

No. Pendaftaran

KIK/1(b)/96(Pind. 2012)

No. Kad Pengenalan

No siri :
JKN



Pelekat Kod Warna Antenatal

REKOD KESIHATAN IBU

Cop dan Tel Klinik

SIMPANAN KLINIK

Faktor Risiko :

1. _____
2. _____
3. _____

Nama Ibu : _____

Kumpulan Etnik : _____

Warganegara : _____

Tahap Pendidikan : _____

Pekerjaan : _____

Alamat Rumah (1) : _____

No Tel (R) : _____

(H/P) : _____

(P) : _____

Alamat Rumah (2) : _____

No Tel (R) : _____

(H/P) : _____

(P) : _____

THA (LNMP)

TAL (EDD)

RE EDD

Gr P +

Tarikh Lahir/Umur

Nama Suami : _____

No. Kad Pengenalan Suami :

Pekerjaan : _____

Alamat Tempat Kerja Suami :

No Tel (R) : _____

(H/P) : _____

**Simpan buku ini di tempat yang selamat.
Bawa buku ini setiap kali anda pergi ke klinik/hospital
untuk mendapatkan pemeriksaan**

Pelekat Kod Warna
Postnatal

Faktor Risiko :

1. _____
2. _____
3. _____

Alamat Semasa Postnatal :

5.5 BAHAGIAN C : RIWAYAT KESIHATAN IBU DAN KELUARGA

Haid : Jumlah Hari : _____ Pusingan : _____
 Amalan Perancang Keluarga : Ya/Tidak Kaedah : _____
 (Jika Ya) Berapa Lama : _____ bulan/tahun

Status Merokok : Ya/Tidak Suami : Ya/Tidak

Masalah Perubatan Ibu :

Diabetes Asthma Anemia
 Darah Tinggi Sakit Jantung Talasemia
 Alergi Tibi Lain-lain

Nyatakan : _____

Masalah Perubatan Keluarga :

Diabetes Asthma
 Darah Tinggi Sakit Jantung Talasemia
 Alergi Tibi Lain-lain

Nyatakan : _____

Status Imunisasi Ibu :

Tetanus/Toxoid Dos 1 Tarikh : _____
 Dos 2 Tarikh : _____
 Dos Tambahan Tarikh : _____

5.6 BAHAGIAN D : PERIHAL KANDUNGAN SEMASA

Ukuran Tinggi : _____ BMI : _____

Tiroid : _____ Jaundis : _____ Pallor : _____ Payudara : (Kiri) _____ (Kanan) _____ Vena Varikos : (Kiri) _____ (Kanan) _____ Sistem Kardiovaskular : _____ Sistem Pernafasan : _____ Abdomen : _____ Lain-lain : _____	Tandatangan & Cop Pegawai Perubatan :
--	---

Pemeriksaan Gigi : _____	Tandatangan & Cop Pegawai Pergigian
--------------------------	---

5.7 BORANG KEBENARAN UNTUK PENGAMBILAN DARAH BAGI UJIAN SARINGAN ANTENATAL

Tujuan saringan darah bagi ibu-ibu mengandung adalah :

- Untuk memastikan ibu berada di tahap kesihatan yang optima
- Untuk pengesanan penyakit bagi membuka peluang kepada rawatan awal
- Untuk mencegah jangkitan penyakit kepada bayi
- Untuk pengesanan awal dan membuka peluang kepada pasangan

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

Sila tandakan (√) dalam kotak yang bersesuaian :

1. Kumpulan Darah & Rh
2. VDRL +/- TPHA
3. Hemoglobin (Hb)
4. HIV (Rapid Test)
5. Lain-lain (nyatakan):

Sampel darah selanjutnya akan diambil untuk mana-mana ujian pengesanan sekiranya perlu.

Tandatangan klien

Tandatangan saksi

Tarikh : _____

Nama : _____

No. K/P : _____

Tarikh : _____

Peringatan:

Klien perlu memaklumkan kepada petugas 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.

Sekiranya klien mempunyai salah satu atau lebih faktor risiko di atas dan ujian saringan HIV adalah tidak reaktif, ujian saringan ulangan perlu dilakukan untuk mengesan jangkitan dalam tempoh *window period*.

5.8 PANDUAN PENGENDALIAN IBU ANTENATAL MENGIKUT SISTEM KOD WARNA

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

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

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

Pakar O&G/Pakar Perubatan Keluarga boleh menukarkan kod warna mengikut penilaian tahap risiko semasa ibu hamil. Tag warna yang dilekatkan dapat mempamerkan kod warna yang telah diberikan sebelumnya.

5.9 SENARAI SEMAK PENGENDALIAN IBU HAMIL

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

FAKTOR RISIKO		Tandakan (√) dalam ruangan jika ada faktor risiko						
TRIMESTER		1	2		3			Post Date
Kekerapan penilaian risiko		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
Tarikh								
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)								
1.	Eklampsia							
2.	Preeklampsia (tekanan darah tinggi dengan urin albumin) iaitu BP \geq 140/90 mmHg dengan urine albumin > 1+							
3.	Tekanan darah tinggi \geq 170/110 mmHg							
4.	Tekanan darah tinggi > 140/90 mmHg dengan kehadiran simptom							
5.	Sakit jantung semasa mengandung dengan tanda-tanda dan gejala (sesak nafas, berdebar-debar)							
6.	Sesak nafas ketika melakukan aktiviti ringan (aktiviti seperti sapu sampah, cuci pinggan)							
7.	Ibu diabetik yang tidak terkawal dengan kehadiran urin keton							
8.	Pendarahan antepartum (termasuk keguguran)							
9.	Denyutan jantung janin yang abnormal FHR \leq 110/min pada dan selepas 26/52 FHR > 160/min selepas 34/52 (denyutan jantung mungkin tinggi jika pramatang)							
10.	Anemia dengan symptom pada mana-mana gestasi atau Hb \leq 7 gm%							
11.	Kontraksi rahim pramatang							
12.	Keluar air likuor tanpa kontraksi							
13.	Serangan asma yang teruk							
14.	Sawan							
15.	Demam yang berpanjangan \geq 5 hari							
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA								

