

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : FYRDA DIAN LESTARI

NIM : P27824220018

Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Kampus Magetan politeknik

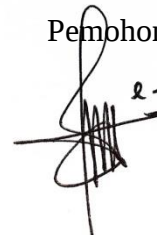
Kesehatan Surabaya

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

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

Magetan, Mei 2023

Pemohon



FYRDA DIAN LESTARI

P27824220018

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

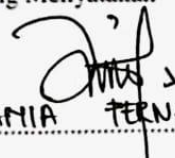
Nama : ILFANIA FERNANDA
 Umur : 20tahun
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : SELOTINATAH 6/2

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.

2 Maret
 Magetan, ~~13 Januari~~ 2023

Yang Menyatakan


 (..... ILFANIA FERNANDA)

Lampiran 3

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : FYRDA DIAN LESTARI
NIM : P27824220018
Program Studi : DIII Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan : 2020/2021

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

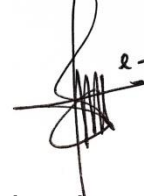
“Asuhan Kebidanan pada Ny. “I” Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana di PMB Ny. “S” Selotinatah Magetan”

Apabila suatu saat saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Magetan, Mei 2023

Penulis



FYRDA DIAN LESTARI

P27824220018

Laporan 4

RIWAYAT HIDUP

Nama : Fyrda Dian Lestari

Tempat, Tanggal Lahir : Jombang, 19 Juni 2001

Agama : Islam

Alamat : Perumnas Mojopurno Blok D12 No. 36
Mojopurno, Wungu, Kab. Madiun

Riwayat Pendidikan:

1. SDN 01 Manisrejo Madiun
2. SMPN 4 Kota Madiun
3. SMAN 1 Kota Madiun

Lampiran 5

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANNYA PADA RIWAYAT CPW (C), SAAT HAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNT/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	Pernah	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	Pernah	T ₃
	b. Kelas2	Pernah	T ₄
	c. Kelas3	Pernah	T ₅
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 DIFTERI2001		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)			T ₅

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, 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

Kartu Skor
Poedji Rochjati

Nama Ilfania

Umur Ibu : 20 Th.

Hamil ke 2. Haid terakhir tgl: 5-7-22

Perkiraan lahir: 12-9-23

Pendidikan ibu : SMA

Suami : SMA

Pekerjaan ibu : RT

Suami : Pedagang

I KE L F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	IV SKOR	Triwulan			
				n			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2			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	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			4	4
	9	Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfusi	4				
	10	Pernah operasi sesar	4				
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 tekan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak menyamping	4				
	18	Letak Lintang	4				
III	19	Persalinan dengan kehamilan ini	4				
	20	Persalinan dengan kehamilan ini	4				
		JUMLAH SKOR				10	10

Lampiran 7

TABEL SKRINING PRE EKLAMPSIA

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi		
Umur ≥ 35 tahun		
Nulipara		
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun		
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan		
Obesitas sebelum hamil (IMT $> 30 \text{ kg/m}^2$)	✓	
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 $> 90 \text{ mmHg}^{**}$		
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 • 2 risiko sedang ☐ dan atau, • 1 risiko tinggi ☐ * Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature ** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : Ibu memiliki risiko PE karena IMT $> 30 \text{ kg/m}^2$

Bilamana ibu berisiko preeklamsi maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.

Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Sumber: Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2020, Halaman 9

Lampiran 8

**TABEL SKRINING
RISIKO PERDARAHAN POST PARTUMSAAT KEHAMILAN DAN
PERSALINAN**

Nama/Suami : Ny. Nfanta / Tn. Taufiq
 Umur : 20 tahun
 Alamat : Ds. Selotinatah b/2, Ngariboyo
 Status Gravida : G2 P00100
 Tanggal skrining : 2 Maret 2023

	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	1	9	Hasil Akhir skrining	0	10

Waspada Perdarahan



Tindak Lanjut



INTERPRETASI :

