

♥ Hamil Nyaman  
Persalinan Lancar ♥

# Buku Panduan Pendidikan Kesehatan Ibu Hamil



Disusun oleh Dinas Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan

Tahun Terbit: 2022

# Perlindungan Lembut Perawatan Online

Pendidikan  
Kesehatan  
Kehamilan

Pemberian ASI

Perawatan Bayi

Sumber Daya  
Maternal

Laman Kesehatan Ibu Hamil & Halaman Penggemar

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

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

- Pendidikan Kesehatan Kehamilan
- Manajemen Pemeriksaan Kehamilan
- Bantuan untuk Ibu Hamil
- Pedoman Bantuan Medis



Telepon bebas biaya

**0800-870870**

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



**Jaga Kesehatan**

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



# Buku Panduan Pendidikan Kesehatan Ibu Hamil

## -Instruksi manual-

Harap membawa **Buku Panduan Pendidikan Kesehatan Ibu Hamil** dan **kartu Akses** setiap kali Anda melakukan pemeriksaan kehamilan!

Silakan menandatangani tabel pemeriksaan setiap kali melakukan pemeriksaan (lihat halaman 4~6) 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 lihat halaman 4~6). 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 Dinas Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan, Asosiasi Kebidanan Taiwan dan Ginekologi, Asosiasi Pengobatan Perinatal Taiwan, Asosiasi Obat Janis Ibu Taiwan, Asosiasi Obat Keluarga Taiwan, Asosiasi Kesusteran Taiwan, Asosiasi Bidan Taiwan, Asosiasi Diet Taiwan.

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.

### I. 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, mempererat hubungan suami istri, serta mendirikan dasar yang baik pada hubungan orang tua dan anak.

### II. Berpartisipasi dalam kehamilan 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.

### III. 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.

### IV. 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.

### V. 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.

### VI. Menjadi sumber dukungan untuk keluarga

Ayah yang ikut serta dalam perawatan bayi dapat lebih mudah membangun hubungan ketergantungan dengan 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 dapat 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



7  
Pembengkakan pada wajah dan tangan



8  
Jumlah urin berkurang secara signifikan atau nyeri atau terbakar saat buang air kecil



9  
Janin berhenti bergerak, atau aktivitasnya berkurang setengah dari biasanya.



10  
Vagina mengeluarkan air dengan tidak hentinya (diduga air ketuban pecah)



11  
Sakit punggung dan perut mengeras secara berkelanjutan

# Buku Kesehatan untuk Calon Ibu



## Lima Kewajiban dan Lima Larangan saat Hamil

### YES

- ✓ Pemeriksaan kehamilan tepat waktu
- ✓ Mengenali tanda-tanda kelahiran dini
- ✓ Menjaga kesehatan saat hamil
- ✓ Mengenali kehamilan beresiko
- ✓ Mengenali tanda-tanda kelahiran

### NO

- ✗ 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 dan jenis pelayanan pemeriksaan kehamilan .....	02
Catatan tes prenatal .....	04
Riwayat kehamilan saya .....	07
Catatan pemeriksaan prenatal .....	08

## Catatan USG

Catatan pemeriksaan USG .....	12
Penjelasan pemeriksaan USG .....	15

## Pengajaran dan panduan kesehatan

Catatan pengajaran dan panduan kesehatan prenatal pertama ibu hamil .....	16
Catatan pengajaran dan panduan kesehatan prenatal kedua ibu hamil .....	34

## Catatan pemeriksaan kehamilan

Catatan Inspeksi Diri Kehamilan Pertama .....	20	Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-8 .....	40
Catatan Pemeriksaan Kehamilan Pertama .....	22	Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-9 .....	42
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-2 .....	24	Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-10 .....	44
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-3 .....	26	Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-11 .....	46
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-4 .....	28	Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-12 .....	48
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-5 .....	30	Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-13 .....	50
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-6 .....	32	Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-14 .....	52
Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-7 .....	38		

## Informasi terkait lainnya

Preferensi saya untuk persalinan dan kelahiran .....	58
Catatan kelahiran .....	60
Pengingat sebelum check out dari rumah sakit .....	60
Kenali bahaya rokok .....	61
Catatan tindak lanjut hepatitis B .....	63

## Jadwal dan jenis pelayanan untuk pemeriksaan kehamilan sebelum persalinan



Jadwal		Usia kehamilan	Jenis layanan
Pertama	Kehamilan Tahap 1 (Usia Kehamilan belum genap 13 minggu)	Minggu ke-8	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)</li> <li>Tanda-tanda keguguran, kehamilan berisiko tinggi dan panduan pendidikan kesehatan dan nutrisi kehamilan.</li> <li>Pemeriksaan USG pertama. (Disarankan untuk 8-16 minggu: penilaian jumlah janin, detak jantung janin, pengukuran ukuran janin, posisi implantasi dan perkiraan tanggal persalinan)</li> </ol>
Kedua		Minggu ke-12	<ol style="list-style-type: none"> <li>Setelah minggu ke-8 kehamilan atau pemeriksaan ke-2 harus mencakup pemeriksaan berikut:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan klinik: riwayat 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 sifikis), Rubella IgG dan HBsAg, HBeAg (karena bagi ibu hamil yang karena alasan khusus tidak dapat menerima tes kali ini, dapat menerima tes pada pemeriksaan ke-8), HIV/AIDS (EIA atau PA) (disarankan untuk menggunakan tes antigen/antibodi gabungan), 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 pemerintah. (Keterangan 4)</li> </ol>
Ketiga	Kehamilan Tahap 2 (Usia kehamilan 13 - 29 minggu)	Minggu ke-16	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)</li> <li>Panduan pencegahan kelahiran prematur.</li> </ol>
Keempat		Minggu ke-20	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)</li> <li>Pemeriksaan USG kedua kali. (Disarankan untuk sekitar minggu ke-20: penilaian jumlah janin, detak jantung janin, pengukuran ukuran janin, posisi plasenta dan jumlah air ketuban)</li> <li>Panduan Pencegahan Kelahiran Prematur.</li> </ol>
Kelima		Minggu ke-24	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)</li> <li>Tanda-tanda kelahiran prematur serta panduan kesehatan dan gizi selama kehamilan.</li> <li>Tes laboratorium: pemeriksaan darah rutin (WBC, RBC, Plt, Hct, Hb, MCV) dan skrining diabetes gestasional (Keterangan 2)</li> </ol>
Keenam		Minggu ke-28	Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)

Jadwal		Usia kehamilan	Jenis layanan
Ketujuh	Kehamilan Tahap 3 (Usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	Minggu ke-30	Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)
Kedelapan		Minggu ke-32	1. Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1) 2. Sebelum dan sesudah minggu ke-32 masa kehamilan tersedia pemeriksaan VDRL atau RPR (deteksi sifilis) dan pemeriksaan laboratorium lainnya. 3. Bagi wanita hamil yang berisiko terinfeksi HIV, dianjurkan untuk melakukan tes HIV tambahan (EIA atau PA). (disarankan untuk menggunakan tes antigen/antibodi gabungan) 4. Pemeriksaan USG ke-3 kali (Disarankan setelah minggu ke-32: penilaian detak jantung janin, pengukuran ukuran janin, posisi janin dan posisi plasenta dan jumlah air ketuban)
Kesembilan		Minggu ke-34	Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)
Kesepuluh		Minggu ke-36	1. Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1) 2. Subsidi tes streptokokus B pada ibu hamil. (Keterangan 3)
Kesebelas		Minggu ke-37	Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)
Keduabelas		minggu ke-38	Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)
Ketigabelas		minggu ke-39	Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)
Keempatbelas		minggu ke-40	Pemeriksaan rutin. (Keterangan 1)

※ Untuk wanita hamil yang telah memeriksakan kehamilan di atas 14 kali atau USG di atas 3 kali, dapat melakukan pemeriksaan dengan biaya sendiri. Jika setelah didiagnosis oleh dokter bahwa masih membutuhkan perawatan medis, maka biaya akan ditanggung oleh asuransi kesehatan.

※ Jika kehamilan sudah lebih dari minggu ke-40 dan masih memerlukan pemeriksaan kehamilan tapi telah tidak memenuhi persyaratan asuransi kesehatan, maka dapat dibantu oleh instansi pelayanan medis dengan terlebih dahulu melengkapi pengisian alasan, kemudian mengajukan subsidi pemeriksaan kehamilan khusus kepada Dinas Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan

Keterangan 1: Jenis pemeriksaan rutin

- (1)Pemeriksaan klinik: 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, varises, dll.
- (3)Tes laboratorium: kandungan ptein pada urin, kandungan gula pada urin.

Keterangan 2: Pemerksaan darah rutin termasuk:Hemoglobin(Hb), hematorit(Hct), sel darah merah (RBC), volume rata-rata sel darah merah (MCV), sel darah putih (WBC), platelet(Plt). Selain itu, sehubungan dengan tes HIV, jika selama kehamilan dinilai oleh dokter memiliki resiko terinfeksi, tidak terbatas oleh periode pemeriksaan kehamilan, layanan tes HIV tetap akan diberikan.