SENARAI SEMAK PENGENDALIAN IBU HAMIL

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

FAKTOR RISIKO		Tandakan (√) dalam ruangan jika ada faktor risiko						
TRIMESTER		1	2		3			<i>Post Date</i>
Kekerapan penilaian risiko		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
Tarikh								
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)								
1	Ibu HIV positif							
2	Ibu Hepatitis B positif							
3	Ibu Tuberkulosis / Malaria / Sifilis							
4	Tekanan darah tinggi > 140/90 - <170/110 mmHg dengan <i>urin albumin negative</i>							
5	Ibu diabetik (dengan rawatan insulin)							
6	Pergerakan janin kurang semasa kandungan ≥ 32 minggu							
7	Kandungan melebihi 7 hari dari EDD							
8	Ibu dengan masalah perubatan yang memerlukan rawatan bersama dengan hospital							
9	Ibu yang terlibat dalam isu mediko-legal							
10	Ibu tunggal dan Ibu remaja (< 19 tahun)							
11	Hemoglobin 7-9 gm % atau simptomatik							
12	Placenta previa yang stabil – tiada pendarahan							
13	<i>Maternal pyrexia</i> > 38C atau > 3 hari							
14	*Sejarah masalah ketidaksuburan sebelum kandungan semasa (<i>infertility</i>)							
15	Penyakit jantung tanpa gejala							
16	*Ketagihan dadah/merokok							
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA								

*Periksa sekali sahaja

SENARAI SEMAK PENGENDALIAN IBU HAMIL

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

FAKTOR RISIKO		Tandakan (√) dalam ruangan jika ada faktor risiko						
TRIMESTER		1	2		3		<i>Post Date</i>	
Kekerapan penilaian risiko		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
Tarikh								
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)								
1.	*Rh <i>negative</i>							
2.	*Berat badan ibu sebelum mengandung atau ketika booking <45kg							
3.	*Masalah perubatan semasa (termasuk psikiatrik dan kecacatan fizikal) kecuali Diabetes dan Hipertensi							
4.	*Pembedahan ginekologi yang lalu							
5.	*LNMP yang tidak pasti							
6.	*3 kali riwayat keguguran yang berturutan							
7.	*Riwayat obstetrik yang lalu :							
	Pembedahan caesarean							
	Riwayat lalu PIH/eclampsia/diabetes							
	Kematian perinatal							
	Mempunyai sejarah bayi dengan berat lahir kurang daripada 2.5kg atau lebih daripada 4kg							
	Koyak <i>perineum 3rd degree</i>							
	Lekat uri							
	Pendarahan selepas bersalin							
	Kelahiran <i>instrumental</i>							
	Sakit bersalin lama							

Sambungan Kod Hijau

FAKTOR RISIKO		Tandakan (√) dalam ruangan jika ada faktor risiko						
		1	2		3			Post Date
TRIMESTER		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
Kekerapan penilaian risiko								
Tarikh								
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)								
8.	Kandungan lebih dari satu							
9.	Tekanan darah tinggi (140/90 mmHg) tanpa urin albumin							
10.	Hemoglobin kurang dari 9-<11gm %							
11.	Glukosuria 2 kali							
12.	Air kencing mempunyai albumin ≥1+							
13.	Pertambahan berat badan yang mendadak melebihi 2 kg dalam seminggu							
14.	Berat badan ibu sebelum mengandung atau <i>booking</i> melebihi 80 kg							
15.	Tinggi rahim (SFH) kecil atau besar dari tarikh jangka masa kandungan							
16.	Menyongsang/ <i>oblique</i> /melintang dengan tidak ada tanda sakit bersalin pada 36 minggu kehamilan							
17.	Kepala bayi tinggi (<i>Head not engaged</i>) semasa cukup bulan (37 minggu) bagi primigravida							
18.	Ibu GDM (kawalan diet)							
19.	Berat badan statik atau menurun (dalam tempoh sebulan)							
20.	*Ibu berumur > 40 tahun							
21.	*Primigravida							
22.	*Gravida 6 dan ke atas							
23.	*Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun atau melebihi 5 tahun							
24.	*Ibu dengan masalah tertentu : Ukuran tinggi kurang dari 145 cm							
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA								

