

BAB 5:

PENUTUP

Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas. Tujuannya adalah agar setiap ibu hamil mampu menjalani kehamilan yang sehat dan positif, bersalin dengan selamat dan melahirkan bayi yang sehat. Pelayanan antenatal terpadu mencakup pelayanan promotif dan preventif sekaligus kuratif dan rehabilitatif. Layanan ini meliputi pelayanan KIA, gizi, pengendalian penyakit menular (imunisasi, HIV/AIDS, TB, malaria, penyakit menular seksual) penyakit tidak menular (hipertensi, diabetes mellitus), ibu hamil yang mengalami kekerasan selama kehamilan serta program spesifik lainnya sesuai dengan kebutuhan.

Setiap tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta diharapkan memberikan pelayanan yang komprehensif terhadap ibu hamil agar dapat memastikan kehamilan berlangsung normal, mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat, mencatat dan melaporkannya secara berjenjang dan sistematis. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu merupakan pedoman yang dinamis, sehingga dapat disesuaikan dengan perkembangan program dan kebutuhan spesifik daerah.

LAMPIRAN



LAMPIRAN DAFTAR TILIK ANTENATAL

TABEL 1. DAFTAR TILIK KEGIATAN ANAMNESIS

ANAMNESIS

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia gestasi (minggu)	0-12		>12-24	>24-kelahiran		
Riwayat medis lengkap **(lihat tabel 1.1)	√					
Catatan kunjungan sebelumnya		√	√	√	√	√
Keluhan selama hamil **(lihat tabel 1.2)		√	√	√	√	√

TABEL 2. RIWAYAT MEDIS LENGKAP

ANAMNESIS

Identitas	Indikasi Merujuk ke Dokter
Nama	
NIK ibu hamil	
Pembiayaan	
NO. JKN:	
Faskes TK 1:	
Faskes Rujukan:	
Golongan darah	
Tempat Tanggal Lahir/usia	Usia <20 tahun atau >35 tahun
Pendidikan	
Pekerjaan	
Alamat rumah	
Nama suami	
Telepon	
Nomor KTP /NIK suami	
Tanggal/bulan/tahun menikah	
Kode Puskesmas domisili	
No. Registrasi Kohort Ibu	

Riwayat Kehamilan Sekarang	Indikasi Merujuk ke Dokter
Jumlah kehamilan/persalinan/aborts	
Hari pertama haid terakhir/siklus haid	Lupa/tidak tahu
Taksiran waktu persalinan	Usia gestasi dari HPHT > 40 minggu
Perdarahan pervaginam	Ya
Keputihan	Ya
Mual/muntah	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak bisa makan • Berat badan turun terus
Masalah/keluhan/kelainan dalam kehamilan	Ketuban pecah sebelum waktunya
Pemakaian obat/jamu	Jika belum terbukti aman bagi ibu hamil atau kekhawatiran adanya efek pada janin maupun ibu

TABEL 2. (LANJUTAN)

Riwayat Kontrasepsi	Indikasi Merujuk ke Dokter
Kontrasepsi yang digunakan (dahulu, sebelum hamil ini)	

TABEL 3. RIWAYAT MEDIS LENGKAP (LANJUTAN)

Riwayat Obstetri Lalu	Indikasi Merujuk ke Dokter
Jumlah kehamilan/persalinan/abortus	Riwayat IUFD atau <i>stillbirth</i>
Jumlah anak (tanggal lahir, jenis kelamin, usia gestasi, cara persalinan, penolong, berat lahir, panjang lahir)	<ul style="list-style-type: none"> • Grandemultipara • Riwayat BBL <2500gram atau >4000gram • Riwayat prematur
Keguguran (tahun, usia gestasi, sebab)	Keguguran $\geq 3x$ berturut-turut
Perdarahan pada kehamilan/persalinan/nifas	Ya
Hipertensi pada kehamilan/nifas	Ya
Kehamilan sungsang/letak lintang/oblik	Ya
Kehamilan ganda	Ya
Pertumbuhan janin terhambat	Ya
Penyakit dan kematian perinatal/neonatal/janin	Ya
Masalah selama kehamilan/persalinan/nifas	Ya
IMD/ASI eksklusif/cara pemberian ASI	
Tempat dan penolong persalinan terdahulu	

Riwayat Medis Lainnya	Indikasi Merujuk ke Dokter
Penyakit jantung	Ya
Hipertensi	Ya
Diabetes mellitus	Ya
Hepatitis	Ya
Suami/ibu kandung menderita Hepatitis B	Ya
HIV	Ya
Sifilis atau Infeksi Menular Seksual (IMS) lainnya	Ya
Tuberkulosis (TB)	Ya
Alergi makanan/obat	Ya
Penyakit ginjal kronik	Ya
Talasemia/gangguan hematologi lain	Ya
Malaria	Ya
Asma	Ya
Epilepsi	Ya
Riwayat gangguan kejiwaan	Ya
Riwayat operasi	Ya
Obat yang rutin dikonsumsi	Belum aman bagi ibu hamil

Status imunisasi tetanus	
Riwayat transfusi darah	Ya
Riwayat penyakit dalam keluarga (diabetes/hipertensi/kehamilan ganda/kelainan kongenital/penyakit kejiwaan)	Ya
Riwayat kecelakaan/trauma	Ya

TABEL 4. RIWAYAT MEDIS LENGKAP (LANJUTAN)

Riwayat Sosial Ekonomi	Indikasi Merujuk ke Dokter
Usia ibu saat pertama menikah	
Status pernikahan (berapa kali menikah & lamanya)	
Respon ibu & keluarga terhadap kehamilan dan kesiapan persalinan	Negatif
Jumlah keluarga di rumah yang dapat membantu	
Pengambil keputusan dalam keluarga	
Kebiasaan/pola makan minum	
Kondisi rumah (sanitasi, listrik, alat masak)	
Kebiasaan konsumsi rokok/perokok pasif, obat, alkohol	Ya
Pekerjaan & aktivitas sehari-hari	
Pekerjaan pasangan	
Pendidikan pasangan	
Penghasilan per bulan	
Kehidupan seksual & riwayat seksual pasangan	
Pilihan tempat & penolong persalinan	
Pilihan pemberian makanan bayi	

TABEL 5. KELUHAN SELAMA HAMIL INI

Keluhan Selama Hamil	Indikasi Merujuk ke Dokter
Muntah berlebihan: tidak bisa makan dan minum? BB menurun?	Ya
Pusing/Sakit kepala berat	Ya
Perdarahan	Ya
Nyeri perut hebat	Ya
Demam lebih dari 2 hari? disertai keluarnya cairan berlebihan dari vagina?	Ya
Batuk lama lebih dari 2 minggu? Tuberkulosis? Kontak erat atau kontak serumah dengan penderita TB?	Ya
Berdebar-debar/sakit dada sampai ke punggung?	Ya
Cepat lelah (pada bulan ke-2 sampai ke-3) HB rendah?	Ya
Sesak nafas/sulit bernafas (pada bulan ke-8) mengganggu aktivitas sehari-hari?	Ya

