

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : INTAN PURI RAHAYU

NIM : P27824220022

Status : Mahasiswa Prodi DIII 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 kesediannya saya mengucapkan terimakasih.

Magetan, 24 Februari 2023

Pemohon



INTAN PURI RAHAYU
P27824220022

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurul sholikhah

Umur : 28 th tahun

Pendidikan : SLTA

Pekerjaan : Guru

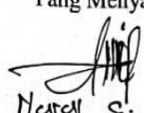
Alamat : Desa Randu Gedhe

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, 24 Februari 2023

Yang Menyatakan


(.....Nurul S......)

Lampiran 3

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya:

Nama : INTAN PURI RAHAYU
NIM : P27824220022
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 Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana di PMB Wilayah 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, 24 Februari 2023

Penulis



INTAN PURI RAHAYU
P27824220022

Lampiran 4

RIWAYAT HIDUP

Nama : INTAN PURI RAHAYU

Tempat, Tanggal Lahir : Blitar, 03 Oktober 2001

Agama : Islam

Alamat : Desa Pakisrejo, Kec. Srengat, Kab. Blitar

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Pakisrejo 02
2. SMPN 1 Srengat
3. SMAN 1 Srengat

Lampiran 5

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 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 STATUS-NYA DIHITUNG T-2	✓	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		
	b. Kelas 6		
	3 Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 5		
	c. Kelas 6		
	4 Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 4		
	c. Kelas 5		
	d. Kelas 6		
	5 Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 3		
	c. Kelas 4		
	d. Kelas 5		
	e. Kelas 6		
	6 Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 2		
	c. Kelas 3		
	d. Kelas 4		
	7 Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
	a. Kelas 1	✓	T ₃
	b. Kelas 2	✓	T ₄
	c. Kelas 3	✓	T ₅
C	SAAT CALON PENGANTIN		
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil 1		
	b. Hamil 2		
	c. Hamil 3		
	d. Hamil 4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI)		
	CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2001		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)			T₅

Lampiran 6

Kartu Skor
Poedji Rochjati

Nama : Ny."N"

Umur Ibu : 28 Th.

Hamil ke-3 Haid terakhir tgl: lupa

Perkiraan lahir: 27-03-2023

Pendidikan ibu : SLTA

Suami : SLTA

Pekerjaan ibu : Guru

Suami : karyawan

I	II	III	IV				
KE L F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan n			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2			2	
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan terikan tang/vakum b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfuse	4			4	
	10	Pernah operasi sesar	8			8	
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang Darah					
		b. Malaria					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR				14	

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 : Tidak risiko Pre-eklampsia

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)

Lampiran 8

**TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POSTPARTUM SAAT
KEHAMILAN DAN PERSALINAN**

Nama/Suami : Ny."N"/Tn"A"

Umur : 28 tahun /35 tahun

Alamat : Randugede. Plaosan, Magetan

Status Gravida : G₃P₂₀₀₀₂

Umur Kehamilan : 35-36 minggu

Tanggal Skrining : 25-02-2023

	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/forcep		✓
8	APB		✓	Episiotomy		✓
9	Riwayat HPP		✓	Korionnitis		✓
10	Riwayat SC	✓		Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir Skrining		1			

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

Ket:

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

Lampiran 9

LEMBAR OBSERVASI

A. ANAMNESIA

Tanggal masuk : 12-03-2023 Jam : 20.00 WIB
 His mulai tanggal : 12-03-2023 Jam : 18.30 WIB
 Darah : 18-30 WIB
 Lendir : 18.30 WIB
 Ketuban : Pecah Belum Jam : 23.50 WIB

B. KEADAAN UMUM

Tensi : 121/89 mmHg
 Suhu : 36°C
 Nadi : 86 x/mnt
 Respirasi : 21 x/mnt
 Odema : -/-

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

Palpasi perlimaan : 4/5
 VT : Tanggal 12-03-2023 Jam : 20.00 WIB
 Hasil : v/u tga Ø 2 cm, EFF 25%, Ret ⊕ HI

OBSERVASI KALA I (Fase Laten Ø < 4 cm)

