



KEMENTERIAN KESIHATAN  
MALAYSIA

# Buku Panduan

PENGGUNAAN  
&  
PENGISIAN  
BUKU REKOD  
KESIHATAN  
IBU HAMIL





# Buku Panduan

## PENGGUNAAN & PENGISIAN BUKU REKOD KESIHATAN IBU HAMIL

Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Kementerian Kesihatan Malaysia  
2020

Buku Panduan Penggunaan & Pengisian Buku Rekod Kesihatan Ibu Hamil ini diterbitkan oleh  
Kementerian Kesihatan Malaysia

Di terbitkan oleh:

Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Kementerian Kesihatan Malaysia  
Aras 7&8, Blok E10, Kompleks E, Presint 1  
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan  
62590 Putrajaya  
Malaysia

Edisi pertama : 2012

Edisi kedua : 2020

Hak cipta terpelihara. Tidak dibenarkan mengeluarkan mana-mana bahagian teks, ilustrasi dan isi kandungan buku ini dalam bentuk dan dengan apa cara jua, sama ada secara elektronik, mekanik, rakaman atau cara lain kecuali dengan keizinan bertulis daripada Kementerian Kesihatan Malaysia

## ISI KANDUNGAN

| Bil | Tajuk  | Muka Surat   |
|-----|--|--|
| 1   | SINGKATAN  | 1  |
| 2   | PENGENALAN   | 2  |
| 3   | OBJEKTIF PENJAGAAN IBU HAMIL<br>-Tujuan Jagaan Ibu Semasa Hamil<br>-Tujuan Rekod Kesihatan Ibu Hamil   | 3  |
| 4   | PENGUNAAN REKOD KESIHATAN IBU<br>- Rekod Kesihatan Ibu KIK/1(a)/96 (Pind.2020)<br>- Rekod Kesihatan Ibu KIK/1(b)/96 (Pind.2020)  | 3  |
| 5   | PANDUAN MENGISI REKOD KESIHATAN IBU<br>- KIK/1(a)/96 Pind.2020 dan KIK/1(b)/96 Pind.2020<br>1. Maklumat Ibu<br>2. Perihal Kandungan Lalu<br>3. Riwayat Kesihatan Ibu dan Keluarga<br>7 3.1 Saringan Tibi<br>3.2 Masalah Perubatan Keluarga<br>3.3 Status Imunisasi Ibu<br>4. Akuan Pengambilan Darah bagi Ujian Saringan Antenatal<br>5. Keputusan Ujian Darah Saringan Antenatal<br>6. Akuan Tidak Setuju Rawatan<br>7. Pemeriksaan oleh Pegawai Perubatan dan Pegawai Pergigian<br>8. Senarai Semak Kriteria untuk Ujian Saringan OGTT<br>9. Ujian OGTT<br>10. Pemantauan Paras Gula Dalam Darah<br>11. Pemantauan Tekanan Darah<br>12. Pemantauan Profil <i>Pre-Eclampsia</i><br>13. Pemantauan Peningkatan Berat Badan Ibu Antenatal<br>( <i>Gestational Weight Gain -GWG</i> )<br>- Jadual Berat Badan Sepanjang Kehamilan<br>14. Pemantauan Hemoglobin<br>15. Keputusan Pemeriksaan <i>Ultrasound</i><br>16. <i>Fetal Growth Chart</i><br>17. Sistem Kod Warna dan Senarai Semak Penjagaan Antenatal<br>18. Senarai Semak Risiko VTE Semasa Hamil dan Puerperium | 4<br>6<br>7<br><br>8<br>9<br>9<br>10<br>10<br>10<br>11<br>11<br>12<br>13<br><br>14<br>15<br>16<br>16<br>16 |

|   |   |    |
|---|---|----|
|   | 19. Carta Pergerakan Janin  | 16 |
|   | 20. Pemeriksaan Kandungan Semasa  | 17 |
|   | 21. Kemasukan Ke Hospital   | 18 |
|   | 22. <i>Discharge Note</i>   | 18 |
|   | 23. Perihal Rekod Kelahiran:  | 19 |
|   | 23.1 Perihal Ibu  |    |
|   | 23.2 Perihal Bayi   |    |
|   | 24. Perawatan Postnatal di Rumah  | 20 |
|   | 25. Masalah Dikesan Semasa Postnatal, Pengendalian dan Rawatan  | 22 |
|   | 26. Jadual Suntikan Thromboprophylaxis untuk Ibu Postnatal<br>( <i>Subcutaneous Unfractionated Heparin/ Low Molecular Weight Heparin</i> )  | 22 |
|   | 27. Senarai Semak Keberkesanan Penyusuan Susu Ibu Semasa Postnatal  | 23 |
|   | 28. Senarai Semak Penjagaan Postnatal Mengikut Sistem Kod Warna   | 24 |
|   | 29. Pemeriksaan Ibu Postnatal (1 Bulan) di Klinik   | 24 |
|   | 30. Rekod Pemberian Pendidikan Kesihatan  | 25 |
|   | 31. Rekod Semakan Buku Rekod Kesihatan Ibu  | 26 |
| 6 | Informasi Panduan dan Pendidikan Kesihatan<br>KIK/1(a)/96.Pind.2020 Sahaja<br>- Selamat Datang Ke Alam Kehamilan<br>- Penjagaan Semasa Kehamilan<br>- Aktiviti Semasa Lawatan ke Klinik<br>- Persediaan Untuk Bersalin<br>- Gangguan Ringan Semasa Hamil<br>- Kehamilan Yang Berisiko<br>- <i>Venous Thromboembolism</i><br>- Komplikasi Semasa Hamil Kepada Ibu dan Bayi Dalam Kandungan<br>- Panduan Pemakanan Bagi Persediaan Kehamilan, Semasa Hamil dan Sewaktu Berpantang dan Menyusukan Bayi<br>- Panduan Pemakanan Bagi Ibu Hamil Yang Mengalami Anemia Kekurangan Zat Besi ( <i>Iron Deficiency Anaemia – IDA</i> )<br>- Sasaran Peningkatan Berat Badan Yang Sihat Semasa Kehamilan<br>- Penyusuan Susu Ibu Yang Terbaik Buat Bayi dan Ibu<br>- Masalah Ibu Selepas Bersalin (Postnatal)<br>- Bayi dan Jaundis<br>- Penjagaan Kesihatan Bayi Anda | 27 |
| 7 | Lampiran I<br>- Akuan Tidak Setuju Rawatan  | 28 |
| 8 | Penghargaan   | 29 |

