

# Buku Panduan Ibu Hamil

Disusun oleh Dinas Kesehatan Nasional Departemen  
Kesehatan dan Kesejahteraan



Tahun Terbit : 2021

# Perawaratan Lembut Perawatan Cloud

Pendidikan Kesehatan Kehamilan/Menyusui ASI/Perawatan Bayi/Sumber Daya Maternal

## Website Kesehatan Ibu Hamil & Fanpage

 <http://mammy.hpa.gov.tw>

 <https://www.facebook.com/mammy.hpa>

- Pendidikan Kesehatan Kehamilan
- Manajemen Pemeriksaan Kehamilan
- Lihat Sumber Daya Maternal
- Bantuan Medis yang dapat diandalkan



## Hotline Khusus Ibu Hamil: 0800-870870

 **0800-870870**

- Layanan Informasi Khusus
- Panduan Menyusui ASI
- Sumber Daya Prenatal dan Transfer
- Penyesuaian Psikologis dan Pemberian Dukungan



## Lindungi Kesehatan

Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan  
Health Promotion Administration,  
Ministry of Health and Welfare

# Buku Panduan Ibu Hamil

## -Instruksi manual-

Harap membawa buku panduan ibu hamil dan kartu Akses setiap kali Anda melakukan pemeriksaan kehamilan!

Silakan menandatangani tabel pemeriksaan setiap kali melakukan pemeriksaan (lihat halaman 4) dan catat hasil pemeriksaan pada manual Anda. Jika Anda memiliki pertanyaan, Anda juga dapat mencatatnya pada manual untuk mempermudah Anda berkonsultasi dengan staf medis selama pemeriksaan. Pedoman pendidikan kesehatan dapat digunakan secara bersamaan dengan setiap tahap pemeriksaan kehamilan yang disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan umum ibu hamil pada setiap tahap kehamilan (silakan scan kode QR dari setiap pemeriksaan kehamilan di halaman 4). Anda boleh unduh dan baca isinya terlebih dahulu. Jika ada pertanyaan, Anda boleh berkonsultasi dengan staf medis saat melakukan pemeriksaan kehamilan. Selain itu, staf medis juga akan membimbing dan memberi penjelasan lebih lanjut sesuai keperluan Anda setelah mengevaluasi kondisi Anda.

Isi pedoman pendidikan kesehatan ini disusun bersama oleh Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Nasional, Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology, Taiwan Maternal Fetal Medicine Society, Taiwan Society of Perinatology, Taiwan Nurses Association, Taiwan Midwives Association, serta Taiwan Dietitian Association (TDA) .

Diterbit oleh: Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan

Tanggal terbit: Februari 2021

Ketika kehamilan telah dikonfirmasi, yakin bahwa para calon ayah dan calon ibu akan sangat senang. Namun di samping itu, Anda sekalian juga akan dilanda oleh tegangan dan tekanan batin. Calon ayah dan ibu harus saling mendukung satu sama lain dan belajar bersama selama kehamilan. Selain itu, pelayanan kesehatan dan bimbingan tenaga medis profesional (dokter / bidan / perawat) juga sangat penting untuk menjamin kesehatan dan keselamatan ibu dan janin selama proses kehamilan dan persalinan!

## Pesan untuk Calon Ibu

Selamat untuk para calon ibu! Kami juga ikut berbahagia atas kehamilan Anda dan menantikan kelahiran bayi Anda yang sehat.

Selain perawatan kesehatan secara medis, kunci keberhasilan dalam proses kehamilan adalah perawatan diri yang tepat bagi ibu hamil. Oleh karena itu, kami merancang Buku Panduan Ibu Hamil dan Pendidikan Kesehatan. Di dalamnya tersedia tabel pemeriksaan kesehatan yang dapat dipakai selama proses pemeriksaan kehamilan (dicatat staf medis), untuk membantu Anda dan keluarga memperhatikan dan mencatat kondisi kesehatan selama kehamilan Anda.

Selain itu, buku panduan ini juga memberikan beberapa informasi kesehatan yang harus Anda ketahui selama kehamilan. Harap dibaca dengan saksama. Masa kehamilan lebih menyenangkan dengan bimbingan dan kerja sama bersama para staf medis!



## Pesan untuk Calon Ayah

Masa kandungan manusia mencapai 10 bulan lamanya. Dari awal kehamilan dan seiring dengan bertambahnya jumlah minggu kehamilan, maka beban fisik dan mental akan semakin jelas. Oleh karena itu perawatan dan kepedulian calon ayah dan anggota keluarga sangat dibutuhkan. Selama periode ini, jika calon ayah memiliki waktu dan kesempatan yang cukup untuk mengetahui berbagai keterampilan mengasuh anak. Kami yakin bahwa momen ketika menyambut sang buah hati akan menjadi pengalaman yang tidak terlupakan selamanya.

### 1. Ekspresikan kepedulian Anda melalui tindakan nyata.

Misalnya: menemani calon ibu ke rumah sakit untuk melakukan pemeriksaan kehamilan; bersama-sama mengikuti kelas pendidikan dan olahraga sebelum melahirkan; mendengarkan, berbagi suka dan duka dengan calon ibu. Perilaku ini selain dapat mendukung kesulitan ibu hamil, calon ayah juga dapat memahami kondisi perkembangan janin, memperat hubungan suami istri, serta mendirikan dasar yang baik pada hubungan orang tua dan anak.

### 2. Berpartisipasi dalam pembelajaran prenatal tentang cara menyusui bayi.

Calon ayah dan keluarga memiliki peran yang penting dalam memutuskan cara menyusui bayi. Sebelum kelahiran buah hati, calon ayah belajar : 1) pengetahuan tentang cara menyusui yang benar, 2) ikut serta dalam teknik menyusui, 3) teknik untuk menangani berbagai masalah dalam menyusui, 4) teknik merawat bayi dan lain sebagainya.

### 3. Mencari tempat bersalin yang baik

Sejak periode akhir kehamilan sampai dengan persiapan kelahiran, calon ayah dan keluarga disarankan agar mencari tempat bersalin yang baik; memahami tanda-tanda akan melahirkan, memahami proses persalinan, belajar bagaimana cara membantu mengurangi ketidaknyamanan calon ibu karena kehamilan, mendiskusikan dan menentukan cara persalinan bersama dokter/bidan dan calon ibu.

### 4. Mengikuti kelas pendidikan tentang persalinan dengan istri Anda (calon ibu)

Bagi calon ayah dan ibu, proses persalinan penuh dengan ketidaktahuan, perasaan tidak aman, harapan, juga rasa takut, maka calon ayah dan ibu sebelum persalinan bersama-sama mengikuti kelas pendidikan tentang persalinan adalah cara yang baik untuk mengurangi rasa takut akan proses persalinan. Calon ayah dapat menjadi pendamping dan pendukung yang baik. Calon ayah juga perlu mengikuti kelas pendidikan persalinan.

### 5. Peran sebagai pendamping yang penting

Setelah memasuki tahap persiapan kelahiran, peran calon ayah sebagai pendamping sangat penting. Calon ayah harus memandu agar calon ibu dapat rileks, memberi pijatan, memberi kompres panas dan kompres dingin, pembersihan tubuh, mengganti posisi (misalnya: berdiri, jalan, posisi duduk tegap, berbaring miring, berlutut, jongkok dan lain-lain), menyediakan makanan dan minuman, membantu calon ibu untuk buang air kecil setiap dua jam sekali. Calon ibu pada masa persiapan kelahiran terkadang akan menunjukkan tanda- tanda kegelisahan, perasaan sangat tidak aman dan takut, misalnya: lepas kontrol atau menangis histeris, dan sebagainya. Pada saat ini, dorongan dari calon ayah melalui identifikasi, dukungan, maupun perkataan sangatlah penting. Sampai pada proses persalinan tahap kedua, menemani calon ibu agar menggunakan tenaga dengan benar dan memberi dukungan semangat. Selanjutnya menyambut bayi yang baru lahir melakukan kontak kulit awal dan menyusui bayi, juga akan membawa pengaruh positif terhadap seluruh keluarga.

### 6. Menjadi sumber dukungan untuk keluarga

Ayah yang ikut serta dalam perawatan bayi dapat lebih mudah membangun hubungan ketergantungan dengan si buah hati. Melalui pengalaman saling berinteraksi, bagi ayah adalah sebuah pengalaman yang menyenangkan, memberikan rasa keberhasilan sebagai ayah, sekaligus menegaskan fungsi dari peran sebagai ayah.

Setelah kelahiran, ayah dapat aktif mengamati waktu menyusui, memijat punggung ibu sebelum menyusui, membantu meningkatkan jumlah ASI ibu, aktif membantu mengganti posisi ibu saat menyusui, menyelesaikan masalah campur tangan orang tua dalam hal cara menyusui, berbagi tugas pekerjaan rumah. Saat bayi menangis tanpa alasan, dapat aktif memahami alasan bayi menangis dan menenangkan bayi, mengganti popok dan lain-lain. Pada saat yang sama, juga harus menjaga bayi dan anak lainnya agar ibu dapat memiliki waktu istirahat.

# Hati-hati! Perhatikan tanda-tanda berbahaya



Jika Anda mengalami hal-hal sebagai berikut sewaktu hamil, harap segera periksa ke dokter !



1  
Pendarahan pada vagina  
(baik dalam jumlah  
banyak atau sedikit)



2  
Sakit kepala yang  
berkelanjutan atau  
parah



3  
Sakit perut yang  
berkelanjutan atau  
parah



4  
Mual, muntah yang  
berkelanjutan atau  
parah



5  
Menggigil, demam  
mendadak



6  
Penglihatan kabur



Pembengkakan pada wajah dan tangan



Jumlah urin berkurang secara signifikan, atau terasa sakit atau panas saat buang air kecil berkurang setengah dari biasanya



Janin berhenti bergerak



Vagina mengeluarkan air dengan tidak hentinya (diduga air ketuban pecah)



Sakit punggung dan perut mengeras secara

# Buku Kesehatan untuk Calon Ibu



## Lima Kewajiban dan Lima Larangan saat Hamil

- Pemeriksaan kehamilan tepat waktu
- Mengenali tanda-tanda kelahiran dini
- Mengenali tanda-tanda kelahiran dini
- Mengenali kehamilan beresiko
- Mengenali tanda-tanda kelahiran

- Tidak merokok dan minum minuman keras
- Tidak menghirup asap rokok
- Tidak minum obat sembarangan
- Tidak mengonsumsi obat-obatan terlarang
- Tidak memilih waktu operasi caesar

# Daftar isi

## Tabel catatan pemeriksaan kesehatan prenatal

Jadwal Pemeriksaan Kehamilan dan Jenis Pelayanan .....	02
Catatan tes prenatal .....	04
Riwayat kehamilan saya .....	06
Catatan pemeriksaan prenatal .....	08

## Catatan USG

Tes prenatal: catatan skrining ultrasound .....	12
Gambaran umum tentang tes prenatal: Pemeriksaan Ultrasonografi.....	13

## Pengajaran dan panduan kesehatan

Catatan pengajaran dan panduan kesehatan prenatal pertama ibu hamil .....	14
Catatan pengajaran dan panduan kesehatan prenatal ke-2 ibu hamil .....	28

## Catatan pemeriksaan kehamilan

Catatan inspeksi-diri dari inspeksi awal .....	18
Catatan Pemeriksaan Kehamilan Pertama .....	20
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-2 .....	22
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-3 .....	24
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-4 .....	26
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-5 .....	32
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-6 .....	34
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-7 .....	36
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-8 .....	38
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-9 .....	40
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-10 .....	42
Catatan tentang Pemeriksaan Kehamilan lainnya .....	44
Catatan pemeriksaan untuk item yang dibiayai sendiri .....	47

## Informasi terkait lainnya

Preferensi saya untuk persalinan dan kelahiran .....	48
Catatan kelahiran .....	50
Pengingat sebelum check out dari rumah sakit.....	50
Formulir izin rujukan untuk berhenti merokok .....	51
Catatan tindak lanjut hepatitis B .....	53
Persetujuan skrining AIDS gratis untuk wanita hamil.....	55

## Jadwal dan jenis pelayanan untuk pemeriksaan kehamilan sebelum persalinan



Jadwal	Usia kehamilan	Jenis Pelayanan
Pertama	Kehamilan Tahap I (Usia kehamilan belum genap 17 minggu)	<p>Sebelum minggu ke-12</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Setelah memastikan adanya detak jantung pada janin, jenis pemeriksaan berikut harus disertakan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan klinik : sejarah penyakit bawaan keluarga, penyakit yang pernah diderita ibu hamil pada masa lalu, sejarah kehamilan sebelumnya, gejala ketidaknyamanan saat kehamilan.</li> <li>Pemeriksaan fisik: berat badan, tinggi badan, tekanan darah, gondok, payudara, panggul, dada dan perut.</li> <li>Tes laboratorium: pemeriksaan darah rutin (WBC, RBC, Plt, Hct, Hb, MCV), golongan darah, faktor Rh, VDRL atau RPR (deteksi sifilis), Rubella IgG dan HBsAg, HBeAg (bagi ibu hamil yang karena alasan khusus tidak dapat menerima tes kali ini, dapat menerima tes pada pemeriksaan ke-5), HIV/AIDS (EIA atau PA), dan pemeriksaan urin/kencing. (Keterangan 2)</li> </ol> </li> <li>Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1) Catatan: ibu hamil dengan antibodi campak Jerman/rubella negatif harus mendapatkan imunisasi campak Jerman/vaksin rubella postpartum setelah melahirkan. Biaya vaksin ditanggung biaya publik. (Keterangan 4)</li> </ol>
Kedua		<p>Minggu ke-16</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)</li> <li>Premature birth prevention guide.</li> </ol>
Keempat	Kehamilan Tahap 2 (Usia kehamilan 17 - 29 minggu)	<p>Minggu ke-20</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)</li> <li>Pemeriksaan USG. (mereka yang tidak dapat melakukan USG karena alasan tertentu, dapat melakukannya pada pemeriksaan kehamilan tahap 3).</li> <li>Premature birth prevention guide.</li> </ol>
Kelima		<p>Minggu ke-28</p> <p>Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)</p>

Jadwal		Usia kehamilan	Usia kehamilan
Kelima	Kehamilan Tahap 3 (Usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	Minggu ke-32	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan rutin. ( Keterangan 1)</li> <li>2. Sebelum dan sesudah minggu ke-32 masa kehamilan tersedia pemeriksaan VDRL atau RPR (deteksi sifilis) dan pemeriksaan laboratorium lainnya.</li> <li>3. Bagi wanita hamil yang berisiko terinfeksi HIV, dianjurkan untuk melakukan tes HIV tambahan (EIA atau PA).</li> </ol>
Keenam		Minggu ke-34	Pemeriksaan rutin. ( Keterangan 1)
Ketujuh		Minggu ke-36	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan rutin. ( Keterangan 1)</li> <li>2. Subsidi tes streptokokus B pada ibu hamil.( Keterangan 3)</li> </ol>
Kedelapan		Minggu ke-38	Pemeriksaan rutin. ( Keterangan 1)
Kesembilan		Minggu ke-39	Pemeriksaan rutin. ( Keterangan 1)
Kesepuluh		Minggu ke-40	Pemeriksaan rutin. ( Keterangan 1)

Ibu hamil yang telah melakukan pemeriksaan kesehatan prenatal lebih dari 10 kali dan pemeriksaan USG lebih dari sekali, dapat melakukan pemeriksaan kehamilan dengan biayasediri. Bila menurut diagnosa dokter pemeriksaan memang perlu dilakukan, biaya pemeriksaandapat menggunakan biaya asuransi kesehatan.

