

Lampiran 1 - Surat Pernyataan

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Armedya Labiba Athayalillah
NIM : P27824219031
Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan : 2019

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

“Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas,
Neonatus dan Keluarga Berencana di PM 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, 23 Mei 2022

Penulis



Armedya Labiba Athayalillah
NIM. P27824219031

Lampiran 2 - Riwayat Hidup

RIWAYAT HIDUP

Nama : Armedya Labiba Athayalillah

Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 18 Mei 2002

Agama : Islam

Alamat : Dusun Dalangan, RT04/RW01, Desa Bukur, Kecamatan
Jiwan, Kabupaten Madiun

Riwayat Pendidikan :

1. MIN Takeran (Sekarang MIN 2 Magetan)
2. MTsN Takeran (Sekarang MTsN 3 Magetan)
3. MAN Takeran (Sekarang MAN 1 Magetan)

Lampiran 3 - Lembar Permohonan

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Armedya Labiba Athayalillah

NIM : P27824219031

Status : Mahasiswa Program Studi DIII Kebidanan Kampus Magetan
Politeknik Kesehatan 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, 23 Mei 2022

Yang Memohon



Armedya Labiba Athayalillah
NIM. P27824219031

Lampiran 4 - Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Rini

Umur : 39..tahun

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : IRT

Alamat : Temenggungan Karas , 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 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, Februari 2022

Yang Menyatakan


 (.....Rini.....)

Lampiran 5 Penggunaan Alat Pelindung Diri

Lampiran 6 - Tabel Bantu Skrining Status TT WUS Jawa Timur

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 MNT/ORI DIFTERI(E)			
NO	RIWAYAT IMUNISASI TT	PERNAH/TIDAK DHIMUNISASI 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. Kelas6		
	2 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
	a. Kelas1	✓	
	b. Kelas6	✓	
	3 Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
	a. Kelas1		
	b. Kelas5		
	c. Kelas6		
	4 Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
	a. Kelas1		
	b. Kelas4		
	c. Kelas5		
	d. Kelas6		
	5 Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
	a. Kelas1		
	b. Kelas3		
	c. Kelas4		
	d. Kelas5		
	e. Kelas6		
	6 Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
	a. Kelas1		
	b. Kelas2		
	c. Kelas3		
	d. Kelas4		
	7 Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
	a. Kelas1		
	b. Kelas2		
	c. Kelas3		
C	SAAT CALON PENGANTIN	✓	
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil1	✓	
	b. Hamil2	✓	
	c. Hamil3		
	d. Hamil4		
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 5

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 7 - Tabel Skrining Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

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

Nama : Ny. Rini Umur Ibu : 39 Th.
 Hamil ke 4 Haid Terakhir tgl. : Perkiraan Persalinan tgl. : bl
 Pendidikan : Ibu Suami :
 Pekerjaan : Ibu Suami :

I	II	III	IV
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR
		Skor Awal Ibu Hamil	2
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4
	7	Terlalu pendek ≤ 145 Cm	4
	8	Pernah gagal kehamilan	4
	9	Pernah melahirkan dengan :	
		a. Tarikan tang / vakum	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			10

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO		
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENO LONG
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER
> 12		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) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTIt)

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

TEMPAT KEMATIAN IBU :

1. Rumah ibu
 2. Rumah bidan
 3. Polindes
 4. Puskesmas
 5. Rumah Sakit
 6. Perjalanan
 7. 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

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 8 – Tabel Skrining Preeklamsia

TABEL SKRINING PRE EKLAMISIA

TABEL SKRINING PRE EKLAMISIA

Nama/Suami : Ny. Rini
 Umur : 39 tahun
 Alamat : Kemuningan, Karas, Magetan
 Status Gravidia : G4P20003
 Umur Kehamilan : 39-39 minggu
 Tanggal Skrining : 02-03-2022

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 Autoimun			✓
		Hasil 1 positif			
III		Doppler Velosimetri Arteri Uterina > 16 minggu			
	1	Peningkatan resistensi dan atau			
	2	Notching (+)			
		Hasil 1 positif			
		Hasil Akhir Skrining			