Keterangan 3: Tes streptokokus B untuk ibu hamil disarankan untuk 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 hotine khusus imunisasi dan vaksin di setiap daerah kabupaten dan kotamadya untuk lokasi penyuntikan vaksin dan informasi terkait lainnya.

# Catatan Pemeriksaan Kehamilan

## 40(5A) Pemeriksaan Kehamilan ke-1

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 1 (usia kehamilan belum genap 13 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-8	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 41(5B) Pemeriksaan Kehamilan ke-2

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 1 (usia kehamilan belum genap 13 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-12	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 42(5C) Pemeriksaan Kehamilan ke-3

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 2 (usia kehamilan 13 - 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-16	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 43(5D) Pemeriksaan Kehamilan ke-4

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 2 (usia kehamilan 13 - 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-20	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 44(5E) Pemeriksaan Kehamilan ke-5

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 2 (usia kehamilan 13 - 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-24	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 45(5F) Pemeriksaan Kehamilan ke-6

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 2 (usia kehamilan 13 - 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-28	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

Keterangan: Kode medis institusi medis (kebidanan)

## 46(5G) Pemeriksaan Kehamilan ke-7

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-30	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 47(5H) Pemeriksaan Kehamilan ke-8

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-32	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 48(5I) Pemeriksaan Kehamilan ke-9

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-34	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 49(5J) Pemeriksaan Kehamilan ke-10

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-36	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 50(5K) Pemeriksaan Kehamilan ke-11

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-37	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

## 51(5L) Pemeriksaan Kehamilan ke-12

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-38	

Institusi Pemeriksa \_\_\_\_\_

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

Tanggal pemeriksaan  
tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

### 52(5M) Pemeriksaan Kehamilan ke-13

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-39	
Institusi Pemeriksa _____		
Tanda Tangan Pemeriksa _____		
Tanggal pemeriksaan tahun _____ bulan _____ tanggal _____		

### 53(5N) Pemeriksaan Kehamilan ke-14

<b>Jadwal</b>	Kehamilan Tahap 3 (usia kehamilan lebih dari 29 minggu)	
<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	minggu ke-40	
Institusi Pemeriksa _____		
Tanda Tangan Pemeriksa _____		
Tanggal pemeriksaan tahun _____ bulan _____ tanggal _____		

### 54 Pemeriksaan Kehamilan lainnya

<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	Di atas 40 minggu	
Institusi Pemeriksa _____		
Tanda Tangan Pemeriksa _____		
Tanggal pemeriksaan tahun _____ bulan _____ tanggal _____		

### 54 Pemeriksaan Kehamilan lainnya

<b>Usia kehamilan yang disarankan</b>	Di atas 40 minggu	
Institusi Pemeriksa _____		
Tanda Tangan Pemeriksa _____		
Tanggal pemeriksaan tahun _____ bulan _____ tanggal _____		

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

Item Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan	Nama Institusi Pemeriksaan
<input type="checkbox"/> 60 (6A) : Pemeriksaan USG pertama kali		
<input type="checkbox"/> 61 (6B) : Pemeriksaan disarankan USG ke-2		
<input type="checkbox"/> 62 (6C) : Pemeriksaan USG ke-3		

Item Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan	Nama Institusi Pemeriksaan
<input type="checkbox"/> 55 (6D) : Tes anemia		
<input type="checkbox"/> 56 (6E) : Skrining diabetes gestasional		
<input type="checkbox"/> 66 (67) : Skrining Streptococcus B prenatal		

Keterangan: Kode medis institusi medis (kebidanan)

# 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)					
Lahir hidup	Usia kehamilan lahir hidup				
	Cara bersalin	Persalinan alami			
		Persalinan dengan vakum			
		Persalinan dengan tang			
		Operasi caesar			
	Jenis kelamin				
	Berat lahir (g)				
	Status janin	Hidup			
		Mati (usia dan penyebab)			
Kelainan janin					
Keguguran	Keguguran Alami				
	Aborsi				
Lahir mati	Usia kehamilan				
	Cara bersalin				

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

## Tabel Catatan Pemeriksaan Kesehatan Prenatal



Data Pribadi			
Urutan anak ke:		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> (m <sup>2</sup> )	

Catatan pemeriksaan rutin				
Jenis	Hasil		Jenis	Hasil
Faktor Rh	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		Antigen permukaan hepatitis B	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Golongan Darah	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB		Antigen "e" hepatitis B	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Sel darah putih (WBC)	Pertama kali	Kedua kali	Tes serologi sifilis pertama (VDRL atau RPR)	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
	$\times 10^3/\mu\text{L}$	$\times 10^3/\mu\text{L}$		
Sel darah merah (RBC)	$\times 10^6/\mu\text{L}$	$\times 10^6/\mu\text{L}$	Tes serologi sifilis kedua pertama (VDRL atau RPR)	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Platelet (Plt)	$\times 10^3/\mu\text{L}$	$\times 10^3/\mu\text{L}$	Reaksi antibodi campak Jerman	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Hematokrit (Hct)	%	%	Tes streptokokus B	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Volume rata-rata sel darah merah (MCV)	fl	fl	Pemeriksaan panggul	
Hemoglobin (Hb)	g/dL		lain _____	
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
Diabetes gestasional	GLU AC : _____ mg/dL		lain _____	
	GLU 1hr : _____ mg/dL			
	GLU 2hr : _____ mg/dL			
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal			

※ Informasi dalam formulir ini akan digunakan untuk evaluasi kebijakan unit kesehatan atau pelacakan per kasus dalam manajemen kesehatan.

- ※ 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 (HBsAg) dan antibodi hepatitis B (anti-HBs). Jika hasil tes antigen hepatitis B (HBsAg) dan antibodi hepatitis B (anti-HBs) negatif (-), maka dapat menambah vaksinasi hepatitis B secara gratis.
- ※ Bila hasil tes menunjukkan antigen hepatitis B (HBsAg) positif, silakan minta dokter untuk mencantumkan hasil pemeriksaan kehamilan kali ini dalam "Daftar Pemeriksaan Lanjutan Hepatitis B untuk Ibu Hamil (halaman 63)". Bagi calon ibu yang memiliki risiko penularan vertikal tinggi hepatitis B dengan konsentrasi virus  $\geq 10^6$  IU/mL, harap dirujuk ke dokter spesialis pencernaan untuk melakukan penilaian dan gunakan obat 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.
- ※ Jika ditemukan anemia pada pemeriksaan darah rutin ibu hamil, maka penyebab anemia harus diperiksa lebih lanjut dan diperbaiki untuk mengurangi risiko kelahiran prematur dan berat janin terlalu kecil. Jika ibu hamil menderita anemia glomerulus (MCV<80fl), suami juga harus diskriming anemia glomerulus, untuk menilai risiko dan tingkat keparahan thalasemia janin.
- ※ Jika ditemukan trombositopenia pada pemeriksaan darah rutin ibu hamil ( $Plt < 150 \times 10^3 / uL$ ), sebagian besar adalah trombositopenia sementara yang disebabkan oleh kehamilan, dan sebagian kecil terkait dengan preeklamsia, obat-obatan, infeksi virus, respons kekebalan, dll. Kebanyakan orang dengan trombositopenia ringan ( $Plt 100 \sim 149 \times 10^3 / uL$ ) dan asimtomatik tidak memerlukan perawatan, tetapi dianjurkan untuk dilacak secara teratur. Harap ibu hamil perhatikan jika ada gejala seperti pendarahan vagina, gusi berdarah berulang, bintik-bintik ungu dan memar pada kulit, sesegera mungkin cari perawatan medis.
- ※ Jika ibu hamil terdiagnosis diabetes gestasional, maka akan meningkatkan risiko bayi raksasa, distosia bahu, janin mati dalam kandungan, preeklamsia dan diabetes kronis. Dapat dikontrol dengan diet, olahraga, atau obat-obatan yang dapat membantu mengontrol gula darah. Gula darah sebelum makan harus lebih rendah dari 95mg/dL, 2 jam setelah makan gula darah harus lebih rendah dari 120mg/dL, ini dapat mengurangi komplikasi yang disebabkan oleh diabetes gestasional.

