

DAFTAR PUSTAKA

- Afriany, et.al (2024). Penerapan Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI di Ruang Cempaka RSUD Dr.Soehadi Pridjonegoro Sragen. *The Journal General Health and Pharmaceutical Sciences Research*. 2 (3),56-65
- Armini, N. W., et.al (2017). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita & Anak Prasekolah*. Yogyakarta : ANDI.
- Amin, D. R. (2023). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Di Desa Karang Raharja. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kebidanan & Kandungan*, 15(3), 348–353. <https://stikes-nhm.ejournal.id/OBJ/index>
- Apriany, Lia. (2021). Pengaruh Pelaksanaan Birthing Ball Terhadap Lamanya Persalinan Kala 1 Pada Ibu Primigravida. 2021 (2) , 641-650
- Asih, Y. & Risneni. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Astriana, W. (2020). Pengetahuan Tentang Senam Hamil terhadap Pelaksanaan Senam Hamil pada Ibu Hamil di Kelas Posyandu. *Jurnal Kesehatan Abdurahman*, 9(1), 27-33.
- Erni, H. (2021). Pengaruh Bimbingan Gym Ball Terhadap Kemajuan Persalinan Ibu Primigravida. 2021 (1) 83- 90.
- Fariktahma, et.al (2025). Birth Ball Dapat Menurunkan Intensitas Nyeri Persalinan Kala 1 Fase Aktif. *Jurnal Penelitian Sains dan Kesehatan Avicenna*. 4(1)16-18
- Gavi, D.A (2015). *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Irawati, et. Al (2022) Mengurangi Nyeri Persalinan dengan Teknik Birthing Ball. *Jurnal Bidan Cerdas*.2 (1) 12-15
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2023*. Kementerian Kesehatan RI
- Labibah, et.al (2022). Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Cepat Pengeluaran Asi. *Jurnal Kesehatan Siliwangi*. 2 (4), 6-8
- Lailiyana, et.al (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta : EGC.
- Legawati. (2018). *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang : Wineka Media.

- Manuaba, I.B.S. (2019). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. 2 ed. Jakarta: EGC.
- Maternity D, et.al. (2018). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta : CV Andi
- Mukodri, et.al (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Bandung: Nuansa Fajar Cemerlang
- Mutmainah A U, et.al. (2017). *Asuhan Persalinan Normal & Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : ANDI
- Nelina T, et.al (2024). Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi Asi Pada Ibu Post Partum Hari Ke 4-7 Di Desa Karang Sari dan Desa Cintaasih Puskesmas Cipongkor Tahun 2024. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendekia*. 3 (11), 7-8.
- Noordiati. (2018). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita & Anak Prasekolah*. Malang: Wineka Media.
- Oktariana, M. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Ed. 1. Cet. 1*. Yogyakarta: Deepublish.
- Saifuddin, A. B. (2016). *Ilmu Kebidanan, Edisi Keempat, Catatan Kedua*, Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Setiawandari. (2019). *Modul Stimulasi Pijat Bayi Balita*. Malang: Adi Buana University Press
- Simanjuntak, M.K (2022). Efektivitas Birthing Ball Terhadap Kecemasan Dan Nyeri Pada Ibu Bersalin. *Jambura Journal of Health Science and Research*. 4(2), 26-27.
- Sutanto AV, et.al. (2015). *Asuhan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Tetti, S. (2018). Terapi Nonfarmakologi Nyeri Pada persalinan: Systematic Review. 3. <http://journal.umsurabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/1568>
- Varney, H. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Walyani, E. S. et.al (2017). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Widatiningsih, et.al (2017). *Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta : Trans Medika.

World Health Organization (WHO). (2025). Maternal Mortality. Diakses 25 Desember 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596213>

Yuli, A.R. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: CV. Trans Info Media

LAMPIRAN

LAMPIRAN I



UNIVERSITAS NASIONAL FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Sawo Manila No. 61, Pejaten, Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12520, Telp. 27870882
Website : www.unas.ac.id Email: fikes@civitas.unas.ac.id

Jakarta, 13 November 2025

Nomor : 585/D/SP/FIKES/XI/2025
Lampiran : -
Perihal : **Izin Pengambilan Data dan Penelitian**

KepadaYth : Pimpinan TPMB Rahayu Dwikanthi.
Kp. Buahaseum 1 Rt 04, RW 02 Karya Mukti, Lemah abang Karawang
41383.

Dengan hormat,

Pimpinan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Jakarta dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : IRNI INDRIANI
NPM : 25277745044
Program Studi : Pendidikan Profesi Bidan
No. Telepon/HP : 087824167900

Mahasiswa tersebut bermaksud melakukan Pengambilan Data dan Penelitian yang diperlukan dalam rangka penulisan Karya Ilmiah Akhir Bidan dengan judul : **ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. F 33TH G2P0A0 DI TPMB R DI KARAWANG TAHUN 2025.** Adapun sebagai pembimbing Karya Ilmiah Akhir Bidan mahasiswa tersebut, yaitu:

Pembimbing 1 : Bdn., Jenny Anna Siauta, SST., M.Keb..

Sehubungan dengan hal tersebut mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan bantuan.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.



Dekan,

Prof. Dr. Retno Widowati, M.Si.

LAMPIRAN II



PRAKTIK MANDIRI BIDAN Bdn. Rahayu Dwikanthi, SST

Kp. Buahaseum 1 RT 04 RW 02, Karyamukti
Lemahabang, Kabupaten Karawang

Nomor : 02/XI/2025
Hal : Surat keterangan penelitian

Karawang, 14 November 2025

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Nasional

Dengan hormat,

Menindaklanjuti surat Nomor 585/D/SP/FIKES/XI/2025 mengenai Permohonan Izin Pengambilan Data dan Penelitian dalam rangka penulisan Karya Ilmiah Akhir Bidan, maka dengan ini kami memberikan izin untuk melakukan pengambilan kasus di tempat kami, kepada :

Nama : Irni Indriani
NPM : 25277745044
Program studi : Pendidikan Profesi Bidan
No. HP : 087824167900

Demikian surat ini disampaikan, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Hormat Kami,



Bdn. Rahayu Dwikanthi, SST

LAMPIRAN III

INFORMED CONSENT

Judul : Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. F Di TPMB Rahayu
Dwikanthi., S.ST., M.Keb., Bdn Karawang Jawa Barat

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fitriyani
Umur : 33 Tahun
Alamat : Dusun. Ciguha rt/rw 004/001 Desa.Sekarwangi
Kecamatan.Rawamerta Kabupaten Karawang

Setelah mendapat penjelasan dari bidan, saya bersedia menjadi klien yang akan dilakukan oleh:

Nama Mahasiswa : Imi Indriani
NPM : 25277745044
Program Studi : Profesi Bidan Universitas Nasional Jakarta

Demikian pernyataan ini dibuat untuk digunakan seperlunya dan apabila dalam pelaksanaannya ada perubahan dan keberatan menjadi responden dapat mengajukan pengunduran diri.

