

**SARANA DAN PRASARANA
INOVASI
PANTOMIBRO
DI RSUD JENDERAL
AHMAD YANI METRO**

KARTU PENGOBATAN PASIEN TB MDR

Nama Pasien (1) : _____ Telp. _____
 Alamat Lengkap (2) : _____
 Nama PMO (3) : _____ Telp. _____
 Alamat Lengkap PMO (4) : _____

Nama RS Rujukan MDR (9) : _____ Tahun (10) : _____
 No. Reg.MDR UPK (11): _____ No.Reg.MDR Kab (12a) : _____
 Tanggal Registrasi (13) : _____ Propinsi (12b): _____

Jenis kelamin (5) : L P Umur (6) : tahun
 Parut BCG (7) : Jelas Tidak ada Meragukan

Status sosial (14) A B C

Klasifikasi Pasien (17)

Paru Extra Paru
 Lokasi : _____

Catatan (8) (untuk hasil pemeriksaan lain, misalnya Biopsi, Skoring TB Anak, dll)

Pemeriksaan kontak serumah (15) :

No.	Nama	L/P	Umur	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____

Dirujuk oleh (16) :

Pasien sendiri
 UPK Satelit 1 _____
 UPK Satelit 2 _____
 Dokter Praktek Swasta
 Lain-lain, Sebutkan _____

Tipe Pasien (18)

Baru Lain-Lain
 Kambuh sebutkan : _____
 Defaulter _____
 Gagal K 1
 Gagal K 2

Riwayat Pengobatan TB Sebelumnya (19)

No	Periode pengobatan	Rejimen OAT	Hasil

Pertemuan Tim Ahli Klinis (20)

Tanggal	Tujuan	Keputusan

Apakah pernah mendapatkan OAT Lini kedua (21) : Ya Tidak
 Jika Ya, sebutkan jenis dan lamanya : _____

Nama Pasien : _____
 Register MDR UPK : _____

Bulan	Hasil Pemeriksaan Dahak (22)					
	Tgl Pengambilan	No. Lab	1		2	
			BTA	Kultur	BTA	Kultur
B						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
	Evaluasi Pasca Pengobatan					
6						
12						
18						
24						

Hasil Uji Kepekaan Obat (23)														
Tgl Hasil Keluar	No. Lab	H	R	Z	E	S	Km	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Eto	Cs	PAS

Daftar Singkatan Obat

H : Isoniasid Km : Kanamycin Eto : Ethionamide
 R : Rifampicin Cm : Capreomycin CS : Cycloserine
 Z : Pyrazinamid Ofx : Ofloxacin PAS : P-Aminosalicylic Acid
 E : Ethambutol Lfx : Levofloxacin
 S : Streptomycin Mfx : Moxifloxacin

Tgl Foto	Kode	Kode Hasil Bacaan (24)
		Baseline
		0 : Normal 7 : Fibrosis 14 : Konsolidasi 1 : Kavitas 8 : Fibrothorax 15 : Massa 2 : Infiltrat 9 : Bula 3 : Nodul 10 : Efusi Pleura 4 : Milier 11 : Pneumothorax 5 : Limfadenopati 12 : Bronchiectasis 6 : Endobronchial 13 : Atelektasis
		Follow Up
		21 : Membaik 22 : Memburuk, tambahkan kode baseline 23 : Stabil

CATATAN (25) :
 (Apabila ada kejadian khusus dan penting yang terjadi selama masa pengobatan)

TANGGAL	TANGGAL

Ket : isikan jumlah tablet yang diberikan pada kolom jenis obat

Nama Pasien : _____
 Register MDR UPK : _____

REJIMEN MDR TB YANG DIBERIKAN (26)
 (Tanggal mulai pengobatan, rejimen, perubahan dosis, penghentian OAT)

Rejimen/ Tanggal	H 300mg	R 300mg	Z 500mg	E 400mg	S 1G	Km 1G	Cm 1G	Lfx 250mg	Mfx 400mg	Eto 250mg	Cs 250mg	PAS 4G	CI 500mg	B6 50mg	Lain2	Lain2

Ket : isikan jumlah tablet yang diberikan pada kolom jenis obat

I. TAHAP INTENSIF / AWAL (27)
 Berilah tanda √ pada kotak yang sesuai jenis paduan obat yang diberikan.
 Rejimen Grup 1 Rejimen Grup 2 Rejimen Grup 3 Rejimen Grup 4 Rejimen Grup 5

Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	BB	Jml Dosis				

Berilah tanda "√" jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan dibawah pengawasan petugas kesehatan.
 Berilah tanda "x" bila pasien tidak minum obat. Berilah tanda "O" jika pasien mendapat suntik

Nama Pasien : _____
 Register MDR UPK : _____

II. TAHAP LANJUTAN (28)

Berilah tanda √ pada kotak yang sesuai jenis paduan obat yang diberikan.