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	Keenam
Usia kehamilan yang disarankan	Minggu ke-8	Minggu ke-12	Minggu ke-16	Minggu ke-20	Minggu ke-24	Minggu ke-28
Tanggal Pemeriksaan						
Kehamilan minggu ke						
Berat badan (kg)						
Tekanan darah (mmHg)						
Denyut jantung janin ※ (usia kandungan di bawah 2 bulan tidak perlu isi)						
Kandungan gula pada urin						
Kandungan portein 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"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu diperhatikan atau adanya kelainan <input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus	<input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu diperhatikan atau adanya kelainan <input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus	<input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu diperhatikan atau adanya kelainan <input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus	<input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu diperhatikan atau adanya kelainan <input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus	<input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu diperhatikan atau adanya kelainan <input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus	<input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu diperhatikan atau adanya kelainan <input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus
Tanggal pemeriksaan berikutnya						



# Catatan Pemeriksaan Kehamilan USG pertama kali

(Disarankan pemeriksaan dilakukan pada minggu ke-8 sampai minggu ke-16)

## Data pribadi ibu hamil

Nama \_\_\_\_\_ Usia \_\_\_\_\_ Nomor Rekam Medis \_\_\_\_\_ Usia kehamilan \_\_\_\_\_

Tanggal perkiraan kelahiran: tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

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

Tempel foto

## Laporan pemeriksaan

Jumlah janin  Bayi tunggal  Bayi kembar dua  Bayi kembar \_\_\_\_\_

Denyut jantung janin  Ada  Tidak ada

Posisi implantasi  Normal  Ada kelainan

Panjang kepala-pinggul janin \_\_\_\_\_ cm, USG usia kehamilan \_\_\_\_\_ minggu

Lingkar kepala, diameter janin \_\_\_\_\_ cm, USG usia kehamilan \_\_\_\_\_ minggu

Tanggal perkiraan kelahiran \_\_\_\_\_

Hasil pemeriksaan  Pemeriksaan rutin  Perlu pemeriksaan lebih lanjut

Pengisi laporan \_\_\_\_\_ Tanggal Pemeriksaan \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_

# Catatan Pemeriksaan Kehamilan USG ke-2 kali

(Disarankan pemeriksaan di sekitar minggu ke-20)

## Data pribadi ibu hamil

Nama \_\_\_\_\_ Usia \_\_\_\_\_ Nomor Rekam Medis \_\_\_\_\_ Usia kehamilan \_\_\_\_\_

Tanggal perkiraan kelahiran: tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

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

Tempel foto

## Laporan pemeriksaan

Jumlah janin  Bayi tunggal  Bayi kembar dua  Bayi kembar \_\_\_\_\_

Denyut jantung janin  Ada  Tidak ada

Lokasi plasenta  Dinding depan  Dinding belakang  Plasenta praevia  Plasenta letak rendah

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

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

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

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

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

Hasil pemeriksaan  Pemeriksaan rutin  Perlu pemeriksaan lebih lanjut

Pengisi laporan \_\_\_\_\_ Tanggal Pemeriksaan: tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

# Catatan Pemeriksaan Kehamilan USG ke-3 kali

(Disarankan pemeriksaan di sekitar minggu ke-32)

## Data pribadi ibu hamil

Nama \_\_\_\_\_ Usia \_\_\_\_\_ Nomor Rekam Medis \_\_\_\_\_ Usia kehamilan \_\_\_\_\_

Tanggal perkiraan kelahiran: tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

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

Tempel foto

## Laporan pemeriksaan

Jumlah janin  Bayi tunggal  Bayi kembar dua  Bayi kembar \_\_\_\_\_

Denyut jantung janin  Ada  Tidak ada

Posisi fetal  Posisi kepala  Posisi fetal abnormal

Lokasi plasenta  Dinding depan  Dinding belakang  Plasenta praevia  Plasenta letak rendah

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

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

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

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

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

Hasil pemeriksaan  Pemeriksaan rutin  Perlu pemeriksaan lebih lanjut

Pengisi laporan \_\_\_\_\_ 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. Dalam seluruh proses pemeriksaan kehamilan, disarankan untuk menjalani pemeriksaan USG minimal 3 kali. Pemeriksaan pertama pada minggu kehamilan ke-8 sampai 16; pemeriksaan kedua sekitar usia kehamilan minggu ke-20; pemeriksaan ketiga setelah minggu ke-32 sampai sebelum persalinan. Bagi ibu hamil yang memiliki kondisi tertentu atas evaluasi oleh ahli medis, boleh menjalani pemeriksaan lebih lanjut.

## 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 tengkurap, 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 USG 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. **Panjang kepala-pinggul (CRL):** Mengukur panjang janin mulai dari kepala sampai ke pinggul, biasanya dilihat dari arah bagian baring horizontal janin, diukur jarak terpanjang dari puncak kepala sampai ke pinggul janin. Ini merupakan indikator jumlah minggu paling penting pada trimester pertama kehamilan, dan juga dapat digunakan sebagai kriteria apakah perlu mengubah tanggal perkiraan kelahiran.
2. **Lingkaran kepala, diameter biparietal (BPD):** Ukur diameter maksimal sisi kiri dan kanan kerangka 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.
3. **Panjang paha (FL):** Pengukuran panjang paha janin sama dengan pengukuran diameter biparietal, yakni dapat digunakan untuk memperkirakan ukuran janin, usia kehamilan dan perkembangan tulang.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **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

Melalui diagnosa dokter, mulai dari saat dipastikan hamil sampai dengan usia kehamilan belum mencapai 17 minggu

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

[Layanan ini didanai 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)

0. Tidak     1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru merokok  
 2. Sering atau setiap hari
0. Tidak     1. Ya     2. Lingkungan sekitar tidak ada asap rokok pasif
0. Tidak     1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru minum     2. Sering minum
0. Tidak     1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru makan     2. Sering makan
0. Tidak     1. Kadang-kadang  
 2. Sering menggunakan, bahkan menggunakannya setiap hari
0. Tidak     1. Kadang-kadang     2. Batuk lebih dari 2 minggu



## Kesehatan psikologis (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

※ Jika kedua permasalahan di atas terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.

## 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 pembedahan rahim
- (2) operasi jantung
- (3) penyakit tekanan darah tinggi
- (4) kehamilan dengan diabetes
- (5) kelahiran prematur
- (6) bayi dengan kelainan bawaan
- (7) janin mati/lahir mati
- (8) kematian bayi yang baru lahir
- (9) kesulitan untuk melahirkan dengan cara normal
- (10) pendarahan setelah persalinan
- (11) infeksi streptokokus B pada janin sebelumnya
- (12) keguguran
- (13) riwayat penyakit kardiovaskular
- (14) 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 dan 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	
<p style="text-align: center;"><b>Menjaga keselamatan ibu dan janin</b></p> <p>(Lihat manual: Biarkan Bayi Tumbuh dengan Sehat; leaflet Pendidikan Kesehatan Infeksi Penyakit Virus Zika)</p>	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, kram dan 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 14, segera ke rumah sakit terdekat dan rumah sakit dengan pertolongan darurat tingkat menengah dan berat 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 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.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bagi ibu hamil yang merokok kali ini, akan dibantu dan ditransfer ke klinik berhenti merokok atau saluran berhenti rokok.
	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) Ada 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	
<b>Hak kesetaraan gender</b> (lihat panduan: Anak laki-laki, Anak Perempuan Sama Baiknya)	Sayangi bayi kita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anak perempuan maupun anak laki-laki sama baiknya. Anak yang kita lahirkan adalah buah hati kita. 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.
<b>Nutrisi pada masa kehamilan</b> (lihat panduan: Makan yang Sehat)	Suplemen nutrisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengetahui pentingnya asupan asam folat, vitamin D, dan yodium yang cukup antara 1 bulan sebelum hamil dan selama kehamilan.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengetahui kecukupan kalsium dan meningkatkan asupan zat besi selama kehamilan. Pentingnya tambahan suplemen vitamin B12 bagi yang vegetarian
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengetahui untuk berkonsultasi dengan dokter dan ahli gizi, secara tepat memilih dan mengonsumsi makanan suplemen bergizi.
	Pola makan yang seimbang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengetahui bahwa ada morning sickness pada tahap awal kehamilan, disarankan untuk makan dalam porsi kecil dan sering, memprioritaskan asupan enam jenis makanan utama yang bernutrisi tinggi, hindari makanan olahan yang mengandung kadar gula, minyak dan garam yang tinggi.

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

Ya  Tidak

1. Isi pedoman pendidikan kesehatan ini disusun bersama oleh Dinas Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan, Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology, Taiwan Maternal Fetal Medicine Association, Taiwan Perinatal Medicine Association, Taiwan Family Medicine Association, Taiwan Nurses Association, Taiwan Midwives Association, serta Taiwan Dietitian Association TDA.
2. Panduan pendidikan kesehatan kali ini dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan kesehatan ibu hamil, dan dapat dikombinasikan dengan pemeriksaan prenatal ibu hamil yang pertama kali hingga ke-3 kali (masa kehamilan antara minggu 8-17) untuk melaksanakan bimbingan. Silakan merujuk pada isi buku panduan kesehatan ibu hamil. Informasi dalam formulir ini akan digunakan untuk evaluasi kebijakan unit kesehatan atau pelacakan per kasus dalam 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 bimbingan: tahun ____ bulan ____ tanggal ____
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 perawatan kesehatan ibu hamil <a href="http://mammy.hpa.gov.tw">http://mammy.hpa.gov.tw</a> ※ Bagi yang berminat berhenti merokok dapat menghubungi hotline berhenti merokok gratis 0800-636363

## 1

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan awal

Kehamilan Tahap 1: Sebelum minggu ke-13

- Usia kehamilan yang disarankan : Minggu ke-8

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.