Karawang, Oktober 2025

Mahasiswa



Imi Indriani

Klien



Ny. Fitriyani

LAMPIRAN IV

Pencatatan Pelayanan Kesehatan Ibu yang Sudah Diterima

Ditai oleh Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan mengisi data dan paraf sesuai layanan yang diberikan.

HPHT/Trimester	I 12 Minggu Pertama		II 13 - 28 Minggu		III Di Atas 28 Minggu	
Kunjungan ke-	1	2	3	4	5	6
Tanggal dan Tempat	7ms					
Tanggal periksa	7/3 -25	01/06 -25	02/07 -25	03/09 -25	29/9 -25	3/10 -25
Tempat periksa	Pkm BLS	Pkm BLS	Pkm BLS	Pkm BLS	Pkm BLS	Pkm BLS
Catatan Pemeriksaan						
Berat Badan	53kg	61,5kg	62kg	69kg	65,6kg	66,8
Tinggi Badan	149cm					
Lingkar Lengan Atas	30 cm					
Tekanan Darah	110/70	110/70	120/80	110/70	120/80	110/70
Tinggi Rahim	-	3jkr + pusat	22cm puka	27cm puka	29cm puka	32cm puka
Letak dan Denyut Jantung bayi	-	136x/m	138x/m	141x/m	132x/m	136x/m
Status dan Imunisasi Tetanus	TTS	-	-	-	-	-
Konseling	nutrisi bumil	posisi istirahat	tanda bahaya	tanda bahaya	tanda & persiapan persalinan	persiapan persalinan
Skrining Dokter	Normal	-	-	-	Normal	-
Tablet Tambah Darah	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab
Tes Lab Hemoglobin (Hb)	12,9 gr/dl				12,2	
Tes Golongan Darah	B+					
Tes Lab Protein Urine	(-)				(-)	
Tes Lab Gula Darah					86	
USG	fa					
Tripel Eliminasi (H/S/Hep B)	NR NR NR				NR NR NR	
Tata Laksana Kasus						

96

Lihat edukasi untuk ibu hamil di halaman 4-20.

LAMPIRAN IV PEMERIKSAAN ANC TM I

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Evaluasi Kesehatan Ibu Hamil

Diisi oleh Dokter

Nama Dokter: dr. Astri Lovita Tanggal Periksa: 7-5-25
 Fasilitas Kesehatan: PM Belongsari

Kondisi Kesehatan Ibu

TB	0 cm	IMT	
BB	70 kg	Kurus	Normal
LILA	10 cm	Gemuk	Obesitas

Status Imunisasi TD

TT	Selang Waktu	Perlindungan
1		Awal
2	1 bulan	3 tahun
3	6 bulan	5 tahun
4	12 bulan	10 tahun
5	12 bulan	> 25 tahun

Kesimpulan: Status imunisasi: Imunisasi lainnya: COVID-19/

Pemeriksaan Khusus

Inspeksi/ Inspekulo	Porsio	Normal	Tidak normal
	Uretra	Normal	Tidak normal
	Vagina	Normal	Tidak normal
	Vulva	Normal	Tidak normal
	Fluksus	+/-	+/-
	Fluor	+/-	+/-

Riwayat Kesehatan Ibu Sekarang

Alergi	Asma
Autoimun	Diabetes
Hepatitis B	Hipertensi
Jantung	Jiwa
Sifilis	TB
Lainnya:	

Riwayat Perilaku Berisiko 1 Bulan Sebelum Hamil

Aktivitas fisik kurang	Alkohol
Kosmetik yang mengandung zat berbahaya	Merokok
Obat Teratogenik	Pola makan berisiko
Lainnya:	

Riwayat Penyakit Keluarga

Alergi	Asma
Autoimun	Diabetes
Hepatitis B	Hipertensi
Jantung	Jiwa
Sifilis	TB
Lainnya:	

Riwayat Kehamilan dan Proses Melahirkan

Termasuk keguguran, kembar, dan lahir mati.

No	Tahun	BB gram	Proses Melahirkan	Penolong Proses Melahirkan	Masalah
1	9th	3400	spt	Prdian	ada
2	ini				
3					

98

Lihat edukasi untuk ibu hamil di halaman 4-20.

Pemeriksaan Dokter Trimester 1

Diisi oleh Dokter

Umur kehamilan < 12 minggu.
 Nama Dokter: dr. Astri Lovita Tanggal Periksa: 7-5-25

Konsep: Anamnesa dan pemeriksaan dokter umum mengenai risiko kehamilan saat ini normal/kehamilan bermasalah.

Pemeriksaan Fisik Keadaan Umum

Konjungtiva	Anemia	Tidak Anemia
Sklera	Iktirik	Tidak Iktirik
Kulit	Normal	Tidak normal
Leher	Normal	Tidak normal
Gigi Mulut	Normal	Tidak normal
THT	Normal	Tidak normal
Dada	Jantung	Normal
	Paru	Normal
Perut	Normal	Tidak normal
Tungkai	Normal	Tidak normal

USG Trimester I

HPHT: 8-07-2024-2025

Keteraturan haid: Teratur/Tidak Teratur*
 Umur kehamilan berdasar HPHT (pada siklus haid teratur): 6 Minggu
 HPL Berdasarkan HPHT (pada siklus haid teratur): 5-11-25
 Umur kehamilan berdasarkan USG: 7 minggu
 HPL berdasarkan USG: 21-10-25

Jumlah GS	Tunggal/kembar*
Diameter GS 7..... cm, sesuai dengan umur kehamilan: 7 Minggu + 5 hari
Jumlah bayi	Tunggal/kembar*
CRL 6,8..... cm, sesuai dengan umur kehamilan: 7 Minggu + 3 hari
Letak Produk Kehamilan	Intrauterin/extrauterin/tidak dapat ditentukan*
Pulsasi Jantung	Tampak/tidak tampak*
Kecurigaan Temuan Abnormal	Ya/tidak*, Sebutkan

* HPHT: Hari Pertama Haid Terakhir/Thaggal Mulai Haid Terakhir; HPL: Hari Perkiraan Lahir/Tanggal Taksiran Persalinan; GS: Gestasional Sac/Kantong Kehamilan; CRL: Crown-Rump Length/Jarak Puncak Kepala Bokong
 * Bila embrio/fetus sudah tampak maka pengukuran yang dilakukan adalah CRL sementara GS tidak perlu dilakukan pengukuran.
 * Pulsasi jantung adalah gerakan jantung yang tervisualisasi setelah CRL berukuran lebih dari 4.5 cm.
 * Umur Kehamilan serta HPL USG yang dipakai adalah berdasarkan hasil pengukuran CRL (Trimester I).
 * *: Lingkari pilihan yang sesuai.