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)

Lampiran 9 - Tabel Skrining Risiko Perdarahan Post Partum

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POST PARTUM SAAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Nama/Suami : Ny. Rini
 Umur : 39 Tahun
 Alamat : Temenggungan, Karas, Magetan
 Status Gravida : G4P30003
 Umur Kehamilan : 38-39 Minggu
 Tanggal Skrining : 02-03-2022

	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		✓	Korionnitis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir Skrining			Hasil Akhir Skrining		✓

Waspada Perdarahan

Waspada

Tindak Lanjut

Ket:

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

Lampiran 10 - Formulir Skrining Corona Virus Disease (Covid-19)

Nama / Suami : Ny. Rini
 Tanggal lahir / umur : Magetan, 18-11-1983 / 39 tahun
 Alamat : Temenggungan, Karas, Magetan
 Telepon :

FORMULIR SKRINING CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)
 Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai!

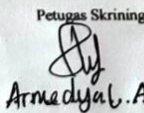
GEJALA

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 : Jakarta Kapan anda datang : Sesak usia kehamilan 7 bulan		✓
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, 02-03-2022

Petugas Skrining : 
 Armedya A.

Saksi : 



CARA PENILAIAN

Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Orang Dalam Pemantauan (ODP)	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 faktor risiko No. 2 dan No. 3	Gejala No. 1 atau No. 2 DAN faktor 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 11 - Partograf

PARTOGRAF

No Register _____ Nama Ibu My. Rini Umur 39 th G 4 P 3 A 0
 No Puskesmas _____ Tanggal 12-03-2022 Jani 08.00 WIB Alamat : _____
 Ketuban pecah _____ Sojak jam _____ mules sejak jam 04.00 WIB

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban 4 Penyusupan 0

Pembukaan serviks (cm) dan tanda x

Turunan kepala bertanda x

Waktu (jam)

Senimeter (cm)

WASPADA

BERTINDAK

Pukul 11-15

Bayi lahir spontan

panjang menangkis: 40 cm

BB: 3400 gr

BB: 40 cm

LE: 32 cm

Kontraksi

liap

0 Menit

Oksitosin U/L

teles/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu C

Urin

Protein

Aseton

Volumo

CATATAN PERSALINAN

Tanggal: 12-03-2012

2. Nama dan: **Bd Umi Habibah Andi Bah**

3. Tempat persalinan:

☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas

☐ Rumah Sakit

☐ Klinik Swasta ☐ Lain-lain: **PMB Umi Habibah**

4. Alamat tempat persalinan:

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:

☐ Gawat darurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT

KALA I

10. Temuan pada fase laten:

11. Grafik dilatasi melewat garis waspada: Y / ☒ Perlu intervensi: Y / ☒

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:

☒ Tidak

☐ Pemantauan DJJ setiap 6-10 menit selama kala II, hasilnya:

18. Distosia bahu:

☐ Ya, tindakan yang dilakukan:

☒ Tidak

19. Masalah lain, penatalaksanaan masalah (ab dan hasilnya

KALA III

20. Insilasi-Menyusu Dini:

☒ Ya

☐ Tidak, alasan:

21. Lama kala III: 9 menit

22. Pemberian Oksitosin 10 U ini?

☐ Ya, waktu:

☒ Tidak, alasan:

Penjepitan tali pusat: 1 menit setelah bayi lahir

23. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?

☐ Ya, alasan:

☒ Tidak

24. Pegangan tali pusat terkendali?

☒ Ya

☐ Tidak, alasan:

KALA IV

25. Masa fundus uteri?

☒ Ya

☐ Tidak, alasan:

26. Plasenta lahir lengkap (intact)? ☒ Tidak

Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:

a.

b.

