

No. Pendaftaran :

KIK/1(b)/96 Pind. 2020

No siri :

JKN

No. Kad Pengenalan :

Tarikh Lahir :



Pelekat Kod Warna Antenatal

Umur : ____ tahun ____ bulan

REKOD KESIHATAN IBU SIMPANAN KLINIK

Cop dan Tel Klinik

Faktor Risiko :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Nama Ibu : _____

Kumpulan Etnik : _____

Warganegara : _____

Tahap Pendidikan : _____

Pekerjaan : _____

Alamat Rumah (1) : _____

No. Tel: (R) : _____

(H/P) : _____

(P) : _____

Alamat Rumah (2) : _____

Alamat Tempat Kerja: _____

Jururawat Y/M : _____

Tempat bersalin pilihan: _____

(Hospital/ABC/Rumah)

Alamat semasa postnatal: _____

THA (LNMP):

TAL (EDD) :

RE EDD :

Gravida : _____ Para : _____

Nama Suami : _____

No. Kad Pengenalan :

Pekerjaan : _____

Alamat Tempat Kerja Suami : _____

No. Tel: (R) : _____

(H/P) : _____

Pelekat Kod Warna Posnatal

Faktor Risiko :

- _____
- _____
- _____

KANDUNGAN

Bil.	Kandungan	Muka Surat
1.	Maklumat Ibu	-
2.	Perihal Kandungan Lalu	2
3.	Riwayat Kesihatan Ibu dan Keluarga 3.1 Saringan Tibi 3.2 Masalah Perubatan Keluarga 3.3 Status Imunisasi Ibu	3
4.	Akuan Pengambilan Darah bagi Ujian Saringan Antenatal	4
5.	Keputusan Ujian Darah Saringan Antenatal	5
6.	Akuan Tidak Setuju Rawatan	6
7.	Pemeriksaan oleh Pegawai Perubatan dan Pegawai Pergigian	7
8.	Senarai Semak Kriteria untuk Ujian Saringan OGTT	9
9.	Keputusan Ujian OGTT	10
10.	Pemantauan Paras Gula dalam Darah	11
11.	Pemantauan Tekanan Darah	11
12.	Pemantauan Profil <i>Pre-Eclampsia</i>	11
13.	Pemantauan Peningkatan Berat Badan Ibu Antenatal (<i>Gestational Weight Gain -GWG</i>)	12
	- Jadual Berat Badan Sepanjang Kehamilan	12
	- Jadual Saranan Peningkatan Berat Badan Ibu Antenatal (<i>GWG</i>)	13
14.	Pemantauan Hemoglobin	14
15.	Keputusan Pemeriksaan <i>Ultrasound</i>	15
16.	<i>Fetal Growth Chart</i>	16
17.	Sistem Kod Warna dan Senarai Semak Penjagaan Antenatal	18
18.	Senarai Semak Risiko VTE Semasa Hamil dan <i>Puerperium</i>	24
19.	Pemeriksaan Kandungan Semasa	25
20.	Kemasukan ke Hospital	37
21.	Nota discaj	38
22.	Perihal Kelahiran 23.1 Perihal Ibu 23.2 Perihal Bayi	39
23.	Perawatan Postnatal di Rumah	41
24.	Masalah Dikesan Semasa Postnatal, Pengendalian dan Rawatan	43
25.	Jadual Suntikan Thromboprophylaxis untuk Ibu Postnatal (<i>Subcutaneous Unfractionated Heparin/ Low Molecular Weight Heparin</i>)	44
26.	Senarai Semak Keberkesanan Penyusuan Susu Ibu Semasa Postnatal	45
27.	Senarai Semak Penjagaan Postnatal Mengikut Kod Warna	46
28.	Pemeriksaan Ibu Postnatal (1 Bulan) di Klinik	49
29.	Rekod Pemberian Pendidikan Kesihatan	50
30.	Rekod Semakan Buku Rekod Kesihatan Ibu	52

3. RIWAYAT KESIHATAN IBU DAN KELUARGA

Haid : Jumlah Hari : _____

Pusingan : _____

Amalan Perancang Keluarga : Ya/Tidak

Kaedah : _____

(Jika Ya) Berapa Lama : _____ bulan/tahun

Status Merokok : Ya/Tidak

Suami : Ya/Tidak

Masalah Perubatan Ibu :

Diabetes

Asma

Thalasemia

Hipertensi

Sakit Jantung

Tiroid

Alergi

Tibi

Kanser

Psikiatri

Anemia

Lain-lain, nyatakan : _____

3.1 Saringan Tibi :

Adakah anda mengalami batuk lebih 2 minggu

Ya

Tidak

(Jika Ya, rujuk pegawai perubatan)

3.2 Masalah Perubatan Keluarga :

Diabetes

Asma

Anemia

Hipertensi

Sakit Jantung

Thalasemia

Alergi

Tibi

Psikiatri

Lain-lain, nyatakan : _____

3.3 Status Imunisasi Ibu :

Tetanus/Toxoid	Tarikh suntikan	Batch No	Tarikh Luput
Dos 1			
Dos 2			
Dos Tambahan			
Lain-lain jika ada Nyatakan: 1.....			
2.....			

4. AKUAN PENGAMBILAN DARAH BAGI UJIAN SARINGAN ANTENATAL

Tujuan saringan darah bagi ibu mengandung adalah:

- Untuk memastikan ibu berada di tahap kesihatan yang optima
- Untuk pengesanan penyakit bagi ibu dan membolehkan rawatan awal diberi
- Untuk mencegah jangkitan dan komplikasi penyakit kepada bayi
- Untuk pengesanan awal jangkitan dan pengendalian ke atas pasangan

Saya _____ No. K/P _____ telah memahami penjelasan yang diberikan secara lisan dan dengan ini memberi keizinan untuk darah saya diambil bagi ujian yang berikut :

Sila tandakan (√) dalam kotak yang bersesuaian :

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Kumpulan Darah & <i>Rhesus</i> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hemoglobin/ <i>Full Blood Count</i> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ujian Saringan Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| 4. <i>Syphilis</i> | <input type="checkbox"/> |
| 5. HIV | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hepatitis B | <input type="checkbox"/> |
| 7. Malaria | <input type="checkbox"/> |
| 8. Lain-lain (nyatakan):..... | |

Sampel darah selanjutnya akan diambil untuk tujuan pengesanan sekiranya perlu.