TABEL 6. KELUHAN SELAMA HAMIL INI

Keluhan Selama Hamil	Indikasi Merujuk ke Dokter
Keputihan <ul style="list-style-type: none"> warna kuning kehijauan? berbau? gatal? 	Ya
Gerakan janin (mulai bulan ke-4) <ul style="list-style-type: none"> berkurang atau tidak terasa? 	Ya
Perubahan perilaku <ul style="list-style-type: none"> gelisah? menarik diri? bicara sendiri? Tidak mau mandi? 	Ya
Riwayat kekerasan terhadap perempuan gali lebih detil, gunakan pendekatan personal	Kekerasan fisik dan psikologis yang dialami secara langsung membahayakan kehamilan
Gigi dan mulut <ul style="list-style-type: none"> gigi berlubang? gusi mudah berdarah? gusi bengkak? 	Ya

TABEL 7. DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN FISIK UMUM

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6	Indikasi Merujuk ke Dokter
	Usia gestasi (minggu)						
	0-12	>12-24	>24-kelahiran				
Pemeriksaan fisik umum lengkap	√				√		Ket: dilakukan oleh dokter pada TM 1 dan TM3
Kedaaan umum	√	√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> Pingsan Kejang
Tekanan darah	√	√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> TD >140/90 TD <90/60 Kenaikan sistolik >30mmHg atau diastolik >15mmHg
Berat badan	√	√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> IMT >30 BB turun >2kg/bulan pada trimester 1 BB naik <1 kg/bulan pada trimester 2 BB naik >2 kg/bulan pada trimester 3
Pemeriksaan terkait permasalahan pada kunjungan sebelumnya		√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> Permasalahan bertambah parah atau tidak dapat diatasi
Lingkar lengan atas (LILA)	√						<ul style="list-style-type: none"> LILA <23,5 cm
Tinggi badan	√						<ul style="list-style-type: none"> TB <145 cm
Suhu tubuh	√	√	√	√	√	√	Suhu >380C
Pernafasan	√	√	√	√	√	√	Laju nafas >24x per menit atau <16x/menit

Gejala anemia (pucat, nadi cepat)	√	√	√	√	√	√	Nadi > 100x per menit atau <60x per menit
Edema	√	√	√	√	√	√	• Kaki/tangan/wajah bengkak
Tanda bahaya lain (sesak, perdarahan)	√	√	√	√	√	√	• Napas sesak saat aktivitas ringan atau duduk • Perdarahan pervaginam selama kehamilan

TABEL 8. DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN KHUSUS OBSTETRIK-GINEKOLOGIS

PEMERIKSAAN OBSTETRIK

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6	Indikasi Merujuk ke Dokter
Usia gestasi (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran				
Vulva/perineum	√						<ul style="list-style-type: none"> • Ada massa • Keluar cairan (darah/keputihan yang tidak biasa) • Varises
Inspekulo	√						<ul style="list-style-type: none"> • Ada massa • Keluar cairan (darah/keputihan yang tidak biasa)
Tinggi fundus uteri (TFU) & palpasi abdomen dengan manuver Leopold: **lihat Tabel 3.1		√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> • TFU > simfisis pada trimester I • TFU di bawah pusat atau <20 cm pada hamil 24 minggu • >38 cm pada trimester III
Bagian janin dengan palpasi Leopold		√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> • Teraba 2 atau lebih bagian besar janin
Denyut jantung janin		√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> • DJJ<110x per menit • DJJ>160x per menit • Terdengar DJJ lebih dari 1 tempat (bayi kembar)

TABEL 10. DAFTAR TILIK SKRINING PEMERIKSAAN PENUNJANG

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6	Indikasi Merujuk ke Dokter
Usia gestasi (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran				
Tes HIV	√	*	*	*	*	*	Reaktif
Tes Sifilis	√	*	*	*	*	*	Positif
Tes Hepatitis B	√	*	*	*	*	*	Positif
Tes malaria (khusus daerah endemis tinggi)	√	*	*	*	*	*	Positif
Golongan darah ABO dan rhesus	√						Rh (-)
Kadar glukosa darah sewaktu (jika ada riwayat Diabetes Mellitus)	*	*	√	*	*	*	>200
Kadar hemoglobin, hematocrit, leukosit, trombosit, MCH, MCV	√	*	*	*	*	√	<ul style="list-style-type: none"> Hb <10 g/dl Leukosit >18.000 sel/uL Trombosit <150.000 sel/uL MCV dan MCH kurang dari normal (MCV < 80 fL, MCH <27pg)
Kadar protein urin			√	*	*	*	Positif
Tes BTA	*	*	*	*	*	*	Positif
USG	√	*	*	*	*	√	Dicurigai ada kelainan
EKG	*	*	*	*	*	*	Dicurigai adanya kelainan jantung
Pemeriksaan lain sesuai indikasi	*	*	*	*	*	*	<ul style="list-style-type: none"> Keton urin (+) Glukosa urin (+)

TABEL 11. DAFTAR TILIK IMUNISASI DAN SUPLEMENTASI

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia gestasi (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran			
Skrining status T dan imunisasi Td sesuai status ** lihat tabel 5.1	√					
Zat besi dan asam folat (Tablet Tambah Darah)	√	√	√	√	√	√
Aspirin 80mg/ hari	*	*	*	*	*	*
Kalsium 1,5 – 2 gram/hari	*	*	*	*	*	*
Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Ibu Hamil: <ul style="list-style-type: none"> Pada trimester I diberikan 2 keping biskuit lapis per hari. Pada trimester II dan III diberikan 3 keping biskuit lapis per hari. Tiap bungkus Makanan Tambahan (MT) ibu hamil berisi 3 keping biskuit lapis (60 gram). Untuk ibu hamil normal, MT diberikan dengan waktu pemberian maksimal 1 (satu) bulan disertai dengan edukasi. MT Ibu Hamil ini dapat juga digunakan pada situasi darurat. 	√	√	√	√	√	√

<ul style="list-style-type: none"> • Untuk ibu hamil KEK (LiLA < 23,5 cm) diberikan MT disertai konseling yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi ibu dengan jangka waktu pemberian MT pada ibu hamil KEK dapat lebih dari 1 bulan. • Ibu hamil harus menghabiskan MT yang diterima dan melakukan kunjungan ANC termasuk melakukan pemantauan pertambahan berat badan sesuai standar kenaikan berat badan ibu hamil dan atau LiLA. 						
---	--	--	--	--	--	--

TABEL 12. PENENTUAN STATUS IMUNISASI TETANUS

Imunisasi T	Selang Waktu Minimal Pemberian Imunisasi	Indikasi Merujuk ke Dokter
T1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit
T2	1 bulan setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	12 bulan setelah T3	10 tahun
T5	12 bulan setelah T4	> 25 tahun

