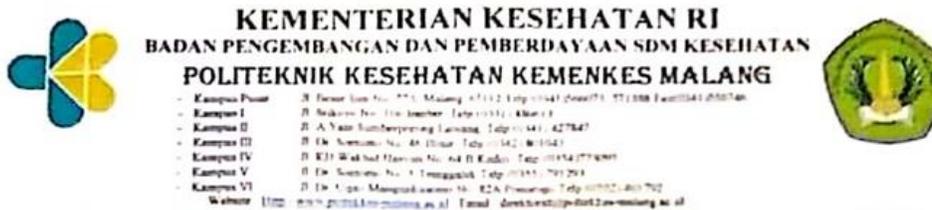


## Lampiran 1



Malang 28 Januari 2020

Nomor            PP 04/03/4.0/ 202 /2020  
Hal                Permohonan Pengantar Pelaksanaan Penelitian

**Kepada, Yth:**

Pimpinan PMB Sismrabwanti, S Tr Keb

Di,-

**MALANG**

Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu Prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Pelaksanaan Penelitian mahasiswa kami

N a m a                : Nur Aini Eka Ahlina  
N I M                 : P17310173036  
Program Studi        : DIII Kebidanan Malang  
Semester             : VI  
Judul                 : *Asuhan kebidanan pada Ny. "X" mas ahamil sampai dengan masa interval di PMB Sismrabawanti*

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

Ketua Jurusan Kebidanan  
  
**HERAWATI MANSUR, SST., M.Pd., M.Psi.**  
NIP. 196501101985032002

Tembusan:

1. Sdr. Nur Aini Eka Ahlina
2. Peringgal

## Lampiran 2

### POA (Planning Of Action)

| No | Rencana kunjungan                  | Sasaran                         | Rencana   | Tempat            |
|----|------------------------------------|---------------------------------|---|-------------------|
| 1  | TM III                             | Ibu dengan kehamilan >36 minggu | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Anamnesa</li> <li>3. 10 T</li> </ol>   | BPM Sismrabawanti |
| 2  | 1 minggu setelah pertemuan pertama | Ibu dengan kehamilan >36 minggu | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Anamnesa</li> <li>3. Konseling persiapan persiapan persalinan</li> </ol>   | Rumah Pasien      |
| 3  | Persalinan dan BBL                 | Ibu dengan usia kehamilan aterm | <p>Ibu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan kemajuan persalinan</li> <li>2. 60 langkah APN</li> </ol> <p>Bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. menjaga suhu tubuh bayi</li> </ol>  | BPM Sismrabawanti |
| 4  | Kunjungan ibu nifas (KF 1)         | Ibu nifas 6 jam                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan cara mengurangi ketidaknyamanan</li> <li>2. KIE tentang makanan tinggi protein</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi dini</li> <li>4. Menjelaskan tanda bahaya masa nifas</li> <li>5. Beritahu ibu jadwal kunjungan selanjutnya</li> </ol> | BPM Sismrabawanti |

|   |  |  |  |                   |
|---|--|--|--|-------------------|
| 5 | Kunjungan neonatus (KN 1)                            | Bayi usia 6-48 jam   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjalin hubungan dengan keluarga</li> <li>2. Memastikan bayi sudah BAK dan BAB</li> <li>3. Melihat kondisi rumah ibu</li> <li>4. Melihat pola asuh di keluarga ibu</li> <li>5. KIE pencegahan infeksi</li> </ol>  | Rumah Pasien      |
| 6 | Kunjungan nifas (KF 2) dan kunjungan neonatus (KN 2) | Ibu dengan 6 hari masa nifas dan bayi dengan usia 6 hari   | <p>Ibu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan TTV dan perfis</li> <li>2. Memastikan pengeluaran pervagina dan involusi uterus</li> <li>3. Mengevaluasi cara menyusui</li> <li>4. Senam nifas</li> </ol> <p>Bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemeriksaan pada bayi</li> <li>2. Memeriksa tand bahaya dan infeksi yang mungkin bisa terjadi seperti ikterus</li> <li>3. Memastikan bayi mendapat ASI dengan baik</li> </ol> | BPM Sismrabawanti |
| 7 | Kunjungan nifas (KF 3) dan kunjungan neonatus (KN 3) | Ibu dengan 14 hari masa nifas dan bayi dengan usia 14 hari | <p>Ibu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan TTV</li> <li>2. Pengeluaran pervagina</li> <li>3. Konseling penggunaan alat kontrasepsi</li> </ol> <p>Bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan fisik</li> </ol>   | BPM Sismrabawanti |

|   |                         |                                 |   |              |
|---|-------------------------|---------------------------------|---|--------------|
|   |                         |                                 | 2. Konseling tentang imunisasi wajib dasar  |              |
| 8 | Kunjungan masa interval | Ibu dengan 6 minggu post partum | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meyakinkan ibu terhadap KB</li> <li>2. Menanyakan penyulit yang mungkin muncul selama masa nifas</li> </ol> | Rumah pasien |