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

- Riwayat kesehatan calon ibu sangat penting untuk diagnosa dokter. Calon ibu diharap mengisi dengan teliti. Bila Anda pernah mengalami gejala di bawah ini, ■ bubuhkan tanda "v".**

### Riwayat 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 dan penyakit autoimun (kekebalan tubuh)                      |
| <input type="checkbox"/> 4. Operasi penyakit spesialis luar           | <input type="checkbox"/> 15. Penyakit asma dan paru-paru  |
| <input type="checkbox"/> 5. Penyakit ginjal                           | <input type="checkbox"/> 16. Epilepsi   |
| <input type="checkbox"/> 6. Penyakit gondok                           | <input type="checkbox"/> 17. Penyakit bawaan dan kelainan bawaan 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. Riwayat penyakit kardiovaskular  |
| <input type="checkbox"/> 9. Kanker dan tumor pada kandungan           | <input type="checkbox"/> 20. Mengonsumsi obat-obatan terlarang  |
| <input type="checkbox"/> 10. Penyakit saraf simpatik                  | <input type="checkbox"/> 21. Lainnya  |
| <input type="checkbox"/> 11. Penyakit kandung kemih (saluran kencing) |   |

### Riwayat 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 atau lahir mati |
| <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. Riwayat penyakit kardiovaskular  |
| <input type="checkbox"/> 12. Peradangan ketuban                                | <input type="checkbox"/> 24. Lain-lain  |

Saya telah membaca informasi panduan kesehatan, silakan centang pada .

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jenis pemeriksaan kehamilan (halaman 2)         | <input type="checkbox"/> 6. Tips kehidupan selama kehamilan                             |
| <input type="checkbox"/> 2. Petunjuk pemeriksaan USG pranatal (halaman 15)  | <input type="checkbox"/> 7. Cara mengatasi ketidaknyamanan selama kehamilan             |
| <input type="checkbox"/> 3. Informasi berhenti merokok (halaman 61)         | <input type="checkbox"/> 8. Kontrol berat badan dan diet selama kehamilan               |
| <input type="checkbox"/> 4. Layanan skrinning HIV gratis untuk wanita hamil | <input type="checkbox"/> 9. Infeksi dan komplikasi selama kehamilan                     |
| <input type="checkbox"/> 5. Diagnosis genetik pranatal dan subsidi          | <input type="checkbox"/> 10. Tanda-tanda bahaya yang membutuhkan perhatian medis segera |

**Pemeriksaan Tingkat Depresi**

(Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahunya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

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

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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 Pemeriksaan Kehamilan awal

Kehamilan Tahap 1: Sebelum minggu ke-13

- Usia kehamilan yang disarankan : Minggu ke-8

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

### Peringatan khusus doktor

- Jika Anda mengalami pendarahan vagina pada tahap awal kehamilan, segera dapatkan bantuan medis
- Pemeriksaan USG pertama (laporan inspeksi ditempelkan pada halaman ke-12)

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu ke 6 - 8

Dapat melalui USG melihat denyut jantung janin.

### Informasi pendidikan kesehatan

- Informasi berhenti merokok (halaman 61)
- Petunjuk skrining USG pemeriksaan kehamilan (halaman 15)
- Kelainan bawaan
- Diagnosa kelainan bawaan pada kehamilan dan subsidi terkait.



## Pencegahan dan pengendalian bahaya rokok dan alkohol

- Pencegahan dan pengendalian bahaya rokok dan alkohol
- Anak laki, anak perempuan sama baiknya
- 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
- Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

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 1: Sebelum minggu ke-13

- Usia kehamilan yang disarankan : Minggu ke-12

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"/> 7. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> 2. Informasi berhenti merokok (halaman 61)        | <input type="checkbox"/> 8. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan               |
| <input type="checkbox"/> 3. Skining HIV gratis ibu hamil.                  | <input type="checkbox"/> 9. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera. |
| <input type="checkbox"/> 4. Diagnosis genetik prenatal dan subsidi         |   |
| <input type="checkbox"/> 5. Tips kehidupan selama kehamilan                |   |
| <input type="checkbox"/> 6. Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan |   |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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

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

## Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

※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)

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

## Peringatan khusus dokter

- Usia kehamilan 11-14 minggu dapat melakukan Tes Down Syndrome Tahap 1 ( termasuk biaya tanggungan sendiri, hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 57).
- Tes darah untuk pemeriksaan antibodi campak Jerman, tes sifilis. (Hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 8 ).
- Tes darah untuk pemeriksaan antigen hepatitis B (HBsAg), antigen "e" hepatitis B (HBeAg). 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 8 )
- Dianjurkan untuk menerima tes HIV/AIDS gratis untuk ibu hamil.

## Kenali pertumbuhan janin

Minggu 9-12

Perkembangan lima indera, anggota badan dan organ penting janin

## Informasi pendidikan kesehatan

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tes prenatal (Halaman 2)                     | <input type="checkbox"/> Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan                |
| <input type="checkbox"/> Hasil tes darah hepatitis B (Halaman 8)      | <input type="checkbox"/> Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> Hasil tes antibodi campak Jerman (Halaman 8) | <input type="checkbox"/> Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera. |
| <input type="checkbox"/> Informasi berhenti merokok                   | <input type="checkbox"/> Tanda bahaya yang memerlukan perawatan medis segera           |
| <input type="checkbox"/> Layanan skrining HIV gratis untuk ibu hamil  | <input type="checkbox"/> Menyusui dengan ASI, penyuluhan ramah bagi ibu dan bayi       |
| <input type="checkbox"/> Diagnosa genetik prenatal dan subsidi        | <input type="checkbox"/> Kencangkan sabuk pengaman di dalam mobil                      |
| <input type="checkbox"/> Anak laki, anak perempuan sama baiknya       |  |
| <input type="checkbox"/> Tips kehidupan selama kehamilan              |  |



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 3

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-3

Kehamilan Tahap 2: Kehamilan antara minggu ke-13 hingga minggu ke-29

- 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. Tips kehidupan selama kehamilan                                |
| <input type="checkbox"/> 2. Informasi berhenti merokok (halaman 61)              | <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. Layanan skrining HIV gratis untuk ibu hamil          | <input type="checkbox"/> 11. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan               |
| <input type="checkbox"/> 5. Diagnosis genetik prenatal dan subsidi               | <input type="checkbox"/> 12. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera. |
| <input type="checkbox"/> 6. Pencegahan dan pengendalian bahaya rokok dan alkohol |  |
| <input type="checkbox"/> 7. Pencegahan kelahiran prematur                        |  |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

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

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

### Peringatan khusus dokter

Minggu 15-20 dapat melakukan sindrom down screening atau amniosentesis. (Hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 57)

(Menggunakan biaya sendiri, subsidi diagnosis genetik prenatal yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan dapat ditemukan dalam kode QR di bawah)

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu 13-16

Janin sepenuhnya terbentuk, kulit berwarna merah muda dan transparan, dan janin mulai bisa bergerak.

### Informasi pendidikan kesehatan

- Informasi berhenti merokok (halaman 61)
- Penyakit bawaan
- Diagnosis genetik prenatal dan subsidi
- Pengendalian bahaya rokok dan alkohol
- Anak laki, anak perempuan sama baiknya
- 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
- Harap cengkangkan sabuk pengaman Anda saat naik mobil



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 4

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-4

Kehamilan Tahap 2: Kehamilan antara minggu ke-13 hingga minggu ke-29

- 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. Penjelasan skrining USG pemeriksaan kehamilan (Halaman 15) | <input type="checkbox"/> 5. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> 2. Informasi berhenti merokok (Halaman 61)                    | <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 (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

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

1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer  
2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer  
3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer  
4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

### Peringatan khusus dokter

Pemeriksaan USG (Laporan pemeriksaan ditempelkan pada halaman 13).

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu17-20

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

### Informasi pendidikan kesehatan

- Penjelasan skrining USG pemeriksaan kehamilan (halaman 15)
- Informasi berhenti merokok (halaman 61)
- Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko 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 saat naik mobil
- Menyusui ASI
- Mau menyusui dengan ASI
- Diperlukan konseling menyusui dengan ASI
- Sudah menyediakan sumber daya manual menyusui dengan ASI  
(Periksa di situs web kesehatan 99 Dinas Kesehatan Nasional <http://health99.hpa.gov.tw>)
- Tidak menyusui dengan ASI
- Butuh panduan susu formula



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 5

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-5

Kehamilan Tahap 2: Kehamilan antara minggu ke-13 hingga minggu ke-29 minggu

- Usia kehamilan yang disarankan: Minggu ke-24

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 dan penjelasan pemeriksaan USG (halaman 15) | <input type="checkbox"/> 7. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> 2. Informasi berhenti merokok (halaman 61)                           | <input type="checkbox"/> 8. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> 3. Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi          | <input type="checkbox"/> 9. Olahraga sebelum persalinan                                  |
| <input type="checkbox"/> 4. Tips kehidupan selama kehamilan                                   | <input type="checkbox"/> 10. Menyusui dengan ASI   |
| <input type="checkbox"/> 5. Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan                    | <input type="checkbox"/> 11. Kenali diabetes gestasional                                 |
| <input type="checkbox"/> 6. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan                  | <input type="checkbox"/> 12. Kenali anemia selama kehamilan                              |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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-5

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

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

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

### Peringatan khusus dokter

- Apakah ada melakukan skrining diabetes gestasional pada minggu 24-28 (Hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 8)
- Apakah ada melakukan tes anemia untuk ibu hamil pada minggu 24-28 (Hasil pemeriksaan dicatat pada halaman 8)
- Kursus pendidikan prenatal

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu 21-24

Lubang hidung janin akan terbuka dan mulai berlatih bernafas. Juga sudah bisa mendengar suara, dapat merasakan suara dunia luar.

