

# Konsep Asuhan Kehamilan Terintegrasi



Tim Dosen Matkul Askeb Kehamilan SV UNS

# 7-an Asuhan Kehamilan Terintegrasi

1. Menyediakan layanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas, termasuk konseling kesehatan dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI.
2. Menghilangkan " missed opportunity" pada ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas.
3. Mendeteksi secara dini kelainan / penyakit / gangguan yang diderita ibu hamil.
4. Melakukan intervensi terhadap kelainan / penyakit / gangguan pada ibu hamil sedini mungkin.
5. Melakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada.

# PEMANFAATAN BUKU KIA

**BUKU KIA SEBAGAI  
MEDIA KIE &  
KONSELING**





# Manfaat Buku KIA

**Umum** → Ibu dan anak mempunyai catatan kesehatan yang lengkap, sejak ibu hamil sampai anak berumur lima tahun.

## **Khusus**

1. Untuk mencatat dan memantau kesehatan ibu dan anak
2. Alat komunikasi dan penyuluhan yang dilengkapi dengan informasi penting bagi ibu, keluarga dan masyarakat tentang kesehatan, gizi dan standar pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
3. Alat untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan atau masalah kesehatan ibu dan anak
4. Catatan pelayanan gizi dan kesehatan ibu dan anak termasuk rujukannya

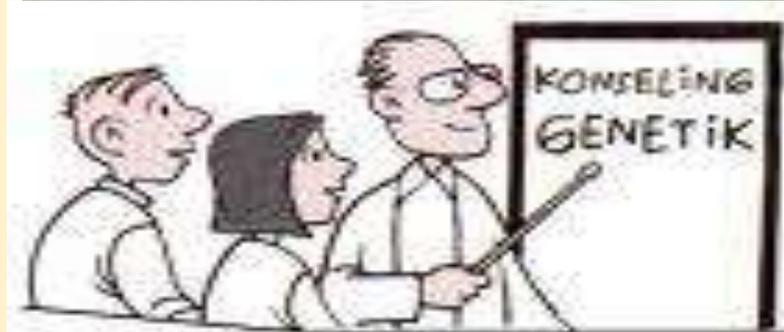
# Komponen Ibu dalam Buku KIA

## Kesehatan

- Ibu Hamil
- Ibu Bersalin
- Ibu Nifas
- KB

## Catatan Kesehatan Ibu

**P4K** (Perencanaan Persalinan  
& Pencegahan Komplikasi)



# Komponen **Anak** dalam Buku KIA

**Kesehatan Anak**

**Perawatan Bayi Baru Lahir sampai Balita**

**Perawatan sehari-hari balita**

**Perawatan Anak Sakit**

**Cara memberi makan anak**

**Cara merangsang perkembangan anak**

**Cara membuat MP-ASI**

**Catatan Kesehatan Anak**

**Kartu Menuju Sehat**



# **Buku KIA dalam mendukung Kesehatan Ibu dan Anak**

- 1. Sebagai alat untuk mobilisasi sosial dan pemberdayaan masyarakat**
- 2. Sebagai Alat untuk meningkatkan kualitas pelayanan KIA:**
  - standar pelayanan oleh petugas
  - hak ibu menerima pelayanan sesuai standar
  - kerjasama petugas dan masyarakat untuk mewujudkan pelayanan KIA yang berkualitas

Buku KIA

dalam mendukung Kesehatan Ibu dan Anak (2)

### **3. Sebagai alat untuk meningkatkan surveillance, monitoring dan sistem informasi**

- catatan kesehatan berguna dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak walaupun diberikan oleh petugas kesehatan yang berbeda
- indikator komitmen pemerintah terhadap kesehatan ibu dan anak

Buku KIA

dalam mendukung Kesehatan Ibu dan Anak (3)

#### 4. Sebagai Alat untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan, melalui:

- Menjangkau masyarakat miskin. Diupayakan Buku KIA dapat memfasilitasi bumil dan balita dari golongan masyarakat miskin mendapat pelayanan kesehatan gratis

## Beberapa perbedaan Buku KIA 2020 :

- Dibuat 2 cover untuk ibu hamil dan untuk anak
- Form pencatatan dahulu diikuti komunikasi informasi edukasi (KIE)
- Ada form pernyataan ibu/keluarga tentang pelayanan kesehatan anak yang sudah diterima
- Pemantauan kesehatan pada bagian KIE lebih mudah dipahami ibu dan keluarga
- Update kebijakan *ante natal care* (ANC), *post natal care* (PNC)

# Cover

## Versi 2015



## Revisi 2020



Diisi tanggal diberikannya Buku KIA dan nomor buku sesuai manajemen logistik yang berlaku di faskes

Nama Ibu : \_\_\_\_\_  
No. Buku : \_\_\_\_\_  
Dibagikan Tanggal : \_\_\_\_\_ Kab./Kota : \_\_\_\_\_ Provinsi : \_\_\_\_\_

# Petunjuk Penggunaan dan Daftar Isi

Versi 2015

Revisi 2020



- Daftar isi memuat bagian ibu dan anak terdapat di kedua cover
- Petunjuk penggunaan ditambahkan informasi **peran ibu/keluarga, kader, guru PAUD, tenaga kesehatan**

# Identitas

## Versi 2015

Thumbnail of the 2015 version of the form, showing a vertical layout with multiple sections for registration and identification.

## Versi 2020

**IDENTITAS**

FOTO IBU

|   | IBU | SUAMI/KELUARGA |
|---|-----|----------------|
| NAMA  |     |                |
| NIK   |     |                |
| PEMBIAYAAN                                      |     |                |
| NO. IKN:<br>FASKES TK 1:<br>FASKES RUJUKAN:     |     |                |
| GOL. DARAH                                      |     |                |
| TEMPAT<br>TANGGAL LAHIR                         |     |                |
| PENDIDIKAN                                      |     |                |
| PEKERJAAN                                       |     |                |
| ALAMAT RUMAH                                    |     |                |
| TELEPON   |     |                |
| PUSKESMAS DOMISILI:<br>NO. REGISTER KOHORT IBU: |     |                |

Ditempel foto ibu

Diisi nama lengkap ibu dan suami/keluarga serta Nomor Induk kependudukan

Diisi di bawah kolom ibu jenis pembiayaannya : JKN, Jampersal, Jamkesda, atau Umum

