

GARIS PANDUAN SENARAI SEMAK

Bagi Penjagaan Kesihatan Ibu dan Bayi
Mengikut Sistem Kod Warna



**GARIS PANDUAN SENARAI SEMAK
BAGI PENJAGAAN KESIHATAN
IBU DAN BAYI MENGIKUT
SISTEM KOD WARNA**



**Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia**

Edisi Keempat, 2013



KANDUNGAN

1. Pengenalan	1
2. Objektif Pendekatan Sistem Kod Warna Penjagaan Ibu Dan Bayi	2
3. Sistem Kod Warna dan Senarai Semak Penjagaan Antenatal	3
3.1 Senarai Semak Penjagaan <i>Antenatal</i> Mengikut Kod Warna	4
3.2 Panduan Menggunakan Senarai Semak Penjagaan <i>Antenatal</i>	12
3.3 Panduan Menggunakan Sistem Rujukan dan Maklumbalas Penjagaan <i>Antenatal</i>	13
3.4 Borang Rujukan <i>Antenatal</i>	16
3.5 Borang Maklumbalas <i>Antenatal</i>	17
3.6 Carta Alir Sistem Rujukan dan Maklumbalas Penjagaan <i>Antenatal</i>	18
4. Senarai Semak Penjagaan Intrapartum	19
4.1 Senarai Semak bagi Kelayakan untuk Bersalin di Pusat Bersalin Alternatif (ABC)/Rumah	20
4.2 Senarai Semak Jagaan <i>Intrapartum</i> di Pusat Bersalin Alternatif (ABC)	21
4.3 Borang Rujukan Penjagaan <i>Intrapartum</i>	23
4.4 Langkah-langkah yang Perlu Diambil Sebelum Merujuk Kes ke Hospital dalam Keadaan Tertentu	24
4.5 Borang Maklumbalas Penjagaan <i>Intrapartum</i>	25
4.6 Carta Alir Penjagaan <i>Intrapartum</i>	26
5. Sistem Kod Warna dan Senarai Semak Penjagaan Postnatal	27
5.1 Senarai Semak Penjagaan <i>Postnatal</i>	27
5.2 Panduan Menggunakan Senarai Semak <i>Postnatal</i>	30
5.3 Carta Alir Penjagaan <i>Postnatal</i>	31
6. Panduan Pemeriksaan Kesihatan Bayi	32
6.1 Panduan Mengisi Borang Pemeriksaan Kesihatan <i>Neonatal</i>	32
6.2 Istilah Tanda	32
6.3 Panduan Pengendalian dan Rujukan	33
6.4 Borang Pemeriksaan Kesihatan <i>Neonatal</i>	36
6.5 Kriteria untuk Rujukan Bayi ke Hospital	40
6.6 Lampiran Rujukan	41
7. Penghargaan	42



1. PENGENALAN

Garis Panduan Pengendalian Kes Berisiko tinggi bagi ibu hamil telah diterbitkan buat kali pertamanya pada bulan April 1987. Bermula pada semakan bagi edisi kedua dan ketiga pada 1991 dan 2003, buku ini telah diolah dan dimuatkan senarai semak risiko mengikut sistem kod warna. Ia merangkumi penjagaan dari peringkat *antenatal*, *intrapartum*, *postpartum* dan juga *neonatal*.

Senarai semak menggunakan sistem kod warna adalah berdasarkan konsep Pendekatan Berisiko (*Risk Approach*) untuk ibu hamil. Ia digunakan secara meluas bersama dengan pendekatan lain bagi memastikan penjagaan ibu hamil yang komprehensif. Ia membantu anggota kesihatan terutamanya di peringkat jagaan primer untuk mengesan awal faktor risiko, merujuk kes dan mengendalikan kes secara optima.



2. OBJEKTIF PENDEKATAN SISTEM KOD WARNA PENJAGAAN IBU DAN BAYI

Objektif Umum

Untuk memastikan ibu dan bayi mendapat jagaan kesihatan komprehensif melalui pencegahan, pengesanan awal faktor risiko yang membolehkan rujukan serta rawatan lanjut.

Objektif Spesifik

1. Membantu anggota kesihatan mengesan awal faktor risiko semasa hamil, *intraparum*, *postpartum* dan *neonatal* untuk tujuan rujukan.
2. Menentukan kelayakan untuk bersalin di Pusat Bersalin Alternatif (ABC) dan rumah.
3. Memastikan pengendalian kes yang berkualiti dapat diberikan terutamanya melalui sistem rujukan dan maklumbalas.
4. Menawarkan perkhidmatan pendidikan kesihatan dan kaunseling bagi semua peringkat jagaan kesihatan ibu dan bayi berdasarkan senarai semak.



3. SISTEM KOD WARNA DAN SENARAI SEMAK PENJAGAAN ANTENATAL

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

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

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

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



3.1 SENARAI SEMAK PENJAGAAN ANTENATAL MENGIKUT KOD WARNA

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

FAKTOR RISIKO		Tandakan (✓) dalam ruangan jika ada faktor risiko						
		1	2	3			Postdate	
TRIMESTER		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
KEKERAPAN PENILAIAN RISIKO		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
TARIKH								
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)								
1.	Eklampsia							
2.	<i>Preeklampsia</i> (tekanan darah tinggi dengan <i>urin albumin</i>) iaitu BP \geq 140/90mmHg dengan <i>urine albumin</i> >1+							
3.	Tekanan darah tinggi \geq 170/110mmHg							
4.	Tekanan darah tinggi >140/90mmHg dengan kehadiran simptom							
5.	Sakit jantung semasa mengandung dengan tanda-tanda dan gejala (sesak nafas, berdebar-debar)							
6.	Sesak nafas ketika melakukan aktiviti ringan (aktiviti seperti sapu sampah, cuci pinggan)							
7.	Ibu diabetes yang tidak terkawal dengan kehadiran urin keton							
8.	Pendarahan <i>antepartum</i> (termasuk keguguran)							



FAKTOR RISIKO		Tandakan (√) dalam ruangan jika ada faktor risiko						
		1	2		3		Postdate	
TRIMESTER		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
KEKERAPAN PENILAIAN RISIKO								
TARIKH								
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)								
9.	Denyutan jantung janin yang abnormal <ul style="list-style-type: none"> FHR \leq110/min pada dan selepas 26/52 FHR $>$160/min selepas 34/52 (denyutan jantung mungkin tinggi jika pramatang) 							
10.	Anemia dengan simptom pada mana-mana gestasi atau Hb \leq 7gm%							
11.	Kontraksi rahim pramatang							
12.	Keluar air likuor tanpa kontraksi							
13.	Serangan asma yang teruk							
14.	Sawan							
15.	Demam yang berpanjangan \geq 5 hari							
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA								



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

FAKTOR RISIKO		Tandakan (✓) dalam ruangan jika ada faktor risiko						
		1	2		3		Postdate	
TRIMESTER		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
KEKERAPAN PENILAIAN RISIKO								
TARIKH								
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)								
1.	Ibu HIV positif							
2.	Ibu Hepatitis B positif							
3.	Ibu Tuberkulosis/Malaria/sifilis							
4.	Tekanan darah tinggi >140/90 - <170/110mmHg dengan <i>urin albumin negative</i>							
5.	Ibu diabetes (dengan rawatan insulin)							
6.	Pergerakan janin kurang semasa kandungan ≥32 minggu							
7.	Kandungan melebihi 7 hari dari EDD							
8.	Ibu dengan masalah perubatan yang memerlukan rawatan bersama dengan hospital							
9.	Ibu yang terlibat dalam isu <i>medical legal</i>							
10.	Ibu tunggal atau ibu remaja (<19 tahun)							
11.	Hemoglobin <9gm% atau simptomatik							



FAKTOR RISIKO		Tandakan (√) dalam ruangan jika ada faktor risiko						
TRIMESTER		1	2		3		Postdate	
KEKERAPAN PENILAIAN RISIKO		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
TARIKH								
Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)								
12.	<i>Placenta previa</i> yang stabil – tiada pendarahan							
13.	<i>Maternal pyrexia</i> >38°C atau >3 hari							
14.	*Sejarah masalah ketidaksuburan sebelum kandungan semasa (<i>infertility</i>)							
15.	Penyakit jantung tanpa gejala							
16.	*Ketagihan dadah/merokok							
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA								

*Penilaian sekali sahaja.