Lampiran 3

JADWAL PELAKSANAAN STUDI KASUS

| Kegiatan   | JADWAL PELAKSANAAN STUDI KASUS |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |         |   |   |   |          |   |   |   |          |   |   |   |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|--------------------------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|---------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|---------|---|---|---|----------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  | Juli                           |   |   |   | Agustus |   |   |   | September |   |   |   | Oktober |   |   |   | November |   |   |   | Desember |   |   |   | Januari |   |   |   | Februari |   |   |   | Maret |   |   |   | April |   |   |   | Mei |   |   |   | Juni |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | 1                              | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Informasi penyelenggaraan LTA                              | 1                              | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Informasi pembimbing                                       | 1                              | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Proses bimbingan dan penyusunan proposal LTA               | 1                              | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Pengumpulan proposal ke panitia/pendaftar seminar proposal | 1                              | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Seminar proposal   | 1                              | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |   |   |   |   |
| Revisi dan persetujuan proposal oleh penguji               | 1                              | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |



## Lampiran 4

### PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN (PSP)

1. Saya Nur Aini Eka Ahlina 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 Kebdinan Berkesinambungan pada Ny. X di PMB Sismrabawanti
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah memberikan asuhan kebidanan pada Ibu hamil 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 dnegan 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 aksus 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 0895344682359
8. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan

Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih

Malang, .....2020

Peneliti



NUR AINI EKA AHLINA

NIM. P17310173036

## Lampiran 5

### PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama dan gelar : Asworoningrum Y, S.Si.T., M.Keb
2. NIP : 19820705 200812 2003
3. Pangkat dan golongan : Penata / III-C
4. Jabatan : dosen JFU
5. Asal institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Pendidikan terakhir : Magister Kebidanan
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi:
  - a. Rumah : Perumahan Griya Permata Alam Blok EE-23 Ngijo Karangploso
  - b. Telepon/HP : 08121743859
  - c. Alamat kantor : JL. Besar Ijen No.77 C Malang
  - d. Telepon kantor : (0341) 551265

Dengan ini menyatakan (bersedia/tidak bersedia \*) menjadi pembimbing

Bagi mahasiswa:

Nama : Nur Aini Eka Ahlina  
NIM : P17310173036  
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan pada Ny. X masa hamil sampai dengan masa interval di PMB Sismrabawanti

\*) Coret yang tidak dipilih.

Malang, 13 Desember 2019



(Asworoningrum Y, S.Si.T., M.Keb)

NIP. 19820705 200812 2003

Lampiran 6

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**  
*(Informed Consent)*

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI:

Nama : *Yuliana*

Umur : *28*

Alamat: *Dusun Gondorejo RT 03 RW 12*

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, *06-02-2020*.....

Yang membuat persetujuan,

  
(.....)

Keterangan:

\*) coret yang tidak perlu

## Lampiran 7

### CATATAN KEGIATAN HARIAN

Nama Mahasiswa : Nur Aini Eka Ahlina

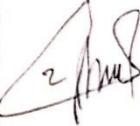
Nama pasien : Ny. Y

Alamat : JL. Gondorejo, Batu

| No | Tanggal  | Kegiatan   | Tanda Tangan Pasien   |
|----|----------|--|---|
| 1. | 6/02/20  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesa</li> <li>- Pemeriksaan umum</li> <li>- Pemeriksaan TTV, BB, TB - ULA</li> <li>- Pemeriksaan fisik</li> <li>- Menjelaskan tentang ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu</li> <li>- Menjelaskan tanda bahaya TM II</li> </ul>  |    |
| 2. | 10/02/20 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesa keluhan</li> <li>- Pemeriksaan umum</li> <li>- Pemeriksaan TTV, BB,</li> <li>- Pemeriksaan fisik</li> <li>- Mendiskusikan persiapan persalinan</li> <li>- Menjelaskan tanda gejala persalinan</li> <li>- Memberitahu perbedaan his palsu dan his sebenarnya</li> <li>- Mengajarkan teknik relaksasi</li> </ul> |  |
| 3. | 17/02/20 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesa keluhan</li> <li>- Pemeriksaan umum</li> <li>- Pemeriksaan TTV, BB</li> <li>- Pemeriksaan fisik</li> <li>- Mengingatkan tanda gejala persalinan</li> <li>- Mengingatkan tanda bahaya kehamilan</li> <li>- Mengingatkan teknik relaksasi</li> </ul>   |  |