27. Plasenta tidak lahir > 30 menit:

☒ Tidak

☐ Ya, tindakan:

28. Lacerasi:

☐ Tidak

☒ Ya, dimana: **Mukosa vagina**

29. Jika lacerasi perineum, derajat: **2/3/4**

Tindakan:

☐ Penjahitan, dengan/ tanpa anestesi

☐ Tidak dijahit, alasan:

30. Atoni uteri:

☐ Ya, tindakan:

☒ Tidak

31. Jumlah darah: **+** 150 ml

32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya:

Hasilnya:

KALA IV

33. Kondisi ibu: KU:

TD: mmHg Nadi: x/mnt Napas: ...x/mnt

34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya:

Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR

35. Berat badan: 3400 gram

36. Panjang badan: 49 cm

37. Jenis kelamin: L ☒

38. Penilaian bayi baru lahir: baik, ada penyulit

39. Bayi lahir:

☒ Normal, tindakan:

☒ menghangatkan

☒ mengeringkan

☒ rangsang taktil

☒ IMD atau naturl menyusu segera

☒ tetes mata profilaksis, vitamin K₁, imunisasi Hepatitis B

☐ Asfiksia, tindakan:

☐ menghangatkan

☐ bebaskan jalan napas, posisi dan isap lendir

☐ mengeringkan

☐ rangsang taktil

☐ ventilasi positif jika perlu

☐ asuhan pascapersulit

☐ lain-lain, sebutkan:

☐ Cacat bawaan, sebutkan:

☐ Hipotermi: ya/tidak, tindakan:

40. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir

☒ Ya, waktu:

☐ Tidak, alasan:

41. Masalah lain, sebutkan:

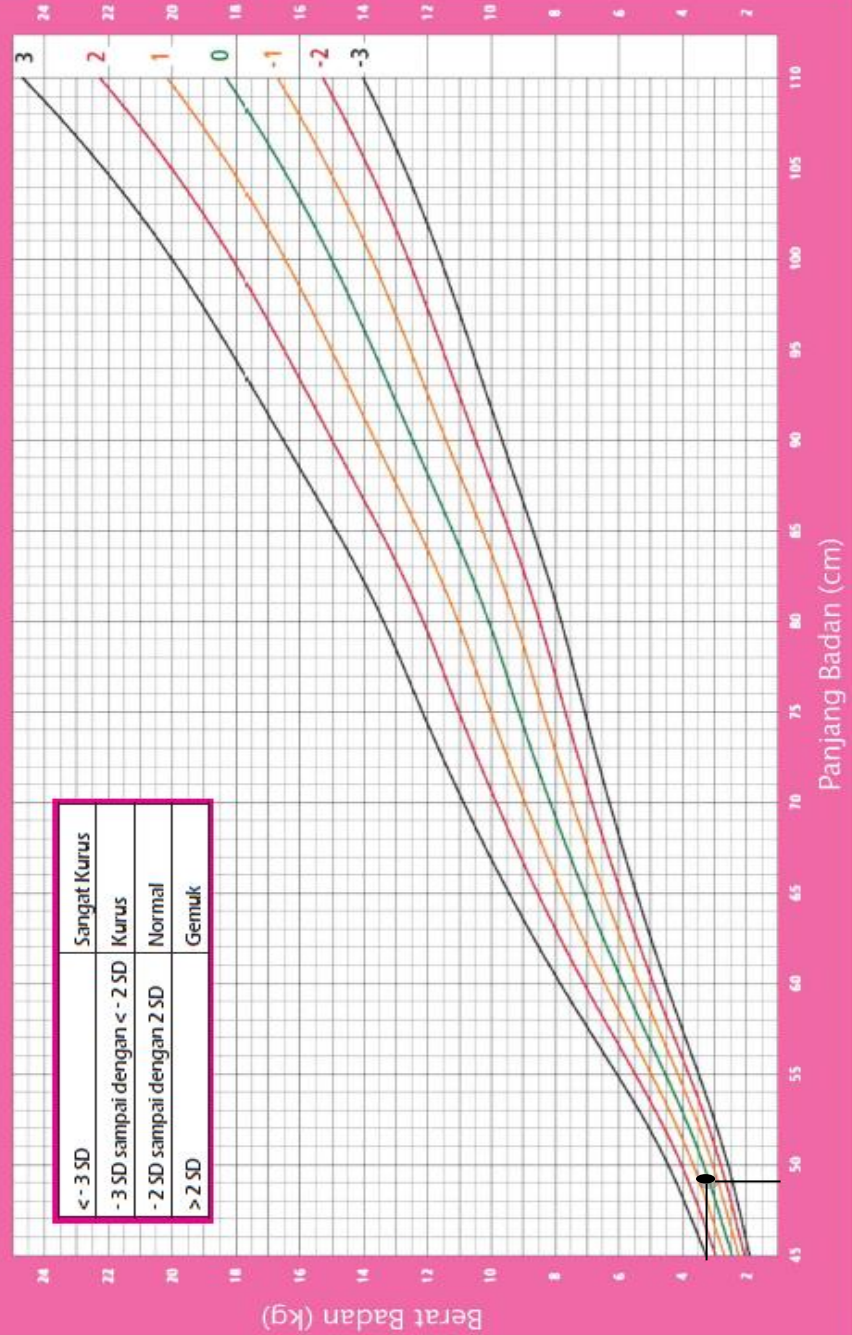
Penatalaksanaan dan Hasilnya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temp °C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih / I Urin	I darah keluar
1	11.40	110/80	69	36.8	2 Jr & pusat	baik, teratur	kosong	± 30 ml
	11.55	110/80	88		2 Jr & pusat	baik, teratur	kosong	
	12.10	110/80	88		2 Jr & pst	baik, teratur	kosong	
	12.25	120/80	87		2 Jr & pst	baik, teratur	kosong	± 30 ml
2	12.55	120/80	80	37.0	2 Jr & pst	baik, teratur	kosong	± 30 ml
	13.25	120/80	90		2 Jr & pst	baik, teratur	kosong	