Jelas

# Pelayanan Ibu/Keluarga Tentang Pelayanan Kesehatan Ibu yang Sudah Diterima

Versi 2015  
Tidak ada

Versi 2020

## PERNYATAAN IBU/KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA

Ibu mengisi tanggal, tempat pelayanan, dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

| No. Identifikasi<br>KEMH                      | Trimester I          |                 |                  | Trimester II      |         | Trimester III |  |
|---|----------------------|-----------------|------------------|-------------------|---------|---------------|--|
|   | Periksa              | Periksa         | Periksa          | Periksa           | Periksa | Periksa       |  |
| BB  |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| TB  |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| IMT   |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Tinggi  |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Ukur Lingkar Lengan Atas                      |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Tekanan Darah                                 |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Resiko Tinggi Rahim                           |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Periksa Lebar dan Denyut Jantung Janin        |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Status dan Amnioskopio Talam                  |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Kuning  |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Skoring Dokter                                |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Uji Ketambahan Darah                          |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Test Lab Hemoglobin (Hb)                      |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Test Golongan Darah                           |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Test Lab Protein Urine                        |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Test Lab Gula Darah                           |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| PKA   |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Ura Laboratorium Kebid                        |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Ibu Swasta<br>Tn                              | Fasilitas Kesehatan: |                 | Rujukan:         |                   |         |               |  |
| Inisiasi Menyusui Dini                        |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Ibu Nifas<br>sampai 42 hari setelah kelahiran | KP 1 (0-42 hari)     | KP 2 (1-7 hari) | KP 3 (8-28 hari) | KP 4 (28-42 hari) |         |               |  |
| Periksa Pap smear (AM)                        |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Periksa Perdarahan                            |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Periksa Jalin Lahir                           |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Vitamin A                                     |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| KB Pasca Persalinan                           |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Kuning  |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Test Laktosek Keras                           |                      |                 |                  |                   |         |               |  |
| Bayi Baru lahir / neonatus<br>0 - 28 hari     | KN 1 (0-42 hari)     | KN 2 (1-7 hari) | KN 3 (8-28 hari) |                   |         |               |  |

Diisi HPHT, BB, TB dan IMT ibu hamil

Diisi pemeriksaan ke 1,2,3,4,5,6 dan tgl

Diisi nama tempat

Lingkari sesuai periode kunjungan BBL/neonatus

Diisi pemeriksaan yang telah diperoleh Ibu di tiap kunjungan kehamilan pada tiap trimester

Tenaga Kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan yang telah diberikan

Diisi nama fasilitas kesehatan dan rujukan (jika ada)

Lingkari sesuai periode kunjungan nifas

Diisi pemeriksaan yang telah diperoleh Ibu di tiap kunjungan nifas

Tenaga Kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan yang telah diberikan

# Pengawasan Minum TTD/Kontak Kontrol Minum TTD pada Ibu Hamil

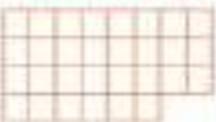
Versi 2020

Versi 2015  
Tidak ada

**PENGAWASAN MINUM TTD**

**Kotak Kontrol Minum TTD pada IBU HAMIL**

Nama: \_\_\_\_\_ Usia: \_\_\_\_\_ tahun

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Bulan ke-1</b><br><br>Bulan: _____   | <b>Bulan ke-2</b><br><br>Bulan: _____   | <b>Bulan ke-3</b><br><br>Bulan: _____   |
| <b>Bulan ke-4</b><br><br>Bulan: _____   | <b>Bulan ke-5</b><br><br>Bulan: _____   | <b>Bulan ke-6</b><br><br>Bulan: _____   |
| <b>Bulan ke-7</b><br><br>Bulan: _____ | <b>Bulan ke-8</b><br><br>Bulan: _____ | <b>Bulan ke-9</b><br><br>Bulan: _____ |

*Beri tanda (✓) pada kotak bila sudah minum*



Pengawas Ibu hamil  
memberi tanda V  
pada setiap kotak bila  
sudah meminum  
tablet tambah darah  
(TTD)

# Amanat Persalinan

Versi 2015

CATATAN KHUSUS ANAK BERSALIN

### MENYAMBUT PERSALINAN

*(Aman, Aman dan Selamat)*

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

Memberikan kepercayaan kepada nama-nama ini untuk membantu persalinan saya agar aman dan selamat, yang diperkirakan pada: Bulan: \_\_\_\_\_ Tahun: \_\_\_\_\_

**Menyambut persalinan:**  
1. Dokter/Bidan: \_\_\_\_\_  
2. Dokter/Bidan: \_\_\_\_\_

**Untuk Dana Persalinan, disiapkan sendiri/ditanggung JKN/ JAMPERSAL dibantu oleh:**

**Untuk kendaraan/ambulan desa oleh:**  
1. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_

**Metode kontrasepsi setelah melahirkan yang dipilih:** \_\_\_\_\_

**Untuk sumbangan darah (golongan darah: \_\_\_\_\_, rhesus: \_\_\_\_\_) dibantu oleh:**  
1. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_

**Bersedia dirujuk jika memiliki faktor risiko/ komplikasi/ kegawatdaruratan** \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

**Persetujuan, Suami/ Orang Tua/ Keluarga** \_\_\_\_\_  
**Ibu Hamil** \_\_\_\_\_

**Bidan/Dokter** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15

Versi 2020

### AMANAT PERSALINAN

## MENYAMBUT PERSALINAN

*(Aman, Aman dan Selamat)*

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

Memberikan kepercayaan kepada nama-nama ini untuk membantu persalinan saya agar aman dan selamat, yang diperkirakan pada: Bulan: \_\_\_\_\_ Tahun: \_\_\_\_\_

**Penolong persalinan:**  
1. Dokter/Bidan: \_\_\_\_\_  
2. Dokter/Bidan: \_\_\_\_\_

**Untuk Dana Persalinan, disiapkan sendiri/ditanggung JKN/ JAMPERSAL dibantu oleh:**

**Untuk kendaraan/ambulan desa oleh:**  
1. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_

**Metode kontrasepsi setelah melahirkan yang dipilih:** \_\_\_\_\_

**Untuk sumbangan darah (golongan darah: \_\_\_\_\_, rhesus: \_\_\_\_\_) dibantu oleh:**  
1. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_

**Bersedia dirujuk jika memiliki faktor risiko/ komplikasi/ kegawatdaruratan** \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

**Persetujuan, Suami/ Orang Tua/ Keluarga** \_\_\_\_\_  
**Ibu Hamil** \_\_\_\_\_

**Bidan/Dokter** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4

## PELAYANAN DOKTER

### Pemeriksaan Dokter Trimester 1 (Usia kehamilan <12 minggu)

(Konsep : Anamnesa dan pemeriksaan dokter umum mengenai risiko Kehamilan saat ini normal/ kehamilan berkomplikasi)

#### Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: .....

|             |         |              |              |
|-------------|---------|--------------|--------------|
| Konjunctiva | normal  | tidak        |              |
| Sclera      | normal  | tidak normal |              |
| Kulit       | normal  | tidak normal |              |
| Leher       | normal  | tidak normal |              |
| Gigi mulut  | normal  | tidak normal |              |
| THT         | normal  | tidak normal |              |
| Dada        | Jantung | normal       | tidak normal |
|             | Paru    | normal       | tidak normal |
| Perut       | normal  | tidak normal |              |
| Tungkai     | normal  | tidak normal |              |

