



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202015264, 14 Mei 2020

Pencipta

Nama : **Dr. dr. Siti Maisuri T. Chalid, Sp.OG(K), dr. Sitti Wahyuni M, Ph.D.,
, dkk**

Alamat : **Jl. Andi Mappanyukki No. 27 RSB Restu, Makassar, Sulawesi Selatan,
90125**

Kewarganegaraan : **Indonesia**

Pemegang Hak Cipta

Nama : **LPPM Universitas Hasanuddin**

Alamat : **Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10, Tamalanrea, Makassar, Sulawesi
Selatan, 90245**

Kewarganegaraan : **Indonesia**

Jenis Ciptaan : **Modul**

Judul Ciptaan : **Modul 4: Masa Persalinan Ibu & Kondisi Bayi Baru Lahirnya (Seri
1000 Hari Awal Kehidupan)**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : **8 Agustus 2019, di Makassar**

Jangka waktu perlindungan : **Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan Pengumuman.**

Nomor pencatatan : **000187488**

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Dr. dr. Siti Maisuri T. Chalid, Sp.OG(K)	Jl. Andi Mappanyukki No. 27 RSB Restu
2	dr. Sitti Wahyuni M, Ph.D.	Jl. Syarif Al Qadri No. 99
3	dr. Monika Fitria Farid, Sp.OG., M.Kes.	Jl. Menteng No. 112
4	Dr. dr. Ema Alasiry, Sp.A (K)	Jl. Petta Ponggawa No. 24



MODUL 4
MASA PERSALINAN IBU &
KONDISI BAYI BARU LAHIRNYA

Hari Awal Kehidupan

10000

An illustration of a woman with long black hair, wearing a black top, holding a baby. The woman and baby are positioned to the right of the large red number '10000', appearing to be part of the number's structure.

•••
Fakultas
Kedokteran
UNHAS 2019

BUKU MODUL 4

**MASA PERSALINAN IBU &
KONDISI BAYI BARU
LAHIRNYA**

1000 HARI AWAL KEHIDUPAN



**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS
HASANUDDIN**

2019

PENYUSUN

Dr.dr. Maisuri T. Chalid, SpOG(K)
Departemen Obstetri dan Ginekologi

dr. Sitti Wahyuni, PhD
Departemen Parasitologi

dr. Monika Fitria Farid, SpOG
Departemen Obstetri dan Ginekologi

Dr.dr. Ema Alasiry, SpA(K)
Departemen Ilmu Kesehatan Anak

MODUL 4

MASA PERSALINAN IBU & KONDISI BAYI BARU LAHIRNYA

Deskripsi Modul:

Modul 4 berisi acuan dalam menggali informasi mengenai persalinan Ibu dan kondisi bayinya saat lahir. Kakak asuh diharapkan untuk mengikuti proses persalinan dan melengkapi data isian. Jika tidak dapat mengikuti proses persalinan, diharapkan melengkapi data isian dalam Modul 4 ini paling lambat 7 hari setelah proses persalinan ibu. Serangkaian data pada Modul 4 ini akan bermanfaat dalam memberikan gambaran mengenai kondisi ibu pada masa persalinan dan kondisi bayi baru lahir sehingga akan menentukan strategi monitoring masa nifas dan penanganan ibu dan bayi selanjutnya.

Cakupan Modul:

1. Catatan persalinan ibu
2. Kondisi bayi baru lahir
3. Inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif

Jumlah kunjungan dan waktu pengisian

- 1-2 kali
- Dilakukan pada masa persalinan dan maksimal 7 hari setelah masa persalinan.