Lihat edukasi untuk ibu hamil pada masa trimester 1 di halaman 6-8.

99



Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 7 / 3 / 2025

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Hemoglobin	12.9 g/dL	
Golongan Darah & Rhesus	AB / +	
Gula Darah Sewaktu	100 Mg/dL	
Triplet Eliminasi		
H	Reaktif Non reaktif	
S	Reaktif Non reaktif	
Hepatitis B	Reaktif Non reaktif	protein urin (-), glukosa urin (-), AH 7.0

Skrining Kesehatan Jiwa

Tanggal 7 / 3 / 2025

Skrining Kesehatan Jiwa	Ya	Tidak
Tindak Lanjut Hasil Skrining Kesehatan Jiwa	Edukasi	Konseling
Perlu Rujukan	Ya	Tidak

Lingkari jawaban yang sesuai.

Kesimpulan ANC dapat dilakukan di FKTP

Rekomendasi

ANC dapat dilakukan di FKTP atau rujuk ke FKRTL

100 Lihat edukasi untuk ibu hamil pada masa trimester 1 di halaman 6-8.

LAMPIRAN IV PEMERIKSAN ANC TM III

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Pemeriksaan Dokter Trimester 3

Umur kehamilan 32 - 36 minggu.

Nama Dokter dr. Adri Lovita Tanggal Periksa 9-09-25

Konsep : Anamnesa dan pemeriksaan dokter umum mengenai risiko kehamilan saat ini normal/kehamilan bermasalah.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum

Konjungtiva	Anemia	Tidak Anemia
Sklera	Ikterik	Tidak Ikterik
Kulit	Normal	Tidak normal
Leher	Normal	Tidak normal
Gigi Mulut	Normal	Tidak normal
THT	Normal	Tidak normal
Dada	Jantung Normal	Tidak normal
	Paru Normal	Tidak normal
Perut	Normal	Tidak normal
Tungkai	Normal	Tidak normal

USG Trimester III

USG Trimester III telah dilakukan: Ya/tidak*

- Bila ya, Umur Kehamilan saat ini berdasarkan USG Trimester I: minggu.
- Bila tidak dan haid teratur, umur kehamilan saat ini berdasarkan HPHT: 35 minggu.


Umur Kehamilan berdasarkan biometri bayi USG Trimester III: minggu.

Apakah terdapat selisih 3 minggu atau lebih diantara UK USG Trimester I/HPHT dengan UK USG Trimester III: Ya/tidak*

Jumlah bayi	<u>Tunggal/kembar*</u>
Letak bayi	<u>Intrauterin/extrauterin/tidak dapat ditentukan*</u>
Presentasi bayi	<u>Kepala/Bokong/Letak Lintang*</u>
Keadaan bayi	<u>hidup/meninggal*, DJJ: <u>155</u> X/m (normal/tidak normal)*</u>
Lokasi Plasenta	<u>Fundus/corpus/letak rendah/previa*</u>
Jumlah Cairan Ketuban	SDP: <u>51.33</u> cm, <u>kurang/kurang/berlebih*</u>
Biometri bayi	BPD: <u>6.61</u> cm, sesuai: <u>35</u> minggu
	HC: <u>30.41</u> cm, sesuai: <u>35</u> minggu
	AC: <u>30.41</u> cm, sesuai: <u>35</u> minggu
	FL: <u>6.60</u> cm, sesuai: <u>35</u> minggu
	EFW/TBJ: <u>2993</u> gram, sesuai: minggu
Kecurigaan Temuan Abnormal	Ya/tidak*, Sebutkan

* DJJ: Denyut Jantung bayi, SDP: Ujuran, BPD: Biparietal Diameter/jarak tulang parietal kepala, HC: Head Circumference/lingkar dada, AC: Abdominal Circumference/lingkar perut, PL: Femur Length/panjang tulang paha, EFW: Estimates Fetal Weight, TBJ: Taksiran Berat bayi.

*: Lingkari pilihan yang sesuai.



Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 31.10.2022

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Hemoglobin	<u>12.2</u> g/dL	
Protein Urin	<u>NEGATIF</u> Mg/dL	
Urin Reduksi	<u>Negatif</u> +1/+2/+3/+4	

Skринing Kesehatan Jiwa Tanggal 31.10.2025

Skринing Kesehatan Jiwa	<u>Ya</u>	Tidak
Tindak Lanjut Hasil Skринing Kesehatan Jiwa	<u>Edukasi</u>	Konseling
Perlu Rujukan	<u>Ya</u>	Tidak

Lingkari jawaban yang sesuai.

Rencana Konsultasi Lanjut

Gizi	Kebidanan	Anak	Penyakit Dalam	Neurologi	THT	Psikiatri	Lain-lain
------	-----------	------	----------------	-----------	-----	-----------	-----------

Rencana Proses Melahirkan

Normal	Pervaginam berbantu	Sectio caesaria
--------	---------------------	-----------------

Pilihan Rencana Kontrasepsi

AKDR	Pil	Suntik	Steril
MAL	Implan	Belum memilih	

Konseling

Kebutuhan konseling	Ya	Tidak
---------------------	----	-------

Penjelasan

Kesimpulan: Rekomendasi Tempat Proses Melahirkan: FKTP/FKRTL (coret salah satu).

Proses melahirkan dapat dilakukan di FKTP atau rujuk ke FKRTL

BPD Biparietal Diameter	AC Abdominal Circumferential	SDP Cairan Ketuban
HC Head Circumferential	FL Femur Length	Single Deepest Pocket Cairan Ketuban
MAL Metode Amnionore Laktasi		

Lihat edukasi untuk ibu hamil pada masa trimester 3 di halaman 19-20.

