

CATATAN KEGIATAN HARIAN (LOOGBOOK)

Nama Mahasiswa : Maulan Nur Hidayati

Nama Pasien : Ny.K

Alamat : Jl. Bouksit 9A Kec. Klojen Kota Malang

Indikator	Tanggal	Kegiatan	TTD Pasien	TTD Bidan
Kunjungan I kehamilan	29 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Membina hubungan saling percaya2. Melakukan pegkajian data meliputi a :<ol style="list-style-type: none">a. Subjektif : biodata, keluhan utama, riwayat kesehata ibu dan keluarga, riwayat menstruasi, riwayat obstetri yang lalu, riwayat kehamilan yang ini, riwayat KB, pola kebiasaan sehari-hari, riwayat psiko, sosio, budayab. Objektif : pemeriksaan umum (KU, kesadaran, TTV, TB, BB, LILA, TP), pemeriksaan fisik,3. Menganalisa diagnosa dan masalah berdararkan pengkajian		

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Memberi KIE pada ibu tentang keluhan yang dialami, tanda bahaya kehamilan lanjut, dan pola kebiasaan sehari-hari 5. Menjadwalkan kunjungan ulang 1 minggu lagi/sewaktu-waktu jika ada keluhan. 		
Kunjungan II kehamilan	8 Maret 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan anamnesa tentang keluhan utama ibu dan ketidaknyamanan yang ada 2. Melakukan pemeriksaan umum (KU, kesadaran, TTV), pemeriksaan fisik secara terfokus (abdomen, ekstremitas) 3. Menganalisa diagnosa dan masalah yang terjadi 4. Memberi KIE sesuai dengan rencana asuhan dan masalah 5. Mengajarkan senam hamil 		

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Mengajarkan cara menilai kontraksi 7. Menganjurkan ibu untuk mempertahankan pola nutrisi 8. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup 9. Menjadwalkan kunjungan ulang 1 minggu lagi/sewaktu-waktu jika ada keluhan 		
Persalinan dan BBL	13 Maret 2020	Melakukan pemantauan via wa kepada ibu dan bayi		
Kunjungan I nifas	15 Maret 2020 08.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian tentang keluhan utama ibu dan pemeriksaan umum(KU, kesadaran, TTV), pemeriksaan fisik (involusi dan pengeluaran lokea) 2. Menganalisa diagnosa dan masalah yang terjadi 3. Pemberian ASI awal dengan memberikan KIE cara menyusui yang benar 4. Memastikan involusi 		

		<p>berjalan normal</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memberikan KIE tanda bahaya masa nifas 6. Mengingatkan ibu untuk kunjungan selanjutnya 		
Kunjungan I neonatus	15 Maret 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan TTV dan fisik 2. Memeriksa talipusat 3. Memastikan bayi tetap hangat 4. Memberi KIE perawatan bayi di rumah 5. Beritahu jadwal kunjungan selanjutnya 6 hari lagi 		
Kunjungan II nifas dan neonatus	19 Maret 2020 via Whatsapp	<p>Ibu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan anamnesa (keluhan utama, pola kebiasaan sehari-hari) 2. Mengajarkan pada ibu tentang perawatan payudara masa nifas 3. Menganjurkan ibu 		

		<p>untuk istirahat yang cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola nutrisi 5. Memastikan ibu dapat menyusu dengan benar 6. Mengajarkan kembali tentang senam nifas 7. Mengingatkan ibu untuk kunjungan selanjutnya <p>Bayi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan pada bayi (suhu, tali pusat, warna kulit, menimbang berat badan bayi) dan kebutuhan dasar bayi 2. Memantau adanya tanda-tanda infeksi 3. Memberi KIE sesuai keluhan dan kebutuhan 		
--	--	--	--	--