*Penilaian sekali sahaja

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

SENARAI SEMAK PENGENDALIAN IBU HAMIL

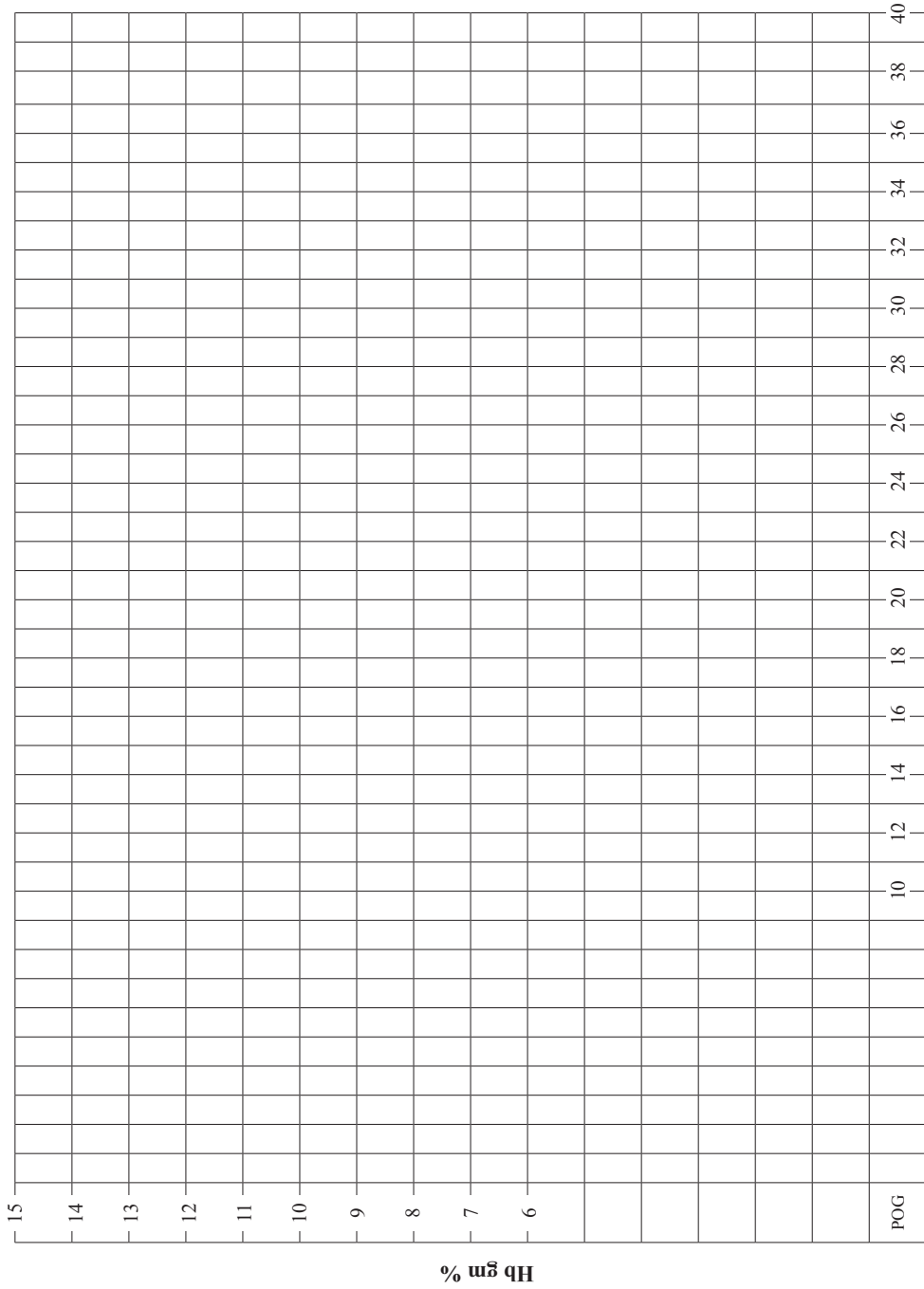
KOD PUTIH –Penjagaan oleh Jururawat Kesihatan / Jururawat Masyarakat di Klinik Kesihatan dan Klinik Desa. Ibu hanya akan diberi kod berwarna putih setelah ia tidak mempunyai sebarang faktor risiko yang tersenarai dalam kod merah, kuning dan hijau.

IBU DIBENARKAN BERSALIN DI PUSAT BERSALIN ALTERNATIF, sekiranya memenuhi syarat-syarat berikut :-

FAKTOR RISIKO	TANDAKAN (√) DALAM RUANGAN BERKENAAN
TARIKH	
Jangkamasa tidak datang haid (POA/ POG)	
1. <i>Gravida 2-5</i>	
2. Tiada masalah obstetrik yang lalu yang mungkin berulang atau memberi kesan pada kandungan semasa	
3. Tiada masalah perubatan yang lalu	
4. Tiada masalah perubatan/obstetrik pada kandungan semasa	
5. Ukuran tinggi lebih dari 145 sm	
6. Ibu berumur lebih 18 tahun dan kurang 40 tahun	
7. Ibu berkahwin dan mempunyai sokongan keluarga	
8. POA >37 minggu atau <41 minggu	
9. Anggaran berat bayi > 2 kg dan < 3.5 kg	
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA	

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

5.10 Graf Pemantauan Hb gm %



5.12 PEMANTAUAN TEKANAN DARAH DAN TANDA & SIMPTOM PRE-EKLAMPSIA

Tarikh	Tekanan Darah	Denyutan Jantung (DJJ)	Urin Albumin	Catatan Simpton Pre-eklampsia

