



REPUBLIK INDONESIA  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

# SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202014271, 4 Mei 2020

**Pencipta**

Nama : **dr. Sitti Wahyuni M, Ph.D., Dr. dr. Siti Maisuri T. Chalid, Sp.OG(K),  
, dkk**

Alamat : Jl. Syarif Al Qadri No. 99, Makassar, Sulawesi Selatan, 90142

Kewarganegaraan : Indonesia

**Pemegang Hak Cipta**

Nama : **LPPM Universitas Hasanuddin**

Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10, Tamalanrea, Makassar, Sulawesi Selatan, 90245

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Modul**

Judul Ciptaan : **Modul 1: Ibu Hamil Dan Riwayat Kesehatan (Seri 1000 Hari Awal Kehidupan)**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 1 Mei 2019, di Makassar

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan Pengumuman.

Nomor pencatatan : 000186582

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.  
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.  
NIP. 196611181994031001

**LAMPIRAN PENCIPTA**

No	Nama	Alamat
1	dr. Sitti Wahyuni M, Ph.D.	Jl. Syarif Al Qadri No. 99
2	Dr. dr. Siti Maisuri T. Chalid, Sp.OG(K)	Jl. Andi Mappanyukki No. 27 RSB Restu
3	Dr. dr. Efendi Lukas, Sp.OG(K)	Jl. Sungai Sadding I No. 9
4	dr. Bau Dilam Ardyansyah. M. BSc	Jl. Kutacane Selatan No. 41 Bukit Baruga



**MODUL I**  
**IBU HAMIL & RIWAYAT KESEHATANNYA**

Hari Awal Kehidupan

**10000**

An illustration of a woman with long black hair, wearing a yellow top, holding a baby. The illustration is positioned to the right of the large red number '10000'.

...  
Fakultas  
Kedokteran  
UNHAS 2019

**BUKU MODUL I**

# **IBU HAMIL & RIWAYAT KESEHATANNYA**

**1000 HARI AWAL KEHIDUPAN**



**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**2019**

## **PENYUSUN**

**Dr.dr. Maisuri T. Chalid, SpOG(K)**  
*Departemen Obstetri dan Ginekologi*

**dr. Sitti Wahyuni, PhD**  
*Departemen Parasitologi*

**Dr.dr. Efendi Lukas, SpOG(K)**  
*Departemen Obstetri dan Ginekologi*

## **MODUL I**

### **IBU HAMIL & RIWAYAT KESEHATANNYA**

#### **Deskripsi Modul:**

Modul 1 merupakan petunjuk untuk mahasiswa kakak asuh ketika melakukan kontak pertama kali dengan ibu hamil. Pada pertemuan tersebut kakak asuh akan melakukan perkenalan dan memberikan penjelasan secara sistematis mengenai tujuan program dan manfaatnya bagi ibu hamil dan keluarga. Penting sekali memberi kesan yang baik pada pertemuan pertama sehingga ibu dan keluarga merasa nyaman dan secara sukarela memberikan persetujuan untuk berpartisipasi. Terdapat beberapa isian pada pertemuan pertama ini yang harus dilengkapi yaitu informasi ibu hamil dan riwayat kesehatannya. Data yang akan dikumpulkan dengan menggunakan modul 1 ini bermanfaat dalam menentukan status umum kesehatan ibu hamil sehingga langkah strategi monitoring masa kehamilan dan persalinan dapat ditentukan.

#### **Cakupan modul:**

1. Informasi ibu
2. Kesehatan ibu hamil dan riwayat persalinan sebelumnya

#### **Jumlah kunjungan dan waktu pengisian**

1 x pada kunjungan perkenalan (pertama)

#### **Alokasi waktu**

2x50 menit

#### **Kompetensi:**

1. Komunikasi
2. Empati
3. Mampu melaksanakan *inform consent*
4. Analisis
5. Kordinasi
6. Verifikasi

**Referensi:**

- Buku panduan 1000 hari
- Bab I. Program 1000 hari awal kehidupan
- Bab II. Gambaran umum program 1000 hari awal kehidupan
- Bab III. Komunikasi, konseling dan panduan budaya lokal
- Bab IV. Prinsip asuhan sayang ibu dan sayang bayi