Keterangan 1: Jenis pemeriksaan rutin

- (1) Pemeriksaan klinik: gejala ketidaknyamanan saat kehamilan seperti pendarahan, sakit perut, sakit kepala, kejang-kejang, dll.
- (2) Pemeriksaan fisik: berat badan, tekanan darah, detak jantung janin, posisi janin, pembengkakan, dll.
- (3) Tes laboratorium: kandungan protein pada urin, kandungan gula pada urin.

Keterangan 2: pemeriksaan darah rutin termasuk: Hemoglobin (Hb), hematokrit (Hct), sel darah merah (RBC), volume rata-rata sel darah merah (MCV), sel darah putih (WBC), platelet (Plt).

Keterangan 3: Tes streptokokus B untuk ibu hamil diberikan saat cek kehamilan sebelum genap 35 - 37 minggu sebanyak 1 kali; ketentuan ini tidak berlaku bila ada gejala kelahiran prematur sesuai instruksi dokter spesialis.

Keterangan 4: harap hubungi hotline khusus imunisasi dan vaksin di setiap daerah kabupaten dan kotamadya untuk lokasi penyuntikan vaksin dan informasi terkait lainnya.

# 4 Catatan Pemeriksaan Kehamilan

## Pemeriksaan Kehamilan Pertama

**Jadwal**

Kehamilan Tahap I (usia kehamilan belum genap 17 minggu)



**Usia kehamilan yang**

Sebelum minggu ke-12

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun\_\_bulan\_\_tanggal\_\_

## Pemeriksaan kehamilan ke-2

**Jadwal**

Kehamilan Tahap I (usia kehamilan belum genap 17 minggu)



**Usia kehamilan yang**

Minggu ke-16

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun\_\_bulan\_\_tanggal\_\_

## Pemeriksaan kehamilan ke-3

**Jadwal**

Kehamilan tahap 2 (usia kehamilan 17 - 29 minggu)



**Usia kehamilan yang**

Minggu ke-20

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun\_\_bulan\_\_tanggal\_\_

## Pemeriksaan kehamilan ke-4

**Jadwal**

Kehamilan tahap 2 (usia kehamilan 17 - 29 minggu)



**Usia kehamilan yang**

Minggu ke-28

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun\_\_bulan\_\_tanggal\_\_

## Pemeriksaan kehamilan ke-5

**Jadwal**

Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)



**Usia kehamilan yang**

Minggu ke-32

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun\_\_bulan\_\_tanggal\_\_

## Pemeriksaan kehamilan ke-6

**Jadwal**

Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)



**Usia kehamilan yang**

Minggu ke-34

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun\_\_bulan\_\_tanggal\_\_

### Pemeriksaan kehamilan ke-7

**Jadwal**

Kehamilan Tahap 3  
(29 minggu di atas)



**Usia kehamilan yang**

Minggu ke-36

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_

### Pemeriksaan kehamilan ke-8

**Jadwal**

Kehamilan Tahap 3  
(29 minggu di atas)



**Usia kehamilan yang**

Minggu ke-38

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_

### Pemeriksaan kehamilan ke-9

**Jadwal**

Kehamilan Tahap 3  
(29 minggu di atas)



**Usia kehamilan yang**

Minggu ke-39

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_

### Pemeriksaan kehamilan ke-10

**Jadwal**

Kehamilan Tahap 3  
(29 minggu di atas)



**Usia kehamilan yang**

Minggu ke-40

Institusi Pemeriksaan \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemeriksa \_\_\_\_\_

Tanggal pemeriksaan tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_

Catatan: Jika Anda ingin mengetahui informasi pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan setiap kali pemeriksaan kehamilan, silakan scan kode QR pemeriksaan kehamilan dengan perangkat seluler Anda.



# 6 Sejarah Kehamilan Sebelumnya

※ Catatan pemeriksaan kehamilan awal, calon ibu diharap mengisi sebelum pemeriksaan.

Kondisi kelahiran		Frekuensi kehamilan	Pertama	Kedua	Ketiga	Keempat
Tanggal penghentian kehamilan (tanggal bulan tahun)						
Kelahiran hidup	Jumlah minggu kelahiran hidup					
	Pilihan pengiriman	Persalinan alami				
		Ekstraksi Vakum				
		Forceps				
		Operasi Caesar (C-section)				
	Jenis kelamin					
	Berat lahir(g)					
	Status kelangsungan	Kelahiran Hidup(s)				
		Kematian (usiadan penyebab)				
	Keguguran	Keguguran Alami				
Aborsi Keguguran						
Kelahiran mati	Minggu					
	Pilihan pengiriman					

Kondisi kelahiran	Frekuensi kehamilan	Pertama	Kedua	Ketiga	Keempat
Kelainan janin					
Catatan					

Catatan: Jika jumlah bayi lebih dari empat, silakan menambah catatan sendiri.



# Tabel Catatan Pemeriksaan Kesehatan Prenatal



## Data Pribadi

Urutan anak ke berapa		Tinggi badan	cm
Tanggal perkiraan kelahiran	tahun ___ bulan ___ tanggal ___	Berat badan sebelum hamil	kg
Menstruasi terakhir dimulai pada tanggal	tahun ___ bulan ___ tanggal ___	BMI berat badan (kg) / tinggi badan <sup>2</sup> (cm <sup>2</sup> )	

## Catatan pemeriksaan rutin

Jenis	Hasil	Jenis	Hasil
Faktor Rh		Antigen permukaan hepatitis B	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Golongan Darah		Antigen "e" hepatitis B	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Sel darah putih (WBC)	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	Tes serologi sifilis pertama (VDRL atau RPR)	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Sel darah merah (RBC)	$\times 10^6 / \mu\text{L}$	Tes serologi sifilis kedua (VDRL atau RPR)	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Platelet (Plt)	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	Reaksi antibodi campak Jerman	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Hematokrit (Hct)	%	Tes streptokokus B	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Hemoglobin (Hb)	g/dL	Pemeriksaan panggul	
Volume rata-rata sel darah merah (MCV)	fl	lain _____	

- ※ Jika hasil pemeriksaan antigen hepatitis B calon ibu positif (+), setelah lahir bayinya harus segera menerima imunisasi HBIG (hepatitis B Immune Globulin) dan vaksinasi hepatitis B. Semakin dini menerima imunisasi, semakin baik. Pada saat yang sama, dalam waktu 24 jam pertama mendapatkan vaksinasi hepatitis B tahap 3, dan setelah genap berusia 12 bulan, sang bayi harus melakukan tes antigen hepatitis B (HBs-Ag) dan antibodi hepatitis B (anti-HBs). Jika hasil tes antigen hepatitis B (HBs-Ag) dan antibodi hepatitis B (anti-HBs) negatif (-), maka dapat menambah vaksinasi hepatitis B secara gratis.
- ※ Bila hasil tes menunjukkan antigen hepatitis B (HBs-Ag) positif, silahkan minta dokter agar membubuhkan hasil pemeriksaan kehamilan kali ini dalam “daftar pemeriksaan pelacakan hepatitis B untuk ibu hamil (halaman 53)”. Bagi calon ibu yang memiliki risiko penularan vertikal tinggi hepatitis B dengan konsentrasi virus  $\geq 10^6$  UI/mL, harap diminta bantuannya untuk transfer ke dokter spesialis pencernaan untuk melakukan penilaian dan menggunakan obat-obatan untuk antivirus supaya dapat mengurangi risiko bayi yang baru lahir tertular hepatitis B. Selain itu, ibu hamil diharap untuk melakukan pemeriksaan selanjutnya sesuai saran dokter setelah persalinan.
- ※ Bila hasil tes antibodi campak Jerman pada ibu hamil negatif (-), pada masa kehamilan harus diperhatikan agar tidak tertular campak Jerman untuk melindungi janin. Setelah persalinan, ibu hamil harus segera membawa “hasil tes antibodi rubella negatif (-)” ke puskesmas atau rumah sakit atau klinik kontrak untuk mendapatkan imunisasi gabungan MMR (penerima imunisasi ini dalam waktu 4 minggu tidak boleh hamil), namun kehamilan yang ditemukan dalam 4 minggu setelah vaksinasi tidak boleh dianggap sebagai indikasi untuk aborsi.)
- ※ Bila hasil tes sifilis pada ibu hamil positif (+), harap minta bantuan dokter untuk melakukan konfirmasi pemeriksaan. Jika terdiagnosa, calon ibu sebaiknya segera melakukan pengobatan untuk mencegah bayi baru lahir tertular sifilis kongenital.
- ※ Bila hasil tes HIV pada ibu hamil positif (+), harap menerima pengobatan sesegera mungkin dan menerima tindakan pencegahan dan dukungan perawatan medis selama proses persalinan untuk mencegah bayi baru lahir tertular virus HIV.

Catatan: di belakang juga disediakan tempat untuk catatan pemeriksaan setiap kali. Juga bisa mencatat laporan di halaman tersebut.



Jadwal pemeriksaan kehamilan	Pertama	Kedua	Ketiga	Keempat	Kelima
Tanggal Pemeriksaan					
Kehamilan minggu ke					
Berat badan (kg)					
Tekanan darah (mmHg)					
Denyut jantung janin (kali/menit)(usia kandungan di bawah 2 bulan tidak perlu isi)					
Kandungan gula pada urin					
Kandungan protein pada urin					
Pembengkakan					
Varises					
Keterangan: Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan.	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan
Tanggal pemeriksaan berikutnya					

Keenam	Ketujuh	Kedelapan	Kesembilan	Kesepuluh		

Perlu diperiksa lagi     Perlu ditransfer  
 Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan  
 Tidak ada gejala

Perlu diperiksa lagi     Perlu ditransfer  
 Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan  
 Tidak ada gejala

Perlu diperiksa lagi     Perlu ditransfer  
 Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan  
 Tidak ada gejala

Perlu diperiksa lagi     Perlu ditransfer  
 Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan  
 Tidak ada gejala

Perlu diperiksa lagi     Perlu ditransfer  
 Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan  
 Tidak ada gejala

Perlu diperiksa lagi     Perlu ditransfer  
 Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan  
 Tidak ada gejala

Perlu diperiksa lagi     Perlu ditransfer  
 Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan  
 Tidak ada gejala

# Catatan Pemeriksaan Kehamilan USG

## Data pribadi wanita hamil

Nama \_\_\_\_\_ Usia \_\_\_\_ Nomor Riwayat Penyakit \_\_\_\_\_ Usia kehamilan \_\_\_\_\_

Tanggal perkiraan kelahiran \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ hari

Menstruasi terakhir dimulai pada tanggal: \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ hari

Tempel foto

## Laporan pemeriksaan

Jumlah janin  Bayi tunggal  Bayi kembar  Bayi kembar \_\_\_\_\_ Janin

Denyut jantung  Ada  Tidak ada

Lokasi plasenta  Dinding anterior  Plasenta previa  Plasenta letak rendah  
 Dinding posterior

Lingkar kepala, diameter biparietal janin \_\_\_\_\_ cm, USG usia kehamilan pertama \_\_\_\_\_ Seminggu

Lingkar perut janin \_\_\_\_\_ cm, USG usia kehamilan pertama \_\_\_\_\_ Seminggu

Panjang paha janin \_\_\_\_\_ cm, USG usia kehamilan pertama \_\_\_\_\_ Seminggu

Perkiraan berat badan \_\_\_\_\_ gram, USG usia kehamilan pertama \_\_\_\_\_ Seminggu

Jumlah air ketuban  Normal  Air ketuban terlalu banyak  Air ketuban terlalu sedikit

Hasil pemeriksaan  Pemeriksaan rutin  Perlu pemeriksaan lebih lanjut

Reporter \_\_\_\_\_

Pelapor Tanggal Pemeriksaan \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_\_ Tanggal

# Penjelasan Pemeriksaan Kehamilan USG

## Tujuan

Pemeriksaan kehamilan USG pada janin merupakan pemeriksaan non-invasif yang menggunakan peralatan USG untuk mengukur denyut jantung, lingkaran kepala, diameter biparietal, lingkaran perut, panjang paha dan ukuran pertumbuhan janin lainnya serta posisi plasenta dan jumlah air ketuban untuk mengetahui usia dan pertumbuhan janin.

