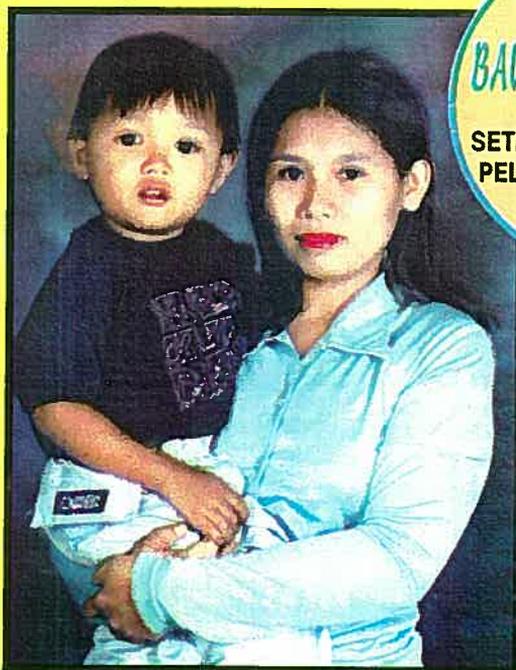


# BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK

PROPINSI KALIMANTAN SELATAN  
KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN



*BAWALAH BUKU INI!*

SETIAP PERGI KE TEMPAT  
PELAYANAN KESEHATAN



DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN

PROYEK PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT  
THN. 1999 / 2000

# **BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK**

**KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN  
PROPINSI KALIMANTAN SELATAN**



**DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN  
PROYEK PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT  
TAHUN 1999 / 2000**

## D A F T A R I S I

|   |    |
|---|----|
| I. Identitas dan latar belakang keluarga                                | 1  |
| II. Ibu hamil   |    |
| 1. Riwayat Kehamilan Sebelumnya   | 2  |
| 2. Kurva Tinggi Fundus  | 2  |
| 3. Faktor dan Risiko Tinggi Kehamilan Pada Ibu                          | 3  |
| 4. Pemeriksaan kehamilan  | 4  |
| 5. Kebersihan Gigi Selama Hamil dan setelah persalinan                  | 5  |
| 6. Tanda - tanda bahaya kehamilan                                       | 6  |
| 7. Pencegahan Agar Tidak Terjadi Bahaya pada waktu hamil dan melahirkan | 7  |
| 8. Petunjuk Bagi Ibu yang Sedang Hamil                                  | 8  |
| 9. Anjuran Makanan Satu Hari  | 9  |
| 10. Makanan Yang Baik Bagi Ibu Hamil Dan Menyusui                       | 10 |
| 11. Tablet Tambah Darah   | 10 |
| 12. Kelompok Bahan Makanan  | 11 |
| III. Ibu Bersalin   |    |
| 1. Persiapan sebelum Persalinan Di Rumah                                | 12 |
| 2. Tanda - tanda Bahaya Pada Waktu Melahirkan                           | 12 |
| 3. Riwayat Persalinan   | 13 |
| 4. Cara Merawat Tali Pusat  | 14 |
| 5. BBLR ( Bayi Berat Lahir Rendah )                                     | 14 |
| 6. Apakah Tetanus Neonatorum itu ?                                      | 15 |
| IV. Keluarga Berencana  | 16 |
| V. Balita   | 18 |
| 1. PLKA (Pengukuran Lingkar Kepala Anak) Wanita                         | 18 |
| 2. PLKA (Pengukuran Lingkar Kepala Anak) Laki - Laki                    | 19 |
| 3. KMS Balita Umur 0 - 1 tahun  | 20 |
| 4. Catatan Pemberian Imunisasi Bayi                                     | 21 |
| 5. Penyakit yang sering terdapat pada bayi & anak ISPA & Diare          | 22 |
| 6. Tumbuh Kembang Anak  | 24 |
| 7. Stimulasi Dini dan Perkembangan Anak                                 | 25 |

|  |    |
|--|----|
| VI. Bayi Umur 0 - 3 Bulan                                    |    |
| A. Yang Diperlukan Bagi Kesehatan Bayi Berumur 0 - 3 bulan   | 26 |
| B. Stimulasi Dini Pada Umur 0 - 3 bulan                      | 26 |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                     | 27 |
| VII. Bayi Umur 3 - 6 Bulan                                   |    |
| A. Yang Diperlukan Bagi Kesehatan Bayi 3 - 6 bulan           | 28 |
| B. Stimulasi Dini Pada Umur 3 - 6 bulan                      | 28 |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                     | 29 |
| D. Cara Membuat Makanan Lumat (Bubur Susu)                   | 29 |
| VIII. Bayi Umur 6 - 9 Bulan                                  |    |
| A. Yang Diperlukan Bagi Kesehatan Bayi Berumur 6 - 9 bulan   | 30 |
| B. Stimulasi Dini Pada Bayi Umur 6 - 9 bulan                 | 30 |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                     | 31 |
| D. Penyuluhan Gizi, Diare, Gigi                              | 31 |
| IX. Bayi Umur 9 - 12 Bulan                                   |    |
| A. Yang Diperlukan Bagi Kesehatan Anak Berumur 9 - 12 Bulan  | 32 |
| B. Stimulasi Dini Pada Umur 9 - 12 bulan                     | 32 |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                     | 33 |
| D. Penyuluhan Gizi. Gigi                                     | 33 |
| X. KMS Balita Umur 1 - 2 tahun                               | 35 |
| XI. Anak Umur 12 - 18 Bulan                                  |    |
| A. Yang Diperlukan Bagi Kesehatan Anak Berumur 12 - 18 bulan | 36 |
| B. Stimulasi Dini Pada Umur 12 - 18 bulan                    | 36 |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                     | 37 |
| D. Catatan Pemberian Kapsul Vit. A                           | 37 |
| XII. Anak Umur 18 - 24 Bulan                                 |    |
| A. Yang Diperlukan Bagi Kesehatan Anak Berumur 18 - 24 bulan | 38 |
| B. Stimulasi Dini Pada Umur 18 - 24 bulan                    | 38 |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                     | 39 |
| D. Penyuluhan Gizi. Gigi                                     | 39 |
| XIII. KMS BALITA 2 - 3 TAHUN                                 | 41 |

|   |          |
|---|----------|
| XIV. Anak Umur 2 - 3 tahun                                    |          |
| A. Yang Diperlukan Bagi Kesehatan Bayi Berumur<br>2 - 3 tahun | 42       |
| B. Stimulasi Dini Pada Umur 2 - 3 tahun                       | 42       |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                      | 43       |
| D. Penyuluhan Gizi. Gigi                                      | 43       |
| E. Catatan Pemberian Kapsul Vit. A                            | 43       |
| XV. Pemeriksaan & Kebersihan Gigi Anak Usia 2 - 6 tahun       | 44       |
| XVI. KMS Balita Umur 3 - 4 tahun                              | 45       |
| XVII. Anak Umur 3 - 4 tahun                                   |          |
| A. Yang Diperlukan Bagi Kesehatan Anak Berumur<br>3 - 4 tahun | 46       |
| B. Stimulasi Dini Pada Umur 3 - 4 tahun                       | 46       |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                      | 47       |
| D. Pencatatan Pemberian Kapsul Vit. A                         | 47       |
| XVIII. KPAP ( Kuesioner Perilaku Anak Pra Sekolah )           | 48       |
| XIX. KMS Balita Umur 4 - 5 tahun                              | 49       |
| XX. Anak Umur 4 - 5 tahun                                     |          |
| A. Yang diperlukan Bagi Kesehatan Anak Berumur<br>4 - 5 tahun | 50       |
| B. Stimulasi Dini Pada Umur 4 - 5 tahun                       | 50       |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                      | 51       |
| D. Penyuluhan Gizi. Gigi                                      | 51       |
| E. Catatan Pemberian Kapsul Vit.A                             | 51       |
| XXI. Anak Umur 5 - 6 tahun                                    |          |
| A. Yang Diperlukan Bagi Kesehatan Anak Berumur<br>5 - 6 tahun | 52       |
| B. Stimulasi Dini Pada Umur 5 - 6 tahun                       | 52       |
| C. Pemeriksaan Kesehatan                                      | 53       |
| D. Penyuluhan Gigi  | 53       |
| CATATAN PENYAKIT  | 54       |
| CATATAN   | 34,40,55 |
| REFERENSI   | 56       |

## BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK

### I. IDENTITAS DAN LATAR BELAKANG KELUARGA

No. Reg :

Tanggal :

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Nama Ibu          | Gol darah Ibu           |
| A g a m a         |                         |
| Nama Anak         | Gol darah anak          |
| Tgl. lahir / umur |                         |
| Jenis kelamin     | Laki - laki / Perempuan |
| Nama Bapak        |                         |
| A g a m a         |                         |
| Alamat            | Jl.                     |
|                   | Kelurahan :             |
|                   | R.W. : RT.              |

### LATAR BELAKANG KELUARGA

|                  |       |
|------------------|-------|
| Umur Ibu         | Tahun |
| Umur Waktu Nikah | Tahun |
| Pendidikan Ibu   |       |
| Pekerjaan Ibu    |       |
| Pendidikan Bapak |       |
| Pekerjaan Bapak  |       |

## II. IBU HAMIL

### I. RIWAYAT KEHAMILAN SEBELUMNYA

G  P  A

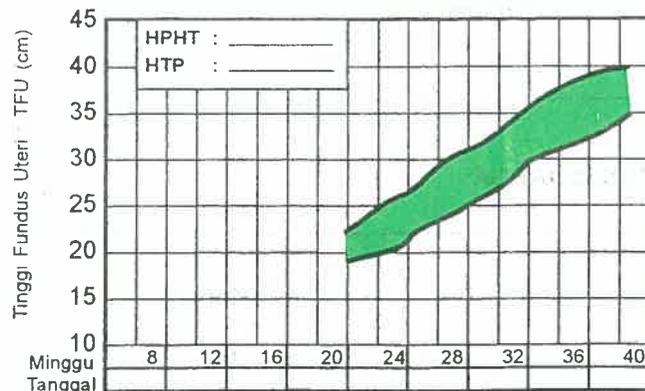
| No. Kehamilan | ANAK        |      |       |      | Kelainan Persalinan * | Ketr ** |
|---------------|-------------|------|-------|------|-----------------------|---------|
|               | Kelamin L/P | Umur | Hidup | Mati |                       |         |
|               |             |      |       |      |                       |         |
|               |             |      |       |      |                       |         |
|               |             |      |       |      |                       |         |
|               |             |      |       |      |                       |         |
|               |             |      |       |      |                       |         |
|               |             |      |       |      |                       |         |
|               |             |      |       |      |                       |         |
|               |             |      |       |      |                       |         |

\* Pada kolom ini, kalau keguguran ditulis keguguran disertai umur kehamilan.