Hasil USG

#### USG Trimester I

HPVT : ..... Kehamilan ..... minggu

|                            |       |                              |
|----------------------------|-------|------------------------------|
| GS (Gestational Sac)       | ..... | cm                           |
| CRL (Crown-rump Length)    | ..... | cm                           |
| DJJ (Denyut jantung janin) | ..... | dpm                          |
| Sesuai usia kehamilan      | ..... | minggu                       |
| Letak janin                | ..... | intrauterin/<br>ekstrauterin |
| Taksiran Persalinan        | ..... |                              |

Pemeriksaan laboratorium ( tanggal ..... / ..... /20..... )

| Pemeriksaan             | Hasil | Rencana Tindak Lanjut |
|-------------------------|-------|-----------------------|
| Hemoglobin              | gr/dL |                       |
| Colongan darah & Rhesus |       |                       |
| Gula darah sewaktu      | mg/dL |                       |
| PPHA                    |       |                       |
| • H                     | R/NR  |                       |
| • S                     | R/NR  |                       |
| • Hepatitis B           | R/NR  |                       |
| • lain-lain             |       |                       |

kesimpulan: .....

Rekomendasi : .....

(ANC dapat dilakukan di FKTP atau rujuk ke FKRTL)

## Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan &lt; 20 minggu

| Kriteria   | Risiko sedang | Risiko tinggi |
|--|---------------|---------------|
| Anamnesis  |               |               |
| Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru  | ■             |               |
| Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu; bayi tabung, obat induksi ovulasi                          | ■             |               |
| Umur $\geq$ 35 tahun   | ■             |               |
| Multipara  |               |               |
| Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun   | ■             |               |
| Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan   | ■             |               |
| Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m <sup>2</sup> )   | ■             |               |
| Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya   |               | ■             |
| Kehamilan multiple   |               | ■             |
| Diabetes dalam kehamilan   |               | ■             |
| Hipertensi kronik  |               | ■             |
| Penyakit ginjal  |               | ■             |
| Penyakit autoimun  |               | ■             |
| Keguguran berulang (APS), riwayat IUFD   |               | ■             |
| Pemeriksaan Fisik  |               |               |
| Mean Arterial Pressure (MAP) $\geq$ 90 mmHg  | ■             |               |
| Proteinuria (urin celup > +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam) | ■             |               |

## Keterangan Sistem Skoring:

Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya

- 2 risiko sedang ■ dan atau,
- 1 risiko tinggi ■

## Centang pilihan yang sesuai

## Kesimpulan :

Bilamana ibu berisiko preeklamsi maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.

Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Dokter Pemeriksa:

Berikan tanda centang (✓) pada target kenaikan berat badan total selama kehamilan yang dapat dilihat dari tabel kenaikan BB selama hamil berdasarkan IMT Pra hamil di bawah.

DJJ adalah denyut jantung janin didengarkan dan dihitung frekuensinya dalam 1 menit tandai dengan (x) pada grafik yang sesuai

Nadi ibu dihitung selama 1 menit ditandai dengan tanda titik (.)

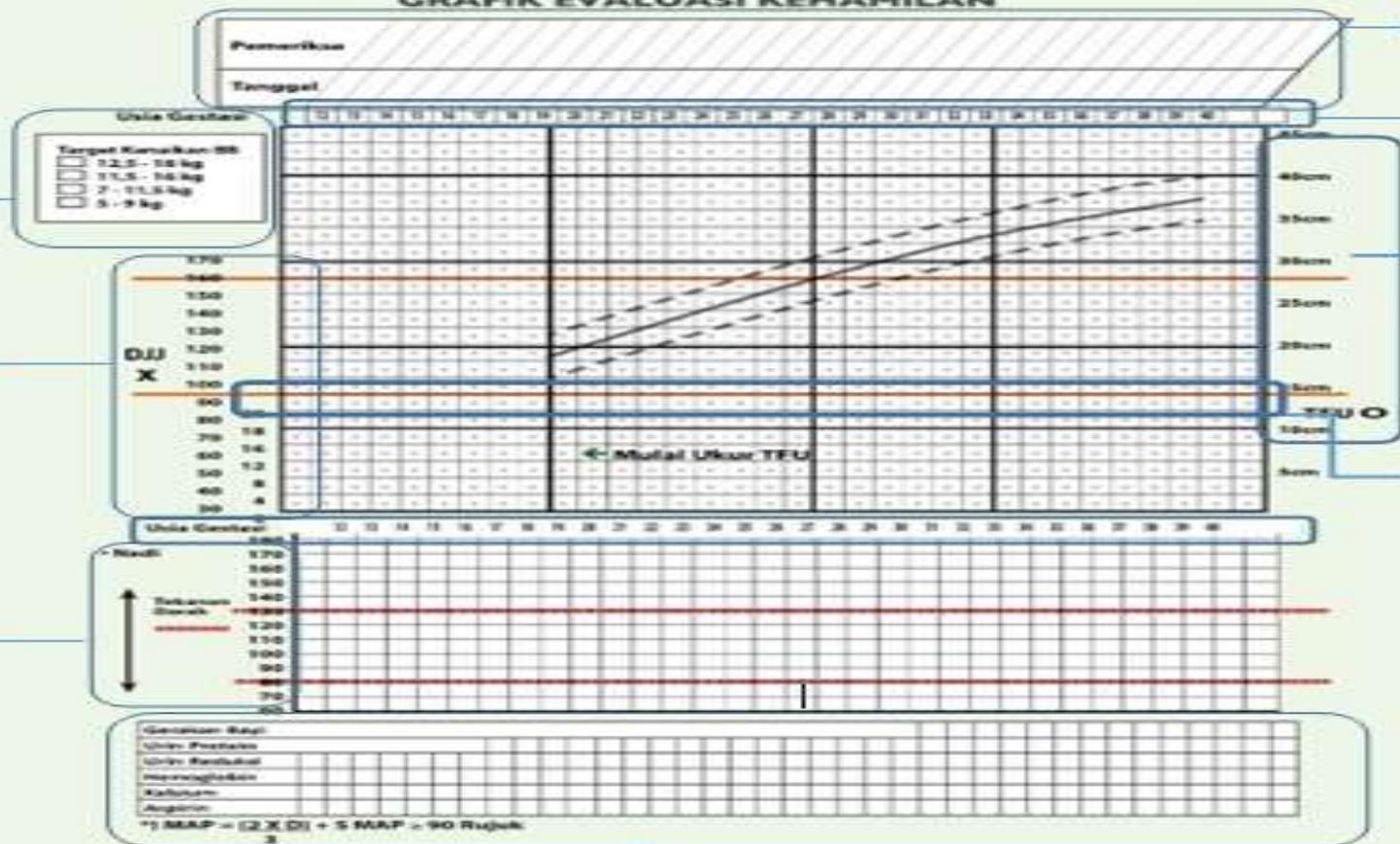
Tekanan darah sistolik ditandai dengan (tanda panah ke atas) diastolic (tanda panah ke bawah)

Tandai perhitungan MAP pada grafik dengan tanda segitga (∇) apabila MAP lebih dari 90 maka risiko preeklamsi meningkat dan lakukan rujukan.