Tandatangan ibu :

Tandatangan Saksi: _____

Nama : _____

Tarikh : _____

No. KP: _____

Tarikh : _____

Nota :

Sekiranya ibu adalah remaja di bawah umur 18 tahun, dapatkan keizinan dari suami yang berumur ≥ 18 tahun. Jika suami berumur < 18 tahun, dapatkan keizinan daripada ibu/ bapa/ penjaga atau pelindung menggunakan **Borang Persetujuan Ibu/Bapa/Penjaga Untuk Rawatan Perubatan Di Klinik Kesihatan** (Rujukan: Garis Panduan Pengendalian Masalah Kesihatan dan Reproduksi Remaja di Klinik Kesihatan, BPKK, KKM 2012)

Peringatan I:

Ibu perlu memaklumkan kepada anggota kesihatan sekiranya mempunyai faktor risiko berikut:

- a. Mengambil dadah.
- b. Mempunyai hubungan seks dengan pasangan lain.
- c. Pasangan merupakan penagih dadah.
- d. Pasangan mempunyai hubungan seks dengan pasangan lain.
- e. Pasangan disahkan HIV/ *Syphilis*

Sekiranya ibu mempunyai salah satu atau lebih faktor risiko di atas, dan

- (i) Ujian saringan HIV adalah tidak reaktif, ujian saringan ulangan perlu dilakukan untuk mengesan jangkitan dalam tempoh *window (window period)*.
- (ii) Ujian saringan *Syphilis* perlu diulang pada 28 - 32 minggu kehamilan

Peringatan II:

1. Semua ibu yang disyaki mengalami jangkitan malaria dengan kitaran, demam secara mengejut iaitu fasa sejuk - menggigil dan berpeluh diikuti fasa panas - berpeluh (suhu badan melebihi 40° c). Fasa ini berlanjutan selama 6 - 10 jam dan diikuti dengan fasa asimptomatik dan kitaran ini berulang sekiranya tidak menerima rawatan.
2. Kumpulan berisiko tinggi
 - ii) Orang Asli
 - ii) Penduduk yang tinggal di pinggir/ kawasan hutan
 - iii) Warganegara/ bukan warganegara dari negara/ kawasan endemik
 - iv) Individu terlibat dengan aktiviti berisiko jangkitan malaria seperti pembalakan, aktiviti pertanian, rekreasi, pasukan keselamatan dan pemburu.
 - v) *Close contact* kepada kes malaria dalam tempoh 6 minggu

5. KEPUTUSAN UJIAN DARAH SARINGAN ANTENATAL

Bil	Penyakit/ Status yang disaring	Tarikh diambil	Keputusan
1.	Kumpulan darah & <i>Rhesus</i>		
2.	<i>Syphilis</i>		
3.	HIV		
4.	Hepatitis B		
5.	Malaria (BFMP)		

6. AKUAN TIDAK SETUJU RAWATAN

Lekatkan Borang Akuan Tidak Setuju Rawatan di sini:

Nota: Borang Akuan Tidak Setuju Rawatan - Rujuk Buku Panduan Penggunaan dan Pengisian Buku Rekod Kesihatan Ibu BPKK, KKM 2020

8. SENARAI SEMAK KRITERIA UNTUK UJIAN SARINGAN OGTT

Bil	Kriteria / Risiko	Tandakan (√)
1	BMI >27 kg/m ²	
2	Sejarah <i>Gestational Diabetes Mellitus</i> (GDM)	
3	Sejarah keluarga terdekat dengan diabetes	
4	Sejarah melahirkan bayi <i>macrosomia</i> (berat bayi ≥4 kg)	
5	<i>Bad Obstetric History</i> : Sejarah kelahiran <i>IUD/ Stillbirth</i> , kecacatan kongenital (contoh : <i>neural tube defects, cardiac defects, shoulder dystocia</i>)	
6	<i>Glycosuria</i> ≥ 2 kali	
7	Masalah obstetrik sekarang (<i>Hypertensive disease in pregnancy, Polyhydramnios, menerima rawatan Corticosteroids</i>)	
8	Umur ≥25 tahun (walaupun tanpa faktor risiko GDM yang lain)	

9. KEPUTUSAN UJIAN OGTT

Tarikh	<i>POG</i>	<i>Fasting Blood Sugar</i>	<i>2H Postprandial</i>

Normal range : FBS <5.1mmol/L , 2HPP <7.8mmol/L

Nota: Rujuk *CPG Diabetes in Pregnancy 2017*

13. PEMANTAUAN PENINGKATAN BERAT BADAN IBU ANTENATAL (GESTATIONAL WEIGHT GAIN - GWG)

Tinggi : . meter

Berat ibu sebelum hamil : . kg

*Nota: Jika tiada maklumat berat ibu sebelum hamil, berat ibu semasa 1st booking POG \leq 12/52 boleh digunakan
Jika POG >12/52, kategori BMI boleh didapati secara anggaran berdasarkan maklumat ibu*

Nilai BMI sebelum hamil : . kg/m²

Status BMI sebelum hamil : Kurang Berat Badan / Normal / Lebih Berat Badan /Obes
(Bulatkan yang berkenaan)

Jadual Berat Badan Sepanjang Kehamilan

Bil (a)	Tarikh Lawatan (b)	Minggu Gestasi (c)	Berat Badan (kg) (d)	Peningkatan Berat Badan (kg) (e)	Kadar Peningkatan Berat Badan (kg)/ minggu (f)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
Jumlah Peningkatan Berat Badan (kg) Sepanjang Kehamilan					

Nota:

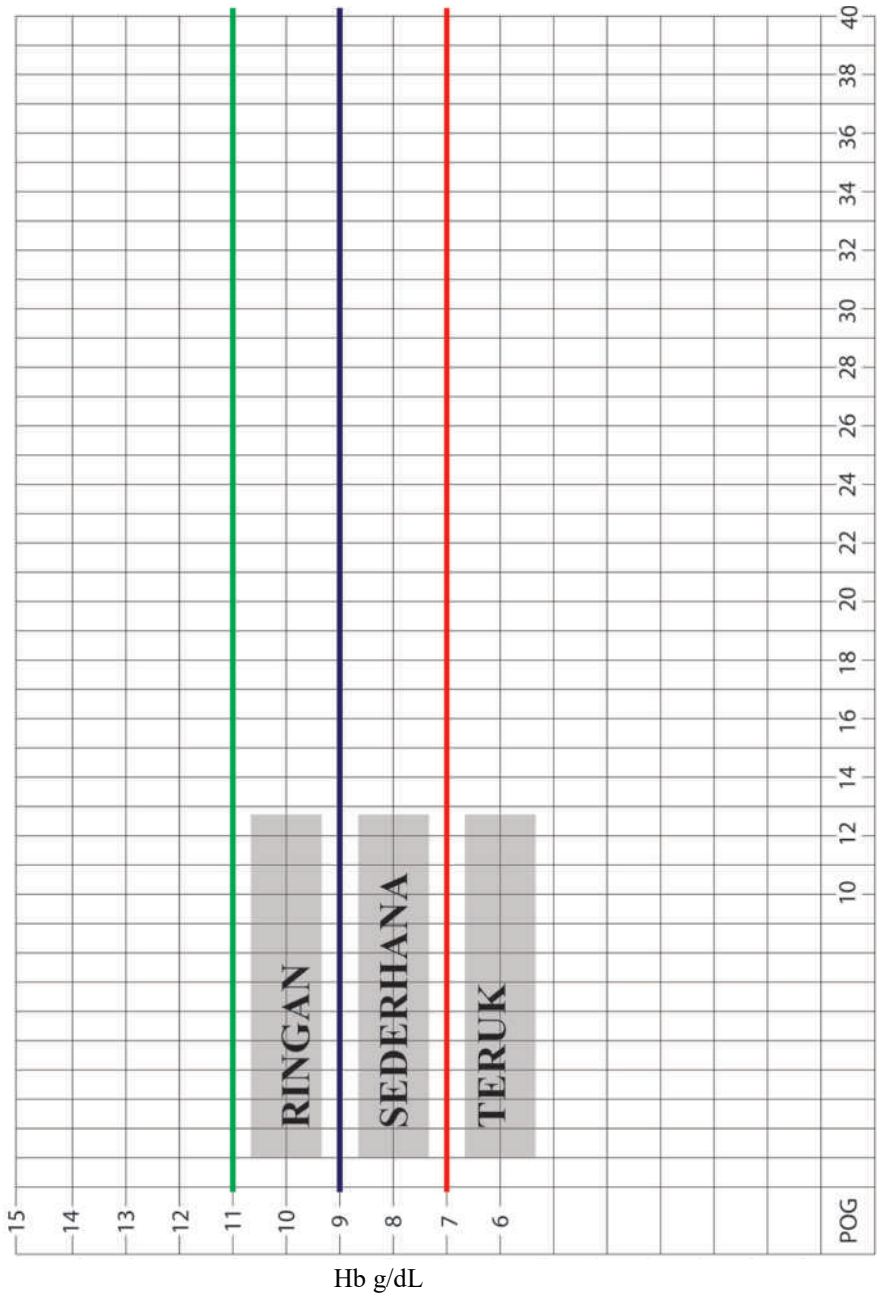
JADUAL SARANAN PENINGKATAN BERAT BADAN IBU ANTENATAL (GWG)

Kategori BMI Sebelum Hamil (kg/m ²)	Jumlah peningkatan berat badan sepanjang trimester pertama (1 - 12 minggu kehamilan)	Purata & julat peningkatan berat badan disarankan bagi trimester kedua dan ketiga (13 - 40 minggu kehamilan)	Jumlah Peningkatan Berat Badan Sepanjang Kehamilan
Kurang Berat Badan (<18.5)	0.5 - 2.0 kg	0.5kg / minggu (0.44 - 0.58kg)	12.5 - 18.0kg
Normal (18.5 - 24.9)		0.4kg / minggu (0.35 - 0.50kg)	11.5 - 16.0kg
Lebih Berat Badan (25.0 - 29.9)		0.3kg / minggu (0.23 - 0.33kg)	7.0 - 11.5kg
Obes (≥30.0)		0.2 kg / minggu (0.17 - 0.27kg)	5.0 - 9.0kg

Sumber rujukan: *Weight Gain During Pregnancy Re-Examining the Guidelines, Institute of Medicine (IOM), Amerika Syarikat, 2009*

14. PEMANTAUAN HEMOGLOBIN(g/dL)

Nota : Dilakukan untuk ibu yang mengalami Anemia

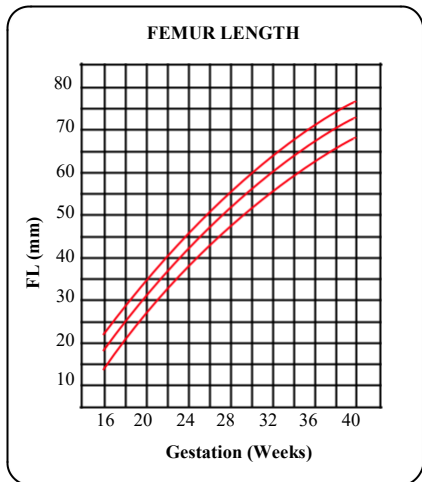
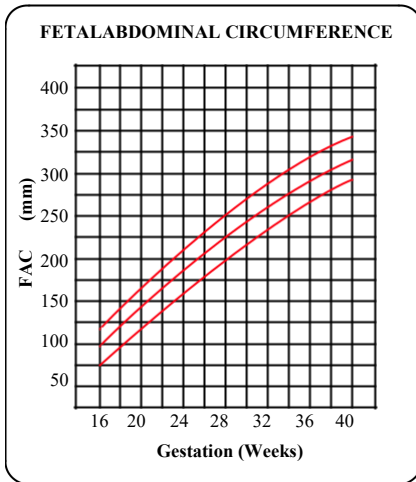
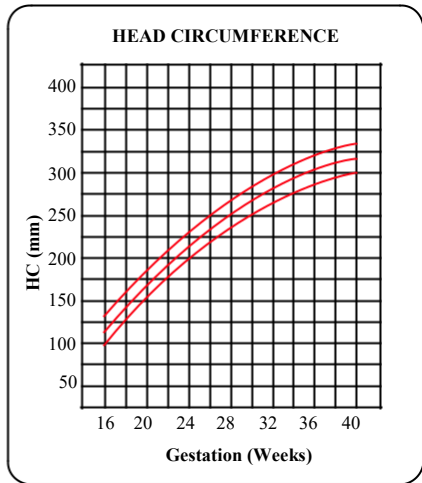
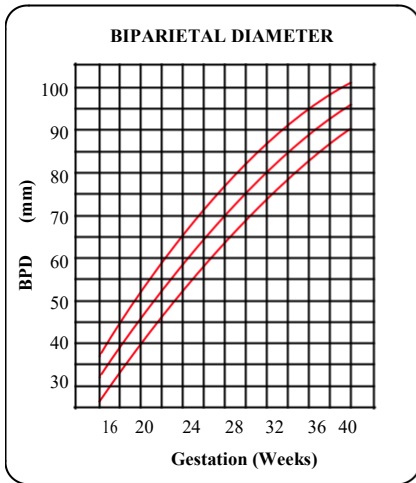


5. KEPUTUSAN PEMERIKSAAN ULTRASOUND

Tarikh				
Jangkamasa Kandungan EDD : REDD :				
Presentasi				
FH/FM				
CRL				
BPD				
HC				
AC				
FL				
Estimated Fetal Weight				
Placenta				
AFI				
Ulasan				
Nama, Tandatangan & Cop Pemeriksa				

