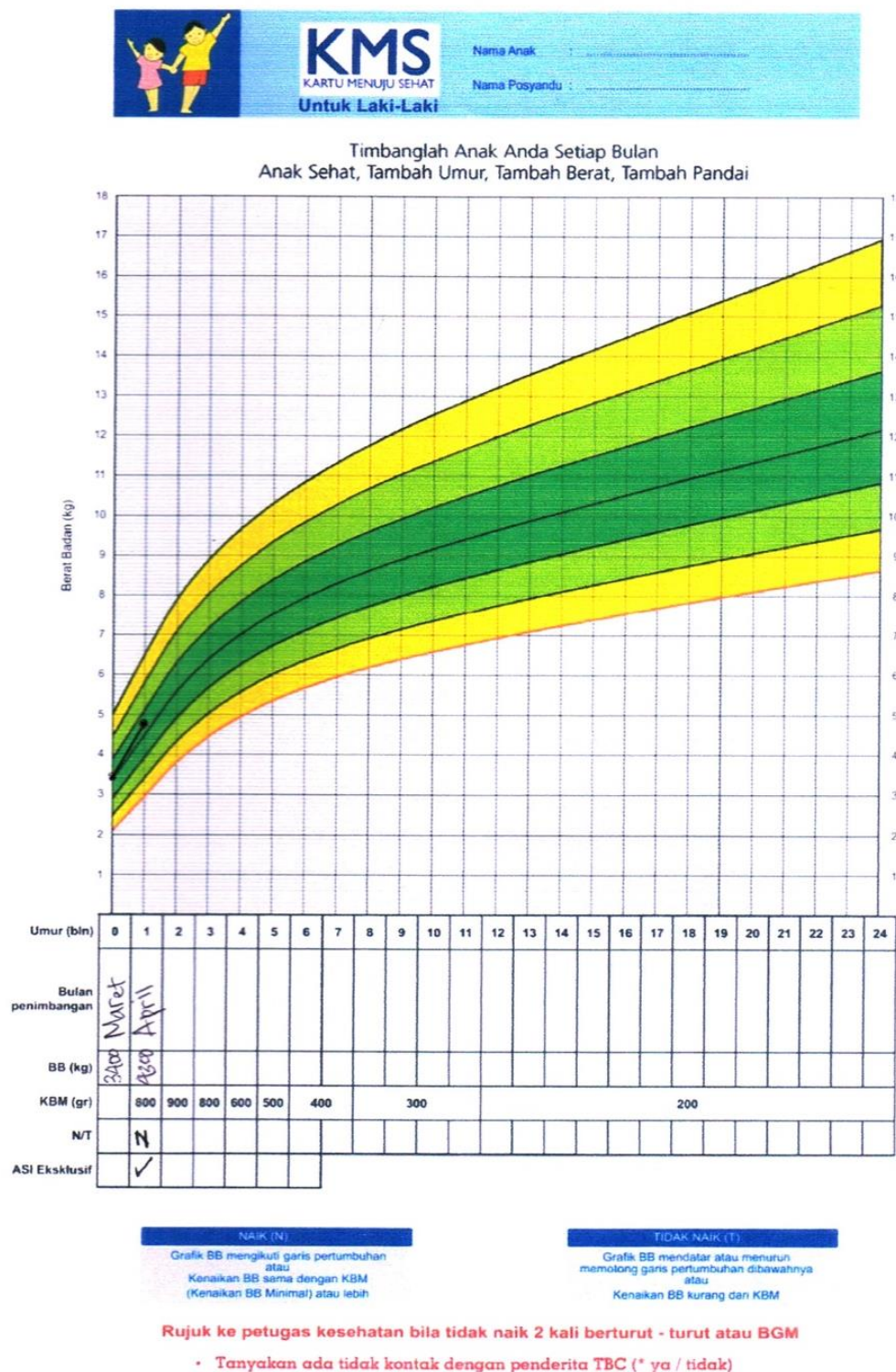
Lampiran 13



Lampiran 14

**GRAFIK LINGKAR KEPALA
LAKI-LAKI**

Lampiran 15



Lampiran 16

CATATAN IMUNISASI ANAK													
UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+**
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	30-3-21												
BCG		24-4-21											
*Polio		24-4-21											
*DPT-HB-Hib 1													
*Polio 2													
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*IPV													
Campak													

UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

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

Lampiran 17

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB : PMB Ny. S
 1. Nama : 5100932
 2. No Kode : 5100932

II. Nomor Seri Kartu : 1230 69

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB : NY. I. T. S.
 V. 1. Nama Suami/Istri : Manjuna Mangatano

VI. Umur Peserta KB : 23
 Pendidikan Suami dan Istri : 5
 1. Buta Huruf 4. Tamat SMP
 2. Baca Latin 5. Tamat SMA
 3. Tamat SD 6. Tamat PT

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

IX. Jumlah anak hidup : 5
 X. Umur anak terkecil : 09 03

XI. Status peserta KB : 5
 1. Baru pertama kali
 2. Sudah bersalin/beguguran 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 : 5
 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: Penilaian 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 : 27 02 20
 5. Berat badan : 55 kg

B. Keadaan Peserta KB saat ini :
 a. Sakit Kuning : Ya Tidak
 b. Pendarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya : Ya Tidak
 c. Tumor : Ya Tidak
 - Payudara
 - Rahim
 - Indung Telur
 - Tertis
 - Radang orchitis/epididimis
 d. IMS/HIV/AIDS : Ya Tidak

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

b. Tanda-tanda radang : Ya Tidak
 c. Tumor/keganasan ginekologi : Ya Tidak
 8. Pemeriksaan Tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW) : Ya Tidak
 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 : 5 2

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

XV. Tanggal dilayani : 20 02 20

XVI. Tanggal dipesan kembali : 20 03 20

XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD) : 20 03 20

XVIII. Pemeriksaan : Manjuna Mangatano

Keterangan:
 *) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan
 **) Dihulis 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. S
Dokter/Praktik Bidan Mandiri

Nomor Kode Faskes KB : 5100932

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu : 193069
(Sesuai dengan K/IV/KB)

Kode Keluarga Indonesia (KKI) : 332709260813007

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. T
Umur : 33 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *
Alamat lengkap : Jalan RT 05 RW 02 Kel/Desa Mangung
Kecamatan Panekan Kabupaten/Kota Magetan
Provinsi Jawa Timur Kode Pos 63252

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETI 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 : Tn. S
Umur : 40 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *
Alamat lengkap : Jalan RT 05 RW 02 Kelurahan/Desa Mangung
Kecamatan Panekan Kabupaten/Kota Magetan
Provinsi Jawa Timur Kode Pos 63252

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, 29-03-2021

Yang memberi pelayanan konseling
Dokter/Bidan/Perawat *)

(Ny. T)

Klien

(Tn. S)

Suami/Isteri Klien *)

(Tn. S)

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

Lampiran 18

K/1/KB/15



KARTU PESERTA KB

NOMOR INDUK KEPENDUDUKAN : 332709 091287 0008

NAMA PESERTA KB : Ny. F

TANGGAL LAHIR/UMUR ISTRI : 22 06 88 / 33 TAHUN

ALAMAT : Nangung 05/02, Panekan, Magetan

PENGUNAAN ASURANSI : ☐ BPJS Kesehatan ☐ Lainnya ☒ Tidak

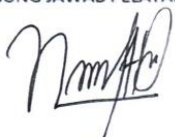
NAMA FASKES KB/JARINGAN/ JEJARING : PMB sri Wahyuni

KODE FASKES KB/JARINGAN/ JEJARING : 51 00 432 24

Kode Provinsi
Kode Kabupaten/ Kota
No Register Faskes KB
No Jaringang / Jejaring Faskes KB

Magetan 29-03-2021

PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN KB


 (_____)

NIP.

ALAT/OBAT/CARA KONTRASEPSI : 140

:	2	9	0	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

:	2	9	0	3	2	6
---	---	---	---	---	---	---

TANGGAL KUNJUNGAN ULANG	KETERANGAN	PARAF
05-04-2021	1 mng post partum, TFU 2 jrd atas sym, lochea singel inolenta, tidak ekspulsi	Nf
12-04-2021	2 mng post partum, TFU tidak teraba, lochea alba, tidak ekspulsi	Nf
28-04-2021	1 bln post partum, TFU tidak teraba, lochea alba, belum IUD teraba.	Nf