**Persiapan pra kunjungan**

1. Membaca buku acuan dan modul I
2. Telah menginstal program *google map* dan *global position system (GPS)* kedalam *smartphone* yang akan digunakan
3. Melapor ke mentor dan pembimbing
4. Mengisi data informasi mahasiswa kakak asuh, mentor dan supervisor
5. Melapor ke Puskesmas setempat dan pemerintah setempat

**Kelengkapan kunjungan:**

1. Modul 1
2. *Smartphone*
3. Lembar balik (*flipchart*)
4. Alat tulis
5. Lembaran inform consent dan lembaran persetujuan masing masing dua rangkap

**Catatan:**

1. Harus didampingi mentor dan sebaiknya juga petugas puskesmas
2. Bertanyalah atau minta bantuan pada petugas puskesmas jika diperlukan.
3. Setelah selesai kunjungan, laporkan hasilnya pada mentor dan supervisor serta minta waktu untuk berdiskusi (*debriefing*) tentang data yang didapatkan. Jangan lupa minta tanda tangan verifikasi dari mentor dan supervisor pasca diskusi.

**Kegiatan:**

No	Kegiatan	Catatan
<b>A. Memperkenalkan diri</b>		
1	Ucapkan salam dan perkenalkan diri	
2	Tanyakan apakah ibu memiliki waktu untuk wawancara	Jika tidak siap minta waktu kapan bisa diwawancarai, kalau bisa dalam minggu yang sama

3	Tanyakan apakah ada yang bisa mendampingi ibu selama wawancara	
<b>B. Melakukan inform consent</b>		
4	Jelaskan tujuan kunjungan dan manfaatnya bagi ibu	
5	Tanyakan apakah ibu mengerti atau adakah yang ingin ditanyakan	Jika ibu tidak bisa berbahasa Indonesia, mintalah bantuan salah satu anggota keluarga /kerabat ibu untuk membantu menjelaskan
<b>C. Permintaan persetujuan</b>		
6	Minta ibu membaca lembaran persetujuan	Jika tidak bisa membaca minta pendampingnya untuk menjelaskan dalam bahasa yang dimengerti oleh Ibu
7	Tanyakan apakah semua jelas	
8	Minta ibu mencantumkan tanda tangan (2 rangkap)	Berikan satu rangkap lembaran inform consent dan persetujuan pada Ibu untuk disimpan
9	Minta keluarga/tetangga/kader/petugas puskesmas untuk turut menandatangani sebagai saksi (2 rangkap)	
<b>D. Wawancara dan pengisian formulir informasi umum</b>		
10	Isi sesuai dengan jawaban ibu	Untuk memastikan minta konfirmasi dari yang mendampingi ibu
<b>E. Wawancara dan pengisian formulir identitas ibu hamil dan riwayat kesehatan ibu</b>		
11	Tanyakan apakah ibu mempunyai KTP dan kartu jaminan kesehatan	Lakukan pengisian sesuai informasi yang tercantum pada kartu tsb
12	Untuk pertanyaan lainnya isi sesuai jawaban ibu	Untuk memastikan minta konfirmasi dari yang mendampingi ibu
13	Tanyakan apakah ada buku KIA	Jika tidak ada, tawarkan pendampingan ke Puskesmas
14	Minta izin untuk berfoto bersama Ibu	Jika ada petugas puskesmas, maka minta untuk bersama sama berfoto
15	Identifikasi posisi rumah dengan menggunakan program <i>google map</i> dan lakukan <i>r</i>	
16	Tentukan GPS dari posisi rumah dengan menggunakan program yang sudah di instal	
<b>F. Catatan dan tindak lanjut</b>		
17	Lakukan pencatatan yang berisi resume tentang kunjungan ini	