## SINGKATAN

|      |  |        |  |
|------|--|--------|--|
| ABC  | <i>Alternative Birth Center</i>            | K      | Klinik   |
| AC   | <i>Abdominal Circumference</i>             | KK     | Klinik Kesihatan                                 |
| AFI  | <i>Amniotic Fluid Index</i>                | KKM    | Kementerian Kesihatan Malaysia                   |
| BBA  | <i>Birth Before Arrived</i>                | LMWH   | <i>Low Molecular Weight Heparin</i>              |
| BF   | <i>Breast Feeding</i>                      | LNMP   | <i>Last Normal Menstrual Period</i>              |
| BFMP | <i>Blood Film Malaria Parasit</i>          | LSCS   | <i>Lower Segment Caeserean Section</i>           |
| BMI  | <i>Body Mass Indeks</i>                    | OGTT   | <i>Oral Glucose Tolerance Test</i>               |
| BP   | <i>Blood Pressure</i>                      | OHSS   | <i>Ovarian Hyperstimulation Syndrome</i>         |
| BPD  | <i>Biparietal Diameter</i>                 | P      | Pejabat  |
| BPKK | Bahagian Pembangunan<br>Kesihatan Keluarga | PCM    | <i>Perinatal Care Manual</i>                     |
| BO   | <i>Bowel Opened</i>                        | POA    | <i>Period of Amenorrhea</i>                      |
| CRL  | <i>Crown-Rump Length</i>                   | POG    | <i>Period of Gestation</i>                       |
| CVS  | <i>Cardio Vascular System</i>              | PPH    | <i>Post Partum Hemorrhage</i>                    |
| DM   | <i>Diabetes Mellitus</i>                   | PSP    | Pegawai Sains Pemakanan                          |
| dsb  | dan sebagainya                             | PU     | <i>Passed Urine</i>                              |
| DVT  | <i>Deep Vein Thrombosis</i>                | R      | Rumah  |
| EBW  | <i>Estimate Birth Weight</i>               | RBS    | <i>Random Blood Sugar</i>                        |
| EDD  | <i>Expected Date Delivery</i>              | RE EDD | <i>Re-Expected Date Delivery</i>                 |
| FBC  | <i>Full Blood Count</i>                    | RH     | <i>Rhesus Factor</i>                             |
| FBS  | <i>Fasting Blood Sugar</i>                 | RME    | <i>Routine Medical Examination</i>               |
| FH   | <i>Fundal Height</i>                       | SB     | <i>Serum Bilirubin</i>                           |
| FHA  | <i>Fetal Heart Activity</i>                | SFH    | <i>Symphysis Fundus Height</i>                   |
| FL   | <i>Femur Length</i>                        | SLE    | <i>Systemic Lupus Erythematosus</i>              |
| FM   | <i>Fetal Movement</i>                      | SVD    | <i>Spontaneous Vaginal Delivery</i>              |
| GDM  | <i>Gestational Diabetes Mellitus</i>       | TAL    | Tarikh Akan Lahir                                |
| G6PD | <i>Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase</i>   | TB     | <i>Tuberculosis</i>                              |
| HC   | <i>Head Circumference</i>                  | THA    | Tarikh Haid Akhir                                |
| HDP  | <i>Hypertension Disorder in Pregnancy</i>  | TPHA   | <i>Treponema Pallidum Particle Agglutination</i> |
| HIV  | <i>Human Immunodeficiency Virus</i>        | TSB    | <i>Total Serum Bilirubin</i>                     |
| H/P  | <i>Handphone</i>                           | TT     | <i>Tetanus Toxoid</i>                            |
| IDA  | <i>Iron Deficiency Anaemia</i>             | VDRL   | <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>      |
| IUD  | <i>Intra Uterine Death</i>                 | VTE    | <i>Venous Thromboembolism</i>                    |
| IVDU | <i>Intra Venus Drug Use</i>                | wt     | <i>Weight</i>                                    |
| IVF  | <i>In Vitro Fertilasation</i>              |        |  |
| JKN  | Jabatan Kesihatan Negeri                   |        |  |
| JVS  | <i>Jugular Venous System</i>               |        |  |

## PENGENALAN

Ibu hamil memerlukan pengawasan, pemeriksaan dan pengendalian yang rapi, teratur dan berterusan bermula sebaik saja ibu mengetahui dirinya hamil. Ini adalah kerana semasa hamil, ibu mengalami banyak perubahan pada tubuh badan mereka. Janin dalam kandungan juga memerlukan pengawasan yang serupa kerana ia mudah dipengaruhi oleh persekitaran terutama kesihatan ibu. Masalah kesihatan yang dihadapi oleh ibu hamil contoh: anemia, hipertensi, diabetes boleh menjejaskan perkembangan serta pembesaran janin di dalam kandungan dan boleh mengancam nyawa ibu. Pengawasan serta pengendalian kesihatan ibu yang rapi dan berterusan dapat memastikan pengesanan awal yang membolehkan tindakan sewajarnya diambil bagi mengurangkan morbiditi dan mortaliti.

Pelaksanaan rekod kesihatan ibu di seluruh negara telah dimulakan pada 1 Jun 1993. Sejarah penggunaan buku rekod kesihatan ibu bermula dengan kad *clinic based* yang mengandungi maklumat penjagaan ibu dan disimpan di klinik. Ibu hanya diberikan kad kecil di mana maklumat perihal kesihatan ibu amat terhad. Perkara ini menyukarkan pengendalian kes terutama semasa kecemasan kerana banyak maklumat tersimpan di klinik. Pada tahun 1997, penggunaan rekod kesihatan ibu daripada *clinic based* kepada *home based* sehingga sekarang.

Pada tahun 2012, semakan semula telah dilaksanakan dengan penambahbaikan yang terperinci.

Seterusnya pada tahun 2020, buku rekod ini disemak semula sejajar dengan teknologi kesihatan yang sentiasa dinamik untuk meningkatkan taraf kesihatan ibu hamil yang lebih komprehensif.



## OBJEKTIF PENJAGAAN IBU HAMIL

- i. Memberi penjagaan yang berterusan semasa hamil, bersalin dan postnatal.
- ii. Mengenalpasti faktor risiko lebih awal dan tindakan serta rujukan dapat dilakukan.
- iii. Menggalakkan penjagaan kesihatan diri ibu, keluarga dan komuniti.
- iv. Memberi pendidikan kesihatan berkaitan penjagaan semasa hamil, bersalin dan postnatal.

## TUJUAN BUKU REKOD KESIHATAN IBU HAMIL

Buku Rekod Kesihatan Ibu Hamil bertujuan untuk merekodkan maklumat berkaitan penjagaan kesihatan ibu iaitu:

- i. KIK/ 1(a)/ 96 (Pind.2020) – untuk simpanan ibu
- ii. KIK/ 1(b)/ 96 (Pind.2020) – untuk simpanan di klinik

## PENGGUNAAN BUKU REKOD KESIHATAN IBU HAMIL

- i. Buku Rekod Kesihatan Ibu KIK/1(a)/96(Pind.2020):-
  - Diberikan kepada ibu hamil yang pertama kali datang ke klinik kesihatan untuk pendaftaran serta merekod maklumat berkaitan kemajuan ibu hamil, bersalin dan semasa postnatal
  - Disimpan oleh ibu dan perlu dibawa setiap kali menghadiri pemeriksaan sama ada di klinik/ hospital kerajaan atau swasta.
  - Semua pihak yang memberi penjagaan kesihatan ibu hamil hendaklah merekodkan maklumat dalam buku rekod kesihatan ibu. Maklumat ini adalah untuk menilai kemajuan kehamilan ibu.
  - Terangkan kepada ibu kepentingan menyimpan buku rekod dan membawanya ke mana sahaja ia pergi bila memerlukan pemeriksaan dan rawatan.
- ii. Buku Rekod Kesihatan Ibu KIK/1(b)/96(Pind.2020):-
  - Disimpan di klinik bagi merekodkan maklumat berkaitan dengan kemajuan ibu hamil, bersalin dan semasa postnatal.
  - Digunakan oleh anggota kesihatan di dalam pengendalian kes contohnya untuk mengisi buku rekod HMIS, lawatan rumah dan pengesanan cicir.
  - Jika ibu berpindah, buku rekod ini boleh dihantar ke klinik di mana ibu berpindah.

**PANDUAN MENGISI REKOD KESIHATAN IBU**  
**KIK/ 1(a)/ 96(Pind.2020) dan KIK/ 1(b)/ 96(Pind.2020)**

**1. MAKLUMAT IBU**

| Bil | Perkara  | Keterangan   |
|-----|--|--|
| 1.  | No. siri JKN   | Merujuk nombor kawalan edaran kad yang dikeluarkan mengikut keperluan negeri   |
| 2.  | No. pendaftaran  | Tuliskan nombor siri pendaftaran mengikut buku pendaftaran KIB 101   |
| 3.  | No. kad pengenalan   | Tuliskan nombor kad pengenalan ibu, nombor polis, tentera dan passport bagi bukan warganegara di dalam petak yang disediakan. Sekiranya tiada dokumen kosongkan petak yang disediakan sehingga memperolehi pengenalan/ dokumen berkaitan |
| 4.  | Tarikh lahir   | Catatkan tarikh lahir ibu  |
| 5.  | Umur   | Catatkan umur ibu pada tarikh pendaftaran (tahun dan bulan)  |
| 6.  | Cop dan no. telefon klinik   | Copkan nama klinik dan nombor telefon di mana ibu membuat pendaftaran (lengkapkan dengan daerah dan negeri)  |
| 7.  | Nama ibu   | Tuliskan nama ibu mengikut dokumen pengenalan dengan huruf besar   |
| 8.  | Kumpulan etnik   | Tuliskan kumpulan etnik ibu.   |
| 9.  | Warganegara  | Tuliskan warganegara ibu. Contoh: Malaysia, Indonesia  |
| 10. | Tahap pendidikan   | Tuliskan tahap pendidikan ibu. Contoh: ijazah/ diploma/ menengah/ rendah/ tidak bersekolah   |
| 11. | Pekerjaan  | Tuliskan jenis pekerjaan ibu. Sekiranya suri rumah tangga tulis SRT dan sekiranya berkerja di kilang, nyatakan jenis. Contoh: Operator kilang  |
| 12. | Alamat rumah (1) dan (2)   | Alamat 1: Tuliskan alamat rumah ibu dengan lengkap<br>Alamat 2: Tuliskan alamat terkini sekiranya berpindah  |
| 13. | No. telefon ibu  | Catatkan nombor telefon rumah, telefon bimbit ibu dan tempat kerja   |
| 14. | Alamat tempat kerja  | Tuliskan alamat tempat kerja ibu dengan lengkap  |
| 15. | Jururawat Y/M  | Tuliskan nama jururawat yang menjaga mengikut konsep <i>personalised care</i>  |
| 16. | Tempat bersalin pilihan<br><br>[hanya di KIK/ 1(b)/ 96(Pind.2020)] | Tuliskan tempat bersalin yang dipilih oleh ibu seperti: Hospital/ ABC/ Rumah   |
| 17. | Alamat semasa postnatal  | Tuliskan alamat rumah ibu dengan lengkap semasa ibu berpantang   |