Alokasi waktu

Total 4 x50 menit

Kompetensi:

1. Komunikasi
2. Empati
3. Analisis
4. Edukasi
5. Kordinasi
6. Verifikasi
7. Rujukan

Referensi:

Buku panduan 1000 hari

Ibu dan bayi pada masa persalinan

bab VIII (keluarga berencana)

bab IX (tata laksana rutin bayi normal setelah kelahiran)

bab X (Inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif)

bab XII (imunisasi)

Persiapan pra kunjungan

1. Pastikan telah membaca buku acuan dan modul 4
2. Pastikan telah mempelajari lembar balik yang berhubungan dengan modul ini
3. Pastikan telah mendapatkan persetujuan pendampingan selama proses persalinan
4. Melapor ke mentor dan pembimbing dan diskusikan rencana kunjungan dan topik edukasi
5. Melapor ke PKM setempat

Kelengkapan kunjungan:

1. Telefon pintar
2. Lembar balik (*flipchart*)
3. Modul 4
4. Alat tulis
5. Lembaran verifikasi

Catatan:

1. Pada kunjungan ini harus melapor kepada penanggung jawab persalinan jika akan melakukan pendampingan persalinan
2. Bertanyalah atau minta bantuan pada petugas jika diperlukan.
3. Lakukan verifikasi bukti kunjungan dengan meminta tanda tangan petugas kesehatan ditempat persalinan dan ibu.
4. Setelah selesai kunjungan, laporkan hasilnya pada mentor dan supervisor serta minta waktu untuk berdiskusi (*debriefing*) tentang data yang didapatkan. Jangan lupa minta tanda tangan verifikasi dari mentor dan supervisor pasca diskusi.

Kegiatan:

No	Kegiatan	Catatan
Pembuka		
1	Ucapkan salam dan sapa ibu hamil dan anggota keluarga yang lainnya yang ada disitu	
2	Jelaskan bahwa kunjungan ini adalah untuk mendapatkan informasi mengenai persalinan dan mendampingi ibu dan keluarga pada masa persalinan	
3	Jika dilakukan pada saat ibu sedang dalam masa persalinan, pastikan izin pendampingan persalinan sudah di tandatangani ibu	Lihat pada modul 3
4	Jika dilakukan pada masa persalinan, beritahu ke petugas dan minta agar diizinkan melihat proses persalinan	Jika ditolak oleh pihak rumah sakit, tidak perlu memaksakan diri
Mengisi data persalinan		
5	Lakukan pengisian data persalinan sesuai dengan yang	Catat dulu apa yang

	dilaporkan oleh ibu/ keluarga	dilihat. Minta izin kepada petugas kesehatan jika mau melihat rekam medik
6	Jika data sulit didapatkan dari ibu hamil, tanyakan pada anggota keluarga yang hadir pada persalinan	
7	Jika dilakukan setelah persalinan selesai lihat status ibu di buku KIA dan atau buku rekam medik	Minta izin untuk melihat dokumen status ibu bersalin kepada petugas kesehatan
8	Jika kakak asuh hadir pada masa persalinan, catat dengan baik hal hal yang terjadi pada kala I, kala II, kala 3 dan kala 4	Usahakan agar kehadiran dalam ruang bersalin tidak mengganggu proses persalinan dan penanganannya
9	Setelah proses persalinan selesai identifikasi rencana KB	Berikan edukasi jika ibu bisa berkomunikasi pada fase pasca persalinan
C. Mengisi data kondisi bayi saat lahir		
10	Lakukan pengisian data bayi baru lahir sesuai dengan yang diamati	
11	Jika dilakukan setelah persalinan selesai lihat di buku KIA dan atau buku rekam medik	
12	Tanyakan apakah ada rujukan pada proses persalinan	
D. Resume pemasalah dan tindak lanjut		
13	Tentukan pemasalahan	
14	Sampaikan ke ibu dan keluarga mengenai permasalahan	
15	Berikan penyuluhan berbasis masalah	
16	Berikan penyuluhan umum sesuai waktu kunjungan dengan menggunakan lembar balik	
17	Berikan contoh jika diperlukan	
18	Ingatkan untuk melakukan perubahan untuk kebaikan ibu, bayi dan keluarganya	
E. Penutup		
19	Buat janji rencana kunjungan berikutnya	
20	Ingatkan ibu untuk ke Puskesmas/ rumah sakit untuk kontrol kesehatan pasca persalinan dan kotrol kesehatan bayi.	

