

**BUKU PEDOMAN
KELUARGA
untuk
KESEHATAN
IBU dan ANAK**



NAMA IBU : _____

NAMA ANAK : _____

**NORTH SUMATRA
HEALTH PROMOTION PROJECT
1988**

CONTENT

	HALAMAN
1. PETUNJUK TENTANG BUKU INI	1
2. CATATAN KELUARGA	2
3. KESEHATAN IBU	
(1) CATATAN IBU HAMIL	3
(2) KEHAMILAN SEBELUMNYA	4
(3) PEMERIKSAAN KEHAMILAN	5
(4) GIGI IBU HAMIL	6
(5) PERSALINAN	7
(6) MASA - NIFAS	8
(7) MENETEKI	9
(8) GIZI IBU	10
(9) KMS IBU HAMIL	11
4. KESEHATAN ANAK	
(1) TUMBUH KEMBANG	12
(2) CATATAN PENYAKIT	14
(3) GIGI	15
(4) GIZI	17
(5) PEMERIKSAAN KESEHATAN	19
(6) KMS BALITA	20
5. IMMUNISASI	22

1. PETUNJUK TENTANG BUKU INI

- * Buku ini disusun agar dapat membantu keluarga dalam pemeliharaan Kesehatan Ibu dan Anak. Segera setelah anda terima buku ini, bacalah. Kemudian isilah bagian tertentu seperti yang dianjurkan.
- * Ada dua pihak yang harus mengisi buku ini. Ibu dan petugas kesehatan. Karena itu sekali lagi dianjurkan, bacalah dengan hati-hati. Ibu diminta untuk mengisi di bagian yang sesuai dengan peranan Ibu. Apabila masih kurang terang di bagian mana yang seharusnya Ibu isi, tanyakan saja petugas kesehatan anda.
- * Petugas Kesehatan anda harus mengisi bagian yang tertentu.
- * Buku ini menjadi catatan kesehatan bagi Ibu dan Anak sekaligus. Bawalah buku ini kemana anda pergi agar selalu tercatat semua tindakan yang perlu menurut Petugas Kesehatan. Demikian juga untuk anda, agar selalu tercatat di sini hal-hal yang anda alami. Karena semuanya catatan itu sangat berguna dalam menetapkan tindakan kesehatan yang tepat untuk anda atau anak anda.
- * Pada saat hamil buku ini hanya untuk anda. Setelah melahirkan, berguna untuk bersama yaitu Ibu dan Anak. Apabila anda melahirkan anak kembar, mintalah satu lagi buku seperti ini agar ada tempat catatan kesehatan untuk anak yang satu lagi.
- * Buku ini mengikuti perkembangan kesehatan Ibu sejak hamil hingga anak anda berumur 6 tahun. Sehingga setiap keluarga akan mempunyai buku seperti ini sesuai dengan jumlah anaknya. Karena kalau anda hamil lagi, maka buku yang pertama hanya untuk anak anda, sedangkan untuk anda sendiri dan anak yang akan lahir akan diberikan buku yang baru; demikian seterusnya.
- * Di hari dewasa pun, buku ini sangat berguna dalam pembinaan kesehatan anda dan tiap anak anda tersebut; oleh karena itu janganlah hilang atau robek. Apabila ternyata demikian hendaklah segera diganti, agar sedapat mungkin catatan di lembaran yang hilang itu dapat atau lebih mudah ditulis kembali.

**Peliharalah Kesehatan Ibu dan Anak
serta Binalah Keluarga Bahagia**

2. CATATAN KELUARGA (REGISTRASI)

IBU DAN AYAH

	Nama	Tgl. lahir	Pekerjaan	Pendidikan	Usia kawin I
IBU (Ibu hamil)	_____	_____	_____	_____	_____
AYAH	_____	_____	_____	_____	_____

RUMAH TANGGA

ALAMAT : Jalan _____
 Lorong / Dusun _____
 Desa _____
 Kecamatan _____

LINGKUNGAN :

Sumber Air Minum : ☐ Air Leding ☐ Sumur Pompa
☐ Sumur Gali ☐ Sungai ☐ Penampungan Air hujan
☐ Lain-lain _____

Tempat Jamban : ☐ Di Dalam Rumah ☐ Jamban Umum
☐ Di Luar Rumah ☐ Di Kebun
☐ Sungai ☐ Lain-lain _____