### Informasi pendidikan kesehatan

- Penjelasan skrining USG pemeriksaan kehamilan (halaman 15)
- Informasi berhenti merokok (halaman 61)
- Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi
- Tips kehidupan selama kehamilan
- 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
- Olahraga sebelum persalinan
- Menyusui dengan ASI
- Harap kencangkan sabuk pengaman saat naik mobil
- Kenali diabetes gestasional
- Kenali anemia selama kehamilan



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 6

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-6

Kehamilan Tahap 2: Kehamilan antara minggu ke-13 hingga minggu ke-29

- Usia kehamilan yang disarankan: 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 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 61)                  | <input type="checkbox"/> 6. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> 2. Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi | <input type="checkbox"/> 7. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> 3. Tips kehidupan selama kehamilan                          | <input type="checkbox"/> 8. Olahraga sebelum persalinan                                  |
| <input type="checkbox"/> 4. Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan           | <input type="checkbox"/> 9. Menyusui dengan ASI  |
| <input type="checkbox"/> 5. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan         |  |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahunya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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-6

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

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

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

### Peringatan khusus dokter

- Tes diabetes gestasional, jika diperlukan dapat dilakukan setelah minggu ke-24 dan sebelum minggu ke-29 (Hasil tes dicatat pada halaman 8)
- Kursus pendidikan prenatal.
- Minggu 28-36 dapat melakukan vaksin batuk rejan Tdap dengan biaya sendiri, untuk memberikan antibodi ibu kepada janin sehingga mengurangi resiko infeksi pascanatal.

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu ke 25-28

Kulit muncul lipatan merah, lemak di bawah kulit mulai menumpuk, ada pergantian antara waktu beraktivitas dan waktu tidur, ada reaksi terhadap suara dunia luar.

### Informasi pendidikan kesehatan

- Informasi berhenti merokok (halaman 61)
- Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi
- Tips kehidupan selama kehamilan
- 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
- Olahraga sebelum persalinan
- Menyusui dengan ASI
- Harap kenakan sabuk pengaman saat naik mobil



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 2

## Catatan pengajaran dan panduan kesehatan prenatal pertama ibu hamil

Kehamilan minggu ke-29 sampai ke-40

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

[Layanan ini didanai 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 pertamat)

- 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)

0. Tidak     1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru merokok  
 2. Sering atau setiap hari
0. Tidak     1. Ya     2. Lingkungan sekitar tidak ada asap rokok pasif
0. Tidak     1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru minum     2. Sering minum
0. Tidak     1. Kadang atau sewaktu bersosialisasi baru makan     2. Sering makan
0. Tidak     1. Kadang-kadang  
 2. Sering menggunakan, bahkan menggunakannya setiap hari
0. Tidak     1. Kadang-kadang     2. Batuk lebih dari 2 minggu

## Kesehatan psikologis (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

※ Jika kedua permasalahan di atas terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.

## Riwayat medis kehamilan dan persalinan

### ● Apakah sebelumnya memiliki riwayat medis kehamilan dan persalinan?

0. Tidak

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

(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) Beratjanin 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

Diabetes dalam kehamilan

(termasuk AIDS)

Hipertiroidisme

Penyakit internal dan bedah parah

(9) Kelainan panggul

(10) Kelainan rahim, saluran lahir

(11) Riwayat penyakit kardiovaskular

(12) Lainnya

※ Jika memiliki riwayat medis kehamilan dan persalinan tersebut di atas, silahkan minta klinik yang Anda kunjungi untuk mendapatkan layanan medis atau merujukkan Anda ke rumah sakit pertolongan darurat tingkat menengah dan berat. Jika hasil skrining HIV positif, silahkan merujuk ke lembaga medis yang ditunjuk untuk AIDS.

※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	
Menjaga keselamatan ibu dan janin (lihat panduan: Biarakan 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 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 12, segera ke rumah sakit terdekat pertolongan darurat tingkat menengah dan berat 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.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bagi ibu hamil yang merokok kali ini, akan dibantu transfer ke klinik berhenti merokok atau saluran berhenti merokok.
	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 USGjanin harus dilakukan secara rutin setiap 4 minggu sekali untuk melacak pertumbuhan janin.
Nutrisi pada masa (lihat panduan: Makan yang Sehat)	Pengontrolan berat badan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengerti bahwa penambahan berat badan selama kehamilan harus disesuaikan dengan berat badan sebelum kehamilan. Pada umumnya berat badan bertambah kira-kira 10-14 kg, dan harus diperhatikan kecepatan penambahannya.
	Konsumsi makanan seimbang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Utamakan asupan 6 makanan utama alami, hindari makanan olahan dengan kadar minyak tinggi, gula tinggi dan kandungan garam tinggi dengan nilai gizi rendah, seperti minuman bergula dan keripik kentang.
Proposal kelahiran (lihat 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.

Topik Panduan Kesehatan	Inti	Penilaian diri sendiri calon ibu		Inti penjelasan yang diberikan oleh dokter dan ahli medis
		Jelas	Tidak jelas	
<b>Pemberian ASI</b> (lihat panduan: Cara Menyusui yang Terbaik)	<b>Pedoman dalam pemberian ASI</b>	<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 kanker payudara, efek kontrasepsi alami yang baik. (2) Keuntungan ASI bagi bayi adalah: nutrisi lengkap, meningkatkan imunitas, mudah diserap, mengurangi resiko gastroenteritis, bayi tidak mudah gemuk.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mengetahui bahwa segera setelah melahirkan melakukan kontak kulit-ke-kulit antara ibu-anak dan ibu-anak satu kamar dapat meningkatkan sekresi susu dan kontraksi rahim, mengurangi perdarahan postpartum dan infeksi ibu-anak; mempromosikan pembentukan hubungan orang tua-anak dini, menstabilkan suhu tubuh dan suasana hati bayi, serta dapat membantu perkembangan otak.
		<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.
<b>Adaptasi mental pada masa kehamilan</b> (lihat buku panduan - Pengendalian dan Pencegahan Depresi Setelah Persalinan)	<b>Pedoman untuk adaptasi mental pada masa kehamilan</b>	<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 selama satu jangka waktu pendek untuk memberi diri sendiri kesempatan untuk beristirahat.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Secara moderat mengutarakan perasaan kepada keluarga atau teman, meminta bantuan atau meminta ibu lain yang juga baru melahirkan untuk berbagi pengalaman dan perasaan mereka.

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

Ya  Tidak

- Isi pedoman Pendidikan Kesehatan ini di susun bersama oleh Dinas Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan, Asosiasi Kebidanan Taiwan dan Ginekologi, Asosiasi Pengobatan Perinatal Taiwan, Asosiasi Obat Janis Ibu Taiwan, Asosiasi Obat Keluarga Taiwan, Asosiasi Kesusteran Taiwan, Asosiasi Bidan Taiwan, Asosiasi Diet Taiwan, TDA.
- Pedoman pendidikan kesehatan kali ini dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan kesehatan ibu hamil, dan dapat dikombinasikan dengan pemeriksaan prenatal ibu hamil yang ke-7 kali hingga ke-14 (kehamilan minggu ke-29 ke atas) untuk melaksanakan bimbingan. Silahkan merujuk pada isi buku panduan kesehatan ibu hamil. Informasi dalam formulir ini akan digunakan untuk evaluasi kebijakan unit kesehatan atau pelacakan per kasus dalam manajemen kesehatan.
- Jika ibu hamil 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 bimbingan: tahun ____ bulan ____ tanggal ____
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 perawatan kesehatan ibu hamil <a href="http://mammy.hpa.gov.tw">http://mammy.hpa.gov.tw</a> ※ Bagi yang berminat berhenti merokok dapat menghubungi hotline berhenti merokok gratis 0800-636363

## 7

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-7

Kehamilan Tahap 3: Kehamilan di atas minggu ke-29

- Usia kehamilan yang disarankan: Minggu ke-30

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 61)                  | <input type="checkbox"/> 5. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> 2. Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi | <input type="checkbox"/> 6. Pengenalan akan depresi setelah persalinan                   |
| <input type="checkbox"/> 3. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan         | <input type="checkbox"/> 7. Olahraga sebelum persalinan                                  |
| <input type="checkbox"/> 4. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan          | <input type="checkbox"/> 8. Menyusui dengan ASI  |
|  | <input type="checkbox"/> 9. Persiapan perlengkapan sebelum persalinan                    |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

※Bila ada luka cedera yang tidak jelas, atau dicurigai adanya kekerasan rumah tangga, harap melapor ke pihak yang berwenang, serta mengisi tabel penilaian kekerasan yang terjadi dalam hubungan dekat di Taiwan (tabel penilaian ian TIPVDA)

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

### Peringatan khusus dokter

- Pada saat ini, konfirmasi apakah kepala janin menghadap ke bawah
- Apakah Anda telah melakukan skrining gratis HIV bagi ibu hamil? Jika belum, Anda dapat bertanya pada institusi medis Anda untuk layanan skrining gratis
- Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan USG ke-3 setelah minggu ke-32 (Laporan pemeriksaan ditempelkan pada halaman 14)

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu ke 29-32

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

Tangan dan kaki janin lebih kuat, sering meninju dan menendang perut ibu.