| Bil | Perkara                           | Keterangan   |
|-----|-----------------------------------|--|
| 18. | Pelekat kod warna antenatal       | Rujuk kepada senarai semak sistem kod warna ibu hamil untuk menentukan warna dan lekatkan warna dalam petak yang disediakan. Apabila berlaku pertukaran kod warna, lekatkan warna yang baru dengan menampakkan sebahagian kecil pelekat warna yang terdahulu |
| 19. | Faktor risiko antenatal           | Tuliskan faktor risiko bagi pelekat warna yang ditentukan berdasarkan senarai semak pengendalian ibu hamil mengikut sistem kod warna   |
| 20. | THA (LNMP)<br>(Tarikh haid akhir) | Catatkan tarikh hari pertama kedatangan haid yang terakhir jika tidak ingat, catat bulan dan tahun   |
| 21. | TAL (EDD)<br>(Tarikh akan lahir)  | Catatkan tarikh ibu dijangka akan bersalin   |
| 22. | Re EDD                            | Catatkan tarikh ibu dijangka akan bersalin mengikut keputusan ultrasound sekiranya berbeza dari kiraan menggunakan LNMP  |
| 23. | Gravida                           | Catatkan jumlah bilangan kandungan ibu   |
| 24. | Para                              | Catatkan jumlah kelahiran (usia kandungan 22 minggu mengandung dan ke atas) dan bilangan keguguran<br>Contoh: 3 + 1  |
| 25. | Nama suami                        | Tuliskan nama suami mengikut dokumen pengenalan. Kosongkan sekiranya tiada maklumat  |
| 26. | No. kad pengenalan suami          | Catatkan nombor kad pengenalan suami, nombor polis, tentera dan pasport bagi bukan warganegara di dalam petak yang disediakan. Sekiranya tiada dokumen kosongkan petak yang sediakan sehingga memperolehi pengenalan/ dokumen berkaitan.                     |
| 27. | Pekerjaan suami                   | Tuliskan pekerjaan suami   |
| 28. | Alamat tempat kerja               | Tuliskan alamat tempat suami bekerja   |
| 29. | No. telefon suami                 | Tuliskan telefon, tempat kerja dan telefon bimbit  |
| 30. | Pelekat kod warna postnatal       | Lekatkan kod warna berpandukan senarai semak kod warna semasa postnatal  |
| 31. | Faktor risiko postnatal           | Tuliskan faktor risiko semasa postnatal  |

## 2. PERIHAL KANDUNGAN LALU

| Bil | Perkara                                     | Keterangan  |
|-----|---|---|
| 1   | Bil   | Catatkan bilangan kehamilan ibu termasuk keguguran dan kematian dalam rahim mengikut urutan. Jika kandungan kembar isikan perihal setiap bayi ke dalam ruang bilangan.                      |
| 2   | Tahun                                       | Catatkan tahun kelahiran, keguguran atau mati dalam rahim yang telah berlaku.   |
| 3   | Hasil kandungan                             | Tuliskan perihal hasil kandungan yang lepas iaitu lahir hidup, lahir mati, gugur, cukup bulan atau tidak cukup bulan.   |
| 4   | Jenis kelahiran                             | Tuliskan cara kelahiran yang lalu seperti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- SVD</li> <li>- LSCS</li> <li>- Forcep</li> <li>- Vacuum</li> <li>- Natural Birth/ Waterbirth</li> </ul> |
| 5   | Tempat bersalin dan kelahiran disambut oleh | Tuliskan tempat bersalin dan penyambut kelahiran<br><br>Contoh: - Hospital/ Jururawat<br>- Rumah/ Jururawat/ Bidan Kg/ Tiada Penyambut dsb  |
| 6   | Jantina                                     | Tuliskan jantina anak<br>Contoh: Lelaki (L) / Perempuan (P)   |
| 7   | Berat lahir                                 | Catatkan berat lahir bayi dalam kilogram (kg)   |
| 8   | Komplikasi ibu dan anak                     | Tuliskan komplikasi ibu dan anak di ruang yang disediakan.<br>Contoh: PPH / <i>eclampsia</i> / lekat uri / <i>shoulder dystocia</i> / <i>neonatal jaundice</i> .                            |
| 9   | Penyusuan susu ibu/ tempoh                  | Tuliskan YA sekiranya diberi susu ibu dan catatkan tempoh penyusuan susu ibu.   |
| 10  | Keadaan anak sekarang                       | Tuliskan hidup (H) atau Mati (M) di ruang berkenaan. Sekiranya mati tuliskan umur dan sebab kematian. Sekiranya hidup, tuliskan masalah kesihatan sekiranya ada.                            |
| 11  | Tarikh perkahwinan                          | Catatkan tarikh perkahwinan ibu dengan suaminya sekarang. Sekiranya ibu berkahwin lebih dari sekali catatkan tahun perkahwinan.   |

### 3. RIWAYAT KESIHATAN IBU DAN KELUARGA

| Bil | Perkara  | Keterangan   |
|-----|--|--|
| 1   | Haid ( <i>menstrual cycle</i> )<br>- Jumlah hari ( <i>duration</i> )<br>- Pusingan ( <i>cycle</i> )  | Catatkan tempoh hari haid dan catatkan tempoh pusingan haid  |
| 2   | Amalan perancang keluarga  | Potong yang tidak berkenaan. Jika ya nyatakan kaedah dan tempoh penggunaannya  |
| 3   | Status merokok (ibu dan suami)   | Potong yang tidak berkenaan  |
| 4   | Masalah perubatan ibu :<br>- Diabetes<br>- Darah Tinggi<br>- Alergi<br>- Asthma<br>- Sakit Jantung<br>- Tibi<br>- Anemia<br>- Talasemia<br>- Thyroid<br>- Kanser<br>- Psikiatri<br>- Lain-lain, nyatakan | Tandakan ( ✓ ) di dalam kotak yang disediakan jika ibu menghidap penyakit berkenaan<br><br>Tuliskan penyakit lain sekiranya ada  |
| 5   | Saringan Tibi:<br>Adakah puan batuk melebihi 2 minggu  | Tandakan ( ✓ ) di dalam kotak berkenaan. Jika ya rujuk kepada Pegawai Perubatan<br><br>Kaedah:<br>Tanyakan kepada ibu berkaitan keadaan kesihatan sekarang, adakah mengalami batuk lebih 2 minggu) sekiranya ya, rujuk kepada Pegawai Perubatan untuk pemeriksaan lanjut. Rekodkan di ruang masalah dan pengendalian |
| 6   | Masalah perubatan keluarga :<br>- Diabetes<br>- Darah Tinggi<br>- Alergi<br>- Sakit Jantung<br>- Asthma<br>- Tibi<br>- Anemia<br>- Talasemia<br>- Psikiatri<br>- Lain-lain, nyatakan                     | Tandakan ( ✓ ) di dalam kotak yang disediakan jika ibu menghidap penyakit berkenaan<br><br>Tuliskan penyakit lain sekiranya ada  |
| 7   | Status immunisasi ibu<br>- Tetanus Toxoid Dos 1<br>- Tetanus Toxoid Dos 2<br>- Tetanus Toxoid Tambahan<br>- Lain-lain jika ada, nyatakan   | Catatkan tarikh ibu menerima suntikan Tetanus Toxoid<br><br>Catatkan tarikh ibu menerima lain-lain imunisasi dan nyatakan jenis imunisasi sekiranya ada  |

#### 4. AKUAN PENGAMBILAN DARAH BAGI UJIAN SARINGAN ANTENATAL

Lengkapkan ruang yang disediakan setelah memberi penerangan dan ibu bersetuju untuk pengambilan sampel darah. Tuliskan nama dan nombor dokumen pengenalan diri dan pastikan ibu dan saksi menandatangani diruang yang berkaitan.