FORMULIR 4A

CATATAN PERSALINAN					
1	Tgl kunjungan				
2	Tanggal Persalinan				
3	Tempat Persalinan (beri tanda √)	<input type="checkbox"/>	Rumah/diluar tempat fasilitas kesehatan		
		<input type="checkbox"/>	Puskesmas		
		<input type="checkbox"/>	Klinik Bidan Praktek Swasta		
		<input type="checkbox"/>	Rumah sakit		
		<input type="checkbox"/>	Rumah sakit bersalin		
		<input type="checkbox"/>	Lainnya.....		
4	Cara Persalinan (beri tanda √)	<input type="checkbox"/>	Vakum		
		<input type="checkbox"/>	Seksio		
		<input type="checkbox"/>	Normal		
5	Penolong Persalinan (beri tanda √)	<input type="checkbox"/>	Orang biasa		
		<input type="checkbox"/>	Dukun beranak		
		<input type="checkbox"/>	Bidan		
		<input type="checkbox"/>	Dokter		
6	Kondisi Ketuban (beri tanda √)	<input type="checkbox"/> Utuh / pecah sebelum waktunya (salah satu)			
		<input type="checkbox"/> Pecah	<input type="checkbox"/> Jernih <input type="checkbox"/> Keruh <input type="checkbox"/> Hijau		
7	Komplikasi (beri tanda √)	<input type="checkbox"/> Ada			
		<input type="checkbox"/> Tidak ada			
8	Jika ada Komplikasi (beri tanda √)	<input type="checkbox"/>	Perdarahan	<input type="checkbox"/>	Anemia (Hb<11)
		<input type="checkbox"/>	Hipertensi/pre eklampsia	<input type="checkbox"/>	Prematur
		<input type="checkbox"/>	Anak besar	<input type="checkbox"/>	Kelainan letak
		<input type="checkbox"/>	Anak mati	<input type="checkbox"/>	Lainnya.....
		<input type="checkbox"/>	Kehamilan kembar	<input type="checkbox"/>	Persalinan lama
		<input type="checkbox"/>	Infeksi dalam kehamilan (TBC/ Malaria/ Hepatitis/ HIV/ Penyakit Kelamin)		
9	Dilakukan rujukan	<input type="checkbox"/> Ya/ <input type="checkbox"/> Tidak			
10	Waktu rujukan	<input type="checkbox"/> Kala I / II/ III/ IV			
11	Alasan merujuk				
12	Tempat rujukan				
13	Pendamping pada saat merujuk	<input type="checkbox"/> Bidan/ Petugas kesehatan lainnya/ Suami/ Anggota keluarga/ <input type="checkbox"/> Dukun/ Lainnya			
Kesimpulan bagian A		Komplikasi persalinan Ada / tidak ada			

FORMULIR 4B

CATATAN PENDAMPINGAN PERSALINAN (jika dilakukan pada saat persalinan)		
1	Pendamping persalinan	Suami
		Orang tua
		Anggota keluarga lainnya
		Dukun
		Teman/ tetangga
Catatan Kala I		
2	Lamanyajam
3	Menggunakan partograf	Ya/ Tidak
4	Partograf melewati garis waspada	Ya/ Tidak
5	Ada masalah pada kondisi ibu	Ya/ Tidak
6	Makasih kondisi ibu	Tekanan darah tinggi
		Dehidrasi
		Demam
		Gelisah (gangguan psikologis)
		Kelelahan/ lemas
7	Ada masalah pada kondisi janin	Ya/ Tidak
8	Masalah pada kondisi janin	Gawat janin
		Kelainan letak
		Bayi besar
9	Ada masalah pada kemajuan persalinan	Ya/ Tidak
10	Masalah pada kondisi janin	
11	Masalah pada kemajuan persalinan	His lemah/ kurang
		Ketuban pecah dini
		Persalinan tidak maju
12	Ada intervensi	Ya/ Tidak
13	Jenis intervensi	Obat
		Tindakan
		Obat dan tindakan
Catatan Kala II		
14	Episiotomi	Ya/ tidak
15	Komplikasi	Distosia bahu
		Gawat janin
		Kelelahan ibu
16	Tindakan	Persalinan normal
		Ekstraksi dengan vakum/ forcep