18	Berikan penyuluhan umum mengenai pentingnya melakukan pemeriksaan antenatal	Gunakan lembar balik
19	Tanyakan kepada ibu apakah ada yang ingin ditanyakan	Berikan jawaban sesuai dengan kemampuan namun jika ada yang tidak dapat dijawab, sampaikan kepada ibu bahwa akan didiskusikan dulu dengan mentor dan supervisor
20	Lakukan verifikasi bukti kunjungan dengan meminta tanda tangan petugas puskesmas dan ibu hamil.	
<b>G. Penutup</b>		
21	Ingatkan ibu untuk ke Puskesmas untuk kontrol kehamilan	Tawarkan pendampingan ke Puskesmas
22	Buat janji rencana kunjungan berikutnya	

**FORMULIR 1A**

<b>IDENTITAS MAHASISWA, MENTOR DAN PEMBIMBING</b>					
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%; text-align: center;">Foto mahasiswa</td><td style="width: 33%; text-align: center;">Foto mahasiswa</td><td style="width: 33%; text-align: center;">Foto mentor</td></tr></table>			Foto mahasiswa	Foto mahasiswa	Foto mentor
Foto mahasiswa	Foto mahasiswa	Foto mentor			
<b>MAHASISWA 1</b>					
1	Nama				
2	NIM				
3	Alamat				
4	Email				
5	Telp./ Hp				
<b>MAHASISWA 2</b>					
1	Nama				
2	NIM				
3	Alamat				
4	Email				
5	Telp/Hp				
<b>MENTOR</b>					
1	Nama				
2	NIM				
3	Alamat				
4	Email				
5	Telp/Hp				
<b>DOSEN PEMBIMBING</b>					
1	Nama				
2	NIP				
3	Alamat				
4	Email				
5	Telp/Hp				

**FORMULIR 1B**

INFORMASI IBU			
1	Tanggal wawancara		
2	Nama		
3	Tanggal menikah		
4	Tanggal lahir/umur		
5	Suku		
6	Sejak kapan tinggal dirumah ini		
7	Pendidikan tertinggi (Berikan tanda √)	Tidak sekolah	
		Tidak sekolah tapi pandai membaca	
		SD	
		SMA	
		Diploma/Akademi/sarjana (lingkari)	
		Pasca sarjana	
8	Pekerjaan	Tidak bekerja / bekerja	
9	Jika bekerja, penghasilan / bulan	< 1 juta	2-3 juta
		1-2 juta	> 3 juta
10	Jumlah rata rata pengeluaran /hari untuk membeli bahan makanan/ makanan	Rp.....	
12	No telepon		
13	Letak lintang rumah		
14	Letak bujur rumah		
15	No. kartu tanda penduduk		
16	Nama asuransi kesehatan		
17	No asuransi kesehatan		
18	Alamat		
19	RT/RW		
20	Kelurahan		
21	Kecamatan		
22	Kotamadya/kabupaten		
23	Kode pos		
24	Puskesmas rujukan		
25	Jarak puskesmas dari rumah (km)		
<b>Kesimpulan bagian A</b>		<b>Pendidikan ibu:</b> Buta huruf / Kurang (SD-SMP) /Cukup>SMP <b>Biaya makan sehari:</b> <3000/3000-10.000/> 10.000/orang <b>Asuransi kesehatan:</b> tidak ada/ ada	

Foto Ibu hamil bersama kakak asuh	
Foto google map lokasi rumah ibu dan puskesmas	