##### Nota :

Sekiranya ibu adalah remaja di bawah umur 18 tahun, dapatkan keizinan dari suami yang berumur  $\geq 18$  tahun. Jika suami berumur  $< 18$  tahun, dapatkan keizinan daripada ibu/ bapa/ penjaga atau pelindung dengan menggunakan **Borang Persetujuan Ibu/ Bapa /Penjaga untuk Rawatan Perubatan di Klinik Kesihatan**. Rujuk 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:

Ujian Saringan Malaria diambil bagi:

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  $40^{\circ}\text{C}$ ). 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                       | Tuliskan tarikh diambil | Catatkan keputusan ujian kumpulan darah dan Rhesus  |
| 2   | Hemoglobin / <i>Full Blood Count</i> | Tuliskan tarikh diambil | Catatkan keputusan ujian haemoglobin (g/dL)/ Full Blood Count di ruangan pemeriksaan kandungan semasa       |
| 3   | <i>Syphilis</i>                      | Tuliskan tarikh diambil | Catatkan keputusan ujian <i>syphilis</i> dan di ruangan seterusnya bagi ujian ulangan atau ujian pengesahan |
| 4   | HIV                                  | Tuliskan tarikh diambil | Catatkan keputusan ujian HIV Rapid Test dan di ruangan seterusnya bagi ujian ulangan atau ujian pengesahan  |
| 5   | Hepatitis B                          | Tuliskan tarikh diambil | Catatkan keputusan ujian Hepatitis B (HbSAg)  |
| 6   | Malaria (BFMP)                       | Tuliskan tarikh diambil | Catatkan keputusan ujian Malaria (BFMP)   |
| 7   | Lain-lain (nyatakan)                 | Tuliskan tarikh diambil | Catatkan keputusan ujian seperti yang dinyatakan  |

## 6. AKUAN TIDAK SETUJU RAWATAN

Lekatkan Borang Akuan Tidak Setuju Rawatan di ruang ini.

Rujuk Lampiran 1 untuk Borang Akuan Tidak Setuju Rawatan - Lengkapkan ruang yang disediakan setelah memberi penerangan sekiranya ibu tidak setuju menerima rawatan. Tulis nama dan nombor dokumen pengenalan diri dan pastikan ibu, penterjemah (jika berkaitan), Pegawai Perubatan dan saksi menandatangani di ruang yang berkaitan.

## 7. PEMERIKSAAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN DAN PEGAWAI PERGIGIAN

Tuliskan ukuran tinggi dan *booking* BMI di ruangan yang disediakan.

Pegawai Perubatan bertanggungjawab untuk melengkapkan setiap ruangan yang disediakan pada RME 1 dan 2.

Pegawai Pergigian bertanggungjawab untuk melengkapkan ruangan yang disediakan

Catatan : Tulis penemuan abnormal yang perlu diambil perhatian.

## 8. SENARAI SEMAK KRITERIA UNTUK UJIAN SARINGAN OGTT

Tanda (√) di ruangan yang disediakan sekiranya ibu mempunyai kriteria yang dinyatakan. Jalankan ujian saringan OGTT jika ibu mempunyai walaupun hanya salah satu kriteria tersebut.

Nota : Rujuk CPG Diabetes in Pregnancy 2017

## 9. UJIAN OGTT

Ruang ini hanya diisi jika ujian OGTT dijalankan.

| Perkara             | Keterangan   |
|---------------------|--|
| Tarikh              | Catatkan tarikh ujian OGTT dijalankan                          |
| POG                 | Catatkan usia kandungan semasa ujian saringan diambil          |
| Fasting Blood Sugar | Catatkan keputusan, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah |
| 2H Postprandial     | Catatkan keputusan, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah |

Nota: (Normal range: Fasting < 5.1mmol/L, 2HPP <7.8 mmol/L)

Rujuk CPG Diabetes in Pregnancy 2017



## 10. PEMANTAUAN PARAS GULA DALAM DARAH (BLOOD SUGAR PROFILE)

Ruang ini hanya diisi bagi ibu diabetes

(Sasaran: *Pre meal*  $\leq 5.3\text{mmol/L}$ , *1H post meal*  $\leq 7.8\text{mmol/L}$ , *2H post meal*  $\leq 6.7\text{mmol/L}$ )

Rujuk Pegawai Perubatan sekiranya ibu mempunyai tanda-tanda *hypoglycaemia* atau bacaan  $\leq 4\text{mmol/L}$

Ujian yang dijalankan perlu seragam. Contohnya jika diambil semasa *pre breakfast*, ujian seterusnya adalah *pre lunch*, *pre dinner* dan seterusnya.

| Perkara                            | Keterangan  |
|------------------------------------|---|
| Tarikh                             | Catatkan tarikh dijalankan  |
| <i>Pre/Post Breakfast</i> (mmol/L) | Catatkan keputusan <i>Pre/Post Breakfast</i> dalam mmol/L, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah |
| <i>Pre/Post Lunch</i> (mmol/L)     | Catatkan keputusan <i>Pre/Post Lunch</i> dalam mmol/L, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah     |
| <i>Pre/Post Dinner</i> (mmol/L)    | Catatkan keputusan <i>Pre/Post Dinner</i> dalam mmol/L, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah    |
| <i>Pre Bed</i> (mmol/L)            | Catatkan keputusan <i>Pre Bed</i> dalam mmol/L, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah            |
| Catatan                            | Catatkan maklumat lain jika perlu. Contoh: Dirujuk kepada Pegawai Perubatan/ Hospital                 |

## 11. PEMANTAUAN TEKANAN DARAH

Ruang ini hanya diisi untuk ibu yang mempunyai indikasi

| Perkara                | Keterangan   |
|------------------------|--|
| Tarikh                 | Catatkan tarikh dan masa dijalankan  |
| Masa                   | Catatkan masa diperiksa  |
| Simptom                | Tuliskan jika ibu mempunyai tanda-tanda <i>severe pre-eclampsia</i>  |
| Tekanan Darah          | Catatkan keputusan tekanan darah (BP), jika abnormal catatkan dengan dakwat merah  |
| Denyutan jantung janin | Catatkan bilangan denyutan jantung janin.<br>Jika tidak berkaitan tandakan (-).<br>Jika tidak kedengaran ( <i>absent</i> ), tuliskan ' <i>no fetal heart</i> ' |
| Urin Protein           | Catatkan keputusan ujian urin untuk albumin, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah  |

## 12. PEMANTAUAN PROFIL *PRE-ECLAMPSIA*

Ruang ini hanya diisi untuk ibu yang mengalami hipertensi

Beri peringatan kepada ibu tentang simptom *pre-eclampsia* dan segera ke hospital/ klinik sekiranya ada salah satu tanda di bawah:

1. Sakit kepala
2. Penglihatan kabur/ berpinar
3. Loya/ muntah
4. Pedih ulu hati

| Perkara            | Keterangan  |
|--------------------|---|
| Tarikh             | Catatkan tarikh dan masa dijalankan   |
| Minggu (POA/ POG)  | Catatkan usia kandungan semasa ujian saringan diambil                                   |
| Tekanan darah (BP) | Catatkan tekanan darah yang diambil pada tarikh diperiksa                               |
| Proteinuria        | Catatkan keputusan urin protein, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah             |
| Urea               | Catatkan keputusan ujian <i>urea</i> , jika abnormal catatkan dengan dakwat merah       |
| Creatinine         | Catatkan keputusan ujian <i>creatinine</i> , jika abnormal catatkan dengan dakwat merah |
| Uric Acid          | Catatkan keputusan ujian <i>uric acid</i> , jika abnormal catatkan dengan dakwat merah  |
| Hemoglobin         | Catatkan keputusan ujian haemoglobin, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah        |
| Platelet           | Catatkan keputusan ujian platelet, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah           |
| AST/ALT            | Catatkan keputusan ujian AST/ALT, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah            |
| Nama pemeriksa     | Tuliskan nama pemeriksa   |