## PELAYANAN KEHAMILAN

Diisi oleh Dokter atau Bidan

### GRAFIK EVALUASI KEHAMILAN



Pemeriksa: tuliskan nama pemeriksa

Tanggal: diisi tanggal/ bulan/ tahun

Diisi mulai gestasi 12 minggu

TFU adalah tinggi fundus uteri diukur dari simpisis ke puncak fundus dengan menggunakan pita ukur cm, catatkan dengan memberikan tanda 0 pada titik yang sesuai

Tinggi fundus uteri dapat diukur mulai usia kehamilan 20 minggu

Garis merah: berada di antara angka 160 dan 100. Apabila DJJ berada di atas/lebih 160 atau dibawah 100 segera lakukan rujukan

Gerakan bayi: gerakan bayi mulai dari kehamilan 30 minggu, tanyakan apakah gerakan bayi aktif, beri tanda positif bila gerakan bayi aktif yaitu lebih dari 10-12 kali dalam waktu 12 jam. Bila kurang dari 10 kali dalam 12 jam beri tanda plus minus (±) dan lakukan rujukan, bila tidak ada gerakan beri tanda negative dan lakukan rujukan.

urin Protein: dilakukan minimal dengan menggunakan dipstick, beri tanda pada kolom yang tersedia (-, +1, +2, dst)

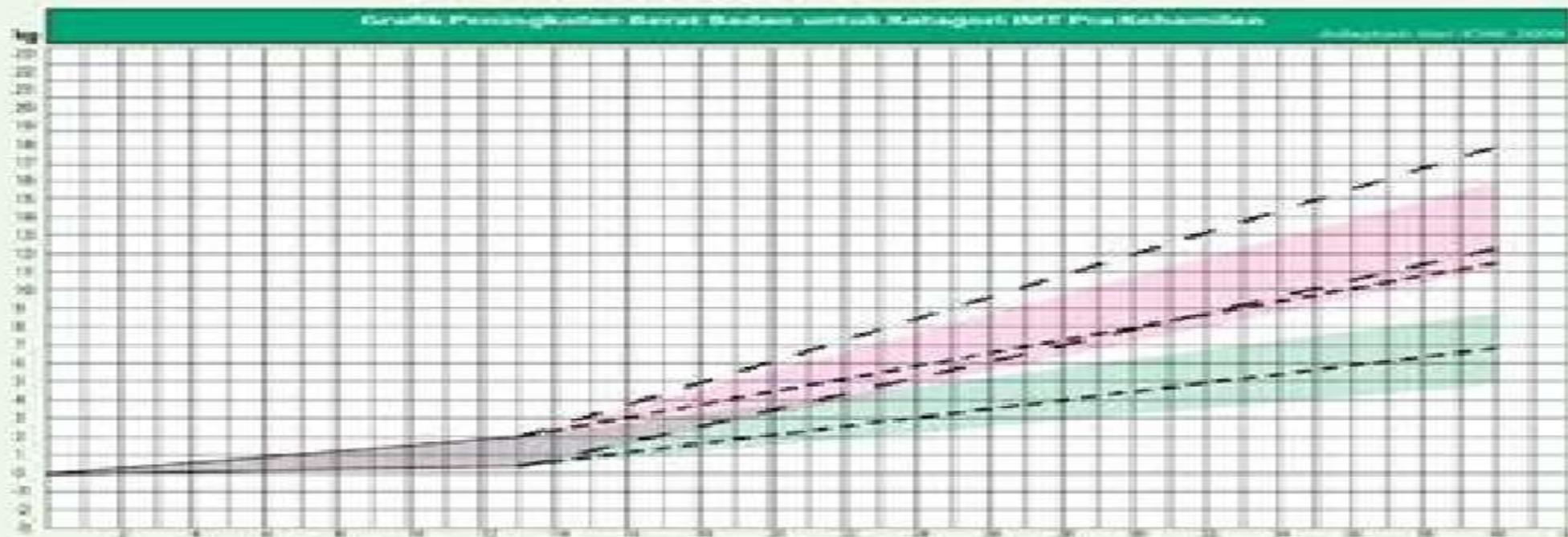
urin Reduksi: dilakukan minimal dengan menggunakan dipstick

Haemoglobin: tulis kadar Hb

Kalsium dan aspirin: pada ibu hamil dengan risiko preeklamsi maka diberikan kalsium 1500 gr/ hari dan aspirin 80 mg/hari

Tuliskan tanda (+) apabila ibu mendapatkan terapi kalsium dan atau aspirin

**GRAFIK Peningkatan Berat Badan**



**MINGGU KEHAMILAN**

| Tanda | BB Pre-Kehamilan | MTT Pre-Kehamilan | Rekomendasi Peningkatan Berat Badan |
|-------|------------------|-------------------|-------------------------------------|
| ----- |                  | <18,5             | 12,5 - 18 kg                        |
| ----- |                  | 18,5 - 24,9       | 11,5 - 16kg                         |
| ----- |                  | 25,0- 29,9        | 7 - 11,5 kg                         |
| ----- |                  | >30               | 5 - 9 kg                            |

- Grafik peningkatan BB digunakan untuk melihat peningkatan BB ibu selama kehamilan berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) pra/ awal kehamilan
- Petugas menandai IMT pra kehamilan (lingkasi yang sesuai) pada table
- Kemudian menghitung peningkatan BB pada saat datang dibandingkan dengan saat pra/ awal kehamilan
- Hasil diplot pada grafik dengan memberi tanda silang (x) pada titik yang sesuai
- Diharapkan kenaikan BB ibu hamil sesuai dengan rekomendasi IMT pra/awal kehamilan pada table

Keterangan grafik :

1. Area di antara garis putus2 besar ----- range kenaikan BB ibu hamil dengan KEK
2. Area grafik warna pink: range kenaikan BB ibu hamil dengan BB prakehamilan normal
3. Area di antara garis putus2 kecil: range kenaikan BB ibu hamil dengan BB prakehamilan gemuk
4. Area grafik warna biru: range kenaikan BB ibu hamil dengan BB prakehamilan obesitas
5. Pada usia kehamilan sebelum 13 minggu kenaikan BB tidak memperhatikan IMT pra/ awal kehamilan
6. Apabila kenaikan berat badan berada di luar rentang dalam plot, lakukan konsultasi dengan bagian gizi. Apabila dicurigai ketidak sesuaian kenaikan berat badan selama kehamilan diakibatkan oleh kelainan sistemik seperti infeksi atau gangguan metabolic lakukan pemeriksaan penunjang yang sesuai dan lakukan rujukan.