| No | Tanggal  | Kegiatan  | Tanda Tangan Pasien   |
|----|----------|---|---|
| 4. | 24/02/20 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesa keluhan</li> <li>- Pemeriksaan umum</li> <li>- Pemeriksaan TTV, BB</li> <li>- Pemeriksaan fisik</li> <li>- Mengingatkan tanda gejala persalinan</li> <li>- Mengingatkan relaksasi</li> </ul>  |    |
| 5. | 2/03/20  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menolong persalinan</li> <li>- Observasi kala I</li> <li>- Observasi kala II</li> <li>- Observasi kala III</li> <li>- Observasi kala IV</li> <li>- Perawatan BBL</li> </ul>  |    |
| 6. | 2/03/20  | <p>Kunjungan Nifas I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesa keluhan</li> <li>- Pemeriksaan umum</li> <li>- Pemeriksaan TTV, BB</li> <li>- Pemeriksaan fisik</li> <li>- Mengajarkan cara mengurangi mual yaitu dengan relaksasi</li> <li>- Memberi vitamin A</li> <li>- Informasi ASI eksklusif</li> <li>- Tanda bahaya masa nifas</li> <li>- Perawatan payudara</li> </ul> |  |

| No | Tanggal | Kegiatan  | Tanda Tangan Pasien   |
|----|---------|---|---|
| 7. | 2/03/20 | Kunjungan Neonatus I<br>- Anamnesa keluhan<br>- Pemeriksaan umum<br>- Observasi tanda bahaya<br>- Mengecek BAB & BAK<br>- Pemeriksaan fisik<br>- Membungkus bayi dengan kain kering dan hangat<br>- Konseling ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan perawatan Neonatus sesuai dengan BUKU KIA<br>- Mengajarkan untuk sering mengganti popok ketika BAB & BAK<br>- Memberi ASI sesering mungkin<br>- Informasi penjemuran bayi di pagi hari. |  |

| No | Tanggal | Kegiatan  | Tanda Tangan Pasien  |
|----|---------|---|--|
| 8. | 8/3/20  | Kunjungan Nifas II<br>- Anamnesa keluhan<br>- Pemeriksaan umum<br>- Pemeriksaan TTV, BB<br>- Pemeriksaan fisik<br>- Pengecekan TFU<br>- Pengecekan Loba<br>- Evaluasi cara menyusui<br>- Senam nifas. |   |
| 9. | 8/3/20  | Kunjungan Neonatus II<br>- Anamnesa keluhan<br>- Pemeriksaan umum<br>- Pemeriksaan antropometri<br>- Pemeriksaan ikterus<br>- Pemeriksaan biara<br>- Pemeriksaan tanda bahaya<br>- Pemeriksaan fisik. |  |

| No  | Tanggal | Kegiatan   | Tanda Tangan Pasien |
|-----|---------|--|---------------------|
| 10. | 16/3/20 | <p>Kunjungan Nifas III (Daring)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesa keluhan</li> <li>- Anamnesa cara Menyusui</li> <li>- Anamnesa pengeluaran laktasi</li> <li>- KIE FB</li> <li>- Informasi kunjungan ulang.</li> </ul>   |                     |
| 11. | 16/3/20 | <p>Kunjungan Neonatus II (Daring)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesa keluhan.</li> <li>- Mengingatkan imunisasi BCG<br/>telorol di bu Wanti</li> <li>- Menjelaskan tentang imunisasi BCG</li> <li>- Mengajukan ibu untuk tetap<br/>memberikan ASI nya.</li> </ul> |                     |
| 12. | 14/4/20 | <p>Masa Interval</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesa</li> <li>- Memastikan ibu sudah mantap<br/>dengan pilihan kpn nya.</li> <li>- Memastikan keputusannya sudah<br/>didiskusikan dgn suami</li> <li>-</li> </ul>  |                     |

**Lampiran 8**

Nomor Registrasi Ibu : .....  
 Nomor Urut di Kohort Ibu : .....  
 Tanggal menerima buku KIA : .....  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: .....