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

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



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



FAKTOR RISIKO		Tandakan (✓) dalam ruangan jika ada faktor risiko						
		1	2		3		Postdate	
TRIMESTER		1-12	13-22	23-27	28-32	33-36	37-40	>40
KEKERAPAN PENILAIAN RISIKO								
TARIKH								
	Jangkamasa tidak datang haid (POA/POG)							
22	*Gravida 6 dan ke atas							
23.	*Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun atau melebihi 5 tahun							
24.	*Ibu dengan masalah tertentu: Ukuran tinggi kurang dari 145cm							
NAMA & JAWATAN PEMERIKSA								

*Penilaian sekali sahaja.

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



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

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

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

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



3.2 PANDUAN MENGGUNAKAN SENARAI SEMAK PENJAGAAN ANTENATAL

- Senarai semak ini bertujuan membantu anggota kesihatan di peringkat Klinik Kesihatan dan Klinik Desa untuk menilai dan mengenalpasti faktor-faktor risiko yang mungkin dialami oleh ibu hamil
- Senarai semak ini perlu digunakan pada jangkamasa berikut:
 - a. Trimester 1:
 - Kali pertama semasa *booking*
 - b. Trimester 2:
 - Kali kedua semasa mengandung 13-22 minggu
 - Kali ketiga semasa kandungan 23-27 minggu
 - c. Trimester 3:
 - Kali ke empat semasa kandungan 28-32 minggu
 - Kali kelima semasa kandungan 33-36 minggu
 - Kali keenam semasa kandungan 37-40 minggu
 - d. *Post date*:
 - Kali ketujuh semasa kandungan >40 minggu

Pemeriksaan oleh doktor perlu dilakukan sekurang-kurangnya **2 kali** iaitu:-

- i. Semasa *booking* atau semasa kandungan 24 minggu
- ii. Semasa kandungan 36 minggu

- Kod Warna senarai semak ini perlu dilekatkan pada kad rekod kesihatan ibu iaitu KIK/1(a)/96 Pind.2012 dan KIK/1(b)/96 (Pind. 2012)
- Catatkan tarikh dan jangkamasa kandungan diruang yang disediakan
- Kenalpasti risiko dan tandakan (v) pada faktor yang berkaitan
- Lekatkan pelekat kod warna yang bersesuaian (merah, kuning, atau hijau) berdasarkan faktor yang telah dikenalpasti. Lekatkan pelekat kod warna putih jika tiada faktor risiko dikesan
- Tahap risiko mengikut kod warna boleh diturunkan oleh Pakar O&G/Pakar Perubatan Keluarga mengikut penilaian mereka.
- Senarai semak ini hanya perlu diisi sekali sahaja mengikut jangkamasa yang ditetapkan di atas. Sekiranya pada lawatan ulangan faktor risiko dikesan, sila gunakan ruang di kanannya untuk tujuan rujukan tanpa menghiraukan jangkamasa kandungan di bahagian atas (Kekerapan Penilaian Risiko)

Contoh:

Pada lawatan semasa kandungan 16 minggu, tiada faktor risiko dikenalpasti dan ruangan jangkamasa 13-22 digunakan. Tetapi semasa lawatan ulangan pada 20 minggu kandungan, satu faktor risiko dikesan dan kes perlu dirujuk, ruangan jangkamasa 23-27 boleh digunakan dan catatkan tarikh pemeriksaan (pada ruangan tarikh) dan jangkamasa 20 minggu (pada ruangan Jangkamasa Kandungan). Pada lawatan berikutnya, jika tiada lagi faktor risiko tersebut, senarai semak yang sedia ada digunakan dengan menambah garisan untuk ruangan tersebut.



3.3 PANDUAN MENGGUNAKAN SISTEM RUJUKAN DAN MAKLUMBALAS PENJAGAAN ANTENATAL

KOD MERAH

1. Kes ini adalah untuk rujukan segera ke hospital.
2. Pesakit perlu distabilkan sebelum dirujuk bagi kes seperti berikut:
 - Pendarahan *Antepartum*
 - *Eklampsia*
 - Serangan asma yang akut
 - Krisis hipertensi dengan atau tanpa kehadiran *pulmonari edema*.
3. *Dexamethasone* 12mg stat dos diberikan kepada kes:
 - Kontraksi pramatang
 - Keluar air likuor/ketuban pecah pramatang
 - Pendarahan antenatal sebelum 36 minggu
4. Prosedur rujukan adalah seperti berikut:
 - Urusan penghantaran pesakit hendaklah menggunakan ambulan kenderaan yang bersesuaian samada dari klinik kesihatan/hospital/*flying squad* dan perlu diiringi oleh anggota kesihatan

Bagi rujukan kes 22 minggu ke atas:

- Maklumkan kepada Pegawai Perubatan/Pakar yang bertugas di Bilik Bersalin (*labour room*) mengenai kes yang dirujuk
- Setibanya di hospital, maklumkan kes tersebut kepada Pegawai Perubatan/Pakar yang bertugas
- Butir-butir rujukan hendaklah didokumentasikan dalam borang Rujukan *Antenatal* dan keipilkan bersama senarai semak pada kad KIK/1(a) 96. (Pind.2012)

Bagi rujukan kes kurang 22 minggu:

- Kes dirujuk ke Unit Kecemasan Hospital
- Setibanya di hospital maklumkan kes tersebut kepada Pegawai Perubatan/Pakar yang bertugas
- Butir-butir rujukan hendaklah didokumentasikan dalam Borang Rujukan *Antenatal* dan dikeipilkan bersama senarai semak pada kad KIK/1(a)/96. (Pind. 2012)
- Pengendalian akan dilakukan oleh hospital mengikut protokol hospital

5. Prosedur Maklumbalas:
 - Pihak hospital perlu mendokumentasikan ringkasan pengendalian kes dan tindak susul di dalam Borang Maklumbalas dan dikeipilkan didalam kad KIK/1(a)/96. (Pind. 2012)
 - Anggota Kesihatan perlu menyemak maklumbalas tersebut untuk pengendalian kes selanjutnya. Sekiranya tiada, sila dapatkan maklumbalas dari hospital dengan kadar segera



6. Pengendalian selanjutnya adalah penjagaan bersama (*shared care*) Pakar O&G dan Pakar Perubatan Keluarga.

KOD KUNING

1. Kes ini adalah untuk pengendalian oleh Pakar O&G Hospital/Pakar Perubatan Keluarga:
 - Pakar O&G/Pakar Perubatan Keluarga membuat pelan pengendalian
 - Penjagaan seterusnya boleh dilakukan bersama (*shared care*) oleh Pegawai Perubatan dan Jururawat Kesihatan berpandukan pelan pengendalian oleh Pakar O&G/Pakar Perubatan Keluarga
2. Pakar O&G/Pakar Perubatan Keluarga perlu mengawasi pengendalian kes dan ini perlu dimasukkan dalam pelan pengendalian.
3. Pegawai Perubatan dan Jururawat Kesihatan boleh merujuk kes kembali kepada Pakar O&G/Pakar Perubatan Keluarga jika perlu.
4. Prosedur rujukan:
 - Dapatkan temujanji dari Klinik Pakar O&G atau Pakar Perubatan Keluarga di Klinik Kesihatan
 - Sertakan Borang Rujukan Antenatal serta kepilkan bersama kad KIK/1(a)/96. (Pind. 2012)
 - Kes yang dirujuk ke hospital dikendalikan mengikut protokol hospital masing-masing
5. Kes yang stabil boleh dirujuk semula ke Klinik Kesihatan/Klinik Desa dan sertakan Borang Maklumbalas yang mengandungi pelan pengendalian kes dari hospital tersebut.