## PELAYANAN DOKTER

### Lembar Pemeriksaan Dokter Trimester 3 (Usia kehamilan 32 -36 minggu)

#### Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: \_\_\_\_\_

| Keadaan Umum | baik    | sedang  | buruk         |  |
|--------------|---------|---------|---------------|--|
| Konjungtiva  |         | anemia  | tidak anemia  |  |
| Sidera       |         | ikterik | tidak ikterik |  |
| Leher        |         | normal  | tdk normal    |  |
| Gigi mulut   |         | normal  | tdk normal    |  |
| THT          |         | normal  | tdk normal    |  |
| Dada         | Jantung | normal  | tdk normal    |  |
|              | Paru    | normal  | tdk normal    |  |
| Perut        |         | normal  | tdk normal    |  |
| Tungkai      |         | normal  | tdk normal    |  |

#### USG Trimester III

HPHT : \_\_\_\_\_, Kehamilan \_\_\_\_\_ minggu

|                |  |                     |    |
|----------------|--|---------------------|----|
| Janin          | Midup / Tidak Hidup  | EPD                 | Cm |
| Jumlah janin   | Tunggal / Ganda  | HC                  | Cm |
| Letak janin    | intrauterine   | ekstrauterine       | AC |
|                | Presentasi kepala<br>Presentasi sungsang<br>Presentasi melintang |                     |    |
| Berat janin    | gram   | FL                  | Cm |
| Plasenta       | Normal / Tidak   | Cairan ketuban      | Cm |
| Usia kehamilan |  | Talairan persalinan |    |

Lingkari pilihan yang sesuai

#### Pemeriksaan laboratorium (tanggal ..... / ..... / 90 ..... )

|                                |       |                       |
|--------------------------------|-------|-----------------------|
| Pemeriksaan                    | Hasil | rencana tindak lanjut |
| Hemoglobin                     | gr/dL |                       |
| Gula darah puasa               |       |                       |
| Gula darah 2 jam post prandial | mg/dL |                       |

#### Rencana Konsultasi Lanjut:

|      |           |      |                |           |     |           |           |
|------|-----------|------|----------------|-----------|-----|-----------|-----------|
| Gizi | Kebidanan | Anak | Penyakit Dalam | Neurologi | THT | Psikiatri | Lain-lain |
|------|-----------|------|----------------|-----------|-----|-----------|-----------|

#### Rencana Persalinan

|                   |                       |                 |         |
|-------------------|-----------------------|-----------------|---------|
| Persalinan normal | Persalinan pervaginal | Sectio caesaria | Serbabi |
|-------------------|-----------------------|-----------------|---------|

#### Pilihan Rencana Kontrasepsi

|     |     |        |      |        |        |               |
|-----|-----|--------|------|--------|--------|---------------|
| MAL | PII | Suntik | AKDR | implan | steril | belum memilih |
|-----|-----|--------|------|--------|--------|---------------|

MAL = Metode Amenorrhea Laktasi

AKDR = Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

#### Konseling

|                     |       |    |  |  |  |  |
|---------------------|-------|----|--|--|--|--|
| Kebutuhan Konseling | tidak | ya |  |  |  |  |
|---------------------|-------|----|--|--|--|--|

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Lingkari pilihan yang sesuai

Kesimpulan : \_\_\_\_\_

Rekomendasi : \_\_\_\_\_

(Persalinan dapat dilakukan di FKTP atau Rujuk ke FKRTL)

## Kesimpulan :

G-P-A- hamil .... minggu

Tidak didapatkan penyulit pada kehamilan saat ini

- Didapatkan masalah kesehatan/komplikasi .... (sebutkan)

- Rekomendasi :

Dapat melahirkan di FKTP

- Rujuk untuk melahirkan di FKRTL

- Konsultasi ke dokter spesialis untuk menentukan tempat persalinan

- Ringkasan Pelayanan Kesehatan Dokter Spesialis merupakan kolom khusus yang diisi oleh dokter spesialis. Kolom diisi lengkap.

Tidak lupa dibagian bawah kolom dituliskan Kesimpulan: kehamilan normal/ kehamilan dengan penyulit

Rekomendasi/; bersalin di FKTP/  
bersalin di FKRTL

**RINGKASAN PELAYANAN KESEHATAN DOKTER SPESIALIS**

| Tanggal Periksa, Stamp, dan Paraf | Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan | Tanggal Kembali |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------|
|                                   |                                |                 |

11

# Versi 2020

## Versi 2015

**CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN  
IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR**

**Ibu Bersalin dan Ibu Nifas**

Tanggal persalinan : \_\_\_\_\_ Pukul : \_\_\_\_\_  
 Umur kehamilan : \_\_\_\_\_ Minggu  
 Penolong persalinan : SpOg/ Dokter umum/ Bidan \_\_\_\_\_  
 Cara persalinan : Normal/Tindakan \_\_\_\_\_  
 Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/  
 Lohia berbau/lain-lain \_\_\_\_\_ )/  
 Meninggal\*

KB Pasca persalinan : \_\_\_\_\_  
 Keterangan tambahan : \_\_\_\_\_

**\* Lingkari yang sesuai**

**Bayi Saat Lahir**

Anak ke : \_\_\_\_\_  
 Berat Lahir : \_\_\_\_\_ gram  
 Panjang Badan : \_\_\_\_\_ cm  
 Lingkar Kepala : \_\_\_\_\_ cm  
 Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan/tidak bisa ditentukan\*

**Kondisi bayi saat lahir\*\*:**

Segera menangis       Anggota gerak kebiruan  
 Menangis beberapa saat       Seluruh tubuh biru  
 Tidak menangis       Kelainan bawaan: \_\_\_\_\_  
 Seluruh tubuh kemerahan       Meninggal

**Asuhan Bayi Baru Lahir \*\*::**

Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi  
 Suntikan Vitamin K1  
 Salep mata antibiotika profilaksis  
 Imunisasi HB0

Keterangan tambahan : \_\_\_\_\_

**\* Lingkari yang sesuai**  
**\*\* Beri tanda [√] pada kolom yang sesuai**

### RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

**Ibu Bersalin dan Ibu Nifas**

Tanggal persalinan : \_\_\_\_\_ Pukul : \_\_\_\_\_  
 Umur kehamilan : \_\_\_\_\_ Minggu  
 Penolong persalinan : SpOg/ Dokter umum/ Bidan \_\_\_\_\_  
 Cara persalinan : Normal/Tindakan \_\_\_\_\_  
 Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/  
 Lohia berbau/lain-lain \_\_\_\_\_ )/  
 Meninggal\*

KB Pasca persalinan : \_\_\_\_\_  
 Keterangan tambahan : \_\_\_\_\_

**\* Lingkari yang sesuai**

**Bayi Saat Lahir**

Anak ke : \_\_\_\_\_  
 Berat Lahir : \_\_\_\_\_ gram  
 Panjang Badan : \_\_\_\_\_ cm  
 Lingkar Kepala : \_\_\_\_\_ cm  
 Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan/tidak bisa ditentukan\*

**Kondisi bayi saat lahir\*\*:**

Segera menangis       Anggota gerak kebiruan  
 Menangis beberapa saat       Seluruh tubuh biru  
 Tidak menangis       Kelainan bawaan: \_\_\_\_\_  
 Seluruh tubuh kemerahan       Meninggal

**Asuhan Bayi Baru Lahir \*\*::**

Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi  
 Suntikan Vitamin K1  
 Salep mata antibiotika profilaksis  
 Imunisasi HB0

Keterangan tambahan : \_\_\_\_\_

**\* Lingkari yang sesuai**  
**\*\* Beri tanda [√] pada kolom yang sesuai**

Diisi berdasarkan data persalinan. Untuk penolong persalinan, cara persalinan dan keadaan ibu, lingkari yang sesuai

Isi keterangan tambahan jika terdapat informasi yang belum tercantum di atas

Diisi berdasarkan data bayi saat lahir. Untuk jenis kelamin, lingkari yang sesuai

Beri tanda (V) pada kolom yang sesuai dengan kondisi bayi saat lahir

Dapat diisi lebih dari 1

Jika terdapat kelainan bawaan, sebutkan kelainan bawaannya

Beri tanda (V) pada kolom yang sesuai dengan asuhan bayi baru lahir yang telah diberikan

Berikan keterangan tambahan jika ada asuhan yang tidak diberikan, atau jika terdapat tambahan informasi yang tidak tercantum di atas

# Versi 2020

## Versi 2015

### RINGKASAN PELAYANAN NIFAS

| Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)  |   | RESUME |
|---|---|--------|
| Kunjungan Nifas 1 (KF1)<br>(6-48 jam)<br>Tgl:<br>Faskes:  | Masalah:<br>Tindakan:   |        |
| Kunjungan Nifas 2 (KF2)<br>(3-7 hari)<br>Tgl:<br>Faskes:  | Masalah:<br>Tindakan:   |        |
| Kunjungan Nifas 3 (KF3)<br>(8-28 hari)<br>Tgl:<br>Faskes:   | Masalah:<br>Tindakan:   |        |
| Kunjungan Nifas 4 (KF4)<br>(29-42 hari)<br>Tgl:<br>Faskes:  | Masalah:<br>Tindakan:   |        |
| <b>Kesimpulan Akhir Nifas</b><br>Keadaan Ibu**:<br><input type="checkbox"/> Sehat<br><input type="checkbox"/> Sakit<br><input type="checkbox"/> Meninggal<br><b>Komplikasi Nifas**:</b><br><input type="checkbox"/> Perdarahan<br><input type="checkbox"/> Infeksi<br><input type="checkbox"/> Hipertensi<br><input type="checkbox"/> Lain-lain: Sebutkan | <b>Keadaan Bayi**:</b><br><input type="checkbox"/> Sehat<br><input type="checkbox"/> Sakit<br><input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan: _____<br><input type="checkbox"/> Meninggal<br><br>** Beri tanda [ ✓ ] pada kolom yang sesuai |        |
| Pastikan bayi mendapat pelayanan kesehatan neonatal (KN) dan catat hasil pemeriksaan pada lembar anak   |   |        |
| Kesimpulan: _____   |   |        |

Kolom diisi berdasarkan hasil pelayanan nifas  
Kolom pertama:  
Tanggal diisi tanggal pemeriksaan  
Faskes diisi nama faskes yang melakukan pemeriksaan

Kolom kedua:  
Masalah diisi dengan masalah yang ditemukan saat pemeriksaan  
Tindakan diisi dengan tindakan yang dilakukan saat kunjungan

Beri tanda (V) dengan keadaan yang sesuai.  
Komplikasi nifas diberi tanda (V) jika terdapat komplikasi

## Versi 2015

The thumbnail shows a vertical form titled "CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN SAPI BARU LAHIR". It contains four main sections, each with a header and a table for data entry:

- RIWAYAT**: Includes fields for "Tanggal kelahiran", "Umur di lahir", "Masa kehamilan", and "Tindakan prenatal".
- UMPAN BALIK RUKUN**: Includes fields for "Diagnosis", "Tindakan", "Alasan", and "Tanggal".
- RIWAYAT**: Includes fields for "Tanggal kelahiran", "Umur di lahir", "Masa kehamilan", and "Tindakan prenatal".
- UMPAN BALIK RUKUN**: Includes fields for "Diagnosis", "Tindakan", "Alasan", and "Tanggal".

## Versi 2020

### RUJUKAN

#### RUJUKAN

Resume hasil pemeriksaan dan tatalaksana yang telah dilakukan di FKTP, diagnosis akhir alasan dan alasan dirujuk ke FKRTL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Umpan balik rujukan

Tanggal/ bulan/ tahun : \_\_\_\_\_

Diagnosis akhir : \_\_\_\_\_

Resume (hasil pemeriksaan dan tatalaksana di FKRTL):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anjuran : \_\_\_\_\_

Rekomendasi tempat persalinan: FKTP/ FKRTL (coret salah satu)

#### RUJUKAN

Resume hasil pemeriksaan dan tatalaksana yang telah dilakukan di FKTP, diagnosis akhir alasan dan alasan dirujuk ke FKRTL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Umpan balik rujukan

Tanggal/ bulan/ tahun : \_\_\_\_\_

Diagnosis akhir : \_\_\_\_\_

Resume (hasil pemeriksaan dan tatalaksana di FKRTL):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anjuran : \_\_\_\_\_

Rekomendasi tempat persalinan: FKTP/ FKRTL (coret salah satu)

- Rujukan diisi oleh FKTP pengirim rujukan. Berisi informasi yang menjadi dasar perlu dilakukan rujukan dan tindakan apa saja yang dilakukan di FKTP. Serta jangan lupa diisi juga rujukan yang ke berapa kali
- Umpan balik rujukan diisi oleh FKRTL yang menerima rujukan. Diisi waktu pemeriksaan rujukan, diagnosis akhir, resume berupa hasil pemeriksaan dan tatalaksana di FKRTL, anjuran, dan rekomendasi tempat persalinan

# Versi 2015

## IBU HAMIL

### PERIKSA KEHAMILAN

Segara ke dokter atau bidan jika terlambat datang bulan. Periksa kehamilan paling sedikit 4 kali selama kehamilan.

- 1 kali pada usia kehamilan sekitar 3 bulan.
- 1 kali usia kehamilan 6 - 8 bulan.
- 1 kali pada usia kehamilan 7 - 9 bulan.