104
105

CS Dipindai dengan CamScanner

Catatan Persalinan

- Tanggal : 05/10 - 25
- Nama Bidan : B. Arni
- Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya : TPMB
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : Rujuk, Kala I/II/III/IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping saat merujuk :
 - Bidan
 - Teman
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 - Gawat darurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - PMPTCT

KALA I

- Temuan pada fase laten :
- Grafik diatas melewati garis waspada : Y / C
- Masalah pada fase aktif, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
 - Ya, Indikasi :
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan :
 - Suami
 - Teman
 - Keluarga
 - Dukun
 - Tidak ada
- Gawat janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 - Tidak
 - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasilnya :
- Distosia bahu
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya :

KALA III

- Inisiasi Menyusui Dini
 - Ya
 - Tidak, Alasannya :
- Lama kala III : 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan :
 - Penjepitan tali pusat menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitisin (2x)?
 - Ya, alasannya :
 - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali :
 - Ya
 - Tidak, alasan :

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Kekanan Darah	Nadi	Temp° C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih/Σ Urine	Σ Darah Keluar
1	15-10	100/80	84	36,5°	2 jari + pusat	Baik	± 20	± 30
	15-25	100/70	83		2 jari + pusat	Baik	± 10	± 20
	15-40	100/70	83		2 jari + pusat	Baik	± 10	± 10
	15-55	100/70	86		2 jari + pusat	Baik	± 10	± 10
2	16-25	110/70	89	36,7°	2 jari + pusat	Baik	± 20	± 20
	16-55	110/70	89		2 jari + pusat	Baik	± 10	± 20

- Massase fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 -
 -
- Plasenta tidak lahir >30 menit :
 - Tidak
 - Ya, alasan :
- Laserasi :
 - Tidak
 - Ya, dimana *mukosa & otot vagina*
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3 / 4
Tindakan :
 - Penjahitan *dengan / tanpa anestesi*
 - Tidak dijahit, alasan :
- Atonia uteri :
 - Ya, Tindakan :
 - Tidak
- Jumlah darah yang keluar / pendarahan : ± 150 ml
- Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya
Hasilnya :

KALA IV

- Kondisi ibu : KU : Baik TD : 100/80 mmHg
Nadi : 83 x/menit Respirasi : 22 x/menit
- Masalah kala IV, penatalaksanaannya :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR

- Berat badan : 3400 gram
- Panjang badan : 50 cm
- Jenis kelamin : L / P
- Penilaian bayi baru lahir *baik* ada penyulit
- Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - Menghangatkan
 - Meringankan
 - Rangsang taktil
 - MD atau naturni menyusui segera
 - Tetes mata profilaksis
 - Vitamin K¹
 - Imunisasi Hepatitis B
 - Asfiksia, tindakan :
 - menghangatkan
 - bebaskan jalan nafas (posisi dan isap lendir)
 - meringankan
 - rangsangan taktil
 - ventilasi positif (jika perlu)
 - asuhan pascareusitasi
 - lain-lain, sebutkan :
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi : Ya / *Tidak* tindakan :
 - a.
 - b.
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayilahir
 - Ya, waktu : *8 jam* Jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan :
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan dan hasilnya :

LAMPIRAN VI

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Ringkasan Pelayanan Nifas

6 Jam - 42 Hari Setelah Bersalin	KF 1 6 - 48 Jam	KF 2 3 - 7 Hari	KF 3 8 - 28 Hari	KF 4 29 - 42 Hari
Tanggal dan Tempat				
Tanggal Periksa	25/10 - 25	28/10 - 25	05/11 - 25	5/12 - 25
Tempat Periksa	TPMB	TPMB	TPMB	TPMB
Catatan Pemeriksaan				
Periksa Payudara (ASI)	Ya	Ya	Ya	Ya
Periksa Pendarahan	Rubra	Sanguinolenta	Setosa	Alba
Periksa Jalan Lahir	Normal	Normal	Normal	Normal?
Vitamin A	1x1 (2 kapsul)			
KB Pasca Melahirkan				sunthe 3 bulan
Skrining Kesehatan Jiwa				
Konseling	Tanda bahaya ASI Efektif		Personal Hygiene	perencanaan KB
Tata Laksana Kasus				

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu* <input checked="" type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Meninggal	Keadaan Bayi* <input checked="" type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Meninggal	Masalah Nifas* <input type="checkbox"/> Pendarahan <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
--	---	--

Pastikan bayi mendapat pelayanan kesehatan neonatal (KN) dan catat hasil pemeriksaan pada lembar anak.

Kesimpulan : Ibu nifas dgn keadaan normal

* Beri tanda ✓ (centang) pada kolom yang sesuai

116
Lihat edukasi untuk ibu setelah melahirkan di halaman 20-33.


LAMPIRAN VII

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Dilisi oleh Tenaga Kesehatan

Pelayanan Kesehatan Bayi Usia 0 - 28 Hari (Neonatus)

Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda usia < 2 bulan.

0 - 6 jam	6 - 48 jam KN1	3 - 7 hari KN2	8 - 28 hari KN3
Kondisi <u>Baik</u> BB <u>3400</u> g PB <u>50</u> cm LK <u>39</u> cm Inisiasi Menyusui <input checked="" type="checkbox"/> Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi Hepatitis B0	BB <u>3400</u> g PB <u>50</u> cm LK <u>39</u> cm <input checked="" type="checkbox"/> Menyusui <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi Hepatitis B0* <input type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital (dilakukan setelah 24 jam) <input type="checkbox"/> Skrining Penyakit jantung bawaan kritis 24-48 jam. Hasil -----	<input type="checkbox"/> Menyusui <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda Bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi Kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi Hepatitis B0* <input checked="" type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital (bila belum dilakukan)	<input checked="" type="checkbox"/> Menyusui <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda Bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi Kuning <input type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital s.d usia 14 hari (bila belum dilakukan)
Tgl/Bln/Th <u>29/10/25</u> Jam <u>16:10 WIB</u> No. Batch -----	Tgl/Bln/Th <u>29/10/25</u> Jam <u>22:10 WIB</u> No. Batch -----	Tgl/Bln/Th <u>28/10/25</u> Jam <u>08:00</u> No. Batch -----	 <p>Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.</p>
Tripel Eliminasi H ----- S ----- Hep B -----	Tripel Eliminasi H ----- S ----- Hep B -----	Tripel Eliminasi H ----- S ----- Hep B -----	Tripel Eliminasi H ----- S ----- Hep B -----
Masalah <u>Tidak ada</u>	Masalah <u>Tidak ada</u>	Masalah <u>Tidak ada</u>	Masalah <u>Tidak ada</u>
Dirujuk ke** -----	Dirujuk ke** -----	Dirujuk ke** -----	Dirujuk ke** -----
Nama Tenaga Kesehatan <u>Bd. Iriani</u>	Nama Tenaga Kesehatan <u>Bd. Iriani</u>	Nama Tenaga Kesehatan <u>Bd. Iriani</u>	Nama Tenaga Kesehatan <u>Bd. Iriani</u>

(*) bila belum diberikan

(**) Beri tanda - (strip) jika tidak ada masalah/bisak dirujuk.