\* Pada kolom ini ditulis perkiraan sebab kematian, dan lain - lainnya.

### 2. KURVA TINGGI FUNDUS

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan  
Gravidograf



#### APABILA :

\* Tinggi Fundus Uteri Tinggi kandungan berada dibawah Daerah HIJAU (Kemungkinan Terdapat GANGGUAN pertumbuhan janin). Ibu perlu mendapat makan makanan bergizi 1 - 2 piring lebih banyak daripada waktu tidak hamil, dan memeriksakan diri lebih lanjut pada dokter.

\* Tinggi Fundus Uteri (TFU) berada diatas Daerah HIJAU (Kemungkinan Terdapat KELAINAN perkembangan janin. misal : kembar, hydramnion dll.)

→ RUJUK

### 3. FAKTOR - FAKTOR RISIKO DAN RISIKO TINGGI KEHAMILAN PADA IBU

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan pada kunjungan pertama

Berilah tanda + kalau ya dan - kalau tidak. JANGAN diisi kalau tidak diketahui.

| Faktor Risiko  | Risiko Tinggi  |
|--|--|
| 1. Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. <input type="checkbox"/>                                | 1. Hb kurang dari 8 gr. <input type="checkbox"/>   |
| 2. Anak lebih dari 4. <input type="checkbox"/>   | 2. Tekanan darah tinggi (sistole 140 mmHg, Diastole - 90mmHg). <input type="checkbox"/>            |
| 3. Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang 2 tahun. <input type="checkbox"/>                           | 3. Oedema yang nyata. <input type="checkbox"/>   |
| 4. Tinggi badan kurang dari 145 cm. <input type="checkbox"/>   | 4. Eklampsia. <input type="checkbox"/>   |
| 5. Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm. <input type="checkbox"/>                | 5. Perdarahan per vaginam. <input type="checkbox"/>  |
| 6. Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital <input type="checkbox"/> | 6. Ketuban pecah dini. <input type="checkbox"/>  |
| 7. Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul <input type="checkbox"/>                      | 7. Letak sungsang pada primi - gravida. <input type="checkbox"/>                                   |
|  | 8. Infeksi berat sepsis. <input type="checkbox"/>  |
|  | 9. Persalinan prematur. <input type="checkbox"/>   |
|  | 10. Kehamilan ganda. <input type="checkbox"/>  |
|  | 11. Janin yang besar. <input type="checkbox"/>   |
|  | 12. Penyakit kronis pada ibu : Jantung, paru, ginjal, dll. <input type="checkbox"/>                |
|  | 13. Riwayat Obstetri buruk, Riwayat bedah cesar dan komplikasi kehamilan. <input type="checkbox"/> |

\* **Apabila anda mempunyai faktor risiko, Dianjurkan bersalin dengan tenaga kesehatan.**

\* **Apabila anda mempunyai risiko tinggi dianjurkan bersalin dirumah sakit.**

#### 4. PEMERIKSAAN KEHAMILAN

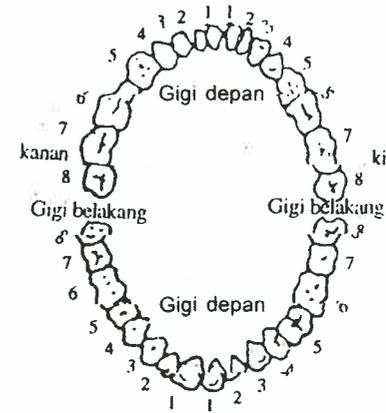
Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

| Umur kehamilan ( Minggu )  | 8                             | 12 | 16 | 20 | 24 | 28 | 32 | 36 | 38 | 40 |
|--|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Tanggal pemeriksaan  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Berat badan  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Tekanan darah  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Tinggi fundus  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Letak janin  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Detak jantung janin  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Vaksinasi T.T  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Tablet tambah darah  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Kapsul yodium  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| PMT/Penyuluhan gizi  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Edema / bengkak  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Pemeriksaan Lab. *)<br>- air seni : protein reduksi<br>- darah : Hb. VDRL<br>- lain - lain |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>HPHT :</b>  | <b>Perkiraan Persalinan :</b> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Keluhan  |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Catatan :<br>- Pengobatan<br>- Rujukan   |                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

\*) Pemeriksaan laboratorium hanya atas indikasi

#### 5. KEBERSIHAN GIGI SELAMA HAMIL DAN SETELAH PERSALINAN

Rahang atas



Rahang bawah

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

| PEMERIKSAAN         | I | II |
|---------------------|---|----|
| Tanggal             |   |    |
| Umur Kehamilan      |   |    |
| Keluhan sakit gigi  |   |    |
| Gigi berlubang      |   |    |
| Gigi yang ditambal  |   |    |
| Gusi mudah berdarah |   |    |
| Lain - lain         |   |    |
| <b>Saran</b>        |   |    |

**GOSOKLAH GIGI ANDA SETIAP KALI SESUDAH MAKAN.**

**PERIKSAKANLAH GIGI ANDA KEDOKTER GIGI ATAU PUSKESMAS, PALING SEDIKIT 6 BULAN SEKALI.**

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan Gigi

| DIAGNOSA | PENGOBATAN |
|----------|------------|
|          |            |

## 6. TANDA-TANDA BAHAYA KEHAMILAN

Perhatikan Tanda - tanda bahaya ini  
Segeralah Mencari Pertolongan



Mual dan Muntah - muntah  
Lebih dari 6 x sehari



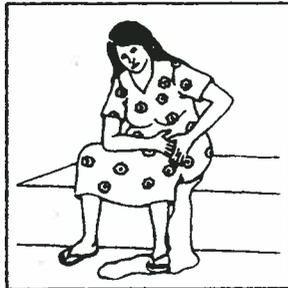
Perdarahan



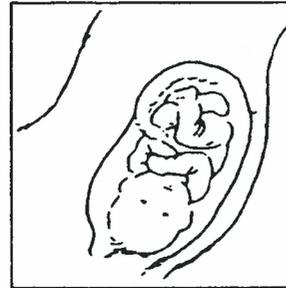
Kejang - kejang



Kaki bengkak +  
Sakit Kepala



Air Ketuban Pecah  
Sebelum waktunya



Tidak ada Gerak Janin



Nyeri Hebat diperut atau  
pingsan sewaktu persalinan



Demam Lebih dari  
3 hari 3 malam



Pucat

## 7. PENCEGAHAN AGAR TIDAK TERJADI BAHAYA PADA WAKTU HAMIL DAN MELAHIRKAN

1. Makanlah **LEBIH BANYAK** 1 - 2 piring dari biasanya setiap hari selama hamil dan menyusui dengan jenis makanan yang beraneka ragam.
2. **PERIKSAKAN** kehamilan ibu **SEDINI MUNGKIN** dan **TERATUR** sekurang - kurangnya 4 kali
  - 1 kali pada kehamilan umur 1 - 3 bulan
  - 1 kali pada kehamilan umur 4 - 6 bulan
  - 2 kali pada kehamilan umur 7 - 9 bulan
3. Mintalah suntikan **ANTI TETANUS (T.T)** 2 kali selama hamil.
4. Minumlah **TABLET TAMBAH DARAH** pada waktu hamil sampai 42 hari setelah melahirkan. (sekurang kurangnya 90 tablet)
5. Berikan **ASI** segera (30-60 menit) setelah melahirkan, karena susu awal (susu jolong / kolostrum) mempunyai manfaat yang akan melindungi bayi terhadap penyakit.  
  
Berikan **ASI (Air Susu Ibu) SAJA** pada bayi anda **SEGERA SETELAH MELAHIRKAN** sampai dengan usia 4 bulan dan lanjutkan pemberian ASI dan makanan tambahan sampai usia paling sedikit 2 th.
6. Mintalah pertolongan ke **TENAGA KESEHATAN** apabila ibu merasakan ada **KELAINAN** selama hamil.
7. Mintalah pertolongan persalinan kepada **PETUGAS KESEHATAN / DUKUN TERLATIH**
8. Ibu jangan melakukan pekerjaan berat.
9. Dapatkan 1 kapsul vitamin A dosis tinggi setelah melahirkan.

## 8. PETUNJUK BAGI IBU YANG SEDANG HAMIL



Makan Cukup dan Bergizi



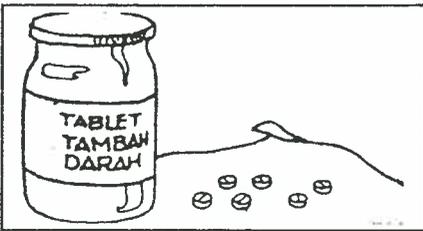
Jagalah Kebersihan Badan



Jangan makan obat Tanpa Petunjuk Dokter



Cukup Istirahat



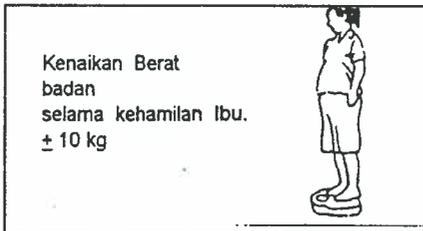
Makan Tablet Tambah Darah



Periksakan Diri Secara Teratur



Mintalah Suntikan TT  
Sebanyak 2 kali  
Selang 1 Bulan



Kenaikan Berat  
badan  
selama kehamilan Ibu.  
± 10 kg

Timbangkan Berat Badan  
Ibu Setiap Bulan

## 9. ANJURAN MAKANAN SATU HARI

| GOLONGAN                | Berat Badan (Kg) | NASI<br>200 g<br>atau<br>padanannya | LAUK<br>50 g<br>ikan<br>atau<br>padanannya | 25 g<br>tempe<br>atau<br>padanannya | SAYUR<br>100 g | BUAH<br>100 g<br>pepaya<br>atau<br>padanannya | SUSU<br>200 CC |
|-------------------------|------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------|---|----------------|
| WANITA<br>20 - 30 tahun | 50               | 3 1/2 x                             | 1 1/2 x                                    | 3 x                                 | 1 1/2 x        | 2   |                |
| 40 - 59 tahun           | 50               | 3 x                                 | 1 1/2 x                                    | 3 x                                 | 1 1/2 x        | 2   |                |
| Hamil                   |                  | 4 x                                 | 2 x  | 4 x                                 | 3 x            | 2   | 1 x            |
| Menyusui                |                  | 5 x                                 | 2 x  | 5 x                                 | 3 x            | 2   | 1 x            |

\* CATATAN : 100 gr beras = 200 gr NASI

**MAKANLAH TELUR SATU BUTIR SEHARI ATAU MAKANLAH  
MAKANAN YANG MENGANDUNG TELUR**

## 10. MAKANAN YANG BAIK BAGI IBU HAMIL DAN MENYUSUI

- Setiap hari Ibu Hamil HARUS makan makanan bergizi 1 - 2 piring LEBIH BANYAK dari keadaan tidak hamil ATAU
- Setiap kali makan JUMLAHNYA DITAMBAH atau BANYAK MAKAN MAKANAN SELINGAN misalnya BUBUR KACANG HIJAU, KUE LEMPER, DLL.
- Untuk pertumbuhan TULANG DAN GIGI pada JANIN yang dikandungnya Ibu Hamil HARUS MAKAN Sumber ZAT KAPUR seperti TEMPE, TAHU, KACANG-KACANGAN, SAWI HIJAU, BAYAM, IKAN, HATI, KERANG, DLL.
- Agar Ibu Hamil TIDAK KURANG DARAH, makanlah makanan yang mengandung ZAT BESI seperti : SAYURAN HIJAU TUA, HATI, DAGING, TELUR, KACANG-KACANGAN, TEMPE, DLL.