### 13. PEMANTAUAN PENINGKATAN BERAT BADAN IBU ANTENATAL (Gestational Weight Gain, GWG)

| Perkara                      | Keterangan  |
|------------------------------|---|
| Tinggi                       | Catatkan tinggi ibu dalam meter (m)   |
| Berat ibu sebelum hamil      | Catatkan berat badan ibu sebelum hamil dalam kilogram(kg).<br><br>(Nota: Jika tiada maklumat berat ibu sebelum hamil, berat ibu semasa 1st <i>booking</i> POG < 12/52 boleh digunakan. Jika POG >12/52, kategori BMI boleh didapati secara anggaran berdasarkan maklumat ibu. |
| Nilai BMI sebelum hamil      | Catatkan nilai BMI sebelum hamil mengikut formula di bawah:<br><br>(Berat ibu sebelum hamil) di bahagi dengan (Tinggi x Tinggi)<br><br>Contoh:<br><br>Berat sebelum hamil = 54.0kg<br>Tinggi = 1.58m<br>= (54.0) / (1.58 x 1.58)<br>= 21.6 kg/m <sup>2</sup>                  |
| Status BMI sebelum hamil     | Bulatkan Status BMI ibu sebelum hamil<br><br>Contoh:<br>KBB (Normal) LBB / Obes   |
| Bil.                         | Catatkan bilangan mengikut turutan 1, 2, 3...   |
| Tarikh lawatan               | Catatkan tarikh ibu hadir ke klinik untuk timbang berat badan.  |
| Minggu gestasi               | Catatkan minggu gestasi ibu untuk setiap kali lawatan.  |
| Berat badan (kg)             | Catatkan berat badan ibu dalam kilogram (kg) bagi setiap kali lawatan.  |
| Peningkatan berat badan (kg) | Catatkan jumlah peningkatan berat badan semasa berbanding berat badan semasa lawatan terakhir mengikut formula di bawah:<br><br>(Berat badan ibu pada lawatan semasa) – (berat badan ibu semasa lawatan terakhir)   |

| Perkara                        | Keterangan   |
|--------------------------------|--|
| Kadar peningkatan berat badan  | <p>Kira kadar peningkatan berat badan ibu berdasarkan formula berikut:</p> $= \frac{\text{Peningkatan berat badan}}{\text{Jumlah minggu}}$ <p>Contoh:</p> <p>Peningkatan berat badan = 0.8kg<br/>           Jumlah beza minggu lawatan semasa dan lawatan terakhir = 4minggu</p> $= \frac{0.8\text{kg}}{4}$ $= 0.2\text{kg}$ |
| Jumlah peningkatan berat badan | Sila isikan jumlah peningkatan berat badan ibu sepanjang kehamilan mengikut formula berikut:<br>(Berat badan ibu semasa lawatan terakhir) – (berat badan ibu sebelum hamil)  |

Nota:

**JADUAL SARANAN PENINGKATAN BERAT BADAN IBU ANTENATAL (Julat GWG)**

| Kategori BMI Sebelum Hamil (kg/m <sup>2</sup> ) | 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 - 18.0 kg                                     |
| Normal (18.5 - 24.9)                            |  | 0.4kg / minggu (0.35 - 0.50kg)   | 11.5 - 16.0 kg                                     |
| Lebih Berat Badan (25.0 - 29.9)                 |  | 0.3kg / minggu (0.23 - 0.33kg)   | 7.0 - 11.5 kg                                      |
| Obes (≥30.0)                                    |  | 0.2 kg / minggu (0.17 - 0.27kg)  | 5.0 - 9.0 kg                                       |

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

## 14. PEMANTAUAN HEMOGLOBIN

Nota: Dilakukan untuk ibu yang mengalami Anemia

Plotkan dengan tanda x keputusan Hb mengikut POA/ POG ke dalam graf yang disediakan untuk menilai kemajuan Hb ibu.

## 15. KEPUTUSAN PEMERIKSAAN ULTRASOUND

Nota: Dilakukan untuk ibu yang mempunyai indikasi

| Perkara                           | Keterangan  |
|-----------------------------------|---|
| Tarikh                            | Isikan tarikh dan masa dijalankan   |
| Jangkamasa kandungan              | Catatkan jangkamasa kandungan semasa <i>ultrasound</i> dijalankan   |
| EDD                               | Catatkan tarikh ibu dijangka akan bersalin  |
| REDD                              | Catatkan tarikh ibu dijangka akan bersalin mengikut keputusan ultrasound sekiranya berbeza dari kiraan menggunakan LNMP |
| Presentasi                        | Tuliskan penemuan presentasi  |
| FH/FM                             | Tuliskan penemuan <i>Fundal Height/ Fetal Movement</i>  |
| CRL                               | Tuliskan penemuan <i>Crown-Rump Length</i>  |
| BPD                               | Tuliskan penemuan <i>Biparietal Diameter</i>  |
| HC                                | Tuliskan penemuan <i>Head Circumference</i>   |
| AC                                | Tuliskan penemuan <i>Abdominal Circumference</i>  |
| FL                                | Tuliskan penemuan Femur Length  |
| <i>Estimated fetal weight</i>     | Tuliskan anggaran berat janin   |
| Placenta                          | Tuliskan penemuan Placenta  |
| AFI                               | Tuliskan penemuan <i>Amniotic Fluid Index</i>   |
| Ulasan                            | Tuliskan ulasan jika ada  |
| Nama, tandatangan & cop Pemeriksa | Tuliskan nama, tandatangan dan cop pemeriksa  |

## 16. FETAL GROWTH CHART

Pegawai Perubatan mesti melengkapkan graf perkembangan janin mengikut keputusan ultrasound dijalankan dan membuat rumusan samada menurun, mendatar, berada di bawah 10<sup>th</sup> percentile atau berada lebih daripada 90<sup>th</sup> percentile.

Pilih *Fetal Growth Chart* yang bersesuaian.

Guna ***Fetal Growth Chart – Malay and Chinese*** bagi ibu etnik Melayu, Cina, Bumiputra Sabah, Sarawak dan lain-lain etnik.

Guna ***Fetal Growth Chart – Indian*** bagi ibu India.

Rujukan atau pemantauan rapi hendaklah dibuat apabila lakaran graf menunjukkan :

- menurun
- mendatar
- berada di bawah 10<sup>th</sup> percentile
- berada lebih daripada 90<sup>th</sup> percentile

Nota : *Fetal Growth Chart* berdasarkan kajian Dr. S. Raman, 1994

## 17. SISTEM KOD WARNA DAN SENARAI SEMAK PENJAGAAN ANTENATAL

Lengkapkan senarai semak penjagaan ibu hamil mengikut penemuan semasa memeriksa ibu dengan kod warna (merah, kuning, hijau dan putih) – Rujuk Garis Panduan Senarai Semak Penjagaan Kesihatan Ibu Hamil Mengikut Kod Warna Edisi ke Lima, BPKK, KKM 2020.

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.

## 18. SENARAI SEMAK RISIKO VTE SEMASA HAMIL DAN PUERPERIUM

Dilengkapkan oleh Jururawat semasa *booking*, semasa *admission / new illness* memeriksa dan selepas bersalin serta disemak oleh Pegawai Perubatan.

Nota: Jururawat perlu dilatih untuk mengisi Senarai Semak Risiko VTE

## 19. CARTA PERGERAKAN JANIN (untuk KIK/1(a)/96.Pind.2020 sahaja)

Dilengkapkan oleh ibu setelah penerangan diberi oleh jururawat pada usia kandungan 28 minggu.

## 20. PEMERIKSAAN KANDUNGAN SEMASA

*Booking weight* : Catatkan berat badan semasa *booking*

*Booking BMI* : Catatkan *body mass index* semasa *booking*

*Booking BP* : Catatkan tekanan darah semasa *booking*

| Bil | Perkara  | Keterangan   |
|-----|--|--|
| 1   | Tarikh   | Catatkan tarikh pemeriksaan dijalankan di klinik/ rumah.<br>Contoh: 31.07.18   |
| 2   | Lawatan klinik / rumah (LK/LR)   | Catatkan (K) sekiranya pemeriksaan dijalankan di klinik dan (R ) sekiranya pemeriksaan dijalankan di rumah.  |
| 3   | Ujian makmal:<br><br>i. Protein<br>ii. Sugar<br><br>iii. Hb (haemoglobin)                      | Catatkan penemuan:<br>Catatkan <i>trace</i> / + / ++ / +++ bagi yang abnormal, tuliskan dengan dakwat merah.<br>Tuliskan <i>blue/green/darkgreen/yellow/brickred</i> bagi keputusan yang abnormal tuliskan dengan dakwat merah.<br>Catatkan Hb g/dL dan jika kurang dari Hb g/dL dituliskan dengan dakwat merah.   |
| 4   | Pemeriksaan:<br>i. Berat badan<br><br>ii. Tekanan darah (BP)<br><br>iii. Nadi<br><br>iv. Edema | Catatkan timbangan berat badan dalam kg. Jika didapati kenaikan berat badan mendadak, statik atau penurunan berat badan perlu dituliskan dengan dakwat merah.<br>Catatkan bacaan tekanan darah.<br>Contoh: 120/80<br>Tuliskan dengan dakwat merah sekiranya abnormal.<br>Catatkan bilangan nadi yang diambil dalam satu minit.<br>Tandakan (+) sekiranya terdapat edema (bengkak) pada kaki dan ( - ) sekiranya tiada. |
| 5   | Kandungan :<br>i. Tempoh hamil (minggu)<br><br>ii. Tinggi rahim (cm)                           | Catatkan jangkamasa tempoh kandungan mengikut kiraan minggu dari tarikh hari pertama kedatangan haid terakhir pemeriksaan dilakukan<br>Contoh:<br>THA : 01.07.18<br>Tarikh lawatan : 03.11.18<br>Tempoh hamil : 16/52<br><br>Catatkan ukuran tinggi rahim yang diukur dengan pita pengukur dalam cm.<br>Contoh : 22 cm   |