**IDENTITAS KELUARGA**

Nama Ibu : Ny. S  
 Tempat/Tgl. lahir : Malang / 5-7-1992  
 Kehamilan ke : II ak terakhir umur: 5 tahun  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : Tidak Sekolah (SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi)\*  
 Golongan Darah : O  
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
 No. JKN : .....

Nama Suami : Tn. S  
 Tempat/Tgl. lahir: Malang / 2-7-1985  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : Tidak Sekolah (SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi)\*  
 Golongan Darah : F  
 Pekerjaan : Buruh bangunan

Alamat Rumah : JL. Gondorejo  
 Kecamatan : Batu  
 Kabupaten/Kota : Batu  
 No. Telp. yang bisa dihubungi : 08580419 xxxx

Nama Anak : ..... L/P\*  
 Tempat/Tgl. Lahir : .....  
 Anak Ke : ..... dari ..... anak  
 No. Akte Kelahiran : .....

\* Lingkari yang sesuai

Lampiran 9

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**

**Diisi oleh petugas kesehatan**

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 17-5-2019  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 29-2-2020  
 Lingkar Lengan Atas: 22 cm; KEK () , Non KEK ( ) Tinggi Badan: 148 cm  
 Golongan Darah: 0  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: Pil  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: DM ⊖ , Hipertensi ⊖ , Hepatitis ⊖  
 Riwayat Alergi: ⊖

| Tgl     | Keluhan Sekarang      | Tekanan Darah (mmHg) | Berat Badan (Kg) | Umur Kehamilan (Minggu) | Tinggi Fundus (Cm) | Letak Janin Kep/Su/Li | Denyut Jantung Janin/ Menit |
|---------|-----------------------|----------------------|------------------|-------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 11/8/19 | Mual                  | 125/70               | 42               | 12-14                   | 3jr ↑ symphisis    | -                     | -                           |
| 21/8/19 | Mual                  | 100/80               | 42               | 12-14                   | 3jr ↑ symphisis    | -                     | -                           |
| 7/19/19 | Sakit gigi            | 110/70               | 43               | 16-18                   | 1 jr ↓ pusat       | Balt                  | ⊕ 151x/mnt                  |
| 2/12/19 | Batuk, sakit gigi     | 120/80               | 45               | 26-28                   | 20 cm              | Letasu puka w         | ⊕ 132x/mnt                  |
| 12/1/20 | Taa                   | 120/80               | 50               | 32-34                   | 27 cm              | Letkep ↓ puki         | ⊕ 127x/mnt                  |
| 6/2/20  | Sering BAF malam hari | 110/80               | 51               | 37-38                   | 31 cm              | Letkep ↓ puki         | ⊕ 132x/mnt                  |
| 10/2/20 | Kenceng-kenceng       | 100/70               | 51               | 38-39                   | 31 cm              | Letkep ↓ puki         | ⊕ 128x/mnt                  |
| 17/2/20 | Kenceng-kenceng       | 100/70               | 52               | 39-40                   | 31 cm              | Letkep ↓ puki         | ⊕ 138x/mnt                  |
| 24/2/20 | Kenceng-kenceng       | 100/70               | 52               | 40-41                   | 31 cm              | Letkep ↓ puki         | ⊕ 134x/mnt                  |
|         |                       |                      |                  |                         |                    |                       |                             |
|         |                       |                      |                  |                         |                    |                       |                             |

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

### Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ...11... Jumlah persalinan ...1..... Jumlah keguguran ...0... G ...11... P ...1... A ...0...  
 Jumlah anak hidup .....1..... Jumlah lahir mati .....0.....  
 Jumlah anak lahir kurang bulan .....0..... anak  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir .....5 tahun.....  
 Status imunisasi TT terakhir .....T5.....[bulan/tahun]  
 Penolong persalinan terakhir .....Bidan.....  
 Cara persalinan terakhir\*\* : [] Spontan/Normal [ ] Tindakan .....