## 11. TABLET TAMBAH DARAH

JANGAN LUPA ! IBU HAMIL MINUM TABLET TAMBAH DARAH

- \* Mulai kehamilan BULAN PERTAMA
- \* Diminum Setiap Hari SATU TABLET
- \* Akan berkhasiat bila diminum SECARA TERATUR
- \* Dapat diperoleh di :
  - POSYANDU
  - PUSKESMAS
  - POLINDES
  - R.S. BERSALIN / klinik
  - R.S. NEGERI / SWASTA
  - BIDAN PRAKTEK SWASTA
  - DOKTER PRAKTEK SWASTA

## 12. KELOMPOK BAHAN MAKANAN

Makanan sehat untuk ibu hamil dan balita harus mengandung tiga kelompok makanan seperti ini.

| 1. SUMBER ZAT TENAGA | 2. SUMBER ZAT PEMBANGUN | 3. SUMBER ZAT PENGATUR |
|----------------------|-------------------------|------------------------|
|                      |                         |                        |

1. Zat tenaga membentuk tenaga tubuh kita untuk hidup dan bergerak. Bahan ini mudah didapat sehari-hari.
2. Zat pembangun atau protein dibutuhkan untuk pertumbuhan badan secara baik terutama untuk anak dan ibu hamil di butuhkan protein yang cukup untuk daya tahan tubuh.
3. Vitamin dan mineral dibutuhkan untuk pemeliharaan badan yang baik dan membantu pencernaan.

### III. IBU BERSALIN

#### I. PERSIAPAN SEBELUM MELAHIRKAN

1. TANGAN PENOLONG persalinan dicuci dengan SABUN dan DISIKAT sampai bersih.  
(Kotoran di bawah kuku juga)
2. ALAS tempat ibu berbaring harus Bersih.
3. Pemotongan TALI PUSAT dilakukan dengan ALAT (GUNTING/PISAU) yang bersih, tajam, tidak berkarat dan telah direbus dalam air mendidih selama 15 MENIT.
4. Pengikat Tali Pusat juga direbus dalam air mendidih selama 15 menit.
5. Perawatan tali pusat harus dilakukan dengan bersih TIDAK BOLEH dibubuhi ramuan jamu / abu dapur.
6. Pemberian Imunisasi TT Ibu Hamil sebanyak 2 KALI.

#### 2. TANDA - TANDA BAHAYA PADA WAKTU MELAHIRKAN

1. Kelahiran MACET :
  - Lebih dari 18 jam pada kehamilan pertama
  - Lebih dari 12 jam pada kehamilan kedua, ketiga dan seterusnya
2. Anak dalam keadaan SUNGSANG (kepala berada diatas) melintang atau kembar.
3. KELUAR DARAH dari jalan lahir sebelum kelahiran.
4. Tali pusat atau anggota badan Menumbung/keluar lebih dulu.
5. Pingsan.
6. Kejang - kejang.
7. Air ketuban BERBAU BUSUK atau berwarna keruh.

NILAI APGAR ( diperiksa 1 dan 5 menit setelah lahir) :

| TANDA                      | NILAI                         |                                  |                         |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
|                            | 0                             | 1                                | 2                       |
| - Frekuensi denyut jantung | Tidak ada                     | <100                             | >100                    |
| - Usaha bernafas           | Tidak ada                     | Lemah/tdk teratur                | Baik dan teratur        |
| - Tonus otot               | Lumpuh                        | Ekstremitas dalam fleksi sedikit | Gerakan aktif           |
| - Reflek                   | Tidak ada                     | Sedikit gerakan                  | Menangis kuat           |
| - Warna kulit              | Pucat atau biru seluruh tubuh | Badan merah Ekstremitas biru     | Seluruh tubuh kemerahan |

### 3. RIWAYAT PERSALINAN

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan / Pendamping persalinan, Dukun Bayi

- Tanggal persalinan : .....
- Umur Kehamilan : .....
- Keadaan bayi : Hidup/mati/keguguran Sehat asphyxia lain-lain/ dirujuk ke : .....
- Keadaan Ibu : Sehat / sakit / meninggal dirujuk ke : .....
- Apgar score  7 - 10 ( bayi normal - bayi resiko rendah )  
 4 - 6 ( afiksia sedang )  
 0 - 3 ( afiksia berat )
- Jenis kelamin : Laki - laki / Perempuan
- Tempat bersalin : - Rumah Sakit - Rumah dukun  
 - Klinik Bersalin - Rumah sendiri  
 - Rumah Bidan - Lain - lain .....
- Alamat : .....
- Penolong persalinan : Nama .....
- Dokter - Dukun terlatih  
 - Bidan - Dukun tak terlatih  
 - Perawat - Lain - lain .....
- Alamat : .....
- Cara persalinan : spontan / tindakan
- Alat pemotong tali : - Gunting
- Pusat : - Pisau silet - Lain - lain  
 - Pisau biasa - .....
- Perawatan tali pusat : - Povidone Iodine - Lain - lain  
 ( Bethadine ) .....
- Alkohol .....
- Pemberian ASI pertama : ..... menit/jam setelah melahirkan
- Berat lahir : ..... gram
- Panjang lahir : ..... cm
- Kelainan pada bayi : .....
- Kelainan pada ibu : .....
- Vit. A. Ibu nifas : tgl. ....

#### 4. CARA MERAWAT TALI PUSAT

1. Tali Pusat dibersihkan SETIAP HARI.
2. Dibersihkan dengan Povidone Iodine/Alkohol 70%.
3. Kemudian diolesi Povidone Iodine/Alkohol 70%.
4. Setelah itu DITUTUP dengan KAIN KASA yang DIBASAHI Povidone Iodine/Alkohol 70%.
5. Lakukan terus sampai Tali Pusat PUPUT.

*Begitu BAYI LAHIR, segera didekapkan pada ibunya dan diberi ASI  
Sebaiknya Bayi TIDUR SEKAMAR dengan IBUnya.*

*Sebaiknya waktu memberi ASI, pangkulah bayi anda dan  
beri KEHANGATAN serta Suasana Menyenangkan.*

#### 5. BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)

waktu lahir beratnya kurang 2500 gram

1. Terjadi karena bayi lahir sebelum 9 bulan atau cukup bulan tapi tidak tumbuh dengan baik didalam kandungan.
2. Bayi-bayi ini lemah, mudah kedinginan, sering tersedak, mudah terkena penyakit, gangguan pernafasan dan mudah meninggal bila kena penyakit.
3. Bungkus bayi dengan kain bersih, kering, cukup tebal, setiap kencing diganti.
4. Letakkan penghangat dekat tempat bayi (botol isi air panas dibungkus kain)
5. ASI/Kolostrum tetap diberi (Bila tidak bisa menghisap, peras ASI diberikan dengan sendok)

#### 6. APAKAH TETANUS NEONATORUM ITU ?

Tetanus Neonatorum adalah Penyakit pada BAYI BARU LAHIR yang dapat menimbulkan KEMATIAN dalam beberapa hari saja.

Penyakit ini disebabkan : MASUKNYA Kuman Tetanus melalui TALI PUSAT yang TIDAK BERSIH atau DITABURI RAMU - RAMUAN.

##### TANDA - TANDANYA :

1. Bayi yang semula bisa menetek dengan baik TIBA-TIBA TIDAK BISA.
2. MULUT MENCUCUT seperti mulut ikan.
3. KEJANG - KEJANG, terutama bila disentuh, terkena sinar, atau mendengar suara keras.
4. Pada waktu kejang, WAJAH BERKERUT, dan RAHANG TERKUNCI/tidak dapat terbuka lebar.  
Wajah mungkin kebiruan
5. Kadang - kadang ada Demam.

##### TANDA - TANDA INI DIMULAI :

3 - 4 HARI Sesudah lahir.

##### PENYAKIT INI DAPAT TERJADI KARENA :

1. Pemotongan tali pusat tidak bersih.
2. Perawatan tali pusat sampai puput tidak bersih, atau diberi ramu-ramuan.
3. Ibu pada waktu hamil TIDAK diberi suntikan Anti Tetanus (T.T.), sehingga ibu dan bayi tidak kebal terhadap kuman tetanus.

**APABILA TERDAPAT TANDA-TANDA TETANUS NEONATORUM,  
BAYI SEGERA DIRUJUK KE RUMAH SAKIT.**

**IV. KELUARGA BERENCANA**

| <b>KELUARGA BERENCANA</b>     |             |
|-------------------------------|-------------|
| Diisi oleh : Tenaga Kesehatan |             |
| Methode Kontrasepsi :         |             |
| - Kondom                      | : tgl. .... |
| - Pil                         | : tgl. .... |
| - Inplant                     | : tgl. .... |
| - I.U.D.                      | : tgl. .... |
| - Suntik                      | : tgl. .... |
| - M.O.W.                      | : tgl. .... |
| - M.O.P.                      | : tgl. .... |

**POLA DASAR PENGGUNAAN  
KONTRASEPSI YANG RASIONAL**

| Masa menunda kesuburan (Kehamilan) | Masa Mengatur kesuburan/ menjarangkan kehamilan 3 - 5 tahun | Masa Mengakhiri kesuburan ( tidak hamil lagi )                     |
|------------------------------------|---|--|
| Kurang 21 tahun                    | 21 tahun - 30 tahun   | Diatas 30 tahun  |
| Pil<br>Kondom                      | IUD<br>Suntikan<br>Susuk KB<br>Pil<br>Kondom                | Kontrasepsi Mantap<br>Susuk KB<br>IUD<br>Suntikan<br>Pil<br>Kondom |

**ANEKA RAGAM ALAT / OBAT KONTRASEPSI**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| <br>akdr / spiral | <br>kondom              |
| <br>suntikan kb   | <br>kontrasepsi mantap  |
| <br>pil kb        | <br>susuk kb / norplant |

