



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 : EC00202015265, 14 Mei 2020

## Pencipta

Nama : **dr. Sitti Wahyuni M, Ph.D., Dr. dr. Siti Maisuri T. Chalid, Sp.OG(K),  
, dkk**  
Alamat : Jl. Syarif Al Qadri No. 99, Makassar, Sulawesi Selatan, 90142  
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 5: Masa Nifas Ibu & Neonatusnya (Serit 1000 Hari Awal Kehidupan)**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 4 September 2019, di Makassar

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

Nomor pencatatan : 000187487

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. Sitti Wahyuni M, Ph.D.                      | Jl. Syarif Al Qadri No. 99                |
| 2  | Dr. dr. Siti Maisuri T. Chalid,<br>Sp.OG(K)     | Jl. Andi Mappanyukki No. 27 RSB Restu     |
| 3  | Dr. dr. Andi Mardiah Tahir,<br>Sp.OG(K)         | Jl. Kelinci No.9                          |
| 4  | dr. A. Dwi Bahagia Febriani, Ph.D.,<br>Sp.A (K) | Perumahan Dosen Unhas Blok AC Baru No. 14 |



**MODUL 5**  
**MASA NIFAS IBU & NEONATUSNYA**

Hari Awal Kehidupan  
**1000**

An illustration of a woman with long black hair, wearing a black top, holding a baby. The illustration is positioned to the right of the large red number '1000'.

...  
Fakultas  
Kedokteran  
UNHAS 2019

**BUKU MODUL 5**

# **MASA NIFAS IBU & NEONATUSNYA**

**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. dr. Andi Mardiah Tahir, SpOG(K)**  
*Departemen Obstetri dan Ginekologi*

**dr. A. Dwi Bahagia Febriani, SpA(K)**  
*Departemen Ilmu Kesehatan Anak*

## **MODUL 5**

### **MASA NIFAS IBU & NEONATUSNYA**

#### **Deskripsi Modul:**

Modul 5 berisi acuan dalam menggali informasi mengenai status kesehatan Ibu pada masa nifas dan bayinya (neonatus). Modul ini juga berisi penguatan untuk inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif, program Keluarga berencana dan imunisasi

Kakak asuh diharapkan melengkapi data isian dalam Modul 5 ini paling lambat 1 bulan setelah persalinan Ibu. Serangkaian data pada Modul 5 ini akan bermanfaat dalam memberikan gambaran mengenai status kesehatan Ibu pada masa nifas beserta bayinya dalam 1 bulan pertama, sehingga akan menentukan strategi langkah monitoring masa tumbuh kembang sang bayi selanjutnya.

#### **Cakupan Modul:**

1. Kesehatan Ibu Masa Nifas
2. Kesehatan neonatus
3. Keluarga berencana
4. ASI eksklusif
5. Imunisasi

#### **Jumlah kunjungan dan waktu pengisian**

- 1-2 kali
- Dilakukan pada masa nifas dan maksimal satu bulan 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

bab VIII (keluarga berencana)

bab X (Inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif)

bab XII (imunisasi)

bab mengenai masa nifas

bab mengenai pertumbuhan bayi normal pada bulan pertama

**Persiapan pra kunjungan**

1. Pastikan telah membaca buku acuan dan modul 5
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 5
4. Alat tulis
5. Lembaran verifikasi

**Catatan:**

1. Pada kunjungan ini sebaiknya didampingi teman/kader
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 |
|-------------------|--|---------|
| <b>A. Pembuka</b> |  |         |
| 1                 | Ucapkan salam dan sapa ibu hamil dan anggota keluarga yang lainnya yang ada disitu tanyakan kondisinya |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 2  | Jelaskan bahwa kunjungan ini adalah untuk memantau kondisi ibu pada masa nifas dan bayi                                 |   |
| <b>B. Mengisi data ibu masa nifas (follow up setelah persalinan)</b> |   |   |
| 3  | Lakukan pengisian data masa nifas sesuai dengan yang diamati dan laporan ibu  | Lihat buku KIA                                  |
| 4  | Tanyakan kondisi perdarahan dan kontraksi uterus  | Edukasi tentang perdarahan normal/ tidak normal |
| 7  | Tanyakan mengenai kondisi payudara dan ASInya   | Edukasi tentang payudara dan ASI                |
| 8  | Identifikasi rencana KB   | Edukasi KB                                      |
| <b>C. Mengisi data kondisi bayi dan ASI</b>                          |   |   |
| 9  | Lakukan pengisian data bayi baru lahir sesuai dengan yang diamati (antropometrik) dan kelainan yang ditemukan pada bayi | Lihat juga buku KIA                             |
| 10   | Tanyakan mengenai kemampuan bayi menyusui   | Edukasi tentang ASI                             |
| 11   | Tanyakan mengenai pemberian vitamin A dan imunisasi   | Edukasi tentang imunisasi                       |
| <b>D. Resume pemasalah dan tindak lanjut</b>                         |   |   |
| 12   | Tentukan pemasalahan  |   |
| 13   | Sampaikan ke ibu dan keluarga mengenai permasalahan   |   |
| 14   | Berikan penyuluhan berbasis masalah   |   |
| 15   | Berikan penyuluhan umum sesuai waktu kunjungan dengan menggunakan lembar balik  | Lembar balik                                    |
| 16   | Berikan contoh jika diperlukan  |   |
| 17   | Ingatkan untuk melakukan perubahan untuk kebaikan ibu hamil dan keluarganya   |   |
| <b>E. Penutup</b>  |   |   |
| 18   | Buat janji rencana kunjungan berikutnya   |   |
| 19   | Ingatkan ibu untuk ke Puskesmas untuk kontrol bayi dan kontrol masa nifas   |   |