Catatan Penting

Nama Tenaga Kesehatan

122

Lihat edukasi untuk bayi baru lahir di halaman 39-48.

Riwayat Proses Melahirkan

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

G. 2 P. 1 A. 0

Pada Hari Sabtu 25 - 10 - 20 Tanggal 25/10 - 20 Pukul 14.50

Cara Melahirkan Spontan Sungsang
Dengan Tindakan Ekstraksi Vakum Ekstraksi Forcep SC
Penolong Kelahiran Dokter Spesialis Dokter Bidan

Catatan Pemeriksaan

Taksiran Melahirkan

Fasyankes

Rujukan

Inisiasi Menyusu Dini

Cap Kaki Bayi



Lihat edukasi untuk ibu melahirkan di halaman 21-25.

115

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN			KLASIFIKASI	KN 1/2/3 TINDAKAN/PENGOBATAN
Tanggal Kunjungan : <u>29.10.25</u> NIK : _____ Alamat : <u>Desa Sekarwangi</u> L/10 Nama Ibu : <u>H.F. Fitri</u> Nama Bayi : <u>B.P. H.P. Han</u> Umur : _____ minggu _____ hari BB : <u>3900</u> gram PB : <u>50</u> cm Lingkar kepala : <u>39</u> cm (makrosefali/normal/mikrosefali) Suhu : <u>36,7</u> °C Bayi sakit apa? <u>Tidak ada sakit</u> Kunjungan Pertama <input checked="" type="checkbox"/> Kunjungan Ulang _____				
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERATANFEKSI BAKTERI BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI LOKAL (Lingkari semua gejala yang ditemukan) • Apakah ada tanda biru di sana sekitar mulut saat menangis dan/atau disertai sesak napas? • Apakah tidak BAB 48 jam setelah lahir? • Apakah muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau? • Apakah perut kembung bernapas dan sulit bernapas? (kali/menit) • Apakah tampak mengisap? • Muntah/sidak mau • Apakah kejang?			• Tanda biru di sekitar mulut saat menangis/mengisap • Tanda sesak napas seperti napas cuping hidung dan atau tirikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Lemah, tidak kuat bergerak dan tidak mau mengisap • Gerakan kejang: gerakan spontan tidak terkendali dan tidak berhenti saat dipegang dan atau ditahan • Suhu tubuh > 37,5°C _____ atau < 36,5°C _____ • Tidak BAB 48 jam setelah lahir • Perut kembung dan sulit bernapas • Muntah susu atau cairan berwarna hijau • Tidak ada lubang anus atau kotoran kechar pada lubang tidak normal di sekitar anus • Terdapat fokus infeksi: o mata bernanah banyak _____ sedikit o pusar kemerahan o pusar kemerahan meluas sampai dinding perut > 1cm • Dengar suara napas, adakah merintih • Pasang <i>pulso oxymeter</i> pada: o tangan kanan SpO2 _____ % kaki kiri SpO2 _____ % o terdapat perbedaan SpO2 > 3%? Ya _____ Tidak _____ • Hitung napas dalam 1 menit _____ kali/menit. Ulangi menghitung jika cepat (≥ 60) Hitung napas kedua _____ kali/menit Napas lambat (< 40 kali/menit) Apakah: Napas cepat (≥ 60 kali/menit)	
MEMERIKSA IKTERUS • Apakah bayi kuning? Umur pertama kali timbul kuning: o < 24 jam _____ o > 24 jam sampai dengan 14 hari _____ o > 14 hari _____ • Kuning di mata atau kulit • Kuning sampai telapak tangan ATAU telapak kaki bayi			Tidak ada Perforasi infeksi Tidak ada Ikterus	
APAKAH BAYI DIARE? Bayi sudah diare selama _____ hari • Keadaan umum bayi: o Bayi bergerak atas kemauan sendiri o Bayi bergerak hanya ketika dirangsang o Bayi tidak bergerak sama sekali o Bayi gelisah atau rewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya: o Sangat lambat (> 2 detik) o Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) o Segera			Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Diare	
MEMERIKSA STATUS HIV • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika "Ya", apakah hasil tes serologis ibu : Positif _____ Negatif <input checked="" type="checkbox"/> • Apakah bayi pernah tes HIV? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apakah hasil tes virologis bayi : Positif _____ Negatif _____ Jika "Ya", apakah hasil tes serologis bayi : Positif _____ Negatif _____ • Jika ibu HIV "Positif" dan bayi tidak memiliki tes virologis "Positif": o Apakah saat ini bayi mendapat ASI? Ya _____ Tidak _____ o Apakah bayi pernah mendapat ASI sebelum atau saat pemeriksaan HIV? Ya _____ Tidak _____ o Apakah ibu dalam pengobatan ARV? Ya _____ Tidak _____ DAN bayi diberikan profilaksis ARV? Ya _____ Tidak _____			Tidak ada HIV	
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI • Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika "Ya": o Berapa kali dalam 24 jam? <u>10</u> kali o Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apa yang diberikan? Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Alat apa yang digunakan? Botol _____ Cangkir _____ Lainnya _____ • Jika bayi tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI o Lihat apakah posisi bayi benar : Seluruh badan bayi tersanggah dengan baik – Kepala dan tubuh bayi lurus – Badan bayi menghadap ke dada ibu – Badan bayi dekat ke ibu Posisi Benar <input checked="" type="checkbox"/> Posisi Salah _____ o Lihat apakah pelekatan baik : Dagu bayi menempel payudara – Mulut bayi terbuka lebar – Bibir bawah membuka ke luar – Aerola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali _____ Tidak melekat dengan baik _____ Melekat dengan baik <input checked="" type="checkbox"/> o Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali _____ Tidak mengisap dengan efektif _____ Mengisap dengan efektif <input checked="" type="checkbox"/> • Berat badan menurut umur: o < 2 kg (umur < 7 hari) _____ o Rendah < -2 SD _____ o Tidak rendah ≥ -2 SD <input checked="" type="checkbox"/> • Adakah bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut? Ya _____ Tidak _____ • Adakah celah bisul/langit-langit? Ya _____ Tidak _____			Tidak ada Masalah	