\*\* Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

| Kaki Bengkok | Hasil Pemeriksaan Laboratorium           | Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik) | Nasihat yang disampaikan                                    | Keterangan<br>- Tempat Pelayanan<br>- Nama Pemeriksa (Paraf) | Kapan Harus Kembali |
|--------------|--|---|---|--|---------------------|
| ⊖/+          |  | - B6<br>- Macro B   | Nutrisi   | PKM Batu   | 11/9 19             |
| ⊖/+          |  | - Vitonal F   | Istirahat<br>Nutrisi  | PKM Batu   | 21/9 19             |
| ⊖/+          |  | - Vitonal F   | Istirahat<br>Nutrisi  | PKM Batu   | 7/11 19             |
| ⊖/+          | Cek lab di puskesmas                     | Vitonal F<br>Kalk<br>Wibert syr<br>Argant                 | Nutrisi   | PMB Sismrabawanti  | 2/1 20              |
| ⊖/+          | Hb. 10,5 Gdla 2+<br>PH : NR<br>Syph : NR | Susu<br>Vitonal F   | Tanda Bahaya<br>Kehamilan                                   | PMB Sismrabawanti  | 26/1 20             |
| ⊖/+          |  | Vitnal F  | - KehadaEngaman<br>- Tanda Bahaya                           | PMB Sismrabawanti  | 13/2 20             |
| ⊖/+          |  |   | - Persiapan persalinan<br>- Tanda gejala<br>- Braxton hicks | Rumah pasien   | 17/2 20             |
| ⊖/+          |  | Vitonal F   | - tanda persalinan<br>- Tanda bahaya<br>- Relaksasi         | PMB Sismrabawanti  | 24/2 20             |
| ⊖/+          |  |   | - Relaksasi   | Rumah pasien   | 2/3 20              |
| -/+          |  |   |   |  |                     |
| -/+          |  |   |   |  |                     |

**Lampiran 10**

| N<br>O | RIWAYAT IMUNISASI TT                                      | PERNAH/TIDAK<br>DIIMUNISASI<br>DPT/DPT-<br>HB/DT/TT/Td | KESIMPULAN STATUS<br>T |
|--------|---|--|------------------------|
| 1      | 2   | 3  | 4                      |
| A      | RIWAYAT IMUNISASI DPT/DPT-<br>HB SAAT BAYI :              |  |                        |
|        | BAYI YANG LAHIR : TAHUN 1990<br>STATUS T-NYA DIHITUNG T-2 | Pernah   | T1                     |
| B      | RIWAYAT BIAS  |  |                        |
|        | 1 Untuk WUS yang lahir antara tahun<br>1973 s/d 1976      |  |                        |
|        | a. Kelas 6  |  |                        |
|        | 2 Untuk WUS yang lahir antara tahun<br>1977 s/d 1987      |  |                        |
|        | a. Kelas 1  |  |                        |
|        | b. Kelas 6  |  |                        |
|        | 3 Untuk WUS yang lahir tahun 1988                         |  |                        |
|        | a. Kelas 1  |  |                        |
|        | b. Kelas 5  |  |                        |
|        | c. Kelas 6  |  |                        |
|        | 4 Untuk WUS yang lahir tahun 1980                         |  |                        |
|        | a. Kelas 1  |  |                        |
|        | b. Kelas 4  |  |                        |
|        | c. Kelas 5  |  |                        |
|        | d. Kelas 6  |  |                        |
|        | 5 Untuk WUS yang lahir tahun 1990                         |  |                        |
|        | a. Kelas 1  |  |                        |
|        | b. Kelas 3  |  |                        |
|        | c. Kelas 4  |  |                        |
|        | d. Kelas 5  |  |                        |
|        | e. Kelas 6  |  |                        |
|        | 6 Untuk WUS yang lahir tahun 1991                         |  |                        |

|  |   |  |        |    |
|--|---|--|--------|----|
|  |   | a. Kelas 1   |        |    |
|  |   | b. Kelas 2   |        |    |
|  |   | c. Kelas 3   |        |    |
|  |   | d. Kelas 4   |        |    |
|  | 7 | Untuk WUS yang lahir antara tahun 1992 s/d sekarang  |        |    |
|  |   | a. Kelas 1   | Pernah | T2 |
|  |   | b. Kelas 2   | Pernah | T3 |
|  |   | c. Kelas 3   | Pernah | T4 |
| C  |   | SAAT CALON PENGANTIN (CPW)   | Pernah | T5 |
| D  |   | SAAT HAMIL   |        |    |
|  |   | a. Hamil 1   |        |    |
|  |   | b. Hamil 2   |        |    |
|  |   | c. Hamil 3   |        |    |
|  |   | d. Hamil 4   |        |    |
| E  |   | LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI)<br>CONTOH : SAAT SMA TAHUN 2003-2008 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN DAN SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2011 |        |    |
| STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN) |   |  |        | T5 |