5.13 SENARAI SEMAK KRITERIA UNTUK UJIAN MGTG

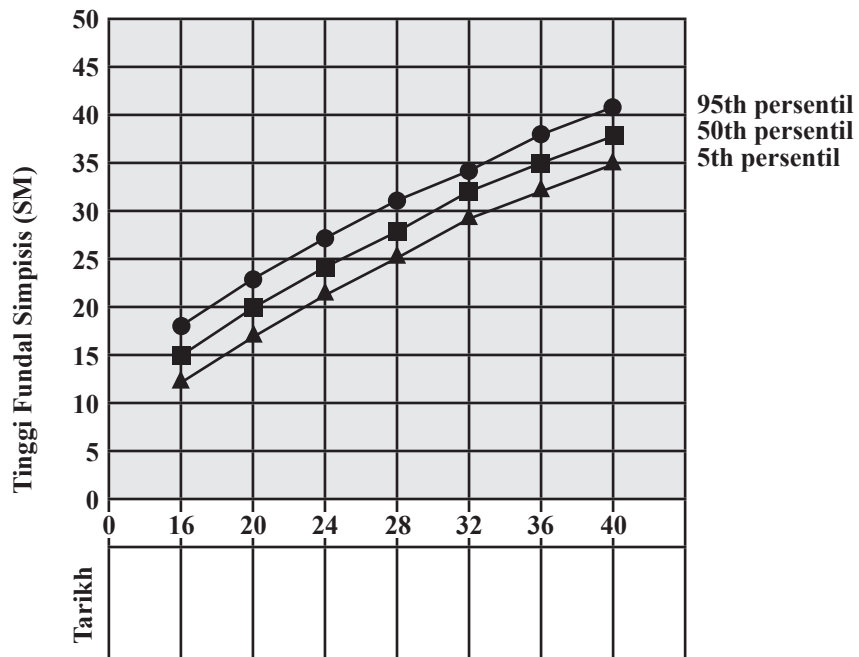
Bil	Kriteria/Risiko	Tandakan (√)
1.	Umur > 35 tahun	
2.	BMI \geq 27kg/m ² atau berat \geq 80kg	
3.	Sejarah keluarga dengan diabetes	
4.	Sejarah Gestational Diabetes (GDM)	
5.	Sejarah Keguguran 2-3 kali berturutan	
6.	Sejarah kelahiran IUD/Stillbirth/0-6 hari/ congenital malformation	
7.	Kenaikan berat badan berlebihan (2kg/minggu)	
8.	2 kali glycosuria	
9.	Recurrent UTI/Candidiasis	

5.15 KEPUTUSAN PEMERIKSAAN ULTRASOUND

Tarikh			
Jangkamasa Kandungan : EDD : REDD :			
Presentasi			
Plasenta			
CRL			
BPD			
HC			
AC			
FL			
FHA			
AFI			
Komen			
Tandatangan & Cop Pemeriksa			

Tarikh			
Jangkamasa Kandungan : EDD : REDD :			
Presentasi			
Plasenta			
CRL			
BPD			
HC			
AC			
FL			
FHA			
AFI			
Komen			
Tandatangan & Cop Pemeriksa			

5.16 CARTA TUMBESARAN JANIN



RUJUKAN DAN PENGAWASAN KES

Rujukan atau pengawasan hendaklah dibuat sebaik sahaja lakaran graf :

- i) menurun
- ii) mendatar
- iii) berada dibawah 50th persentil
- iv) berada lebih daripada 95th persentil

5.17 PEMERIKSAAN

Booking weight : _____

Booking BP : _____

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kand
		<i>Urin Alb</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb	Berat Badan (kg)	Tekanan Darah	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)

KANDUNGAN SEMASA

Booking BMI: _____

ungan	Janin			Masalah dan Pengendalian	Tarikh Temujanji	Nama dan Jawatan
	Tinggi Rahim (sm)	Kedudukan presentasi	Jantung Gerak			

PEMERIKSAAN KA

Booking weight : _____

Booking BP : _____

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kand
		<i>Urin Alb</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb	Berat Badan (kg)	Tekanan Darah	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)

NDUNGAN SEMASA

Booking BMI: _____

ungan	Janin			Masalah dan Pengendalian	Tarikh Temujanji	Nama dan Jawatan
	Tinggi Rahim (sm)	Kedudukan presentasi	Jantung Gerak			

PEMERIKSAAN KA

Booking weight : _____

Booking BP : _____

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kand
		<i>Urin Alb</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb	Berat Badan (kg)	Tekanan Darah	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)

NDUNGAN SEMASA

Booking BMI: _____

ungan	Janin			Masalah dan Pengendalian	Tarikh Temujanji	Nama dan Jawatan
	Tinggi Rahim (sm)	Kedudukan presentasi	Jantung Gerak			

PEMERIKSAAN KA

Booking weight : _____

Booking BP : _____

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kand
		<i>Urin Alb</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb	Berat Badan (kg)	Tekanan Darah	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)

NDUNGAN SEMASA

Booking BMI: _____

ungan	Janin			Masalah dan Pengendalian	Tarikh Temujanji	Nama dan Jawatan
	Tinggi Rahim (sm)	Kedudukan presentasi	Jantung Gerak			

PEMERIKSAAN KA

Booking weight : _____

Booking BP : _____

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kand
		<i>Urin Alb</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb	Berat Badan (kg)	Tekanan Darah	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)

NDUNGAN SEMASA

Booking BMI: _____

ungan	Janin			Masalah dan Pengendalian	Tarikh Temujanji	Nama dan Jawatan
	Tinggi Rahim (sm)	Kedudukan presentasi	Jantung Gerak			

PEMERIKSAAN KA

Booking weight : _____

Booking BP : _____

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kand
		<i>Urin Alb</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb	Berat Badan (kg)	Tekanan Darah	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)

NDUNGAN SEMASA

Booking BMI: _____

ungan	Janin			Masalah dan Pengendalian	Tarikh Temujanji	Nama dan Jawatan
	Tinggi Rahim (sm)	Kedudukan presentasi	Jantung Gerak			

PEMERIKSAAN KA

Booking weight : _____

Booking BP : _____

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kand
		<i>Urin Alb</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb	Berat Badan (kg)	Tekanan Darah	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)

NDUNGAN SEMASA

Booking BMI: _____

ungan	Janin			Masalah dan Pengendalian	Tarikh Temujanji	Nama dan Jawatan
	Tinggi Rahim (sm)	Kedudukan presentasi	Jantung Gerak			