KOD HIJAU

1. Kes ini adalah untuk pengendalian oleh Pegawai Perubatan dan pengendalian selanjutnya boleh dilakukan bersama (*shared care*) Jururawat Kesihatan/Jururawat Masyarakat di bawah pengawasan Pegawai Perubatan.
 - Pegawai Perubatan membuat pelan pengendalian
 - Pengendalian boleh diteruskan oleh Jururawat Kesihatan atau Jururawat Masyarakat berpandukan pelan pengendalian oleh Pegawai Perubatan
2. Pegawai Perubatan perlu mengawasi pengendalian kes dan ini perlu dimasukkan dalam pelan pengendalian.
3. Jururawat Kesihatan atau Jururawat Masyarakat boleh merujuk kes kembali kepada Pegawai Perubatan jika perlu.

KOD PUTIH

1. Kes ini adalah untuk pengendalian oleh Jururawat Kesihatan/Masyarakat di Klinik Kesihatan dan Klinik Desa.
2. Sekiranya tiada faktor risiko yang disenaraikan dalam kod merah, kuning dan hijau, ibu diberi kod warna putih.
3. Semua kes yang diberikan Kod Putih perlu mendapat pemeriksaan dari Pegawai Perubatan sekurang-kurangnya 2 kali (kali pertama pada trimester pertama dan kali kedua pada trimester ketiga).
4. Penentuan tempat bersalin sesuai dilakukan pada 36 minggu kandungan.

Catatan:

- I. Perbincangan tentang tempat bersalin perlu bermula trimester pertama kandungan. Pilihan tempat bersalin perlu dibincangkan dengan ibu, suami dan keluarga.
- II. Sekiranya ibu memilih untuk bersalin di rumah:-
 - Kenalpasti kesesuaian ibu bersalin di rumah berdasarkan:-
 - a. Faktor risiko (mengikut sistem kod warna)
 - b. Kesesuaian persekitaran rumah (lawatan ke rumah mesti dilakukan)
 - Sekiranya ibu dalam pengendalian kod merah, kuning dan hijau, masih dengan keputusan untuk bersalin di rumah walaupun telah dinasihati, ibu hendaklah dirujuk kepada Ketua Jururawat/Penyelia Jururawat/Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Keluarga untuk mengendalikan ibu ini.



- Perbincangan hendaklah meliputi aspek risiko bersalin di rumah. Sekiranya ibu masih memilih untuk bersalin di rumah, anggota kesihatan menyediakan pelan tindakan dalam persediaan menghadapi sebarang komplikasi termasuk maklumat hospital yang akan dirujuk.

3.4 BORANG RUJUKAN ANTENATAL

TARIKH :	
MASA :	
BORANG RUJUKAN ANTENATAL (AN –1)	
Daripada:	
Kepada:	
Nama pesakit :	
Nombor rujukan: No. K/P:	
Umur:	Gravida: Para:
LNMP:	EDD/REEDD:POA/POG:
Rawatan yang diberikan:	
Kes telah dibincangkan dengan:(tempat menerima rujukan)	
Anggota yang merujuk:	
Nama dan Jawatan:	Tandatangan:



3.5 BORANG MAKLUMBALAS ANTENATAL

TARIKH :
MASA :

BORANG MAKLUMBALAS ANTENATAL (AN-2)

Daripada:

Kepada:

Nama pesakit:

No. pendaftaran: No. K/P:

Umur: Gravida: Para:

Tarikh Discaj:

Tarikh rujukan ke hospital:

Ringkasan kes dan rawatan:

.....
.....
.....
.....
.....

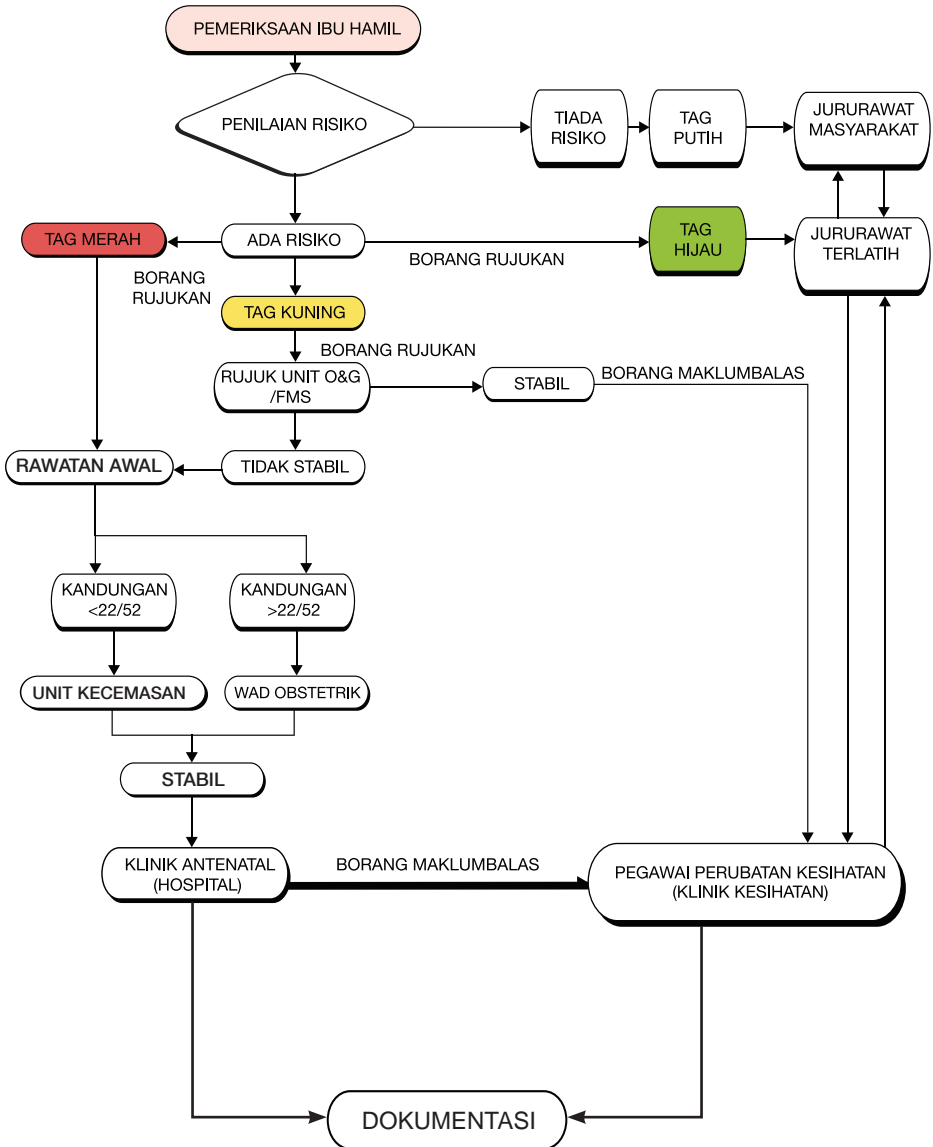
Cadangan rawatan lanjut di tempat rujukan:

.....
.....