TABEL 13. DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN KESEHATAN JIWA

PEMERIKSAAN KESEHATAN JIWA

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6	Indikasi Merujuk ke Dokter
Usia gestasi (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran				
Penampilan umum	√	√	√	√	√	√	Tidak sesuai usia, tidak rapi/berantakan
Perilaku dan aktivitas psikomotor	√	√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> • Pasif/pasif sekali • Tidak kooperatif • Agresif
Mood/Afek	√	√	√	√	√	√	Cemas/sedih/gembira berlebihan
Bicara	√	√	√	√	√	√	Tidak nyambung
Persepsi	√	√	√	√	√	√	Ada halusinasi/waham
Pikiran	√	√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> • Arus pikir tidak lancar • Isi pikiran tidak sesuai realita
Fungsi kognitif	√	√	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> • Orientasi tempat dan waktu tidak sesuai • Daya ingat terganggu
Daya menilai realita	√	√	√	√	√	√	Tidak sesuai realita
Pengendalian impuls	√	√	√	√	√	√	Tidak terkontrol
Riwayat gangguan mental dan atau penggunaan NAPZA	√	√	√	√	√	√	Ya

TABEL 14. DAFTAR TILIK KOMUNIKASI, INFORMASI EDUKASI DAN KONSELING

KOMUNIKASI, INFORMASI EDUKASI DAN KONSELING

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia gestasi (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran			
Kesehatan ibu <ul style="list-style-type: none"> • Periksa hamil rutin minimal 6 kali • Cukup istirahat (malam: tidur 6-7 jam, siang: tidur/berbaring 1-2 jam) • Tidur miring ke kiri • Boleh melakukan aktivitas sehari-hari, hindari kerja berat • Boleh melakukan hubungan suami istri selama tidak ada keluhan 	√	√	√	√	√	√
Perilaku hidup bersih dan sehat <ul style="list-style-type: none"> • Jaga kebersihan badan • Mandi 2 kali sehari menggunakan sabun • Sikat gigi sesudah sarapan dan sebelum tidur • Olah raga ringan secara teratur (jalan kaki, berenang, senam hamil) • Tidak merokok dan tidak terpapar asap rokok (perokok pasif) • Tidur dengan menggunakan kelambu terutama pada daerah endemis malaria • Tidak minum alkohol • Tidak sembarangan mengkonsumsi obat 	√	√	√	√	√	√

TABEL 15. DAFTAR TILIK KOMUNIKASI, INFORMASI EDUKASI, DAN KONSELING(LANJUTAN)

KOMUNIKASI, INFORMASI EDUKASI, DAN KONSELING

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia gestasi (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran			
Gizi selama kehamilan: <ul style="list-style-type: none"> • Minum tablet tambah darah tiap hari • Prinsip gizi seimbang bagi ibu hamil • Pentingnya gizi seimbang pada ibu hamil yaitu untuk memenuhi kebutuhan ibu sendiri serta perkembangan dan pertumbuhan janin • Penambahan kebutuhan kalori dan zat gizi mikro selama hamil • Cara memilih makanan yang tepat, contoh makanan dengan gizi seimbang bagi ibu hamil (makanan utama dan selingan yang padat gizi) • Tidak ada pantangan makanan bagi ibu selama hamil, kecuali ada riwayat alergi 	√	√	√	√	√	√
Tanda-tanda bahaya kehamilan <ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan • Bengkak pada kaki/tangan/wajah • Sakit kepala berat, pandangan berkunang-kunang, kadang disertai kejang • Demam tinggi • Keluar air ketuban sebelum waktunya • Muntah terus menerus dan tidak mau makan • Gerakan janin berkurang atau tidak bergerak 	√	√	√	√	√	√

Tanda-tanda persalinan						
<ul style="list-style-type: none"> • Adanya his atau rasa mulas yang teratur, semakin lama semakin sering dan semakin lama • Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir • Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban 	√	√	√	√	√	√

TABEL 16. DAFTAR TILIK KOMUNIKASI, INFORMASI EDUKASI, DAN KONSELING(LANJUTAN)

KOMUNIKASI, INFORMASI EDUKASI, DAN KONSELING

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia gestasi (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran			
<p>Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan serta antisipasi keadaan bahaya/darurat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dukungan suami & keluarga selama hamil (suami siaga) • Persiapan biaya persalinan dan kebutuhan bayi (tabungan ibu bersalin) • Tempat persalinan • Penolong persalinan • Pendamping persalinan • Transportasi rujukan • Calon donor darah jika terjadi komplikasi 	√	√	√	√	√	√
<p>Gejala penyakit menular dan tidak menular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jenis penyakit (HIV, AIDS, Tuberkulosis, Sifilis, dan Hepatitis B, DM, Hipertensi, Talasemia) • Cara pencegahan/pengendalian faktor risiko/ penularan • Pengaruh pada bayi • Kepatuhan minum obat • Pencegahan komorbid lainnya 	√	√	√	√	√	√
<p>Edukasi bahwa setiap ibu hamil akan dilakukan tes HIV dan Sifilis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pentingnya tes HIV dan Sifilis • Prosedur tes HIV dan sifilis • Risiko penularan HIV dan sifilis dari ibu ke janin • Pentingnya pengobatan pada ibu terinfeksi HIV atau Sifilis • Ibu hamil yang HIV reaktif dirujuk untuk konfirmasi diagnosis HIV dan pengobatan oleh dokter. • Ibu hamil HIV mendapatkan obat ARV agar tidak menular ke bayinya, • Obat ARV saat ini diberikan gratis, asal patuh dan diteruskan seumur hidup. • Ibu HIV yang ARV lebih dari 6 bulan dapat bersalin di puskesmas oleh bidan • Ibu hamil yang Sifilis dirujuk ke dokter terapi adekuat agar tidak menular ke bayinya • Ibu Sifilis yang sudah terapi adekuat dapat bersalin di puskesmas oleh bidan 	√					

<p>Edukasi bahwa pada setiap ibu hamil akan dilakukan tes Hepatitis B (HbSAg):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pentingnya tes Hepatitis B • Prosedur tes Hepatitis B • Risiko penularan Hepatitis B dari ibu ke janin 						
<p>Edukasi tentang penanganan bayi baru lahir dari ibu terinfeksi HIV, atau Sifilis atau Hepatitis B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi dari ibu HIV mendapatkan ARV profilaksis gratis • Bayi dari ibu HIV diperiksa EID setelah usia 6 minggu disediakan pemerintah secara gratis, • Bayi dari ibu Sifilis mendapatkan profilaksis BPG gratis • Bayi dari ibu Sifilis dan ibunya diperiksa RPR pada usia 3,6,9 bulan disediakan pemerintah secara gratis, • Bayi dari ibu Hepatitis B mendapatkan profilaksis HBIG gratis sesaat setelah penyuntikan Vit K dan vaksin HB0 • Bayi dari ibu Hepatitis B diperiksa HBsAg pada usia 9-12 bulan disediakan pemerintah secara gratis, 	√					
<p>Edukasi tentang penanganan bayi bila terinfeksi HIV, atau Sifilis atau Hepatitis B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi HIV mendapatkan ARV gratis • Bayi Sifilis dirujuk ke RS untuk pengobatan tuntas • Bayi Hepatitis B dirujuk ke Spesialis Hepatologi 						

TABEL 17. DAFTAR TILIK KOMUNIKASI, INFORMASI EDUKASI, DAN KONSELING(LANJUTAN)