PEMERIKSAAN KA

Booking weight : _____

Booking BP : _____

Tarikh	LK/LR	Ujian Makmal			Pemeriksaan				Kand
		<i>Urin Alb</i>	<i>Urin Sugar</i>	Hb	Berat Badan (kg)	Tekanan Darah	Nadi	Edema	Tempoh Hamil (minggu)

NDUNGAN SEMASA

Booking BMI: _____

ungan	Janin			Masalah dan Pengendalian	Tarikh Temujanji	Nama dan Jawatan
	Tinggi Rahim (sm)	Kedudukan presentasi	Jantung Gerak			

5.18 BAHAGIAN E : KEMASUKAN KE HOSPITAL

PERTAMA

Nama Hospital: _____ R/N : _____

Tarikh masuk : _____ Tarikh keluar : _____

Diagnosis : _____

Rawatan semasa discaj: _____

Tarikh temujanji akan datang : _____

T/t & cop Pegawai Perubatan

KEDUA

Nama Hospital: _____ R/N : _____

Tarikh masuk : _____ Tarikh keluar : _____

Diagnosis : _____

Rawatan semasa discaj: _____

Tarikh temujanji akan datang : _____

T/t & cop Pegawai Perubatan

KETIGA

Nama Hospital: _____ R/N : _____

Tarikh masuk : _____ Tarikh keluar : _____

Diagnosis : _____

Rawatan semasa discaj: _____

Tarikh temujanji akan datang : _____

T/t & cop Pegawai Perubatan

5.19 BAHAGIAN F : PERIHAL KELAHIRAN

Disambut oleh: _____

Tarikh lahir dan masa: _____ Tempat: _____

Suntikan : *Syntometrin* *Syntocinon*

Plasenta : Lengkap Tidak Lengkap Berat : _____

CARA KELAHIRAN

Spontaneous : Cephalic *Breech* *Assisted Breech*

Instrumental Delivery :

Forcep *Vaccuum*

Indication : _____

Cesarean :

Elective *Emergency*

LSCS *Classical*

Indication : _____

KOMPLIKASI SEMASA BERSALIN

Post Partum Haemorrhage (PPH) *Retained Placenta*

Perineal Tear : *1st degree*

2nd degree

3rd degree

Lain-lain Nyatakan : _____

5.20 BAHAGIAN G : REKOD KELAHIRAN BAYI

Berat lahir _____ Jantina: _____

Ukuran panjang: _____ sm Lilitan kepala: _____ sm Lilitan dada: _____ sm

Kedaaan Bayi:

Lahir hidup: Lahir mati:

Skor Apgar : 1 minit 5 minit

Abnormaliti Kongenital : Ada Tiada Nyatakan : _____

**5.21 BAHAGIAN H :UNTUK DIISI OLEH ANGGOTA HOSPITAL SEBELUM
IBU DISCAJ / MENYAMBUT KELAHIRAN DI PUSAT BERSALIN
ALTERNATIF/RUMAH**

Faktor-faktor risiko neonatal aundis teruk (sila tandakan √)

	Faktor Risiko	Tandakan (√)
Faktor Ibu	Anak terdahulu mendapat jaundis yang memerlukan rawatan fototerapi	
	Gestational Diabetes Mellitus (GDM)	
	Kumpulan darah O	
	Pecah mentuban > 24 jam	
Faktor Anak	Jaundis dalam masa 24 jam	
	<i>RH Incompatibility</i>	
	Kekurangan enzim G6PD	
	Lahir Prematang	
	Kecederaan semasa kelahiran (<i>Cephalohamato</i> ma/lebam teruk)	
	<i>Macrosomic infant of Diabetes Mother</i>	
	Berat lahir < 2.5 kg	
	Sepsis	
	Lain-lain: Nyatakan _____	

Pemantauan serum bilirubin bagi kes berisiko tinggi untuk Neonatal jaundis teruk

Day 0 of life _____

Day 3 of life _____

5.22 BAHAGIAN I : PERIHAL POST NATAL BAGI IBU

Tarikh Keluar Hospital : _____	Tarikh Maklumat Diterima : _____											Catatan		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		15	20
Hari														
Tarikh														
Suhu badan (°C)														
Tekanan Darah														
Nadi														
Pernafasan														
Payudara														
Tinggi Rahim (cm)														
Lokia:														
Bau														
Rubra														
Serosa														
Alba														
Perineum														
PU														
BO														
Ibu bergerak/berjalan														
Tanda & Gejala DVT / Pulmonary Thromboembolism														
Sakit Dada														
Susah Bernafas														
Bengkak di kedua belah kaki tidak seimbang beza 2.0cm														
<i>Redness/ Inflammation of lower limbs</i>														
<i>Calf Tenderness (Sakit Betis)</i>														
Nama & Jawatan Pemeriksa														