Rejimen Grup 1 Rejimen Grup 2 Rejimen Grup 3 Rejimen Grup 4 Rejimen Grup 5

Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	BB	Jml Dosis	

Berilah tanda "√" jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan dibawah pengawasan petugas kesehatan.
 Berilah tanda "x" bila pasien tidak minum obat.

CATATAN AKHIR PENGOBATAN (29) :

HASIL AKHIR PENGOBATAN (30) :
(tuliskan tanggal dalam kotak yang sesuai)

Sembuh	Lengkap	Default
Gagal	Pindah	Meninggal

Layanan Konseling dan Test Sukarela (31)					
Tgl. Dianjurkan	Tgl. Pre Test Konseling	Tempat Test	Tgl. Test	Hasil Test	Tgl. Post Test Konseling

Hasil test ditulis dengan kode :
 NR = Non Reaktif (Negatif) IR = Initial Reaktif (1 x reaktif)
 RR = Repeated Reaktif (2 x reaktif) 3TR = 3 x reaktif

Layanan PDP (32)				
Nama UPK	No. Reg. Pra ART	Tgl. Rujukan PDP	Tgl. Mulai PPK	Tgl. Mulai ART

1. TB.02 MDR – KARTU IDENTITAS PASIEN TB MDR

PENANGGULANGAN TB NASIONAL
TB.02 MDR

KARTU IDENTITAS PASIEN TB MDR

Nama Lengkap : _____
 Alamat Lengkap : _____
 Telp. _____

Jenis Kelamin : L P Umur : thn

Nama RS Rujukan MDR : _____ Telp. _____
 Nama UPK Satelit 2 MDR : _____ Telp. _____
 Reg. TB.03 MDR : _____
 Reg. TB.03 MDR Kab : _____ Propinsi : _____

KLASIFIKASI PENYAKIT

Paru Ekstra Paru
 Lokasi _____
 Tanggal mulai berobat _____

TIPE PASIEN

- Baru <input type="checkbox"/>	- Kambuh <input type="checkbox"/>
- Pindahan <input type="checkbox"/>	- Gagal <input type="checkbox"/>
- Pengobatan <input type="checkbox"/>	- Lain-lain <input type="checkbox"/>

Sebutkan _____
 Jenis paduan obat yang diberikan _____

lihat halaman selanjutnya

INGAT :

1. Simpanlah kartu anda dan bawa selalu bila datang ke unit pelayanan kesehatan
2. Anda dapat sembuh jika mengikuti aturan pengobatan dengan menelan obat secara teratur.
3. Penyakit TB dapat menyebar ke orang lain bila tidak diobati teratur.

Tanggal Perjanjian

Mengambil Obat, Konsultasi Dokter, Periksa Ulang Dahak

Tanggal	Rejimen	Tanda tangan	Pemeriksaan/ Tindakan	Hasil	Catatan

Bila halaman ini sudah penuh dapat diganti halaman baru

2. FORMULIR RUJUKAN SUSPEK TB MDR

PENANGGULANGAN TB NASIONAL
TB MDR

FORMULIR RUJUKAN SUSPEK TB MDR

UPK yang merujuk :
 Kelurahan..... Kecamatan..... Kab/Ko.....

Tanggal rujukan :
 Nomor rujukan :

Yth. Dokter Poli DOTS Plus

Dengan hormat,
 Bersama ini kami hadapkan pasien :

Nama :
 Umur : tahun Jenis I : P / L
 Alamat :
 RT...../ RW..... Kelurahan: Kec.:
 Kota/Kabupaten :
 Nomor Telp/HP :

dengan kriteria suspek : (beri tanda X pada kriteria yang dipilih)

<input type="checkbox"/> Kasus Kronik <input type="checkbox"/> Pengobatan Kategori 2 tidak konversi <input type="checkbox"/> Pernah diobati OAT non DOTS <input type="checkbox"/> Gagal pengobatan kategori 1 <input type="checkbox"/> Kasus kambuh	<input type="checkbox"/> Tidak konversi setelah sisipan pada pengobatan kategori 1 <input type="checkbox"/> Pengobatan setelah lalai <input type="checkbox"/> Kontak erat dengan pasien TB MDR <input type="checkbox"/> Lain -lain
---	---

RIWAYAT PENGOBATAN TB

NO	KAPAN	UPK	TERAPI YANG DIBERIKAN	HASIL PENGOBATAN

Demikian rujukan kami, mohon dilakukan tatalaksana lanjutan
 Terima kasih

....., Tgl.
 Hormat kami,
 (.....)