KETERANGAN :

|  |
|--|
| 1. Vaksinasi bayi DPT 3 dimulai sejak 1977- sekarang   |
| 2. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT dan TT Tahun 1984-1997 = kelas 1 lk = peremp (DT) s/d kelas 2-6 (TT)     |
| 3. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT dan TT Tahun 1998- 2000 + kelas 1 (DT) s/d kelas 2-6 (TT)                |
| 4. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT dan TT Tahun 2001- sekarang = kelas 1,2 & 3                              |
| 5. vaksinasi CPW/CATIN & BUMIL TT2 dosis dimulai 1984- 2000 TH 2001- Sekarang harus diskruining lebih dulu |
| 6. Interval minimal pemberian : TT1 ke TT2 = 4mg. TT2-TT3 = 6 bulan, TT3-TT4 = 1 tahun, TT4-TT5= 1 tahun   |
| 7. Masa perlindungan terhadap tetanus toxoid = T1 = 0 th, T2 = 3 th, T3 = 5 th, T4 = 10 th, T5 = 25 th     |



# Lampiran 11

**PARTOGRAF**

No. Register 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Nama Ibu/Bapak: Ny. Y / Tn. S Umur: 27/34  

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 G.II. P.I. A.Q. Hamil 41-42 minggu  
RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal : 2-3-2020 Pukul : 06.00 WIB Alamat : Jl. Gondorejo, Batu

Ketuban Pecah sejak pukul \_\_\_\_\_ WIB Mules sejak pukul 23.00 WIB (1-3-2020) Alamat : Jl. Gondorejo, Batu

Denyut Jantung Janin (x/menit)

|       |       |       |       |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |    |
|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|
| 200   | 190   | 180   | 170   | 160 | 150 | 140 | 130 | 120 | 110 | 100 | 90 | 80 |    |    |    |
| 1     | 2     | 3     | 4     | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  | 11  | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 06.00 | 07.00 | 08.00 | 09.00 |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |    |

air ketuban penyusupan

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| U |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Reproduksi genitalis (Gm) X  
 Fungsi seksual (Gm) O

Waktu (Pukul)

|       |       |       |       |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|-------|-------|-------|-------|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| 1     | 2     | 3     | 4     | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 06.00 | 07.00 | 08.00 | 09.00 |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |

Kontraksi tiap 10 menit

|         |   |
|---------|---|
| < 20    | 5 |
| 20-40   | 4 |
| > 40    | 3 |
| (detik) | 2 |
|         | 1 |

Oksitosin U/I tetes/menit

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Obat dan cairan IV

Nadi

|       |       |       |       |     |     |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 180   | 170   | 160   | 150   | 140 | 130 | 120 | 110 | 100 | 90 | 80 | 70 | 60 |    |    |    |
| 1     | 2     | 3     | 4     | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 06.00 | 07.00 | 08.00 | 09.00 |     |     |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |

Tekanan darah

Temperatur °C

|      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 36,6 | 36,7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Urine

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Protein |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aseton  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Volume  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Penolong

Makan terakhir : Pukul 19.00 (tgl 1-3-2020) Jenis : Nasi, sayur, ayam Porsi : 1 piring  
 Minum terakhir : Pukul 05.30 (tgl 2-3-2020) Jenis : air putih Porsi : 1 gelas



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal: 02-03-2020
2. Nama bidan: .....
3. Tempat persalinan:
  - Rumah Ibu
  - Polindes
  - Klinik Swasta
  - Rumah Sakit
  - Lainnya: PMB
4. Alamat tempat persalinan: .....
5. Catatan:  rujuk, kala: I / II / III / IV
6. Alasan merujuk: .....
7. Tempat rujukan: .....
8. Pendamping pada saat merujuk:
  - bidan
  - teman
  - suami
  - dukun
  - keluarga
  - tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
  - Gawatdarurat
  - Perdarahan
  - HDK
  - Infeksi
  - PMTCT

**KALA I**

10. Temuan pada fase laten: ..... Perlu Intervensi: Y / T
11. Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y T
12. Masalah pada fase aktif, sebutkan .....
13. Penatalaksanaan masalah tersebut .....
14. Hasilnya .....