Selain itu, janin umumnya dalam posisi kepala di bawah.

### Informasi pendidikan kesehatan

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informasi berhenti merokok (halaman 61)                  | <input type="checkbox"/> Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi | <input type="checkbox"/> Pengenalan akan depresi setelah persalinan                   |
| <input type="checkbox"/> Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan           | <input type="checkbox"/> Olahraga sebelum persalinan                                  |
| <input type="checkbox"/> Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan         | <input type="checkbox"/> Menyusui dengan ASI  |
| <input type="checkbox"/> Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan          | <input type="checkbox"/> Persiapan perlengkapan sebelum persalinan                    |
|   | <input type="checkbox"/> Harap kencangkan sabuk pengaman saat naik mobil              |
|   | <input type="checkbox"/> Membeli kursi mobil bayi                                     |



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 8

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-8

Kehamilan Tahap 3: Kehamilan di atas minggu ke-29

- Usia kehamilan yang disarankan: 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. Penjelasan skrining USG pemeriksaan kehamilan (Halaman 15) | <input type="checkbox"/> 5. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              |
| <input type="checkbox"/> 2. Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi   | <input type="checkbox"/> 6. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> 3. Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan             | <input type="checkbox"/> 7. Pengenalan akan depresi setelah persalinan                   |
| <input type="checkbox"/> 4. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan           | <input type="checkbox"/> 8. Olahraga sebelum persalinan                                  |
|  | <input type="checkbox"/> 9. Menyusui dengan ASI  |
|  | <input type="checkbox"/> 10. Persiapan perlengkapan sebelum persalinan                   |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

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

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

### Peringatan khusus dokter

- Pemeriksaan USG (laporan pemeriksaan ditempelkan pada halaman 14)
- Tes darah sipilis (hasil tes dicatat pada halaman 8)
- Bila pada trimester pertama kehamilan belum diuji antigen permukaan hepatitis B (HBsAg) dan antigen hepatitis B tipe e (HBeAg), tes harus dilaksanakan kali ini. Silahkan lihat halaman 2 untuk jadwal tes (Hasil tes ditempelkan pada halaman 8)
- Bila pada trimester pertama kehamilan belum dites HIV, atau wanita hamil yang beresiko terinfeksi HIV, dapat menjalani tes HIV kali ini.

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu ke 29-32

Kulit tidak terlalu kusut. Kuku mulai tumbuh. Kelopak mata bisa terbuka. Bayi mulai menjadi lebih aktif.  
Tangan dan kaki janin lebih kuat, sering meninju dan menendang perut ibu.  
Selain itu, janin umumnya dalam posisi kepala di bawah.

### Informasi pendidikan kesehatan

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Penjelasan skrining USG pemeriksaan kehamilan (Halaman 15) | <input type="checkbox"/> Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> Informasi berhenti merokok (halaman 61)                    | <input type="checkbox"/> Pengenalan akan depresi setelah persalinan                   |
| <input type="checkbox"/> Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi   | <input type="checkbox"/> Olahraga sebelum persalinan                                  |
| <input type="checkbox"/> Cara penanganan ketidaknyamanan pada kehamilan             | <input type="checkbox"/> Menyusui dengan ASI  |
| <input type="checkbox"/> Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan           | <input type="checkbox"/> Persiapan perlengkapan sebelum persalinan                    |
| <input type="checkbox"/> Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan            | <input type="checkbox"/> Harap kencangkan sabuk pengaman saat naik mobil              |
|   | <input type="checkbox"/> Membeli kursi mobil bayi                                     |



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

## 9

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-9

Kehamilan Tahap 3: Kehamilan di atas minggu ke-29

- Usia kehamilan yang disarankan: 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 61)                  | <input type="checkbox"/> 5. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera |
| <input type="checkbox"/> 2. Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi | <input type="checkbox"/> 6. Pengenalan akan depresi setelah persalinan                   |
| <input type="checkbox"/> 3. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan         | <input type="checkbox"/> 7. Olahraga sebelum persalinan                                  |
| <input type="checkbox"/> 4. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan          | <input type="checkbox"/> 8. Menyusui dengan ASI  |
|  | <input type="checkbox"/> 9. Persiapan perlengkapan sebelum persalinan                    |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

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

1. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer  
2. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer  
3. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer  
4. \_\_\_\_\_  Perlu diperiksa lagi  Perlu ditransfer

### Peringatan khusus dokter

- Apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan USG? (Laporan pemeriksaan ditempel pada halaman 14.)  
 Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan HIV gratis untuk ibu hamil? Jika tidak, Anda dapat melakukan pemeriksaan gratis.

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu ke 34

Kaki dan tangan janin semakin kuat, sering meninju dan menendang di dalam perut ibu. Selain itu, janin umumnya dalam posisi kepala di bawah.

### Informasi pendidikan kesehatan

- Informasi berhenti merokok (halaman 61)  
 Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko 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 sebelum persalinan  
 Persiapan perlengkapan sebelum persalinan  
 Harap kencangkan sabuk pengaman saat naik mobil  
 Memberi ASI  
 Mau menyusui dengan ASI  
 Diperlukan konseling menyusui dengan ASI  
 Sudah menyediakan sumber daya manual menyusui dengan ASI  
(Periksa di situs web kesehatan 99 Dinas Kesehatan Nasional <http://health99.hpa.gov.tw>)  
 Tidak menyusui dengan ASI  
 Butuh panduan susu formula



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 10

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-10

Kehamilan Tahap 3: Kehamilan di atas minggu ke-29

- Usia kehamilan yang disarankan: 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 61)                      | <input type="checkbox"/> 7. Pengenalan akan depresi setelah persalinan |
| <input type="checkbox"/> 2. Penjelasan skrining streptokokus B pada ibu hamil            | <input type="checkbox"/> 8. Olahraga sebelum persalinan                |
| <input type="checkbox"/> 3. Pencegahan kelahiran prematur, kehamilan berisiko tinggi     | <input type="checkbox"/> 9. Skrining bayi yang baru lahir              |
| <input type="checkbox"/> 4. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             | <input type="checkbox"/> 10. Menyusui dengan ASI                       |
| <input type="checkbox"/> 5. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              | <input type="checkbox"/> 11. Persiapan perlengkapan sebelum persalinan |
| <input type="checkbox"/> 6. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera | <input type="checkbox"/> 12. Pemahaman tentang cara bersalin           |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahunya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

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

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

### 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?

### Kenali 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 61)
- Penjelasan tes streptokokus B pada ibu hamil
- Pencegahan kelahiran prematur Kehamilan berisiko 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 panduan kesehatan

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 11

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-11

Kehamilan Tahap 3: Kehamilan di atas minggu ke-29

- Usia kehamilan yang disarankan: Minggu ke-37

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

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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-11

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

## Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

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

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

## 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?
- Apakah Anda telah siap untuk melahirkan?

## Kenali pertumbuhan janin

Minggu 37

Rambut janin sudah cukup tebal, kuku sudah tumbuh sampai ke ujung jari, dan kulitnya berangsur-angsur halus dan mulus.

## Informasi pendidikan kesehatan

- Informasi berhenti merokok (halaman 61)
- Penjelasan tes streptokokus B pada ibu hamil
- 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 panduan kesehatan

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 12

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-12

Kehamilan Tahap 3: Kehamilan di atas minggu ke-29

- Usia kehamilan yang disarankan: 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 61)                      | <input type="checkbox"/> 7. Pemeriksaan bayi yang baru lahir                                      |
| <input type="checkbox"/> 2. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             | <input type="checkbox"/> 8. Menyusui dengan ASI   |
| <input type="checkbox"/> 3. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              | <input type="checkbox"/> 9. Persiapan sebelum kelahiran   |
| <input type="checkbox"/> 4. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera | <input type="checkbox"/> 10. Pemahaman tentang cara bersalin                                      |
| <input type="checkbox"/> 5. Pengenalan akan depresi setelah persalinan                   | <input type="checkbox"/> 11. Persiapan dan tanggapan terhadap nyeri yang diderita saat persalinan |
| <input type="checkbox"/> 6. Olahraga pada masa kehamilan                                 | <input type="checkbox"/> 12. Rumah sakit ibu dan anak   |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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-12

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

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

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

### Peringatan khusus dokter

- Apakah Anda mengerti bahaya radang usus pada bayi baru lahir dan cara pencegahannya?  
 Apakah Anda telah siap untuk melahirkan?