- SETIAP PASANGAN DAPAT MEMILIH SALAH SATU DARI KONTRASEPSI TERSEBUT DIATAS

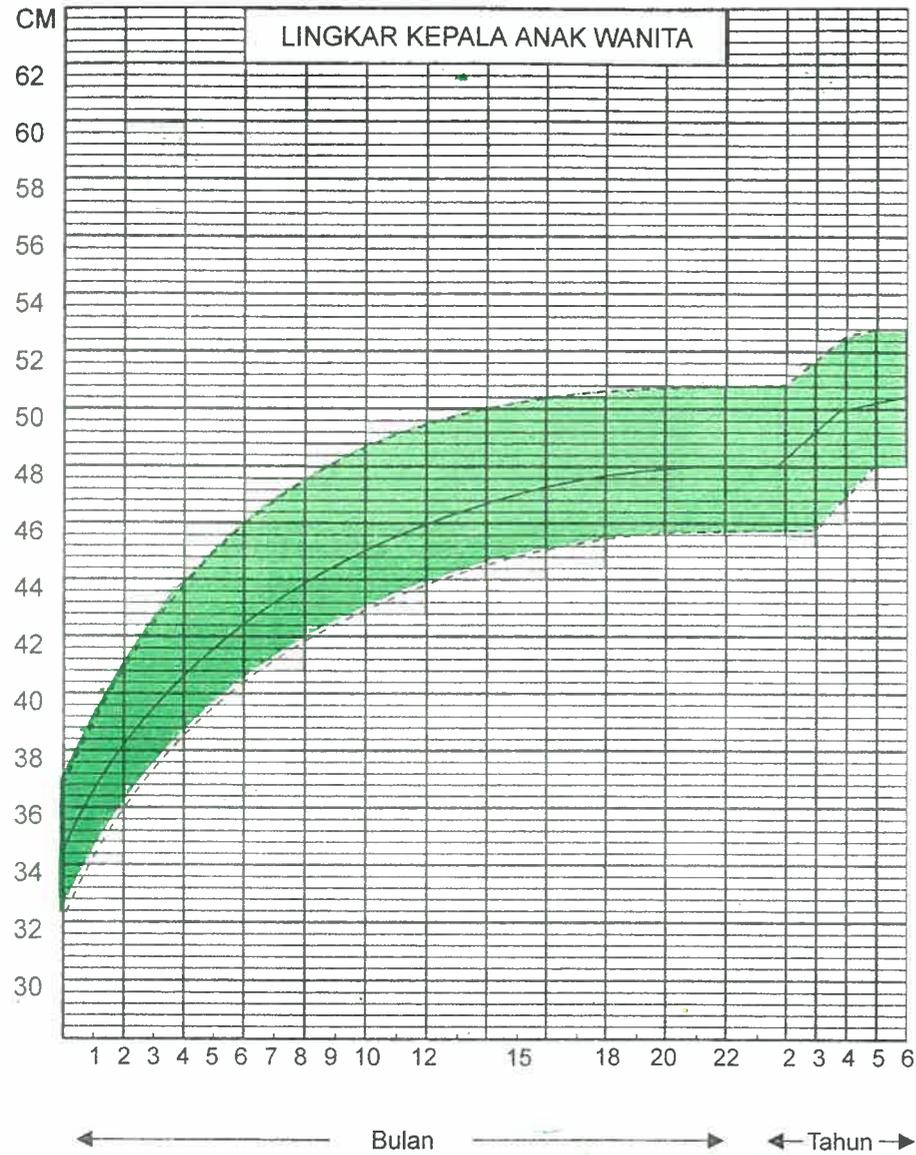
**UNTUK MENDAPATKAN PELAYANAN KB PASANGAN DAPAT DATANG KE :**

- Rumah Sakit,
- Rumah Bersalin,
- Puskesmas,
- Posyandu,
- Bidan Desa,
- Dokter, Bidan Praktek Swasta, dll.

## V. BALITA

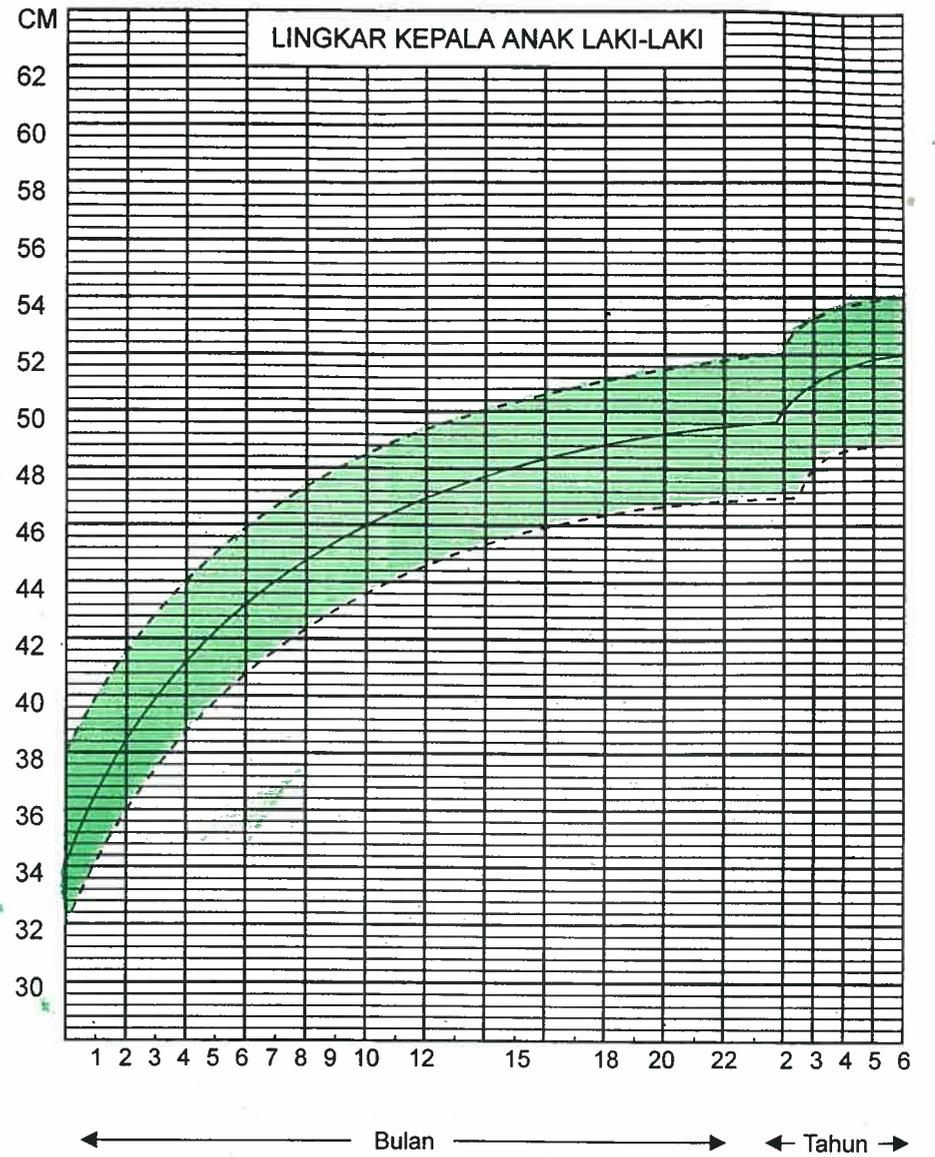
### I. PLKA (PENGUKURAN LINGKAR KEPALA ANAK) WANITA

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan



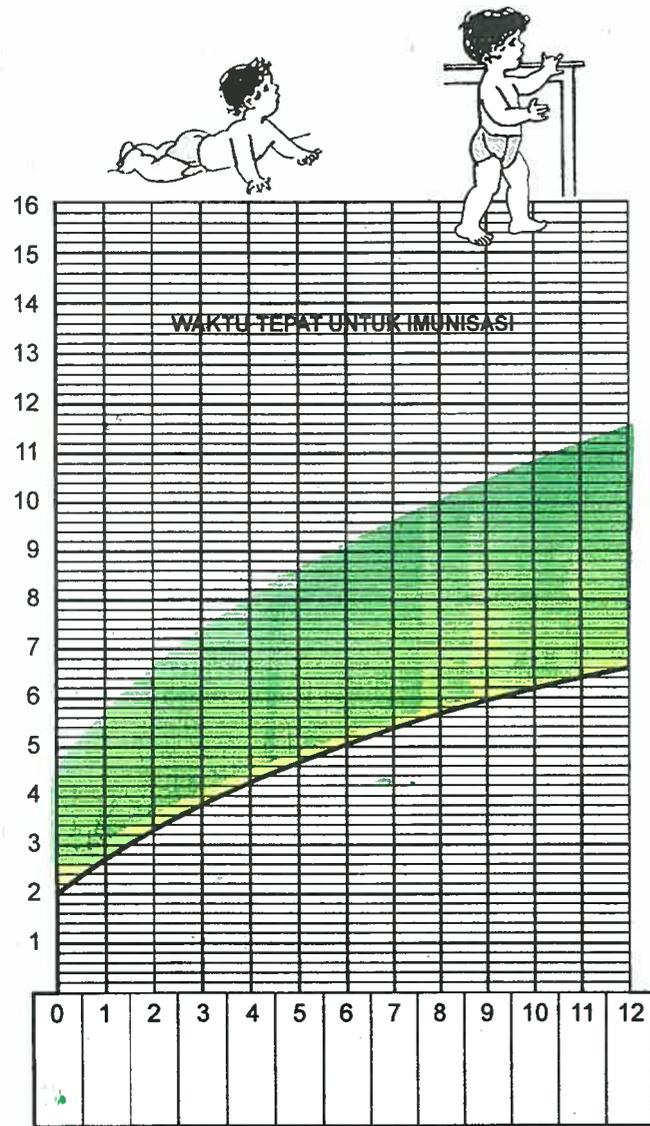
### 2. PLKA (PENGUKURAN LINGKAR KEPALA ANAK) LAKI-LAKI

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan



### 3. KMS BALITA UMUR 0 - 1 TAHUN

Diisi oleh : Kader



Isilah kolom ini dengan bulan dan tanggal kelahiran anak  
isilah kolom berikutnya dengan bulan-bulan selanjutnya

### 4. CATATAN PEMBERIAN IMUNISASI BAYI

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

| JENIS IMUNISASI | TANGGAL DIBERIKAN IMUNISASI |    |     |    |
|-----------------|-----------------------------|----|-----|----|
|                 | I                           | II | III | IV |
| B.C.G           |                             | ■  | ■   | ■  |
| HEPATITIS B     |                             |    |     | ■  |
| D.P.T           |                             |    |     | ■  |
| POLIO           |                             |    |     |    |
| CAMPAK          |                             | ■  | ■   | ■  |

| IMUNISASI UNTUK | VAKSIN YANG DIBERIKAN | MENCEGAH PENYAKIT             | IMUNISASI YANG DIBERIKAN |
|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| BAYI            | B.C.G.                | TUBERCULOSA (TBC)             | 1X                       |
|                 | D.P.T.                | DIFTERI, BATUK REJAN, TETANUS | 3X                       |
|                 | POLIO                 | POLIOMYELITIS (KELUMPUHAN)    | 4X                       |
|                 | CAMPAK                | CAMPAK ("GABAGEN")            | 1X                       |
|                 | HEPATITIS             | HEPATITIS B                   | 3X                       |