Tarikh lawatan susulan di tempat rujukan:



3.6 CARTA ALIR SISTEM RUJUKAN DAN MAKLUMBALAS PENJAGAAN ANTENATAL





4. SENARAI SEMAK PENJAGAAN INTRAPARTUM

Definisi Kelahiran Selamat:
Kelahiran yang disambut oleh Anggota Kebidanan Terlatih.

Senarai Semak untuk penjagaan intrapartum terbahagi kepada dua peringkat:

- **Peringkat pertama** ialah untuk mengenal pasti kesesuaian tempat bersalin (rumah/Pusat Bersalin Alternatif (ABC)/hospital)
- **Peringkat kedua** ialah untuk mengesan faktor risiko *intrapartum* semasa menyambut kelahiran di Pusat Bersalin Alternatif

Senarai semak bagi menentukan kelayakan untuk bersalin di Pusat Bersalin Alternatif digunakan oleh anggota kesihatan selepas 36 minggu ataupun semasa ibu mengalami sakit bersalin di rumah. Ibu hanya boleh dibenarkan bersalin di Pusat Bersalin Alternatif sekiranya semua kriteria yang disenaraikan dapat dipenuhi.

Senarai semak faktor risiko *intrapartum* pula digunakan semasa pengendalian *intrapartum* sama ada di rumah atau di Pusat Bersalin Alternatif. Ia bertujuan untuk membantu anggota kesihatan mengesan awal tanda-tanda risiko untuk rujukan dan pengendalian seterusnya.



4.1 SENARAI SEMAK BAGI KELAYAKAN UNTUK BERSALIN DI RUMAH/PUSAT BERSALIN ALTERNATIF (ABC)

Tarikh :		
Nama :		
No. K/P :		
KRITERIA UNTUK BERSALIN DI RUMAH/ABC		TANDAKAN (✓) PADA RUANG BERKENAAN
TARIKH		
1.	Gravida 2-5	
2.	Tiada masalah obstetrik lalu yang mungkin berulang atau memberi kesan pada kandungan semasa	
3.	Tiada masalah perubatan yang lalu	
4.	Tiada masalah perubatan/obstetrik pada kandungan semasa	
5.	Ukuran tinggi lebih dari 145cm	
6.	Ibu berumur lebih 18 tahun dan kurang 40 tahun	
7.	Ibu berkahwin dan mempunyai sokongan keluarga	
8.	POA >37 minggu atau <41 minggu	
9.	Anggaran berat bayi 2.5kg - 3.5kg	
10.	Persekitaran rumah ibu sesuai (hanya untuk kelahiran dirumah)	

*Ibu hanya boleh dibenarkan bersalin di rumah/ABC sekiranya semua ruangan ditandakan (✓) iaitu semua kriteria di atas dipenuhi.



4.2 SENARAI SEMAK JAGAAN INTRAPARTUM DI RUMAH/PUSAT BERSALIN ALTERNATIF (ABC)

Nota: Jika terdapat faktor risiko, ibu perlu di rujuk kepada Pegawai Perubatan di klinik/hospital berhampiran.

Tarikh :		
Nama :		
No. K/P :		
FAKTOR RISIKO		TANDAKAN (√) DALAM RUANGAN BERKENAAN
PERINGKAT PERTAMA		
1.	Demam (>37.8°C)	
2.	<i>Protenuria</i> (1+ atau lebih)	
3.	Tekanan darah tinggi (>140/90 mmHg)	
4.	Kedudukan janin yang abnormal (menyongsang, menyerong, melintang)	
5.	Masalah penyakit sekarang - seperti sakit jantung, asma, diabetes, hipertensi, sawan, anaemia, TB, HIV Positif, hepatitis B positif dan sifilis	
6.	Kandungan lebih masa (>41 minggu)	
7.	Kandungan kurang dari 37 minggu	
8.	Keluar air ketuban/likour lebih 6 jam dan masih dalam peringkat <i>latent phase</i>	
9.	Air ketuban mengandungi najis janin	
10.	Kadar denyutan jantung bayi <110/min atau >160/min	
11.	Sakit bersalin >12 jam untuk <i>primigravida</i> >8 jam untuk <i>multigravida</i>	
12.	Dilatasi serviks yang statik selama 4 jam	
13.	Tali pusat terkeluar	
14.	Pendarahan (<i>Intrapartum haemorrhage</i>)	
15.	Kontraksi rahim tidak tetap (<i>irregular/incoordinate</i>) >4 jam	



FAKTOR RISIKO		TANDAKAN (✓) DALAM RUANGAN BERKENAAN
PERINGKAT KEDUA		
1.	Peringkat kedua >1 jam <i>primigravida</i> >30 minit untuk <i>multigravida</i>	
2.	Ibu mengalami pendarahan, sesak nafas, denyutan nadi >100/min atau <i>cyanosis</i>	
3.	Kadar denyutan jantung bayi <110/min atau >160/min	
4.	Bahu bayi tersangkut (<i>shoulder dystocia</i>)	

FAKTOR RISIKO		TANDAKAN (✓) DALAM RUANGAN BERKENAAN
PERINGKAT KETIGA		
1.	Lekat Uri	
2.	Cebisan uri/ <i>membrane</i> (POC) tertinggal di dalam rahim	
3.	Luka <i>perineum</i> (<i>tear</i>) tahap kedua atau ketiga	
4.	Pendarahan <i>postpartum</i> (PPH) lebih dari 500ml, seperti <i>uterine inversion</i> atau masalah pembekuan darah (<i>clotting defect</i>)	
5.	Ibu mengalami sesak nafas, denyutan nadi >100/min atau <i>cyanosis</i>	

Nama anggota	:
Jawatan	:
Klinik Kesihatan/Klinik Desa	:



4.3 BORANG RUJUKAN PENJAGAAN INTRAPARTUM

TARIKH :

MASA :

BORANG RUJUKAN INTRAPARTUM (IP-1)

Daripada :

Kepada :

Nama pesakit :

Nombor rujukan : No. K/P:

Umur: Gravida: Para:

LNMP: EDD/REDD: POG:

Rawatan yang diberikan:

.....
.....
.....
.....