16. FETAL GROWTH CHART

FETAL GROWTH CHART - MALAY AND CHINESE

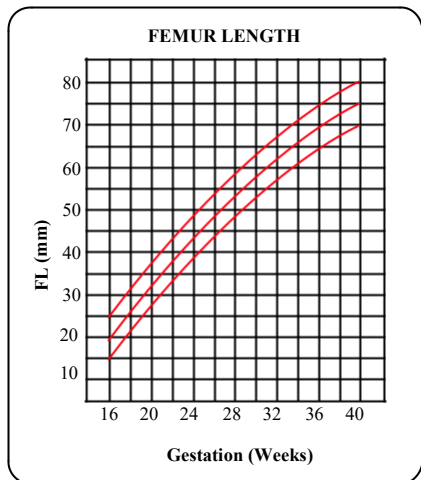
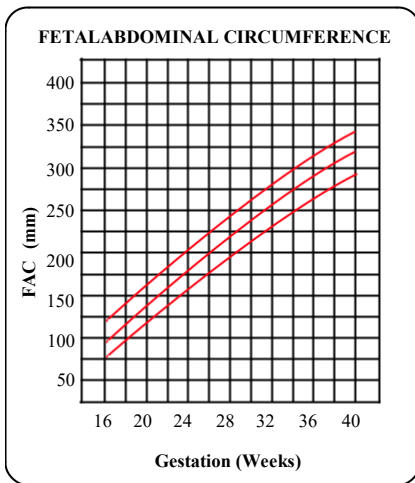
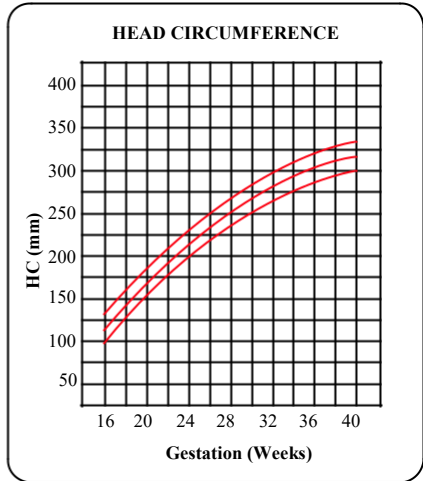
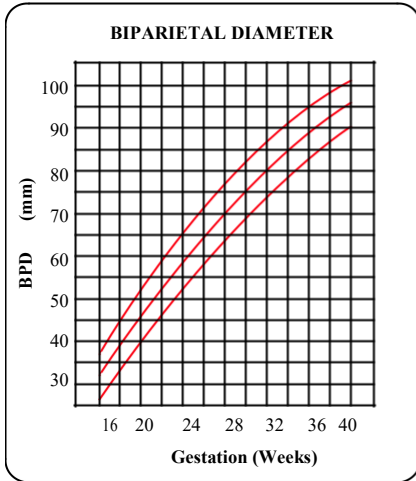


RUJUKAN DAN PENGAWASAN KES

Rujukan atau pemantauan rapi lakaran graf menunjukkan :

- i) menurun
- ii) mendatar
- iii) berada di bawah 10th percentile
- iv) berada lebih daripada 90th percentile

FETAL GROWTH CHART - INDIAN



RUJUKAN DAN PENGAWASAN KES

Rujukan atau pemantauan rapi lakaran graf menunjukkan :

- i) menurun
- ii) mendatar
- iii) berada di bawah 10th percentile
- iv) berada lebih daripada 90th percentile

17. SISTEM KOD WARNA DAN SENARAI SEMAK PENJAGAAN ANTENATAL

Sistem ini menggunakan empat kod warna. Penentuan kod warna ini adalah berdasarkan kepada penilaian faktor risiko ibu semasa lawatan ke klinik/ rumah. Penjagaan ibu adalah berdasarkan kepada kod warna seperti berikut:-

KOD WARNA	TAHAP PENJAGAAN
Merah	Rujukan segera ke Hospital dan pengendalian selanjutnya adalah bersama (<i>shared care</i>) Pakar O&G dan/atau Pakar Perubatan Keluarga.
Kuning	Rujukan untuk pengendalian oleh Pakar O&G Hospital/ Pakar Perubatan Keluarga dan penjagaan selanjutnya boleh dilakukan bersama (<i>shared care</i>) Pegawai Perubatan dan Jururawat Kesihatan.
Hijau	Pengendalian di Klinik Kesihatan oleh Pegawai Perubatan dan Kesihatan dan pengendalian selanjutnya boleh dilakukan bersama (<i>shared care</i>) Jururawat Kesihatan/ Jururawat Masyarakat di bawah pengawasan Pegawai Perubatan.
Putih	Penjagaan oleh Jururawat Kesihatan/Jururawat Masyarakat di Klinik Kesihatan dan Klinik Desa (sekiranya tiada terdapat faktor risiko yang disenaraikan dalam kod merah, kuning dan hijau, ibu diberi kod warna putih).

Di dalam situasi yang tertentu khususnya di kawasan pedalaman, di mana tidak terdapat Pegawai Perubatan, pengendalian boleh dilakukan oleh Jururawat Kesihatan/ Jururawat Masyarakat dengan pengawasan dari Pegawai Perubatan yang terdekat atau mudah dihubungi.

Pakar O&G / Pakar Perubatan Keluarga boleh menurunkan kod warna mengikut penilaian tahap risiko semasa ibu hamil. Kod warna baru, dilekatkan dengan menampakkan sebahagian kecil pelekat warna yang terdahulu.

Senarai semak ini adalah panduan untuk menentukan peringkat penjagaan. Ia menyenaraikan situasi /faktor risiko yang **KERAP** ditemui dalam kalangan ibu hamil. Sekiranya terdapat situasi /faktor risiko lain yang tidak tersenarai, bincang dengan Pegawai Perubatan /Pakar Perubatan Keluarga bagi menentukan kod warna.

SENARAI SEMAK PENGENDALIAN IBU HAMIL

KOD MERAH - Rujukan segera ke Hospital dan pengendalian selanjutnya adalah bersama (*shared care*) Pakar O&G dan/ atau Pakar Perubatan Keluarga.