**KALA II**

15. Episiotomi:
  - Ya, indikasi: .....
  - Tidak
16. Pendamping pada saat persalinan:
  - suami
  - teman
  - tidak ada
  - keluarga
  - dukun
17. Gawat janin:
  - Ya, tindakan yang dilakukan:
    - a. ....
    - b. ....
  - Tidak
  - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasilnya .....
18. Distosia bahu:
  - Ya, tindakan yang dilakukan .....
  - Tidak
19. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya .....

**KALA III**

20. Inisiasi Menyusu Dini:
  - Ya
  - Tidak, alasannya .....
21. Lama kala III: 10 menit
22. Pemberian Oksitosin 10 U im?
  - Ya, waktu: ..... menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan: .....
  - Penjepitan tali pusat ..... menit setelah bayi lahir
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
  - Ya, alasan: .....
  - Tidak
24. Penanganan tali pusat terkendali?
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....

**TABEL PEMANTAUAN KALA IV**

| Jam Ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi | Temp °C | Tinggi Fundus Uteri | Kontraksi Uterus | K Kemih / Σ Urin | Σ darah keluar |
|--------|-------|---------------|------|---------|---------------------|------------------|------------------|----------------|
| 1      | 09.25 | 110/70        | 84   | 36,7    | 2 jari + pusat      | Baik             | Kosong           | ± 10 ml        |
|        | 09.40 | 110/70        | 80   |         | 2 jari + pusat      | Baik             | Kosong           | ± 10 ml        |
|        | 09.55 | 110/70        | 84   |         | 2 jari + pusat      | Baik             | Kosong           | ± 10 ml        |
|        | 10.10 | 120/70        | 88   |         | 2 jari + pusat      | Baik             | Kosong           | ± 10 ml        |
| 2      | 10.40 | 120/80        | 88   | 36,7    | 2 jari + pusat      | Baik             | Kosong           | ± 5 ml         |
|        | 11.10 | 120/80        | 88   |         | 2 jari + pusat      | Baik             | Kosong           | ± 5 ml         |

Gambar 2-7: Halaman 2 Partooral

25. Masase fundus uteri?
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....
26. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya. Tidak
  - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
    - a. ....
    - b. ....
27. Plasenta tidak lahir >30 menit:
  - Tidak
  - Ya, tindakan: .....
28. Laserasi:
  - Tidak
  - Ya, dimana: .....
29. Jika laserasi perineum derajat. 1/2/3/4
  - Tindakan:
    - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    - Tidak dijahit, alasan: .....
30. Atonia uteri:
  - Ya, tindakan: .....
  - Tidak
31. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ± 200 ml
32. Masalah lain pada kala III, dan penatalaksanaannya:
  - Hasilnya: .....

**KALA IV**

33. Kondisi ibu: KU Baik TD 110/70 mmHg Nadi 84/mnt Napas 20 x/mnt
34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya .....
- Hasilnya .....

**BAYI BARU LAHIR:**

35. Berat badan: 2700 gram
36. Panjang badan: 48 cm
37. Jenis kelamin: L P
38. Penilaian bayi baru lahir (baik) ada penyulit .....
39. Bayi lahir:
  - Normal, tindakan:
    - menghangatkan
    - mengeringkan
    - rangsang taktil
    - IMD atau naluri menyusu segera
    - tetes mata profilaksis, vitamin K1, imunisasi Hepatitis B
  - Asfiksia, tindakan:
    - menghangatkan
    - bebaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)
    - mengeringkan
    - rangsangan taktil
    - ventilasi positif (jika perlu)
    - asuhan pascaresusitasi
    - lain-lain, sebutkan: .....
  - Cacat bawaan, sebutkan: .....
  - Hipotermi: ya (tidak) tindakan:
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
40. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
  - Ya, waktu: ..... jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan: .....
41. Masalah lain, sebutkan: .....
- Penatalaksanaan dan Hasilnya: .....

## Lampiran 12

### CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

#### Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : ..... 2 - 3 - 2020 ..... Pukul : ..... 09.15 WIB .....  
Umur kehamilan : ..... 41 - 42 ..... Minggu  
Penolong persalinan : Dokter/Bidan/lain-lain .....  
Cara persalinan : Normal/Tindakan .....  
Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/  
Lokhia berbau/lain-lain .....)/  
Meninggal\*

Keterangan tambahan : .....