| Bil | Perkara   | Keterangan  |
|-----|---|---|
| 6   | Janin :<br>i. Kedudukan / presentasi<br><br>ii. Gerak<br><br>iii. Jantung | Catatkan kedudukan janin: <i>Cephalic, breech, oblique, transverse, palpable</i> atau <i>not palpable</i> . Tuliskan dengan dakwat merah jika abnormal.<br><br>Tanda (+) jika ada gerakan dan (-) bagi gerakan tidak dirasa<br>Catatkan bilangan denyutan jantung janin bagi denyutan jantung kedengaran dan (-) bagi tiada kedengaran. |
| 7   | Masalah dan pengendalian  | Catatkan masalah yang dikesan, nasihat, rawatan yang diberi dan rujukan.  |
| 8   | Tarikh temujanji  | Tuliskan tarikh temujanji akan datang.  |
| 9   | Tandatangan dan cop pemeriksa   | Tandatangan dan cop pemeriksa yang memeriksa ibu.   |

## 21. KEMASUKAN KE HOSPITAL

| Bil | Perkara                               | Keterangan  |
|-----|---------------------------------------|---|
| 1   | Nama hospital                         | Catatkan nama hospital di mana ibu dirawat.                             |
| 2   | R/N                                   | Tuliskan nombor daftar kemasukan hospital.                              |
| 3   | Tarikh masuk                          | Tuliskan tarikh kemasukan hospital.                                     |
| 4   | Tarikh keluar                         | Tuliskan tarikh keluar hospital.  |
| 5   | Diagnosis                             | Catatkan diagnosis ibu semasa keluar hospital.                          |
| 6   | Rawatan semasa discaj                 | Catatkan rawatan yang diberi di hospital.                               |
| 7   | Tarikh temujanji akan datang          | Tuliskan tarikh temujanji ke hospital akan datang.                      |
| 8   | Tandatangan dan cop Pegawai Perubatan | Tandatangan, cop nama dan jawatan Pegawai Perubatan yang memeriksa ibu. |

## 22. DISCHARGE NOTE

| Bil | Perkara                        | Keterangan  |
|-----|--------------------------------|---|
| 1   | Semasa antenatal dan postnatal | Letakkan <i>discharge note</i> dari hospital di ruangan yang disediakan |



## 23. PERIHAL REKOD KELAHIRAN (diisi oleh penyambut kelahiran)

### 23.1 Perihal Ibu

| Bil | Perkara  | Keterangan  |
|-----|--|---|
| 1   | Tempat kelahiran   | Catatkan tempat kelahiran di ruangan ini, seperti kelahiran di hospital (nyatakan nama Hospital/ABC/Rumah)  |
| 2   | Disambut oleh  | Catatkan jawatan penyambut kelahiran<br>Contoh: Pakar/ Pegawai Perubatan/<br>Jururawat/ Jururawat Masyarakat.   |
| 3   | Tarikh lahir dan masa  | Catatkan tarikh (hari/ bulan/ tahun) dan masa ibu bersalin.   |
| 4   | Suntikan:<br><i>Syntometrine</i><br><i>Syntocinon</i>  | Tandakan (√) suntikan berkaitan di dalam kotak yang disediakan.   |
| 5   | <i>Placenta</i> :<br>Lengkap<br>Tidak Lengkap  | Tandakan (√) keadaan plasenta di kotak yang disediakan.<br>Catatkan berat plasenta di ruang yang disediakan.  |
| 6   | Cara kelahiran<br>i. <i>Spontaneous</i><br>ii. <i>Instrumental Delivery</i><br>iii. <i>Caesarean</i> (i) dan (ii)  | Tandakan (√) pada salah satu kotak yang disediakan<br>Tandakan (√) pada salah satu kotak yang disediakan<br>Tandakan (√) pada salah satu kotak yang disediakan  |
| 7   | Permulaan penyusuan susu ibu dan sentuhan kulit ke kulit<br>i. Bayi diberikan kepada ibu selepas bersalin (segera/ kurang dari 5 minit)<br>ii. Ibu menerima sentuhan kulit ke kulit selama 1 jam | Tandakan (√) pada salah satu kotak yang disediakan. Sekiranya tidak, nyatakan.<br>Tandakan (√) pada salah satu kotak yang disediakan. Sekiranya tidak, nyatakan |
| 8   | Komplikasi semasa bersalin :<br>- <i>Post Partum Haemorrhage</i> (PPH)<br>- <i>Retained Placenta</i><br>- <i>Perineal Tear</i>   | Tandakan (√) pada salah satu daripada pilihan yang diberi, jika lain-lain nyatakan  |

## 23.2 Perihal Bayi

| Bil | Perkara   | Keterangan  |
|-----|---|---|
| 1   | Berat lahir   | Catatkan berat lahir bayi (kg)  |
| 2   | Jantina bayi  | Catatkan jantina bayi<br>Lelaki (L), Perempuan (P)  |
| 3   | Ukuran :<br>Panjang<br>Lilitan kepala<br>Lilitan dada                               | Catatkan ukuran yang diperolehi (cm).   |
| 4   | Keadaan bayi :<br>Lahir hidup<br>Lahir mati<br>Skor apgar<br>Abnormaliti kongenital | Tandakan (√) pada kotak yang berkenaan.<br><br>Nyatakan jika ada abnormaliti kongenital             |
| 5   | Suntikan Vitamin K diberi   | Catatkan dengan lengkap di ruangan tarikh, masa dan nama yang memberi suntikan.                     |
| 6   | Suntikan Hepatitis B Dos 1  | Catatkan dengan lengkap di ruangan tarikh, masa suntikan, nama pemberi, no. Batch dan tarikh luput. |
| 7   | G6PD  | Catatkan tarikh diambil.  |
| 8   | Saringan <i>Congenital Hypothyroidism</i> :<br>T4/TSH                               | Catatkan tarikh diambil.  |

## 24. PERAWATAN POSTNATAL DI RUMAH

| Bil | Perkara                             | Keterangan   |
|-----|-------------------------------------|--|
| 1   | Tarikh discaj hospital              | Catatkan tarikh ibu discaj dari hospital   |
| 2   | Tarikh dan masa notifikasi diterima | Catatkan tarikh dan masa notifikasi diterima   |
| 3   | Hari postnatal                      | Catatkan hari postnatal lawatan di rumah dilakukan   |
| 4   | Tarikh                              | Catatkan tarikh lawatan postnatal di rumah dilakukan   |
| 5   | Keadaan ibu :<br>• Suhu badan (°C)  | Catatkan penemuan pemeriksaan suhu badan dalam °Celsius  |
|     | • Tekanan darah                     | Catatkan penemuan pemeriksaan tekanan darah.   |
|     | • Nadi                              | Catatkan penemuan pemeriksaan nadi.  |
|     | • Pernafasan                        | Catatkan penemuan pemeriksaan pernafasan.  |
|     | • Payudara                          | Catatkan penemuan pemeriksaan Payudara contoh: <i>breast engorgement</i> , lembut, terdapat ketulan dsb. |
|     | • Tinggi rahim (cm)                 | Catatkan penemuan ukuran tinggi rahim.   |
|     | • Lokia                             | Catatkan penemuan pemeriksaan lokia.   |