Pastikan ibu hamil mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang meliputi:

1. Pengukuran tinggi badan, ukuran kaki, BB, dan BB badan > 145 cm, usia lebih muda yang dapat sangat bermanfaat untuk menentukan status gizi.
  - Perkembangan berat badan setiap kali periksa.
  - Usia bulan ke-4 memberikan 80 paling sedikit 1 kg/bulan.
2. Pengukuran tekanan darah (TD).
  - Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Ibu tekanan darah lebih tinggi juga sangat dengan 140/90 mmHg, ada tanda atau gejala tekanan darah tinggi akan berbahaya.
3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA).
  - LLA > 23,5 cm menunjukkan ibu hamil memiliki risiko tinggi karena ibu hamil TBC dan berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).
4. Pengukuran tinggi rahim.
  - Mengetahui tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan.



# Versi 2020

## IBU HAMIL

### PERIKSA KEHAMILAN

Segara ke dokter atau bidan jika terlambat datang bulan. Periksa kehamilan minimal 6 kali selama kehamilan dan minimal 2 x pemeriksaan oleh dokter pada trimester 1 dan 3:

- 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu)
- 1 kali pada trimester kedua (kehamilan dari 12 minggu sampai 24 minggu)
- 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan dari 24 minggu sampai 40 minggu)

Pastikan ibu hamil mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang meliputi;

#### 1. Timbang berat badan dan ukur Tinggi Badan

- Tinggi badan ibu untuk menentukan status gizi
- Minimal BB ibu naik sebanyak 9 Kg atau 1 Kg setiap bulannya



#### 2. Ukur Tekanan Darah

- Tekanan Darah > 140/90 mmHg (Hipertensi)



#### 3. Nilai Status Gizi (ukur Lingkar Lengan Atas /LLA)

- LLA < 23,5 cm, risiko KEK (Kurang Energi Kronis)



#### 4. Ukur Tinggi Fundus Uteri /tinggi Rahim



#### 5. Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

- Untuk melihat kelainan letak janin, atau masalah lain



#### 6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus bila diperlukan



| Status T | Interval Minimal Pemberian | Masa Perlindungan  |
|----------|----------------------------|--|
| T 1      |                            | Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus |
| T 2      | 1 bulan setelah T 1        | 3 tahun  |
| T 3      | 6 bulan setelah T 2        | 5 tahun  |
| T 4      | 12 bulan setelah T 3       | 10 tahun   |
| T 5      | 12 bulan setelah T 4       | lebih dari 25 tahun  |

#### 7. Beri Tablet Tambah Darah

- ibu mendapatkan minimal 90 tablet selama kehamilan



#### 8. Tes / Periksa laboratorium

- Pemeriksaan laboratorium



#### 9. Tata laksana/penanganan kasus

- Apabila ditemukan masalah, segera ditangani atau dirujuk



#### 10. Temu wicara/konseling

- Dilakukan pada saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan



# Ditambahkan

Pelayanan pada ibu hamil menjadi 6 kali:

- 2 kali pada trimester pertama
- 1 kali pada trimester kedua
- 3 kali pada trimester ketiga

PORSI MAKAN DAN MINUM IBU HAMIL UNTUK KEBUTUHAN SEHARI

| Bahan Makanan  | Ibu Hamil trimester 1  | Ibu Hamil Trimester 2 dan 3  | Keterangan   |
|--|--|--|--|
| Nasi atau Makanan Pokok                                | 5 porsi<br>   | 6 porsi<br>   | 1 porsi = 100 gr atau 3/4 gelas nasi   |
| Protein hewani seperti: ikan, telur, ayam, dan lainnya | 4 porsi<br>   | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang ikan<br>1 porsi = 55 gr atau 1 butir telur Ayam   |
| Protein nabati seperti: tempe, tahu, dan lainnya       | 4 porsi<br>   | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang tempe<br>1 porsi = 100 gr atau 2 potong sedang tahu   |
| Sayur-sayuran  | 4 porsi<br>   | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 100 gr atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah  |
| Buah-buahan  | 4 porsi<br>   | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 100 gr atau 1 potong sedang pisang<br>1 porsi = 100-190 gr atau 1 potong besar pepaya  |
| Minyak/ lemak  | 5 porsi<br>  | 5 porsi<br>  | 1 porsi = 5 gr atau 1 sendok teh bersumber dari pengolahan makanan seperti menggoreng, menumis, santan, kemiri, mentega dan sumber lemak lainnya |
| Gula   | 2 porsi<br> | 2 porsi<br> | 1 porsi = 10 gr atau 1 sendok makan bersumber dari kue-kue manis, minum teh manis dan lain-lainnya   |

Minum Air Putih: 8 - 12 gelas per hari

Catatan:

Konsultasikan porsi makan kepada tenaga kesehatan, perhatikan Indeks massa tubuh

Ditambahkan

- Lembaran porsi makan untuk ibu hamil sesuai dengan umur kehamilan pada trimester 1, trimester 2 dan trimester 3

## IBU HAMIL

### Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik

- Ibu hamil yang sehat dapat melakukan aktivitas fisik sehari-hari dengan memperhatikan kondisi Ibu dan keamanan janin yang dikandungnya.
- Suami membantu istrinya yang sedang hamil untuk melakukan pekerjaan sehari-hari.
- Aktivitas fisik dilakukan 30 menit dengan intensitas ringan sampai sedang dan menghindari gerakan-gerakan yang membahayakan seperti mengangkat benda-benda berat, jongkok lebih dari 90 derajat, mengejan
- Mengikuti senam ibu hamil sesuai anjuran petugas kesehatan

Manfaat aktivitas fisik dan latihan fisik bagi Ibu hamil:



Jenis latihan fisik yang diperbolehkan menurut usia kehamilan:

- Trimester I (0-12 minggu): pemanasan/ + stretching, aerobic, kegel exercise, pendinginan/ + stretching
- Trimester II (13-28 minggu): pemanasan/ + stretching, aerobic, kegel exercise, senam hamil, pendinginan/ + stretching
- Trimester III (29-40 minggu): pemanasan/ + stretching, kegel exercise, senam hamil, pendinginan/ + stretching



### Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik yang Harus Dihindari Ibu Hamil



Ditambahkan

- Lembaran aktifitas fisik dan latihan fisik yang aman bagi ibu hamil sesuai dengan umur kehamilannya

Ditambahkan Lembaran mengenai informasi depresi pasca melahirkan Tenaga kesehatan atau kader memberi penjelasan terkait pesan-pesan yang disampaikan

## IBU NIFAS

### DEPRESI PASKA MELAHIRKAN

Setelah melahirkan ibu dapat mengalami depresi pasca melahirkan atau post partum depression, sebagai berikut:

1. Baby blues terjadi setelah melahirkan dan memuncak dalam beberapa hari hingga 2 minggu  
**Gejala:** suasana perasaan tidak stabil, mudah menangis, sulit tidur, mudah cemas dan mudah tersinggung
2. Depresi pasca melahirkan yang terjadi sekitar 4 minggu setelah melahirkan, minimal selama 2 minggu berturut-turut  
**Gejala:** merasa sangat sedih, tertekan, sulit konsentrasi, gangguan tidur, tidak selera makan/banyak makan, mudah tersinggung, mudah marah, merasa lelah, tidak bergairah pada aktivitas harian, perasaan bersalah, khawatir tidak dapat menjadi ibu yang baik, pikiran untuk melukai diri/bayinya dan merasa menderita terhadap gejala yang dialami
3. Depresi pasca melahirkan yang terjadi dalam 2 minggu paska melahirkan, secepatnya 48-72 jam pertama paska melahirkan.  
**Gejala:** mudah tersinggung, perubahan perasaan dan perilaku yang tidak serasi/sesuai, gangguan tidur, berhalusinasi dan mengalami waham/delusi.