- Imunisasi atau vaksinasi adalah pemberian kekebalan agar bayi tidak mudah tertular penyakit - penyakit :  
TBC, Difteri, Pertusis, atau batuk rejan, Tetanus, Polio atau kelumpuhan, Campak, Hepatitis B.*
- Berikanlah Imunisasi sedini mungkin secara lengkap agar dapat mencegah penyakit-penyakit tersebut.*
- Untuk mendapatkan imunisasi, datanglah ke : PUSKESMAS, RUMAH SAKIT atau POSYANDU dan BIDAN, DOKTER SWASTA.*
- Kolostrum mengandung banyak zat kebal, memberikan Kolostrum merupakan Imunisasi yang pertama sebelum pemberian Imunisasi lainnya.*

## 5. PENYAKIT YANG SERING TERDAPAT PADA BAYI & ANAK

### ● ISPA ( INFEKSI SALURAN PERNAFASAN AKUT )

*Bila anak BATUK, perhatikan :*

- Apakah mengalami kesulitan nafas seperti NAFAS CEPAT DAN SESAK.
- Apakah mengalami KEJANG, Tidak mampu MINUM, atau Tidak sadar.

*Bila demikian segera berobat ke PETUGAS KESEHATAN.*

Bila anak batuk biasa tanpa tanda- - tanda diatas Cukup dirawat dirumah, yaitu :

- Beri makanan seperti biasa dan minum yang banyak.
- Bersihkan hidungnya bila perlu
- Teruskan pemberian ASI sesering mungkin
- Beri obat batuk tradisional sbb : 1 sendok teh air jeruk nipis + 1

### ● DIARE

( Berak menjadi lembek/berupa air saja biasanya lebih dari 3 kali sehari )

#### BAHAYA DIARE

1. Penderita akan kehilangan cairan tubuh.
2. Penderita menjadi lesu & lemas.
3. Penderita dapat meninggal bila kehilangan cairan tubuh lebih banyak lagi.

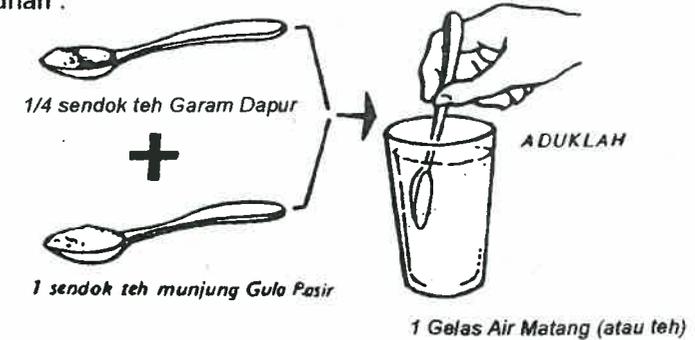
*Tiap penderita diare harus diberi minum, dapat berupa cairan rumah tangga :*

- ASI
- air matang
- air teh
- air sayur
- larutan gula garam
- oralit

### CARA MEMBUAT ORALIT :

1. Sediakan 1 gelas air yang sudah dimasak atau air teh encer (200 cc).
2. Masukkan satu bungkus oralit - 200 cc (wama merah)
3. Aduk sampai larut benar.

Kalau tidak ada, bisa membuat sendiri. Larutan gula - garam Campurlah :



| TAKARAN PEMBERIAN ORALIT / LARUTAN RUMAH TANGGA<br>( LARUTAN GULA - GARAM ) |               |                                 |
|---|---------------|---------------------------------|
|   | 3 Jam Pertama | Selanjutnya setiap kali mencret |
| Anak dibawah 1 tahun  | 1 1/2 gelas   | 1/2 gelas                       |
| Anak dibawah 5 tahun  | 3 gelas       | 1 gelas                         |
| Anak diatas 5 tahun   | 6 gelas       | 1 1/2 gelas                     |
| Anak diatas 12 tahun  | 12 gelas      | 2 gelas                         |

**CATATAN :** ASI tetap diberikan terutama pada bayi.

## 6. TUMBUH KEMBANG ANAK

### **PERTUMBUHAN ANAK :**

Adalah perubahan ukuran badan anak yaitu dari kecil menjadi besar.

### **PERKEMBANGAN ANAK :**

Adalah perubahan kemampuan, dari kemampuan terbatas waktu lahir menjadi kemampuan yang kaya seperti berjalan, tersenyum, berbicara, dll.

### **PERKEMBANGAN ANAK :**

- a. Perkembangan gerakan kasar
- b. Perkembangan gerakan halus
- c. Kemampuan mengerti isyarat / pembicaraan
- d. Kemampuan mengungkapkan keinginan dengan isyarat / kata-kata
- e. Perkembangan kemampuan kecerdasan
- f. Perkembangan kemampuan menolong diri sendiri
- g. Perkembangan kemampuan bergaul ( tingkah laku sosial )

### **ADA 4 BIDANG KEMAMPUAN PERKEMBANGAN YANG DIPANTAU DAN DISTIMULASIKAN YAITU :**

1. Kemampuan gerak kasar. (GK)
2. Kemampuan gerak halus. (GH)
3. Kemampuan berbicara, bahasa dan kecerdasan. (BBK)
4. Kemampuan bergaul dan mandiri. (BM)

## 7. STIMULASI DINI DAN PERKEMBANGAN ANAK

### ◆ **TUJUAN**

Membantu anak mencapai tingkat perkembangan yang optimal / sesuai dengan yang diharapkan

### ◆ **KEGIATAN**

- Meliputi pelbagai kegiatan untuk merangsang perkembangan anak Latihan gerak, bicara, berpikir, mandiri serta bergaul.
- Dilakukan oleh ORANG TUA/KELUARGA setiap ada kesempatan / sehari - hari.
- Latihan disesuaikan dengan umur dan prinsip stimulasi.

### ◆ **PRINSIP STIMULASI**

1. Sebagai ungkapan rasa kasih dan sayang, bermain dengan anak, berbahagia bersama.
2. Bertahap dan berkelanjutan, mencakup 4 bidang kemampuan berkembang.
3. Dimulai dari tahap yang sudah dicapai oleh anak.
4. Dilakukan dengan wajar, tanpa paksaan/hukuman atau marah bila anak tak dapat melakukannya.
5. Beri pujian bila anak berhasil.
6. Alat bantu sederhana dan mudah didapat misalnya : mainan yang dibuat sendiri dari bahan bekas, alat yang ada di rumah atau benda yang terdapat di sekitarnya.
7. Suasana menyenangkan, bervariasi dan segar agar tak bosan.

**VI. BAYI UMUR 0 - 3 BULAN**

**A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN BAYI BERUMUR 0 - 3 BULAN**

**Perkembangan Anak**

Diisi oleh : Kader / Orang tua

Bulan  
1bl 2bl 3bl

1. Dapat menggerakkan kedua lengan dan kaki sama mudahnya. (GK)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|



2. Bereaksi dengan melihat kearah sumber cahaya. (GH)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|



3. Mengoceh dan bereaksi terhadap suara. (BBK)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

4. Bereaksi senyum terhadap ajakan. (BM)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**B. STIMULASI DINI PADA UMUR 0 - 3 BULAN**

Oleh : Orang tua / Pengasuh

1. Bergaul dan mandiri :

Ajaklah bayi anda berbicara lembut, dibuai, dipeluk, dinyanyikan lagu dll.



2. Bicara, bahasa, dan kecerdasan :

Ajaklah bayi anda bicara, mendengarkan berbagai suara ( suara burung, radio dll ).

3. Gerak kasar

Melatih bayi mengangkat kepala pada posisi telungkup dan memperhatikan benda bergerak.



4. Gerak halus

Melatih bayi anda menggenggam benda kecil.

**C. PEMERIKSAAN KESEHATAN**

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

|    |                         | 1 BLN | 2 BLN | 3 BLN |
|----|-------------------------|-------|-------|-------|
| 1. | Berat Badan (N/BGT/BGM) |       |       |       |
| 2. | Lingkar Kepala (N/TN)   |       |       |       |
| 3. | Perkembangan Anak       |       |       |       |
|    | - Normal (N)            |       |       |       |
|    | - Observasi (O)         |       |       |       |
| 4. | Test Daya Lihat (N/TN)  |       |       |       |
| 5. | Test Daya Dengar (N/TN) |       |       |       |

◆ BERILAH "ASI" SAJA UNTUK BAYI ANDA SAMPAI DENGAN UMUR 4 BULAN

◆ PERIKSALAH KE PETUGAS KESEHATAN : " APABILA BAYI ANDA MENDERITA SAKIT "

| " MINTALAH " IMUNISASI |       |        |         |
|------------------------|-------|--------|---------|
| 0 Bulan                | HB. 1 | BCG    | POLIO 1 |
| 2 Bulan                | HB. 2 | DPT. 1 | POLIO 2 |

**SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN :**

| Tanggal |
|---------|
| 1.      |
| 2.      |
| 3.      |
| 4.      |

**VII. BAYI UMUR 3 - 6 BULAN**

**A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN BAYI BERUMUR 3 - 6 BULAN**

**Perkembangan Anak**

Diisi oleh : Kader / Orang tua

Bulan  
4bl 5bl 6bl

1. Mengangkat kepala pada saat telungkup. (GK)
2. Meraih benda yang terjangkau. (GH)
3. Menengok ke arah sumber suara. (BBK)
4. Mencari benda yang dipindahkan. (BM)



**B. STIMULASI DINI PADA UMUR 3 - 6 BULAN**

Oleh : Orang tua / Pengasuh

1. Bergaul dan mandiri :  
Melatih bayi anda mencari sumber suara.
2. Bicara, bahasa dan kecerdasan :  
Melatih bayi anda menirukan suara bunyi/kata.
3. Gerak kasar :  
Melatih bayi anda menyangga leher dengan kuat.
4. Gerak halus :  
Melatih bayi anda meraup benda kecil.