\* Lingkari yang sesuai

#### Bayi Saat Lahir

Anak ke : ..... 2 (dua) .....  
Berat Lahir : ..... 2700 ..... gram  
Panjang Badan : ..... 48 ..... cm  
Lingkar Kepala : ..... 32 ..... cm  
Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan\*

#### Kondisi bayi saat lahir\*\*:

Segera menangis                      [ ] Anggota gerak kebiruan  
[ ] Menangis beberapa saat            [ ] Seluruh tubuh biru  
[ ] Tidak menangis                        [ ] Kelainan bawaan  
[ ] Seluruh tubuh kemerahan          [ ] Meninggal

#### Asuhan Bayi Baru Lahir \*\*::

Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi  
 Suntikan Vitamin K1  
 Salep mata antibiotika profilaksis  
 Imunisasi Hb0

Keterangan tambahan: .....

\* Lingkari yang sesuai

\*\* Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 13

**CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR**

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

| JENIS PEMERIKSAAN  | Kunjungan I<br>(6-48 jam) | Kunjungan II<br>(hari 3-7) | Kunjungan III<br>(hari 8-28) |
|--|---------------------------|----------------------------|------------------------------|
|  | Tgl: 2-3-2020             | Tgl: 8-3-2020              | Tgl:                         |
| Berat badan (gram)   | 2700 gram                 | 3000 gram                  |                              |
| Panjang badan (cm)   | 48 cm                     | 48 cm                      |                              |
| Suhu (°C)  | 36,7°C                    | 36,7°C                     |                              |
| Frekuensi nafas (x/menit)  | 48 x/menit                | 48 x/menit                 |                              |
| Frekuensi denyut jantung (x/menit)                                       | 128 x/menit               | 124 x/menit                |                              |
| Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri         | -                         | -                          |                              |
| Memeriksa ikterus  | -                         | -                          |                              |
| Memeriksa diare  | -                         | -                          |                              |
| Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum | -                         | -                          |                              |
| Memeriksa status Vit K1  | ✓                         | ✓                          |                              |
| Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1                            | ✓                         | ✓                          |                              |
| Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) | -                         | -                          |                              |
| • SHK Ya / Tidak   | -                         | -                          |                              |
| • Hasil tes SHK (-) / (+)  | -                         | -                          |                              |
| • Konfirmasi hasil SHK   | -                         | -                          |                              |
| Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)                                    | -                         | -                          |                              |
| Nama pemeriksa   | Nur Aini                  | Nur Aini                   |                              |

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

Lampiran 14

| CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS   |                               |                            |                             |
|---|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS<br>(Diisi oleh dokter/bidan)  |                               |                            |                             |
| JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN  | KUNJUNGAN 1<br>(6 jam-3 hari) | KUNJUNGAN 2<br>(4-28 hari) | KUNJUNGAN 3<br>(29-42 hari) |
|   | Tgl: 2-3-2020                 | Tgl: 8-3-2020              | Tgl:                        |
| Kondisi ibu secara umum   | Baik                          | Baik                       |                             |
| Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi  | 110/70, 36,7, 20, 78          | 120/70, 36,5, 20, 80       |                             |
| Perdarahan pervaginam   | dbn                           | dbn                        |                             |
| Kondisi perineum  | -                             | -                          |                             |
| Tanda infeksi   | -                             | -                          |                             |
| Kontraksi uteri   | baik                          | baik                       |                             |
| Tinggi Fundus Uteri   | 2 jr ↓ pusat                  | 1/2 pusat symphisis        |                             |
| Lokhia  | rubra                         | Sanguinolenta              |                             |
| Pemeriksaan jalan lahir   | ✓                             | ✓                          |                             |
| Pemeriksaan payudara  | + / +                         | + / +                      |                             |
| Produksi ASI  | + / +                         | + / +                      |                             |
| Pemberian Kapsul Vit.A  | ✓                             | -                          |                             |
| Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan   | -                             | -                          |                             |
| Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas  | -                             | -                          |                             |
| Buang Air Besar (BAB)   | -                             | +                          |                             |
| Buang Air Kecil (BAK)   | +                             | +                          |                             |
| <b>Memberi nasehat yaitu:</b>   |                               |                            |                             |
| Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan            | ✓                             | ✓                          |                             |
| Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari | ✓                             | ✓                          |                             |
| Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin                                   | ✓                             | ✓                          |                             |
| Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat  | ✓                             | ✓                          |                             |
| Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi                            | -                             | -                          |                             |
| Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja (asi eksklusif) selama 6 bulan  | ✓                             | ✓                          |                             |
| Perawatan bayi yang benar   | ✓                             | ✓                          |                             |
| Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.  | ✓                             | ✓                          |                             |
| Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga  | ✓                             | ✓                          |                             |
| Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan   | ✓                             | ✓                          |                             |