<p>Kunjungan 3 nifas dan neonatus</p>	<p>28 Maret 2020 via Whatsapp</p>	<p>Ibu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan anamnesa (keluhan utama, pola kebiasaan sehari-hari) 2. Mengingatkan ibu untuk tetap melakukan senam nifas 2x seminggu 3. Menganjurkan ibu untuk mempertahankan pola nutrisi 4. Memastikan ibu dapat menyusui tanpa adanya penyulit 5. Mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang <p>Bayi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan anamnesa kepada ibu tentang keadaan umum bayi dan pola kebutuhan dasar bayi 2. Memastikan bayi tidak mengalami ikterus dan tanda 		
---	---	--	--	--

		bahaya 3. Memberi KIE sesuai keluhan dan kebutuhan 4. Memberi tahu jadwal imunisasi BCG yaitu saat bayi berusia 1 bulan		
Kunjungan IV nifas dan masa interval	20 April 2020/08.00	1. Mengkaji penyulir yang dialami pada ibu masa nifas 2. Memberi KIE tentang KB		

PMB

(.....)

PERNYATAAN
KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama dan gelar : Naimah S.KM.,M.Kes
2. NIP : 196612311986032005
3. Pangkat dan Golongan : Penata Tingkat I / III d
4. Jabatan : Lektor
5. Asal institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Pendidikan terakhir : Magister Kesehatan Masyarakat
7. Alamat dan Nomor yang bisa di hubungi
 - a. Rumah : Jl. Jambawan XII/3k-01 Perumahan Sawojajar II
 - b. Telepon/HP : 081333575790
 - c. Alamat kantor : Jl. Besar Ijen No.77C, Oro-oro Dowo, Kec. Klojen, Kota Malang.
 - d. Telepon kantor : (0341) 551893

Dengan ini menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa :

Nama : Maulan Nur Hidayati
NIM : P17310173028
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Berkesinambungan
(*Continuity of Care*)

*) Coret yang tidak dipilih.

Malang, 22 Juli 2019
Pembimbing



(Naimah S.KM.,M.Kes)
NIP. 196612311986032005

PERNYATAAN PERSETUJUAN

(Informed Consent)

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI :

Nama : Ny “K”

Umur : 24 tahun

Alamat : Jl. Bouksit 9A Klojen, Kota, Malang

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya (bersedia/ tidak bersedia *)

Untuk berperan serta sebagai responden tanpa ada unsur paksaan

Apabila sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat studi kasus ini, maka saya akan bertanggungjawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

Malang,

Yang membuat persetujuan

(.....)

Keterangan :

*) coret yang tidak perlu

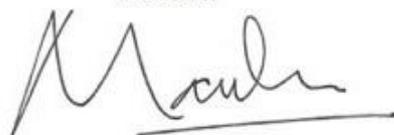
PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN (PSP)

1. Saya Maulan Nur Hidayati mahasiswa program studi D-III kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan ini meminta ibu untuk berpartisipasi dengan suka rela dalam penelitian yang berjudul Studi Kasus Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. "X" di PMB Sri Hartatik
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah memberikan asuhan kebidanan pada Ibu hamil, bersalin, neonatus, nifas, dan saat keputusan berKB menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Studi kasus ini akan dilaksanakan pada ibu hamil trimester III, Ibu bersalin, neonatus, Ibu nifas, dan ibu dengan masa interval.
3. Prosedur studi kasus ini akan berlangsung dengan cara pertama responden diberikan informed consent guna persetujuan tindakan asuhan kebidanan berkesinambungan. Dalam pelaksanaan asuhan responden dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi
4. Keuntungan yang diperoleh ibu dalam keikutsertaan dalam studi kasus ini adalah ibu mendapatkan asuhan kebidanan berkesinambungan
5. Seandainya ibu tidak bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini, maka ibu boleh tidak mengikuti studi kasus ini sama sekali dan tidak dikenakan sanksi apapun.
6. Seandainya ibu telah bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini dan apabila ibu merasakan kurang berkenan dengan perlakuan yang saya berikan atau tidak sesuai dengan harapan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka ibu dapat mengundurkan diri dari studi kasus ini
7. Ibu dapat menghubungi peneliti apabila ada hal – hal yang kurang jelas atau membutuhkan bantuan berkaitan dengan penelitian dan kondisi ibu melalui no.hp 087885626810
8. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan

Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih

Malang, 21 Januari 2020

Peneliti



MAULAN NUR HIDAYATI
NIM.P17310173028

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Naimah, S.KM.,M.Kes
 Nama Mahasiswa : Maulan Nur Hidayati
 NIM : P17310173028
 Tingkat/Prodi : 3A/D-III Kebidanan Malang

Bimbingan Ke	Tanggal	Saran	Tanda Tangan
1	22/2019 /7	Meminta Persetujuan untuk melakukan studi pendahuluan	
2	10/2019 /9	1. Perbaiki Latar Belakang 2. Perbaiki tujuan khusus 3. Perbaiki penulisan - margin - spasi - peromoran 4. Lanjutkan Bab II 5. Lampirkan daftar pustaka dan format	
3	17/2019 /10	Konsul Via Email Revisi Bab I dan Bab II Perbaiki margin, spasi, peromoran	
4.	26/2019 /11	Revisi Bab I dan Bab II Perbaiki margin, spasi, peromoran, data fokus	
5	4/2019 /12	Perbaiki Bab I (masalah) Perbaiki Bab II Perbaiki - Margin - Spasi - Peromoran	
6	6/2019 /12	Perbaiki - Bab I dan Bab II - spasi - peromoran	

Bimbingan Ke	Tanggal	Saran	Tanda Tangan
7	12/2019 /12	Perbaiki Urutan VT Perbaiki - cover - kata pengantar - spasi - urutan lampiran - margin - daftar isi	
8	13/2019 /12	Acc ujian proposal	

Lembar Konsultasi

Nama Pembimbing : Naimah SKM., M.Kes

Nama Mahasiswa : Maulan Nur Hidayati

NIM : P17310173028

Tingkat/Prodi : 3/ D III Kebidanan Malang

No	Tanggal	Saran	Tanda Tangan
1	13 Juni 2020 Konsul via Apk zoom	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki penulisan (daftar isi, spasi, penomoran, halaman)2. Perbaiki bab 1 (proposal ganti dengan hasil LTA)3. Perbaiki bab III (tuliskan data fokus saja, perbaiki evaluasi, estimasi waktu saat pengkajian sampai dilakukannya evaluasi)4. Perbaiki bab IV5. Lengkapi Lampiran	
2	20 Juni 2020 Konsul via apk zoom	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki penulisan2. Pemilahan konsep manajemen BBL dan Neonatus3. Penambahan SPR di setiap kunjungan ANC	

3	26 Juni 2020 Konsul via apk zoom	1. Perbaiki penulisan 2. Tambahkan analisa penulis	
4.	4 Juli 2020 Konsul via apk zoom	1. Perbaiki analisa penulis	
5.	9 Juli 2020	1. ACC Ujian Hasil	

TATAPAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR
(Diisi oleh Dokter/Bidan/Perawat)

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR
(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

AYANAN ESSENSIAL PADA BAYI BARU LAHIR:

- Jaga bayi tetap hangat
- Bersihkan jalan napas (bila perlu)
- Keringkan dan jaga bayi tetap hangat
- Potong dan ikat tali pusar tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir,
- Inisiasi Menyusu Dini
- Salap mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
- Suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral
- Imunisasi Hepatitis B0 0,5ml intramuskular, di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1
- Pemberian Identitas
- Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik
- Pemulangan Bayi Lahir Normal, Konseling, dan Kunjungan Ulang
- Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK
- Skrining Hipotroid Kongenital
- Hasil test Skrining Hipotroid Kongenital (SHK) -/+
- Konfirmasi hasil SHK

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl: 15-3-2020	Tgl: 19-3-2020	Tgl: 28-3-2020
Berat badan (gram)	2700 gr		
Panjang badan (cm)	50 cm		
Suhu (°C)	36,7°C		
Frekuensi nafas (x/menit)	42x/mnt		
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	120x/mnt		
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	<input checked="" type="checkbox"/>		
Memeriksa ikterus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Memeriksa diare	<input checked="" type="checkbox"/>		
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/milum			
Memeriksa status Vit K1			
Memeriksa status Imunisasi HB-0, BCG, Polio 1	<input checked="" type="checkbox"/>		
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotroid Kongenital (SHK)			
• SHK Ya / Tidak			
• Hasil tes SHK (-) / (+)			
• Konfirmasi hasil SHK			
Tindakan (terapi/rujukan/lupman balik)			
Nama pemeriksa			

Pemeriksaan kunjungan neonatal menggunakan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
 Nf QLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN
 Nama Hamil ke 1 Hadid Nurakhrizki Igi 16-6-2019 Umur Ibu: 24 Th.
 Pendidikan Ibu SMA Perkiraan persalinan Igi: 23-3-2020
 Pekerjaan Ibu Iva Khot-Langga Suami:

KEL	Nf	Masalah/Faktor Risiko	Tubuhan			
			SKOR	I	II	III, IIIa
I	1	Skor Awal II: 2 Hamil	2			
		a. Terjadi muntah hamil < 16 Th	4			
		b. Terjadi lemas/lelah hamil I kewan > 4 Th	4			
		c. Terjadi tsa hamil I > 35 Th	4			
		d. Terjadi copas hamil Iagi (-2 Th)	4			
		e. Terjadi kewan hamil Iagi (-10 Th)	4			
		f. Terjadi banyak anak, jinchen	4			
		g. Terjadi tsa umur > 35 Th	4			
		h. Terjadi pendet < 145 cm	4			
		i. Pernah gagal kehamilan	4			
		j. Pernah melahirkan dengan	4			
II	11	a. Terkena berayakakum	4			
		b. Un ditropo	4			
		c. Diikuti infeksi Transfusi	4			
		d. Penyakit pada ibu hamil	4			
		e. Kurang darah	4			
III	12	a. Kering manis (Diabetes)	4			
		b. Penyakit Menular Seksual	4			
		c. Berpengaruh pada mukalungkai dan kesehatan dalam tinjau	4			
		d. Hamil kembar 2 atau lebih	4			
IV	13	a. Bayi mati dalam kandungan I	4			
		b. Bayi mati dalam kandungan II	4			
		c. Kehamilan lebih bulat	4			
		d. Tidak terbayar	4			
V	14	a. Penyakit men dan kehamilan ter	4			
		b. Pre eklampsia/kegawatkehamilan	4			
JUMLAH SKOR			2			

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN
 - RUJUKAN TERENCANA

JML SKOR RISIKO	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			
	KEL PERA WAKIL	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN	RTW
2	EBAN	RUJUK POLINES	RUJUK POLINES	RUJUK POLINES	RUJUK POLINES	RUJUK POLINES
6-10	KRT	BDAN DOKTER	BDAN DOKTER	BDAN DOKTER	BDAN DOKTER	BDAN DOKTER

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI *
 PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

TEMPAT PERAWATAN KEHAMILAN :
 1. Pogyadu
 2. Polides
 3. Rumah bidan
 4. Puskesmas
 5. Rumah Sakti
 6. Praktek Dokter

PERSALINAN : Melahirkan tanggal :

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

RUJUKAN DARI :
 1. Bidan
 2. Puskesmas
 3. Rumah Sakti

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II

Gawat Darurat Obstetrik :
 * Kel. Faktor Risiko III
 1. Pendarahan antepartum
 2. Eklampsia
 *Komplikasi Obstetrik
 3. Pendarahan postpartum
 4. Perdarahan
 5. Perdarahan
 6. Perdarahan
 7. Perdarahan

TEMPAT :
 1. Rumah Ibu
 2. Rumah Bidan
 3. Polides
 4. Puskesmas
 5. Rumah Sakti
 6. Perjanjian

PENOLONG :
 1. Dulu
 2. Bidan
 3. Dokter
 4. Lainnya

MACAM PERSALINAN :
 1. Normal
 2. Tindakan pervaginam
 3. Operasi Saear

PASCA PERSALINAN :
 IBU :
 1. Hidup
 2. Mati, dengan penyebab
 a. Pendarahan
 b. Perdarahan
 c. Perdarahan
 d. Infeksi
 e. Lain-2
 BAYI :
 1. Berat lahir :gram, Laki-Z/Perempuan
 2. Laki-mati, penyebab
 3. Laki-mati, umur
 4. Muli, kemudian umur
 5. Keadaan kesehatan : baik, acakada

TEMPAT PERSALINAN :
 1. Rumah Ibu
 2. Rumah Bidan
 3. Polides
 4. Puskesmas
 5. Rumah Sakti
 6. Perjanjian
 7. Lain-2

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat
 2. Sakti
 3. Mati, penyebab

Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA :
 1. Ya
 2. Belum Tahu

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak

CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS
(Diisi oleh dokter/bidan)

INDIKSI PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1	KUNJUNGAN 2	KUNJUNGAN 3
	6 jam-3 hari (29-42 hari) Tgl: 15-3-2020	4-28 hari (29-42 hari) Tgl: 19-3-2020	29-42 hari (29-42 hari) Tgl: 28-3-2020
Indikasi Ibu secara umum	Baik	Baik	Baik
Keamanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	112/80, 94,6, 20/8		
Perawatan payudara	L. Penderita 3004 Cekup, Kebersihan payudara dekontaminasi		
Indikasi perineum	-	-	-
anda infeksi			
ontaksi uteri	Baik		
tinggi Fundus Uteri	2j-V ptt		
dihitla	Plasma		
emeriksaan jalan lahir	-		
emeriksaan payudara	-		
produksi ASI	(+)/(+)	(+)/(+)	(+)/(+)
memberikan Kaprol Vt.A			
elyanan kontrasepsi pascapersalinan	-		
Vannganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas	-	(+)	(+)
uang Air Besar (BAB)	-	(+)	(+)
uang Air Kecil (BAK)	(+)	(+)	(+)

Memberi nasehat yaitu:			
Makan makanan yang berenergi ringan yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bagi Ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja (asi eksklusif) selama 6 bulan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perawatan bayi yang benar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jangan memberikan bayi menanggis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kunjungan Nifas/ Tanggal	Catatan Dokter/Bidan
Kunjungan Nifas 1 (KF1) Tgl :	
Kunjungan Nifas 2 (KF2) Tgl :	
Kunjungan Nifas 3 (KF3) Tgl :	

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu**:

Sehat

Sakit

Meninggal

Komplikasi Nifas:**

Perdarahan

Infeksi

Hipertensi

Lain-lain: Depresi post partum

Keadaan Bayi**:

Sehat

Sakit

Kelainan Bawaan

Meninggal

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB

1. Nama
2. No. Kode

PMB Sri Hartatik

II. Nomer Seri Kartu

No. seri	Tanda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB

V. 1. Nama Suami/Istri

M. K. / T. E.

III. Umur Peserta KB

24

VI. Pendidikan Suami dan Istri :

1. Buta Huruf 4. Tamat SMP
2. Baca Latin 5. Tamat SMA
3. Tamat SD 6. Tamat PT

5 5

VII. Alamat

Jl. Bukit GA
Floren Kota Malang

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

3 6

IX. Jumlah anak hidup

Jumlah anak	Meninggal
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

X. Umur anak terkecil

Umur	Bulan
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

XI. Status peserta KB

1. Baru pertama kali
2. Sesudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah paka alat KB
3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara
4. Pindah tempat pelayanan, cara sama
5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara

XII. Cara KB terakhir

1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom
5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

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

Petunjuk: Periksa keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia

A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang

2. Tekanan Darah: _____ mmHg

3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya 2) Tidak

4. Haid terakhir tanggal:

Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Berat badan: kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini

- a. Sakit Kuning

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- b. Pendarahan pervaginasi yang tidak diketahui penyebabnya

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- c. Tumor
- Payudara

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Rahim

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Indung telur

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Testis

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Radang orchitis/epididimis

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- d. IMS/HIV/AIDS

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi 2. Ante fleksi

b. Tanda-tanda radang

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Tumor/keganasan ginekologi

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Pemeriksaan tambahan

(Khusus untuk calon MOP dan MOW)

a. Tanda-tanda diabetes

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Kelainan pembekuan darah

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan:

1. IUD 4. Kondom 7. Pil
2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal
3. MOP 6. Suntikan

XV. Tanggal dilayani **) _____

Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XVI. Tanggal dipesan kembali

Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD)

Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Keterangan:

- *) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan
**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

XVIII. Pemeriksa

(_____)

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

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

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