◆ PERIKSALAH KE PETUGAS KESEHATAN :  
" APABILA BAYI ANDA MENDERITA SAKIT "

**C. PEMERIKSAAN KESEHATAN**

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

|    |                         | 4 BLN | 5 BLN | 6 BLN |
|----|-------------------------|-------|-------|-------|
| 1. | Berat Badan (N/BGT/BGM) |       |       |       |
| 2. | Lingkar Kepala (N/TN)   |       |       |       |
| 3. | Perkembangan Anak       |       |       |       |
|    | - Normal (N)            |       |       |       |
|    | - Observasi (O)         |       |       |       |
| 4. | Test Daya Lihat (N/TN)  |       |       |       |
| 5. | Test Daya Dengar (N/TN) |       |       |       |

**D. Mulai umur 4 bulan Berilah tambahan berupa MAKANAN LUMAT** (misal : BUBUR SUSU) dimulai dengan 2 kali sehari sepiring kecil makanan lumat. "ASI" masih tetap diteruskan sampai usia 2 tahun.

**CARA MEMBUAT MAKANAN LUMAT (BUBUR SUSU) :**  
Bahan :

- Tepung beras 1,5 sendok makan
- Susu bayi / ASI 3 sendok makan
- Air putih masak 1 gelas belimbing
- Gula pasir 1 sendok makan

Campur ketiga macam bahan tersebut diatas, masak di atas api sedang sambil diaduk hingga matang.

| " MINTALAH " IMUNISASI |       |         |
|------------------------|-------|---------|
| 3 Bulan                | DPT 2 | Polio 3 |
| 4 Bulan                | DPT 3 | Polio 4 |

**SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN**

| Tanggal |
|---------|
| 1.      |
| 2.      |
| 3.      |

**VIII. BAYI UMUR 6 - 9 BULAN**

**A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN BAYI BERUMUR 6 - 9 BULAN**

**Perkembangan Anak**

Diisi oleh : Kader / Orang tua

7bl 8bl 9bl

- 1. Ketika didudukkan, dapat bertahan dengan kepala tegak. (GK)
- 2. Memindahkan benda dari tangan satu ke tangan yang lain. (GH)
- 3. Tertawa / berteriak melihat benda menarik. (BBK)
- 4. Makan biskuit tanpa dibantu. (BM)



**B. STIMULASI DINI PADA UMUR 6 - 9 BULAN**

Oleh : Orang tua / Pengasuh

- 1. Gerak kasar :  
Melatih anak berjalan dengan berpegangan.
- 2. Gerak halus :  
Melatih anak memasukkan dan mengeluarkan benda dari wadah.
- 3. Bicara, bahasa dan kecerdasan :  
Melatih anak menirukan kata-kata.
- 4. Bergaul dan mandiri :  
Mengajak anak bermain dengan orang lain.



◆ PERIKSALAH KE PETUGAS KESEHATAN :  
" APABILA BAYI ANDA MENDERITA SAKIT "

**"MINTALAH" IMUNISASI**

|         |             |
|---------|-------------|
| 6 Bulan | HB.3        |
| 9 Bulan | C A M P A K |

**C. PEMERIKSAAN KESEHATAN**

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

|    |                         | 7 BLN | 8 BLN | 9 BLN |
|----|-------------------------|-------|-------|-------|
| 1. | Berat Badan (N/BGT/BGM) |       |       |       |
| 2. | Lingkar Kepala (N/TN)   |       |       |       |
| 3. | Perkembangan Anak       |       |       |       |
|    | - Normal (N)            |       |       |       |
|    | - Observasi (O)         |       |       |       |
| 4. | Test Daya Lihat (N/TN)  |       |       |       |
| 5. | Test Daya Dengar (N/TN) |       |       |       |

D. Pada usia 6 bulan, anak memerlukan MAKANAN LUMAT 4 atau 5 kali sehari 1 piring kecil ( 1 - 2 sendok makan ). Sesudah sampai 9 bulan secara bertahap ( mulai 1 piring kecil dan seterusnya ) makanan lumat diganti MAKANAN LEMBEK / TIM "ASI" masih tetap diteruskan sampai paling sedikit usia 2 tahun.

**CARA MEMBUAT MAKANAN LEMBEK :**

Untuk satu porsi nasi tim/bubur campur, sbb :

- Beras 2 sendok makan
- Ikan / daging cincang / hati ayam 1 potong kecil
- Sayuran ( pilih satu atau dua macam sayuran seperti ; bayam, kangkung, wortel, daun singkong muda, labu kuning dll ) 1/2 gelas belimbing
- Air 3-4 gelas belimbing
- Garam secukupnya
- Semua bahan makanan dicuci, potong kecil - kecil
- Beras dan ikan dimasukkan panci dan diberi air. Dimasak dengan api sedang dan ditutup.
- Apabila sudah mendidih, aduk sampai matang. Kemudian masukkan tempe, tahu dan sayuran
- Dimasak terus sambil diaduk hingga kental dan matang.

GIGI SUSU bayi sudah TUMBUH.  
Bersihkan gigi bayi dengan KAPAS yang dibasahi AIR HANGAT setiap SELESAI diberi ASI dan makanan tambahan atau PALING SEDIKIT setiap selesai mandi.

**SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN :**

| Tanggal |
|---------|
| 1.      |
| 2.      |
| 3.      |

**IX. BAYI UMUR 9 - 12 BULAN**

**A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN BAYI BERUMUR 9 - 12 BULAN**

**Perkembangan Anak**

Diisi oleh : Kader / Orang tua

10bl 11bl 12bl

1. Berjalan dengan berpegangan. (GK)
2. Dapat meraup benda-benda kecil. (GH)
3. Mengatakan dua suku kata yang sama. (BBK)
4. Bereaksi terhadap permainan " ciluk - ba ". (BM)



**B. STIMULASI DINI PADA UMUR 9 - 12 BULAN**

Oleh : Orang tua / Pengasuh

1. Gerak kasar :  
Melatih anak berjalan sendiri.
2. Gerak halus :  
Mengajak anak menggelindingkan bola. Gelindingkan bola ke arah anak dan mintalah agar ia menggelindingkan kembali.
3. Bicara, bahasa dan kecerdasan :  
Melatih anak menirukan kata-kata. Kenalkan dengan kata-kata baru sambil menunjuk gambarnya.
4. Bergaul dan mandiri :  
Mengajak anak mengikuti kegiatan keluarga misalnya makan bersama.



**C. PEMERIKSAAN KESEHATAN**

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

|    |                         | 10 BLN | 11 BLN | 12 BLN |
|----|-------------------------|--------|--------|--------|
| 1. | Berat Badan (N/BGT/BGM) |        |        |        |
| 2. | Lingkar Kepala (N/TN)   |        |        |        |
| 3. | Perkembangan Anak       |        |        |        |
|    | - Normal (N)            |        |        |        |
|    | - Observasi (O)         |        |        |        |
| 4. | Test Daya Lihat (N/TN)  |        |        |        |
| 5. | Test Daya Dengar (N/TN) |        |        |        |
| 6. | Pertumbuhan Gigi (N/TN) |        |        |        |

D. ★ MAKANAN LEMBEK DIBERIKAN SECARA BERTAHAP 4-5 KALI SEHARI 1 PIRING SEDANG, DISAMPING "ASI" MASIH TETAP DITERUSKAN.

★ ANAK MULAI DIAJARKAN MEMAKAI SIKAT GIGI SENDIRI 2X SEHARI TANPA PASTA. Pagi setelah makan, malam sebelum tidur. PERIKSALAH GIGI ANAK.

★ PERIKSALAH KE PETUGAS KESEHATAN : "APABILA BAYI ANDA MENDERITA SAKIT".

**SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN**

| Tanggal |
|---------|
| 1.      |
| 2.      |
| 3.      |

CATATAN :

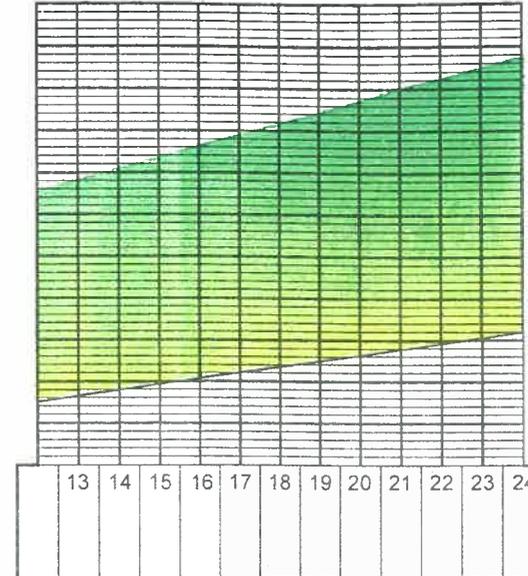
### X. KMS BALITA UMUR 1 - 2 TAHUN

Diisi oleh : Kader

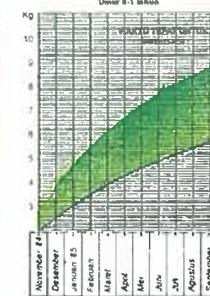
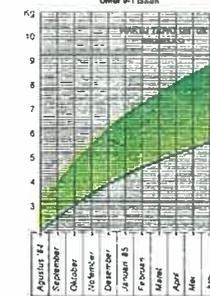
12 - 18 bulan  
Minum sendiri dari gelas  
tanpa tumpah



18 - 24 bulan  
Mencoret-coret  
dengan alat tulis



Berat badan berkurang, atau tetap



ARTINYA, ANAK TIDAK SEHAT

**DAPATKAN KAPSUL VITAMIN A SETIAP BULAN FEBRUARI DAN AGUSTUS untuk ANAK BALITA USIA 1 - 5 TAHUN**

**XI. ANAK UMUR 12 - 18 BULAN**

**A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN BAYI BERUMUR 12 - 18 BULAN**

**Perkembangan Anak**

Diisi oleh : Kader / Orang tua

15bl 18bl

- 1. Berjalan sendiri tidak jatuh. (GK)  15bl  18bl
- 2. Mengambil benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk. (GK)  15bl  18bl
- 3. Mengungkapkan keinginan secara sederhana. (BBK)  15bl  18bl
- 4. Minum sendiri dari gelas tidak tumpah. (BM)  15bl  18bl



**B. STIMULASI DINI PADA UMUR 12 - 18 BULAN**

Oleh : Orang tua / Pengasuh

- 1. Gerak kasar :  
Melatih anak naik turun tangga.
- 2. Gerak halus :  
Bermain dengan anak melempar dan menangkap bola besar kemudian kecil.
- 3. Bicara, bahasa dan kecerdasan :  
Melatih anak menunjuk dan menyebutkan nama - nama bagian tubuh.
- 4. Bergaul dan mandiri :  
Memberi kesempatan pada anak untuk melepas pakaian sendiri.