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p>Ibu HIV POSITIF yang TIDAK MENYUSUI Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p> <p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN MASALAH PEMBERIAN MINUM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Susu apa yang diberikan? • Berapa kali pemberian selama 24 jam? _____ kali • Berapa jumlah yang diberikan setiap pemberian minum? _____ ml • Lihat cara ibu menyiapkan susu dan memberikan kepada bayi: <ul style="list-style-type: none"> o Apakah sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> o Apakah sudah higienis? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Alat apa yang digunakan untuk memberi susu bayi? Cangkir _____ Botol _____ Lainnya _____ • Apakah cara ibu membersihkan alat makan sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Apa minuman yang diberikan sebagai tambahan minuman pengganti? <p>• Berat badan menurut umur: o < 2 kg (umur < 7 hari) _____ o Rendah < -2 SD _____ o Tidak rendah \geq -2 SD _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adakah bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Adakah celah bibir/langit-langit? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> 	-	-
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</p> <p>Diberikan segera setelah lahir Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>	➔	<p>Vitamin K1 diberikan hari ini : 25/10 - 25/10</p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>HB-0 _____ BCG _____ OPV 0 _____</p>	➔	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini : 25/10 - 25/10</p>
<p>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</p>	Tidak ada masalah atau keluhan lain.	-
<p>MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN IBU</p>	Tidak ada masalah atau keluhan pada Ibu.	-
<p>Kunjungan Ulang : <u>3</u> hari Nasihat kapan kembali segera : 28/10 - 28/10</p>		

Nama pemeriksa: Bd. Imiti

* Bila ada makrosefali/ mikrosefali dituliskan di masalah lain, kemudian dirujuk

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN			KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
Tanggal Kunjungan : <u>29.10.25</u> NIK : _____ Alamat : <u>Desa Sekarwangi</u> L/10 Nama Ibu : <u>H.F. Fitri</u> Nama Bayi : <u>B.P. H.P. Han</u> Umur : _____ minggu _____ hari BB : <u>3900</u> gram PB : <u>50</u> cm Lingkar kepala : <u>37</u> cm (makrosefali/normal/mikrosefali) Suhu : <u>36,7</u> °C Bayi sakit apa? <u>Tidak ada sakit</u> Kunjungan Pertama <input checked="" type="checkbox"/> Kunjungan Ulang _____				
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)				
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERATANFEKSI BAKTERI BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI LOKAL • Apakah ada tanda biru di sana sekitar mulut saat menangis dan/atau disertai sesak napas? • Apakah tidak BAB 48 jam setelah lahir? • Apakah muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau? • Apakah perut kembung bernapas dan sulit bernapas? (kali/menit) • Apakah tampak mengisap? • Muntah/sidat mau • Apakah kejang?			Tidak ada Perforasi infeksi	-
• Tanda biru di sekitar mulut saat menangis/mengisap • Tanda sesak napas seperti napas cuping hidung dan atau tirikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Lemah, tidak kuat bergerak dan tidak mau mengisap • Gerakan kejang: gerakan spontan tidak terkendali dan tidak berhenti saat dipegang dan atau ditahan • Suhu tubuh > 37,5°C _____ atau < 36,5°C _____ • Tidak BAB 48 jam setelah lahir • Perut kembung dan sulit bernapas • Muntah susu atau cairan berwarna hijau • Tidak ada lubang anus atau kotoran kechar pada lubang tidak normal di sekitar anus • Terdapat fokus infeksi: o mata bernanah banyak _____ sedikit o pusar kemerahan o pusar kemerahan meluas sampai dinding perut > 1cm				
MEMERIKSA IKTERUS • Apakah bayi kuning? Umur pertama kali timbul kuning: o < 24 jam _____ o > 24 jam sampai dengan 14 hari _____ o > 14 hari _____ • Kuning di mata atau kulit • Kuning sampai telapak tangan ATAU telapak kaki bayi			tidak ada Ikterus	-
APAKAH BAYI DIARE? Bayi sudah diare selama _____ hari • Keadaan umum bayi: o Bayi bergerak atas kemauan sendiri o Bayi bergerak hanya ketika dirangsang o Bayi tidak bergerak sama sekali o Bayi gelisah atau rewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya: o Sangat lambat (> 2 detik) o Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) o Segera			Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	tidak ada Diare
MEMERIKSA STATUS HIV • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apakah hasil tes serologis ibu : Positif _____ Negatif _____ • Apakah bayi pernah tes HIV? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apakah hasil tes virologis bayi : Positif _____ Negatif _____ Jika "Ya", apakah hasil tes serologis bayi : Positif _____ Negatif _____ • Jika ibu HIV "Positif" dan bayi tidak memiliki tes virologis "Positif": o Apakah saat ini bayi mendapat ASI? Ya _____ Tidak _____ o Apakah bayi pernah mendapat ASI sebelum atau saat pemeriksaan HIV? Ya _____ Tidak _____ o Apakah ibu dalam pengobatan ARV? Ya _____ Tidak _____ DAN bayi diberikan profilaksis ARV? Ya _____ Tidak _____			tidak ada HIV	-
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI • Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika "Ya": o Berapa kali dalam 24 jam? <u>10</u> kali o Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apa yang diberikan? Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Alat apa yang digunakan? Botol _____ Cangkir _____ Lainnya _____ • Jika bayi tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI o Lihat apakah posisi bayi benar : Seluruh badan bayi tersanggah dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu Posisi Benar <input checked="" type="checkbox"/> Posisi Salah _____ o Lihat apakah pelekatan baik : Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah membuka keatas - Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali _____ Tidak melekat dengan baik _____ Melekat dengan baik <input checked="" type="checkbox"/> o Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali _____ Tidak mengisap dengan efektif _____ Mengisap dengan efektif <input checked="" type="checkbox"/> • Berat badan menurut umur: o < 2 kg (umur < 7 hari) _____ o Rendah < -2 SD _____ o Tidak rendah > 2 SD <input checked="" type="checkbox"/> • Adakah bercak putih (thrush) di mulut? Ya _____ Tidak _____ • Adakah celah bibir/langit-langit? Ya _____ Tidak _____			tidak ada Masalah	-