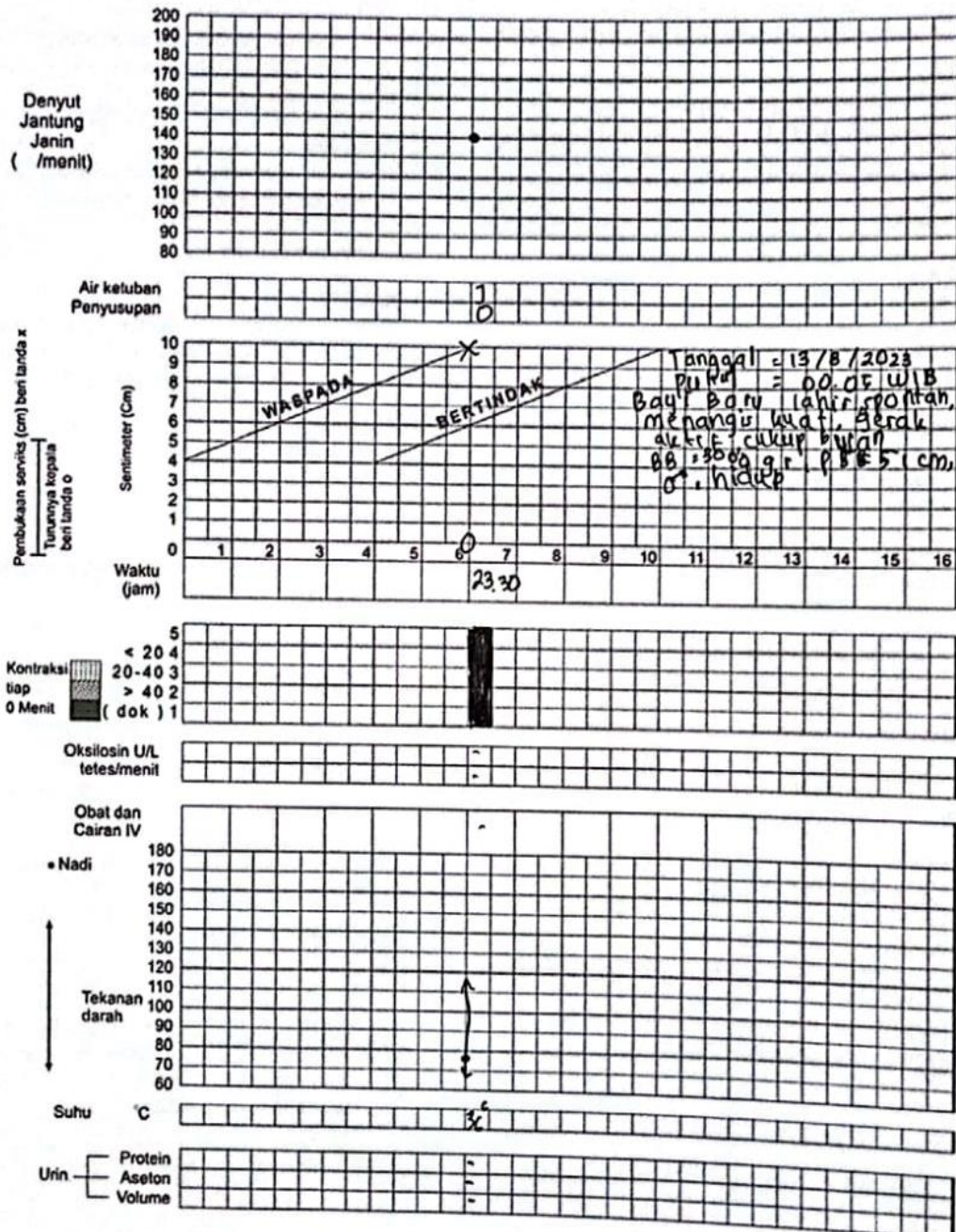
Tanggal	Jam	His dlm 10 "		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Ket.
		Berapa kali	Lamanya						
12-03-23	20.00	2 x 10'	25"	142 x/mnt	117/76	36°	82 x/mnt	v/u tga Ø 2 cm EFF 25% Ret ⊕ HI	
	20.30	2 x 10'	25"	144 x/mnt					
	21.00	3 x 10'	25"	136 x/mnt					
	21.30	3 x 10'	30"	140 x/mnt					
	22.00	4 x 10'	30"	123 x/mnt					
	22.30	4 x 10'	30"	136 x/mnt					
	23.00	4 x 10'	40"	140 x/mnt					
	23.30	4 x 10'	40"	142 x/mnt					

Lampiran 10

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah

Nama Ibu : Ny. N Umur : 28 th G 3 P 2 A 0
 Tanggal : 12-3-2023 Jam : 20.00 WIB Alamat : Pondok Gede
 Sejak jam 23.50 WIB mules sejak jam 18-20 WIB Pleasah



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 13.03.2023
2. Nama Bidan : Nys
3. Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☒ Lainnya PMB
4. Alamat tempat persalinan : Selotindrag
5. Catatan : Rujuk, kala I/II/III/IV
6. Alasan merujuk : -
7. Tempat rujukan : -
8. Pendamping saat merujuk :
 - ☐ Bidan
 - ☐ Teman
 - ☐ Suami
 - ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 - ☐ Gawatdarurat
 - ☐ Perdarahan
 - ☐ HDK
 - ☐ Infeksi
 - ☐ PMTCT