**C. PEMERIKSAAN KESEHATAN**

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

|    |                         | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|----|-------------------------|----|----|----|----|----|----|
| 1. | Berat Badan (N/BGT/BGM) |    |    |    |    |    |    |
| 2. | Lingkar Kepala (N/TN)   |    |    |    |    |    |    |
| 3. | Perkembangan Anak       |    |    |    |    |    |    |
|    | - Normal (N)            |    |    |    |    |    |    |
|    | - Observasi (O)         |    |    |    |    |    |    |
| 4. | Test Daya Lihat (N/TN)  |    |    |    |    |    |    |
| 5. | Test Daya Dengar (N/TN) |    |    |    |    |    |    |
| 6. | Pertumbuhan Gigi (N/TN) |    |    |    |    |    |    |

- D. ♦ Biasakanlah memakan makanan sumber vitamin A alami seperti : Bayam, Daun Singkong, Wortel, Telur, Hati dll.
- ♦ Vitamin A berguna untuk **KELANGSUNGAN HIDUP ANAK** dapat **MENCEGAH** kebutaan dan **MENINGKATKAN** daya tahan tubuh terhadap penyakit.
- ♦ Berikan **MAKANAN PADAT** pada anak anda dan **TETAP** berikan ASI sampai umur 2 tahun. Makanan padat adalah nasi dan lauk pauknya.

Diisi oleh : Kader

| CATATAN PEMBERIAN KAPSUL VIT. A 1 - 2 TH |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| FEBRUARI                                 | TANGGAL | AGUSTUS | TANGGAL |
|  |         |         |         |

**SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN**

| Tanggal |
|---------|
| 1.      |
| 2.      |
| 3.      |

## XII. ANAK UMUR 18 - 24 BULAN

### A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN BAYI BERUMUR 18 - 24 BULAN

#### Perkembangan Anak

Diisi oleh : Kader / Orang tua

- |  | 21bl                     | 24bl                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Berjalan mundur sedikitnya 5 langkah. (GK)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mencoret - coret dengan alat tulis. (GH)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Menunjuk bagian tubuh dan menyebut namanya. (BBK) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Meniru melakukan pekerjaan Rumah tangga. (BM)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



### B. STIMULASI DINI PADA UMUR 18 - 24 BULAN

Oleh : Orang tua / Pengasuh

- Gerak kasar :  
Melatih anak berdiri dengan satu kaki.
- Gerak halus :  
Mengajari anak menggambar bulatan, garis segitiga dan gambar wajah.
- Bicara, bahasa dan kecerdasan :  
Melatih anak mengikuti perintah sederhana.
- Bergaulan mandiri :  
Melatih anak agar mau ditinggalkan ibunya untuk sementara waktu.



**PERIKSAKANLAH KE PETUGAS KESEHATAN  
" APABILA ANAK ANDA MENDERITA SAKIT "**

## C. PEMERIKSAAN KESEHATAN

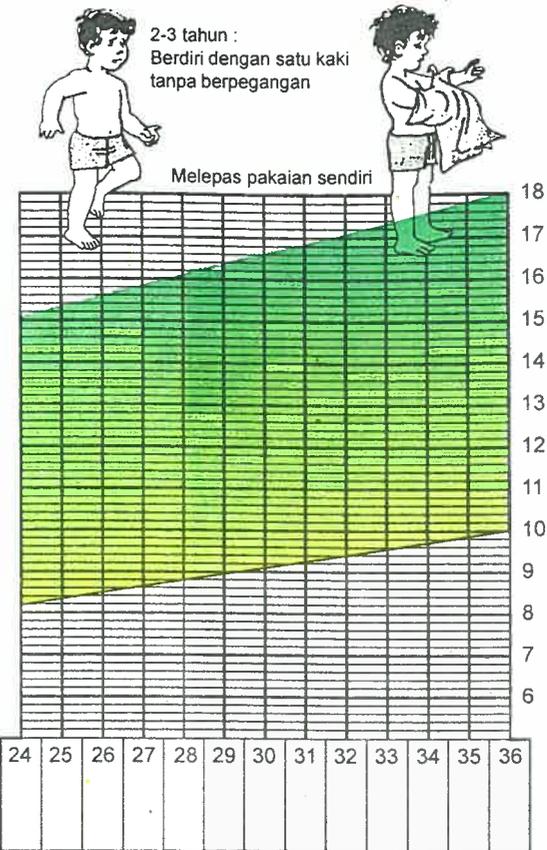
Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

|    |                           | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|----|---------------------------|----|----|----|----|----|----|
| 1. | Berat Badan (N/BGT/BGM)   |    |    |    |    |    |    |
| 2. | Lingkar Kepala (N/TN)     |    |    |    |    |    |    |
| 3. | Perkembangan Anak         |    |    |    |    |    |    |
|    | - Normal (N)              |    |    |    |    |    |    |
|    | - Observasi (O)           |    |    |    |    |    |    |
| 4. | Test Daya Lihat (N/TN)    |    |    |    |    |    |    |
| 5. | Test Daya Dengar (N/TN)   |    |    |    |    |    |    |
| 6. | Pemeriksaan Gigi : Caries |    |    |    |    |    |    |
|    | Ginggivitis               |    |    |    |    |    |    |

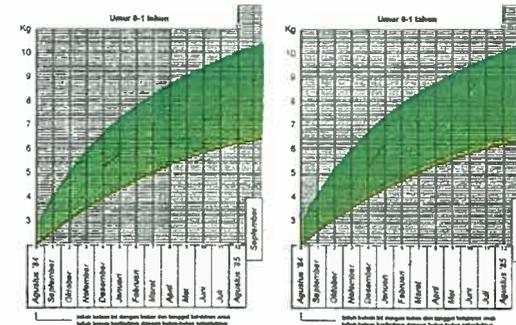
- D. ♦ Berilah " MAKANAN PADAT " UNTUK ANAK ANDA dan TETAP berikan ASI sampai umur 2 tahun.  
Makanan padat adalah Nasi dengan lauk pauknya.
- ♦ Pada usia 24 Bulan Gigi susu lengkap ( 20 buah ) anak diajarkan MENYIKAT GIGI dengan Pasta gigi yang mengandung flour.
- ♦ Periksa gigi anak pada Puskesmas bila ada kerusakan gigi.

#### SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN

| Tanggal |
|---------|
| 1.      |
| 2.      |
| 3.      |



Berat badan naik



ARTINYA, ANAK SEHAT

**XIV. ANAK UMUR 2 - 3 TAHUN**

**A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN ANAK BERUMUR 2 - 3 TAHUN**

**Perkembangan Anak**

Diisi oleh : Kader / Orang tua

30bl 36bl

- 1. Berdiri dengan satu kaki tanpa berpegangan sedikitnya dua hitungan. (GK)
- 2. Meniru membuat garis lurus. (GH)
- 3. Menyatakan keinginan sedikitnya dengan dua kata. (BBK)
- 4. Melepas pakaian sendiri. (BM)



**B. STIMULASI UMUR 2 - 3 TAHUN**

Oleh : Orang tua / Pengasuh

- 1. Gerak kasar :  
Melatih anak melompat dengan satu kaki.
- 2. Gerak halus :  
Mengajak anak bermain menyusun dan menumpuk balok.
- 3. Bicara, bahasa dan kecerdasan :  
Melatih anak mengenal bentuk dan warna.
- 4. Bergaul dan mandiri :  
Melatih anak mencuci tangan dan kaki serta mengeringkan sendiri.



**PERIKSALAH KE PETUGAS KESEHATAN  
" APABILA ANAK ANDA MENDERITA SAKIT "**

**C. PEMERIKSAAN KESEHATAN**

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

|    |                           | 27 | 30 | 33 | 36 |
|----|---------------------------|----|----|----|----|
| 1. | Berat Badan (N/BGT/BGM)   |    |    |    |    |
| 2. | Lingkar Kepala (N/TN)     |    |    |    |    |
| 3. | Perkembangan Anak         |    |    |    |    |
|    | - Normal (N)              |    |    |    |    |
|    | - Observasi (O)           |    |    |    |    |
| 4. | Test Daya Lihat (N/TN)    |    |    |    |    |
| 5. | Test Daya Dengar (N/TN)   |    |    |    |    |
| 6. | Pemeriksaan Gigi : Caries |    |    |    |    |
|    | Gingivitis                |    |    |    |    |

- D. ♦ BERANGSUR - ANGSUR SAPIHLAH ANAK ANDA, DENGAN MEMBERI SUSU SAPI / FORMULA 2 X / HARI MAKANAN ANAK " 4 SEHAT 5 SEMPURNA ".
- ♦ GIGI SUSU LENGKAP  
PERIKSAKAN GIGI ANAK 2 X / TAHUN  
APABILA ADA KERUSAKAN GIGI SEGERA  
PERIKSAKAN KE PUSKESMAS
- ♦ " SIKAT GIGI SECARA TERATUR "

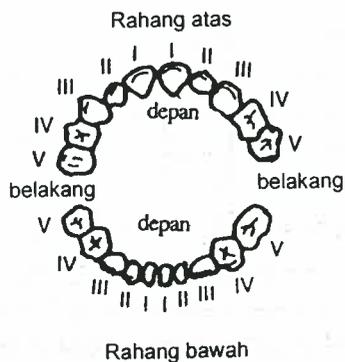
| E CATATAN PEMBERIAN CAPSUL VITAMIN A |         |         |         |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|
| FEBRUARI                             | TANGGAL | AGUSTUS | TANGGAL |
|                                      |         |         |         |

**SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN**

|         |
|---------|
| Tanggal |
|         |
|         |
|         |

**XV. PEMERIKSAAN & KEBERSIHAN GIGI ANAK USIA 2 - 6 TAHUN**

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan



**GOSOKLAH GIGI ANAK BALITA ANDA SETIAP KALI SESUDAH MAKAN.**

**PERIKSAKANLAH GIGI ANAK BALITA ANDA KEDOKTER GIGI ATAU PUSKESMAS, PALING SEDIKIT 6 BULAN SEKALI.**

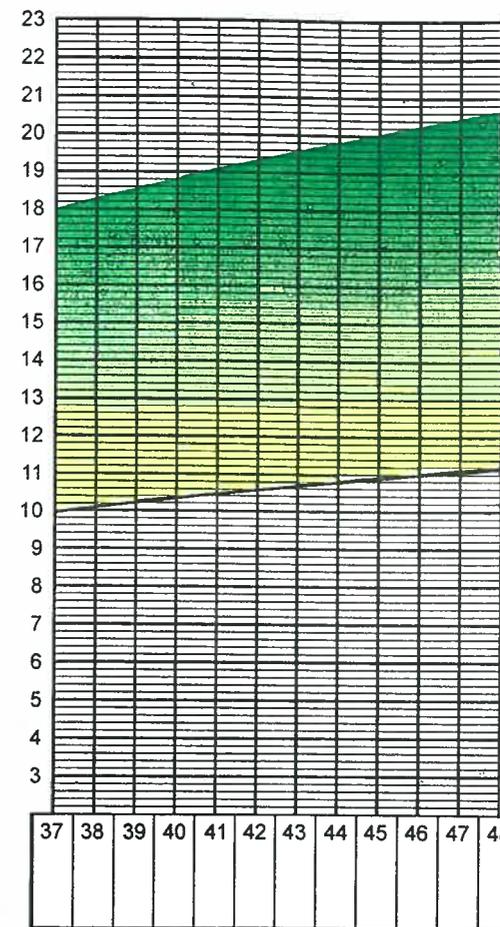
| PEMERIKSAAN                     | 2 TH       | 3 TH | 4 TH | 5 TH | 6 TH |
|---------------------------------|------------|------|------|------|------|
| Tanggal                         |            |      |      |      |      |
| Keluhan sakit gigi              |            |      |      |      |      |
| Gigi berlubang                  |            |      |      |      |      |
| Gigi yang ditambal              |            |      |      |      |      |
| Lain-lain                       |            |      |      |      |      |
| Saran                           |            |      |      |      |      |
| Disi oleh Tenaga Kesehatan Gigi |            |      |      |      |      |
| DIAGNOSA                        | PENGobatan |      |      |      |      |
|                                 |            |      |      |      |      |