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p>Ibu HIV POSITIF yang TIDAK MENYUSUI Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN MASALAH PEMBERIAN MINUM</p> <ul style="list-style-type: none"> Susu apa yang diberikan? Berapa kali pemberian selama 24 jam? _____ kali Berapa jumlah yang diberikan setiap pemberian minum? _____ ml Lihat cara ibu menyiapkan susu dan memberikan kepada bayi: <ul style="list-style-type: none"> Apakah sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah sudah higienis? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Alat apa yang digunakan untuk memberi susu bayi? Cangkir <input type="checkbox"/> Botol <input type="checkbox"/> Lainnya _____ Apakah cara ibu membersihkan alat makan sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apa minuman yang diberikan sebagai tambahan minuman pengganti? _____ Berat badan menurut umur: <ul style="list-style-type: none"> < 2 kg (umur < 7 hari) <input type="checkbox"/> Rendah < -2 SD <input type="checkbox"/> Tidak rendah ≥ -2 SD <input type="checkbox"/> Adakah bercak putih (thrush) di mulut? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Adakah celah bibir/langit-langit? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> 	-	-
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</p> <p>Diberikan segera setelah lahir: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>	➔	Vitamin K1 diberikan hari ini
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>HB-0 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> OPV 0 <input type="checkbox"/></p>	➔	Imunisasi yang diberikan hari ini
<p>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</p>	Tidak ada masalah atau keluhan lain	SHE tgl = 28/10 Tumi'
<p>MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN IBU</p>	Tidak ada masalah atau keluhan pada ibu	-

Kunjungan Ulang : 10 hari
Nasihat kapan kembali segera 7/11-25

Nama pemeriksa: B. I. mi'

* Bila ada makrosefali/ mikrosefali dituliskan di masalah lain, kemudian dirujuk

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : 26/4/25 NIK : _____
 Alamat : Desa Cempaka RT 4/1 Dk. Sekarwangi
 Nama Bayi : Amira Nurul Aulia L/P ♀ Nama Ibu : Hj. Fitri
 Umur : minggu 08 hari BB : 4500 gram PB : 53 cm Lingkar kepala : 36 cm (makrosefali/normat/mikrosefali) Suhu : 36,5 °C
 Bayi sakit apa? Tidak ada sakit Kunjungan Pertama Kunjungan Ulang KLASIFIKASI KN : 1/2/3
 (Lingkari semua gejala yang ditemukan)

PENILAIAN	TINDAKAN/ PENGOBATAN	
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT BANGAT BERAT/INFEKSI BAKTERI BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI LOKAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ada tanda biru di supra sekitar mulut saat menangis dan/atau disertai sesak napas? • Apakah tidak BAB 48 jam setelah lahir? • Apakah muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau? • Apakah perut kembung berapas dan sulit bernapas? (kali/menit) • Apakah tembak mengisap? Lemah/tidak mau • Apakah kejang? <p>• Tanda biru di sekitar mulut saat menangis/mengisap</p> <p>• Tanda sesak napas seperti napas cuping hidung dan/atau urikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat</p> <p>• Lemah, tidak kuat bergerak dan tidak mau mengisap</p> <p>• Gerakan kejang: gerakan spontan tidak terencana dan tidak berhenti saat dipegang dan atau ditahan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh > 37,5°C atau < 36,5°C <p>• Tidak BAB 48 jam setelah lahir</p> <p>• Perut kembung dan sulit bernapas</p> <p>• Muntah susu atau cairan berwarna hijau</p> <p>• Tidak ada lubang anus atau kotoran keluar pada lubang tidak normal di sekitar anus</p> <p>• Terdapat fokus infeksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> o mata berranah banyak _____ sedikit o pusar kemerahan o pusar kemerahan meluas sampai dinding perut > 1cm <p>• Dengar suara napas, adakah merih</p> <p>• Pasang pulse oxymeter pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> o tangan kanan SpO2 % o kaki kiri SpO2 % o terdapat perbedaan SpO2 > 3%? Ya _____ Tidak _____ <p>• Hitung napas dalam 1 menit _____ kali/menit</p> <p>Ulangi menghitung jika _____ cepat (> 60)</p> <p>Hitung napas kedua _____ kali/menit</p> <p>Napas lambat (< 40 kali/menit)</p> <p>Apakah: Napas cepat (> 60 kali/menit)</p>	Tidak ada penanda infeksi	-
<p>MEMERIKSA IKTERUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi kuning? Umur pertama kali timbul kuning: o < 24 jam _____ o > 24 jam sampai dengan 14 hari _____ o > 14 hari _____ • Kuning di mata atau kulit • Kuning sampai telapak tangan ATAU telapak kaki bayi 	Tidak Ikterus	-
<p>APAKAH BAYI DIARE? Ya _____ Tidak _____</p> <p>Bayi sudah diare selama _____ hari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum bayi: <ul style="list-style-type: none"> o Bayi bergerak atas kemauan sendiri o Bayi bergerak hanya ketika dirangsang o Bayi tidak bergerak sama sekali o Bayi gelisah atau rewel • Mata cekung • Cukitan kulit perut kembalinya: <ul style="list-style-type: none"> o Sangat lambat (> 2 detik) o Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) o Segera 	Tidak ada Diare	-
<p>MEMERIKSA STATUS HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya _____ Tidak _____ • Jika "Ya", apakah hasil tes serologis ibu: Positif _____ Negatif _____ • Apakah bayi pernah tes HIV? Ya _____ Tidak _____ • Jika "Ya", apakah hasil tes virologis bayi: Positif _____ Negatif _____ • Jika "Ya", apakah hasil tes serologis bayi: Positif _____ Negatif _____ • Jika ibu HIV "Positif" dan bayi tidak memiliki tes virologis "Positif": <ul style="list-style-type: none"> o Apakah saat ini bayi mendapat ASI? Ya _____ Tidak _____ o Apakah bayi pernah mendapat ASI sebelum atau saat pemeriksaan HIV? Ya _____ Tidak _____ o Apakah ibu dalam pengobatan ARV? Ya _____ Tidak _____ DAN bayi diberikan profilaksis ARV? Ya _____ Tidak _____ 	Tidak ada HIV	-
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi diberi ASI? Ya _____ Tidak _____ • Jika "Ya": <ul style="list-style-type: none"> o Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali o Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya _____ Tidak _____ o Jika "Ya", apa yang diberikan? _____ o Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali o Alat apa yang digunakan? Botol _____ Cangkir _____ Lainnya _____ • Jika bayi tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI <ul style="list-style-type: none"> o Lihat apakah posisi bayi benar: Seluruh badan bayi tersangga dengan baik – Kepala dan tubuli bayi lurus – Badan bayi menghadap ke dada ibu – Badan bayi dekat ke ibu o Posisi Benar _____ Posisi Salah _____ o Lihat apakah pelekatan baik: Dagu bayi menempel payudara – Mulut bayi terbuka lebar – Bibir bawah membuka keluar – Aerola bagian atas tampak lebih banyak o Tidak melekat sama sekali _____ Tidak melekat dengan baik _____ Melekat dengan baik _____ o Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif: Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara mencelan o Tidak mengisap sama sekali _____ Tidak mengisap dengan efektif _____ Mengisap dengan efektif _____ • Berat badan menurut umur: o < 2 kg (umur < 7 hari) _____ o Rendah < -2 SD _____ o Tidak rendah ≥ -2 SD _____ • Adakah berak putih (thrush) di mulut? Ya _____ Tidak _____ • Adakah celah bibir/langit-langit? Ya _____ Tidak _____ 	Tidak ada masalah	-