### Pencegahan

- Ibu hamil dan paska melahirkan dapat mengenali dan memahami tanda-tanda atau gejala-gejala masalah kesehatan jiwa
- Pada saat hamil, kontrol dengan teratur ke bidan atau dokter sesuai jadwal
- Mengonsumsi makanan sehat dan bergizi termasuk vitamin
- Deteksi dini faktor risiko pada ibu hamil atau paska melahirkan
- Dukungan dan perhatian dari suami, keluarga dan teman selama masa kehamilan dan paska melahirkan



### Penanganan

- Dukungan keluarga terutama suami tidak hanya bayinya saja yang diperhatikan
- Ada yang membantu mengasuh bayinya
- Mengajak bicara mengenai perasaannya
- Program kunjungan rumah oleh tenaga Puskesmas
- Melakukan konseling oleh tenaga kesehatan
- Terapi dengan obat-obatan



**PORSI MAKAN DAN MINUM IBU MENYUSUI UNTUK KEBUTUHAN SEHARI**

| Bahan Makanan   | Ibu Menyusui (0 - 12 bulan)   | Keterangan   |
|---|---|--|
| Nasi atau Makanan Pokok                               | 6 porsi<br>   | 1 porsi = 100 gr atau 3/4 gelas nasi   |
| Protein hewani seperti ikan, telur, ayam, dan lainnya | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang ikan<br>1 porsi = 55 gr atau 1 butir telur Ayam   |
| Protein nabati seperti tempe, tahu, dan lainnya       | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang tempe<br>1 porsi = 100 gr atau 2 potong sedang tahu   |
| Sayur-sayuran   | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 100 gr atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah  |
| Buah-buahan   | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 100 gr atau 1 potong sedang pisang<br>1 porsi = 100-150 gr atau 1 potong besar pepaya  |
| Minyak/ lemak   | 6 porsi<br>  | 1 porsi = 5 gr atau 1 sendok teh bersumber dari pengolahan makanan seperti menggoreng, menumis, santan, kemiri, mentega dan sumber lemak lainnya |
| Gula  | 2 porsi<br> | 1 porsi = 10 gr atau 1 sendok makan bersumber dari kue-kue manis, minum teh manis dan lain-lainnya   |

Minum Air Putih: 14 gelas/ hari di 6 bulan pertama dan 12 gelas/ hari pada 6 bulan kedua

Catatan:

Konsultasikan porsi makan kepada tenaga kesehatan, perhatikan Indeks Masa Tubuh

## IBU MENYUSUI

### PORSI MAKAN DAN MINUM IBU MENYUSUI UNTUK KEBUTUHAN SEHARI

| Bahan Makanan   | Ibu Menyusui (0 – 12 bulan)   | Keterangan  |
|---|---|---|
| Nasi atau Makanan Pokok                               | 6 porsi<br>   | 1 porsi = 100 gr atau<br>3/4 gelas nasi   |
| Protein hewani seperti ikan, telur, ayam, dan lainnya | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 50 gr atau<br>1 potong sedang ikan<br>1 porsi = 55 gr atau<br>1 butir telur Ayam  |
| Protein nabati seperti tempe, tahu, dan lainnya       | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 50 gr atau<br>1 potong sedang tempe<br>1 porsi = 100 gr atau 2<br>potong sedang tahu  |
| Sayur-sayuran   | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 100 gr atau<br>1 mangkuk sayur matang<br>tanpa kuah   |
| Buah-buahan   | 4 porsi<br>   | 1 porsi = 100 gr atau<br>1 potong sedang pisang<br>1 porsi = 100-150 gr atau<br>1 potong besar pepaya   |
| Minyak/ lemak   | 6 porsi<br>   | 1 porsi = 5 gr atau 1<br>sendok teh bersumber dari<br>pengolahan makanan seperti<br>menggoreng, menumis,<br>santan, kemiri, mentega dan<br>sumber lemak lainnya |
| Gula  | 2 porsi<br> | 1 porsi = 10 gr atau<br>1 sendok makan bersumber<br>dari kue-kue manis, minum<br>teh manis dan lain-lainnya   |

Minum Air Putih: 14 gelas/ hari di 6 bulan pertama dan 12 gelas/ hari pada 6 bulan kedua

Catatan:

Konsultasikan porsi makan kepada tenaga kesehatan, perhatikan Indeks Massa Tubuh

# Ditambahkan

- Lembaran porsi makan dan minum bagi ibu menyusui untuk kebutuhan sehari hari
- Untuk memenuhi kebutuhan zat gizi pada saat ibu menyusui, hanya bisa dicapai dengan mengonsumsi makanan yang bervariasi, yang terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, minyak/lemak, sayur dan buah serta gula.

## Ditambahkan

- Lembaran apresiasi dari tenaga kesehatan terhadap ayah dan ibu karena telah memenuhi hak kesehatan ibu selama hamil, bersalin dan nifas sehingga ibu selamat dan bayi lahir dengan sehat.
- Catatan dapat berupa kesan, atau pesan dan/atau harapan yang dituliskan oleh orang tua kepada anaknya sebagai tanda kasih sayang dari orang tua.

## KESIMPULAN

- Buku KIA salah satu intervensi pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan ibu dan anak.
- Bila Buku KIA dimanfaatkan secara maksimal sejak ibu hamil sampai anak berusia 6 tahun diharapkan berkontribusi terhadap penurunan AKI, AKB dan AKBAL.
- Buku KIA dapat diperoleh pada Polindes, Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas, rumah sakit, tempat praktik bidan, dokter, dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter spesialis anak serta sarana pelayanan kesehatan lainnya milik Pemerintah atau Swasta.

# KESIMPULAN

- Peran kader & profesi sangatlah penting untuk mendukung kelangsungan pemanfaatan buku KIA dalam pelayanan yang terintegrasi.
- Peran sarana pelayanan kesehatan sangatlah penting untuk mendukung kelangsungan pemanfaatan buku KIA dalam pelayanan yang integratif dan komprehensif

# Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

**Tujuan pemasangan stiker Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yaitu :**

1. Terdatanya Status Ibu Hamil
2. Adanya Perencanaan Persalinan
3. Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi
4. Peningkatan peran serta Masyarakat