Bersama ini kami sampaikan bahwa pasien suspek TB MDR:
 Nama :
 Usia : tahun Jenis k: P / L
 Nomor rujukan:

berdasarkan hasil temuan,

 yang bersangkutan diregister sebagai Suspek TB MDR dengan nomor register suspek.....
 Yang selanjutnya akan kami lakukan :

<input type="checkbox"/> Pemeriksaan sputun BTA S-P-S <input type="checkbox"/> Pemeriksaan biakan Mycobactrium TB <input type="checkbox"/> Pemeriksaan tes kepekaan OAT lini 1 dan kami sarankan.....	<input type="checkbox"/> Pengobatan TB, sebutkan <input type="checkbox"/> Pemberian obat non OAT <input type="checkbox"/> Lain - lain
--	---

....., Tgl.
 Hormat kami,
 (.....)

3. BUKU BANTU RUJUKAN SUSPEK TB MDR

BUKU BANTU RUJUKAN SUSPEK MDR TB UPK SATELIT

UPK Satelit MDR :

No	NAMA	UMUR		ALAMAT LENGKAP	NO TELPON	KRITERIA SUSPEK (TULIS NOMOR)	TANGGAL MERUJUK	UPK TUJUAN RUJUKAN	BALASAN RUJUKAN
		P	L						

Kriteria suspek:

1. Kasus kronik
2. Pasien TB yang tidak konversi pada pengobatan ulang (kategori 2)
3. Pasien TB yang pernah diobati, termasuk pemakaian OAT lini kedua seperti kuinolone dan kanamycin (dengan pengobatan Non DOTS)
4. Pasien TB yang gagal pada pengobatan dengan OAT lini pertama (kategori 1)
5. Pasien TB yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif setelah bulan ke 3 pengobatan dengan OAT lini pertama (kategori 1)
6. Kasus kambuh
7. Pasien TB yang kembali setelah lalai/default (setelah pengobatankategori 1 dan/atau kategori 2)
8. Suspek TB yang kontak erat dengan pasien TB-MDR, termasuk petugas kesehatan yang bertugas merawat TB MDR
9. Lain-lain

4. DATA DASAR SUSPEK TB MDR

PROGRAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS NASIONAL
TB MDR

FORMULIR DATA DASAR SUSPEK TB MDR

Berilah tanda dengan (✓) jika gejala dan penyakit terdapat pada pasien, dan berilah tanda (x) jika gejala dan penyakit tidak terdapat pada pasien. Petugas diharapkan memastikan kelengkapan pengisian seluruh informasi.

Lokasi RS rujukan : RSUP Persahabatan RSUD Dr.Sutomo Lainnya, tuliskan _____
Kode Suspek : ___/___/___/___ (RS MDR/NO/BLN/THN) Tanggal : ___/___/___

I. DEMOGRAFI

Nama Lengkap : _____ Jenis Kelamin : Laki-laki
 Perempuan
Usia : ___ tahun Tempat Lahir : _____ Tanggal Lahir : ___/___/___
Status : Belum Menikah Menikah Janda/Duda Agama : _____
Alamat Lengkap : Jalan _____, Blok _____, RT ___/ RW ___, No. ___
Kelurahan _____, Kecamatan _____, Kota _____
Propinsi _____, Kode Pos _____
Nomor Telepon Rumah : (___) _____ Nomor Handphone : _____
Pekerjaan : _____ Nama Perusahaan : _____
Alamat Kantor : _____
Telepon Kantor : _____ Penghasilan Keluarga per bulan : Rp. _____
Jumlah Tanggungan : _____ < Rp. 1.000.000,-
Nama Istri/Suami : _____ Rp. 1.000.000,- - Rp. 1.999.999,-
Nama Ayah : _____ Rp. 2.000.000,- - Rp. 2.999.999,-
Nama Ibu : _____ > Rp. 3.000.000,-
Alamat Orang tua : _____
_____ No. Telepon : (___) _____
Kerabat yang dapat dihubungi dalam keadaan darurat : _____
Hubungan : _____ Alamat : _____
_____ No. Telepon : (___) _____
Dirujuk oleh : Puskesmas RS Pemerintah RS Swasta Klinik Dokter Praktek Swasta
Nama Fasilitas Kesehatan : _____
Alamat : _____
Jumlah Kontak Serumah : _____ orang ≤ 14 tahun : _____ > 14 tahun : _____
KELUHAN UTAMA : _____