Gambar 2-7: Halaman 2 Partograf

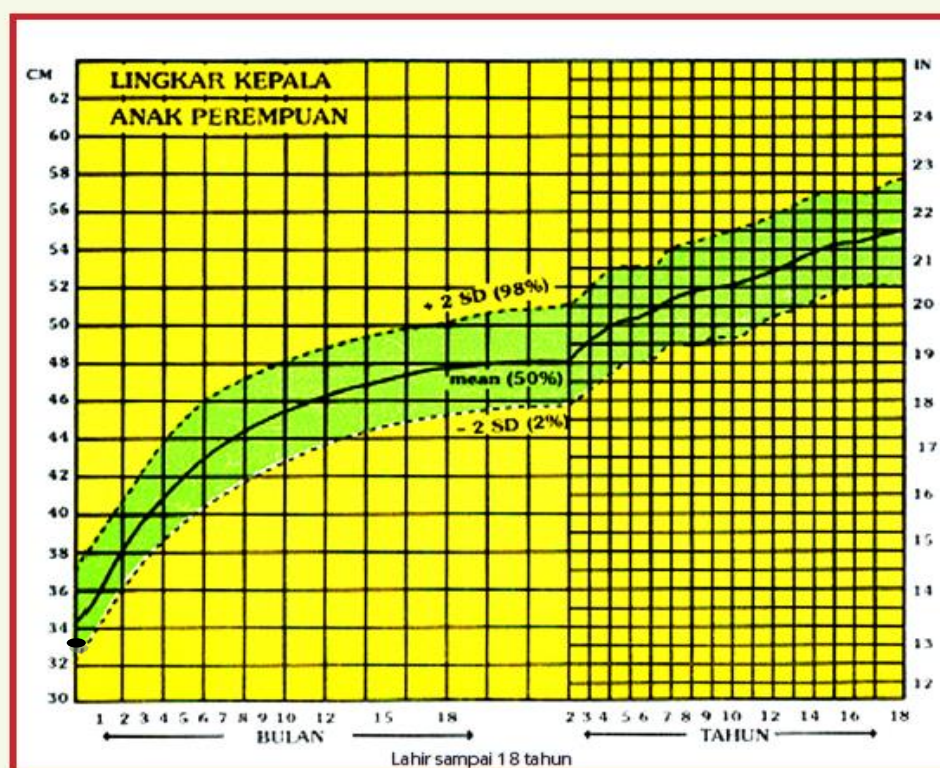
Lampiran 12 - Grafik Berat Badan menurut Panjang Badan