5.23 BAHAGIAN J : SENARAI SEMAK PENGENDALIAN POST NATAL

KOD MERAH – RUJUKAN SEGERA KE HOSPITAL							
Tarikh Lawatan							
Hari Postnatal							
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI		Tandakan (√) dalam ruangan jika terdapat faktor					
1.	Eklampsia						
2.	Pre-eklampsia yang teruk (BP> 140/90, albuminuria, simtomatik – sakit kepala, pening, kabur penglihatan, sakit epigastrik, rasa mual)						
3.	Tumpah darah (secondary PPH)						
4.	Lekat uri / sisa uri tertinggal (<i>retained Product Of Conception</i>)						
5.	Masalah kencing - Tidak boleh kencing (<i>acute urinary retention</i>) - <i>Incontinence</i>						
6.	Pesakit jantung bersalin di rumah						
7.	Ibu Rhesus negative bersalin di rumah						
8.	Gejala-gejala dan tanda-tanda deep vein thrombosis/ pulmonary embolism: - Sakit/ bengkak betis (<i>calf tenderness/ swollen</i>) - Sakit dada - Susah bernafas - Kemerahan / keradangan anggota bawah kaki (<i>redness/ inflammation of lower limbs</i>)						
9.	Jangkitan / ' <i>wound breakdown</i> '/ hematoma di bahagian luka episiotomy/ pembedahan caesaerean.						
10.	Anemia Hb < 9gm% dengan tanda-tanda seperti sesak nafas, berdebar-debar, pucat, mudah letih dan pitam						
11.	Simptom respiratori : - Sesak nafas - Batuk berpanjangan/berdarah - Serangan asthma						
12.	Puerperal Sepsis : Demam, lokia berbau busuk/luar biasa						

**KOD KUNING – RUJUK KEPADA PEGAWAI PERUBATAN / FMS DI
KLINIK KESIHATAN / HOSPITAL**

Tarikh Lawatan								
Hari Postnatal								
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI	Tandakan (√) dalam ruangan jika terdapat faktor							
	Rujukan pada hari yang sama							
1.	BP> 140/90, asimptomatik, tiada proteinuria							
2.	Sebarang simptom yang membimbangkan contoh: Rasa loya dan muntah, sakit kepala							
3.	<i>Puerperal pyrexia</i>							
4.	Rawatan obstetrik semasa: - Kematian perinatal dan ibu sedang berkabung. - Berat badan bayi < 2 kg atau > 4 kg bagi kes bersalin di rumah							
5.	Rahim yang tidak mengecut seperti yang sepatutnya (<i>Subinvolution of uterus</i>)							
6.	Ibu dengan masalah: - Psikiatrik - Kecacatan mental atau fizikal - Keganasan rumahtangga/sosial							
7.	Masalah penyusuan susu ibu: - Bengkak payudara - Puting luka atau merekah							
8.	Masalah kencing: - Kerap kencing (<i>frequency</i>) - Sakit kencing (<i>dysuria</i>)							
	Rujukan dengan temujanji (dalam masa 1 minggu)							
1.	Haemoglobin kurang dari 9 gm% asimtomatik							
2.	TPHA positif, belum dirawat							
3.	Masalah perubatan yang lain contoh: SLE, penyakit buah pinggang semasa mengandung, sel darah abnormal (<i>blood dyscrasias</i>)							
4.	HIV positif							
5.	Hep B positif							
6.	Diabetes mellitus dan <i>heart disease asymptomatic</i>							
7.	Ibu yang tiada suami (single mother)							

**5.24 BAHAGIAN K: SENARAI SEMAK JAUNDIS NEONATAL
UNTUK DIGUNAKAN OLEH ANGGOTA KESIHATAN APABILA
BAYI MENGALAMI JAUNDIS**

Adakah bayi mempunyai faktor risiko?	Ya	Tarikh
1. Bayi-bayi yang mempunyai saudara yang pernah mendapat penyakit “neonatal jaundis” yang memerlukan rawatan atau yang telah mendapat “kernicterus” misalnya kecacatan yang disebabkan oleh “neonatal jaundis”.	<input type="checkbox"/>	_____
2. Bayi yang dilahirkan tidak cukup bulan.	<input type="checkbox"/>	_____
3. Bayi yang mengalami kecacatan masa lahir dan keadaan yang kurang memuaskan semasa lahir.	<input type="checkbox"/>	_____
4. Bayi yang mengalami pendarahan ke dalam tisu misalnya cephalohaematoma dan lebam yang teruk.	<input type="checkbox"/>	_____
5. Bila terdapat sepsis, misalnya sepsis tali pusat, mata bertahi dan ruam bernanah (septic spot) atau ada demam.	<input type="checkbox"/>	_____
6. Bayi dari ibu yang mempunyai darah Rhesus Negatif.	<input type="checkbox"/>	_____
7. Bayi daripada ibu yang mempunyai kumpulan darah “0”.	<input type="checkbox"/>	_____
8. Bayi daripada ibu yang berpenyakit Diabetes.	<input type="checkbox"/>	_____
9. Kekurangan enzim G6PD.	<input type="checkbox"/>	_____
10. Jaundis dalam masa 24 jam selepas kelahiran.	<input type="checkbox"/>	_____
11. Jaundis yang tempohnya lebih seminggu.	<input type="checkbox"/>	_____

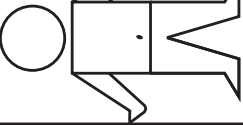
Bayi yang ada faktor risiko mesti dirujuk terus kepada Pegawai Perubatan. Jika ibubapa/penjaga enggan dirujuk, sila catatkan dengan dakwat merah.

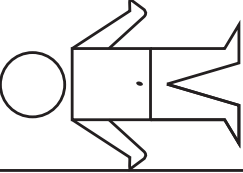
Selepas itu maklumkan segera kepada Penyelia.