II. GEJALA KLINIS	LAMANYA (dalam Bulan)	CATATAN
<input type="checkbox"/> Batuk	_____	_____
<input type="checkbox"/> Demam	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nyeri dada/punggung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hemoptysis	_____	_____
<input type="checkbox"/> Penurunan Berat Badan	_____	_____
<input type="checkbox"/> Keringat Malam	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sesak pada saat istirahat	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sesak pada saat beraktivitas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Edema Tungkai	_____	_____

PROGRAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS NASIONAL
TB MDR

III. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Riwayat Pengobatan TB sebelumnya (dari pertama hingga terakhir)

No.	Tanggal Dimulai (tgl/bln/thn)	Regimen dan Durasi (bulan)	Fasilitas Kesehatan	DOTS (Y/T)	Hasil Akhir Pengobatan (1=sembuh, 2=pengobatan lengkap, 3=gagal, 4=default, 5=tidak diketahui)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Kontak dengan pasien TB aktif : Tidak Jika Iya MDR Bukan MDR

Ko-Morbiditas	Lamanya	Catatan (Pengobatan, Status, dll)
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	_____ Tahun	_____
<input type="checkbox"/> Hipertensi	_____ Tahun	_____
<input type="checkbox"/> Kanker	_____ Tahun	_____
<input type="checkbox"/> Infeksi HIV/AIDS	_____ Tahun	Status : _____
<input type="checkbox"/> Penyakit Ginjal	_____ Tahun	_____
<input type="checkbox"/> Penyakit Paru-paru Lainnya	_____ Tahun	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis Kronik	_____ Tahun	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsi	_____ Tahun	_____
<input type="checkbox"/> Kondisi Psikiatrik	_____ Tahun	_____
<input type="checkbox"/> Lainnya	_____ Tahun	_____

Alergi : (Nama Obat → Tipe Reaksi)

1. _____
2. _____

Obat lain yang sedang dikonsumsi/lamanya : _____

Riwayat Operasi : Tidak Pernah Pneumonectomy/Lobectomy

Lainnya, tuliskan _____

Tanggal Operasi : ___ / ___ / ____ Komplikasi : _____

IV. RIWAYAT SOSIAL

Rokok	Alkohol	Narkoba
<input type="checkbox"/> Sekarang	<input type="checkbox"/> Sekarang	<input type="checkbox"/> Sekarang
<input type="checkbox"/> Dulu	<input type="checkbox"/> Dulu	<input type="checkbox"/> Dulu
<input type="checkbox"/> Tidak Pernah	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
Batang/hari x tahun	Jenis/botol/hari x tahun	Jenis (shabu, marijuana, dll)
_____	_____	_____

Untuk Perempuan : Haid Terakhir ___ / ___ / ____ G ___ P ___ A ___

Kontrasepsi yang dipergunakan (hanya untuk perempuan) : No Ya, tuliskan _____

Riwayat Seksual : _____

PROGRAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS NASIONAL
TB MDR

V. PEMERIKSAAN FISIK DAN PROSEDUR LABORATORIUM

Tanda Vital

Tekanan Darah	: ____ / ____ mmHg	Suhu	: ____ °C
Frekuensi Nadi	: ____ x/menit	Tinggi Badan	: ____ cm
Frekuensi Nafas	: ____ x/menit	Berat Badan	: ____ kg

Pemeriksaan Fisik Umum	0 = Tidak di lakukan 1 = Normal 2 = Abnormal	Deskripsikan kelainan
Kondisi Umum	_____	_____
Kulit	_____	_____
Parut BCG	_____	_____
THT	_____	_____
Jantung	_____	_____
Dada & Paru (Penggunaan Otot Bantu Pernafasan)	_____	_____
Abdomen	_____	_____
Genitalia	_____	_____
Ekstremitas	_____	_____
Status Neurologis	_____	_____
Kelenjar Getah Bening	_____	_____
Endokrin	_____	_____