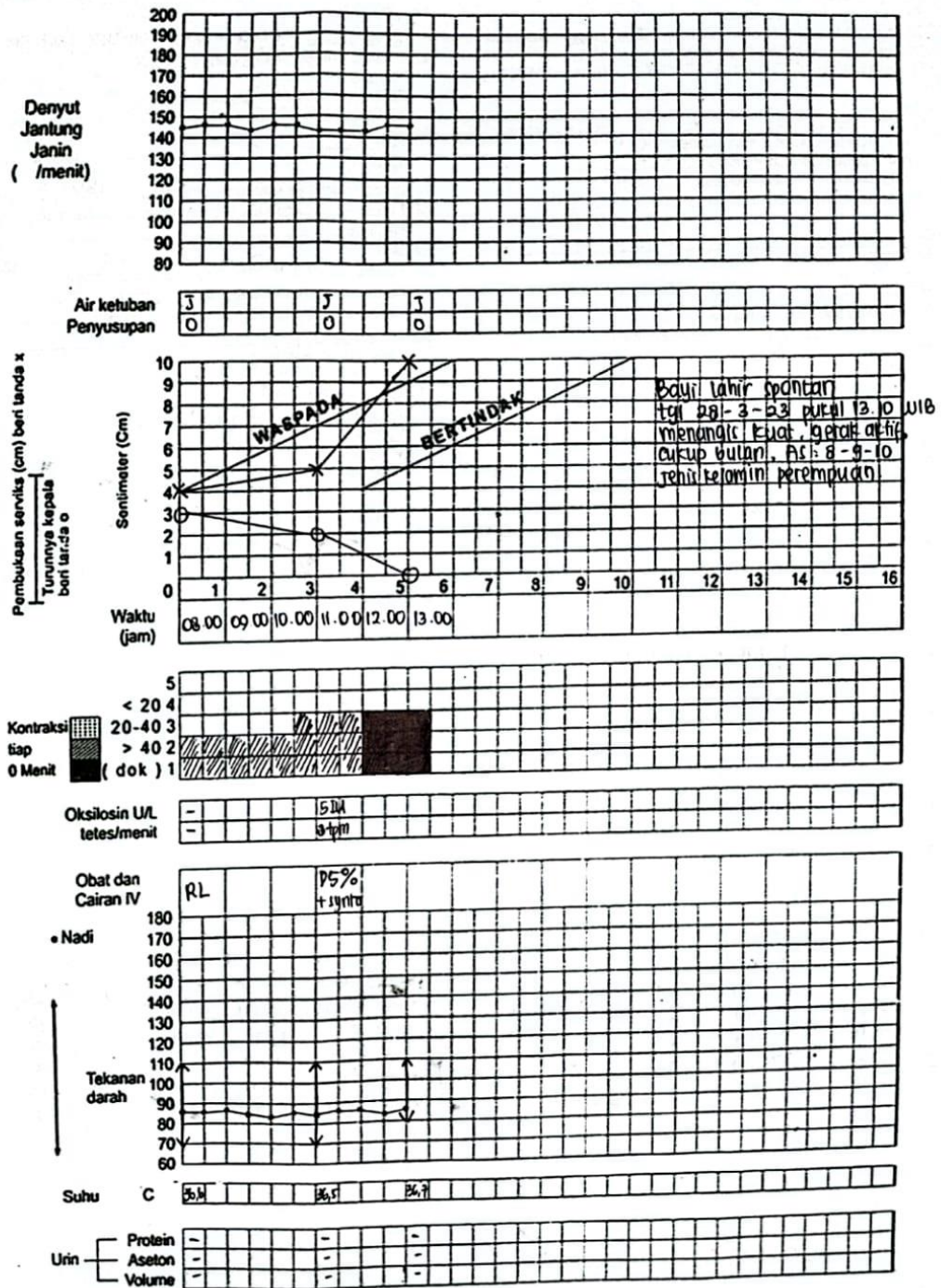
Jika ada 1 "YA" = Waspada Perdarahan Jika ada >1 "YA" = Tindakan lanjut

Sumber: Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2016, Halaman 24.

Lampiran 9

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : Ny. Irfanli Umur : 20 th G. 2 P. 0 A. 0
No. Puskesmas Tanggal : 28-3-23 Jam : 08.00 Alamat : Ds. Ntah ¹/₂
Ketuban pecah Sejak jam 03.00 mules sejak jam 03.00 Ngariboyo



CATATAN PERSALINAN

Tanggal: 28-3-2023
 Nama bidan: Bidan Eny
 Tempat persalinan:
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya:
 Alamat tempat persalinan: RSUD dr. Sayidiman
 Catatan: ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
 Alasan merujuk:
 Tempat rujukan:
 Pendamping pada saat merujuk:
☐ bidan ☐ teman ☐ suami ☐ dukun ☐ keluarga tidak ada
 Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
☐ Gawat darurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT

KALA I

1. Temuan pada fase laten: Perlu Intervensi: Y/T
2. Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y/T
3. Masalah pada fase aktif, sebutkan
4. Penatalaksanaan masalah tersebut
5. Hasilnya:

KALA II

6. Episiotomi.
☐ Ya, indikasi
☒ Tidak
7. Pendamping pada saat persalinan:
☐ suami ☐ teman ☐ tidak ada
☒ keluarga ☐ dukun
8. Gawat janin:
☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
☒ Tidak
9. Pemantauan DJJ setiap 6-10 menit selama kala II, hasilnya: baik
10. Distosia bahu
☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
☒ Tidak
11. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya

KALA III

12. Inisiasi Menyusu Dini
☐ Ya
☒ Tidak, alasannya: bidan RS tidak melakukan
13. Lama kala III: 5 menit
14. Pemberian Oksitosin 10 U Im?
☒ Ya, waktu: 1 menit setelah persalinan
☐ Tidak, alasan:
15. Penjepitan tali pusat: 1 menit setelah bayi lahir
16. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
☐ Ya, alasan:
☒ Tidak
17. Penegangan tali pusat terkendali?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan:

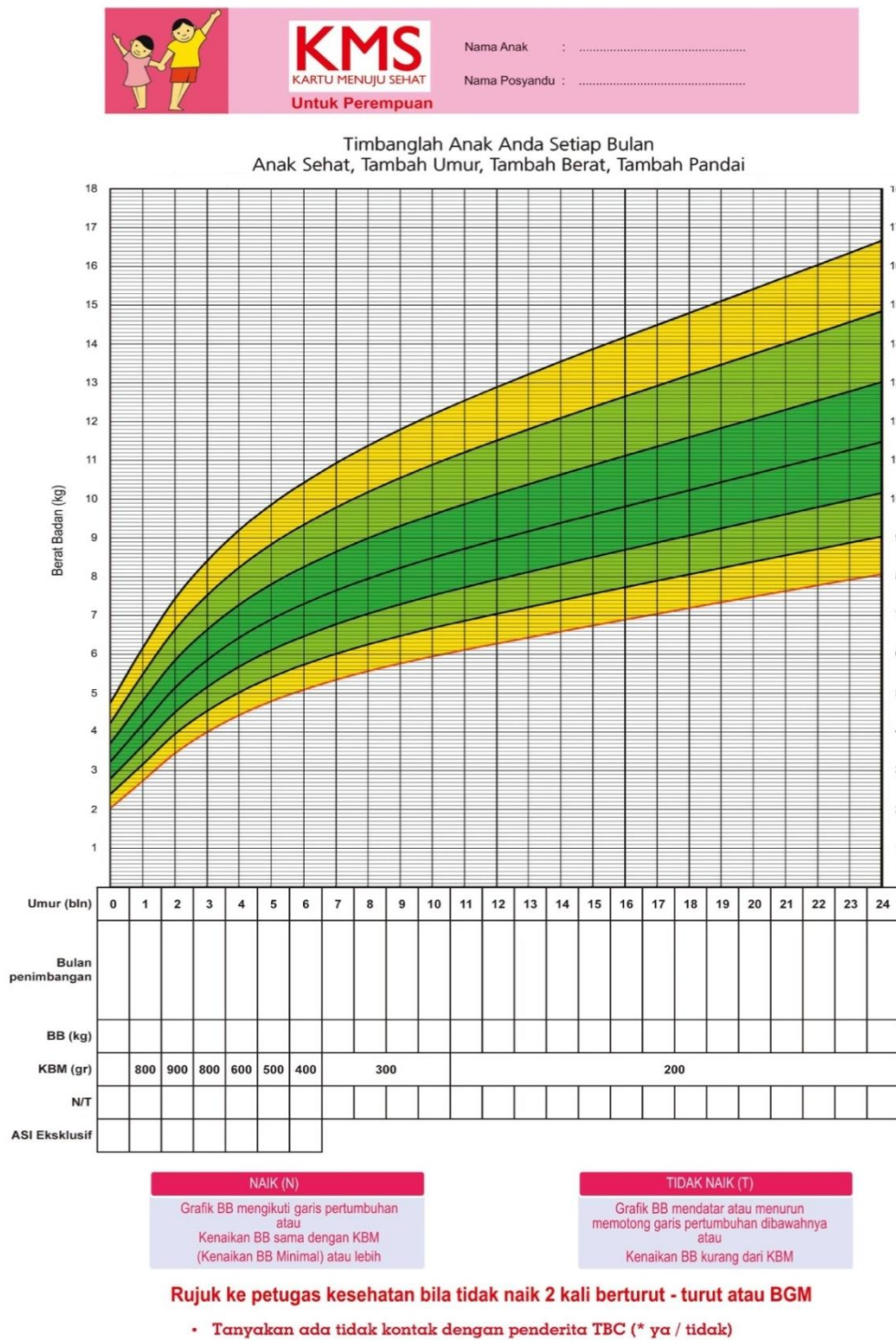
BEL PEMANTAUAN KALA IV

Umur Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temp °C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih / Σ Urin	Σ darah keluar
1	13.20	110/80	84	36,4	2 jr bawah pusat	keras, bundar	Kosong	20
	13.35	110/80	84		2 jr bawah pusat	keras, bundar	Kosong	20
	13.50	110/70	82		2 jr bawah pusat	keras, bundar	Kosong	15
	14.05	110/70	82		2 jr bawah pusat	keras, bundar	Kosong	15
2	14.35	110/70	82	36,5	2 jr bawah pusat	keras, bundar	Kosong	20
	15.05	110/80	82		2 jr bawah pusat	keras, bundar	± 30 cc	15