## Batasan

Pemeriksaan USG memiliki keterbatasan dalam hal resolusi peralatan dan faktor-faktor lainnya, termasuk: USG tidak dapat menembus tulang bila jaringan lemak perut ibu terlalu tebal, posisi janin terkurup, dll. Air ketuban terlalu banyak, menyebabkan posisi janin terlalu jauh dari sensor dan gambar yang dihasilkan tidak jelas; air ketuban terlalu sedikit menyebabkan kekurangan media untuk transmisi, ditambah lagi kaki tangan janin saling tumpang tindih akan membuat gambar tidak jelas. Maka tingkat keakuratan hasil tes USG dapat dibatasi oleh fasilitas peralatan scan.

## Hasil pemeriksaan

Pemeriksaan kehamilan USG merupakan salah satu metode pemeriksaan, namun bukan merupakan hasil akhir. Dengan standar medis sekarang, bukan berarti segala kelainan janin dapat dideteksi oleh USG. Laporan mencakup beberapa item berikut:

1. Lingkaran kepala, diameter biparietal (BPD): Ukur diameter maksimal sisi kiri dan kanan tengkorak janin. Ini merupakan indikator untuk mengukur ukuran janin dan juga dapat digunakan untuk memperkirakan minggu kehamilan. Jika diameter biparietal tidak sesuai dengan usia kehamilan, maka perlu melakukan diagnosa lebih lanjut, termasuk penilaian usia kehamilan atau kelainan lainnya.
2. Panjang paha (FL): Pengukuran panjang paha janin sama dengan pengukuran diameter biparietal, yakni dapat digunakan untuk memperkirakan ukuran janin, usia kehamilan dan perkembangan tulang tungkai.
3. Lingkaran perut (AC): Pengukuran lingkaran perut janin dapat digunakan untuk menilai ukuran dan pertumbuhan janin. Pengukuran lingkaran perut dapat digabung dengan pengukuran lainnya untuk memperkirakan berat janin.
4. Lokasi plasenta: Jika lokasi plasenta terlalu dekat atau langsung menghalangi serviks, maka plasenta tersebut merupakan plasenta letak rendah atau plasenta previa, yang mencegah janin memasuki saluran lahir selama persalinan, yang merupakan salah satu penyebab perdarahan sebelum dan sesudah persalinan serta operasi caesar.
5. Konfirmasi bayi kembar: komplikasi kehamilan lebih sering terjadi pada bayi kembar. Pemeriksaan kehamilan USG dapat mendeteksi kondisi perkembangan bayi kembar agar dapat memberi pemeriksaan dan penanganan yang sesuai.
6. Penilaian volume air ketuban: Volume air ketuban merupakan salah satu indikator penting untuk mendeteksi kelainan atau displasia janin. Volume air ketuban terlalu banyak atau terlalu sedikit berkaitan dengan prognosis janin.

## 1

## Catatan pengajaran dan panduan kesehatan prenatal pertama ibu hamil

Kehamilan periode pertama: melalui pertimbangan dokter, mulai dari saat dipastikan hamil sampai dengan usia kehamilan belum mencapai 17 minggu  
Usia kehamilan minggu ke-\_\_\_\_\_

[Layanan tersebut dibantu oleh Departemen Kesehatan Divisi Rokok, Kesehatan dan Kesejahteraan]

### Data Pribadi (diisi oleh calon ibu)

Tinggi badan ____ (cm)	Berat badan sebelum hamil _____ kg	Berat badan saat ini _____ kg	Hemoglobin _____ g/dL
------------------------	------------------------------------	-------------------------------	-----------------------

- Apakah saat ini ada menerima bantuan dana sosial: (pertanyaan dengan banyak pilihan)
  - 0. Tidak
  - 1. Bantuan masyarakat ekonomi menengah ke bawah
  - 2. Bantuan masyarakat ekonomi lemah
  - 3. Bantuan keluarga dengan kondisi khusus
  - 4. Bantuan kehidupan anak (**Jenis Bantuan: \_\_\_\_\_, Jumlah orang: \_\_\_\_\_**)
  - 5. Lainnya \_\_\_\_\_
- Ibu hamil dengan kondisi di bawah ini:
  - 1. Ibu hamil di luar nikah
  - 2. Ibu hamil penderita cacat
  - 3. Lainnya \_\_\_\_\_

### Perilaku kesehatan (diisi oleh calon ibu)

- 1 Apakah Anda saat ini merokok?
  - 0. Tidak     1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru merokok
  - 2. Sering atau setiap hari
- 2 Apakah Anda memperhatikan untuk menghindari dari lingkungan asap rokok pasif?
  - 0. Tidak     1. Ya     2. Lingkungan sekitar tidak ada asap rokok pasif
- 3 Apakah Anda memiliki kebiasaan minum minuman keras?
  - 0. Tidak     1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru minum     2. Sering minum
- 4 Apakah Anda makan buah pinang?
  - 0. Tidak     1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru makan     2. Sering makan
- 5 Apakah Anda saat ini menggunakan atau menyalahgunakan obat terlarang?
  - 0. Tidak     1. Kadang-kadang
  - 2. Sering menggunakan, bahkan menggunakannya setiap hari
- 6 Apakah Anda akhir-akhir ini ada batuk?
  - 0. Tidak     1. Kadang-kadang     2. Batuk lebih dari 2 minggu



### Perilaku kesehatan (diisi oleh calon ibu)

● Pemeriksaan tingkat depresi:

Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak ada harapan untuk masa depan?

- Ya    Tidak

Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?

- Ya    Tidak

### Catatan riwayat kehamilan

● Apakah sebelumnya memiliki riwayat kehamilan dan persalinan?

0. Tidak

1. Ya (mohon bubuhkan tanda centang di bawah ini)

- (1) pemotongan fibroid atau pembedahan rahim
- (2) operasi jantung
- (3) Penyakit tekanan darah tinggi
- (4) kehamilan dengan diabetes
- (5) kelahiran prematur
- (6) bayi dengan kelainan bawaan
- (7) bayi dengan kelainan bawaan
- (8) kematian bayi yang baru lahir Kematian janin dalam kandungan
- (9) kesulitan untuk melahirkan dengan cara normal
- (10) pendarahan setelah persalinan
- (11) infeksi streptokokus B pada janin sebelumnya
- (12) keguguran
- (13) Lainnya

※Jika Anda memiliki riwayat kehamilan dan persalinan kondisi di atas, minta rumah sakit tempat berobat untuk memberikan layanan medis atau transfer ke rumah sakit dengan perawatan darurat tingkat menengah, berat.

※Tabel untuk penilaian diri, staf medis harus membantu ibu hamil untuk mencentang kotak sebelum instruksi medis.

Topik Panduan Kesehatan	Inti	Penilaian diri sendiri calon ibu		Inti penjelasan yang diberikan oleh dokter dan ahli medis
		Jelas	Tidak jelas	
<b>Menjaga keselamatan ibu dan janin</b> (Lihat manual: biarkan bayi tumbuh dengan selamat, leaflet pendidikan kesehatan penyakit virus Zika)	Tanda-tanda keguguran dan kehamilan berisiko tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahwa pada masa awal kehamilan calon ibu harus banyak beristirahat dan tidur yang cukup, tidak mengangkat barang berat. Jika muncul gejala keguguran (pendarahan, kraman, sakit pada perut bagian bawah, kontraksi rahim berkelanjutan), segera pergi berobat.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti data kesehatan pribadi, riwayat penyakit dan kondisi kehamilan sebelumnya. Pada pemeriksaan kehamilan berikutnya, jika ada dokter memberitahu: ibu hamil dengan salah satu gejala 1 sampai 13, segera ke rumah sakit terdekat dan rumah sakit dengan pertolongan darurat tingkat menengah dan atas untuk menerima pengobatan atau penghentian kontraksi tokolisis.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti tujuan, jadwal, dan kepentingan dari pemeriksaan kehamilan secara rutin.
	Material berbahaya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahaya merokok (termasuk merokok pasif) terhadap kesehatan ibu dan bayi (keguguran, kelahiran prematur, lahir dengan berat badan terlalu ringan).
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahaya minuman keras terhadap kesehatan ibu dan bayi (keguguran, kelahiran prematur, kematian janin pada ibu hamil, lahir dengan berat badan terlalu ringan, kelainan sistem saraf pusat).
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahaya buah pinang terhadap kesehatan ibu dan bayi (keguguran, kelahiran prematur, kematian janin pada ibu hamil, lahir dengan berat badan terlalu ringan).
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahaya obat terlarang terhadap kesehatan ibu dan bayi (epilepsi, berat badan terlalu ringan, masalah pemapasan, bahkan kematian, dll.) serta dapat mencari sumber pengobatan.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bagi ibu hamil yang merokok kali ini, akan dibantu transfer ke klinik penghentian merokok.
	Tes genetik prenatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jika ibu hamil diketahui memiliki kondisi di bawah ini, pemerintah akan memberikan dana bantuan untuk melakukan pemeriksaan prenatal amniosentesis. <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Berusia 34 tahun ke atas.</li> <li>(2) Pernah melahirkan bayi dengan kelainan bawaan.</li> <li>(3) Ibu hamil atau pasangan memiliki penyakit turunan.</li> <li>(4) da anggota keluarga dengan penyakit turunan, dan pada hasil pemeriksaan USG kali ini ditemui kelainan.</li> </ol>
	Infeksi virus Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahwa selama hamil, jika tidak perlu, tidak akan mengunjungi daerah infeksi virus Zika.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengetahui cara mencegah infeksi virus Zika.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti jika ibu hamil terdiagnosa infeksi virus Zika, pemeriksaan USG janin harus dilakukan secara rutin setiap 4 minggu sekali untuk melacak pertumbuhan janin.

Topik Panduan Kesehatan	Inti	Penilaian diri sendiri calon ibu		Inti penjelasan yang diberikan oleh dokter dan ahli medis
		Jelas	Tidak jelas	
Hak kesetaraan gender (lihat buku panduan-Anak laki-anak perempuan sama baiknya)	Sayangi bayi kami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anak perempuan maupun anak laki-laki sama baiknya. Anak yang kita lahirkan adalah buah hatikita. Keberhasilan anak di masa depan tidak tergantung dari jenis kelamin. Menggugurkan kandungan setelah melakukan pemeriksaan jenis kelamin atau karena jenis kelamin janin tidak sesuai dengan keinginan merupakan tindakan melanggar hukum.
Nutrisi pada masa kehamilan (lihat buku panduan-Makan yang Sehat)	Suplemen gizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti pentingnya menambah asupan asam folat dan yodium mulai dari satu bulan sebelum kehamilan dan selama kehamilan.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti untuk meningkatkan asupan kalsium dan zat besi selama masa kehamilan. Pentingnya suplemen vitamin B12 untuk vegetarian.
	Pola makan yang seimbang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti pilihan makanan dan konsumsi suplemen gizi yang sesuai.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahwa bila muntah saat awal masa kehamilan, lebih baik makan dengan porsi sedikit tapi banyak kali. Lebih mengutamakan konsumsi makanan alami, menghindari konsumsi makanan olahan, makanan dengan banyak minyak dan tingkat kalori tinggi, serta makanan kalori kosong (misalnya: minuman mengandung gula).

Apakah Anda bersedia menerima kunjungan staf unit kesehatan dan kesejahteraan sosial ke rumah Anda?

Ya  tidak

- Isi pedoman pendidikan kesehatan ini disusun bersama oleh Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Nasional, Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology, Taiwan Maternal Fetal Medicine Society, Taiwan Society of Perinatology, Taiwan Nurses Association, Taiwan Midwives Association, serta Taiwan Dietitian Association (TDA).
- Pedoman kesehatan kali ini dapat digunakan bersama dengan pemeriksaan prenatal pertama dan ke-2 pada kehamilan periode pertama (kehamilan minggu ke-12 sampai ke-17), sesuai dengan kondisi kesehatan calon ibu. Mohon lihat pedoman kesehatan ibu hamil sebagai referensi pemberian panduan kesehatan. Data dalam tabel tersebut akan digunakan untuk evaluasi kebijakan unit kesehatan atau penelusuran kasus manajemen kesehatan.
- Ibu hamil yang berusia di bawah 20 tahun dan belum menikah harus mendapatkan persetujuan dari dirinya sendiri dan perwakilan hukumnya.