KALA I

10. Partograf melewati garis waspada : Y / R
11. Masalah lain, sebutkan : -
12. Penatalaksanaan masalah tsb : -
13. Hasilnya : -

KALA II

14. Episiotomi :
 - ☐ Ya, Indikasi : -
 - ☒ Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan :
 - ☒ suami
 - ☐ teman
 - ☐ keluarga
 - ☐ dukun
 - ☐ tidak ada
16. Gawat Janin :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :
 - a. -
 - b. -
 - ☒ Tidak
17. Distosia bahu :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan : -
 - ☒ Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya : -

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini :
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasannya : -
20. Lama kala III : 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10IU IM?
 - ☒ Ya, waktu : - menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan : -
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - ☐ Ya, alasan : -
 - ☒ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan : -

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	00-30	110/90	82	36°	1 jari ↓ pusat	keras, bundar	kosong	± 350 cc
	00-45	120/90	80		2 jari ↓ pusat	keras, bundar	kosong	± 200 cc
	01-00	120/90	81		2 jari ↓ pusat	keras, bundar	kosong	± 150 cc
	01-15	120/98	80		2 jari ↓ pusat	keras, bundar	kosong	± 150 cc
2	01-45	121/81	84	36,3	2 jari ↓ pusat	keras, bundar	kosong	± 150 cc
	02-15	120/81	79		2 jari ↓ pusat	keras, bundar	kosong	± 100 cc

24. Masase fundus uteri ?

- ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan : -
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a. -
 - b. -
 26. Plasenta tidak lahir >30 menit :
 - ☒ Tidak
 - ☐ Ya, tindakan : -
 27. Laserasi :
 - ☒ Ya, dimana : mukosa vagina, kulit perineum
 - ☐ Tidak
 28. Jika laserasi perineum, derajat : I 2/3/4
 - Tindakan :
 - ☒ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - ☐ Tidak dijahit, alasan : -
 29. Atonia uteri :
 - ☐ Ya, tindakan : -
 - ☒ Tidak
 30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan : ± 350 ml
 31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :
 - Terdapat perdarahan aktif
 - Hasilnya : Terpapar sisa plasenta

KALA IV

32. Kondisi ibu : KU: baik TD: 122/80 mmHg
Nadi: 87 x/mnt Napas: 21 /mnt
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah : sisa plasenta
sisa melakukan eksplorasi jaringan
plasenta yang tertinggal

BAYI BARU LAHIR

34. Berat badan : 3000 gram
35. Panjang badan : 51 cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : Baik / Ada penyulit
38. 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 :
 - a. -
 - b. -
 - c. -
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 - ☐ Ya, waktu : - jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan : -
40. Masalah lainnya, sebutkan : -
- Hasilnya : -