Prosedur Laboratorium

(Hasil Pemeriksaan Langsung Sediaan Apus Dahak, Kultur, dan DST) Tanggal

_____ ___/___/___

_____ ___/___/___

_____ ___/___/___

Hasil Laboratorium Lainnya

Tes Fungsi Hati _____

Tes Fungsi Ginjal _____

Darah Lengkap _____

GDS, dll _____

PROGRAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS NASIONAL
TB MDR

Foto Rontgen Dada : Tanggal : ___ / ___ / ____

Paru Kanan	Paru Kiri

0 – Normal	7 – Fibrosis
1 – Kavitas	8 – Fibrothorax
2 – Infiltrat	9 – Bullae
3 – Nodul	10 – Efusi Pleura
4 – TB milier	11 – Pneumothorax
5 – Limfadenopati Intrathorax	12 – Bronkiektasis
6 – Penyebaran Endobronkial	13 – Atelektasis
	14 – Konsolidasi
	15 – Massa

VI. PENGKAJIAN

- Suspek TB
 - Baru
 - Pengobatan Ulang

Jika pengobatan ulang, beri tanda pada tipe dibawah ini

- Suspek TB MDR
 - Kasus Kronik
 - Gagal Konversi bulan ketiga Kategori II
 - Pengobatan non-DOTS (termasuk penggunaan OAT Lini Kedua)
 - Gagal Kategori I
 - Gagal Konversi setelah sisipan pada Kategori I
 - Kasus Kambuh
 - Pengobatan Setelah Default
 - Suspek TB dengan keluhan, dengan riwayat kontak dengan pasien TB MDR yang sudah dipastikan, termasuk petugas kesehatan

Penyakit selain TB, tuliskan _____

VII. RENCANA TINDAK LANJUT

- Pemeriksaan Langsung Sediaan Apus Dahak x ____
- Kultur M.Tb x ____
- DST
- Mulai pengobatan TB, tuliskan regimen : _____
- Rencana terapi untuk simptomatik, atau ko-morbiditas lain :

- Lainnya

Dokter Pemeriksa : _____ Tanggal : ___ / ___ / ____

FORMULIR PERMOHONAN LABORATORIUM TB UNTUK PEMERIKSAAN DAHAK

Nama UPK : _____ No. Telp : _____
 Nama tersangka/pasien : _____ Umur tahun
 Jenis Kelamin : L / P
 Alamat Lengkap : _____
 : _____
 Kab/Kota : _____
 Provinsi : _____

Klasifikasi Penyakit

Paru
 Ekstra Paru Lokasi : _____

Alasan Pemeriksaan

. Diagnosa
 . Follow up
 1. Akhir tahap awal
 2. Akhir sisipan
 3. 1 bulan sebelum AP
 4. Akhir Pengobatan (AP)
 No. Reg TB Kab/Kota _____

No. Identitas Sediaan
 (sesuai dengan TB. 06)

____/____/____

Tgl pengambilan dahak terakhir _____
 Tgl pengiriman sediaan _____
 Tanda tangan pengambil sediaan _____

Secara visual dahak tampak

Nanah lendir : S Bercak Darah : S Air Liur : S
 P P P
 S S S

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. Register Lab. (sesuai dengan TB.04) : _____

Tanggal Pemeriksaan	Spesimen dahak *	Hasil **				
		+++	++	+	1-9***	Neg
	Sewaktu (___)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Pagi (___)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sewaktu (___)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*) Diisi sesuai kode huruf sesuai identitas sediaan
 **) Beri tanda rumput pada hasil yang sesuai
 ***) Isi dengan jumlah BTA yang ditemukan