**XVI. KMS BALITA UMUR 3 - 4 TAHUN**

Diisi oleh : Kader



3-4 tahun :  
Mengenal dan menyebutkan paling sedikit 1 warna



## XVII. ANAK UMUR 3 - 4 TAHUN

### A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN ANAK BERUMUR 3 - 4 TAHUN

#### Perkembangan Anak

Diisi oleh : Kader / Orang tua

1. Berjalan jinjit. (GK)
2. Membuat gambar lingkaran. (GH)
3. Mengenal sedikitnya satu warna. (BBK)
4. Mematuhi cara permainan sederhana. (BM)

42bl 48bl

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



### B. STIMULASI DINI PADA UMUR 3 - 4 TAHUN

Oleh : Orang tua / Pengasuh

1. Gerak kasar :  
Melatih anak melompat dengan satu kaki
2. Gerak halus :  
Melatih anak menggunting dan membuat buku cerita dengan gambar.
3. Bicara, bahasa dan kecerdasan :  
Melatih anak mengenal bentuk dan warna.
4. Bergaul dan mandiri :  
Melatih anak mengenal sopan santun, berterima kasih, mencium tangan, dll.



## C. PEMERIKSAAN KESEHATAN

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

|    |                           | 39 | 42 | 45 | 48 |
|----|---------------------------|----|----|----|----|
| 1. | Berat Badan (N/BGT/BGM)   |    |    |    |    |
| 2. | Perkembangan Anak         |    |    |    |    |
|    | - Normal (N)              |    |    |    |    |
|    | - Observasi (O)           |    |    |    |    |
| 3. | Test Daya Lihat (N/TN)    |    |    |    |    |
| 4. | Test Daya Dengar (N/TN)   |    |    |    |    |
| 5. | Pemeriksaan Gigi : Caries |    |    |    |    |
|    | Gingivitis                |    |    |    |    |
| 6. | Hasil KPAP (N/TN)         |    |    |    |    |

◆ PERIKSALAH KE PETUGAS KESEHATAN :  
" APABILA ANAK ANDA MENDERITA SAKIT "

◆ PERIKSAKAN : PENGLIHATAN ANAK ANDA  
PERILAKU ANAK ANDA Setahun Sekali

### D CATATAN PEMBERIAN CAPSUL VITAMIN A

|          | TANGGAL |         | TANGGAL |
|----------|---------|---------|---------|
| FEBRUARI |         | AGUSTUS |         |

MAKANAN ANAK  
4 SEHAT 5 SEMPURNA

### SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN

| Tanggal |
|---------|
| 1.      |
| 2.      |
| 3.      |



**XX. ANAK UMUR 4 - 5 TAHUN**

**A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN ANAK BERUMUR 4 - 5 TAHUN**

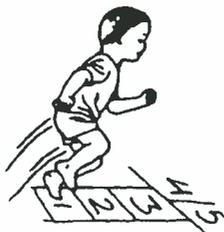
**Perkembangan Anak**

Diisi oleh : Kader / Orang tua

1. Melompati dengan satu kaki. (GK)
2. Dapat mengancingkan baju. (GH)
3. Dapat bercerita sederhana. (BBK)
4. Dapat mencuci tangan sendiri. (BM)

54bl 60bl

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



**B. STIMULASI DINI PADA UMUR 4 - 5 TAHUN**

Oleh : Orang tua / Pengasuh

1. Gerak kasar :  
Beri kesempatan anak melakukan permainan yang memerlukan ketangkasan dan kelincahan misalnya main bola, engklek, dll.
2. Gerak halus :  
Bantulah anak belajar menggambar.
3. Bicara, bahasa dan kecerdasan :  
Bantulah anak mengerti arti satu dan separuh dengan cara membagi kue/kertas.
4. Bergaul dan mandiri :  
Latihlah anak untuk mandiri misalnya bermain ke tetangga.



**C. PEMERIKSAAN KESEHATAN**

Diisi oleh : Tenaga Kesehatan

|    |                             | 51 | 54 | 57 | 60 |
|----|-----------------------------|----|----|----|----|
| 1. | Berat Badan ( N/BGT/BGM )   |    |    |    |    |
| 2. | Perkembangan Anak           |    |    |    |    |
|    | - Normal ( N )              |    |    |    |    |
|    | - Observasi ( O )           |    |    |    |    |
| 3. | Test Daya Lihat ( N / TN )  |    |    |    |    |
| 4. | Test Daya Dengar ( N / TN ) |    |    |    |    |
| 5. | Pemeriksaan Gigi : Caries   |    |    |    |    |
|    | Gingivitis                  |    |    |    |    |
| 6. | Hasil KPAP ( N / TN )       |    |    |    |    |

- D. • GIGI SUSU LENGKAP**  
**PERIKSAKAN GIGI ANAK 2 KALI / TAHUN**  
**APABILA ADA KERUSAKAN GIGI SEGERA KE PUSKESMAS**
- "ANAK DIAJARKAN SIKAT GIGI YANG BAIK"
  - PERIKSALAH KE PETUGAS KESEHATAN :  
" APABILA ANAK ANDA MENDERITA SAKIT "
  - PERIKSAKAN : PENGLIHATAN ANAK ANDA  
PERILAKU ANAK ANDA Setahun Sekali

|                                       |         |         |         |                                    |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|------------------------------------|
| E. CATATAN PEMBERIAN CAPSUL VITAMIN A |         |         |         | MAKANAN ANAK<br>4 SEHAT 5 SEMPURNA |
| FEBRUARI                              | TANGGAL | AGUSTUS | TANGGAL |                                    |

Diisi oleh : Kader  
**SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN**

|         |
|---------|
| Tanggal |
| 1.      |
| 2.      |
| 3.      |

## XXI. ANAK UMUR 5 - 6 TAHUN

### A. YANG DIPERLUKAN BAGI KESEHATAN ANAK BERUMUR 5 - 6 TAHUN

#### Perkembangan Anak

Diisi oleh : Kader / Orang tua

66bl 72bl

1. Menangkap bola kasti pada jarak 1 meter. (GK)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

2. Membuat gambar segi empat. (GH)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

3. Mengenal angka dan huruf serta berhitung. (BBK)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

4. Berpakaian sendiri tanpa dibantu. (BM)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|



### B. STIMULASI DINI PADA UMUR 5 - 6 TAHUN

1. Gerak kasar :  
Melatih anak main sepeda.



2. Gerak halus :  
Melatih anak kreatif membuat sesuatu dari lilin atau tanah liat.



3. Bicara, bahasa dan kecerdasan :  
Melatih anak mengenal waktu, hari, minggu dan bulan.

4. Bergaul dan mandiri :  
Melatih anak untuk bercakap - cakap, bergaul dengan teman sebaya.

## C. PEMERIKSAAN KESEHATAN

|    |                           | 63 | 66 | 69 | 72 |
|----|---------------------------|----|----|----|----|
| 1. | Berat Badan (N/BGT/BGM)   |    |    |    |    |
| 2. | Perkembangan Anak         |    |    |    |    |
|    | - Normal (N)              |    |    |    |    |
|    | - Observasi (O)           |    |    |    |    |
| 3. | Test Daya Lihat (N/TN)    |    |    |    |    |
| 4. | Test Daya Dengar (N/TN)   |    |    |    |    |
| 5. | Pemeriksaan Gigi : Caries |    |    |    |    |
|    | Gingivitis                |    |    |    |    |
| 6. | Hasil KPAP (N/TN)         |    |    |    |    |

- D
- ◆ Pada Usia 6 Tahun tumbuh GIGI BARU di belakang geraham gigi susu. GIGI BARU ini GIGI TETAP yang tidak ada penggantinya lagi, jadi perlu diwaspadai.
  - ◆ Pada Usia ini GIGI DEPAN mulai goyah dan akan diganti GIGI TETAP.
  - ◆ PERIKSALAH KE PETUGAS KESEHATAN :  
" APABILA ANAK ANDA MENDERITA SAKIT "
  - ◆ PERIKSAKAN : PENGLIHATAN ANAK ANDA  
PERILAKU ANAK ANDA Setahun Sekali.

### SARAN / RUJUKAN / PENYULUHAN

| Tanggal |
|---------|
| 1.      |
| 2.      |
| 3.      |



REFERENSI :

1. KMS IBU HAMIL
2. GRAFIDOGRAF
3. KARTU DATA TUMBUH KEMBANG ANAK
4. KARTU MENUJU SEHAT
5. PEDOMAN PERKEMBANGAN ANAK DI KELUARGA  
( DEPKES RI. 1991 )
6. BUKU PENUNTUN ILMU GIZI UMUM (DIT. BGM. DEPKES RI.  
1980)
7. MEMILIH MAKANAN SEHAT UNTUK BAYI ( DEPKES RI. 1992 )
8. PETUNJUK MENGISI KMS IBU HAMIL  
( DIT. BINA KESGA DEPKES RI. 1989 )
9. MODUL TETANUS NEONATORUM DAN BBLR  
( DIRJEN BINKESMAS DIT. KESGA. DEPKES RI. 1982 )
10. PEDOMAN PEMBERANTASAN PENYAKIT INFEKSI SALURAN  
PERNAFASAN AKUT (ISPA) (DIRJEN PPM & PLP. DEPKES RI.  
1992)

**KETERANGAN**

BUKU INI DIKEMBANGKAN PERTAMA KALI DI KOTAMADYA  
SALATIGA DENGAN BANTUAN PROYEK KB - KIA / ICA,  
KEMUDIAN DIADOPSI OLEH DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN DATI II HULU SUNGAI SELATAN  
PROPINSI KALIMANTAN SELATAN

Nama Ibu : \_\_\_\_\_

Nama Anak : \_\_\_\_\_