| Bil | Perkara  | Keterangan   |
|-----|--|--|
|     | • Perineum / luka episiotomi                             | Catatkan penemuan pemeriksaan perineum contoh: bersih, luka terbuka dsb.   |
|     | • Luka pembedahan  | Catatkan penemuan pemeriksaan luka pembedahan contoh: bersih, luka terbuka dsb.  |
|     | • PU   | Tandakan (√) jika ibu lawas membuang air kecil. Tandakan (x) jika tidak.   |
|     | • BO   | Tandakan (√) jika ibu lawas membuang air besar. Tandakan (x) jika tidak.   |
|     | • Ibu bergerak/berjalan (ambulasi)                       | Catatkan (√) jika bergerak/ berjalan. Catatkan (x) jika tiada ambulasi.  |
|     | • Menilai simptom kemurungan / psikosis ibu              | Tandakan (√) jika ada simptom dan tuliskan di ruangan catatan dan dirujuk kepada Pegawai Perubatan/ FMS. Catatkan (x) jika tiada simptom. Catatkan simptom berkaitan jika ada.<br>Nota: Tanyakan kepada suami/ waris/ penjaga seperti adakah emosi dan tingkahlaku yang berubah-ubah atau mengadu terlalu bimbang atau perasaan yang tidak stabil. |
| 6   | Tanda dan simptom DVT / <i>Pulmonary Thromboembolism</i> | Tandakan (√) jika ada simptom dan tuliskan di ruangan catatan. Catatkan (x) jika tiada simptom.  |
|     | • Sakit dada   | Catatkan aduan ibu.  |
|     | • Susah Bernafas   | Tuliskan penemuan dan aduan ibu.   |
|     | • Sakit/ bengkak di kaki                                 | Tuliskan penemuan dan aduan ibu.   |
|     | • <i>Redness/Inflammation of lower limbs</i>             | Tuliskan penemuan dan aduan ibu.   |
|     | • <i>Calf tenderness</i> (sakit betis)                   | Tuliskan penemuan dan aduan ibu.   |
|     | Catatan  | Catatkan jika berkaitan.   |
|     | Pengendalian ibu dan sebarang masalah                    | Tuliskan masalah dikenalpasti dan rujuk kepada Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Keluarga/ Hospital mengikut keperluan.  |
| 7   | Catatan  | Catatkan jika berkaitan  |
| 8   | Masalah ibu dan pengendalian                             | Tuliskan masalah dikenalpasti dan rujuk kepada Pegawai Perubatan/ Pakar Perubatan Keluarga / Hospital mengikut keperluan   |

## 25. MASALAH DIKESAN SEMASA POSTNATAL, PENGENDALIAN DAN RAWATAN

| Bil | Perkara                               | Keterangan  |
|-----|---------------------------------------|---|
| 1   | Tarikh dan masa                       | Catatkan tarikh dan masa diambil.                 |
| 2   | Masalah                               | Tuliskan masalah dikesan.                         |
| 3   | Pengendalian dan rawatan              | Tuliskan pengendalian dan rawatan diberi.         |
| 4   | Tandatangan dan cop pegawai pemeriksa | Tandatangan dan cop pemeriksa yang memeriksa ibu. |

## 26. JADUAL SUNTIKAN THROMBOPROPHYLAXIS UNTUK IBU POSTNATAL (SUBCUTANEOUS UNFRACTIONATED HEPARIN/ LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARIN) - JIKA BERKAITAN

| Bil | Perkara              | Keterangan                               |
|-----|----------------------|--|
| 1   | Nama ubat            | Tuliskan nama ubat mengikut preskripsi   |
| 2   | Dos                  | Tuliskan dos mengikut preskripsi         |
| 3   | Tarikh               | Catatkan tarikh suntikan diberi          |
| 4   | Masa                 | Catatkan masa suntikan diberi            |
| 5   | Suntikan diberi oleh | Tuliskan nama yang memberi suntikan      |
| 6   | Tandatangan          | Isikan tandatangan yang memberi suntikan |

## 27. SENARAI SEMAK KEBERKESANAN PENYUSUAN SUSU IBU SEMASA POSTNATAL

| Bil | Perkara   | Keterangan   |
|-----|---|--|
| 1.  | Tarikh lawatan posnatal   | Catatkan tarikh pada setiap lawatan yang dijalankan.   |
| 2.  | Pemerhatian: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda-tanda am penyusuan susu ibu berjalan dengan baik</li> <li>• Payudara</li> <li>• Posisi bayi</li> <li>• Pelekapan bayi</li> <li>• Penghisapan</li> </ul> | Tandakan (√) pada kotak mengikut penemuan pada setiap lawatan yang dijalankan.   |
| 3.  | Lawatan postnatal pertama   | Merujuk kepada lawatan kali pertama semasa ibu dalam postnatal.  |
| 4.  | Mengikut keperluan  | Merujuk kepada pemerhatian yang dijalankan pada mana-mana lawatan selepas lawatan pertama dan sebelum lawatan terakhir.<br>Pemerhatian dijalankan sekiranya ibu atau bayi menunjukkan tanda penyusuan yang mungkin bermasalah. |
| 5.  | Lawatan postnatal terakhir  | Merujuk kepada lawatan postnatal kali yang terakhir semasa ibu dalam postnatal.  |

## 28. SENARAI SEMAK PENJAGAAN POSTNATAL MENGIKUT KOD WARNA

Lengkapkan senarai semak penjagaan ibu postnatal mengikut penemuan semasa memeriksa ibu dengan kod warna (merah dan kuning) – Rujuk Garis Panduan Senarai Semak Penjagaan Kesihatan Ibu Hamil Mengikut Kod Warna Edisi ke Lima, BPKK, KKM 2020.

## 29. PEMERIKSAAN IBU POSTNATAL (1 BULAN) DI KLINIK

| Bil | Perkara                         | Keterangan   |
|-----|---------------------------------|--|
| 1   | Tarikh                          | Catatkan tarikh lawatan ke klinik.   |
| 2   | Lawatan ke klinik               | Catatkan bilangan hari postnatal   |
| 3   | Pemeriksaan:<br>Suhu badan (°C) | Catatkan penemuan pemeriksaan suhu badan dalam °Celsius  |
|     | Berat badan(kg)                 | Catatkan berat badan ibu dalam kilogram  |
|     | Tekanan Darah                   | Catatkan penemuan pemeriksaan tekanan darah.   |
|     | Payudara                        | Catatkan penemuan pemeriksaan payudara contoh: <i>breast engorgement</i> , lembut, terdapat, ketulan dsb |
|     | Aliran susu                     | Catatkan penemuan pemeriksaan dan temubual berkaitan aliran susu.  |
|     | Tinggi Rahim                    | Catatkan penemuan ukuran tinggi rahim dalam cm   |
|     | Edema                           | Tandakan ( + ) sekiranya terdapat edema (bengkak) pada kaki dan ( - ) sekiranya tiada                    |
|     | Perineum/ luka episiotomi       | Tuliskan penemuan pemeriksaan perineum contoh: bersih, luka terbuka dsb.                                 |
|     | Luka pembedahan                 | Tuliskan penemuan pemeriksaan luka pembedahan contoh: bersih, luka terbuka, jangkitan dsb                |
|     | Discaj vagina                   | Tuliskan penemuan pemeriksaan discaj vagina  |

| Bil | Perkara                                  | Keterangan  |
|-----|--|---|
| 4   | Ujian Makmal:<br><br>Hb (g/dL)           | Catatkan keputusan ujian Hb dalam (g/dL) dan jika kurang dari 11 (g/dL) dituliskan dengan dakwat merah  |
|     | <i>Urine sugar</i>                       | Tuliskan keputusan ujian <i>urine sugar</i> - / $\pm$ / + / ++ / +++ /++++<br>Bagi keputusan yang abnormal, tuliskan dengan dakwat merah.                 |
|     | Urin protein                             | Catatkan keputusan ujian urin protein - / $\pm$ / + / ++ / +++/++++<br>Bagi yang abnormal tuliskan dengan dakwat merah                                    |
| 5   | Menilai simptom kemurungan /psikosis ibu | Catatkan penemuan penilaian simptom keadaan mental ibu. Tanyakan kepada suami /waris/penjaga mengenai perubahan emosi dan tingkahlaku.                    |
| 6   | Nasihat diberi                           | Tuliskan nasihat yang diberi :-<br>30. Perancang keluarga<br>31. Temujanji OGTT(bagi yang berkaitan)<br>32. Penjagaan Pra Kehamilan (bagi yang berkaitan) |
| 7   | Tandatangan dan cop Pegawai Perubatan    | Tuliskan nama, tandatangan dan cop Pegawai Perubatan  |