**FORMULIR 1C**

<b>KONDISI KESEHATAN IBU</b>			
1	Tanggal wawancara		
2	Tgl Hari pertama haid terakhir		
3	Tanggal Taksiran Persalinan		
4	Lingkar Lengan Atas (cm)		
5	Tinggi Badan (.....cm) / Berat Badan saat ini (.....kg)	kurang IMT<18.4	Overweight (25-27)
		Normal(18.5-25)	Obeis >27
6	Hb		
7	Golongan darah		
8	Hamil ke- (Gravida)		
9	Jumlah persalinan (Paritas)		
10	Jumlah keguguran (Abortus)		
11	Jumlah anak hidup		
12	Jumlah lahir mati		
13	Jumlah anak lahir kurang bulan		
14	Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir	.....bln/ tahun (dihitung sejak hari lahir anak sebelumnya dan hari pertama haid terakhir)	
15	Imunisasi TT terakhir	Tidak pernah	
		Pernah, tanggal.....	
16	Rencana tempat persalinan (satu pilihan)	Rumah	RumahSakit
		Puskesmas	Bidan Praktek Swasta
		RumahBersalin	Belum tahu
17	Riwayat penyakit dalam keluarga/ (bisa lebih dari satu pilihan)	Kencing manis	Alergi
		Hipertensi	Lainnya.....
18	Riwayat penyakit sebelum kehamilan (bisa lebih dari satu pilihan)	Kencing manis	HIV
		Hipertensi	Demam berdarah
		Malaria	Lainnya.....
		TB	
17	Obat/suplemen/herbal yang saat ini di konsumsi	Nama	Dosis
18	Penggunaan cairan pencuci vagina	Ya/ Tidak	
20	Nama obat pencuci vagina		
<b>Kesimpulan bagian C</b>		<b>IMT Ibu:</b> kurang / normal/ gemuk <b>Riwayat penyakit keluarga:</b> Ada/ tidak ada <b>Riwayat penyakit:</b> Ada/ tidak ada	

**FORMULIR 1D****RIWAYAT PERSALINAN SEBELUMNYA**

1	Tanggal wawancara						
	Rincian	Anak-1	Anak-2	Anak-3	Anak-4	Anak-5	Anak-6
2	Nama anak						
3	Tanggal lahir						
4	Umur kehamilan saat lahir						
	C=cukup bulan; K=kurang bulan						
5	Berat badan saat lahir						
6	Panjang saat lahir						
7	Jenis kelamin L=laki laki; P= Perempuan						
8	Tempat lahir R= Rumah; KBPS= Klinik Bidan Praktek Swasta; P= Puskesmas; D= Rumah Bersalin; RS=Rumah sakit						
9	Jenis persalinan N= Normal; C=Caesar; V=Vacuum						
10	Komplikasi kehamilan Ada/ Tidak ada (TA)						
11	Komplikasi P= Perdarahan; HT/PE= Hipertensi/Pre Eklampsia; AB= Anak Besar; AM= Anak Mati; PL=Persalinan Lama; I=Infeksi (TB, Malaria, Hepatitis, HIV, Penyakit Kelamin); BBLR= Bayi Berat Lahir Rendah; Pr= Prematur; An= Anemia (Hb<11); Kehamilan Kembar; Kelainan Letak						

## **FORMULIR 1E**

### **LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SUBYEK PROGRAM**

#### **1000 HARI AWAL KEHIDUPAN**

#### **(INFORMED CONSENT)**

Saya, [Nama Mahasiswa] adalah bagian dari Tim Pengelola Program 1000 Hari Awal Kehidupan Fak. Kedokteran UNHAS, yang diketuai oleh dr. Siti Maisuri T. Chalid, Sp. OG(K). Program ini adalah bagian dari pendidikan kedokteran di Fak. Kedokteran UNHAS yang dibawah oleh Wakil Dekan Bidang Akademik Dr.dr. Irfan Idris, MKes.

Tim Pengelola Program 1000 Hari Awal Kehidupan Fak. Kedokteran UNHAS mengajak Ibu dan Keluarga untuk ikut serta dalam program ini.

#### **A. Tujuan program**

Meningkatkan kualitas kehamilan dan pertumbuhan bayi agar dapat menghasilkan generasi penerus yang sehat secara fisik, jiwa dan emosi

#### **B. Latar belakang program**

Di Indonesia, setiap tiga menit satu anak balita meninggal dunia dan setiap jam satu ibu meninggal dunia saat persalinan atau karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas tahun 2010), sepertiga anak Indonesia usia dibawah lima tahun mempunyai status gizi buruk/ kurang yang mengindikasikan bahwa sebagian besar masyarakat Indonesia pernah mengalami kekurangan gizi kronis dan berulang, yang kemungkinan sudah dimulai pada usia sangat dini yaitu sejak masih didalam kandungan atau pada tahun tahun awal sejak dilahirkan.