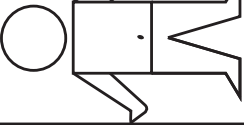
Nama Penyelia	Tarikh dan waktu diberitahu	Nama & tandatangan anggota yang memeriksa bayi
_____	_____	_____
_____	_____	_____

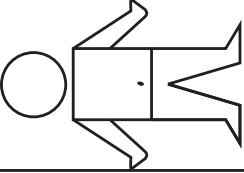
BAYI YANG MENGALAMI JAUNDIS MESTI DIPERIKSA SETIAP HARI HINGGA JAUNDIS BERKURANGAN

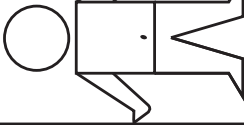
PEMANTAUAN KEADAAN JAUNDIS

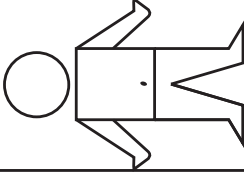
PENGENDALIAN JAUNDIS NEONATAL					
	Tarikh:	Masa:	Umur:		
	Tahap SB:				
Kurang Menyusu	Lemah	Dehidrasi	Nasihat	Rujukan Kepada	

PENGENDALIAN JAUNDIS NEONATAL					
	Tarikh:	Masa:	Umur:		
	Tahap SB:				
Kurang Menyusu	Lemah	Dehidrasi	Nasihat	Rujukan Kepada	

PENGENDALIAN JAUNDIS NEONATAL					
	Tarikh:	Masa:	Umur:		
	Tahap SB:				
Kurang Menyusu	Lemah	Dehidrasi	Nasihat	Rujukan Kepada	

PENGENDALIAN JAUNDIS NEONATAL					
	Tarikh:	Masa:	Umur:		
	Tahap SB:				
Kurang Menyusu	Lemah	Dehidrasi	Nasihat	Rujukan Kepada	

PENGENDALIAN JAUNDIS NEONATAL					
	Tarikh:	Masa:	Umur:		
	Tahap SB:				
Kurang Menyusu	Lemah	Dehidrasi	Nasihat	Rujukan Kepada	

PENGENDALIAN JAUNDIS NEONATAL					
	Tarikh:	Masa:	Umur:		
	Tahap SB:				
Kurang Menyusu	Lemah	Dehidrasi	Nasihat	Rujukan Kepada	

5.25 BAHAGIAN L : SENARAI SEMAK PENYUSUAN SUSU IBU

SENARAI SEMAK PEMERHATIAN PENYUSUAN

Arahan : Tandakan \surd jika ibu atau bayi menunjukkan tanda-tanda penyusuan berjalan dengan baik dan tandakan X jika ibu atau bayi menunjukkan tanda-tanda bermasalah dalam penyusuan.

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

5.26 BAHAGIAN M : JAGAAN IBU POSTNATAL DI KLINIK

Tarikh: _____
Lawatan ke klinik _____ hari

Pemeriksaan	Catitkan penemuan
Suhu badan	
Berat badan	
Tekanan Darah	
Payudara	
Aliran susu	
Tinggi rahim	
Edema	
Hb gm%	
Urin gula	
Urin Albumin	
Pemeriksaan luka <i>Episiotomy</i>	
Discaj Vagina	

Nasihat diberi:-

5.27 BAHAGIAN N: PENDIDIKAN KESIHATAN YANG DIBERI

BIL	TAJUK	TARIKH	NAMA	TANDA TANGAN KLIEN
	ANTENATAL			
1.	Penjagaan antenatal & jadual ke klinik			
2.	Kepentingan datang awal ke klinik			
3.	Masalah ringan semasa hamil dan cara mengatasinya			
4.	Pemakanan seimbang semasa hamil			
5.	Persiapan bersalin untuk ibu dan bayi			
6.	Senaman antenatal			
7.	Perancang keluarga			
8.	Tanda-tanda bersalin & proses kelahiran			
9.	Kelahiran selamat & bahaya BBA			
10.	Pemberitahuan awal kelahiran			
11.	Penjagaan Kesihatan Pergigian			
	POSTNATAL			
1.	Pemakanan semasa dalam pantang			
2.	Senaman postnatal			
3.	Penjagaan kebersihan diri & episiotomy			
4.	Kepentingan mendapat rawatan awal			
	KEADAAN LUAR BIASA SEMASA HAMIL			
1.	<i>Pre-Eclampsia</i> semasa hamil dan tanda-tanda <i>Impending Eclampsia</i>			
2.	Diabetes semasa hamil			
3.	Anaemia dan cara mengatasinya			
4.	Pendarahan semasa mengandung			

BIL	TAJUK	TARIKH	NAMA	TANDA TANGAN KLIEN
	PENYUSUAN SUSU IBU			
1.	Kebaikan susu ibu			
2.	Penyusuan ibu secara eksklusif			
3.	Penyusuan awal selepas bersalin			
4.	Kepentingan ' <i>rooming in</i> '			
5.	Cara dan teknik menyusukan bayi			
6.	Penyusuan ibu mengikut kehendak bayi			
7.	Cara menentukan pengeluaran susu ibu yang mencukupi			
8.	Masalah penyusuan susu ibu dan cara mengatasinya			
9.	Penyusuan untuk ibu bekerja (teknik memerah susu)			
	LAIN-LAIN			
1.	Jagaan baru lahir			
2.	Neonatal Jaundis			
3.	<i>Pap Smear</i>			
4.	Saringan Kanser Payudara			

BAHAGIAN O: PEMERIKSAAN KESIHATAN NEONATAL

Nama Bayi:..... No. Kad Pengenalan:

Tarikh/masa dilahirkan : Apgar score: /1 min /5 min

Tempat Lahir: Rumah/Hospital/lain-lain Nyatakan:

Umur kandungan (gestation age): (minggu) Berat lahir: gm

Panduan mengisi borang:

- i. Sila tandakan (/) jika tiada masalah dan tandakan (x) jika ada masalah pada tempat yang berkenaan
- ii. Ruangan ini ■ bukan untuk pemeriksaan rutin dan pemeriksaan dilakukan jika perlu
- iii. * Rujuk Pegawai Perubatan Berhampiran
- iv. ** Rujuk segera ke hospital
- v. *** Pemeriksaan dilakukan oleh Pegawai Perubatan sahaja

Tarikh Perawatan															Tindakan	
Umur Bayi (hari)	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	20	30		
1. UKURAN BADAN (isikan nilai sebenar)																
• Berat badan (kg)																**2kg< Berat <4.5Kg (semasa lahir) Rujuk carta pertumbuhan
• Lilitan kepala																
• Panjang (cm)																
2. PEMERHATIAN AM																
• Lemah																"Jika ada
• <i>Irritable</i>																"Jika ada
• Pucat																"Jika ada
• <i>Cyanosis</i>																"Jika ada
• Ciri dismorfik contoh: <i>Down Syndrome</i>																*Jika ada
• Jaundis (paras <i>bilirubin</i> -jika ada)																Pengendalian Jaundis
• Kulit contoh: <i>extensive septic spot, petechiae</i> , dll																*Jika ada masalah

Tarikh Perawatan															Tindakan	
Umur Bayi (hari)	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	20	30		
• Penyusuan																*Jika ada masalah
• Kencing																*Jika ada masalah
• Buang air besar																*Jika ada masalah
3. PEMERIKSAAN VITAL (isikan nilai sebenar)																
• Kadar pernafasan (normal 40 -60/ min)																Isikan kadar pernafasan jika tidak normal dan rujuk
• Kadar denyutan jantung (normal 120 -160/min)																•Jika tidak normal
• Suhu badan oC (normal aksila 36.5 - 37.0)																*Jika tidak normal
4. PEMERIKSAAN KEPALA																
• Rupa bentuk kepala																
• <i>Fontanelle/</i> ubun																*Jika terbonjol/ tenggelan (<i>bulging/ sunken</i>)
• Bengkak/ benjolan																*Jika ada
• Caput																*Tanda <i>sub-aponeurotic haemorrhage</i>
5. PEMERIKSAAN LEHER																
• Bengkak/ Ketulan																*Jika ada
6. PEMERIKSAAN MATA																
• <i>Abnormal</i> contoh: <i>Congenital ptosis, juling</i>																*Jika ada
• Katarak																*Jika ada abnormal

Tarikh Perawatan															Tindakan	
Umur Bayi (hari)	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	20	30		
• Kornea/ konjunktiva																*Jika tidak normal
• Lelehan/ discaj mata yang <i>purulent</i>																*Jika ada pada hari pertama dan berterusan
7. PEMERIKSAAN MULUT																
• <i>Cleft palate/lip</i>																* <i>Cleft palate</i>
• <i>Cleft lip</i>																* <i>Cleft lip</i>
• <i>Oral trush</i>																*Jika ada
8. PEMERIKSAAN TELINGA																
• Rupa bentuk <i>abnormal</i>																*Jika tidak normal
• Lelehan/discaj																*Jika ada
9. SISTEM RESPIRATORI																
• Cacat hidung																*Jika ada
• <i>Sub/intercostal recession</i>																**Rujuk paediatric
• Bentuk dada tidak normal eg: <i>pigeon chest</i>																*Jika ada
• Pernafasan berbunyi/ <i>'stridor'/'grunting'</i>																*Jika ada
• ***Paru-paru <i>abnormal</i>																*Rujuk paediatric
10. SISTEM KARDIOVASKULAR																
• *** <i>Cardiac murmur</i>																
• ***Nadi <i>femoral abnormal</i>																*Jika tiada nadi <i>femoral</i>
11. PEMERIKSAAN ABDOMEN																
• Distensi <i>(distension)</i>																** Jika ada muntah/tidak buang air besar *Jika stabil

Tarikh Perawatan															Tindakan
Umur Bayi (hari)	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	20	30	
• <i>Umbilicus</i> kemerahan/ berdarah/ berbau busuk/ discaj															*Jika berterusan
• Benjolan/ ketulan															*Jika ada
• Lubung dubur (<i>anus</i>) <i>abnormal</i>															*Jika <i>imperforate</i>
12. PEMERIKSAAN ALAT KELAMIN (GENITALIA)															
• Rupa luaran <i>abnormal</i>															*Jika <i>ambiguous</i>
• Lelaki - <i>Testes abnormal</i> - <i>Penis abnormal</i> - <i>Scrotum abnormal</i>															*Jika <i>undescended</i> *Jika <i>abnormal</i> *Jika <i>abnormal</i>
• Perempuan Discaj															Normal jika sedikit darah pada hari 5 -7
• <i>Imperforated hymen</i>															*Jika ada
13. SISTEM MUSKULOSKELETAL															
• Tulang belakang <i>abnormal</i>															*Jika <i>abnormal</i>
• Lengan/ tangan/jari normal															*Jika <i>abnormal</i>
• <i>Club foot/ CTEV</i>															*Jika ada
• <i>Hip dislocation</i>															*Jika ada
14. SISTEM NEUROLOGI															
• Ada sawan															*Jika ada
• Refleks <i>abnormal</i> - <i>Moro</i> - <i>Grasp</i> - <i>Rooting</i>															*Jika ada masalah
• <i>Tone/otot abnormal</i>															*Jika <i>abnormal</i>

TANDATANGAN

NAMA

JAWATAN

PEMERIKSA.....

Nota: Jika terdapat tanda (x) pada ruangan borang penilaian, sila rujuk untuk tindakan/ rawatan