Nama dan kode rumah sakit/ klinik kebidanan:

Tanda tangan dokter/bidan:

Tanggal institusi medis

\_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ hari

Tanda tangan ibu hamil:

- ※ Setelah pulang ke rumah, jika membutuhkan layanan konsultasi, silakan memanfaatkan
- Saluran gratis Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870
  - Website perawatan kesehatan ibu hamil <http://mammy.hpa.gov.tw>

## 1

# Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan awal

Kehamilan Tahap 1 : belum genap 17 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan : sebelum genap 12 minggu

※ Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

- Menstruasi terakhir dimulai pada tanggal: tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_
- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  gejala lainnya \_\_\_\_\_

- **Sejarah kesehatan calon ibu sangat penting untuk diagnosa dokter. Calon ibu diharapkan mengisi dengan teliti. Bila anda pernah mengalami gejala di bawah ini,  bubuhkan tanda "v" pada .**

## Sejarah penyakit

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Hipertensi/tekanan darah tinggi(kronis)   | <input type="checkbox"/> 12. Penyakit saluran pencernaan dan hati  |
| <input type="checkbox"/> 2. Diabetes/Gula darah                       | <input type="checkbox"/> 13. Anemia (tekanan darah rendah)   |
| <input type="checkbox"/> 3. Penyakit jantung                          | <input type="checkbox"/> 14. Penyakit lupus eritematosus danpenyakit autoimun (kekebalan tubuh)                      |
| <input type="checkbox"/> 4. Operasi penyakit spesialis luar           | <input type="checkbox"/> 15. Penyakit asma dan paru-paruabruption  |
| <input type="checkbox"/> 5. Penyakit ginjal                           | <input type="checkbox"/> 16. Epilepsi  |
| <input type="checkbox"/> 6. Penyakit gondok                           | <input type="checkbox"/> 17. Penyakit bawaan dan kelainanbawaan keluarga   |
| <input type="checkbox"/> 7. Penyakit koagulasi darah                  | <input type="checkbox"/> 18. Kondisi yang membahayakan(merokok, Tinggal bersama dengan perokok, minum minuman keras) |
| <input type="checkbox"/> 8. Penyakit menular (sesuai hukum)           | <input type="checkbox"/> 19. Mengkonsumsi obat-obatan terlarang  |
| <input type="checkbox"/> 9. Kanker dan tumor pada kandungan           | <input type="checkbox"/> 20. Lainnya   |
| <input type="checkbox"/> 10. Penyakit saraf simpatik                  |  |
| <input type="checkbox"/> 11. Penyakit kandung kemih (saluran kencing) |  |

## Sejarah pengobatan Kehamilan

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Histerektomi atau perbaikan rahim                  | <input type="checkbox"/> 13. Air ketuban terlalu banyak atau terlalu sedikit  |
| <input type="checkbox"/> 2. Operasi jantung                                    | <input type="checkbox"/> 14. Ketuban pecah dini   |
| <input type="checkbox"/> 3. Penyakit tekanan darah tinggi                      | <input type="checkbox"/> 15. Plasenta previa dan pemisahan plasenta   |
| <input type="checkbox"/> 4. Kehamilan dengan diabetes                          | <input type="checkbox"/> 16. Plasenta akreta (implantasi ari-ari)   |
| <input type="checkbox"/> 5. Kelahiran prematur (lahir sebelum genap 37 minggu) | <input type="checkbox"/> 17. Janin cacat atau meninggal dalam rahim; kematian janin, kematian pada bayi yang dilahirkan |
| <input type="checkbox"/> 6. Bayi dengan kelainan bawaan                        | <input type="checkbox"/> 18. Kelainan janin yang memerlukan pembedahan pengobatan luar                                  |
| <input type="checkbox"/> 7. Kematian bayi baru lahir                           | <input type="checkbox"/> 19. Kelainan bawaan saat cek kehamilan (tes kromosom atau genetik)                             |
| <input type="checkbox"/> 8. Kesulitan untuk melahirkan dengan cara normal      | <input type="checkbox"/> 20. Districtress Janin   |
| <input type="checkbox"/> 9. Pendarahan setelah persalinan                      | <input type="checkbox"/> 21. Preeklampsia (gejala sebelum epilepsi)   |
| <input type="checkbox"/> 10. Infeksi streptokokus B pada janin sebelumnya      | <input type="checkbox"/> 22. Epilepsi   |
| <input type="checkbox"/> 11. Penyumbatan cairan ketuban                        | <input type="checkbox"/> 23. Lain-lain  |
| <input type="checkbox"/> 12. Peradangan ketuban                                |   |

**● Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Jenis pemeriksaan kehamilan (halaman 2)                     | <input type="checkbox"/> 6. Yang harus dihindari saat kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> 2. Informasi berhenti merokok (halaman 51)                     | <input type="checkbox"/> 7. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan |
| <input type="checkbox"/> 3. Tes HIV/AIDS gratis untuk ibu hamil                         | <input type="checkbox"/> 8. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan  |
| <input type="checkbox"/> 4. Diagnosa kelainan bawaan pada kehamilan dan subsidi terkait | <input type="checkbox"/> 9. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis   |
| <input type="checkbox"/> 5. Yang perlu diperhatikan saat kehamilan.                     |  |

**● Untuk kondisi bahaya merokok, harap centang di .**

1. Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 51, dan harap berhenti merokok)       Tidak
2. Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 51, dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)       Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi):

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

## 1

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan awal

Kehamilan Tahap I: Usia kehamilan belum genap 17 minggu

- Recommended weeks: Prior to week 12

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan \_\_tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

### Peringatan khusus dokter

- Usia kehamilan 11-14 minggu dapat melakukan Tes Down Syndrome Tahap 1 (termasuk biaya tanggungan sendiri, hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 47).
- Tes darah untuk pemeriksaan antibodi campak Jerman, tes sifilis. ( Hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 8).
- Tes darah untuk pemeriksaan antigen hepatitis B (HBs-Ag), antigen “e” hepatitis B (HBe-Ag). Jadwal pemeriksaan dapat dilihat pada halaman 2 ( hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 8).
- Volume rata-rata sel darah merah (MCV) merupakan dasar penting untuk pemeriksaan penyakit darah Talasemia. Ingat untuk berkonsultasi dengan dokter mengenai hasil pemeriksaan kesehatan Anda. Jika rata-rata dari hasil pemeriksaan MCV lebih kecil dari 80, harap pasangan juga melakukan pemeriksaan.
- Untuk ibu hamil dengan resiko diabetes tinggi disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter dan pada saat pemeriksaan pertama menambah pemeriksaan gula darah (Fasting plasma glucose, FPG) dan pemeriksaan hemoglobin terglikasi (HbA1C) termasuk biaya tanggungan sendiri). Hasil pemeriksaan dicatat di halaman 47)
- Dianjurkan untuk menerima tes HIV/AIDS gratis untuk ibu hamil.

### Kondisi pertumbuhan janin

Minggu ke 6-8	Dapat melalui USG melihat denyut jantung janin.
Minggu ke 9-12	Perkembangan lima indera dan organ penting janin.
Minggu ke 13-16	Janin telah berbentuk sempurna, kulit berwarna merah muda transparan. Janin mulai bergerak.



### Panduan pendidikan kesehatan

- Jenis pemeriksaan kehamilan (halaman 2)
- Hasil tes darah Hepatitis B (halaman 8)
- Hasil tes antibodi campak Jerman (halaman 8)
- Informasi berhenti merokok (halaman 51)
- Tes HIV/AIDS gratis untuk ibu hamil (halaman 55).
- Diagnosa kelainan bawaan pada kehamilan dan subsidi terkait.
- Anak laki, anak perempuan sama baiknya
- Yang perlu diperhatikan saat kehamilan
- Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil
- Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan
- Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera
- Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan
- Penyuluhan pemberian ASI ibu-anak
- Yang harus dihindari saat kehamilan

Silakan scan kode QR di sebelah kanan untuk informasi panduan kesehatan



Rumah sakit/klinik pemeriksaan:	Tanda tangan pemeriksa:	Tanda tangan calon ibu:
---------------------------------	-------------------------	-------------------------



Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870 Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_bulan\_\_\_hari\_\_\_

## 2

## Catatan pribadi pemeriksaan kehamilan ke-2

Kehamilan Tahap I: Usia kehamilan belum genap 17 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan: minggu ke-16

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan \_\_tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

### • Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jenis pemeriksaan kehamilan (halaman 2)                     | <input type="checkbox"/> 8. Yang perlu diperhatikan saat kehamilan                        |
| <input type="checkbox"/> 2. Informasi berhenti merokok(halaman 51)                      | <input type="checkbox"/> 9. Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan                |
| <input type="checkbox"/> 3. Penyakit bawaan   | <input type="checkbox"/> 10. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             |
| <input type="checkbox"/> 4. Tes HIV/AIDS gratis untuk ibu hamil                         | <input type="checkbox"/> 11. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> 5. Diagnosa kelainan bawaan pada kehamilan dan subsidi terkait | <input type="checkbox"/> 12. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> 6. Pencegahan efek minum minuman keras/alkohol                 |   |
| <input type="checkbox"/> 7. Pencegahan kelahiran prematur                               |   |

### • Pemeriksaan tingkat depresi (Keterangan: Jika dua masalah berikut terjadi pada Anda, Anda disarankan untuk memberi tahu keluarga atau dokter tentang hal tersebut agar mendapatkan bantuan.)

1. Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak ada harapan untuk masa depan?  Ya  Tidak
2. Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?  Ya  Tidak

### • Kondisi bahaya rokok

1. Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 51 dan harap berhenti merokok)  Tidak
2. Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 51 dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)  Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

# Catatan pemeriksaan kehamilan ke-2

Tanggal pemeriksaan kali ini \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ hari (kehamilan minggu ke- \_\_\_\_)

## Hasil pemeriksaan kehamilan

- Tidak ada gejala khusus
- Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:
1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)

## Peringatan khusus dokter

- Usia kehamilan 15-20 minggu dapat melakukan pemeriksaan kedua deteksi down syndrome atau amniosentesis. (hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 47) (Biasanya biaya tersebut atas tanggungan pribadi, namunn Biro Kesehatan menyediakan subsidi untuk diagnosa kelainan bawaan pada kehamilan, dan dapat dilihat melalui kode QR di bawah ini.)

## Kondisi pertumbuhan janin

### Minggu ke-17 sampai ke-20

Mulai merasakan gerakan janin. Kepala menempati sekitar 1/3 dari panjang tubuh total. Tulang berkembang dengan cepat. Tangan Ukuran antara lengan dan kaki proporsional, dan janin mulai memproduksi mekonium. Panjang janin memiliki sekitar 25 cm dan berat badannya sekitar 250 ~ 500 gram.

## Informasi pendidikan kesehatan

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informasi berhenti merokok(halaman 51)                      | <input type="checkbox"/> Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> Penyakit bawaan   | <input type="checkbox"/> Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera. |
| <input type="checkbox"/> Diagnosa kelainan bawaan pada kehamilan dan subsidi terkait | <input type="checkbox"/> Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil             |
| <input type="checkbox"/> Pencegahan efek minum minuman keras/alkohol                 | <input type="checkbox"/> Kencangkan sabuk pengaman di dalam mobil                      |
| <input type="checkbox"/> Anak laki, anak perempuan sama baiknya                      |  |
| <input type="checkbox"/> Pencegahan kelahiran prematur                               |  |
| <input type="checkbox"/> Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan              |  |

※Silakan scan kode QR di sebelah kanan untuk informasi panduan kesehatan



Rumah sakit/klinik pemeriksaan:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

## 3

# Catatan pribadi pemeriksaan kehamilan ke-3

Kehamilan Tahap 2: Usia kehamilan 17 - 29 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan: minggu ke-20

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya\_\_\_\_\_

## • Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Pemeriksaan kehamilan Penjelasan pemeriksaan USG (halaman 13) | <input type="checkbox"/> 5. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             |
| <input type="checkbox"/> 2. Informasi berhenti merokok (halaman 51)                       | <input type="checkbox"/> 6. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> 3. Pencegahan kelahiran prematur 'Kehamilan beresiko tinggi      | <input type="checkbox"/> 7. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> 4. Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan                | <input type="checkbox"/> 8. Menyusui dengan ASI  |

## • Pemeriksaan tingkat depresi (Keterangan: Jika dua masalah berikut terjadi pada Anda, Anda disarankan untuk memberi tahu keluarga atau dokter tentang hal tersebut agar mendapatkan bantuan.)

1. Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak adaharapan untuk masa depan?  Ya  Tidak
2. Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?  Ya  Tidak

## • Kondisi bahaya rokok

1. Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 51, dan harap berhenti merokok)  Tidak
2. Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 51 dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)  Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

# Catatan Pemeriksaan Kehamilan Ke-3

Tanggal pemeriksaan kali ini \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ hari (kehamilan minggu ke- \_\_\_\_)

## Hasil pemeriksaan kehamilan

- Tidak ada ge ala khusus
- Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:
1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
- ※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)

## Peringatan khusus dokter

- Pemeriksaan USG (mereka yang tidak dapat melakukan USG karena alasan tertentu, dapat melakukannya pada pemeriksaan kehamilan tahap 3). ( Hasil pemeriksaan akan ditempatkan di halaman 12 )

## Kondisi pertumbuhan janin:

**Minggu ke-21  
Sampai ke-24**

Lubang hidung janin terbuka, mulai berlatih bernafas. Janin dapat mendengarkan suara, Anda dapat mulai berbicara dengan dia!

## Informasi pendidikan kesehatan

- Pemeriksaan kehamilan dan penjelasan pemeriksaan USG (halaman 13)
- Informasi berhenti merokok (halaman 51)
- Pencegahan kelahiran prematur. Kehamilan beresiko tinggi
- Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan
- Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan
- Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan
- Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera
- Harap kencangkan sabuk pengaman Anda saat naik mobil
- Menyusui dengan ASI
- Menyusui ASI
- Informasi penyuluhan tentang menyusui ASI
- Telah disediakan sumber buku panduan menyusui ASI
- (Kunjungi situs kesehatan 99 dinas kesehatan nasional <http://health99.hpa.gov.tw> Cari )
- Memerlukan penyuluhan tentang formula susu bubuk
- Tidak menyusui ASI
- ※ Silakan scan kode QR di sebelah kanan untuk informasi panduan kesehatan



Rumah sakit/klinik pemeriksaan:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

## 4

# Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-4

Kehamilan Tahap 2: usia kehamilan 17-29 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan : pada minggu ke-28

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan \_\_tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadiberikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

## ● Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada ■

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Pemeriksaan kehamilan dan penjelasan pemeriksaan USG (halaman 13) | <input type="checkbox"/> 6. Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan               |
| <input type="checkbox"/> 2. Informasi berhenti merokok (halaman 51)                           | <input type="checkbox"/> 7. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             |
| <input type="checkbox"/> 3. Pencegahan kelahiran prematur 'Kehamilan beresiko tinggi 9.       | <input type="checkbox"/> 8. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> 4. Yang perlu diperhatikan saat kehamilan                            | <input type="checkbox"/> 9. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> 5. Menyusui dengan ASI   | <input type="checkbox"/> 10. Olahraga pada masa kehamilan                                |

## ● Pemeriksaan tingkat depresi (Keterangan: Jika dua masalah berikut terjadi pada Anda, Anda disarankan untuk memberi tahu keluarga atau dokter tentang hal tersebut agar mendapatkan bantuan.)

1. Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak adaharapan untuk masa depan?  Ya  Tidak
2. Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?  Ya  Tidak

## ● Kondisi bahaya rokok

1. Saya merokok atau tidak?  Ya (lihat halaman 51, dan harap berhenti merokok)  Tidak
2. Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  Ya (lihat halaman 51 dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)  Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

# Catatan pemeriksaan kehamilan ke-4

Tanggal pemeriksaan kali ini \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ hari (kehamilan minggu ke- \_\_\_\_)

## Hasil pemeriksaan kehamilan

- Tidak ada ge ala khusus
- Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:
1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
- ※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)

## Peringatan khusus dokter

- Pemeriksaan diabetes gestasional dapat dilakukan jika diperlukan apabila usia kehamilan lebih dari 24 minggu tetapi kurang dari 29 minggu. (termasuk biaya tanggungan sendiri, hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 47).
- Pendidikan sebelum kelahiran.
- Anda dapat menyuntikkan vaksin Tdap (Tetanus, difteri, dan aselular pertussis) dengan biaya sendiri pada usia kehamilan minggu ke 28 - 36 untuk meneruskan antibodi ibu ke janin dan mengurangi risiko infeksi setelah lahir.

## Kondisi pertumbuhan janin

Minggu ke  
25-28

Kulit muncul lipatan merah, lemak dibawah kulit mulai terbentuk, ada pergantian antara waktu beraktivitas dan waktu tidur, ada reaksi terhadap suara dari luar. Bila janin lahir prematur saat ini, perawatan tidak mudah karena tubuh janin belum berkembang dengan sempurna.

## Informasi pendidikan kesehatan

- Pemeriksaan kehamilan dan penjelasan pemeriksaan USG (halaman 13)
- Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera Informasi berhenti merokok (halaman 51)
- Olahraga pada masa kehamilan
- Pencegahan kelahiran prematur.
- Kehamilan beresiko tinggi
- Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan
- Yang perlu diperhatikan saat kehamilan
- Harap kenakan sabuk pengaman saat naik mobil
- Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan
- Infeksi saat kehamilan dan komplikasi
- Menyusui dengan ASI
- ※ Silakan scan kode QR di sebelah kanan untuk informasi panduan kesehatan



Rumah sakit/klinik pemeriksaan:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:



## 2

## catatan pengajaran dan panduan kesehatan prenatal pertama ibu hamil

Kehamilan minggu ke-29 sampai ke-40

Usia kehamilan minggu ke-\_\_\_\_

[layanan tersebut dibantu oleh Departemen Kesehatan Divisi Rokok, Kesehatan dan Kesejahteraan]

### Data pribadi (diisi oleh calon ibu)

Tinggi badan  
\_\_\_\_\_cm

Berat badan sebelum  
hamil \_\_\_\_\_kg

Berat badan saat ini  
\_\_\_\_\_kg

Hemoglobin \_\_\_\_g/dL

(Mohon isi kolom tersebut dengan hasil dari pemeriksaan pertama)

- Apakah saat ini ada menerima bantuan dana sosial: (pertanyaan dengan banyak pilihan)
  - 0. Tidak
  - 1. Bantuan masyarakat ekonomi menengah ke bawah
  - 2. Bantuan masyarakat ekonomi lemah
  - 3. Bantuan keluarga dengan kondisi khusus
  - 4. Bantuan kehidupan anak (perihal:\_\_\_\_; jumlah orang:\_\_\_\_)
  - 5. Lainnya \_\_\_\_\_
- Ibu hamil dengan kondisi di bawah ini:
  - 1. Ibu hamil di luar nikah
  - 2. Ibu hamil penderita cacat
  - 3. Lainnya \_\_\_\_\_

### Perilaku kesehatan (diisi oleh calon ibu)

- 1 Apakah Anda saat ini merokok?
  - 0. Tidak
  - 1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru merokok
  - 2. Sering atau setiap hari
- 2 Apakah Anda memperhatikan untuk menghindari dari lingkungan asap rokok pasif?
  - 0. Tidak
  - 1. Ya
  - 2. Lingkungan sekitar tidak ada asap rokok pasif
- 3 Apakah Anda memiliki kebiasaan minum minuman keras?
  - 0. Tidak
  - 1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru minum
  - 2. Sering minum
- 4 Apakah Anda makan buah pinang?
  - 0. Tidak
  - 1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru makan
  - 2. Sering makan
- 5 Apakah Anda pernah menggunakan obat terlarang?
  - 0. Tidak
  - 1. Kadang-kadang
  - 2. Sering menggunakan, bahkan menggunakannya setiap hari
- 6 Apakah Anda akhir-akhir ini ada batuk?
  - 0. Tidak
  - 1. Kadang-kadang
  - 2. Batuk lebih dari 2 minggu

### Perilaku kesehatan (diisi oleh calon ibu)

Pemeriksaan tingkat depresi:

Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak ada harapan untuk masa depan?

Ya  Tidak

Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?

Ya  Tidak

### Catatan riwayat kehamilan

Apakah sebelumnya memiliki riwayat kehamilan dan persalinan?

0. Tidak

1. Ya (harap centang di bawah)

(1) Tekanan darah tinggi pada masa kehamilan

(2) Plasenta previa

(3) Air ketuban terlalu banyak atau terlalu sedikit

(4) Pertumbuhan janin terbatas

(5) Fungsi plasenta tidak normal

(6) Berat janin terlalu berat (lebih dari 4200gm)

(7) calon ibu dan kerabat tingkat pertama menderita penyakit genetik

(8) Komplikasi serius:

penyakit jantung

Penyakit kejiwaan atau neurologis

Penyakit ginjal

Penyakit sistem kekebalan tubuh dalam

Penyakit sistem darah

kehamilan Kanker ovarium atau rahim

Penyakit hati

Penyakit infeksi dalam kehamilan

Tuberkulosis aktif

Penyakit menular seksual (termasuk AIDS)

Diabetes dalam kehamilan

Penyakit internal dan bedah parah

Hipertiroidisme

(9) Kelainan panggul

(10) Kelainan rahim, saluran lahir

(11) Lainnya

※Jika Anda memiliki riwayat kehamilan dan persalinan di atas, minta rumah sakit tempat berobat untuk memberikan layanan medis atau transfer ke rumah sakit dengan perawatan darurat tingkat menengah, berat. Jika hasil pemeriksaan HIV positif, mohon transfer ke rumah sakit pengobatan AIDS yang ditunjuk.

※Bagian penilaian diri sendiri, minta staf medis membantu calon ibu untuk mencentang sebelum panduan kesehatan, sebagai referensi dokter.

Pendidikan kesehatan	Inti	Penilaian diri sendiri		Inti penjelasan yang diberikan oleh dokter dan ahli medis
		Calon ibu Jelas	Tidak jelas	
Menjaga keselamatan ibu dan janin (lihat manual: biarkan bayi tumbuh dengan selamat, leaflet pendidikan kesehatan penyakit virus Zika)	Tanda-tanda kelahiran dini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahwa bila muncul gejala kelahiran prematur saat kehamilan tahap akhir (pendarahan dari vagina, kram pada bagian perut, kontraksi berkelanjutan, air ketuban pecah) dan gejala lainnya, segera menuju rumah sakit. Pilih rumah sakit yang dilengkapi dengan unit perawatan intensif bagi bayi prematur untuk persalinan.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti data kesehatan pribadi, riwayat penyakit dan kondisi kehamilan sebelumnya, pada pemeriksaan kehamilan berikutnya, jika ada dokter memberitahu: ibu hamil dengan salah satu gejala 1 sampai 11, segera ke rumah sakit terdekat pertolongan darurat tingkat menengah, atas untuk menerima pengobatan atau penghentian kontraksi tokolisis.
	Bahan berbahaya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahaya merokok (termasuk merokok pasif) terhadap kesehatan ibu dan bayi (keguguran, kelahiran prematur, lahir dengan berat badan terlalu ringan).
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahaya minuman keras terhadap kesehatan ibu dan bayi (keguguran, kelahiran prematur, kematian janin pada ibu hamil, lahir dengan berat badan terlalu ringan, kelainan sistem saraf pusat).
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahaya buah pinang terhadap kesehatan ibu dan bayi (keguguran, kelahiran prematur, kematian janin pada ibu hamil, lahir dengan berat badan terlalu ringan).
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahaya obat terlarang terhadap kesehatan ibu dan bayi (epilepsi, berat badan terlalu ringan, masalah pernapasan, bahkan kematian, dll.) serta dapat mencari sumber pengobatan.
	Infeksi virus Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bagi ibu hamil yang merokok kali ini, akan dibantu transfer ke klinik penghentian merokok.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahwa selama hamil, jika tidak perlu, tidakakan mengunjungi daerah infeksi virus Zika.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengetahui cara mencegah infeksi virus Zika.
	Nutrisi pada masa kehamilan (lihat buku panduan- Makanan Yang Sehat)	Pengontrolan berat badan seimbang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumsi makanan yang seimbang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahwa harus mengutamakan konsumsi makanan alami, hindari makanan olahan, makanan dengan kandungan kalori dan minyak yang tinggi, makanan kalori kosong (misalnya: minuman yang mengandung gula).
Rencana persiapan persalinan (lihat buku panduan – Kelahiran Sang Bayi)	Berbagai macam persalinan yang ramah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mempertimbangkan dan merencanakan cara persalinan yang paling sesuai dengan kondisi kesehatan calon ibu.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak memilih operasi Caesar tanpa indikasi medis.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses fisiologis yang normal, mengikuti pendidikan prenatal dapat membantu calon ibu mempersiapkan diri dan menghadapi rasa sakit kontraksi dalam proses persalinan.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti gejala menjelang kelahiran adalah sebagai berikut: merasa lega, muncul pendarahan, sakit kontraksi atau sakit pinggang, air ketuban pecah (cairan dalam jumlah besar keluar dari vagina), perasaan kuat ingin buang air besar, dan rasa sakit kontraksi.

Pendidikan kesehatan	Inti	Penilaian diri sendiri		Inti penjelasan yang diberikan oleh dokter dan ahli medis
		Calon ibu Jelas	Tidak jelas	
(lihat buku panduan - Cara Menyusui yang Terbaik) <b>Pemberian ASI</b>	Pedoman dalam pemberian ASI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahwa ASI merupakan sumber gizi terbaik bagi bayi . Menyusui baik bagi kesehatan ibu dan bayi: (1) Keuntungan menyusui bagi ibu adalah: mengurangi pendarahan postpartum, mempertahankan bentuk tubuh, mengurangi resiko kanker rahim dan I kanker payudara, efek kontrasepsi alami yang baik, mengurangi risiko osteoporosis (2) Keuntungan ASI bagi bayi adalah: nutrisi lengkap, mudah diserap, mengurangi resiko gastroenteritis, meningkatkan imunitas dan kecerdasan, bayi tidak mudah gemuk).
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bagi para ibu yang tidak dapat memberikan ASI, jangan memberi tekanan terlalu besar kepada diri sendiri. Setiap ibu rela melakukan apa saja untuk si buah hati. Ada berbagai macam cara untuk memberi cinta kasih untuk si kecil. Memberi ASI adalah salah satu caranya. Ibu yang baik adalah ibu yang mencintai buah hatinya. dengan sepenuh hati.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ibu saat merawat bayi yang baru lahir harus memanfaatkan waktu tidur bayi untuk membiarkan tubuh beristirahat dengancukup. Jangan terlalulelah atau kurang tidur.
(lihat buku panduan - Pengenahan dan Persalinan) Adaptasi mental pada masa kehamilan	Pedoman untuk adaptasi mental pada masa kehamilan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dapat meminta bantuan keluarga untuk membantu pekerjaan rumah, pekerjaan membersihkan yang membutuhkan tenaga.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jika memungkinkan, setiap hari berjalan-jalan ke luar selamasatu jangka waktu pendek untuk memberi diri sendirikesempatan untuk beristirahat.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Secara moderat mengutarakan perasaan kepada keluarga atauteaman, meminta bantuan atau meminta ibu lain yang juga barumelahirkan untuk berbagi pengalaman dan perasaan mereka.

Apakah Anda bersedia menerima kunjungan staf unit kesehatan dan kesejahteraan sosial ke rumah Anda?

Bersedia     Tidak bersedia

1. Isi pedoman pendidikan kesehatan ini disusun bersama oleh Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Nasional, Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology, Taiwan Maternal Fetal Medicine Society, Taiwan Society of Perinatology, Taiwan Nurses Association, Taiwan Midwives Association, serta Taiwan Dietitian Association (TDA) .
2. Pedoman kali ini disarankan untuk diberikan kepada calon ibu dengan usia kehamilan 29 minggu ke atas, dilaksanakan sesuai dengan kondisi kesehatan ibu hamil. Panduan dapat diberikan pada saat salah satu dari pemeriksaan kesehatan prenatal ke-5 sampai ke-10 (masa bantuan adalah kehamilan periode ke-3). Mohon lihat pedoman kesehatan ibu hamil sebagai referensi untuk memberikan konseling. Data dalam tabel tersebut akan digunakan untuk evaluasi kebijakan unit kesehatan atau penelusuran kasus manajemen kesehatan.
3. Ibu hamil yang berusia di bawah 20 tahun dan belum menikah harus mendapatkan persetujuan dari dirinya sendiri dan perwakilan hukumnya.

Nama dan kode rumah sakit/  
klinik kebidanan:

Tanda Tangan dokter/ bidan:

Tanggal institusi medis

\_\_\_\_\_tahun \_\_\_\_\_bulan \_\_\_\_\_hari

Tanda tangan ibu hamil:

※ Setelah pulang ke rumah, jika membutuhkan layanan konsultasi, silakan memanfaatkan

(1) Saluran gratis Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

(2) Website kesehatan ibu <http://mammy.hpa.gov.tw>

# Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-5

5

Kehamilan Tahap 3 : usia kehamilan lebih dari 29 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan : pada minggu ke-32

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan\_tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※ Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

## ● Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Informasi berhenti merokok(halaman 51)                 | <input type="checkbox"/> 6. Tanda peringatan untuk kunjungan dokter segera |
| <input type="checkbox"/> 2. Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan resiko tinggi | <input type="checkbox"/> 7. Mengenal depresi pascapartum                   |
| <input type="checkbox"/> 3. Bagaimana mengatasi ketidaknyamanan selama kehamilan   | <input type="checkbox"/> 8. Latihan prenatal                               |
| <input type="checkbox"/> 4. Kontrol berat badan dan diet selama kehamilan          | <input type="checkbox"/> 9. Menyusui                                       |
| <input type="checkbox"/> 5. Infeksi dan komplikasi selama kehamilan                | <input type="checkbox"/> 10. Mempersiapkan Persediaan Prenatal             |

## ● Pemeriksaan tingkat depresi (Keterangan: Jika dua masalah berikut terjadi pada Anda, Anda disarankan untuk memberi tahu keluarga atau dokter tentang hal tersebut agar mendapatkan bantuan.)

- Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak adaharapan untuk masa depan?  Ya  Tidak
- Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?  Ya  Tidak

## ● Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 51, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 51 dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)  Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapatdicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol,nutrisi) :

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

# Catatan pemeriksaan kehamilan ke-5

Tanggal pemeriksaan kali ini \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ hari (kehamilan minggu ke- \_\_\_\_)

## Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal

Tidak ada ge ala khusus

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)

## Peringatan khusus dokter

Tes darah untuk pemeriksaan sifilis.( Catatan pemeriksaan di halaman 8)

Jika tes darah untuk pemeriksaan antigen hepatitis B (HBs-Ag), antigen "e" hepatitis B (HBe-Ag) tidak dilakukan pada kehamilan tahap I, pemeriksaan ini harus dilakukan kali ini. Silakan lihat halaman 2 untuk jadwal pemeriksaan.(Hasil pemeriksaan dicatat di halaman 8)

Ibu hamil yang tidak melakukan tes darah untuk HIV pada kehamilan tahap I, atau ibu hamil yang berisiko terinfeksi virus HIV dapat melakukan pemeriksaan HIV kali ini.

## Kondisi Pertumbuhan Janin

**Minggu ke  
29-32**

Kulit tidak terlalu kusut. Kuku mulai tumbuh. Kelopak mata bisa terbuka. Bayi mulai menjadi lebih aktif.

## Informasi pendidikan kesehatan

Informasi berhenti merokok (halaman 51)

Pencegahan kelahiran prematur

Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan

Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan

Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan

Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera

Pengenalan depresi setelah persalinan

Olahraga pada masa kehamilan

Menyusui dengan ASI

Persiapan sebelum kelahiran

Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil

Membeli kursi mobil bayi

※ Lihar informasi pendidikan kesehatan  
Silakan scan kode QR disebelah kanan untuk



Rumah sakit/klinik  
pemeriksaan:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

# Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-6

6

Kehamilan Tahap 3 : usia kehamilan lebih dari 29 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan : pada minggu ke-34)

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※ Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

## • Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Informasi berhenti merokok (halaman 51)                      | <input type="checkbox"/> 6. Pengenalan akan depresi setelah persalinan |
| <input type="checkbox"/> 2. Pencegahan kelahiran prematur Kehamilan beresiko tinggi      | <input type="checkbox"/> 7. Olahraga pada masa kehamilan               |
| <input type="checkbox"/> 3. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             | <input type="checkbox"/> 8. Menyusui dengan ASI                        |
| <input type="checkbox"/> 4. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              | <input type="checkbox"/> 9. Persiapan sebelum kelahiran                |
| <input type="checkbox"/> 5. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |  |

## • Pemeriksaan tingkat depresi (Keterangan: Jika dua masalah berikut terjadi pada Anda, Anda disarankan untuk memberi tahu keluarga atau dokter tentang hal tersebut agar mendapatkan bantuan.)

- Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak adaharapan untuk masa depan?  Ya  Tidak
- Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?  Ya  Tidak

## • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 51, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 51 dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)  Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapatdicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol,nutrisi) :

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

# Catatan pemeriksaan kehamilan ke-6

Tanggal pemeriksaan kali ini \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ hari (kehamilan minggu ke- \_\_\_\_)

## Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal

- Tidak ada ge ala khusus
- Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:
1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
- ※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)

## Peringatan khusus dokter

- Apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan USG? ( Bagi yang tidak dapat melakukan pemeriksaan karena alasan tertentu, dapat melakukan pemeriksaan USG pada pemeriksaan kehamilan tahap 3). (Laporan inspeksi ditempel di halaman 12)
- Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan HIV gratis untuk ibu hamil? Jika tidak, Anda dapat melakukan pemeriksaan gratis.

## Kondisi Pertumbuhan Janin

### Bulan kedelapan

Pada bulan ke-8, bayinya semakin kuat dan sering keluar dari rahim ibunya. Selain itu, kepala bayi biasanya mulai mengarah ke bawah.

## Informasi pendidikan kesehatan

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Informasi berhenti merokok (halaman 51)</li> <li><input type="checkbox"/> Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan resiko tinggi</li> <li><input type="checkbox"/> Kontrol berat badan dan diet selama kehamilan</li> <li><input type="checkbox"/> Infeksi dan komplikasi selama kehamilan</li> <li><input type="checkbox"/> Tanda peringatan untuk kunjungan dokter segera</li> <li><input type="checkbox"/> Mengenal depresi pascapartum</li> <li><input type="checkbox"/> Latihan prenatal</li> <li><input type="checkbox"/> Mempersiapkan persediaan prenatal</li> <li><input type="checkbox"/> Kencangkan sabuk pengaman di dalam mobil</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menyusui</li> <li><input type="checkbox"/> Akan menyusui               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perlu panduan menyusui</li> <li><input type="checkbox"/> Disediakan booklet menyusui<br/>(Silakan berkonsultasi dengan situs:<br/><a href="http://health99.hpa.gov.tw">http://health99.hpa.gov.tw</a>)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Tidak mau menyusui               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perlu bimbingan tentang formula bayi</li> </ul> </li> </ul> |
|---|--|
- ※Lihar informasi pendidi kankesehatan  
Silakanscan kode QR disebelah kanan untuk



Rumah sakit/klinik pemeriksaan:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

# Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-7

7

(Kehamilan Tahap 3 : usia kehamilan lebih dari 29 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan : pada minggu ke-36)

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan\_tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut: pendarahan sakit perut  
sakit kepala kejang/keram Gejala lainnya \_\_\_\_\_

## • Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Informasi berhenti merokok (halaman 51)                 | <input type="checkbox"/> 6. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> 2. Penjelasan tes streptokokus B pada ibu hamil            | <input type="checkbox"/> 7. Pengenalan akan depresi setelah persalinan                   |
| <input type="checkbox"/> 3. Pencegahan kelahiran prematur Kehamilan berisiko tinggi | <input type="checkbox"/> 8. Olahraga pada masa kehamilan                                 |
| <input type="checkbox"/> 4. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan        | <input type="checkbox"/> 9. Pemeriksaan bayi yang baru lahir                             |
| <input type="checkbox"/> 5. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan         | <input type="checkbox"/> 10. Menyusui dengan ASI   |
|   | <input type="checkbox"/> 11. Persiapan sebelum kelahiran                                 |
|   | <input type="checkbox"/> 12. Pemahaman tentang cara bersalin                             |

## • Pemeriksaan tingkat depresi (Keterangan: Jika dua masalah berikut terjadi pada Anda, Anda disarankan untuk memberi tahu keluarga atau dokter tentang hal tersebut agar mendapatkan bantuan.)

- Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak adaharapan untuk masa depan?  Ya  Tidak
- Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?  Ya  Tidak

## • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 51, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 51 dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)  Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

# Catatan pemeriksaan kehamilan ke-7

Tanggal pemeriksaan kali ini \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ hari (kehamilan minggu ke- \_\_\_\_)

## Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal

Tidak ada ge ala khusus

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)

## Peringatan khusus dokter

Pada usia kehamilan 35-37 minggu, Anda dapat melakukan tes streptokokus B untuk ibu hamil. (Hasil pemeriksaan dicatat di halaman 8)

Apakah Anda mengerti bahaya radang usus pada bayi baru lahir dan cara pencegahannya?

## Kondisi Pertumbuhan Janin

**Minggu ke  
33-36**

Berat badan berkembang lebih cepat daripada panjang tubuh, bulu janin menghilang secara bertahap, organ peredaran darah, pernapasan, dan pencernaan bayi bertumbuh dengan sempurna.

## Informasi pendidikan kesehatan

- Informasi berhenti merokok (halaman 5)
- Penjelasan tes streptokokus B pada ibu hamil
- Pencegahan kelahiran prematur 'Kehamilan beresiko tinggi
- Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan
- Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan
- Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera
- Pengenalan akan depresi setelah persalinan
- Olahraga pada masa kehamilan
- Pemeriksaan bayi yang baru lahir

- Menyusui dengan ASI
- Persiapan sebelum kelahiran
- Pemahaman tentang cara bersalin
- Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil

※Silakan scan kode QR di sebelah kanan untuk Informasi pendidikan kesehatan.



Rumah sakit/klinik pemeriksaan:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

# Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-8

8

Kehamilan Tahap 3 : usia kehamilan lebih dari 29 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan : pada minggu ke-38)

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_ bulan \_\_ tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※ Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

## • Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Informasi berhenti merokok (halaman 51)                      | <input type="checkbox"/> 6. Latihan prenatal  |
| <input type="checkbox"/> 2. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             | <input type="checkbox"/> 7. Pemeriksaan bayi yang baru lahir                                      |
| <input type="checkbox"/> 3. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              | <input type="checkbox"/> 8. Menyusui dengan ASI   |
| <input type="checkbox"/> 4. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera | <input type="checkbox"/> 9. Persiapan sebelum kelahiran   |
| <input type="checkbox"/> 5. Pengenalan akan depresi setelah persalinan                   | <input type="checkbox"/> 10. Pemahaman tentang cara bersalin                                      |
|  | <input type="checkbox"/> 11. Persiapan dan tanggapan terhadap nyeri yang diderita saat persalinan |
|  | <input type="checkbox"/> 12. Rumah sakit ibu dan anak   |

## • Pemeriksaan tingkat depresi (Keterangan: Jika dua masalah berikut terjadi pada Anda, Anda disarankan untuk memberi tahu keluarga atau dokter tentang hal tersebut agar mendapatkan bantuan.)

1. Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak adaharapan untuk masa depan?  Ya  Tidak
2. Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?  Ya  Tidak

## • Kondisi bahaya rokok

1. Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 51, dan harap berhenti merokok)  Tidak
2. Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 51 dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)  Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

# Catatan pemeriksaan kehamilan ke-8

Tanggal pemeriksaan kali ini \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ hari (kehamilan minggu ke- \_\_\_\_)

## Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal

Tidak ada ge ala khusus

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)

## Peringatan khusus dokter

Apakah anda telah siap untuk melahirkan?

Apakah Anda mengerti bahaya radang usus pada bayi baru lahir dan cara pencegahannya?

## Kondisi Pertumbuhan Janin

**Bulan  
kesembilan**

Rambut bayi yang berusia 9 bulan cukup tebal, kuku jari telah bertumbuh hingga ujung jari, kulitnya semakin halus dan lembut .

## Informasi pendidikan kesehatan

Informasi berhenti merokok (lihat halaman 51)

Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan

Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan

Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera

Pengenalan akan depresi setelah persalinan

Olahraga pada masa kehamilan

Pemeriksaan bayi yang baru lahir

Menyusui dengan ASI

Persiapan sebelum kelahiran

Pemahaman tentang cara bersalin

Persiapan dan tanggapan terhadap nyeri yang diderita saat persalinan

Rumah sakit ibu dan anak

Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil

※ Silakan scan kode QR di sebelah kanan untuk Informasi pendidikan kesehatan.



Rumah sakit/klinik pemeriksaan:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:



# Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-9

9

Kehamilan Tahap 3 : usia kehamilan lebih dari 29 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan : pada minggu ke-39)

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※ Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

## • Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Informasi berhenti merokok (halaman 51)                      | <input type="checkbox"/> 5. Pengenalan akan depresi setelah persalinan | <input type="checkbox"/> 11. Menyusui dengan ASI                   |
| <input type="checkbox"/> 2. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             | <input type="checkbox"/> 6. Olahraga pada masa kehamilan               | <input type="checkbox"/> 12. Manajemen Kesehatan Setelah Kelahiran |
| <input type="checkbox"/> 3. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              | <input type="checkbox"/> 7. Persiapan sebelum kelahiran                | <input type="checkbox"/> 13. Rumah sakit ibu dan anak              |
| <input type="checkbox"/> 4. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera | <input type="checkbox"/> 8. Persiapan dan tanggapan                    | <input type="checkbox"/> 14. Penitipan anak                        |
|  | <input type="checkbox"/> 9. Pemahaman tentang cara bersalin            |  |
|  | <input type="checkbox"/> 10. Pemeriksaan bayi yang baru lahir          |  |

## • Pemeriksaan tingkat depresi (Keterangan: Jika dua masalah berikut terjadi pada Anda, Anda disarankan untuk memberi tahu keluarga atau dokter tentang hal tersebut agar mendapatkan bantuan.)

1. Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak adaharapan untuk masa depan?  Ya  Tidak
2. Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?  Ya  Tidak

## • Kondisi bahaya rokok

1. Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 51, dan harap berhenti merokok)  Tidak
2. Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 51 dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)  Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

# Catatan pemeriksaan kehamilan ke-9

Tanggal pemeriksaan kali ini \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ hari (kehamilan minggu ke- \_\_\_\_)

## Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal

- Tidak ada ge ala khusus
- Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:
1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
  4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer
- ※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)

## Peringatan khusus dokter

- Pada waktu mau melahirkan, harap ingat untuk bawa buku pedoman kesehatan ibu hamil dan “catatan pemeriksaan hepatitis B untuk para ibu pada masa kehamilan” yang dicetak oleh departemen pengendalian penyakit.

## Kondisi Pertumbuhan Janin

**Pada usia kehamilan 37-40**

minggukulitnya halus, tengkoraknya keras, dan kuku jari tangan dan kaki berkembang dengan sempurna.