FAKTOR RISIKO TRIMESTER		Tandakan (✓) dalam ruangan jika ada faktor												Post-date	
		1	2			3									
KEKERAPAN PENILAIAN RISIKO		≤12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40								>40
TARIKH															
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)															
1	<i>Eclampsia</i>														
2	<i>Pre-eclampsia</i> (tekanan darah tinggi dengan urin protein) - sistolik $\geq 160\text{mmHg}$ atau diastolik $\geq 100\text{mmHg}$ tanpa /dengan urin protein $\geq 2+$														
3	<i>Hypertensive Crisis - Tekanan darah tinggi $\geq 160/110\text{mmHg}$</i>														
4	<i>Penyakit jantung semasa mengandung, dengan tanda dan gejala (sesak nafas, berdebar-debar)</i>														
5	Sesak nafas dan/ atau kadar pernafasan $\geq 22/\text{min}$														
6	Diabetes Ketoasidosis (paras glukos dextrostix $> 11\text{mmol/L}$ dan urin keton $\geq 2+$)														
7	Pendarahan antepartum (termasuk keguguran)														
8	Denyutan jantung janin yang abnormal • FHR $< 110/\text{min}$ selepas 22/52 • FHR $> 160/\text{min}$ selepas 32/52														
9	Anemia dengan simptom pada mana-mana gestasi atau Hb $\leq 7\text{g/dL}$														
10	Kontraksi rahim pramatang														
11	Keluar air ketuban tanpa kontraksi														
12	Sawan														
13	Demam dengan tanda-tanda sepsis (lesu, dehidrasi, <i>tachycardia</i>)														
14	Kes disyaki denggi (demam berserta sakit kepala, sakit sendi, sakit perut, muntah, cirit birit dan sebagainya)														
15	Gejala <i>Deep Vein Thrombosis</i> (DVT) dan/ atau <i>Pulmonary Embolism</i>														
16	Keinginan mencederakan / bunuh diri														
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA															

SENARAI SEMAK PENGENDALIAN IBU HAMIL

KOD KUNING - Rujukan untuk pengendalian oleh Pakar O&G Hospital/ Pakar Perubatan Keluarga, dan penjagaan selanjutnya boleh dilakukan bersama (*shared care*) Pegawai Perubatan dan Jururawat Kesihatan

FAKTOR RISIKO		Tandakan (✓) dalam ruangan jika ada faktor													
TRIMESTER		1	2				3						Post-date		
KEKERAPAN PENILAIAN RISIKO		≤12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40						>40		
TARIKH															
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)															
1	Ibu HIV positif														
2	Ibu Hepatitis B positif														
3	Ibu Tuberkulosis/ Malaria/ <i>Syphilis</i>														
4	Tekanan darah >140/90 - <160/100mmHg tanpa/dengan urin protein														
5	Tekanan darah tinggi (140/90mmHg) dengan urin protein														
6	Ibu diabetes dengan rawatan dan/ atau komplikasi														
7	**Pergerakan janin kurang semasa kandungan ≥32 minggu dengan faktor risiko														
8	Kandungan melebihi 7 hari dari EDD														
9	Ibu dengan masalah perubatan yang memerlukan rawatan bersama di hospital														
10	Ibu tunggal atau ibu remaja (<20 tahun)														
11	Ibu berumur ≥40 tahun														
12	Hemoglobin 7 - <9g/dL dan <i>asymptomatic</i>														
13	<i>Placenta previa</i> tanpa pendarahan														
14	<i>Maternal pyrexia</i> ≥38°C atau >3 hari														
15	Penyakit jantung tanpa gejala														
16	*Ketagihan dadah/ rokok/ alkohol														
17	Skor risiko antenatal <i>Venous Thromboembolism</i> (VTE) ≥3														
18	Kandungan kembar														
19	Masalah kesihatan mental														
20	BMI ≥40 kg/m ²														
	NAMA & JAWATAN PEMERIKSA														

SENARAI SEMAK PENGENDALIAN IBU HAMIL

KOD HIJAU - Pengendalian di Klinik Kesihatan oleh Pegawai Perubatan dan Kesihatan dan pengendalian selanjutnya boleh dilakukan bersama (*shared care*) Jururawat Kesihatan/ Jururawat Masyarakat di bawah pengawasan Pegawai Perubatan

FAKTOR RISIKO		Tandakan (✓) dalam ruangan jika ada faktor												
TRIMESTER		1	2			3						Post-date		
KEKERAPAN PENILAIAN RISIKO		≤12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40			>40				
TARIKH														
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)														
1	*Rh negatif													
2	*Berat badan ibu sebelum mengandung atau ketika <i>booking</i> <45kg													
3	Obes (≥30.0kg/m ²)													
4	Pertambahan berat badan yang mendadak (>2 kg dalam seminggu)													
5	Berat badan statik atau menurun (dalam tempoh sebulan)													
6	*Masalah perubatan semasa													
7	*Masalah ginekologi yang lalu (fibroid, <i>cyst</i> , pembedahan)													
8	*LNMP yang tidak pasti													
9	*3 kali keguguran yang berturutan													
10	*Sejarah obstetrik yang lalu:													
	• Pembedahan <i>caesarean</i>													
	• PIH/ eclampsia/ diabetes													
	• Kematian perinatal													
	• Bayi dengan berat lahir <2.5kg atau >4kg													
	• Luka perineum 3 rd degree dan 4 th degree													
	• Retained placenta													
	• Post Partum Haemorrhage													
	• Kelahiran instrumental													
11	**Pergerakan janin kurang semasa kandungan ≥32 minggu													
12	Tekanan darah 140/90 mmHg tanpa urin protein													
13	Hemoglobin 9 - <11g/dL													
14	Glukosuria 2 kali													
15	Air kencing mempunyai protein ≥1+													
16	Tinggi rahim (SFH) tidak sejajar dengan jangkamasa kandungan +/- 3cm													

Sambungan Kod Hijau

FAKTOR RISIKO		Tandakan (√) dalam ruangan jika ada faktor													
		1		2				3						Post-date	
TRIMESTER		≤12	13-22		23-27		28-32		33-36		37-40		>40		
TARIKH															
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)															
17	<i>Breech/ Oblique/ Tranverse</i> dengan tiada tanda sakit bersalin pada 36 minggu kehamilan														
18	Kepala bayi tinggi (<i>Head not engaged</i>) semasa kandungan 37 minggu bagi <i>primigravida</i>														
19	Ibu GDM dengan kawalan diet tanpa komplikasi														
20	*Ibu berumur 36 - 39 tahun														
21	* <i>Primigravida/pseudoprimigravida</i>														
22	*Grandmultipara ≥5														
23	*Jarak kelahiran <2 tahun atau melebihi 5 tahun														
24	*Ketinggian ibu <145cm														
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA															

*Penilaian sekali sahaja.