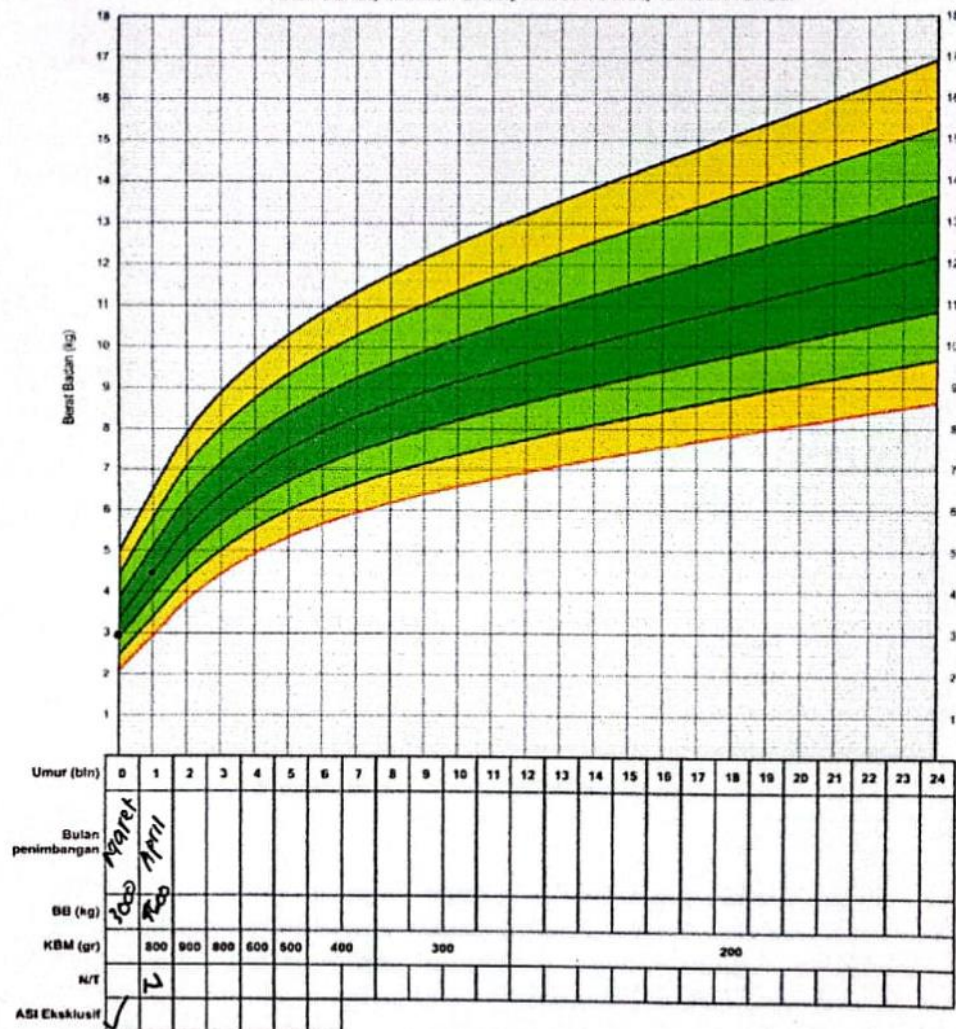
1-2. Partograf Salaman Belakang

Lampiran 11


KMS
 KARTU MENUJU SEHAT
 Untuk Laki-Laki

Nama Anak: **By. Hamdan**
 Nama Posyandu:

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



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

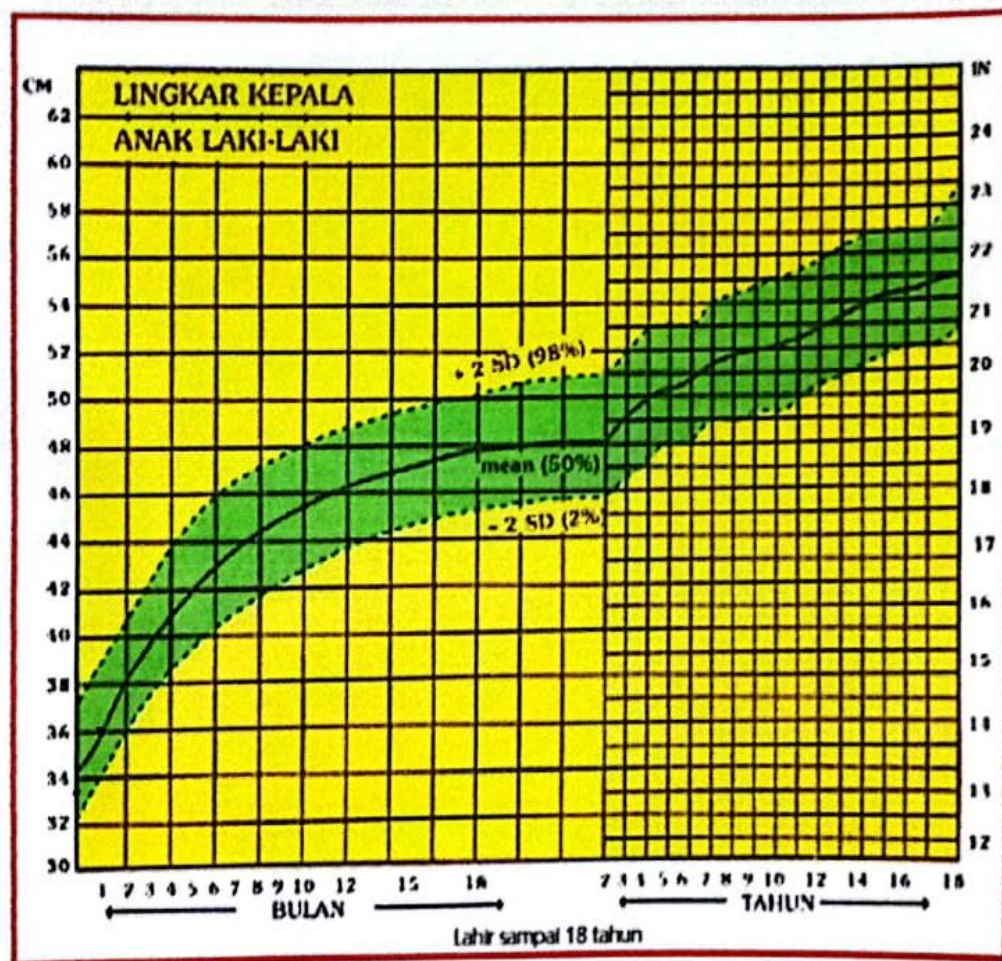
TIDAK NAIK (T)
 Grafik BB mendatar atau menurun
 memotong garis pertumbuhan dibawahnya
 atau
 Kenaikan BB kurang dari KBM