## Informasi pendidikan kesehatan

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Informasi berhenti merokok (halaman 51)</li> <li><input type="checkbox"/> Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan</li> <li><input type="checkbox"/> Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan</li> <li><input type="checkbox"/> Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera</li> <li><input type="checkbox"/> Pengenalan akan depresi setelah persalinan</li> <li><input type="checkbox"/> Olahraga pada masa kehamilan</li> <li><input type="checkbox"/> Persiapan sebelum kelahiran</li> <li><input type="checkbox"/> Persiapan dan tanggapan terhadap nyeri yang diderita saat persalinan</li> <li><input type="checkbox"/> Pemahaman tentang cara bersalin</li> <li><input type="checkbox"/> Pemeriksaan bayi yang baru lahir</li> <li><input type="checkbox"/> Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Manajemen Kesehatan Setelah Kelahiran</li> <li><input type="checkbox"/> Menyusui dengan ASI               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menyusui ASI                   <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Membutuhkan konsultasi menyusui dengan ASI</li> <li><input type="checkbox"/> Telah menyediakan sumber buku panduan menyusui ASI<br/>(Kunjungi situs kesehatan 99 dinas kesehatan nasional: <a href="http://health99.hpa.gov.tw">http://health99.hpa.gov.tw</a> Cari )</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Tidak menyusui ASI               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Memerlukan penyuluhan tentang formula susu bubuk</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|
- ※ Informasi pendidikan kesehatan Silakan scan kode QR di sebelah kanan untuk informasi pendidikan kesehatan



Rumah sakit/klinik pemeriksaan:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

# Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-10

Kehamilan Tahap 3 : usia kehamilan lebih dari 29 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan : pada minggu ke-40

# 10

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※ Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

## • Saya telah membaca panduan kesehatan, silakan centang pada

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Informasi berhenti merokok (halaman 51)                      | <input type="checkbox"/> 5. Pengenalan akan depresi setelah persalinan                           | <input type="checkbox"/> 9. Pemahaman tentang cara bersalin        |
| <input type="checkbox"/> 2. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             | <input type="checkbox"/> 6. Olahraga pada masa kehamilan   | <input type="checkbox"/> 10. Pemeriksaan bayi yang baru lahir      |
| <input type="checkbox"/> 3. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              | <input type="checkbox"/> 7. Persiapan sebelum kelahiran  | <input type="checkbox"/> 11. Menyusui dengan ASI                   |
| <input type="checkbox"/> 4. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera | <input type="checkbox"/> 8. Persiapan dan tanggapan terhadap nyeri yang diderita saat persalinan | <input type="checkbox"/> 12. Manajemen Kesehatan Setelah Kelahiran |
|  |  | <input type="checkbox"/> 13. Rumah sakit ibu dan anak              |
|  |  | <input type="checkbox"/> 14. Penitipan anak                        |

## • Pemeriksaan tingkat depresi (Keterangan: Jika dua masalah berikut terjadi pada Anda, Anda disarankan untuk memberi tahu keluarga atau dokter tentang hal tersebut agar mendapatkan bantuan.)

1. Selama satu bulan terakhir, apakah sering merasa tertekan, depresi, atau merasa tidak adaharapan untuk masa depan?  Ya  Tidak
2. Selama satu bulan terakhir, apakah cenderung kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu?  Ya  Tidak

## • Kondisi bahaya rokok

1. Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 51, dan harap berhenti merokok)  Tidak
2. Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 51 dan minta anggota keluarga untuk berhenti merokok)  Tidak

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_ Tanda tangan anggota keluarga: \_\_\_\_\_

# Catatan pemeriksaan kehamilan ke-10

Tanggal pemeriksaan kehamilan kali ini tahun\_\_bulan\_\_tanggal\_\_(kehamilan minggu ke\_\_)

## Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal

Tidak ada ge ala khusus

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)

## Peringatan khusus dokter

Pada waktu mau melahirkan, harap ingat untuk bawa buku pedoman kesehatan ibu hamil dan “catatan pemeriksaan hepatitis B untuk para ibu pada masa kehamilan” yang dicetak oleh departemen pengendalian penyakit.

## Kondisi Pertumbuhan Janin

### Bulan kesepuluh

Bayi yang berusia 10 bulan cukup besar, dan ruang dalam rahim makin menyempit, gerakan janin akan berkurang. Posisi kepala bayi menghadap ke bawah, lutut bertekuk mendekati hidung, paha atas menempel dengantubuh.

## Informasi pendidikan kesehatan

Informasi berhenti merokok (halaman 51)

Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan

Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan

Pengenalan akan depresi setelah persalinan

Olahraga pada masa kehamilan

Persiapan sebelum kelahiran

Persiapan dan tanggapan terhadap nyeri yang diderita saat persalinan

Pemahaman tentang cara bersalin

Pemeriksaan bayi yang baru lahir

Menyusui dengan ASI

Manajemen Kesehatan Setelah Kelahiran

Metode kontrasepsi/ Cara KB

Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil

※ Lihat informasi pendidikan kesehatan Silakan scan kode QR disebelah kanan untuk informasi pendidikan kesehatan



Rumah sakit/klinik pemeriksaan:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:



# Catatan pemeriksaan kehamilan lainnya

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※ Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

● Catatan pemeriksaan kehamilan	● Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal
Berat badan (kg)	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus
Tekanan darah (mmHg)	<input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:
Denyut jantung janin (kali/menit)	1. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Posisi janin	2. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Kandungan gulapada urin	3. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Kandungan protein pada urin	4. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Pembengkakan	※ Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)
Varises	Rumah sakit/klinik pemeriksaan:
	Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya: _____ tahun _____ bulan _____ tanggal

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

# Catatan pemeriksaan kehamilan lainnya

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_ bulan \_\_ tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※ Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

● Catatan pemeriksaan kehamilan sebelum persalinan	● Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal
Berat badan (kg)	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus
Tekanan darah (mmHg)	<input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:
Denyut jantung janin (kali/menit)	1. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Posisi janin	2. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Kandungan gulapada urin	3. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Kandungan protein pada urin	4. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Pembengkakan	※ Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)
Varises	<div style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #fff;"> <p>Rumah sakit/klinik pemeriksaan:</p> </div>
	<p>Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya: _____ tahun _____ bulan _____ tanggal _____</p>

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

# Catatan pemeriksaan kehamilan lainnya

Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal : tahun \_\_bulan\_\_ tanggal \_\_  
(kehamilan minggu ke- \_\_)

※ Sebelum melakukan cek kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk mengisi tabel pemeriksaan pribadi berikut secara lengkap.

- Calon ibu mengalami gejala sebagai berikut:  pendarahan  sakit perut  
 sakit kepala  kejang/keram  Gejala lainnya \_\_\_\_\_

● Catatan pemeriksaan kehamilan	● Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal
Berat badan (kg)	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus
Tekanan darah (mmHg)	<input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:
Denyut jantung janin (kali/menit)	1. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Posisi janin	2. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Kandungan gula pada urin	3. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Kandungan protein pada urin	4. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer
Pembengkakan	※ Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melaporkan sesuai ketentuan, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian TIPVDA)
Varises	Rumah sakit/klinik pemeriksaan:
	Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya: _____ tahun _____ bulan _____ tanggal

- Bila anda mempunyai masalah atau ingin bertanya pada dokter, dapat dicatat sebagai berikut (misal : diet, olahraga, gaya hidup, rokok, alkohol, nutrisi) :

• Catatan pemeriksaan gratis

Jenis	Hasil
Pemeriksaan down syndrome pada kehamilan tahap pertama	
Pemeriksaan down syndrome pada kehamilan tahap kedua	
Amniosentesis	
Pemeriksaan diabetes gestational	
Apakah melakukan vaksinasi Tdap (Tetanus, difteri, dan aselular pertussis) sebelum prenatal?	<input type="checkbox"/> Tidak melakukan vaksinasi <input type="checkbox"/> Melakukan vaksinasi tanggal vaksinasi: Tahun___ Bulan___ Hari___

# Proposal persalinan

Lembaga medis, proposal persalinan, \_\_\_\_\_

Yth. calon ibu dan calon ayah: Memiliki pengalaman persalinan yang aman, nyaman dan menyenangkan adalah harapan kita semua. Sekarang ini, kami mengadvokasikan "Persalinan Ramah" dan berharap dapat memberikan otonomi kepada calon orang tua untuk berpartisipasi dalam perawatan medis. Agar dapat memahami kebutuhan Anda untuk memberikan penjelasan yang tepat untuk Anda, kami harap para calon orang tua dapat memberikan pendapat Anda dan keluarga Anda untuk referensi perawatan. Terima kasih!

\_\_\_\_\_ Dan \_\_\_\_\_ proposal persalinan, ini bayi \_\_\_\_\_ kita, dan tanggal perkiraan kelahirannya adalah \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

Nama ibu hamil \_\_\_\_\_ Nama dokter \_\_\_\_\_

## Pilih jenis layanan

### 1 • Persalinan

- Ya  
 Tidak

Saya tidak ada pendapat tentang hal-hal persalinan yang terdaftar di bawah ini. Saya sepenuhnya menghormati nasihat ahli medis jika Anda mengisi "Ya", silakan lanjut ke perihwal kedua: opsi pembiusan)

- |  |  |
|--|--|
| 1. Saya harap bisa bergerak dengan bebas ketika tahap persiapan kelahiran                  | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 2. Saya berharap bisa makan saat persalinan  | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 3. Saya setuju untuk memasang jarum infus selama persalinan                                | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 4. Saya setuju dengan adanya kemungkinan perlu menyuntik infus intravena selama persalinan | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |

### 2 • Anesthesia preferences

- Ya  Tidak

perlu menggunakan bius penghilang rasa sakit selama persalinan. Saya punya hak untuk memilih.

### 3 · Persalinan alami

<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Saya tidak ada pendapat tentang perihal persalinan alami, dan saya sepenuhnya menghormati nasihat ahli medis (jika Anda mengisi "Ya", silakan lanjut ke perihal 4: Setelah kelahiran)	
	1. Apakah perlu mencukur bagian perineum saat persalinan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	2. Apakah Anda akan berpuasa saat persalinan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	3. Apakah perlu melakukan pemotongan perineum selama persalinan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	4. Apakah perlu menggunakan infus saat persalinan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	5. Apakah perlu menggunakan obat induksi persalinan selama persalinan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	6. Apakah Anda ingin suami Anda untuk menemani proses persalinan Anda?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

### 4 · Setelah Kelahiran

Ya    Tidak   Saya berharap dapat melakukan kontak dengan dengan bayi secepat mungkin, kecuali tidak diperbolehkan secara medis.

### 5 · Newborn care Preferences

Ya    Tidak   Saya berharap untuk menyusui dengan ASI

#### ※ Keterangan :

1. Proposal ini tidak memiliki efek hukum. Bila revisi secara medis diperlukan, tetap disarankan untuk berkomunikasi dengan staf medis terlebih dahulu sebelum penerapan untuk menjamin keselamatan persalinan.
2. Template tersebut disediakan oleh Taiwan Association of Gynecologic Oncologists dan hanya digunakan sebagai referensi. Setiap lembaga medis dapat menambah atau menghapus konten sesuai dengan kebutuhan medis masing-masing.

(Sumber: Taiwan Association of Gynecologic Oncologists)

Tanda tangan calon ibu: \_\_\_\_\_

Tahun \_\_\_ Bulan \_\_\_ Hari \_\_\_



# Catatan persalinan

<b>Waktu persalinan</b>	Tahun ____ bulan ____ tanggal ____ jam ____ menit ____		
<b>Usia kehamilan</b>	Minggu ____ (bulan ____ )		
<b>Cara Persalinan</b>	<input type="checkbox"/> Persalinan alami <input type="checkbox"/> Forcep (forceps delivery) <input type="checkbox"/> Ekstraksi Vakum (vacuum extraction) <input type="checkbox"/> Operasi caesar <input type="checkbox"/> Lain-lain		
<b>Cara Persalinan</b>	Catatan khusus		
<b>Kondisi kelahiran</b>	Jenis kelamin		Jumlah bayi
	Berat badan	gram	Tinggi badan
	Lingkar kepala	cm	cm
<b>Kondisi kelahiran</b>	Catatan untuk situasi khusus		
<b>Tempat kelahiran</b>	Nama:		
	Alamat:		

Bagi calon ibu, jangan lupa untuk melakukan konseling kesehatan!

## Yang perlu diperhatikan saat keluar dari rumah sakit

Peringatan yang telah diberikan

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Metode kontrasepsi/ Cara KB<br><input type="checkbox"/> Menyusui<br><input type="checkbox"/> Pemeriksaan setelah melahirkan selama 4-6 minggu<br><input type="checkbox"/> Pemeriksaan pap smear 3 bulan setelah kelahiran<br><input type="checkbox"/> Mengenali cara mencegah depresi setelah persalinan | <input type="checkbox"/> Pencegahan batuk rejan terhadap bayi<br><input type="checkbox"/> Pencegahan kecelakaan bayi<br><input type="checkbox"/> Kartu pengajaran untuk mengenali feses bayi<br><input type="checkbox"/> Membaca bersama orang tua dan anak |
|---|---|

Pengingat lainnya

1. Layanan satu loket Askes untuk bayi yang baru lahir
- Setelah kantor pendaftaran rumah tangga setempat menerima pendaftaran kelahiran bayi baru lahir, akan berkonsultasi dengan orang tua tentang pengajuan asuransi dan aplikasi kartu Askes untuk si bayi. Setelah orang tua menandatangani dan mengonfirmasi "Formulir laporan kantor pendaftaran rumah tangga kepada layanan antar lembaga Badan Asuransi Kesehatan", Badan Asuransi Kesehatan secara aktif mengurus administrasi dan memberitahu unit pengaju asuransi, serta mengirimkan kartu Askes kepada peserta asuransi. Jika ingin memahami lebih lanjut, dapat menuju ke website Badan Asuransi Kesehatan: <https://www.nhi.gov.tw> .
2. Mulai tanggal 1 Desember 2017, bayi dengan warga negara asing yang lahir di Taiwan, harus diasuransikan sejak tanggal kelahiran setelah mendapatkan ARC.