**Rujukan segera ke hospital untuk penilaian

Nota: Ibu mesti diperiksa oleh Pegawai Perubatan dalam tempoh 2 minggu dari tarikh *booking*

SENARAI SEMAK PENGENDALIAN IBU HAMIL

KOD PUTIH -Penjagaan oleh Jururawat Kesihatan/Masyarakat di Klinik Kesihatan dan Klinik Desa. Ibu akan hanya di beri kod berwarna putih setelah ia tidak mempunyai sebarang faktor risiko yang tersenarai dalam kod merah/kuning/hijau DAN menepati kriteria dibawah.	
KRITERIA	TANDAKAN (√) DALAM RUANG BERKENAAN
TARIKH	
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)	
1	Gravida 2 – 5 (tidak termasuk pseudoprimigravida)
2	Tiada masalah obstetrik lalu dan semasa
3	Tiada masalah perubatan yang lalu dan semasa
4	Ibu berumur 20 - 35 tahun
5	Ibu berkahwin dan mempunyai sokongan keluarga
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA	

KRITERIA UNTUK BERSALIN DI ABC/RUMAH	
IBU DIBENARKAN BERSALIN DI PUSAT BERSALIN ALTERNATIF(ABC) / RUMAH sekiranya memenuhi syarat berikut :-	
KRITERIA	TANDAKAN (√) DALAM RUANG BERKENAAN
TARIKH	
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)	
1	Gravida 2 – 5 (tidak termasuk pseudoprimigravida)
2	Tiada masalah obstetrik lalu dan semasa
3	Tiada masalah perubatan yang lalu dan semasa
4	Ibu berumur 20 - 35 tahun
5	Ibu berkahwin dan mempunyai sokongan keluarga
6	POA 37-40 minggu
7	Anggaran berat bayi 2.5-3.5kg
8	Persekitaran rumah ibu sesuai
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA	

18. SENARAI SEMAK RISIKO VTE SEMASA HAMIL DAN PUERPERIUM

<i>VTE risk factors</i>	VTE score	<i>Tick</i>		
		<i>Pre-pregnancy/ Booking</i>	<i>Admission New Illness</i>	<i>Post delivery</i>
<i>Date</i>				
<i>Pre-existing risk factors</i>				
<i>Previous VTE</i>	4			
<i>High risk thrombophilia</i>	3			
<i>Medical comorbidities (e.g. - malignancies, cardiac failure, active SLE, active TB, IVDU, nephrotic syndrome, diabetic nephropathy, thalassemia major or intermedia, post splenectomy)</i>	3			
<i>Obesity: BMI $\geq 40\text{kg/m}^2$</i>	2			
<i>BMI 30-39 kg/m²</i>	1			
<i>Family history of VTE</i>	1			
<i>Low risk thrombophilia (factor V Leiden, High FVIII)</i>	1			
<i>Current smoker (≥ 10 per day)</i>	1			
<i>*Gross varicose veins</i>	1			
<i>Obstetric risk factors</i>				
<i>Caesarean section (emergency & elective)</i>	2			
<i>Pre eclampsia</i>	1			
<i>IVF (1st trimester risk only)</i>	1			
<i>Rotational instrumental delivery</i>	1			
<i>PPH ($\geq 1000\text{mls}$) or requires blood transfusion</i>	1			
<i>Stillbirth (current)</i>	1			
<i>Prolonged labour (>24hours)</i>	1			
<i>*Transient risk factors</i>				
<i>Surgical procedures (excluding episiotomy, 1st & 2nd degree perineal repair, evacuation of products of conception)</i>	4			
<i>Hyperemesis gravidarum /OHSS</i>	4			
<i>Systemic / Postpartum infection</i>	1			
<i>Immobility/ Dehydration/ Admission beyond 3 days</i>	1			
<i>Long distance travel (> 4 hours)</i>	1			
<i>Total score</i>				
<i>Name & stamp</i>				

Rujukan : *Prevention & Treatment of Thromboembolism in Pregnancy and Puerperium, 2018*

**Note: Thromboprophylaxis is recommended during the transient period. Consider stopping once the transient risks are deemed no longer significant.*

19. PEMERIKSAAN KANDUNGAN SEMASA

Booking weight : _____ **kg**

Booking BMI : _____ **kg/m²**

Booking BP : _____ **mmHg**

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kandungan		Janin		
		<i>Urin protein</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb g/dL	Berat (kg)	BP	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)	Tinggi Rahim (cm)	Pre- sentasi	Jantung	Gerak

Masalah	Pengendalian dan Rawatan	Tarikh Temujanji	Nama, Tandatangan & Cop Pemeriksa

PEMERIKSAAN KANDUNGAN SEMASA

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kandungan		Janin		
		<i>Urin protein</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb g/dL	Berat (kg)	BP	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)	Tinggi Rahim (cm)	Pre-sentasi	Jantung	Gerak

Masalah	Pengendalian dan Rawatan	Tarikh Temujanji	Nama, Tandatangan & Cop Pemeriksa

PEMERIKSAAN KANDUNGAN SEMASA

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kandungan		Janin		
		<i>Urin protein</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb g/dL	Berat (kg)	BP	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)	Tinggi Rahim (cm)	Pre- sentasi	Jantung	Gerak

Masalah	Pengendalian dan Rawatan	Tarikh Temujanji	Nama, Tandatangan & Cop Pemeriksa

PEMERIKSAAN KANDUNGAN SEMASA

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kandungan		Janin		
		<i>Urin protein</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb g/dL	Berat (kg)	BP	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)	Tinggi Rahim (cm)	Pre- sentasi	Jantung	Gerak

Masalah	Pengendalian dan Rawatan	Tarikh Temujanji	Nama, Tandatangan & Cop Pemeriksa

PEMERIKSAAN KANDUNGAN SEMASA

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kandungan			Janin	
		<i>Urin protein</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb g/dL	Berat (kg)	BP	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)	Tinggi Rahim (cm)	Pre-sentasi	Jantung	Gerak

Masalah	Pengendalian dan Rawatan	Tarikh Temujanji	Nama, Tandatangan & Cop Pemeriksa

PEMERIKSAAN KANDUNGAN SEMASA

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kandungan			Janin	
		<i>Urin protein</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb g/dL	Berat (kg)	BP	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)	Tinggi Rahim (cm)	Pre-sentasi	Jantung	Gerak

Masalah	Pengendalian dan Rawatan	Tarikh Temujanji	Nama, Tandatangan & Cop Pemeriksa

20. KEMASUKAN KE HOSPITAL

PERTAMA:

Nama hospital : _____ R/N : _____

Tarikh masuk : _____ Tarikh keluar : _____

Diagnosa : _____

Rawatan semasa discaj : _____

Tarikh temujanji akan datang : _____

Tandatangan & cop Pegawai Perubatan : _____

KEDUA:

Nama hospital : _____ R/N : _____

Tarikh masuk : _____ Tarikh keluar : _____

Diagnosa : _____

Rawatan semasa discaj : _____

Tarikh temujanji akan datang : _____

Tandatangan & cop Pegawai Perubatan : _____

KETIGA:

Nama hospital : _____ R/N : _____

Tarikh masuk : _____ Tarikh keluar : _____

Diagnosa : _____

Rawatan semasa discaj : _____

Tarikh temujanji akan datang : _____

Tandatangan & cop Pegawai Perubatan : _____

21. NOTA DISCAJ

Lekatkan nota discaj dari hospital pada mukasurat ini.
- Semasa Antenatal dan Postnatal -

22. PERIHAL KELAHIRAN (Diisi oleh Penyambut Kelahiran)

22.1 PERIHAL IBU

TEMPAT KELAHIRAN: _____

(Nyatakan nama Hospital/ABC/Rumah)