GRAFIK BERAT BADAN PEREMPUAN MENURUT PANJANG BADAN**Sejak Lahir – 2 Tahun (z-scores)**

Lampiran 13 – Grafik Lingkar Kepala Anak



GRAFIK LINGKAR KEPALA PEREMPUAN



Dari NELHAUS. G. Pediat 41. 106. 1968

Ukur lingkar kepala dengan teratur tiap 3 bulan

Gambarkan hasil pengukuran pada grafik

Di atas zona Hijau : Macrocephal (Lingkar kepala lebih dari normal)

Zona Hijau : Normal

Di bawah zona hijau: Microcephal (lingkar kepala kurang dari normal)

Lampiran 14 - Kartu Menuju Sehat Untuk Perempuan

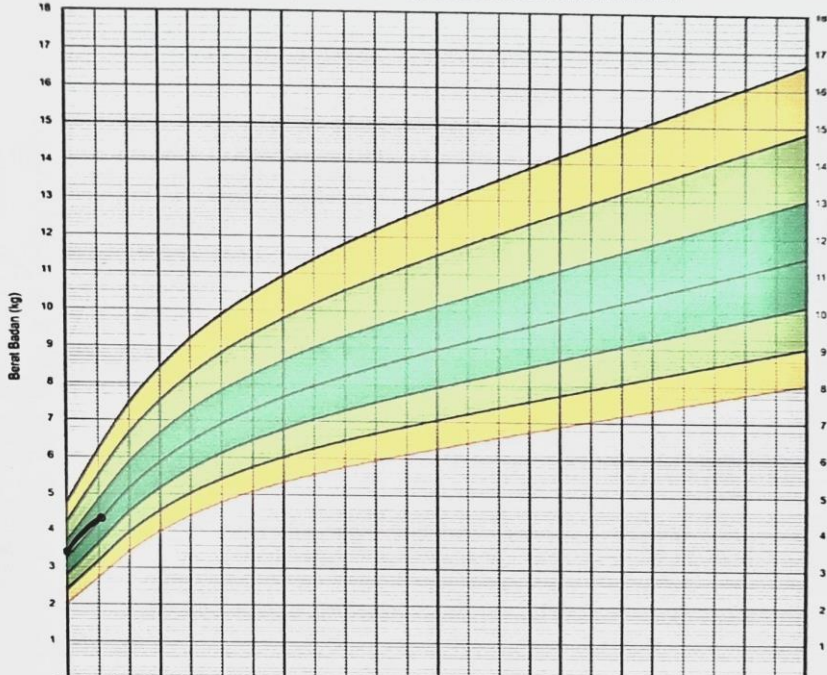
KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK PEREMPUAN



KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Perempuan

Nama Anak: An. S
Nama Posyandu: Posyandu Dahlia

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



Umur (bln)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Bulan penimbangan	Maret	April																								
BB (kg)	3,4	4,2																								
KBM (gr)	800	900	800	600	500	400				300								200								
N/T																										
ASI Eksklusif	✓																									

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 (*)