Dalam jangka pendek, dampak buruk yang ditimbulkan oleh masalah gizi pada awal masa kehidupan adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sementara dalam jangka panjang, gangguan gizi akan mengakibatkan menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, rendahnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua. Keseluruhan hal tersebut akan menurunkan kualitas sumber daya manusia Indonesia, rendahnya produktivitas dan daya saing bangsa.

Para ahli menyimpulkan bahwa periode 1000 hari awal kehidupan, yang dimulai sejak saat konsepsi, pertumbuhan janin dalam rahim, hingga tahun ke 2 kehidupannya, merupakan periode emas yang akan menentukan kualitas kesehatan lahiriah, kesehatan jiwa dan emosi pada kehidupan selanjutnya.

### **C. Pelaksana program**

Pada kegiatan ini, seorang mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin akan mengasuh ibu, bayi yang dilahirkan beserta keluarga selama 1000 hari. Kakak asuh ini telah mendapat pelatihan mengenai proses kehamilan, persalinan dan penyapihan bayi/anak dari para ahlinya di bidang ilmu kandungan dan kebidanan, ilmu kesehatan anak, ilmu kesehatan keluarga, dan bidang-bidang terkait lainnya dari Fakultas Kedokteran UNHAS

### **D. Manfaat**

Keuntungan langsung yang Ibu dapatkan adalah kondisi kesehatan Ibu selama kehamilan dan persalinan, serta kesehatan ibu dan bayi akan terpantau dengan baik, sehingga kemungkinan terjadinya risiko yang dapat membahayakan ibu, janin dan bayi dapat dihindarkan atau ditindaklanjuti lebih dini, ibu dan keluarga juga akan mendapatkan konsultasi kesehatan berkesinambungan sesuai dengan kondisi terkini ibu dan keluarga. Program ini tidak menjanjikan bantuan keuangan atau materi, namun pendampingan ini akan bermanfaat bagi kesehatan anak ibu, kesehatan ibu sendiri juga kesehatan keluarga untuk jangka waktu yang panjang.

### **E. Prosedur kegiatan program**

Apabila Ibu bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, Ibu diminta menandatangani lembar persetujuan ini (rangkap dua), satu untuk Ibu simpan, dan satu untuk Tim Pengelola.

Prosedur selanjutnya adalah:

1. Dalam kurun waktu 1000 hari sejak masa kehamilan, Ibu akan dikunjungi oleh mahasiswa/ kakak asuh minimal sekali dalam sebulan.
2. Setiap kunjungan mempunyai tujuan tertentu yang memungkinkan terpantaunya kemajuan kehamilan dan persalinan, kesehatan ibu dan bayi/anak ibu, dan kesehatan anggota keluarga, serta terdeteksi kemungkinan resiko yang membahayakan bagi kehamilan, persalinan dan tumbuh kembang anak.
3. Selama kunjungan berlangsung, mahasiswa/ kakak asuh akan mewawancarai ibu dan anggota keluarga lainnya, serta melihat langsung keadaan ibu dan keluarga, rumah dan lingkungan tempat tinggal ibu.
4. Jika ada tanda tanda gangguan kesehatan pada ibu atau suatu kondisi yang membahayaka ibu, kehamilannya, maupun anggota keluarga, kakak asuh akan menyampaikannya kepada Ibu untuk untuk bersama sama mencari solusinya.
5. Kakak asuh akan membuat laporan kunjungan, yang akan diperiksa secara berjenjang oleh anggota tim lainnya untuk memudahkan mengidentifikasi kondisi kesehatan ibu dan resiko kesehatan yang ibu, dan anggota keluarga lainnya mungkin alami.

**F. Kewajiban partisipan**

Sebagai partisipan, Ibu dan keluarga diharapkan mengikuti petunjuk program seperti yang tertulis di atas. Bila ada yang belum jelas, Ibu dan keluarga bisa bertanya lebih lanjut kepada mahasiswa kakak asuh. Selama program, Ibu tidak dibatasi untuk mendapatkan konsultasi kesehatan dari pihak lainnya.