Disambut oleh : _____

Tarikh lahir dan masa : _____

Suntikan : Syntometrin Syntocinon

Placenta : Lengkap Tidak Lengkap Berat : gram

CARA KELAHIRAN

Spontaneous Vaginal Delivery : Cephalic Breech Assisted Breech

Instrumental Delivery :

Forcep Vacuum

Indication : _____

Caesarean :

(i) Elective Emergency

(ii) LSCS Classical

Indication : _____

KOMPLIKASI SEMASA BERSALIN

Post Partum Haemorrhage (PPH) *Retained Placenta*

Perineal Tear : 1st degree

2nd degree

3rd degree

Lain-lain nyatakan : _____

PERMULAAN PENYUSUAN SUSU IBU DAN SENTUHAN KULIT KE KULIT (Diisi oleh anggota di tempat kelahiran)

Bayi diberikan kepada ibu sejeurus selepas bersalin:

Ya Tidak

Sekiranya tidak, nyatakan sebab : _____

Ibu dan bayi menerima sentuhan kulit ke kulit selama 1 jam:

Ya Tidak

Sekiranya tidak, nyatakan sebab : _____

22.2 PERIHAL BAYI

Berat lahir _____ kg Jantina: _____

Ukuran panjang: _____ cm Lilitan kepala: _____ cm Lilitan dada: _____ cm

Keadaan Bayi:

Lahir hidup: Lahir mati:

Skor Apgar : 1 minit 5 minit

Abnormaliti Kongenital : Ada Tiada

Nyatakan : _____

Suntikan Vitamin K diberi :

Tarikh: Masa: Diberi oleh:

Suntikan Hepatitis B dos 1 diberi :

Tarikh: Masa: Diberi oleh:

No *Batch*: Tarikh luput:

G6PD :

Tarikh diambil:

Saringan *Congenital Hypothyroidism*:

T4 / TSH

Tarikh diambil:

23. PERAWATAN POSTNATAL DI RUMAH

Tarikh discaj hospital : _____

Tarikh dan masa notifikasi diterima : _____

Hari Postnatal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Catatan	
Tarikh																						
Kecadaan Ibu:																						
Suhu Badan (°C)																						
Tekanan Darah																						
Nadi																						
Pernafasan																						
Payudara																						
Tinggi Rahim (cm)																						
Lokia																						
- Bau																						
- Rubra																						
- Serosa																						
- Alba																						
- Pad chart																						
<i>Perineum</i> / luka episiotomi																						
Luka pembedahan																						
PU																						
BO																						
Ibu bergerak/ berjalan																						
Menilai simptom kemurungan/ psikosis ibu: Bertanyakan kepada suami/ waris/ penjaga seperti; adakah emosi dan tingkahlaku yang berubah- ubah atau mengadu terlalu bimbang atau perasaan yang tidak stabil																						

24. MASALAH DIKESAN SEMASA POSTNATAL, PENGENDALIAN DAN RAWATAN

Tarikh dan Masa	Masalah	Pengendalian dan Rawatan	Nama, Tandatangan & Cop Pegawai Pemeriksa

**25. JADUAL SUNTIKAN THROMBOPROPHYLAXIS UNTUK IBU POSTNATAL
(SUBCUTANEOUS UNFRACTIONATED HEPARIN/LOW MOLECULAR WEIGHT
HEPARIN)**

Nama Ubat :

Dos :

BIL	TARIKH	MASA	SUNTIKAN DIBERI OLEH	TANDATANGAN
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

26. SENARAI SEMAK KEBERKESANAN PENYUSUAN SUSU IBU SEMASA POSTNATAL

Arahan : Tandakan (√) pada ruang yang berkenaan

Bil	Tarikh	Lawatan Postnatal Pertama		Mengikut keperluan		Lawatan Postnatal Terakhir	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
	Pemerhatian						
1	TANDA-TANDA AM PENYUSUAN SUSU IBU BERJALAN DENGAN BAIK						
	Ibu kelihatan sihat						
	Ibu tenang dan selesa						
	Tanda kasih sayang antara ibu dan bayinya						
	Bayi kelihatan sihat						
	Bayi tenang dan selesa						
	Bayi mencapai payudara apabila lapar						
2	PAYUDARA						
	Payudara kelihatan sihat						
	Tidak sakit atau tidak selesa						
	Diampu dengan baik, jari jauh dari areola						
	Puting menonjol dan <i>protractile</i>						
3	POSISI BAYI						
	Kepala dan badan bayi lurus						
	Badan bayi rapat dan menghadap ibu						
	Seluruh badan bayi diampu						
	Bayi mencapai payudara ibu, hidung bayi bertentangan dengan puting payudara ibu						
4	PELEKAPAN BAYI						
	Kelihatan lebih areola di atas mulut bayi						
	Mulut bayi terbuka luas						
	Bibir bawah melengkup keluar						
	Dagu bayi menyentuh payudara ibu						
5	PENGHISAPAN						
	Penghisapan perlahan dan mendalam						
	Pipi penuh dan bulat						
	Bayi melepaskan payudara dengan sendiri bila habis menyusu						
	Ibu merasai tanda refleks oksitosin						

27. SENARAI SEMAK PENJAGAAN POSTNATAL MENGIKUT KOD WARNA

Senarai semak ini digunakan oleh anggota kesihatan ketika menjalankan penjagaan postnatal. Ia perlu bagi pengesanan faktor risiko dan pengendalian semasa jagaan postnatal.

KOD WARNA	TAHAP PENJAGAAN
Merah	Perlu dirujuk segera ke hospital
Kuning	Rujuk kepada Pegawai Perubatan/ Pakar Perubatan Keluarga

SENARAI SEMAK PENJAGAAN POSTNATAL

KOD MERAH - Rujukan segera ke hospital										
Tarikh Lawatan										
Hari Postnatal										
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI		Tandakan (√) dalam ruangan jika terdapat faktor								
1	<i>Eclampsia</i>									
2	<i>Pre-eclampsia</i> yang teruk (BP ≥ 140/90mmHg, proteinuria) Simptomatik: – sakit kepala, pening, kabur penglihatan, sakit epigastrik, mual									
3	PPH(<i>Post partum haemorrhage</i>)									
4	<i>Retained placenta/ Product of conception</i>									
5	Masalah kencing/ <i>urinary</i> : – Tidak boleh kencing (<i>Acute urinary retention</i>) – <i>Incontinence</i>									
6	Ibu penghidap penyakit jantung bersalin di rumah									
7	Ibu Rhesus negatif bersalin di rumah									
8	Tanda dan simptom <i>deep vein thrombosis/ pulmonary embolism</i> : – Susah bernafas – Sakit/ bengkak betis (<i>calf tenderness/ swelling</i>) – Sakit dada – Kemerahan/ keradangan kaki(<i>redness/ inflammation of lower limbs</i>)									
9	<i>Hematoma</i> di bahagian luka <i>episiotomi/ pembedahan caesarean</i>									