Scanned by TapScanner

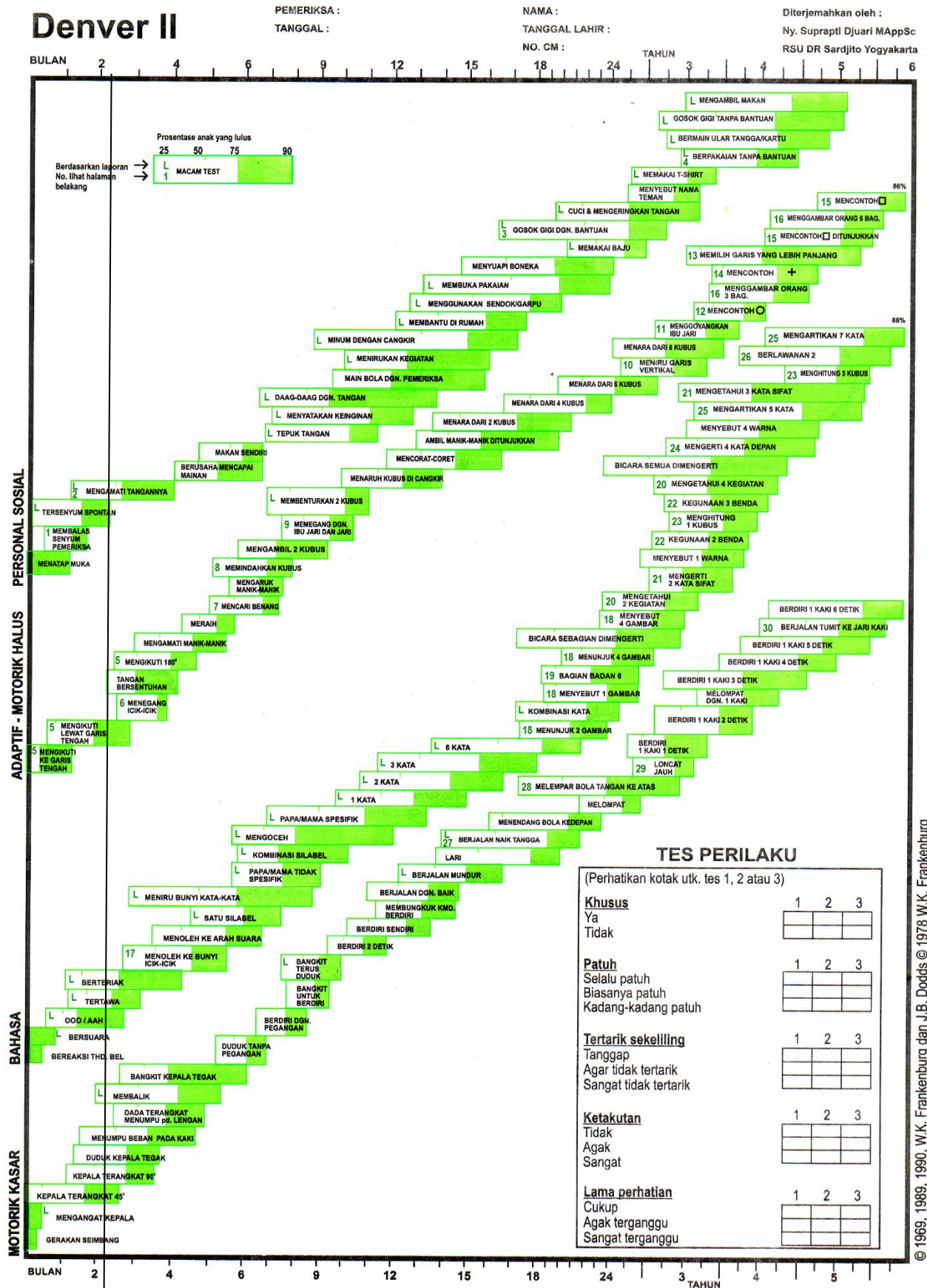
Lampiran 15 - Jadwal Pelayanan Imunisasi

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:	12-03-22												
BCG No Batch:	12-03-22												
Polio tetes 1 No Batch:	12-03-22												
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 16 - Skrining Perkembangan dengan Denver



Lampiran 17 – Daftar Tilik Penapisan KB

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

INTERPRETASI :

- Apabila ada jawaban “YA” pada pertanyaan haid terakhir = Pastikan ibu tidak hamil
- Apabila ada jawaban ≥ 1 “YA” pada pertanyaan lain = Ibu tidak boleh memakai alat kontrasepsi