			Seksio
	Catatan Kala III		
17	Lamamenit	
18	Pemberian oksitosin segera setelah bayi lahir	Ya / tidak	
19	Peregangan tali pusat terkendali	Ya / tidak	
20	Masase fundus	Ya / tidak	
21	Plasenta lahir lengkap	Ya / tidak	
22	Laserasi perineum	Ya / tidak	
23	Perdarahan post partum	Ya / tidak	
24	Jumlah perdarahancc	
25	Penatalaksanaan perdarahan		Pemberian oksitosin tambahan/ uterotonika lain
			Penjahitan servix / porsio
			Operasi
			Balon kateter/ tampon
	Kala IV (setelah 2 jam post partum) lihat catatan medik		
26	Tekanan darahmmHg	
27	Nadikali / menit	
28	Tinggi fundusjari dibawah pusat	
29	Kontraksi	Lemah/ kuat	
30	Perdarahancc	
Kesimpulan bagian A		Komplikasi persalinan Ada / tidak ada	

FORMULIR 4C

KONDISI BAYI SAAT LAHIR		
1	Jenis Kelamin	Laki laki
		Perempuan
2	Anak Ke	
3	Kelahiran pada usia kehamilan berapa	< 37 minggu (kurang bulan) >= 37 minggu (cukup bulan)
3	Berat Lahir (gr)	
4	Panjang Badan (cm)	
5	Lingkar Kepala (cm)	
6	Status gizi intrauterin (sesuai kurve Lubchenco)	SMK (sesuai masa kehamilan) KMK (kecil masa kehamilan) BMK (besar masa kehamilan) tidak ada data
6	Kondisi saat lahir (beri tanda √)	Meninggal
		Seluruh tubuh biru
		Anggota gerak biru
		Seluruh tubuh merah
		Tidak menangis
		Menangis setelah beberapa saat
		Segera menangis
		Skore apgar.....
7	Asuhan Bayi Baru Lahir (beri tanda √)	Inisiasi Menyusu Dini dalam 1 jam pertama kelahiran bayi
		Suntikan vitamin K
		Salep mata antibiotika profilaksis
		Imunisasi Hepatitis B 0
9	Keterangan Tambahan	
9	Rujukan pada persalinan	Ya / Tidak
10	Tanggal	
11	Di Rujuk Ke	
12	Sebab di rujuk	
13	Diagnosa Sementara	
14	Tindakan Sementara	
15	Umpan balik rujukan	
16	Tindakan setelah rujukan	
Kesimpulan bagian C		Kondisi bayi baru lahir Tidak sehat/ sehat

Catatan permasalahan, tindak lanjut, hasil dan verifikasi kunjungan

PERMASALAHAN KUNJUNGAN YG LALU YANG BELUM TUNTAS	
Masalah	Penyebab belum tuntas

PERMASALAHAN KUNJUNGAN SAAT INI	
Masalah	Tindakan kakak asuh (ditempat)

Hasil diskusi kelompok		Rencana	
Hasil diskusi dengan supervisor		Rencana	
VERIFIKASI KUNJUNGAN			
Posisi	Nama verifikator	Tanggal	Tanda tangan
Dokter/bidan di Puskesmas			
Ibu hamil			
Supervisor			
Koordinator/ staf IT (bila perlu)			