Perkara yang dilampirkan: (sila tandakan √)

1. Partogram :

2. CTG :

3. Senarai semak intrapartum :

Kes telah dibincangkan dengan (tempat menerima rujukan)

Anggota kesihatan yang merujuk:

Nama :

Jawatan :



4.4 LANGKAH-LANGKAH YANG PERLU DIAMBIL SEBELUM MERUJUK KES KE HOSPITAL DALAM KEADAAN TERTENTU

NO.	FAKTOR RISIKO	PELAN PENGENDALIAN
1.	Keluar air mentuban/likuor atau mentuban pecah lebih dari 6jam	<ul style="list-style-type: none">• Periksa denyutan jantung janin• Berikan ibu oksigen, jika terdapat tanda-tanda <i>fetal distress</i>• Pastikan tiada tali pusat terkeluar (<i>cord prolapsed</i>)
2.	Tali pusat terkeluar	<ul style="list-style-type: none">• Letakkan dua bantal di bawah punggung ibu (lebih tinggi dari kepala)• Berikan oksigen kepada ibu• Jika tali pusat telah terkeluar dari <i>vagina</i>, masukkan ke dalam <i>vagina</i> semula dengan <i>gauze</i> atau tuala wanita yang telah dibasahkan dengan air suam• Penuhi pundi kencing dengan 500ml normal <i>saline</i> dan <i>clamp Folley's catheter</i>• Pastikan kepala bayi tidak menekan tali pusat dengan memasukkan jari dan menahan kepala bayi
3.	Kandungan kurang dari 37 minggu	<ul style="list-style-type: none">• <i>IM Dexamethasone</i> 12mg stat (semua kakitangan kejururawatan yang telah dilatih dibenarkan untuk memberi suntikan ini)



4.5 BORANG MAKLUMBALAS PENJAGAAN INTRAPARTUM

TARIKH :

MASA :

BORANG MAKLUMBALAS INTRAPARTUM (IP-2)

Daripada :

Kepada :

Nama pesakit :

Nombor pendaftaran: No. K/P:

Umur: Para:

Tarikh bersalin: Tarikh discaj:

Tarikh rujukan ke hospital:

Sebab rujukan semasa intrapartum:
.....
.....

Cara kelahiran: Berat bayi:

Ringkasan kes dan Rawatan:

.....

.....

.....

Cadangan rawatan lanjut dan lawatan susulan:

.....

Tarikh lawatan susulan ditempat rujukan:

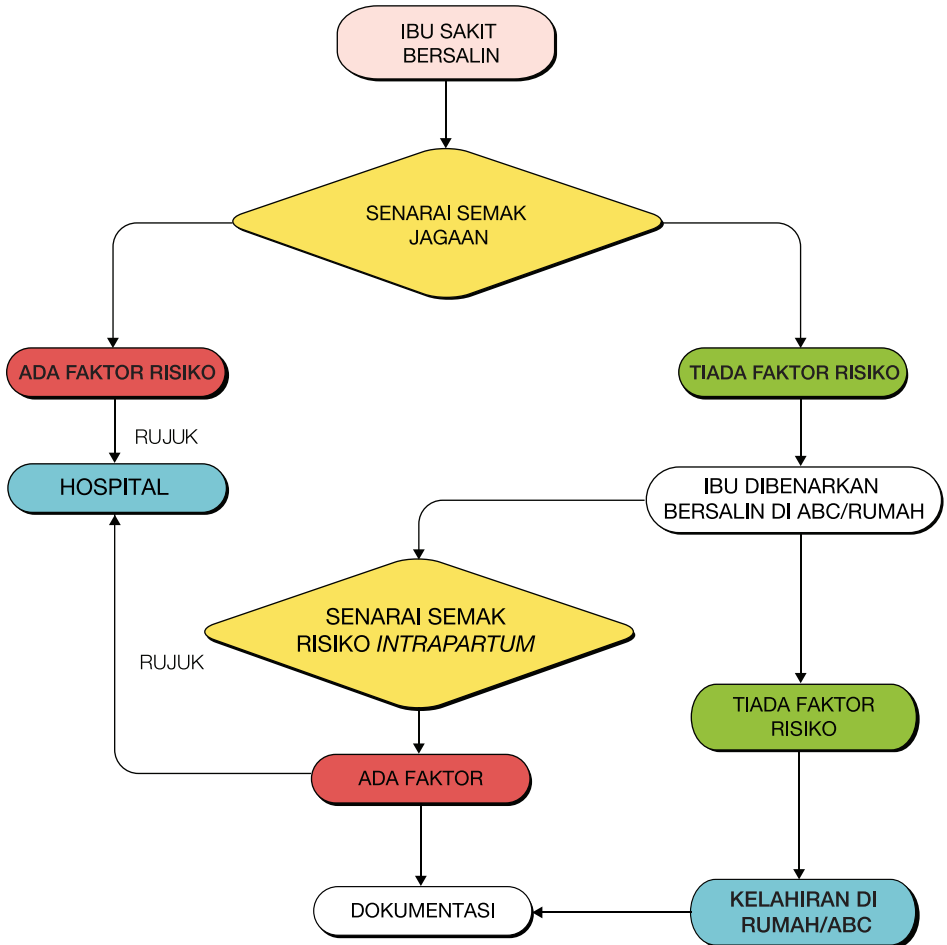
Sebab lawatan susulan:
.....

Nama :

Jawatan :



4.6 CARTA ALIR PENJAGAAN INTRAPARTUM





5. SISTEM KOD WARNA DAN SENARAI SEMAK PENJAGAAN POSTNATAL

Senarai semak ini digunakan oleh anggota kesihatan ketika menjalankan penjagaan postnatal. Senarai semak ini perlu bagi pengesanan faktor risiko dan pengendalian semasa jagaan *postnatal*.

Ia mempunyai 2 kod warna, berdasarkan kepada tahap penjagaan dan keperluan pengendalian klinikal.

KOD WARNA	TAHAP PENJAGAAN
Merah :	Perlu dimasukkan segera ke hospital
Kuning :	Rujuk kes kepada doktor, samada di Klinik Kesihatan atau hospital untuk rawatan lanjut

5.1 SENARAI SEMAK PENJAGAAN POSTNATAL

KOD MERAH - Rujukan segera ke hospital

Tarikh Lawatan									
Hari <i>Postnatal</i>									
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI		Tandakan (√) dalam ruangan jika terdapat faktor							
1.	Eklampsia								
2.	Pre-eklampsia yang teruk (BP >140/90, <i>albuminuria</i> , simtomatik – sakit kepala, pening, kabur penglihatan, sakit epigastrik, rasa mual)								
3.	Tumpah darah (<i>secondary PPH</i>)								
4.	Lekat uri/cebisan uri tertinggal (<i>retained Product Of Conception</i>)								
5.	Masalah kencing – Tidak boleh kencing (<i>acute urinary retention</i>) – <i>Incontinence</i>								



Tarikh Lawatan									
Hari Postnatal									
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI		Tandakan (✓) dalam ruangan jika terdapat faktor							
6.	Pesakit jantung bersalin di rumah								
7.	Ibu <i>Rhesus negative</i> bersalin di rumah								
8.	Gejala-gejala dan tanda-tanda <i>deep vein thrombosis/pulmonary embolism</i> : – Sakit/bengkak betis (<i>calf tenderness swollen</i>) – Sakit dada – Susah bernafas – Kemerahan/keradangan anggota bawah kaki (<i>redness/inflammation of lower limbs</i>)								
9.	Jangkitan/ <i>wound breakdown</i> / <i>hematoma</i> di bahagian luka <i>episiotomy</i> /pembedahan <i>caesarean</i>								
10.	Anemia Hb < 9gm% dengan tanda-tanda seperti sesak nafas, berdebar-debar, pucat, mudah letih dan pitam								
11.	Simtom respiratori: – Sesak nafas – Batuk berpanjangan berdarah – Serangan <i>asthma</i>								
12.	<i>Puerperal Sepsis</i> : Demam, lokia berbau busuk/luar biasa								



KOD KUNING – Rujuk kepada Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Keluarga di klinik kesihatan/hospital