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p>Ibu HIV POSITIF yang TIDAK MENYUSUI Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p> <p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN MASALAH PEMBERIAN MINUM</p> <ul style="list-style-type: none"> Susu apa yang diberikan? Berapa kali pemberian selama 24 jam? _____ kali Berapa jumlah yang diberikan setiap pemberian <i>minimum</i>? _____ ml Lihat cara ibu menyiapkan susu dan memberikan kepada bayi: <ul style="list-style-type: none"> Apakah sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah sudah higienis? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Alat apa yang digunakan untuk memberi susu bayi? Cangkir <input type="checkbox"/> Botol <input type="checkbox"/> Lainnya _____ Apakah cara ibu membersihkan alat makan sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah minuman yang diberikan sebagai tambahan minuman pengganti? <ul style="list-style-type: none"> Berat badan menurut umur: <input type="checkbox"/> < 2 kg (umur < 7 hari) <input type="checkbox"/> Rendah < -2 SD <input type="checkbox"/> Tidak rendah \geq -2 SD Adakah bercak putih (thrush) di mulut? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Adakah celah bibir/langi-langit? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> 		
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</p> <p>Diberikan segera setelah lahir: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>	<p>→</p>	<p>Vitamin K1 diberikan hari ini</p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>HB-0 _____ BCG _____ OPV 0 _____</p>	<p>→</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini</p>
<p>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</p>	<p>Tidak ada masalah atau keluhan lain.</p>	
<p>MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN IBU</p>	<p>Tidak ada masalah atau keluhan pada ibu</p>	

Kunjungan Ulang : 30 hari
Nasihat kapan kembali segera

Nama pemeriksa: Bd. Iru

* Bila ada makrosefali/ mikrosefali dituliskan di masalah lain, kemudian dirujuk

LAMPIRAN VIII

Lembar Konsultasi/Bimbingan CoMC

Nama Mahasiswa : Irni Indriani
NPM : 25277745044
Program Studi : Profesi Bidan Universitas Nasional Jakarta
Judul : Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada NY. F
Di TPMB Rahayu Dwikanthi, SST., M.Keb., Bdn.
Karawang Jawa Barat
Dosen Pembimbing I : Bdn. Jenny Anna Siauta SST.,M.Keb

No	Hari/ Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1	20 Oktober 2025	Konsul Kasus	Persiapan pasien yang akan diambil untuk CoMC	
2	11 November 2025	Konsul kasus	Laporan kasus harus segera berproses	
3	05 Desember 2025	Konsultasi Cover dan BAB I	Perbaiki sistematika penulisan dan sesuaikan dengan panduan Perbaiki latar belakang dan tujuan	
4	18 Desember 2025	BAB I	penulisan dan sesuaikan dengan panduan Susun Materi yang sesuai dengan kasus	

5	21 Desember 2025	BAB II	Perbaiki peta konsep dan penulisan referensi	
6	03 Januari 2025	Konsultasi BAB I- BAB II	Perbaiki sistematika penulisan dan sesuaikan dengan panduan	
7	05 Januari 2026	Konsul BAB III-V	Perbaiki sistematika penulisan dan sesuaikan dengan panduan Pembahasan sesuaikan dengan asuhan komplementer yang diberikan Saran di bab V harus menjawab tujuan khusus	
8.	08 Januari 2026	Konsul BAB I-V	ACC Sidang	

Lembar Konsultasi/Bimbingan CoMC

Nama Mahasiswa : Irni Indriani
 NPM : 25277745044
 Program Studi : Profesi Bidan Universitas Nasional Jakarta
 Judul : Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada NY. F
 Di TPMB Bdn., Rahayu Dwikanthi, SST., M.Keb
 Karawang Jawa Barat
 Pembimbing II : Bdn., Rahayu Dwikanthi, SST., M.Keb

No	Hari/Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1	200 Otober 2025	Konsul Kasus	Persiapan pasien yang akan diambil untuk CoMC	
2	25 Oktober 2025	INC KN1, KF1	Observasi, ikuti perkembangan pasien dan dokumentasi dan Perhatikan keluhan pasien dan lihat tanda bahaya untuk ditindaklanjuti	
3	28 Oktober 2025	KN2, KF2	Periksa tanda bahaya dan konseling KB	
4	05 November 2025	KN3, KF3	Periksa tanda bahaya dan konseling KB	
5	05 Desemeber 2025	KF 4	Konseling KB dan imunisasi bayi	

LAMPIRAN IX



LAMPIRAN X

BIODATA PENULIS



Nama : Irni Indriani
NPM : 245401456007
Alamat : Dusun Kedungmundu RT.11 Rw. 03 Ds.Kutakarya
Kec.Kutawaluya Kab. Karawang
No Hp : 087824167900
Email : irniindriani@gmail.com
Pendidikan : 1. 1999-2000 : TPA Darussalam (Bandung)
2. 2000-2006 : SD Negeri 2 Soreang (Bandung)
3. 2006-2009 : SMP Negeri 1 Soreang (Bandung)
4. 2009-2012 : SMA Angkasa (Bandung)
5. 2012-2015 : STIKES Rajawali (Bandung)
6. 2024-2025 : Universitas Nasional (DKI Jakarta)
Pengalaman Kerja : 1. BPM Pipih Ropiah
2. UPTD Puskesmas Cimahi Utara
3. UPTD Puskesmas Pedes
4. UPTD Puskesmas Balongsari

Jakarta, 15 Januari 2026

Irni Indriani

PAPER NAME

Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. F Di Tpmb Rahayu Dwi Kanthi, S. St., M.Keb., Bdn Karawang Jawa Barat

AUTHOR

IRNI INDRIANI

WORD COUNT

15605 Words

CHARACTER COUNT

97900 Characters

PAGE COUNT

117 Pages

FILE SIZE

3.4MB

SUBMISSION DATE

Mar 5, 2026 9:52 AM GMT+7

REPORT DATE

Mar 5, 2026 9:55 AM GMT+7

● **24% Overall Similarity**

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

- 18% Internet database
- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 21% Submitted Works database

● **Excluded from Similarity Report**

- Abstract
- Small Matches (Less than 9 words)