**FORMULIR 5A**

| KESEHATAN IBU MASA NIFAS                             |                                      |  |                     |
|--|--------------------------------------|--|---------------------|
| 1  | Tanggal                              |  |                     |
| 2  | Tekanan Darah (mmHg)                 |  |                     |
| 3  | Nadi / menit                         |  |                     |
| 4  | Nafas / menit                        |  |                     |
| 5  | Suhu °C                              |  |                     |
| 6  | Kontraksi Rahim                      | Lemah/ kuat  |                     |
| 7  | Perdarahan                           | Banyak / normal  |                     |
| 8  | Warna / jumlah / bau lokhia          |  |                     |
| 9  | Buang Air Besar                      | Sulit/ normal  |                     |
| 10   | Buang Air Kecil                      | Terganggu / normal   |                     |
| 11   | Produksi ASI (lingkari)              | Banyak/ sedang / kurang  |                     |
| 12   | Keluhan Sekarang                     |  |                     |
| <b><i>Jika dilakukan rujukan pada masa nifas</i></b> |                                      |  |                     |
| 13   | Tanggal                              |  |                     |
| 14   | Dirujuk Ke                           |  |                     |
| 15   | Sebab di rujuk                       |  |                     |
| 16   | Diagnosa Sementara                   |  |                     |
| 17   | Tindakan Sementara                   |  |                     |
| 18   | Umpan balik rujukan                  |  |                     |
| 19   | Tindakan setelah rujukan             |  |                     |
| 20   | Kesimpulan ibu pada akhir masa nifas | Meninggal  |                     |
|  |                                      | Sakit  |                     |
|  |                                      | Sehat  |                     |
| 21   | Pelayanan KB                         | Tidak akan dilakukan   |                     |
|  |                                      | Rencana dilakukan  |                     |
|  |                                      | Sudah dilakukan  |                     |
| 22   | Jenis kontrasepsi                    | Tidak mau  | IUD                 |
|  |                                      | Pantang berkala  | Susuk               |
|  |                                      | Kondom   | Tubektomi/vasektomi |
|  |                                      | Tablet   | Lainnya             |
| 23   | Tempat dilakukan KB                  |  |                     |
| 24   | Tanggal dilakukan KB                 |  |                     |
| <b>Kesimpulan bagian A</b>                           |                                      | <b>Kondisi kesehatan ibu:</b><br>Tidak sehat/ sehat<br><b>Keikutsertaan keluarga berencana</b><br>Belum/ sudah |                     |

**FORMULIR 5B**

| <b>KONDISI NEONATUS</b> |  |                        |                |
|-------------------------|--|------------------------|----------------|
| 1                       | Nama bayi  |                        |                |
| 2                       | Umur bayi  | .....hari / minggu     |                |
| 3                       | Berat Badan (gr)   |                        |                |
| 4                       | Panjang/ tinggi Badan (cm)   |                        |                |
| 5                       | Suhu (°C)  |                        |                |
| 6                       | Frekuensi Nafas/menit  |                        |                |
| 7                       | Air susu/ formula  | Bukan susu/air tajin   |                |
|                         |  | Formula                |                |
|                         |  | ASI + formula          |                |
|                         |  | ASI                    |                |
| 8                       | Alasan pemberian susu formula  |                        |                |
| 9                       | Imunisasi  | <b>Jenis imunisasi</b> | <b>Tanggal</b> |
|                         |  | BCG                    |                |
|                         |  | Hepatitis              |                |
|                         |  | Vitamin K              |                |
| 10                      | Kelainan/penyakit yang dialami sejak kunjungan terakhir                    | Ada                    |                |
|                         |  | Tidak ada              |                |
| 11                      | Jika ada kelainan  | Nama kelainan          |                |
|                         |  | Tindakan ibu           |                |
|                         |  | Tindakan petugas       |                |
|                         |  | Hasil                  |                |
| 12                      | Kelainan/keluhan yang dialami saat ini atau dalam satu bulan setelah lahir | Sesak                  |                |
|                         |  | Kuning (Ikterus)       |                |
|                         |  | Tidak bisa BAB         |                |
|                         |  | Kembung/buncit         |                |
|                         |  | Kejang                 |                |
|                         |  | Demam                  |                |
|                         |  | Cengeng                |                |
|                         |  | Tidak mau menyusu      |                |
| Tidak ada               |  |                        |                |

|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
|                            |   | Mengisap Asi Dengan Baik                                     |
|                            |   | Mengerakkan Kedua lengan dan kaki secara aktif sama mudahnya |
|                            |   | Mata bayi sesekali menatap ke mata ibu                       |
|                            |   | Mulai Mengeluarkan Suara                                     |
| <b>Kesimpulan bagian B</b> | <b>Kondisi kesehatan bayi:</b><br>Tidak sehat/ sehat<br><b>Imunisasi:</b><br>Belum/ sudah<br><b>Keikut sertaan keluarga berencana</b><br>Belum/ sudah |  |

Catatan permasalahan, tindak lanjut, hasil dan verifikasi kunjungan:

| <b>PERMASALAHAN KUNJUNGAN YG LALU YANG BELUM TUNTAS</b> |                              |
|---|------------------------------|
| <b>Masalah</b>  | <b>Penyebab belum tuntas</b> |
|   |                              |

  

| <b>PERMASALAHAN KUNJUNGAN SAAT INI</b> |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>Masalah</b>                         | <b>Tindakan kakak asuh (ditempat)</b> |
|  |                                       |

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