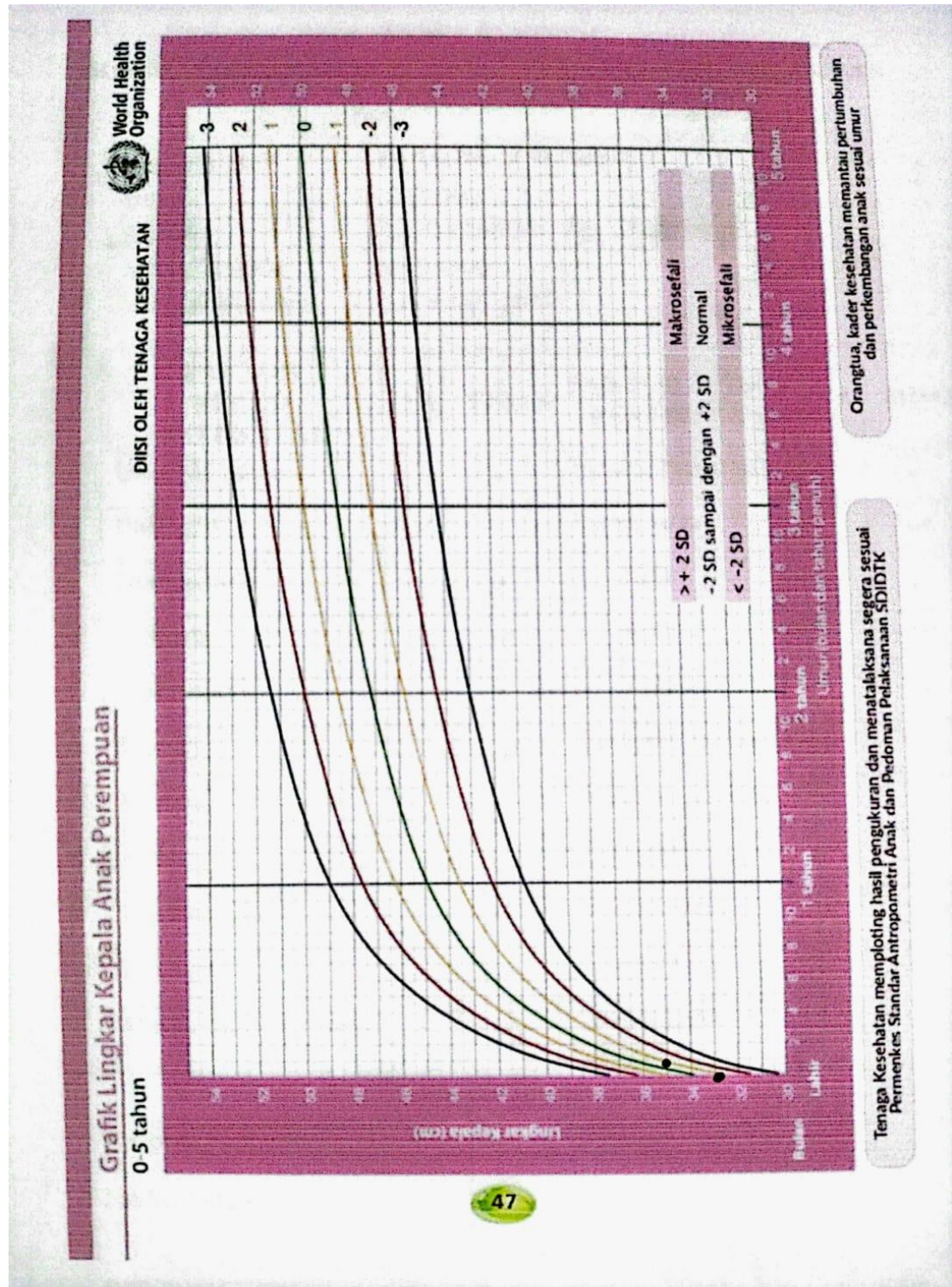
Gambar 2-7: Halaman 2 Partograf

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, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum
29. Jika laserasi perineum, derajat: 1/2/3/4
 Tindakan:
☒ Penjahitan, dengan/ tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan:
30. Atoni uteri:
☐ Ya, tindakan:
☒ Tidak
31. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 150 ml
32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya:
 Hasilnya:
- KALA IV
 33. Kondisi ibu: KU: baik TD: 110/80 RA: 20
 34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya:
 Hasilnya:
- BAYI BARU LAHIR:
 35. Berat badan: 2625 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 K₁, imunisasi Hepatitis B
☐ Asfiksia, tindakan:
☐ menghangatkan
☐ bebaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)
☐ mengeringkan
☐ rangsangan taktil
☐ ventilasi positif (jika perlu)
☐ asuhan pascareusitasi
☐ lain-lain, sebutkan:
☐ Cacat bawaan, sebutkan:
☐ Hipotermi: ya/tidak tindakan:
 a.
 b.
40. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
☒ Ya, waktu: 1,5 jam setelah bay lahir
☐ Tidak, alasan:
41. Masalah lain, sebutkan:
 Penatalaksanaan dan Hasilnya:

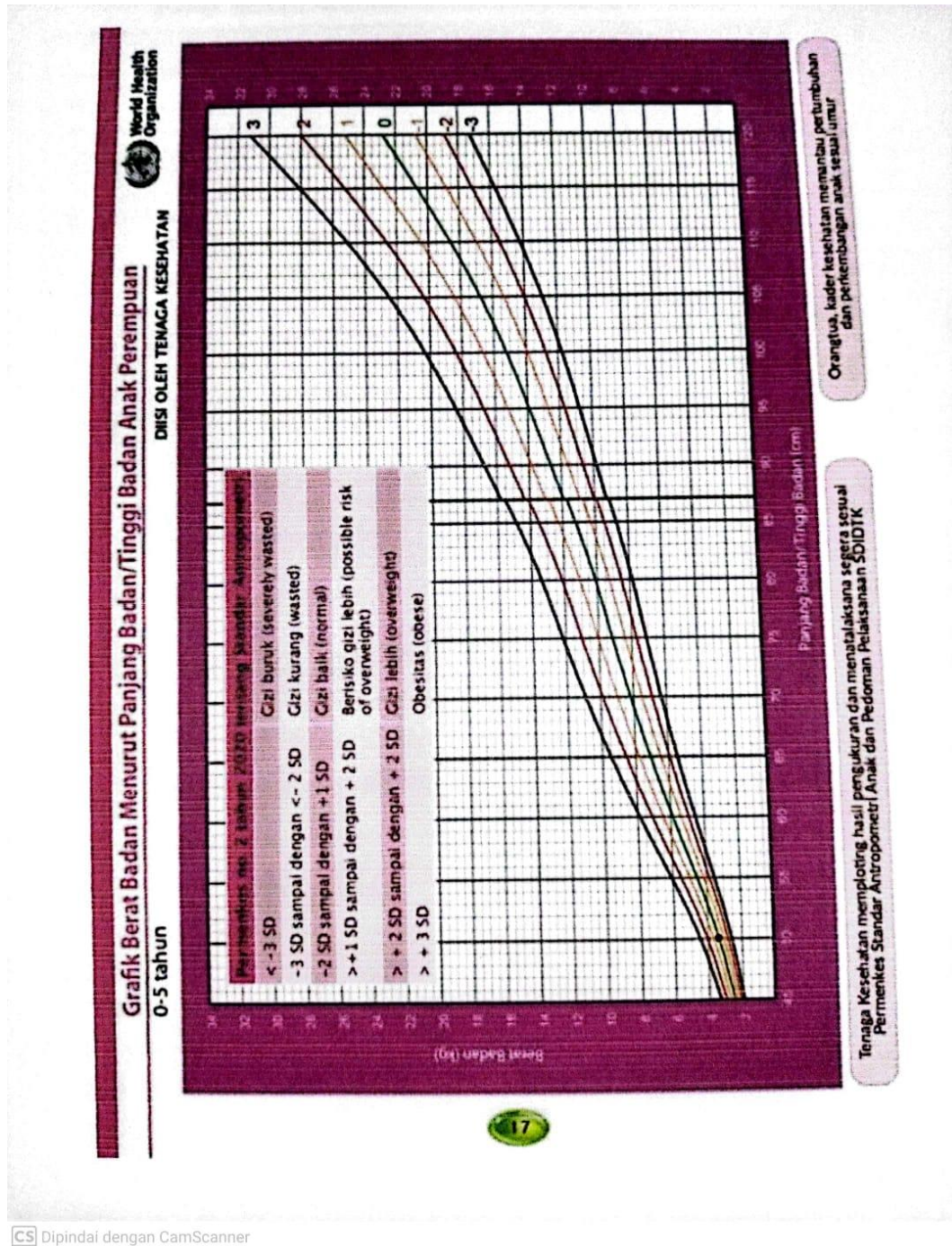
Lampiran 10



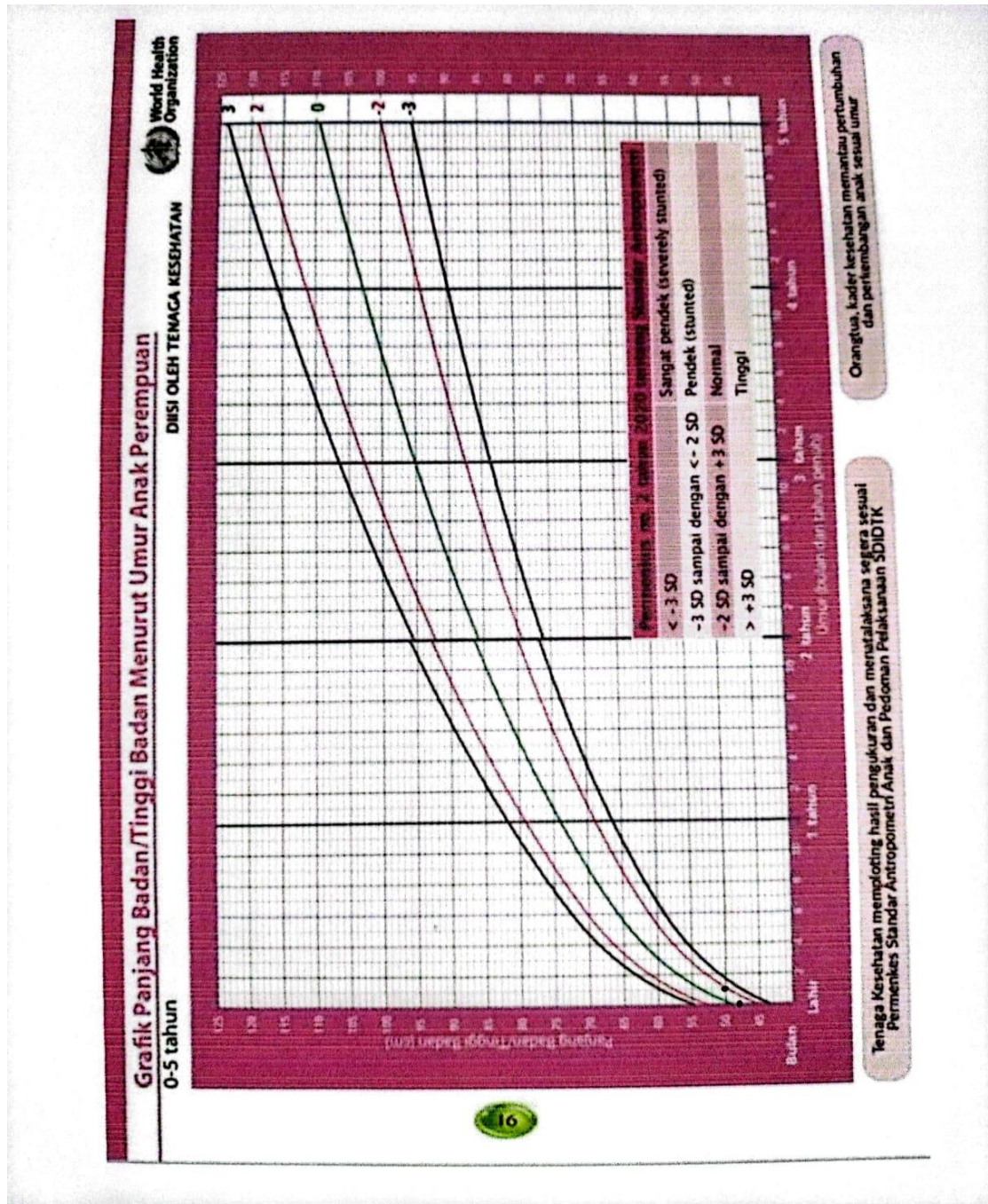
Lampiran 11



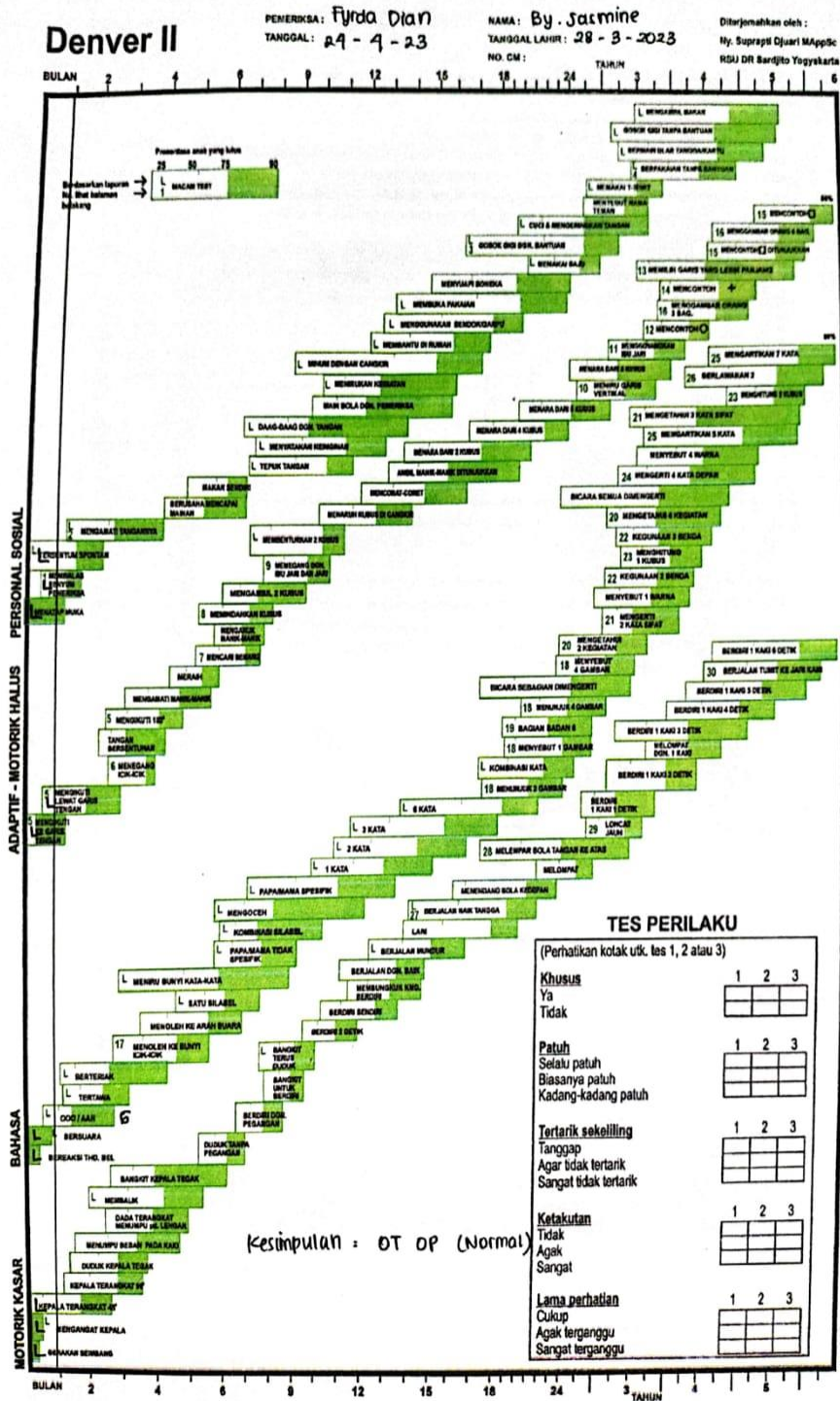
Lampiran 12



Lampiran 13



Lampiran 14



PETUNJUK PELAKSANAAN

1. Coba anak agar larsenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambatkan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong menganahkan sikat gigi dan menahan odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/hutsling 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 ick-ick 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 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 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? meringk? Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak: Apa yang kau lakukan bila dingin? capai? leper? 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 6, 7 dari 6.
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 $\pm 2\frac{1}{2}$ 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 IMUNISASI

UMUR	BULAN														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	24		
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas														
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:	28/23 /3														
BCG No Batch:	13/23 /4														
Polio tetes 1 No Batch:	13/23 /1														
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 16

KARTU PESERTA KB

KARTU PESERTA KB

K/1/KB/15

Nama Peserta KB : My. Ilfanica Fernanda

Nama Suami/Istri : Tn. Taufiq

Tgl. Lahir/Umur Istri : 9-7-2002 / 20 th

Alamat Peserta KB : Ds. Selotinatah 6/2
Ngariboyo

Tahapan KS : _____

Nomor Seri Kartu :

Nama Klinik KB : PMB Santi P.

Nomor Kode Klinik KB :

Penanggung Jawab Klinik KB/DBS

(ROXANA TORIA)

ALAT/DBA/JCARA KONTRASEPSI

IUD

TGL/WAKTU/THN AKHIR DIPAKAI

1

0

0

5

2

3

TGL/KON/THN ENCAKUT/DILEPAS
(KALKULUS REPLAS/NUD)

TANGGAL KUKUNGAN LANS	KETERANGAN	PARAF
10/5 2023	pemasangan IUD	✕

Lampiran 17

Lampiran 21

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB : PMB Santi P.

II. Nomor Seri Kartu :

1. Nama :

2. No Kode :

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB : My. Fitriana

IV. Umur Peserta KB : 20

V. 1. Nama Suami/Istri : M. Fauziq

VI. Pendidikan Suami dan Istri : 5 5

1. Buta Huruf 4. Tamat SMP

2. Buta Latin 5. Tamat SMA

3. Tamat SD 6. Tamat PT

VII. Alamat : Ds. Selohinatah 1/2

Ngartabogo

VIII. Pekerjaan Suami dan Istri : Redagang 6 6

1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas

2. TNI/Polri 5. Mulyan 8. Lain-lain

3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja

IX. Jumlah anak hidup : 1 0

X. Umur anak terahir :

XI. Status peserta KB 1

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. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB

Penyakit : dan mensesnya : dengan angka atau tanda centang (✓) 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 01 05 23

5. Berat badan : 50 kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini

a. Sakit Kuning

b. Pendarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya

c. Tumor

- Payudara

- Rahim

- Indung Telur

- Tertiis

- Radang orchitis/epididimis

d. IMS/HIV/AIDS

7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:

a. Posisi Rahim: 1. Retroflesi 2. Anteversi 2

b. Tanda-tanda radang

c. Tumor/keganasan ginekologi

8. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW)

a. Tanda-tanda diabetes

b. Kelainan pembekuan darah

9. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MCP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

2. Konsepsi dengan menggunakan ABPK 01

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 diberikan: 10 05 23

XVI. Tanggal dipas kembali: 11 05 23

XVII. Tanggal dilepas (Khusus Implant & IUD)

XVIII. Pemeriksaan:

ROHMA FITRIA

Keterangan:

*) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan

**) Dihus gratis untuk pelayanan tidak bayar

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

Nomor Kode Tindakan

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Fasilitas KB/RS/Praktik *) : PMB Santi P.
Dokter/Praktik Bidan Mandiri

Nomor Kode Fasilitas KB :

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu :
(Sesuai dengan KIV/KB)

Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. Ilfania Fernanda

Umur : 20 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan Ngariboyo RT 6 RW 2 Kelurahan/Desa Selotinatah
Kecamatan Magetan Kabupaten/Kota Magetan
Provinsi Jawa Timur Kode Pos 62251

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETI SEPENUHNYA PERHAL 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 : Ilfania Fernanda

Umur : 20 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan Ngariboyo RT 6 RW 2 Kelurahan/Desa Selotinatah
Kecamatan Magetan Kabupaten/Kota Magetan
Provinsi Jawa Timur Kode Pos 62251

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 10 Mei 2023

Yang memberi pelayanan konseling
Dokter/Bidan/Perawat *)

(ROHMA FITRIA)

Klien
ILFANIA FERNANDA

Sesuai Klien *)
TAUFIQ R.

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