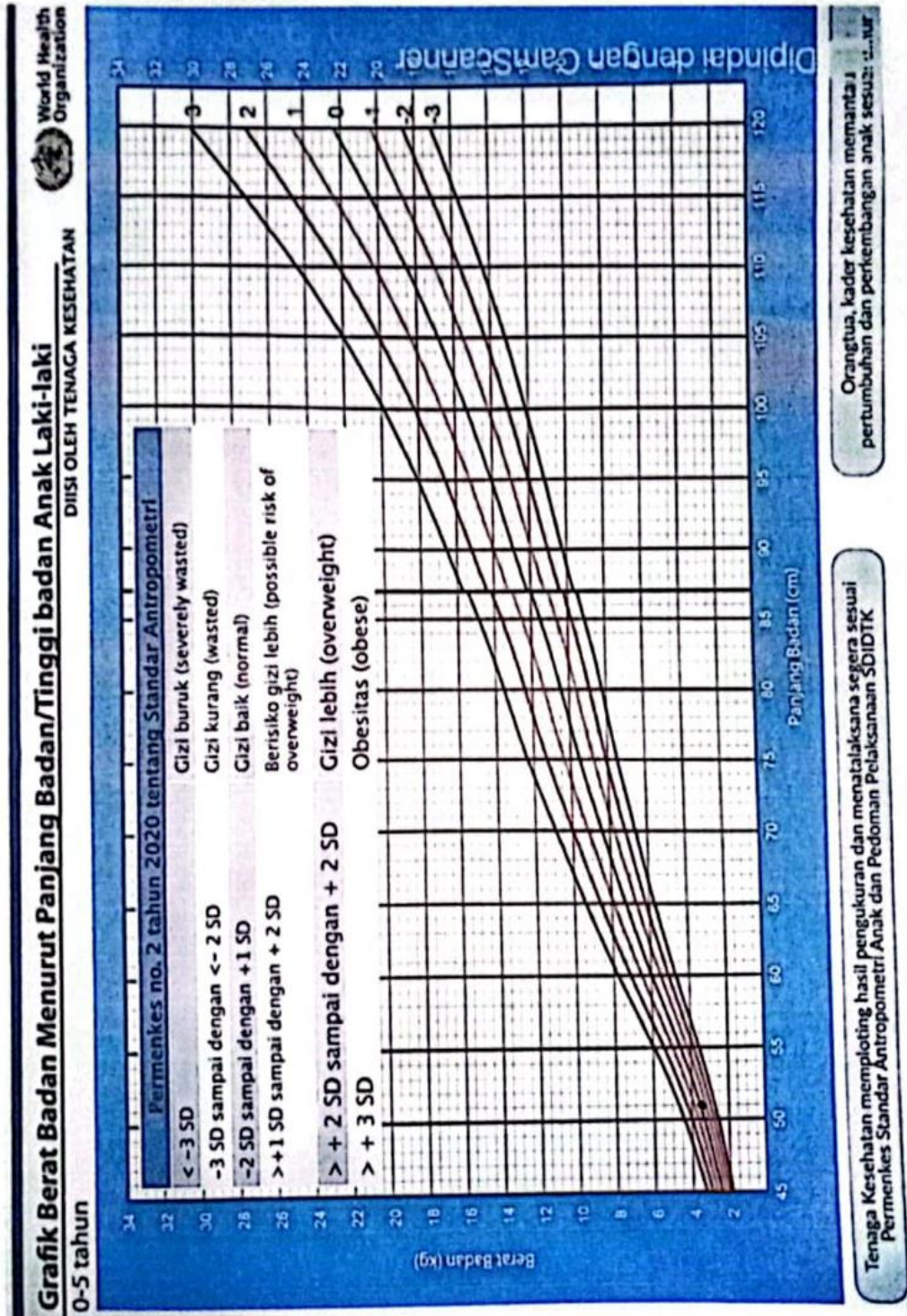
Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut-turut atau BGM