Tarikh Lawatan									
Hari Postnatal									
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI		Tandakan (√) dalam ruangan jika terdapat faktor							
Rujukan pada hari yang sama									
1.	BP >140/90, asimtomatik, tiada <i>proteinuria</i>								
2.	Sebarang simptom yang membimbangkan contoh: Rasa loya dan muntah, sakit kepala								
3.	<i>Puerperal pyrexia</i>								
4.	Rawatan obstetrik semasa: - Kematian perinatal dan ibu sedang berkabung - Berat badan bayi <2kg atau >4 kg bagi kes bersalin di rumah								
5.	Rahim yang tidak mengecut seperti yang sepatutnya (<i>subinvolution of uterus</i>)								
6.	Ibu dengan masalah: - Psikiatrik - Kecacatan mental atau fizikal - Keganasan rumahtangga/sosial								
7.	Masalah penyusuan susu ibu: Bengkak payudara, puting luka atau merekah								
8.	Masalah kencing: kerap kencing (<i>frequency</i>) Sakit kencing (<i>dysuria</i>)								



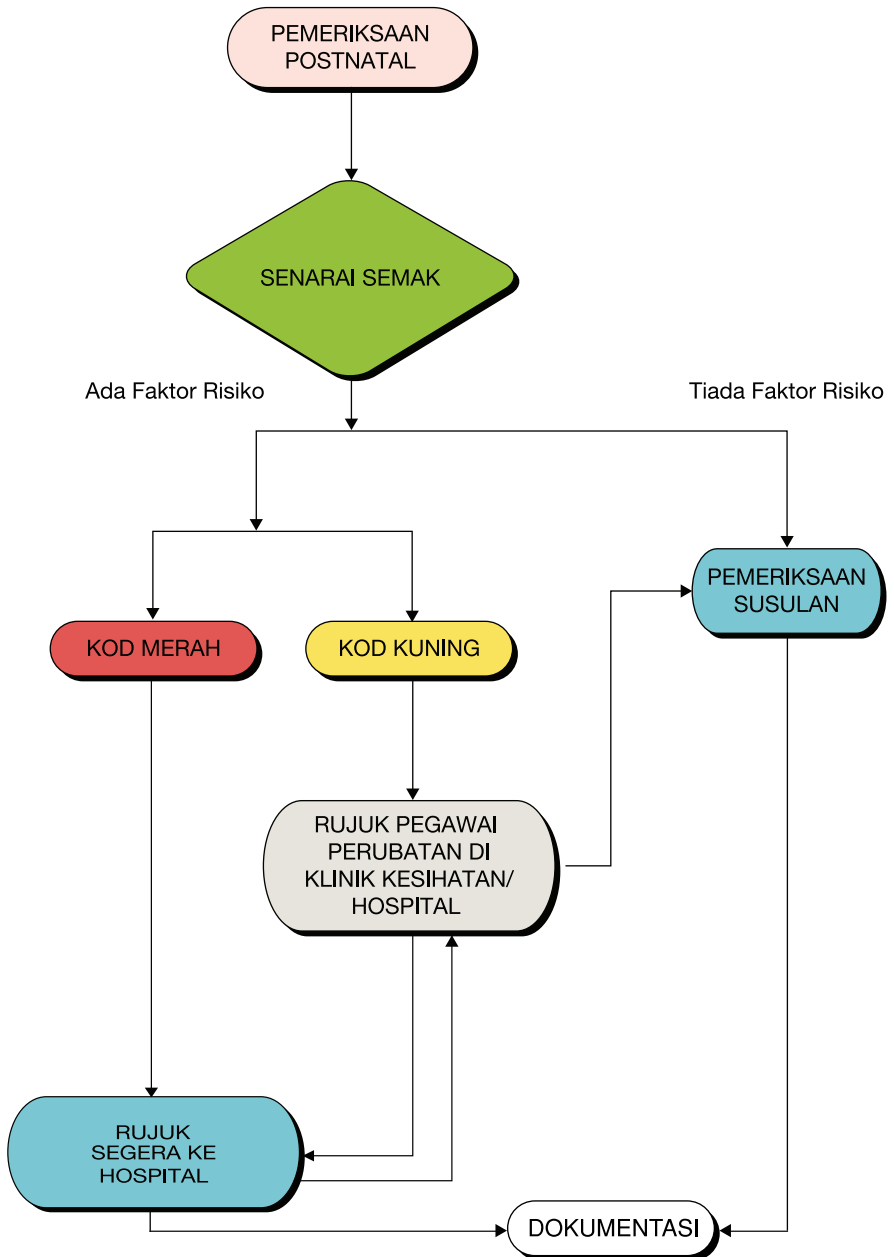
Tarikh Lawatan									
Hari <i>Postnatal</i>									
FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG DIKENALPASTI		Tandakan (✓) dalam ruangan jika terdapat faktor							
Rujukan dengan temujanji (dalam masa 1 minggu)									
1.	Haemoglobin kurang dari 9gm% asimtomatik								
2.	TPHA positif, belum dirawat								
3.	Masalah perubahan yang lain contoh: SLE, penyakit buah pinggang semasa mengandung, sel darah abnormal (<i>blood dyscrasias</i>)								
4.	HIV positif								
5.	Hepatitis B positif								
6.	Diabetes <i>mellitus</i> dan <i>asymptomatic heart disease</i>								
7.	Ibu yang tiada suami (<i>single mother</i>)								

5.2 PANDUAN MENGGUNAKAN SENARAI SEMAK *POSTNATAL*

- Catatkan tarikh mengikut hari lawatan *postnatal* pada ruang bersesuaian
- Tandakan (✓) pada faktor-faktor yang dikesan semasa pemeriksaan *postnatal*
- Lekatkan kod warna bersesuaian pada format senarai semak dan kedua-dua kad *antenatal* KIK/1(a)/96 Pind 2012 dan KIK/1(b)/96 Pind 2012
- Tindakan yang perlu diambil oleh anggota kesihatan yang mengendalikan kes tersebut adalah berdasarkan kod warna
- Kod warna boleh ditukar pada lawatan berikutnya, jika tidak terdapat lagi faktor risiko



5.3 CARTA ALIR PENJAGAAN POSTNATAL





6. PANDUAN PEMERIKSAAN KESIHATAN BAYI

Borang pemeriksaan kesihatan *neonatal* ini digunakan untuk menilai tahap kesihatan bayi baru lahir sehingga berumur 30 hari. Borang ini digunakan ketika pemeriksaan saringan awal bayi di hospital, di klinik kesihatan, di klinik desa dan semasa perawatan *postnatal* di rumah oleh semua kategori kakitangan yang terlibat. Borang ini hendaklah dikepilkkan bersama dengan kad kesihatan kanak-kanak *home-based* yang diberikan kepada semua bayi baru lahir.

6.1 PANDUAN MENGISI BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN NEONATAL

- a. Kategori kakitangan yang bertanggung-jawab mengisi borang ini adalah seperti berikut:
 - Hospital - Pegawai Perubatan/Pegawai Perubatan Siswazah
 - Klinik Kesihatan - Pegawai Perubatan dan Kesihatan
 - Perawatan *Postnatal* di rumah - Penyelia Jururawat Kesihatan/Ketua Jururawat Kesihatan Jururawat Kesihatan/Jururawat Masyarakat
- b. Borang ini mestilah diisi oleh kategori kakitangan yang disebut diatas setelah membuat pemeriksaan ke atas bayi baru lahir dan ketika perawatan *postnatal* di rumah sehingga bayi berumur 30 hari.
- c. Jika bayi dilahirkan di hospital, Pegawai Perubatan yang memeriksa bayi tersebut selepas bersalin, mesti melengkapkan Borang Pemeriksaan Kesihatan *Neonatal* pada ruang pertama iaitu semasa umur bayi <1 hari. Borang ini kemudiannya dikepilkkan bersama pada kad *home-based* bayi berkenaan. Apabila bayi tersebut balik ke rumah, pemeriksaan seterusnya dijalankan oleh anggota kesihatan yang membuat lawatan ke rumah mengikut jadual lawatan *postnatal*. Pada setiap lawatan *postnatal*, tarikh lawatan dan pemeriksaan yang dijalankan perlu dilengkapkan pada hari yang sama di ruangan yang berkenaan.
- d. Jika bayi dilahirkan di rumah, pemeriksaan dibuat oleh anggota kesihatan yang menyambut kelahiran dan seterusnya melengkapkan ruangan pertama (<1 hari). Ruangan yang perlu diisi oleh Pegawai Perubatan hendaklah dibiarkan kosong.
- e. Bayi yang dilahirkan di rumah hendaklah dirujuk secepat mungkin untuk pemeriksaan menyeluruh oleh Pegawai Perubatan yang berdekatan dan seharusnya mengisi di ruang yang berkenaan.

6.2 ISTILAH TANDA

- Jika ditandakan (X), pemeriksa hendaklah mencatat tindakan dan rawatan yang diberikan di dalam Lampiran Rujukan
- Tanda (*), untuk dirujuk kepada Pegawai Perubatan berdekatan
- Tanda (**), untuk dirujuk segera ke hospital
- Tanda (***), bermakna pemeriksaan hanya perlu dijalankan oleh Pegawai Perubatan



- ND (*not done*) bermakna pemeriksaan penilaian tidak dilakukan disebabkan keadaan bayi yang tidak stabil seperti tenat dan asfiksia
- Ruangan yang digelapkan bermakna pemeriksaan dijalankan jika perlu dan tidak sebagai rutin

6.3 PANDUAN PENGENDALIAN DAN RUJUKAN

- a. Isikan tarikh mengikut hari pemeriksaan dijalankan.
- b. Ukuran badan.
 - Ukuran sebenar yang diambil hendaklah dicatatkan di dalam borang.
 - Berat badan, lilitan kepala dan panjang yang diukur kemudiannya perlu dicatatkan pada carta *centile* bagi melihat status bayi berpandukan umur di dalam kad kesihatan kanak-kanak.
 - Semua bayi <10th *centile* ataupun >90th *centile* perlu dirujuk ke Pegawai Perubatan yang berdekatan. Sekiranya garisan plot berat badan dan lilitan kepala yang diukur melintasi garis *centile*, maka kes ini juga perlu dirujuk ke Pegawai Perubatan berdekatan. Jika berat badan <2kg atau >4.5kg, berikan kod warna merah dan rujuk segera ke hospital.
 - Sekiranya berat badan di antara 2kg - 2.5kg anggota kesihatan hendaklah memberi perhatian kepada aspek penyusuan, *hipoglisemia* dan *hipotermia*.
 - Sekiranya berat badan 4kg - 4.5kg aspek penyusuan juga perlu diberi perhatian untuk mencegah *hipoglisemia*.
- c. Pemeriksaan:

Keadaan Am:

Keadaan am bayi merujuk kepada perkara-perkara berikut:

- Kegiatan bayi: Bayi yang tidak aktif/lemah, tangisan lemah atau *irritable* berikan kod warna merah
- Bayi yang pucat atau sianosis perlu diberikan kod warna merah dan dirujuk segera ke hospital
- Wajah Bayi: Wajah bayi yang rupa wajah luar biasa atau mempunyai ciri-ciri dismorfik seperti *Down Syndrome*, diberikan kod warna kuning dan dirujuk kepada Pegawai Perubatan
- Kulit: Jika bayi mempunyai tanda-tanda seperti septic spot yang meluas (*extensive*), *petechiae* atau lain-lain yang berkaitan, berikan kod warna kuning dan rujuk kepada Pegawai Perubatan.

Pemeriksaan Vital:

- Bacaan pada hari pertama pemeriksaan hendaklah dicatatkan di sini dan juga perlu di catatkan jika bacaan tidak normal pada hari berikutnya. Jika bacaan didapati tidak normal, berikan kod warna kuning dan rujuk kepada Pegawai Perubatan yang berdekatan.



Pemeriksaan Kepala:

- *Fontanelle*/Ubun-ubun: Jika didapati terbonjol (*bulging*) atau tenggelam (*depressed*) berikan kod warna kuning atau rujuk Pegawai Perubatan yang berdekatan.
- Perbezaan *Caput/Cephalhaematoma/Subaponeurotic haemorrhage*:
 - *Caput* adalah benjolan dan bukan *haematoma* dan akan susut selepas beberapa hari
 - *Cephalhaematoma* adalah benjolan serta *haematoma* tetapi tidak merentasi garis *suture* di kepala. (Kod Kuning-perlu dirujuk kepada Pegawai Perubatan berdekatan)
 - *Subaponeurotic Haemorrhage* adalah *haematoma* yang merentasi garis *sutures* di kepala (Kod Merah-perlu dirujuk segera ke hospital)

Pemeriksaan Mata:

- Keadaan Am Mata: Jika terdapat keadaan yang tidak normal seperti *kongenital ptosis*, juling dan lain-lain, berikan kod warna kuning dan rujuk kepada Pegawai Perubatan yang berhampiran.
- Discaj: Jika bayi mengalami discaj mata pada hari pertama atau discaj yang *purulent* (bernanah) dan berterusan, berikan kod warna kuning dan rujuk kepada Pegawai Perubatan yang berhampiran.

Sistem Respiratori:

- Bentuk dada: Bayi yang mempunyai bentuk dada yang tidak normal seperti *pigeon chest* berikan kod warna kuning dan rujuk kepada Pegawai Perubatan yang berdekatan.
- *Grunting/Stridor*: *Grunting* adalah bunyi kasar yang dapat di dengar semasa bayi menghembus nafas. Jika terdapat *grunting*, berikan kod warna merah dan rujuk ke hospital dengan segera.
- *Stridor* ialah bunyi kasar yang kedengaran semasa bayi menarik nafas dan berlaku kerana penyempitan pada bahagian kotak suara, *larynx* dan *trakea* bayi. Jika mempunyai *stridor*, berikan kod warna merah dan rujuk ke hospital berdekatan dengan segera.

Pemeriksaan Abdomen:

- Jika terdapat distensi pada abdomen bayi, terutamanya jika bayi mempunyai tanda-tanda muntah, cirit atau tidak membuang air besar, berikan kod warna merah dan rujuk ke hospital dengan segera. Walau bagaimanapun jika bayi berkenaan stabil, berikan kod warna kuning dan rujuk kepada Pegawai Perubatan yang berhampiran.



Pemeriksaan Genitalia

- Jika terdapat keadaan abnormal pada seperti *imperforated hymen* pada bayi perempuan, *hypospadias* pada bayi lelaki, berikan kod warna kuning dan rujuk kepada Pegawai Perubatan berhampiran. Bagi bayi perempuan, adalah normal jika terdapat sedikit *vaginal* discaj berwarna putih dalam masa 5 hingga 7 hari. Jika masalah ini berterusan, berikan kod warna kuning dan rujuk kepada Pegawai Perubatan berhampiran.

Sistem Neurologi

- Jika bayi mengalami pergerakan yang tidak simetri, luar biasa atau *clonus*, berikan kod warna kuning dan rujuk kepada Pegawai Perubatan yang berdekatan. Jika mengalami sawan, berikan kod warna merah dan rujuk segera ke hospital.