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu 37-40

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

### Informasi pendidikan kesehatan

- Informasi berhenti merokok (halaman 61)  
 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 panduan kesehatan

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 13

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-13

Kehamilan Tahap 3: Kehamilan di atas minggu ke-29

- Usia kehamilan yang disarankan: 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 61)                      | <input type="checkbox"/> 8. Persiapan dan tanggapan terhadap nyeri yang diderita saat persalinan |
| <input type="checkbox"/> 2. Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan             | <input type="checkbox"/> 9. Pemahaman tentang cara bersalin                                      |
| <input type="checkbox"/> 3. Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan              | <input type="checkbox"/> 10. Pemeriksaan bayi yang baru lahir                                    |
| <input type="checkbox"/> 4. Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera | <input type="checkbox"/> 11. Menyusui dengan ASI   |
| <input type="checkbox"/> 5. Pengenalan akan depresi setelah persalinan                   | <input type="checkbox"/> 12. Manajemen kesehatan setelah bersalin                                |
| <input type="checkbox"/> 6. Olahraga pada masa kehamilan                                 | <input type="checkbox"/> 13. Rumah sakit ibu dan anak  |
| <input type="checkbox"/> 7. Persiapan sebelum kelahiran                                  | <input type="checkbox"/> 14. Penitipan anak  |

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

- 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

### • Kondisi bahaya rokok

- Saya merokok atau tidak?  
 Ya (lihat halaman 61, dan harap berhenti merokok)  Tidak
- Dalam seminggu terakhir, ketika saya di rumah, apakah ada orang lain yang merokok di depan saya?  
 Ya (lihat halaman 61, 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-13

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

## Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

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

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

## 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.

## Kenali pertumbuhan janin

Minggu 37-40

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

## Informasi pendidikan kesehatan

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informasi berhenti merokok (halaman 61)                              | <input type="checkbox"/> Pemahaman tentang cara bersalin  |
| <input type="checkbox"/> Pengontrolan berat badan dan diet saat kehamilan                     | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan bayi yang baru lahir   |
| <input type="checkbox"/> Infeksi saat kehamilan dan komplikasi kehamilan                      | <input type="checkbox"/> Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil  |
| <input type="checkbox"/> Gejala darurat yang memerlukan perawatan medis dengan segera         | <input type="checkbox"/> Manajemen kesehatan setelah bersalin   |
| <input type="checkbox"/> Pengenalan akan depresi setelah persalinan                           | <input type="checkbox"/> Memberi ASI  |
| <input type="checkbox"/> Olahraga pada masa kehamilan   | <input type="checkbox"/> Mau menyusui dengan ASI  |
| <input type="checkbox"/> Persiapan sebelum kelahiran  | <input type="checkbox"/> Diperlukan konseling menyusui dengan ASI   |
| <input type="checkbox"/> Persiapan dan tanggapan terhadap nyeri yang diderita saat persalinan | <input type="checkbox"/> Sudah menyediakan sumber daya manual menyusui dengan ASI (Periksa di situs web kesehatan 99 Dinas Kesehatan Nasional <a href="http://health99.hpa.gov.tw">http://health99.hpa.gov.tw</a> ) |
|   | <input type="checkbox"/> Tidak menyusui dengan ASI  |
|   | <input type="checkbox"/> Butuh panduan susu formula   |



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 14

## Catatan Pribadi Pemeriksaan Kehamilan ke-14

Kehamilan Tahap 3: Kehamilan di atas minggu ke-29

- Usia kehamilan yang disarankan: Minggu ke-40

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

### • Pemeriksaan Tingkat Depresi (Catatan: Jika kedua permasalahan di bawah terjadi pada Anda, sangat disarankan agar memberitahukannya kepada keluarga Anda atau meminta bantuan dokter.)

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 61, 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 61, 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-14

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

### Hasil pemeriksaan kehamilan

Tidak ada gejala khusus

Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan:

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

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi | <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer |

### 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.

### Kenali pertumbuhan janin

Minggu ke 40

Janin bertambah besar, ruang kosong di rahim semakin kecil, gerakan janin berkurang. Kepala janin mengarah ke bawah, lutut merapat dekat hidung, paha lengket dengan tubuh.

### Informasi pendidikan kesehatan

- Informasi berhenti merokok (halaman 61)
- 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 bersalin
- Metode kontrasepsi/ Cara KB
- Harap kenakan sabuk pengaman Anda saat naik mobil



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

Rumah sakit/klinik pemeriksa:

Tanda tangan pemeriksa:

Tanda tangan calon ibu:

Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870

Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ hari \_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Catatan pemeriksaan kehamilan	<input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal
Berat badan (kg)	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus <input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan: 1. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer 2. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer 3. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer 4. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> 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) <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin-top: 10px;">Rumah sakit/klinik pemeriksaan:</div> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya: tahun ____ bulan ____ tanggal ____</p>
Tekanan darah (mmHg)	
Denyut jantung janin (kali/menit)	
Posisi janin	
Kandungan gula pada urin	
Kandungan protein pada urin	
Pembengkakan	
Varises	

- Pertanyaan atau masalah yang ingin Anda tanyakan kepada dokter / bidan / perawat (seperti diet, latihan, kerja dan istirahat, merokok, alkohol dan nutrisi) dapat dicatat di sini:

## 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 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Catatan pemeriksaan kehamilan	<input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal
Berat badan (kg)	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus <input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan: 1. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer 2. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer 3. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer 4. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> 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) <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin-top: 10px;">Rumah sakit/klinik pemeriksaan:</div> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya: tahun ____ bulan ____ tanggal ____</p>
Tekanan darah (mmHg)	
Denyut jantung janin (kali/menit)	
Posisi janin	
Kandungan gula pada urin	
Kandungan protein pada urin	
Pembengkakan	
Varises	

- Pertanyaan atau masalah yang ingin Anda tanyakan kepada dokter / bidan / perawat (seperti diet, latihan, kerja dan istirahat, merokok, alkohol dan nutrisi) dapat dicatat di sini:

## 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 \_\_\_\_\_

<input checked="" type="radio"/> Catatan pemeriksaan kehamilan	<input checked="" type="radio"/> Hasil pemeriksaan kesehatan prenatal
Berat badan (kg)	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala khusus <input type="checkbox"/> Yang perlu diperhatikan atau adanya kelainan: 1. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer 2. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer 3. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> Perlu ditransfer 4. _____ <input type="checkbox"/> Perlu diperiksa lagi <input type="checkbox"/> 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) <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin-top: 10px;">Rumah sakit/klinik pemeriksaan:</div> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Tanggal pemeriksaan kehamilan berikutnya: tahun ____ bulan ____ tanggal ____</p>
Tekanan darah (mmHg)	
Denyut jantung janin (kali/menit)	
Posisi janin	
Kandungan gula pada urin	
Kandungan protein pada urin	
Pembengkakan	
Varises	

- Pertanyaan atau masalah yang ingin Anda tanyakan kepada dokter / bidan / perawat (seperti diet, latihan, kerja dan istirahat, merokok, alkohol dan nutrisi) dapat dicatat di sini:



### • Catatan pemeriksaan yang dibayar sendiri

Jenis	Hasil
Pemeriksaan down syndrome pada kehamilan tahap pertama	
Pemeriksaan down syndrome pada kehamilan tahap kedua	
Pengujian kromosom janin non-invasif (NIPT)	
Amniosentesis	
Status vaksinasi Tdap batuk rejan prenatal	<input type="checkbox"/> Tidak melakukan vaksinasi <input type="checkbox"/> Melakukan vaksinasi tanggal vaksinasi: tahun ____ bulan ____ tanggal ____

# 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!

Proposal persalinan \_\_\_\_\_ dan \_\_\_\_\_. Ini adalah bayi kita yang ke \_\_\_\_\_, dan tanggal perkiraan kelahirannya adalah tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

Nama ibu kami \_\_\_\_\_ 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 perihal 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. Opsi pembiusan

Ya  Tidak

Perlu menggunakan busus penghilang rasa sakit selama persalinan. Saya punya hak untuk memilih.

### 3. Persalinan alami

Ya  Tidak

Saya tidak ada pendapat tentang perihal persalinan alami, dan saya sepenuhnya menghormati nasihat ahli medis  
(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 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. Preferensi perawatan bayi baru lahir

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. Contoh ini disediakan oleh Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology dan hanya digunakan sebagai referensi. Setiap lembaga medis dapat menambah atau menghapus konten sesuai dengan kebutuhan medis masing masing.

(Sumber: Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology)

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

Tanggal: tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_



## 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												
	Catatan khusus												
<b>Kondisi kelahiran</b>	<table border="1"> <tr> <td>Jenis kelamin</td> <td></td> <td>Jumlah bayi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Berat badan</td> <td>_____ gram</td> <td>Tinggi badan</td> <td>_____ cm</td> </tr> <tr> <td>Lingkar kepala</td> <td>_____ cm</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Jenis kelamin		Jumlah bayi		Berat badan	_____ gram	Tinggi badan	_____ cm	Lingkar kepala	_____ cm		
	Jenis kelamin		Jumlah bayi										
	Berat badan	_____ gram	Tinggi badan	_____ cm									
	Lingkar kepala	_____ cm											
Catatan situasi khusus													
<b>Tempat lahir</b>	Nama:												
	Alamat:												

## Yang perlu diperhatikan saat keluar dari rumah saki

(Bagi calon ibu, ingat untuk melakukan konseling kesehatan!)