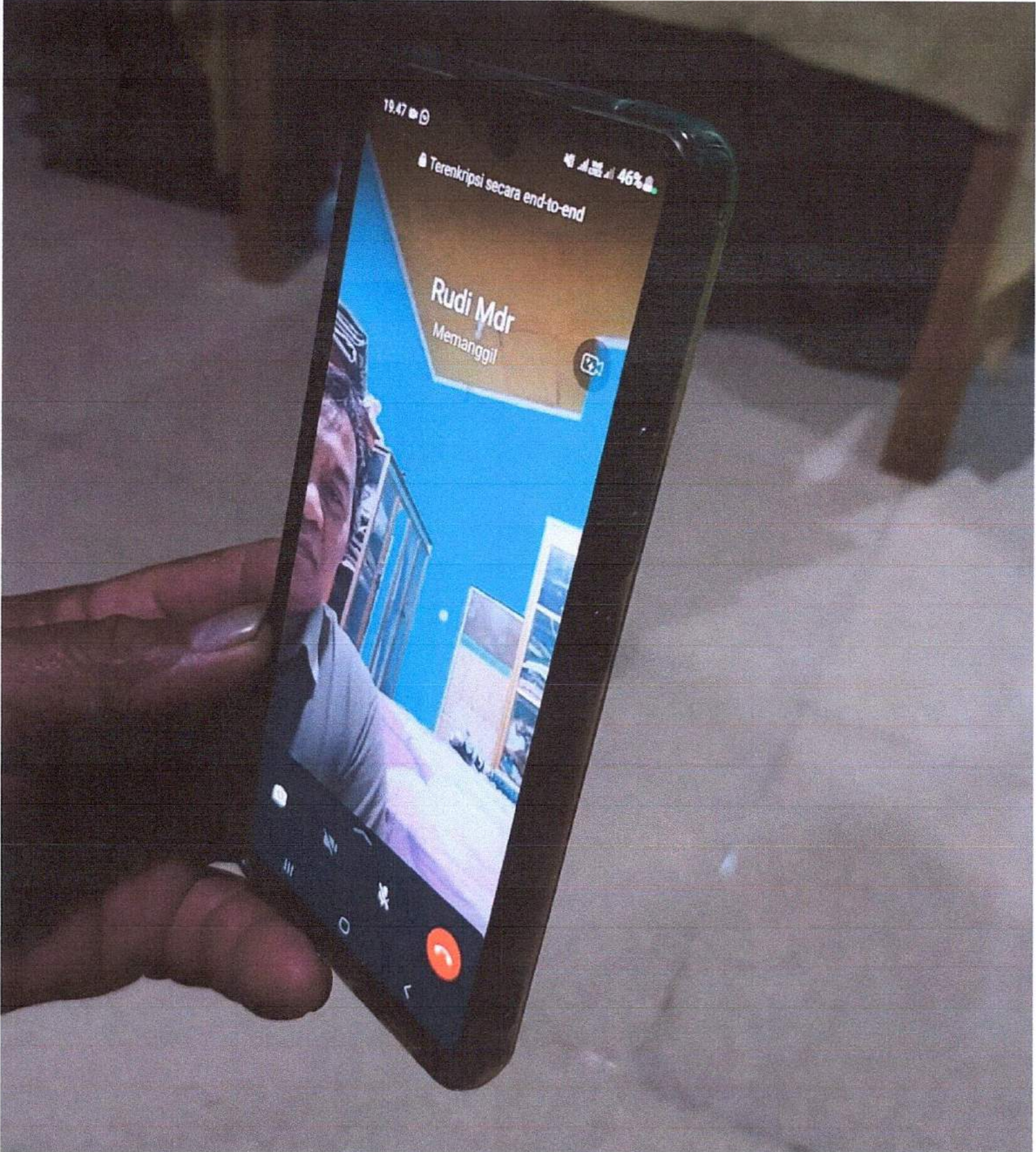
Diperiksa oleh
 Tanda tangan Pemeriksa

DAFTAR TERSANGKA PENDERITA (SUSPEK) YANG DIPERKSA DAHAK SPS

Bulan..... Tahun.....

No	Tanggal didaftar	NO IDENTITAS SEDIAAN DAHAK	NAMA TERSANGKA PENDERITA	Umur		ALAMAT LENGKAP	HASIL PEMERIKSAAN						NO REG. LAB
				L	P		A		B		C		
							Tanggal	Hasil	Tanggal	Hasil	Tanggal	Hasil	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Catatan : A-Slide dahak sewaktu pertama B- Slide dahak pagi dan C- Slide dahak sewaktu kedua



19.47

46%

Terenkripsi secara end-to-end

Rudi Mdr

Memanggil





SARANA & PRASARANA
INOVASI
E-RESEP





SARANA &
PRASARANA
INOVASI

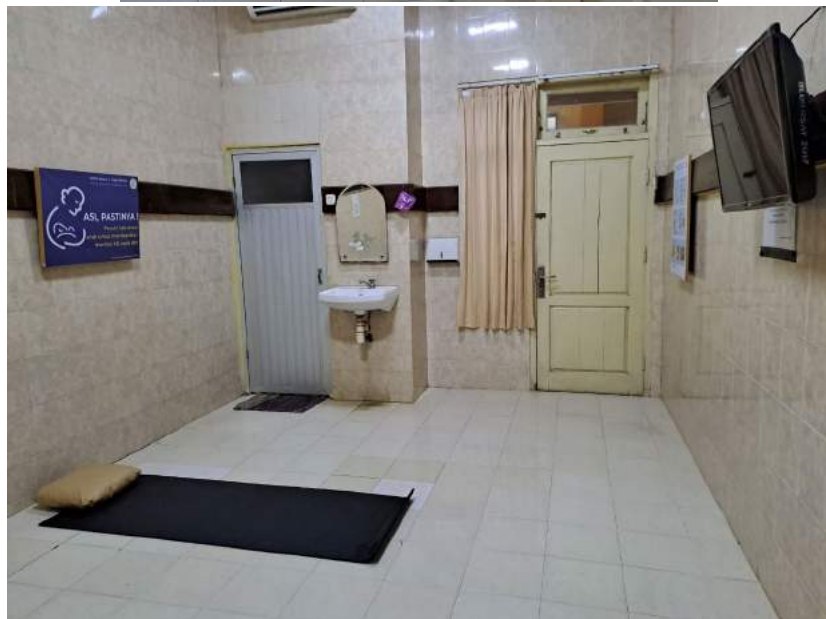
AYUMI

(Ahmad Yani untuk
Mutiara Hati)

Ruang Konseling Asi dan KB di Ruang Bersalin



Ruang Senam Nifas Ruang Bersalin



Tempat Bermain Di Ruang Anak



Ruang Poli Klinik Tumbuh Kembang



Ruang Poli Laktasi



Ruang Laktasi



Ruang Terapi Okupasi



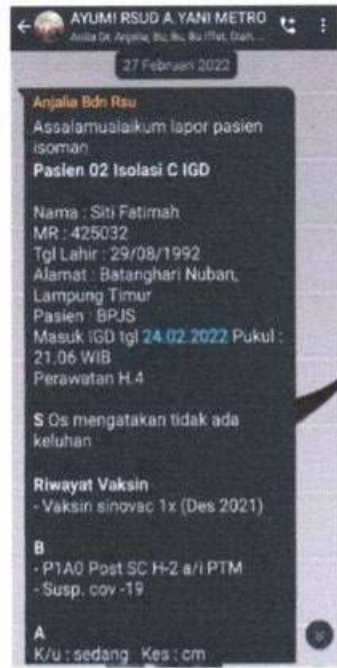
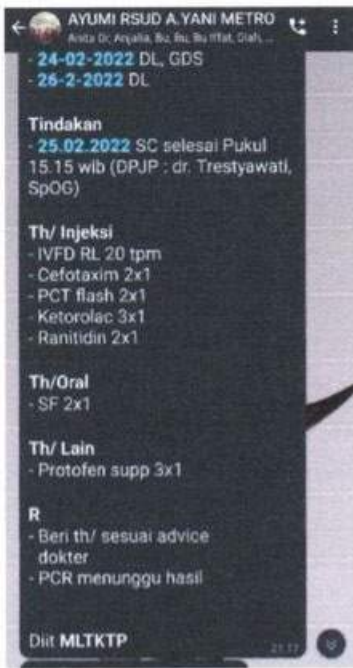
Ruang Terapi Wicara



Ruang Terapi Tumbuh Kembang



Networking melalui grup *Whatsapp* AYUMI RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro untuk Tim PONEK/RSSIB dengan Kepala dan Bidan Puskesmas Se-Kota Metro



Call Center (0725) 800 2000



Apabila keadaan maternal dan perinatal beresiko tinggi dan tidak memiliki kendaraan untuk kerumahsakit, maka dapat menghubungi Tim URC RSUD Jenderal Ahmad Yani dengan Call Center (0725) 8002000

URC (Unit Reaksi Cepat)



MAPS (Mobil Antar Pasien Sehat)



MAPS merupakan layanan tanpa biaya yang diberikan RSUD Ahmad Yani untuk pasien baik ibu hamil, melahirkan dan bayi yang pulang sehat di area Kota Metro.

Sarana & Prasarana Kegiatan Senam Hamil