KOMUNIKASI, INFORMASI EDUKASI, DAN KONSELING

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia gestasi (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran			
<p>Inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pentingnya IMD (bagi ibu dan bayi) • Prosedur IMD (skin to skin contact selama minimal 1 jam) • Kolostrum • Rawat gabung • Pentingnya ASI eksklusif • Cara pemberian ASI eksklusif (ASI saja selama 6 bulan dan dilanjutkan sampai 2 tahun) • Teknik menyusui yang benar • Perawatan puting susu 				√	√	√
<p>KB pasca persalinan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlunya KB pascasalin untuk mengatur kehamilan agar ibu punya waktu untuk merawat diri, anak dan keluarga • Pilihan KB pasca salin 	√	√	√	√	√	√
<p>Imunisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pentingnya imunisasi Tetanus (Td) untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum • Imunisasi Hepatitis B (HB0)<24jam dan melengkapi dosis imunisasi Hepatitis sesuai program imunisasi dasar nasional 	√	√	√	√	√	√

Kekerasan pada Perempuan						
<ul style="list-style-type: none"> • Pengertian kekerasan pada perempuan • Bentuk-bentuk kekerasan pada perempuan • Akibat kekerasan pada perempuan • Cara pencegahan kekerasan pada perempuan • Cara penanganan kekerasan pada perempuan 	√	√	√	√	√	√

TABEL 18. DAFTAR TILIK KOMUNIKASI, INFORMASI, EDUKASI, DAN KONSELING(LANJUTAN)

KOMUNIKASI, INFORMASI DAN EDUKASI, DAN KONSELINGZ

Kontak ke	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia gestasi (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran			
Peningkatan kesehatan intelegensia bayi selama kehamilan <ul style="list-style-type: none"> • Ibu hamil perlu memberikan rangsangan auditori pada bayi sejak dini (ajak anak bicara, mendengarkan musik/lantunan ayat suci) • Penuhi nutrisi untuk perkembangan otak bayi 	√	√	√	√	√	√
Kelas ibu hamil <ul style="list-style-type: none"> • Ikuti kelas ibu hamil jika memungkinkan • Bertukar pengalaman sesama ibu hamil • Ibu hamil membaca, memahami dan menggunakan buku KIA • Ibu hamil membawa buku KIA pada setiap kontak dengan petugas kesehatan dan menuliskan semua hasil pemeriksaan/konseling/ rujukan pada buku KIA • Senam hamil 	√	√	√	√	√	√
Kesehatan Jiwa Ibu hamil Pengalaman dan perubahan emosi pada ibu hamil: <ul style="list-style-type: none"> • Afek • Mood • Harapan 	√	√	√	√	√	√
Tanda-tanda kecenderungan mengalami <i>baby blues postpartum</i>	√	√	√	√	√	√
Kecemasan penyakit menular penyerta lain	√	√	√	√	√	√

Catatan: √=rutin dilakukan, *=dilakukan sesuai indikasi

INTEGRASI PROGRAM DALAM PELAYANAN IBU HAMIL

1. Pemberian Makanan Tambahan untuk Ibu Hamil

Berdasarkan data Survei Diet Total (SDT) tahun 2014 dan Pemantauan Konsumsi Gizi (PKG) tahun 2016 menunjukkan masih kurangnya konsumsi harian ibu hamil dari kebutuhannya berdasarkan Angka Kecukupan Gizi. Pemberian makanan tambahan atau suplementasi gizi pada ibu hamil merupakan salah satu strategi peningkatan akses pangan bergizi untuk pemenuhan kebutuhan ibu hamil dalam mengatasi masalah gizi.

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil terintegrasi dengan pelayanan Antenatal Care (ANC). Pada kehamilan trimester I diberikan 2 keping biskuit lapis per hari.

Pada kehamilan trimester II dan III diberikan 3 keping biskuit lapis per hari. Tiap bungkus Makanan Tambahan (MT) ibu hamil berisi 3 keping biskuit lapis (60 gram).

Makanan Tambahan (MT) diberikan pada seluruh ibu hamil dalam rangka pencegahan ibu hamil KEK dengan waktu pemberian maksimal selama 1 (satu) bulan sebagai PMT penyuluhan disertai dengan edukasi gizi. MT Ibu Hamil ini dapat juga digunakan pada situasi darurat.

Untuk ibu hamil KEK dengan LiLA < 23,5 cm, MT dapat diberikan lebih dari 1 (satu) bulan disertai konseling yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi ibu. Ibu hamil harus menghabiskan MT yang diterima dan melakukan kunjungan pelayanan antenatal termasuk melakukan pemantauan pertambahan berat badan sesuai standar kenaikan berat badan ibu hamil dan atau LiLA.

2. Deteksi Dini Masalah Kesehatan Jiwa dengan Metode HEEADSSS

Pelayanan ibu hamil dibawah usia 18 tahun dilaksanakan di pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) dengan metode HEEADSSS. Jika melalui deteksi dini dan wawancara klinis diduga adanya masalah kesehatan jiwa, maka dapat digunakan instrumen Strength Difficulties Questionnaire-25 (untuk usia ibu hamil dibawah 18 tahun) untuk mendeteksi cemas dan depresi jika pernyataan YA ≥ 6 . Sedangkan Self Reporting Questionnaire-29 (untuk ibu hamil diatas 18 tahun) bila pertanyaan no 1 sampai 20 terdapat ≥ 6 yang pernyataannya YA untuk cemas dan depresi, pertanyaan no 21 untuk menskrining penggunaan NAPZA, pertanyaan no 22-24 untuk menskrining gangguan psikotik, dan pertanyaan no 25-29 untuk menskrining gangguan stres paska trauma. Instrumen ini bukan instrumen diagnostik.

3. Pengelolaan Sebelum Konsepsi Pada Perempuan Diabetes Mellitus Tipe 2

Semua perempuan diabetes mellitus tipe 2 yang berencana hamil dianjurkan untuk:

- Konseling mengenai kehamilan pada DM tipe 2
- Target glukosa darah (Joslin, 2011):
 - GDP dan sebelum makan: 80-110 mg/dl
 - GD 1 jam setelah makan: 100-155 mg/dl
 - HbA1C: < 7%; senormal mungkin tanpa risiko sering hipoglikemia berulang.
 - Hindari hipoglikemia berat.
- Suplemen asam folat 800 mcg – 1 mg/hari (riwayat neural tube defect: 4 mg/hari)
- Hentikan rokok dan alkohol
- Hentikan obat-obat dengan potensi teratogenik
- Mengganti terapi anti diabetes oral ke insulin, kecuali metformin pada kasus PCOS (polycystic ovarium syndrome).
- Evaluasi retina oleh optalmologis, koreksi bila perlu
- Evaluasi kardiovaskular

LAMPIRAN TOOLS DETEKSI DINI MASALAH KEJIWAAN

usia 11-18th

SKORING DETEKSI DINI MASALAH EMOSI DAN PERILAKU DENGAN MENGGUNAKAN KUISIONER KEKUATAN DAN KELEMAHAN (STRENGTH AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE-SDQ)

Untuk setiap pernyataan, beri tanda pada kotak Tidak Benar. Agak Benar atau Selalu Benar. Akan sangat membantu kami apabila kamu mau menjawab semua pernyataan sebaik mungkin meskipun kamu tidak yakin benar. Berikan jawabanmu sebagaimana sesuatu telah terjadi pada dirimu selama enam bulan terakhir.