<b>Penyuluhan yang telah diberikan</b>	<input type="checkbox"/> Metode kontrasepsi/cara KB <input type="checkbox"/> Menyusui dengan ASI <input type="checkbox"/> Pemeriksaan setelah melahirkan selama 4-6 minggu <input type="checkbox"/> Pemeriksaan papsmear 3 bulan setelah bersalin <input type="checkbox"/> Mengenal cara mencegah depresi setelah persalinan	<input type="checkbox"/> Pencegahan batuk rejan terhadap bayi <input type="checkbox"/> Pencegahan kecelakaan bayi <input type="checkbox"/> Kartu pengajaran untuk mengenali feses bayi <input type="checkbox"/> Membaca bersama orang tua dan anak <input type="checkbox"/> Buat janji dengan klinik kesehatan anak dan lengkapi vaksinasi
	<b>Pengingat lainnya</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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: <a href="https://www.nhi.gov.tw">https://www.nhi.gov.tw</a>.</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Bayi berwarganegara asing yang baru lahir dan memiliki ARC di Taiwan, wajib mengikuti Asuransi Kesehatan Nasional mulai dari lahir.</li> </ul>	

# Kenali Bahaya Rokok

Ada lebih dari 7.000 zat kimia dalam asap rokok, 93 di antaranya bersifat menyebabkan kanker dan berbahaya, yang menyebabkan kerusakan serius pada kesehatan tubuh.

1 dari 2 perokok meninggal karena penyakit yang berhubungan dengan rokok; Di banyak negara, penggunaan produk tembakau adalah penyebab kematian utama, perokok pasif telah diidentifikasi oleh Badan International Penelitian Kanker (IARC) dan diklasifikasikan sebagai karsinogen kelas satu. Studi telah menunjukkan bahwa produk tembakau terkait dengan 6 penyebab utama kematian, termasuk tumor, diabetes, penyakit sistem kardiovaskular, penyakit sistem pernafasan, penyakit sistem pencernaan dan penyakit ginjal; Dapat meningkatkan resiko aborsi spontan, cacat bawaan, kelahiran prematur dan bahaya berat badan ringan pada bayi baru lahir.

Anggota keluarga yang tinggal bersama perokok, selain harus menghadapi bahaya perokok pasif, juga harus menghadapi ancaman "Perokok tangan ke-3". Penelitian telah mengkonfirmasi walaupun perokok tidak merokok di depan anak-anak, asap tangan ketiga yang tersisa di pakaian, mobil dan rumah dapat menyebabkan defisit kognitif pada anak-anak dan meningkatkan resiko asma, otitis media dan kanker darah.

## Manfaat berhenti merokok paling dikenal oleh tubuh

Asalkan mulai berhenti merokok, nikotin, karbon monoksida dan tar asap dalam tubuh mulai diekskresikan dan tidak lagi menumpuk.

20 menit	Detak jantung dan tekanan darah kembali normal	2-12 minggu	Peningkatan signifikan pada sirkulasi darah
8 jam	Konsentrasi nikotin dan karbon monoksida dalam darah berkurang setengah dan konsentrasi oksigen kembali normal.	3-9 bulan	Mengurangi batuk, asma dan masalah pernafasan lainnya, meningkatkan fungsi paru-paru hingga 10%
24 jam	Karbon monoksida dikeluarkan semua, paru-paru mulai menghilangkan dahak dan residu bahan teh	1 tahun	Kemungkinan serangan jantung berkurang setengah
48 jam	Di dalam tubuh tidak bersisa nikotin, indera perasa dan penciuman membaik, fungsi paru-paru membaik dan pernapasan menjadi jauh lebih mudah	10 tahun	Kemungkinan kanker paru-paru berkurang setengah
		15 tahun	Kemungkinan serangan jantung sama dengan yang tidak merokok

## Beragam jalur berhenti merokok

Paparan bahaya rokok, tidak ada ruang lingkup yang aman, Anda dapat memanfaatkan sumber daya layanan berhenti merokok yang tersedia beragam oleh Dinas Kesehatan Nasional. Di seluruh negeri terdapat hampir 3500 lembaga medis yang menyediakan layanan berhenti merokok dan hotline konsultasi berhenti merokok gratis 0800-636363. Di mana hotline berhenti merokok menyediakan layanan yang mudah dan rahasia serta dikombinasikan dengan layanan berhenti merokok melalui konseling psikologis profesional; Tergantung pada kesulitan berhenti merokok masing-masing perokok, memberikan strategis yang dibuat khusus, di mana pun Anda berada, hotline berhenti merokok akan selalu berada di sisi Anda.



## Catatan Tindak Lanjut Pemeriksaan Hepatitis B untuk Ibu Hamil

Nama \_\_\_\_\_ Tanggal lahir \_\_\_\_\_ Nomor KTP \_\_\_\_\_

Item	Tanggal	Hasil	Pemeriksaan	Pemeriksaan tindak lanjut				
			tahun _____ bulan _____ tanggal _____					
Antigen hepatitis B (HBsAg) (- negatif + positif)								
Antigen "e" hepatitis B (HBeAg) (- negatif + positif)								
Tes fungsi hati	AST (GOT)							
	ALT (GPT)							
USG Hati (Harap diisi ada tidaknya pengerasan hati, dll)								
Lain-lain								
Rumah sakit/klinik								
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. 2. Jenis pemeriksaan akan ditentukan oleh dokter spesialis.								

☉ 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 (HBsAg) 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  $\geq 10^6$  IU / mL). Harap transfer ke dokter spesialis pencernaan untuk melakukan evaluasi dan pengobatan antivirus supaya mengurangi risiko infeksi hepatitis B pada bayi baru lahir.

☉ Ibu dengan carrier hepatitis B, tapi bayi baru lahir telah divaksinasi sesuai jadwal yang ditentukan, maka bayi dapat menyusu ASI secara normal.

☉ Jika hati carrier hepatitis B berfungsi normal, dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan ulang setiap 6 bulan hingga 1 tahun sekali. Jika fungsi hati tidak normal, jadwal pemeriksaan ulang fungsi hati dan USG ditentukan oleh dokter.

☉ Obat untuk pengobatan obat hepatitis B pada saat sekarang ini

Mencakup 2 kategori yaitu interferon dan obat antivirus: Untuk mengurangi terjadinya sirosis hati dan kanker hati, Dinas Asuransi Kesehatan Nasional menerapkan "Rencana peningkatan manfaat medis Asuransi Kesehatan Nasional yang didanai pemerintah untuk carrier hepatitis B dan pasien yang terinfeksi hepatitis C", menyediakan layanan tindak lanjut pelacakan manajemen perawatan sebanyak 1 kali dalam 6 bulan. Mengenai peraturan pembayaran obat untuk target pengobatan dan rumah sakit khusus, silakan merujuk ke situs web Dinas Asuransi Kesehatan Pusat (<https://www.nhi.gov.tw>), di halaman terkait "Layanan Asuransi Kesehatan".



## MEMO



Iklan

Nama buku : Buku Panduan Pendidikan Kesehatan Ibu Hamil

Penulis (editor, penerjemah) : Dinas Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan (penyusunan ditugaskan kepada Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology)

Diterbitkan oleh: Dinas Kesehatan Nasional Kementerian 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: Juli 2022

Edisi (cetakan): Edisi ke-5

Jumlah edaran : 7,000 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\$ 18

Tempat penjualan

Taipei: Toko Buku Nasional

Alamat: 1-2F, 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)2437-8010

GPN: 1011101060

ISBN: 978-626-7137-42-0

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 hubungi Dinas Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan, Taipei, Taiwan (ROC) (TEL: 886- 2-25220888)

©All rights reserved. Any forms of using or quotation, part or all should be authorized by copyright holder Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, ROC. Please contact with Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (TEL:886-2-2522-0888)

Dana publikasi buku panduan ini disponsori oleh Kementerian Kesehatan Divisi Pengendalian Tembakau dan Kesehatan. This publication is funded by the Tobacco Hazards Prevention and Health Protection Funds of Health Promotion Administration.



# Menghargai dan mendukung hak calon ibu untuk menyusui



## Dinas Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan mengingatkan Anda

"Ketentuan tentang Menyusui di Tem pat Umum" dengan jelas mengatur bahwa tidak seorang pun boleh melarang, mengusir atau menghalangi perempuan saat menyusui di tem pat umum. Bagi yang melanggar akan didenda minimal NT\$ 6,000 dan maksimal NT\$ 30,000.



Dinas Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan  
Biaya ini disponsori oleh Departemen Kesehatan Divisi Rokck,  
Kesehatan dan Kesejahteraan.

**Hotline Khusus Ibu Hamil 0800-870870**



website kesehatan  
ibu hamil

# 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.



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

Biaya iklan disponsori oleh Administrasi Promosi Kesehatan





— — — — — **Nama Calon Ibu** — — — — —

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

Jika Anda menemukan buku panduan panduan ini, 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  
Kementerian 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: 2022

ISBN 978-626-7137-42-0



9 786267 137420

GPN : 1011101060

Harga : NT\$ 18