6.4 BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN NEONATAL

BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN NEONATAL

(BPKK/SS.N)

Nama Bayi:

No. Kad Pengenalan:

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

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

Umur kandungan (gestation age) :(minggu)

Berat lahir : gm

Panduan mengisi borang:

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

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



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



Tarikh Perawatan														TINDAKAN			
	Umur Bayi (hari)	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15		20	30	
• Abnormal contoh: <i>Congenital ptosis, juling</i>																	*Jika ada
• Katarak																	*Jika ada abnormal
• Kornea/ konjunvita																	**Jika tidak normal
• Lelehan/discaj mata yang <i>purulent</i>																	*Jika ada pada hari pertama dan berterusan
7. PEMERIKSAAN MULUT																	
• <i>Cleft palate/lip</i>																	** <i>Cleft palate</i>
• <i>Cleft lip</i>																	* <i>Cleft lip</i>
• <i>Oral trush</i>																	*Jika ada
8. PEMERIKSAAN TELINGA																	
• Rupa bentuk Abnormal																	*Jika tidak normal
• Lelehan/discaj																	*Jika ada
9. SISTEM RESPIRATORI																	
• Cacat hidung																	*Jika ada
• Sub/ <i>inter-costal recession</i>																	**Rujuk paediatric
• Bentuk dada tidak normal contoh: pigeon chest																	*Jika ada
• Pernafasan berbunyi/ <i>stridor/ grunting</i>																	**Jika ada
• ***Paru-paru abnormal																	*Rujuk paediatric
10. SISTEM KARDIOVASKULAR																	
• *** <i>Cardiac murmur</i>																	



Tarikh Perawatan															TINDAKAN	
	Umur Bayi (hari)	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	20		30
• ***Nadi femoral/ abnormal																**Jika tiada nadi femoral
11. PEMERIKSAAN ABDOMEN																
• Distensi (<i>distension</i>)																** Jika ada muntah/tidak buang air besar *Jika stabil
• <i>Umbilicus</i> kemerahan/ berdarah/ berbau busuk/ discaj																*Jika berterusan
• Benjolan/ ketulan																*Jika ada
• Lubung dubur (<i>anus</i>) abnormal																*Jika <i>imperforate</i>
12. PEMERIKSAAN ALAT KELAMIN (GENITALIA)																
• Rupa luaran abnormal																**Jika <i>ambiguous</i>
• Lelaki - <i>Testes abnormal</i> - <i>Penis abnormal</i> - <i>Scrotum abnormal</i>																*Jika <i>undescended</i> *Jika abnormal *Jika abnormal
• Perempuan Discaj																Normal jika sedikit darah pada hari 5 - 7
• <i>Imperforated hymen</i>																*Jika ada
13. SISTEM MUSKULOSKELETAL																
• Tulang belakang abnormal																*Jika abnormal
• Lengan/ tangan/jari normal																*Jika abnormal



Tarikh Perawatan														TINDAKAN			
	Umur Bayi (hari)	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15		20	30	
• <i>Club foot/ CTEV</i>																	*Jika ada
• <i>Hip dislocation</i>																	*Jika ada
14. SISTEM NEUROLOGI																	
• Ada sawan																	** Jika ada
• Refleks abnormal - <i>Moro</i> - <i>Grasp</i> - <i>Rooting</i>																	*Jika ada masalah
• <i>Tone/otot</i> abnormal																	*Jika abnormal
TANDATANGAN																	
NAMA																	
JAWATAN																	
PEMERIKSA																	

Nota: Jika terdapat tanda (X) pada ruangan borang penilaian, sila rujuk untuk tindakan/rawatan. Rujuk bayi sekiranya kehilangan berat badan pada hari kelima melebihi 10 % dari berat lahir.



6.5 KRITERIA UNTUK RUJUKAN BAYI KE HOSPITAL

Bil.	Perihal ibu semasa hamil/ <i>intrapartum</i>	√ Jika ada	Bil.	Keadaan Bayi	√ Jika ada
1.	IDDM/ <i>Gestational Diabetes</i>		1.	Kelahiran tidak selamat	
2.	<i>Biohazards</i> /sifilis/Hepatitis B		2.	<i>Abandoned baby</i>	
3.	<i>Rhesus negative</i>		3.	Kecederaan semasa kelahiran	
4.	Jangkamasa hamil < 37/52		4.	Anak kembar/songsang	
5.	<i>Eklampsia</i> pertama		5.	<i>Jaundis</i> dikesan pada hari pertama	
6.	Likur yang ada <i>meconium stained</i>		6.	Dilahirkan lemas/asfiksia	
7.	Suhu badan >37.5°C semasa <i>intrapartum</i>		7.	<i>Apgar score</i> <7 pada 5 minit	
8.	Ketagihan dadah/arak				
9.	Mengalami jangkitan <i>Chickenpox</i> semasa <i>intrapartum</i> atau 5 hari sebelum hari kelahiran				
10.	Mentuban pecah melebihi 24jam atau likur berbau busuk (<i>foul smelly</i>)				



6.6 LAMPIRAN RUJUKAN

TARIKH	JENIS MASALAH	TINDAKAN/PELAN PENJAGAAN



PENGHARGAAN

Kepada ahli-ahli yang menyediakan, menyemak dan mengemaskini Garis Panduan Senarai Semak Mengikut Sistem Kod Warna Penjagaan Kesihatan Ibu dan Bayi

- 1. Dato' Dr. Ghazali bin Ismail**
Pakar Perunding Kanan O&G &
Ketua Jabatan O&G,
Hospital Sultan Ismail, Johor Bahru,
Johor
- 2. Dr. Harris Njoo Suharjono**
Pakar Perunding Kanan O&G &
Ketua Jabatan O&G,
Hospital Umum Sarawak
- 3. Dr. Safiah bte Bahrin**
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Bahagian Pembangunan Kesihatan
Keluarga
- 4. Dr. Majdah bte Mohamed**
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Bahagian Pembangunan Kesihatan
Keluarga
- 5. Dr. Mohd Daud bin Che Yusof**
Pakar Perubatan Keluarga
KK Kuantan, PKD Kuantan, Pahang
- 6. Dr. Sri Wahyu bte Taher**
Pakar Perubatan Keluarga
KK Simpang Kuala, PKD Kota Setar,
Kedah
- 7. Dr. Siti Zubaidah bte Mohd Taher**
Pakar Perubatan Keluarga
KKM Seremban, Negeri Sembilan
- 8. Dr. Zul Azuin bte Zulkifli**
Ketua Penolong Pengarah
Bahagian Pembangunan Kesihatan
Keluarga
- 9. Dr. Noor Haslinda bte Ismail**
Penolong Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor
- 10. Pn. Chen Phaik Guan**
Pengajar Jururawat Kesihatan Awam
Kolej Sains Kesihatan Bersekutu,
Sg. Buloh, Selangor
- 11. Pn Noor Aini bte Karimon**
Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan
Bahagian Pembangunan Kesihatan
Keluarga
- 12. Pn. Baesah bte Gasar**
Penyelia Jururawat Kesihatan
KK Batu Pahat, PKD Batu Pahat, Johor
- 13. Pn. S. Kalyani a/p Sangaran**
Penyelia Jururawat Kesihatan
PKD Kuala Pilah
- 14. Pn. Suzana bte Kipli**
Ketua Jururawat Kesihatan
Bahagian Pembangunan Kesihatan
Keluarga
- 15. Pn Nor Azizan bte Abdul Muti**
Ketua Jururawat Kesihatan
KK Malim Nawar, PKD Kampar, Perak
- 16. Pn Sharifah bte Yaakob**
Ketua Jururawat Kesihatan
KK Palong 4, 5 dan 6, Gemas
PKD Tampin, Negeri Sembilan

Urusetia:

- 17. Cik Norhayati bte Mustafa Kamal**
Bahagian Pembangunan Kesihatan
Keluarga



Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia

Edisi Ketiga 2013 (Versi Semakan)