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

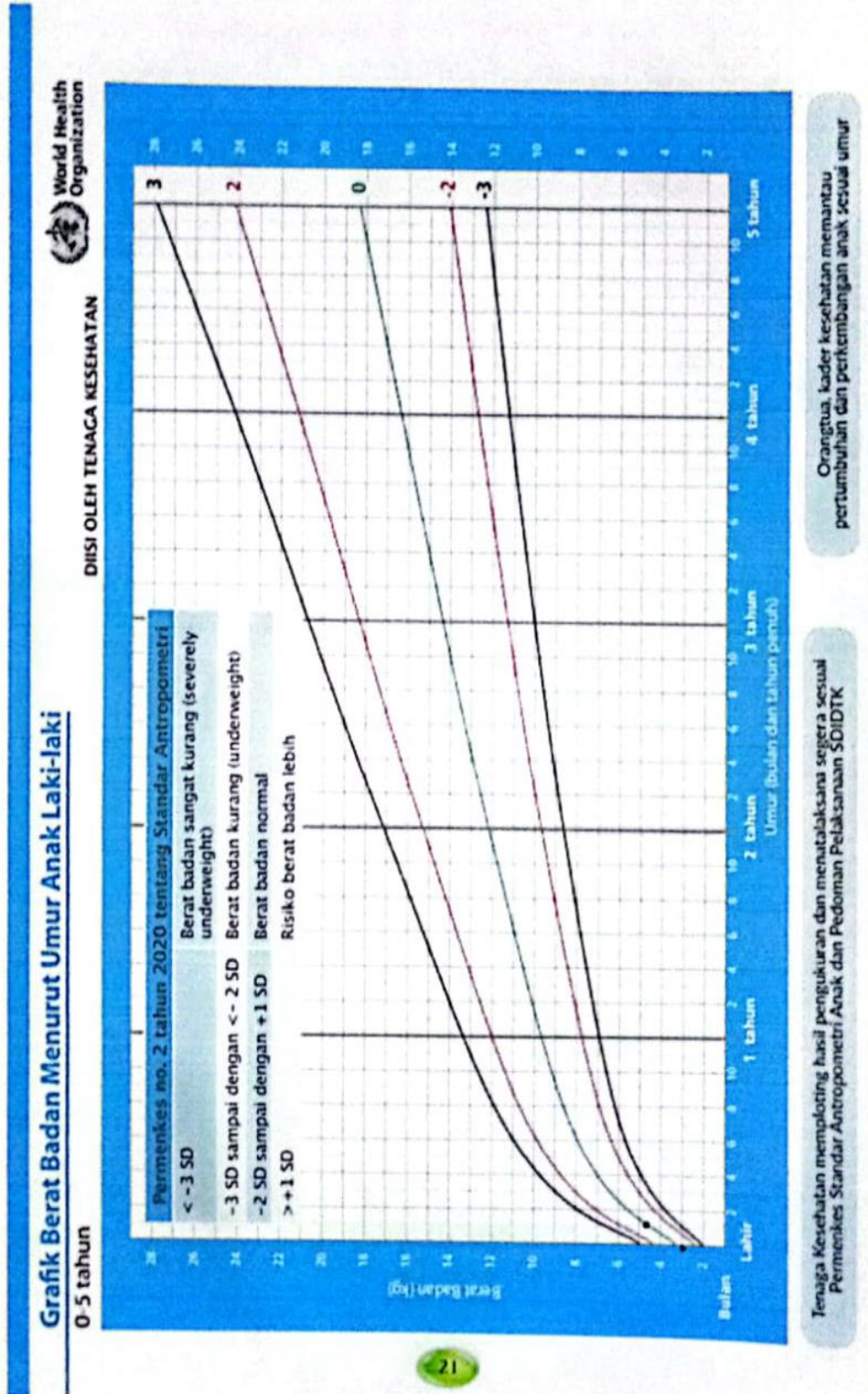
Lampiran 12

GRAFIK LINGKAR KEPALA LAKI-LAKI

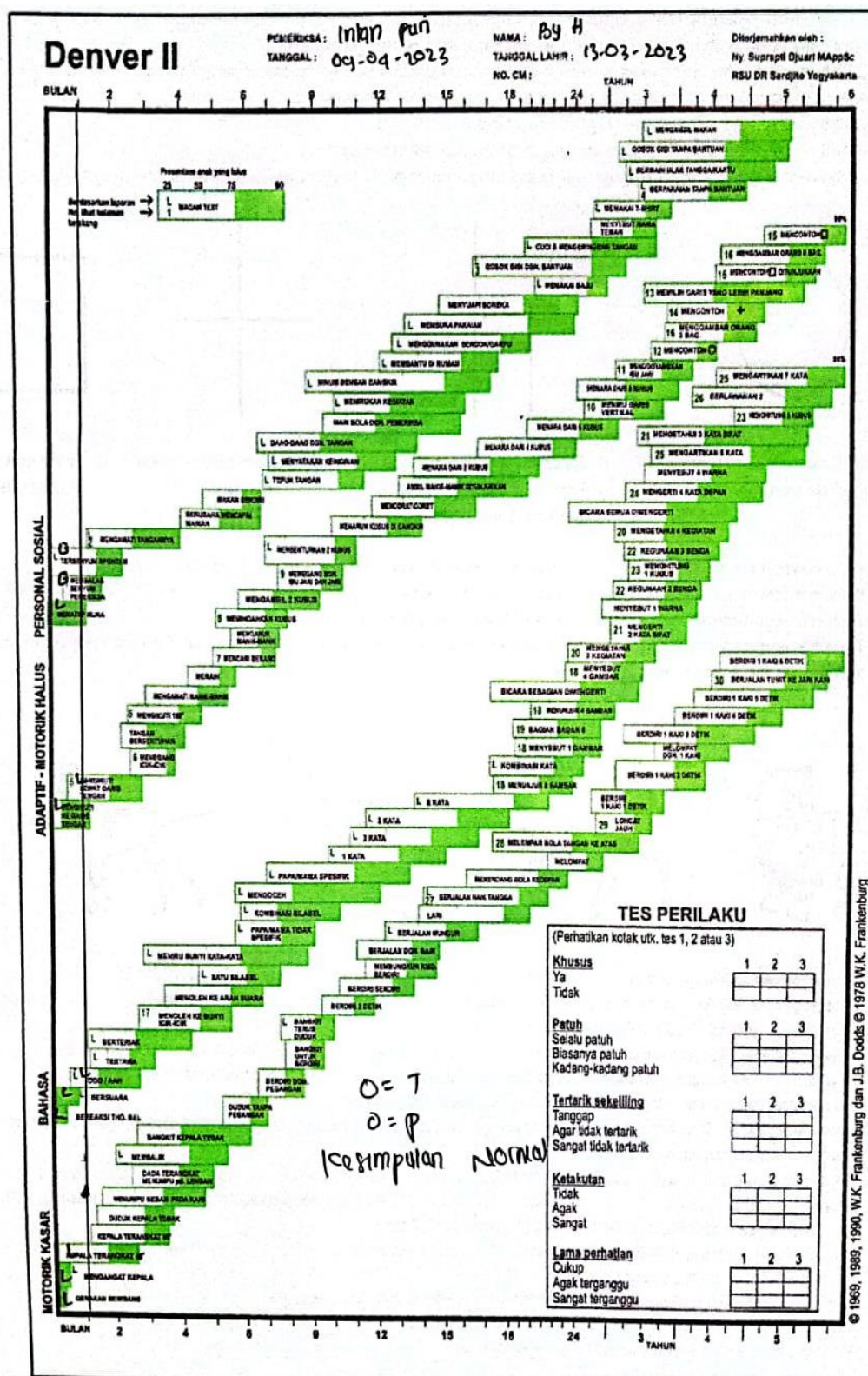




Lampiran 14

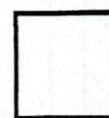
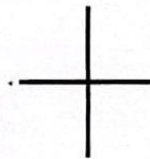
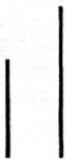


Lampiran 15



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/rutsling 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-ikik 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.

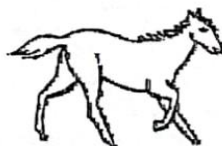
13. Garis mana yang lebih panjang? Putar kertas sampai terbalik (lulus Bila 3 dari 3 atau 5 dari 6)

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? lapar? Lulus 2 dari 3, 3 dari 3.
 22. Tanya kepada anak: Apa gunanya cangkir? Apa gunanya kursi? Apa gunanya pensil? Jawaban harus termasuk kata-kata gerakan.
 23. Lulus bila anak menaruh dan mengatakan berapa kubus yang ada di atas kertas dengan benar. (1, 5).