**G. Risiko program**

Program ini tidak mempunyai risiko untuk kesehatan Ibu dan keluarga

**H. Kesukarelaan untuk ikut program**

Ibu bebas memilih keikutsertaan dalam program ini tanpa ada paksaan. Bila Ibu sudah memutuskan untuk ikut, Ibu juga bebas untuk mengundurkan diri setiap saat tanpa konsekuensi tertentu.

**I. Kerahasiaan**

Semua informasi yang berkaitan dengan identitas ibu dan keluarga, akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh tim pengelola program 1000 hari awal kehidupan Fak. Kedokteran. Jika hasil pengolahan data dipublikasikan, tidak seorangpun yang dapat menghubungkan ibu dan keluarga dengan publikasi tersebut.

**J. Kontak person program ini**

Untuk mendapatkan informasi tambahan diluar jadwal kunjungan tetap, atau jika ada hal lain yang akan disampaikan terkait pelaksanaan program, Ibu dapat menghubungi mahasiswa/ kakak asuh, kordinator program Dr.dr. Maisuri T.Chalid atau sekretariat tim pengelola program 1000 hari awal kehidupan di lantai. 3 Fakultas Kedokteran UNHAS.

**FORMULIR 1F**

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PROGRAM  
1000 HARI AWAL KEHIDUPAN (gandakan lembaran ini untuk disimpan ibu)**

**Kordinator program:** Dr. dr. St. Maisuri T. Chalid (telp: 0811-463-780)

**Nama Mahasiswa:** \_\_\_\_\_ (telp: \_\_\_\_\_ )

Dengan ini saya menyatakan bahwa

1. Penjelasan mengenai program 1000 hari awal kehidupan telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh Kakak Asuh Program.
2. Saya telah mengetahui bahwa program ini secara umum bertujuan untuk meningkatkan wawasan, keilmuan dan keterampilan saya sekeluarga tentang pentingnya hidup sehat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan saya sekeluarga.
3. Saya juga telah mengetahui bahwa secara khusus program ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan saya dan janin/bayi/anak saya selama masa kehamilan, persalinan dan penyapihannya.
4. Saya telah diberitahu bahwa keikutsertaan saya dalam program ini bersifat sukarela atau tanpa paksaan dari pihak manapun dan tidak akan mengganggu penatalaksanaan kesehatan saya maupun keluarga saya jika saya menarik diri untuk berpartisipasi dalam program ini.
5. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada mahasiswa kakak asuh secara langsung pada saat kunjungan atau melalui nomor teleponnya. Saya juga dapat menghubungi kordinator program yang namanya tercantum diatas.
6. Tanda tangan yang saya cantumkan dibawah merupakan:
  1. Pernyataan PERSETUJUAN saya untuk ikut Program 1000 Hari Awal Kehidupan Fak. Kedokteran UNHAS hingga selesai.
  2. Pernyataan PERSETUJUAN saya kepada pengelola program ini untuk menggunakan data-data saya dan keluarga saya sesuai dengan kepentingan dan tujuan program ini.

Makassar, ..... ..

	Ibu hamil	Saksi*
Nama lengkap		
Tanda tangan		
*Hubungan dengan Ibu hamil:		

**FORMULIR 1G**

Catatan permasalahan, tindak lanjut, hasil dan verifikasi kunjungan:

<b>PERMASALAHAN KUNJUNGAN</b>	
<b>Masalah</b>	<b>Tindakan kakak asuh (ditempat)</b>

<b>Hasil diskusi kelompok</b>	<b>Rencana</b>

<b>Hasil diskusi dengan supervisor</b>	<b>Rencana</b>

<b>VERIFIKASI KUNJUNGAN</b>			
<b>Posisi</b>	<b>Nama verifikator</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Tanda tangan</b>
Dokter/bidan di Puskesmas			
Ibu hamil			
Supervisor			
Koordinator/ staf IT (bila perlu)			