Sambungan senarai semak penjagaan postnatal

Tarikh Lawatan									
Hari Postnatal									
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI	Tandakan (√) dalam ruangan jika terdapat faktor								
10	Anemia yang teruk (Hb <7g/dL)								
11	Anemia Hb <9g/dL dengan tanda-tanda seperti sesak nafas, berdebar-debar, pucat, mudah letih dan pitam								
12	Simptom respiratori: - Sesak nafas - Batuk berdarah berpanjangan - Serangan asma								
13	<i>Puerperal Sepsis</i> : Demam, lokia berbau busuk/ luar biasa								
14	Keinginan ingin mencederakan/membunuh diri								

KOD KUNING - Rujuk kepada Pegawai Perubatan/ Pakar Perubatan Keluarga di klinik kesihatan/ hospital									
Tarikh Lawatan									
Hari Postnatal									
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI	Tandakan (√) dalam ruangan jika terdapat faktor								
1	BP ≥140/90mmHg, <i>asimptomatik</i> , tiada <i>proteinuria</i>								
2	Sebarang simptom yang membimbangkan contoh: loya dan muntah, sakit kepala								
3	Jangkitan (<i>wound breakdown</i>)/ di bahagian luka episiotomi/ pembedahan <i>caesaeran</i>								
4	Demam ≥ 37.5 °C								
5	Keadaan <i>obstetric</i> bagi kes bersalin di rumah: - Kematian perinatal - Berat badan bayi <2.5kg atau >3.5kg								
6	Rahim yang tidak mengecut (<i>subinvolution of uterus</i>)								
7	Ibu yang menunjukkan tanda-tanda : - Psikiatrik (eg.murung,emosi tidak stabil) - Kecacatan mental atau fizikal - Keganasan rumah tangga/ sosial								
8	Masalah penyusuan susu ibu: - Bengkak payudara - Puting luka - Puting merekah								
9	Masalah kencing - Kencing kerap (<i>frequency</i>) - Sakit kencing (<i>dysuria</i>)								

KOD KUNING - Rujuk kepada Pegawai Perubatan/ Pakar Perubatan Keluarga di klinik kesihatan/ hospital

Tarikh Lawatan									
Hari Postnatal									
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI		Tandakan (√) dalam ruangan jika terdapat faktor							
Rujukan dengan temujanji									
1	Haemoglobin <9g/dL asimptomatik								
2	Masalah perubatan yang baru dikesan/keciciran Contoh: SLE, Diabetes Mellitus , HIV positif , Hepatitis B positif ,penyakit buah pinggang semasa mengandung, sel darah abnormal (<i>blood dyscrasias</i>), <i>syphilis</i> yang belum dirawat								

28. PEMERIKSAAN IBU POSTNATAL (1 BULAN) DI KLINIK

Tarikh: _____

Lawatan ke klinik _____ hari

Pemeriksaan	Catatkan penemuan
Suhu badan (°C)	
Berat badan (kg)	
Tekanan Darah	
Nadi	
Payudara	
Aliran susu	
Tinggi rahim	
Edema	
<i>Perineum</i> / luka episiotomi	
Luka pembedahan	
Discaj vagina	
Hb (g/dL)	
<i>Urine sugar</i>	
Urin protein	
Menilai simptom kemurungan/ psikosis ibu: Bertanyakan kepada suami/ waris/ penjaga seperti; adakah emosi dan tingkahlaku yang berubah- ubah atau mengadu terlalu bimbang atau perasaan yang tidak stabil	

Nasihat diberi:-

1. Amalan perancang keluarga

2. Temujanji OGTT (bagi yang berkaitan): _____

3. Penjagaan Pra Kehamilan (bagi yang berkaitan): _____

Tandatangan & Cop Pegawai Perubatan :

29. REKOD PEMBERIAN PENDIDIKAN KESIHATAN

BIL	TAJUK	TARIKH	NAMA ANGGOTA YANG MEMBERI PENDIDIKAN	TANDA TANGAN IBU
ANTENATAL				
1	Penjagaan antenatal & jadual ke klinik			
2	Kepentingan datang awal ke klinik			
3	Masalah ringan semasa hamil dan cara mengatasinya			
4	Pemakanan ibu hamil			
5	Kepentingan penyusuan susu ibu kepada bayi			
6	Kepentingan penyusuan susu ibu kepada ibu			
7	Kepentingan sentuhan kulit ke kulit sejurus selepas kelahiran			
8	Kepentingan permulaan awal untuk penyusuan susu ibu			
9	Kepentingan ibu bersama bayi (<i>rooming in</i>) 24 jam sehari			
10	Kepentingan penyusuan susu ibu mengikut kehendak bayi			
11	Kepentingan penyusuan susu ibu dengan kerap untuk memastikan penghasilan susu ibu mencukupi			
12	Kepentingan posisi dan pelekapan yang baik semasa penyusuan susu ibu			
13	Kepentingan penyusuan susu ibu secara eksklusif bagi 6 bulan pertama tanpa sebarang makanan atau minuman lain			
14	Kepentingan meneruskan penyusuan susu ibu selepas 6 bulan di samping pemberian makanan pelengkap			
15	Memastikan memulakan penyusuan awal			
16	Bahaya dan risiko bayi yang tidak diberi susu ibu			
17	Menyokong dan mengamalkan kelahiran dan penjagaan Mesra Ibu (<i>Mother Friendly Care</i>) - 5 Perkara			

BIL	TAJUK	TARIKH	NAMA ANGGOTA YANG MEMBERI PENDIDIKAN	TANDA TANGAN IBU
18	Persiapan bersalin untuk ibu dan bayi			
19	Senaman antenatal			
20	Perancang keluarga			
21	Tanda-tanda bersalin & proses kelahiran			
22	Kelahiran selamat & bahaya kelahiran tidak selamat			
23	Pemberitahuan awal kelahiran			
24	Penjagaan kesihatan pergigian			
25	Jaundis neonatal			
POSTNATAL				
1	Pemakanan semasa dalam pantang			
2	Senaman postnatal			
3	Penjagaan kebersihan diri, luka episiotomi & luka pembedahan			
4	Kepentingan mendapat rawatan awal			
5	Pengesanan jaundis			
KEADAAN LUAR BIASA SEMASA HAMIL				
1	<i>Pre-eclampsia</i> semasa hamil dan tanda & simptom <i>Pre-eclampsia</i>			
2	Diabetes semasa hamil			
3	Anaemia dan kesan kepada ibu dan janin			
4	Pendarahan semasa hamil			

30. REKOD SEMAKAN BUKU REKOD KESIHATAN IBU
(KIK/1(b)/96 Pind.2020 sahaja)

Tarikh	Perkara	Penemuan	Tindakan	Catatan	Tandatangan & Nama Penyelia