Nama..... Laki-laki/Perempuan
Tanggal.....

	Tidak Benar	Agak Benar	Selalu Benar
1. Saya berusaha baik kepada orang lain. Saya peduli dengan perasaan mereka (Pro)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Saya gelisah. saya tidak dapat diam untuk waktu lama (H)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Saya sering sakit kepala, sakit perut atau macam-macam sakit lainnya (E)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Kalau saya memiliki mainan, CD, atau makanan, Saya biasanya berbagi dengan orang lain (Pro)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Saya menjadi sangat marah dan sering tidak dapat mengendalikan kemarahan saya (C)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. Saya lebih suka sendiri daripada bersama dengan orang yang seusianya (P)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. Saya biasanya melakukan apa yang diperintahkan oleh orang lain. (C)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Saya banyak merasa cemas atau khawatir terhadap apapun (E)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. Saya selalu siap menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit (Pro)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Bila sedang gelisah atau cemas badan saya sering bergerak –gerak tanpa saya sadari (H)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11. Saya mempunyai satu orang teman baik atau lebih (P)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12. Saya sering bertengkar dengan orang lain. Saya dapat memaksa orang lain melakukan apa yang saya inginkan (C)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13. Saya sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis (E)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14. Orang lain seusia saya umumnya menyukai saya (P)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
15. Perhatian saya mudah teralih, saya sulit untuk memusatkan perhatian pada apapun (H)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16. Saya merasa gugup dalam situasi baru, saya mudah kehilangan rasa percaya diri (E)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17. Saya bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda dari saya (Pro)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18. Saya sering dituduh berbohong atau berbuat curang (C)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19. Saya sering diganggu atau dipermainkan oleh anak-anak atau remaja lainnya (P)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20. Saya sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak) (Pro)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21. Saya berpikir terlebih dulu akibat yang akan terjadi, sebelum berbuat atau melakukan sesuatu (H)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
22. Saya mengambil barang yang bukan milik saya dari rumah, sekolah atau dari mana saja (C)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
23. Saya lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan orang seusia saya (P)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
24. Banyak yang saya takuti, saya mudah menjadi takut (E)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
25. Saya menyelesaikan pekerjaan yang sedang saya lakukan. Saya mempunyai perhatian yang baik terhadap apapun (H)	2	1	0

Tanda tangan.....

Tanggal hari ini.....

Terima kasih banyak atas bantuan anda

INTERPRETASI DAN KESIMPULAN PEMERIKSAAN SDQ

1. SKOR KESULTAN

- a. Gejala Emosional (E)
- b. Masalah Perilaku (C)
- c. Hiperaktivitas (H)
- d. Masalah Teman Sebaya (P)

• **Menghitung Total Skor Kesulitan = Skor E + C + H + P**

• **Penilaian :**

Usia 11 - 18 tahun	
Jika Skor	
0 - 15	: Normal
16 - 19	: Ambang/Boderline
20 - 40	: Abnormal

a. Gejala Emosional/Emotional Problems (E)

- Sering mengeluh sakit pada badan (seperti sakit kepala, perut dll)
- Banyak kekhawatiran
- Sering tidak bahagia, menangis
- Gugup atau mudah hilang percaya diri
- Mudah takut

Penilaian :

Usia 11 - 18 tahun	
Jika Skor	
0 - 5	: Normal
6	: Ambang/Boderline
7 - 10	: Abnormal

b. Masalah Perilaku/Conduct Problems (C)

- Sering marah meledak-ledak.
- Umumnya berperilaku tidak baik, tidak melakukan apa yang diminta orang dewasa.
- Sering berkelahi.
- Sering berbohong, curang.
- Mencuri.

Penilaian :

Usia 11 - 18 tahun	
Jika Skor	
0 - 3	: Normal
4	: Ambang/Boderline
10	: Abnormal

c. Hiperaktivitas/Hiperactivity Problems (H)

- Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam lama.
- Terus bergerak dengan resah.
- Mudah teralih, konsentrasi buyar.
- Tidak berpikir sebelum bertindak
- Tidak mampu menyelesaikan tugas sampai selesai.

Penilaian :

Usia 11 - 18 tahun	
Jika Skor	
0 – 5	: Normal
6	: Ambang/Boderline
7 - 10	: Abnormal

d. Masalah Teman sebaya (P)

- Cenderung menyendiri, lebih senang main sendiri.
- Tidak punya 1 teman baik.
- Tidak disukai anak-anak lain.
- Diganggu/digerak oleh anak lain.
- Bergaul lebih baik dengan orang dewasa dari pada anak-anak.

Penilaian :

Usia 11 - 18 tahun	
0 – 3	: Normal
4 - 5	: Ambang/Boderline
6 - 10	: Abnormal

2. SKOR KEKUATAN

a. Perilaku Prososial (Pro)

- Mampu mempertimbangkan perasaan orang lain.
- Bersedia berbagi dengan anak lain. - Suka Menolong.
- Bersikap baik pada anak yang lebih muda.
- Sering menawarkan diri membantu orang lain.

Penilaian :

Usia 11 - 18 tahun	
Jika Skor	
6 – 10	: Normal
5	: Ambang/Boderline
0 – 4	: Abnormal

KUESIONER SCL-90

Nama :

Tanggal lahir :

Pendidikan/Jurusan :

Status Perkawinan :

Alamat :

Tanggal :

PETUNJUK PENGISIAN

Pernyataan-pernyataan dibawah ini merupakan keluhan atau masalah yang kadang-kadang kita alami sehari-hari. Bacalah dengan cermat, pilihlah satu nomor/angka jawaban yang anda anggap sesuai untuk menggambarkan yang sedang anda rasakan atau sedanganda hadapi dalam waktu sebulan terakhir, termasuk hari ini.

Nomor / angka jawaban :

0 = tidak sama sekali

1 = sedikit

2 = cukup

3 = agak banyak

4 = banyak

Disebelah kanan dari setiap pernyataan terdapat angka 0 - sampai dengan 4 sebagai jawaban anda (0.1.2.3.4). Lingkarilah nomor/angka yang anda pilih : bila anda ingin mengubah jawaban, hapus atau coretlah jawaban sebelumnya.