# Surat Persetujuan Pemberhentian Merokok



## Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan

Transfer dari Lembaga Medis Layanan Penghentian Merokok ke Pusat Layanan Penghentian Merokok



"Pusat pelayanan khusus pemberhentian rokok (selanjutnya disebut Pusat pelayanan kami)" merupakan bagian dari Biro Kesehatan Nasional yang membantu Anda untuk menghentikan kebiasaan merokok. Hal ini dipercayakan pada Yayasan Guru Chang untuk memberikan informasi dan konseling melalui telepon secara profesional.

Untuk memenuhi kebutuhan anda dan menjamin kualitas pelayanan, setelah menerima Surat Persetujuan yang Anda tanda tangani, [Pusat pelayanan kami akan menghubungi Anda, memastikan kebutuhan Anda, memberikan pelayanan gratis sebagaiberikut](#) : konseling dan penyuluhan melalui telepon, informasi kegiatan, buku panduan pemberhentian kebiasaan merokok.

Jika Anda setuju menerima pelayanan ini, pusat pelayanan kami [akan merahasiakan identitas dan latar belakang anda dan tidak akan digunakan untuk tujuan lain. Jadi Anda tidak usah khawatir.](#)

Terima kasih atas dukungan dan bantuan Anda. Semoga Anda sehat selalu!

Hormat kami, "Pusat pelayanan khusus pemberhentian merokok"  
(Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan)

Saya telah membaca surat persetujuan ini dengan teliti. Saya setuju untuk ditransfer dari Rumah Sakit \_\_\_\_\_ untuk menerima informasi dan bimbingan dari pusat pelayanan khusus pemberhentian rokok; saya memahami bahwa pelayanan ini atas kehendak saya pribadi, jika saya ingin berhenti menerima pelayanan ini maka saya boleh memohon untuk berhenti kapan saja.

Nama \_\_\_\_\_ (tanda tangan)

No telp: \_\_\_\_\_ (HP), \_\_\_\_\_ (telepon rumah)  
\_\_\_\_\_ (tahun) \_\_\_\_\_ (bulan) \_\_\_\_\_ (tanggal)

※ Lembaga Medis Layanan Penghentian Merokok harap mengirim data ke "Pusat Layanan Penghentian Merokok" melalui email. Data lembar kertas harap disimpan oleh pihak rumah sakit. Harap lihat situs kami ([www.tsh.org.tw](http://www.tsh.org.tw)) di bagian "download Surat persetujuan untuk transfer" → "penjelasan prosedur transfer" untuk mendapatkan keterangan mengenai prosedur dan format yang berkaitan.

※ Apabila Anda memiliki pertanyaan, silakan hubungi (02) 2886-6363 # 502

※ Waktu pelayanan: Hari Senin – Sabtu Pukul 9:00 pagi ~ pukul 9:00 malam

# Formulir Pemberhentian Merokok

Formulir permohonan Pusat Layanan Penghentian Merokok  
(disimpan oleh Lembaga Medis Layanan Penghentian Merokok untuk referensi di masa mendatang)

Unit pentransferan				Tanggal pentransferan				
Kode Rumah Sakit				No. Tel				
Yang dapat dihubungi				Fax				
Data Pribadi	Nama			Jenis	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Tanggal lahir	____(tahun)____(bulan)____(tanggal)	
	nomor ID			Status	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hamil (Hamil __ minggu)			
	Cara menghubungi	Tel.						
		No. Hp						
Alamat		(   ) Kode pos						
Kondisi merokok	1. Rokok pertama dihisap setelah anda bangun selama?				<input type="checkbox"/> dalam 5 menit (3) <input type="checkbox"/> 5-30 menit (2) <input type="checkbox"/> 31-60 menit (1) <input type="checkbox"/> Lebih dari 60 menit (0)			
	2. Apakah Anda merasa sulit menahan diri jika berada di daerah bebas rokok?				<input type="checkbox"/> Ya (1) <input type="checkbox"/> Tidak (0)			
	3. Rokok pada waktu apa yang sulit Anda lepaskan?				<input type="checkbox"/> Rokok pertama pada pagi hari (1) <input type="checkbox"/> Lainnya (0)			
	4. Berapa batang rokok yang Anda hisap dalam sehari?				<input type="checkbox"/> Lebih dari 31 batang (3) <input type="checkbox"/> 21-30 batang (2) <input type="checkbox"/> 11-20 batang (1) <input type="checkbox"/> 10 batang atau kurang (0)			
	5. Apakah beberapa jam setelah Anda bangun adalah waktu merokok yang paling banyak dalam satu hari?					<input type="checkbox"/> Ya (1) <input type="checkbox"/> Tidak (0)		
	6. Apakah Anda masih merokok jika Anda sakit parah dan berbaring sepanjang hari?					<input type="checkbox"/> Ya (1) <input type="checkbox"/> Tidak (0)		
	Total nilai				Total ____ nilai			

# Catatan Tindak Lanjut Pemeriksaan Hepatitis B untuk Ibu Hamil

Nama		Tanggal Nomor		nomor ID			
Tanggal	Hasil	Pemeriksaan	Pemeriksaan tindak lanjut setelah				
		___ tahun	___ tahun	___ tahun	___ tahun	___ tahun	
		___ bulan	___ bulan	___ bulan	___ bulan	___ bulan	
Perihal		___ tanggal	___ tanggal	___ tanggal	___ tanggal	___ tanggal	
	Antigen hepatitis B (HBs-Ag)						
	- negatif + positif						
Antigen "e" hepatitis B (HBe-Ag)							
- negatif + positif							
Tes fungsi hati	AST (GOT)						
	ALT (GPT)						
USG Hati (Harap diisi ada tidaknya pengerasan hati, dll)							
Lain-lain							
Rumah sakit/klinik							
<p>1. Pihak rumah sakit diharapkan untuk mengisi formulir di atas untuk pemeriksaan antigen hepatitis B positif ibu hamil (HBsAg (+)), serta memberikan penyuluhan untuk melakukan pemeriksaan berkala setelah melahirkan.</p> <p>2. Jenis pemeriksaan akan ditentukan oleh dokter spesialis.</p>							

Harap sobek halaman ini dan berikan kepada staf medis untuk ditempatkan pada rekam medis.

- ☉ Untuk ibu hamil dengan antigen hepatitis B positif (HBsAg (+)), mohon mengingat hal-hal berikut!
- Setelah bayinya lahir harus segera menerima imunisasi HBIG (hepatitis B Immune Globulin) dan vaksinasi hepatitis B. Semakin dini menerima imunisasi, semakin baik. Pada saat yang sama, dalam waktu 24 jam pertama mendapatkan vaksinasi hepatitis B tahap 3, dan setelah genap berusia 12 bulan, sang bayi harus melakukan tes antigen hepatitis B (HBs-Ag) dan antibodi hepatitis B (anti-HBs).
- Minta bantuan dokter untuk melakukan evaluasi jika ada risiko tinggi penularan vertikal dari ibu ke anak (konsentrasi virus hepatitis B dalam darah: 10<sup>6</sup> IU / mL). Harap transfer ke dokter spesialis pencernaan untuk melakukan evaluasi dan pengobatan antivirus supaya mengurangi risiko infeksi hepatitis B pada bayi baru lahir .
- ☉ Jika Anda setuju menerima pelayanan ini, pusat pelayanan kami akan merahasiakan identitas dan latar belakang anda dan tidak akan digunakan untuk tujuan lain. Jadi Anda tidak usah khawatir.
- ☉ Terima kasih atas dukungan dan bantuan Anda. Semoga Anda sehat selalu!
- ☉ Hormat kami, "Pusat pelayanan khusus pemberhentian merokok"  
(Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan)



## Surat Persetujuan untuk Deteksi HIV/AIDSs bebas biaya bagi ibu hamil

HIV dapat ditularkan ke bayi melalui proses kehamilan, persalinan, dan menyusui ASI. Jika ibu hamil dapat mendeteksi infeksi dan mengobatinya sejak dini, serta mengambil tindakan pencegahan, maka dapat mengurangi risiko bayi terinfeksi virus secara efektif. Demi kesehatan bayi, dan untuk kebahagiaan diri Anda sendiri dan keluarga, setiap calon ibu dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan HIV. Keputusan Anda akan menjadi langkah awal untuk membangun kehidupan sehat bagi anak Anda.

Tes tersebut akan menjadi hasil tes pertama. Jika hasil tes positif, Anda masih harus pergi ke rumah sakit AIDS yang ditunjuk untuk konfirmasi pemeriksaan Anda. Jika Anda dipastikan terinfeksi HIV, harap mendiskusikan rencana pengobatan dan persalinan Anda dengan dokter.

Saya telah memahami penjelasan layanan tes HIV/AIDS gratis untuk ibu hamil.

- Saya  menolak untuk melakukan tes HIV  
 Setuju untuk melakukan tes HIV

Keputusan Anda tidak akan memengaruhi hak Anda untuk menerima layanan medis prenatal

Tanda tangan ibu hamil: \_\_\_\_\_ (Tanda tangan)

No. KTP (No. ARC): \_\_\_\_\_

Tanggal: \_\_\_\_\_ (tahun) \_\_\_\_\_ (bulan) \_\_\_\_\_ (tanggal)





# National Central Library Cataloging in Publication (CIP)

**Buku Panduan Ibu Hamil / disusun oleh Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan. -Edisike-4.**

– [ Kota Taipei ] :

Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan,  
Februari 2021

ISBN 978-986-5439-99-6 (soft cover)

1 . Kehamilan    2 . Melahirkan    3 . Perawatan sebelum kelahiran

4 2 9 . 1 2

1 0 9 0 0 4 6 6 4

Nama buku : Buku Panduan Ibu Hamil

Penulis (editor, penerjemah) : Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan (iklan)

Diterbitkan oleh: Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan

Alamat: No. 36, Tacheng St., Datong Dist., Taipei City (Kantor Taipei)

Website: <http://www.hpa.gov.tw/>

Tel: (02) 2522-0888

Tanggal Penerbitan: Februari 2021

Edisi: Cetakan ke-4 Edisi Pertama : Juni 2008

Jumlah edaran: 6,000 buku

Keterangan mengenai buku sejenis lainnya:

Buku ini juga di-upload oleh Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Website : (<http://www.hpa.gov.tw/>) dan website kesehatan 99 (<http://health99.hpa.gov.tw/>)

Harga jual: NT\$7,-/buku

Tempat penjualan

Taipei: Toko Buku Nasional

Alamat: 1,2 F, No. 209, Song jiang Rd., Taipei 10485

Tel: (02) 2518-0207

Taichung: Wu Nan Culture Hall

Alamat: No. 6, Zhongshan Rd., Middle District., Taichung 40042

Tel: (04) 2226-0330

GPN: 1011000132

ISBN: 978-986-5439-99-6

Hak cipta : Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan, Departemen Kesehatan, Executive Yuan, R.O.C.

© Semua hak dilindungi undang-undang. Segala bentuk penggunaan atau kutipan, sebagian atau seluruhnya harus disahkan oleh pemegang hak cipta Bureau of Health Promotion Department of Health, ROC. Silakan kontak dengan Bureau of Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan, Taipei, Taiwan (ROC) (TEL: 886- 2-25220888)

Dana publikasi buku panduan ini disponsori oleh Departemen Kesehatan Divisi Pengendalian Tembakau dan Kesehatan.



# Menghargai dan mendukung hak calon ibu untuk menyusui



Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan mengingatkan Anda bahwa

"Ketentuan tentang Menyusui di Tempat Umum" dengan jelas mengatur bahwa tidak seorangpun boleh melarang, mengusir atau menghalangi perempuan saat menyusui di tempat umum. Bagi yang melanggar akan didenda minimal NTS 6.000 dan maksimal NTS 30.000.



Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan  
Biaya tersebut disponsori oleh Departemen Kesehatan Divisi  
Rokok, Kesehatan dan Kesejahteraan.

**Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870**



website kesehatan  
ibu hamil

**Rokok membunuh kamu  
dan orang di sekitar kamu.  
Jauhilah merokok!**

### **Perokok tangan ketiga**

adalah partikel beracun yang menempel pada pakaian, perabot, boneka, dan benda lain setelah merokok. Partikel beracun tersebut bertahan setidaknya selama setengah tahun ke atas. Tidak hanya membahayakan kesehatan perokok, begitu juga kesehatan anggota keluarganya, terutama bayi ...

**Bahkan teddy bear kesayanganku juga diracuni olehnya.**



**Hotline Penghentian Kebiasaan Merokok 0800-636363**  
Lembaga penghentian merokok di setiap daerah kabupaten dan kotamadya



**Dunia Penuh Cinta Tanpa Merokok**

Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan  
Biaya tersebut disponsori oleh Departemen Kesehatan Divisi  
Rokok, Kesehatan dan Kesejahteraan.



# Kebahagiaan yang berharga untuk Anda, perasaan syukur yang hangat seumur hidup

Mari lindungi anak perempuan bersama-sama dengan tidak melakukan pemeriksaan jenis kelamin



Dinas Kesehatan Nasional Departemen  
Kesehatan dan Kesejahteraan  
<http://www.hpa.gov.tw>

Biaya iklan disponsori oleh Administrasi Promosi Kesehatan,  
Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan





## Nama Calon Ibu



Jangan lupa untuk membawa Buku Panduan Ibu Hamil ketika melakukan pemeriksaan kehamilan.



Jika Anda menemukan buku panduan tersebut, harap menelepon pemilik buku (telepon: ) atau serahkan ke Biro (Kantor) Kesehatan terdekat atau rumah sakit pemeriksaan kehamilan yang dikunjungi pemilik untuk dikembalikan. Terima kasih!



Disusun oleh Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan

Biaya publikasi disponsori oleh Administrasi Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan

Alamat: No.36, Tacheng St., Datong Dist., Taipei  
(Kantor Taipei)

Telepon: (02)2522-0888

Faksimile: (02)2522-0629

Hotline Khusus Ibu Hamil: 0800-870870

Tahun Terbit: 2021

ISBN 978-986-5439-99-6



GPN : 1011000132

Harga: NT \$7