### 30. REKOD PEMBERIAN PENDIDIKAN KESIHATAN

| Bil | Perkara   | Keterangan  |
|-----|---|---|
| 1.  | Tajuk:<br>Antenatal<br>Postnatal<br>Keadaan luar biasa semasa hamil | Pendidikan kesihatan diberikan mengikut tajuk           |
| 2.  | Tarikh  | Catatkan tarikh pendidikan kesihatan diberi             |
| 3.  | Nama  | Tuliskan nama anggota yang memberi pendidikan kesihatan |
| 4.  | Tandatangan ibu   | Dapatkan tandatangan ibu                                |

### 31. REKOD SEMAKAN BUKU REKOD KESIHATAN IBU

(untuk KIK/1(b)/96.Pind.2020 sahaja)

**Nota:**

Semakan Buku Rekod Kesihatan Ibu dilakukan oleh Penyelia selepas sesi klinik/ lawatan penyeliaan

Kategori Penyelia adalah Jururawat Kesihatan dengan Kebidanan Bahagian 1/ Jururawat Kesihatan Awam/ Ketua Jururawat Kesihatan/ Penyelia Jururawat Kesihatan/ Pegawai Perubatan/ Pakar Perubatan Keluarga/ Pakar Perubatan Kesihatan Awam

| Bil | Perkara                       | Keterangan   |
|-----|-------------------------------|--|
| 1.  | Tarikh                        | Catatkan tarikh lawatan ke klinik.   |
| 2.  | Perkara                       | Tuliskan perkara/ aspek yang disemak.  |
| 3.  | Penemuan                      | Tuliskan penemuan yang perlu diambil tindakan  |
| 4.  | Tindakan                      | Tuliskan perkara/ cadangan tindakan dan pegawai yang bertanggungjawab mengambil tindakan |
| 5.  | Catatan                       | Tuliskan catatan jika perlu.   |
| 6.  | Tandatangan dan nama penyelia | Tuliskan nama dan tandatangan penyelia   |



### **32. INFORMASI PANDUAN DAN PENDIDIKAN KESIHATAN (untuk KIK/1(a)/96.Pind.2020 sahaja)**

#### **Tajuk:**

1. Selamat Datang Ke Alam Kehamilan
2. Penjagaan Semasa Kehamilan
3. Perkhidmatan Semasa Lawatan Ke Klinik
4. Persediaan Untuk Bersalin
5. Penjagaan Ibu Selepas Bersalin
6. Gangguan Ringan Semasa Hamil
7. Gangguan Yang kerap Berlaku Semasa Hamil Serta Kesan Kepada Ibu Dan Bayi Dalam Kandungan
8. Venous Thromboembolism (VTE)
9. Panduan Pemakanan Bagi Persediaan Kehamilan, Semasa Hamil, Sewaktu Berpantang dan Menyusukan Bayi
10. Panduan Pemakanan Bagi Ibu Hamil Yang Mengalami Anemia Kekurangan Zat Besi (Iron Deficiency Anaemia - IDA)
11. Saranan Peningkatan Berat Badan Yang Sihat Semasa Kehamilan
12. Penyusuan Susu Ibu Yang Terbaik Buat Bayi dan Ibu
13. Masalah Ibu Semasa Berpantang (Postnatal)
14. Bayi dan Jaundis
15. Penjagaan Kesihatan Bayi Anda

## AKUAN TIDAK SETUJU RAWATAN

Saya..... No K.P.:.....  
 adalah \*pesakit sendiri /suami /ibu /bapa /anak /penjaga / waris kepada pesakit .....

..... No K.P.:.....

Tidak bersetuju menerima rawatan .....

Saya mengaku bahawa telah dimaklumkan dengan terperinci mengenai rawatan tersebut termasuklah keperluan dan kebaikannya.

Saya juga telah dimaklumkan dan memahami risiko yang boleh dihadapi jika rawatan ini tidak dilakukan. Saya mengaku bahawa keputusan ini adalah di atas kerelaan diri saya sendiri dan akan bertanggungjawab sepenuhnya ke atas sebarang kemungkinan akibat tindakan saya ini.

Saya tidak akan mengambil tindakan undang-undang terhadap pihak kesihatan atau mana-mana pihak lain yang berkenaan sekiranya berlaku sebarang perkara yang tidak diingini akibat daripada keputusan saya ini.

**Tandatangan:** \_\_\_\_\_

(\*pesakit/ suami ibu/ bapa/ anak/  
 penjaga/waris)

Alamat : \_\_\_\_\_

No. Tel: \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

**Tandatangan Penterjemah:**

Nama: \_\_\_\_\_

No. K.Pengenalan: \_\_\_\_\_

Tarikh: \_\_\_\_\_

Bahasa digunakan : \_\_\_\_\_

**Tandatangan Pegawai Perubatan:**

\_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

No. MPM: \_\_\_\_\_

Tarikh: \_\_\_\_\_

Cop Jawatan: \_\_\_\_\_

**Tandatangan Saksi:** \_\_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_

No. Kengenalan: \_\_\_\_\_

Jawatan: \_\_\_\_\_

Tarikh: \_\_\_\_\_

\*Potong yang tidak berkenaan

## PENGHARGAAN

**Prof. Madya Dato' Dr. Hamizah Ismail**

Ketua Jabatan Obstetrik dan Ginekologi  
Kuliah Perubatan,  
Universiti Islam Antarabangsa Malaysia,  
Kuantan, Pahang

**Dr. Azianey Bt Yusof@Abdullah Saari**

Pakar Perubatan Keluarga,  
Klinik Kesihatan Kepala Batas,  
PKD Seberang Perai Utara (SPU), Penang

**Dr. Majdah Bt Mohamed**

Pakar Perubatan Kesihatan Awam,  
Ketua Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Dr. Mariam Bt Nawawi**

Pegawai Kesihatan Keluarga Negeri,  
Jabatan Kesihatan Negeri Pahang

**Dr. Nor Asiah Bt Hashim**

Pakar Perunding Perubatan Keluarga,  
Klinik Kesihatan Kuala Pilah,  
PKD Kuala Pilah

**Prof. Madya Dr. Nor Azam Bin Kamaruzaman**

Pakar Kesihatan Keluarga,  
Jabatan Perubatan keluarga,  
Kuliah Perubatan,  
Universiti Islam Antarabangsa Malaysia,  
Kuantan, Pahang

**Dr. Sarah Bt Awang Dahlan**

Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Dr. Tuty Aridzan Irdawati Bt Mohsinon**

Ketua Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Puan Radiah Abdul Rahman**

Ketua Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Air Kuning Selatan,  
PKD Tampin, Negeri Sembilan

**Cik Amalina Bt Muhamad**

Penolong Pengarah,  
Sektor Pemakanan Ibu,  
Cawangan Pemakanan Keluarga,  
Bahagian Pemakanan, KKM

**Puan Aleijjah Bt Ali**

Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Puan Kamisah Bt Barukang**

Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan (KA),  
Jabatan Kesihatan Wilayah Persekutuan  
Labuan

**Puan Noor Aini Bt Karimon**

Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Puan Norhasmah Bt Mat Noh**

Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Bandar Botanik,  
PKD Klang, Selangor

**Puan Norisah Bt Nayan**

Penyelia Jururawat Kesihatan,  
PKD Lembah Pantai, JKWPKL

**Puan Norlela Bt Hassan**

Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan Daerah,  
PKD Tampin, Negeri Sembilan

**Puan Nurul Ashikin Bte Ag Ismail**

Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan (KA),  
Jabatan Kesihatan Negeri Sabah

**Puan Nurul Zaiza Bt Zainuddin**

Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Pemakanan Ibu,  
Cawangan Pemakanan Keluarga,  
Bahagian Pemakanan, KKM

**Puan Wan Nora Bt Wan Salleh**

Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan

**Puan Rasidah Bt Sappar**  
Ketua Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Putrajaya Persint 18,  
PKD Putrajaya, JKWPKL

**Puan Zaleha Bt Samin**  
Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Air Ayer Keroh,  
PKD Melaka Tengah

**Puan Rohayu Bt Mohamad**  
Ketua Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Bukit Changgang,  
PKD Kuala Langat, Selangor

## EDITOR

**Puan Dahliah Bt Abdul Hamid**  
Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Puan Noor Aini Bt Karimon**  
Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Puan Hasniza Bt Mat Reffein**  
Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Puan Aleijjah Bt Ali**  
Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan (K)  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Dr. Sarah Bt Awang Dahlan**  
Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Dr. Tuty Aridzan Irdawati Bt Mohsinon**  
Ketua Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Dr. Majdah Bt Mohamed**  
Pakar Perubatan Kesihatan Awam,  
Ketua Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM