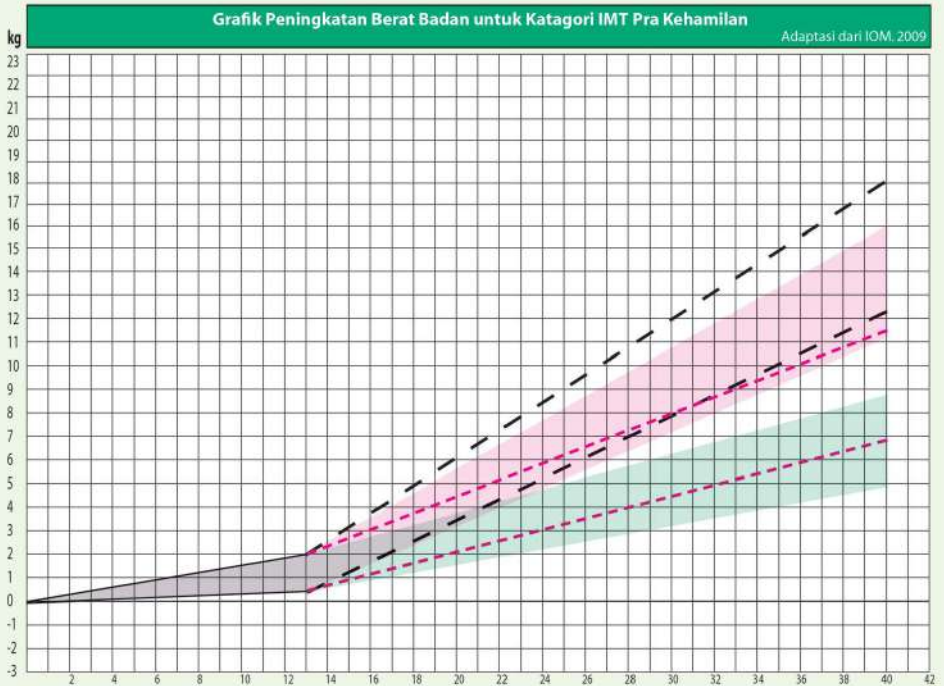
Contoh :	Anda merasakan sakit-sakit pada otot	0	1	2	3	4
----------	--------------------------------------	---	---	----------	---	---

DAFTAR KELUHAN / MASALAH :						
1	Sakit kepala	0	1	2	3	4
2	Merasa gugup dan berdebar-debar	0	1	2	3	4
3	Anda mempunyai pikiran yang tidak menyenangkan, berulang - ulang	0	1	2	3	4
4	Anda merasa mau pingsan atau pusing	0	1	2	3	4
5	Anda merasa ingin mengkritik orang lain	0	1	2	3	4
6	Anda merasa ingin mengkritik orang lain	0	1	2	3	4
7	Anda merasa bahwa orang lain dapat mengontrol pikiran anda	0	1	2	3	4
8	Perasaan ingin menyalahkan orang lain untuk sebagian besar kesulitan yang anda hadapi	0	1	2	3	4
9	Anda sulit mengingat sesuatu	0	1	2	3	4
10	Anda merasa khawatir melakukan kelalaian atau hal-hal yang kotor	0	1	2	3	4
11	Perasaan anda mudah terganggu atau tersinggung	0	1	2	3	4
12	Anda mengalami rasa sakit di daerah dada / jantung	0	1	2	3	4
13	Anda merasa lemah atau menjadi lebih lamban	0	1	2	3	4
14	Anda ketakutan bila berada ditempat terbuka atau di jalan umum	0	1	2	3	4
15	Adanya pikiran untuk mengakhiri hidup	0	1	2	3	4
16	Anda mendengar suara-suara sedangkan orang lain disekitar anda tidak mendengarnya	0	1	2	3	4
17	Gemetar	0	1	2	3	4
18	Anda beranggapan bahwa orang-orang lain sebagian besar tidak	0	1	2	3	4
19	Nafsu makan anda menurun	0	1	2	3	4
20	Anda mudah menangis	0	1	2	3	4
21	Anda merasa malu atau tidak tenang dengan pria/wanita lawan jenis	0	1	2	3	4
22	Anda mempunyai perasaan bahwa anda sedang dijebak	0	1	2	3	4
23	Anda mendadak merasa takut tanpa alasan	0	1	2	3	4
24	Temperamen anda mudah meledak yan tak dapat anda kontrol	0	1	2	3	4
25	Merasa takut keluar rumah sendirian	0	1	2	3	4
26	Perasaan menyalahkan diri sendiri	0	1	2	3	4

27	Rasa sakit di daerah pinggang bawah	0	1	2	3	4
28	Anda merasa terhalang untuk menyelesaikan sesuatu	0	1	2	3	4
29	Anda merasa kesepian	0	1	2	3	4
30	Perasaan anda diliputi kesedihan	0	1	2	3	4
31	Anda mempunyai kekuatiran yang berlebihan terhadap sesuatu	0	1	2	3	4
32	Anda kehilangan minat terhadap sesuatu	0	1	2	3	4
33	Anda mudah ketakutan	0	1	2	3	4
34	Perasaan anda mudah terluka	0	1	2	3	4
35	Anda merasa pikiran-pikiran pribadi anda diketahui orang lain	0	1	2	3	4
36	Anda merasa orang lain tidak memahami anda atau anda merasa mereka tidak simpatik	0	1	2	3	4
37	Perasaan bahwa orang lain tidak ramah atau tidak menyukai anda	0	1	2	3	4
38	Anda merasa sangat lambat dalam menyelesaikan sesuatu karena menghindari kesalahan	0	1	2	3	4
39	Anda merasa debaran jantung anda kuat dan cepat	0	1	2	3	4
40	Rasa mual atau perasaan tak enak di perut	0	1	2	3	4
41	Perasaan rendah diri terhadap orang-orang lain	0	1	2	3	4
42	Anda merasakan sakit-sakit pada otot	0	1	2	3	4
43	Perasaan bahwa orang lain memperhatikan atau membicarakan Anda	0	1	2	3	4
44	Sukar tidur	0	1	2	3	4
45	Anda harus memeriksa berulang-ulang apa saja yang telah anda Kerjakan	0	1	2	3	4
46	Sukar membuat keputusan	0	1	2	3	4
47	Anda merasa takut bepergian mengendarai bis, kereta api atau pesawat terbang	0	1	2	3	4
48	Kesukaran untuk bernafas dengan lega	0	1	2	3	4
49	Rasa panas dan dingin	0	1	2	3	4
50	Keharusan untuk menghindari tempat, benda atau kegiatan tertentu karena hal tersebut menakutkan	0	1	2	3	4
51	Pikiran anda terasa kosong	0	1	2	3	4
52	Hilang rasa/kebas atau kesemutan pada bagian-bagian tertentu tubuh anda	0	1	2	3	4

53	Seperti ada sesuatu yang mengangjal di tenggorokan	0	1	2	3	4
54	Perasaan bahwa tak ada harapan untuk masa depan	0	1	2	3	4
55	Anda sukar berkonsentrasi	0	1	2	3	4
56	Merasa lemah pada bagian tubuh tertentu	0	1	2	3	4
57	Merasa tegang atau terpaksa/bengong	0	1	2	3	4
58	Kaki dan tangan terasa berat	0	1	2	3	4
59	Pikiran-pikiran tentang kematian atau akan mati	0	1	2	3	4
60	Terlalu banyak makan	0	1	2	3	4
61	Perasaan tidak tenang bila orang memperhatikan atau membicarakan anda	0	1	2	3	4
62	Anda mempunyai pikiran-pikiran yang bukan milik anda sendiri	0	1	2	3	4
63	Adanya dorongan untuk memukul, melukai, atau merugikan orang lain	0	1	2	3	4
64	Terbangun pada dini hari	0	1	2	3	4
65	Keharusan untuk mengulang-ulang tindakan yang sama, seperti menyentuh, menghitung atau mencuci	0	1	2	3	4
66	Gelisah atau merasa terganggu waktu tidur	0	1	2	3	4
67	Adanya dorongan untuk merusak atau menghancurkan barang	0	1	2	3	4
68	Pikiran atau keyakinan bahwa orang lain tak mau bekerja sama	0	1	2	3	4
69	Perasaan malu terhadap diri sendiri diantara orang-orang	0	1	2	3	4
70	Perasaan tidak tenang berada ditengah orang banyak seperti saat berbelanja atau menonton film	0	1	2	3	4
71	Perasaan bahwa segala sesuatu perlu dicapai dengan perjuangan berat	0	1	2	3	4
72	Serangan-serangan panik atau teror (ketakutan hebat)	0	1	2	3	4
73	Perasaan tidak nyaman dalam soal makan	0	1	2	3	4
74	Sering terlibat dalam perdebatan/adu argumentasi	0	1	2	3	4
75	Gugup bila ditinggal sendirian	0	1	2	3	4
76	Orang lain kurang menghargai hal yang telah anda capai	0	1	2	3	4
77	Merasa kesepian walaupun tidak sendirian	0	1	2	3	4
78	Perasaan amat gelisah sehingga tidak dapat duduk dengan tenang	0	1	2	3	4

GRAFIK Peningkatan Berat Badan



MINGGU KEHAMILAN

Tanda	BB Pra-Kehamilan	IMT Pra-Kehamilan	Rekomendasi Peningkatan Berat Badan
— — — — —		<18,5	12,5 - 18 kg
—————		10,5 - 24,9	11,5 - 16kg
- - - - -		25,0- 29,9	7 - 11,5 kg
—————		≥30	5 - 9 kg

METODE KONTRASEPSI	TANGGAL	RENCANA	PELAKSANAAN
	25	26	27
Mal			
Kondom			
Pil			
Suntik			
AKDR			
Implant			
MOW			
MOP			

PEMANTAUAN PPIA (UNTUK IBU HAMIL YANG POSITIF)

HASIL DETEKSI DINI			
1. Jenis Screening Test	Tgl Screening / Test*	Kode Specimen	Hasil Screening*
HBsAg			Reaktif / Non Reaktif
HIV			Reaktif / Non Reaktif
Sifilis			Reaktif / Non Reaktif
2. Ibu Hamil dirujuk untuk tata laksana:			
HIV	Tgl masuk PDP:	Tgl Mulai Arv:	
Sifilis	Ditangani: Ya / Tidak	Diobati Adekuat: Ya / Tidak	
Hepatitis B	Dirujuk: Ya / Tidak		
3. Pasangan mengetahui status HIV : Ya / Tidak			
4. Pasangan diperiksa Sifilis : Ya / Tidak			
5. Faskes Rujukan :			

PEMANTAUAN BAYI DARI IBU HEPATITIS B

1	Tanggal / Jam Pemberian:	HBO:	HBIG:	DPT/HB1:
		DPT/HB2:	DPT/HB3:	
2	Pemeriksaan bayi (9-12 bulan):	HBsAg	Tanggal:	Hasil: Reaktif / Non Reaktif
		Anti HBs	Tanggal:	Hasil: Reaktif / Non Reaktif

PEMANTAUAN BAYI DARI IBU HIV

JENIS PEMANTAUAN	TANGGAL	HASIL	
Pemberian ARV			
DBS EID pada usia 6-8 Minggu		Reaktif	Non Reaktif
Konfirmasi EID dalam 12 bulan		Reaktif	Non Reaktif
Pemeriksaan balita terdeteksi HIV (serologis) (Bayi usia >=9 bulan atau anak balita)		Reaktif	Non Reaktif
Balita HIV masuk perawatan PDP			
Balita HIV mendapat pengobatan ARV			

PEMANTAUAN BAYI DARI IBU SIFILIS

Bayi dari ibu Sifilis dirujuk	Ya / Tidak		
Bayi <2 tahun diperiksa Sifilis	Ya / Tidak	Hasil:	Reaktif/Non Reaktif

Catatan Khusus:



KARTU IBU

Nama / Kode Puskesmas : _____
 Nomor Registrasi Ibu : _____

IDENTITAS IBU

Nama Lengkap Ibu :	NIK :	Posyandu :
Nama Suami :	NKK :	Nama Kader :
Tanggal lahir :	Umur :	Disabilitas :
Alamat domisili :	RT/RW :	Tgl Register :
Desa/Kelurahan :	Kecamatan :	Telp/HP :
Kab/Kota :	Provinsi :	
Pendidikan Ibu :	Agama :	
Pekerjaan Ibu :	Pembiayaan : JKN / Jampersal / Asuransi kesehatan lain / Mandiri	

RIWAYAT OBSTETRIK

Gravida :
Partus :
Abortus :
Hidup :

PEMERIKSAAN BIDAN/DOKTER SAAT K1

Tanggal Periksa :	Tinggi Badan :	cm
Tanggal HPHT :	LILA :	cm
Taksiran Persalinan :	Status Gizi :	KEK/Normal
Tgl. Persalinan Sebelumnya :	Buku KIA :	Memiliki/Tidak
BB Sebelum hamil :	Golongan Darah, Rhesus :	A/B/AB/O Pos/Neg
BB Saat ini :		

Riwayat Komplikasi Kebidanan :	
Riwayat persalinan sebelumnya :	Prematur / BBLR / Kelainan Kongenital
Riwayat Penyakit Kronis dan Alergi :	
Riwayat penyakit menular :	TB / HIV / Hepatitis / Sifilis / Malaria / lainnya sebutkan:
Riwayat KB :	

RENCANA PERSALINAN

Tanggal	Penolong	Tempat	Pendamping	Transportasi	Pendonor darah/ Gol darah
1	2	3	4	5	6
	Bidan	Pustu	Suami	Suami	Suami
	Dr. Umum	Puskesmas	Keluarga	Keluarga	Keluarga
	Dr. Spesialis	PMB	Teman	Teman	Teman
		RSIA	Tetangga	Lain-lain	Lain-lain
		RS	Lain-lain	Tidak ada	Tidak ada
		Klinik	Tidak ada		

PEMERIKSAAN DOKTER TM1

PEMERIKSAAN FISIK

Konjungtiva :	Normal / Tidak
Sklera :	Normal / Tidak
Kulit :	Normal / Tidak
Leher :	Normal / Tidak
Gigi/mulut :	Normal / Tidak

THT :	Normal / Tidak
Jantung :	Normal / Tidak
Paru :	Normal / Tidak
Perut :	Normal / Tidak
Tungkai :	Normal / Tidak

USG

GS (Gestational Sac) :	Cm
CRL (Crown-rump-Length) :	Cm
DJJ (denyut Jantung janin) :	dpm
Sesuai usia kehamilan :	mgg
Taksiran persalinan :	

Skrining Preeklamsi :	
KESIMPULAN :	
REKOMENDASI :	ANC dapat dilanjutkan di FKTP / Rujuk FKRTL

Catatan Khusus:

PERAWATAN SELAMA HAMIL (ANTE NATAL CARE OLEH BIDAN)

No.	REGISTER				Pemeriksaan																		KON-SELING	INTEGRASI PROGRAM										KOMPLIKASI**						TATA LAKSANA AWAL						DIRUJUK KE**						KEADAAN		KETERANGAN
					IBU									BAYI										PMTCT			MALARIA			TB																								
	Tgl	JKN*	Usia Kehamilan	Trimester ke	Keluhan	BB (kg)	TD (mmHg)	LILA (cm)	Status Gizi ⁽²⁾	TFU (cm)	Refleksi Patella (+/-)	DJJ (x/menit)	Kepala thd PAP ⁽³⁾	TBJ (gram)	Presentasi ⁽⁴⁾	Jumlah Janin ⁽⁵⁾	Injeksi Td*	Catat di Buku KIA*	Fe (tab/botoI)	PMT Bumil KEK	Ikut kelas ibu	Hemoglobin (gr/dl)		Glucosa urine (+/-)	Sifilis (+/-)	HBsAg*	HIV (+/-)	ARV Profilaksis***	Malaria (+/-)	Obat**	Kelambu berinsektisida*	Skring anamnesis*	Periksa Dahak*	TBC (+/-)	Obat**	Sehat	Kontak Erat	Suspek	Terkonfirmasi	HDK	Abortus	Perdarahan	Infeksi	KPD	Lain-lain	Puskesmas	Klinik	RSIA/RSB	RS	Lain-lain	Tiba (H/M)	Pulang (H/M)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55

- * : ✓ Jika ya/dilakukan
X Jika tidak
- ** : ✓ Pada salah satu kolom
- *** : Tulis nama obat yang diberikan

1. Cara Masuk :
 APS : Atas Permintaan Sendiri
 Dr : Rujukan dokter
 Bd : Rujukan bidan
 Dn : Rujukan Dukun
 Pol : Rujukan Polindes
 Pst : Rujukan Pustu
 Pk : Rujukan Puskesmas
 RB : Rumah Bersalin
 RSIA : RS Ibu dan Anak

2. Status Gizi :
 LILA < 23,5 cm : KEK (K)
 LILA > 23,5 cm : Normal (N)

3. Kepala Terhadap PAP :
 Masuk : M
 Belum Masuk : BM

4. Presentasi :
 KP : Kepala
 BS : Bokong/Sungsang
 LLO : Letak Lintang/Obligue

5. Jumlah Janin :
 T/G : Tunggal/Ganda

6. Status Imunisasi :
 Td0, Td1, Td2, Td3, Td4, Td5

7. Gula darah puasa :
 + : > 140 mg/dl
 - : < 140 mg/dl

Obat TB :
 R : Rifampisin
 H : INH
 Z : Pyrazinamid
 E : Etahambutol

Obat ARV
 ZDV | NVP | TC

Obat Malaria
 ART : Artesunat
 AMO : Amodiaquin
 KIN : Kina

Pemeriksaan Dokter TM3

Konjungtiva	: Normal / Tidak
Sklera	: Normal / Tidak
Kulit	: Normal / Tidak
Leher	: Normal / Tidak
Gigi/mulut	: Normal / Tidak

Pemeriksaan Fisik

THT	: Normal/tidak
Jantung	: Normal/tidak
Paru	: Normal/tidak
Perut	: Normal/tidak
Tungkai	: Normal/tidak

USG

GS (Gestational Sac)	: Cm
CRL (Crown-rump-Length)	: Cm
DJJ (denyut Jantung janin)	: dpm
Sesuai usia kehamilan	: mgg
Taksiran persalinan	:

Pemeriksaan Laboratorium	Hb :gr/dl
	Gula darah puasa :mg/dl
	Gula darah 2 jam PP :mg/dl

- Rencana Konsultasi Lanjut : Gizi / Kebidanan / Anak / Penyakit dalam / Neurologi / THT / Psikiatri / lain-lain
- Rekomendasi : ANC di FKTP / Rujuk FKTRL
- Rencana Persalinan : Normal / SC
- Pilihan Rencana Kontrasepsi : MAL / Pil / Suntik / AKDR / Implan / Steril / Belum memilih

MASA PERSALINAN

PERSALINAN	TANGGAL	JAM
Kala I Aktif		
Kala II		
Bayi Lahir		
Plasenta Lahir		
Perdarahan Kala IV 2 jam Postpartum		

Usia Kehamilan	: minggu
Usia HPHT	: minggu
Keadaan Ibu	: Hidup / Mati
Keadaan Bayi	: Hidup / Mati
Berat bayi	: gram
Jenis Kelamin	: Laki / Perempuan
Panjang Bayi	: cm

PRESENTASI	puncak kepala	belakang kepala	lintang/oblique	menubung
	bokong	dahi	muka	kaki campuran
TEMPAT	rumah	polindes	pustu	puskesmas RB RSIA RS
PENOLONG	keluarga	dukun	bidan dr. spesialis dr	lainnya tidak ada
CARA PERSALINAN	Normal	Vacum	Forceps	Scetio Caesaria
MANAJEMEN AKTIF KALA III	Injeksi Oksitosin	Peregangan tali pusat		Masase Fundus Uteri
PELAYANAN	IMD < 1 jam / > 1jam	Menggunakan Partograf		Catat di Buku KIA
INTEGRASI PROGRAM	ARV Profilaksis*** :	Obat Anti Malaria*** :	Obat Anti TB*** :	
KOMPLIKASI	Distosia	HDK	PPP	Infeksi Lainnya
DIRUJUK KE	Puskesmas	RB	RSIA	RS Lainnya Tidak Dirujuk
KEADAAN TIBA	hidup / mati	Keadaan Pulang :	hidup / mati	

TGL	HARI KE/KF	TANDA VITAL		PELAYANAN			INTEGRASI PROGRAM				KOMPLIKASI**				KLASIFIKASI	TATA LAKSANA	DIRUJUK KE**					KEADAAN	
		TD (mmHg)	Suhu °C	Catat di Buku KIA*	Fe (tab/botoI)	Vit. A*	CD4 (kopi/ml)	Anti Malaria***	Anti TB***	ARV	PPP	Infeksi	HDK	Lainnya			PKM	Klinik	RSIA/RSB	RS	Lainnya	Tiba (H/M)	Pulang (H/M)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

KUNJUNGAN NIFAS (KF)
 KF 1 : 6 Jam – 48 jam
 KF 2 : 3 - 7 hari
 KF 3 : 8 - 28 hari
 KF 4 : 29-42 hari

- * : ✓ Jika ya/dilakukan
X Jika tidak

- ** : ✓ Pada salah satu kolom

- *** : Tulis nama obat yang diberikan

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Petunjuk Teknis Makanan Tambahan Balita dan Ibu Hamil. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Pedoman Penanggulangan Kurang Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Pedoman Penatalaksanaan Pemberian Tablet Tambah Darah. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Buku KIA Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta
- PP POGI. Panduan Penetalaksanaan Kehamilan Dengan Diabetes Militus. Jakarta
- PP POGI. Panduan Penetalaksanaan Kehamilan Komplikasi Kehamilan. Jakarta
- World Health Organization. (2012). Guideline: Daily Iron And Folic Acid Supplementation In Pregnant Women. Geneva
- PB Perkeni. (2015). Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia 2015. Jakarta