 24. Katakan kepada anak: Taruh kubus di atas meja, di bawah meja, di depan saya, di belakang saya. Lulus bila 4 dari 4 (jangan membantu anak dengan menunjuk, menggerakkan kepala atau mata).
 25. Tanya kepada anak: Bola itu apa? danau? meja? rumah? pisang? korden? pagar? atap? Lulus bila disebutkan kegunaannya, bentuk, dibuat dari apa, atau kategori umum (seperti pisang adalah buah, bukan haya kuning). Lulus 5 dari 8, 7 dari 8.
 26. Tanya kepada anak: Jika kuda itu besar, tikus adalah? Jika api panas, es? Jika matahari bersinar siang hari, bulan bersinar? Lulus 2 dari 3.
 27. Anak hanya boleh menggunakan dinding atau besi pegangan, tidak orang, tidak boleh merangkak.
 28. Anak harus melempar bola di atas bahu ± 1 m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
 29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir ± 22 cm (8 1/2").
 30. Suruh anak berjalan ke depan  Tumit berjarak $\pm 2 1/4$ cm dari ibu jari kaki. Pemeriksa dapat mendemonstrasikan. Anak harus berjalan 4 langkah berturut-turut.
 31. Pada usia tahun kedua, separe anak normal tidak patuh.

Lampiran 16

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:	12/23 13														
BCG No Batch:	Mardik														
Polio tetes 1 No Batch:	Muda F														
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 17

K/IV/KB/08		No. Unit	
I. Tempat Pelayanan KB : <u>PMB Ngs</u> 1. Nama : 2. No. Kode :		II. Nomor Seri Kartu :	
KARTU STATUS PESERTA KB			
III. Nama Peserta KB : <u>T. A. Ngs</u> V. 1. Nama Suami/Istri : <u>T. A. Ngs</u>		IV. Umur Peserta KB : <u>20</u> VI. Pendidikan Suami dan Istri : 1. Buta Huruf 4. Tamat SMP 2. Baca Latin 5. Tamat SMA 3. Tamat SD 6. Tamat PT	
VII. Alamat : <u>Randu Bede</u> <u>Pleasan</u>		VIII. Pekerjaan Suami dan Istri : 1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas 2. TNI/Polri 5. Nelayan 8. Lain-lain 3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja	
IX. Jumlah anak hidup: <u>21</u> <u>02</u>		X. Umur anak terkecil:	
XI. Status peserta KB <u>2</u> 1. Baru pertama kali 2. Sudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah pakai alat KB 3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara 4. Pindah tempat pelayanan, cara sama 5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara		XII. Cara KB terakhir: <u>5</u> 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 Penunjuk Penisilahkan keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia			
A. 1. Keadaan Umum: <u>1</u> Baik 2) Sedang 3) Kurang 2. Tekanan Darah: <u>120/70</u> mmHg 3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya <u>2</u> Tidak ☐ 4. Haid terakhir tanggal: <u>29</u> <u>04</u> <u>2012</u> 5. Berat badan: <u>48</u> kg			
6. Keadaan Peserta KB saat ini: a. Sakit Kuning ☐ Ya ☒ Tidak b. Pendarahan pervagina yang tidak diketahui penyebabnya ☐ Ya ☒ Tidak c. Tumor - Payudara ☐ Ya ☒ Tidak - Rahim ☐ Ya ☒ Tidak - Indung Telur ☐ Ya ☒ Tidak - Testis ☐ Ya ☒ Tidak - Radang orchitis/epididimis ☐ Ya ☒ Tidak d. IMS/HIV/AIDS ☐ Ya ☒ Tidak			
7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam: a. Posisi Rahim: 1. Retroflesi 2. Antelesi ☐			
8. Tanda-tanda radang ☐ Ya ☒ Tidak 9. Tumor/keganasan ginekologi ☐ Ya ☒ Tidak 10. Pemeriksaan lambaian (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 <u>05</u>			
XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan: <u>5</u> 1. IUD 4. Kondom 7. Pil 2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal 3. MOP 6. Suntikan		XV. Tanggal (dibayar):	
XVI. Tanggal dipas kembali:		XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD):	
XVIII. Pemeriksaan 			

Keterangan:
 *) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan
 **) Ditulis 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 15
Dokter/Praktik Bidan Mandiri

Nomor Kode Faskes KB :

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

Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Murid Sholikhah

Umur : 28 Tahun Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan Randu Gede RT 12 RW 03 Kelurahan/Desa Randu Gede
Kecamatan Plawasan Kabupaten/Kota Mayeran
Provinsi Jawa Timur Kode Pos

Selama mendapat penjelasan dan MENGETI SEPENUHNYA PERILAH 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 : Abdullah

Umur : 35 Tahun Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan Randu Gede RT 12 RW 3 Kelurahan/Desa Randu Gede
Kecamatan Plawasan Kabupaten/Kota Mayeran
Provinsi Jawa Timur Kode Pos

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

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

2 Mei 2013

Yang memberi pelayanan konseling Dokter/Bidan/Pelawat *)

([Signature])

([Signature])

([Signature])

Keterangan : *) corat yang tidak perlu beri tanda ☒

Lampiran 19

KARTU PESERTA KB		KB implant	
		ALAT/obat/kontrasepsi TGL/BLN/THN MULAI DIFRAGAI TGL/BLN/THN DICABUT/DILAPAS (KHUSUS IMPLANT/GUD)	
NOMOR KOTAK KEPENGSAJIAN NAMA PESERTA KB TANGGAL LAHIR/UMUR (Tahun) ALAMAT PENGGUNAAN ASURANSI NAMA FAKES KB/DARIGAMA/KEJARING KODE FAKES KEJARINGAN/KEJARING PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN KB NIP.		TANGGAL KELUARAN ULANG 02-05-2023 KETERANGAN TD = 170/80 BB = 48 kg PMSJ	