ASURANSI KESEHATAN : ☐ Anggota Perum Husada Bakti
☐ Asuransi
☐ Tidak ada

AGAMA : ☐ Islam, ☐ Kristen, ☐ Hindu, ☐ Budha, ☐ Lain-Lain

KELAHIRAN (YANG TERBARU)

Nama bayi _____ **(Lk/Pr)**

Tgl. lahir _____

3. KESEHATAN IBU

(1) CATATAN IBU HAMIL

NAMA IBU :

NAMA : _____
UMUR : _____ **Tahun**
Tinggi Badan : _____ **cm**
Berat Badan : _____ **kg**

Jarak Kehamilan sekarang dengan Partus terakhir :

: _____ **Tahun**

KEBIASAAN :

Merokok : ☐ sekarang ☐ dulu ☐ tidak pernah
Minuman keras : ☐ sekarang ☐ dulu ☐ tidak pernah
Lain-lain : ☐ sekarang ☐ dulu ☐ tidak pernah

PENYAKIT MENAHUN YANG PERNAH DIDERITA :

Tuberculosis (Tbc)	☐ pernah	☐ tidak pernah
Sakit Gula	☐ pernah	☐ tidak pernah
Sakit Ginjal	☐ pernah	☐ tidak pernah
Sakit Kuning	☐ pernah	☐ tidak pernah
Sakit Jantung	☐ pernah	☐ tidak pernah
Sakit Gondok	☐ pernah	☐ tidak pernah
Sakit yang lain	☐ pernah	☐ tidak pernah

(2) RIWAYAT ANAK PADA KEHAMILAN SEBELUMNYA

NO.	Jenis Kelamin	Lahir	Umur	Kadaan Sekarang
1	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
2	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
3	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
4	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
5	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
6	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
7	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
8	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
9	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
10	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
11	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)
12	(LK/PR)	(Hidup/Mati)	_____ THN	(sehat/sakit/meninggal)

Penyakit-penyakit Kehamilan sebelumnya

- Perdarahan Hamil Muda

☐ ada

☐ tidak ada
- Keracunan Kehamilan

☐ ada

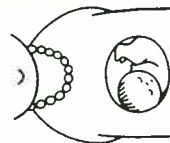
☐ tidak ada
- Kejang-kejang

☐ ada

☐ tidak ada
- Bengkak-bengkak

☐ ada

☐ tidak ada
- yang lain-lain



(3) PEMERIKSAAN KEHAMILAN

Haid Terakhir

Taksiran Tanggal Persalinan

Tgl. No. Pemerik saan	Umur Kehamilan	Berat Badan	Tekanan Darah	Bengkak Kaki	Hb	Urine (Protein : Gula)	Advis
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—
—	— Mgg	— kg	/	(+/-)	— g/dl	(+/-)(+/-)	—

0-12 Minggu : Pemeriksaan Kehamilan 1 kali atau lebih
12-28 Minggu : Pemeriksaan Kehamilan 1 kali atau lebih
28-40 Minggu : Pemeriksaan Kehamilan 2 kali atau lebih

(4) KEADAAN GIGI IBU HAMIL

Pemeriksaan Gigi :

pertama Tanggal Pemeriksaan : _____
Tempat Pemeriksaan : _____
Nasihat : _____

atas

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
kanan		kiri

bawah

kedua Tanggal Pemeriksaan : _____
Tempat Pemeriksaan : _____
Nasihat : _____

atas

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
kanan		kiri

bawah

ketiga Tanggal Pemeriksaan : _____
Tempat Pemeriksaan : _____
Nasihat : _____

atas

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
kanan		kiri

bawah

1. amati dan periksalah selalu gigi anda
2. sikatlah gigi segera sesudah makan

(5) KEADAAN PERSALINAN

PERSALINAN :

Lamanya Hamil : _____ **Minggu**

Tanggal Persalinan : _____

Tempat Bersalin : ☐ Di Rumah Sakit ☐ Di Rumah Bidan
☐ Di Rumah Dukun ☐ Di Rumah Sendiri
☐ Di Klinik Bersalin ☐ dll _____

Cara Persalinan : ☐ Spontan ☐ dengan Tindakan

Yang Penolong Persalinan : Nama _____
☐ Dokter ☐ Bidan ☐ Perawat
☐ Dukun terlatih ☐ Dukun tidak dilatih
☐ dll. _____

Alat Memotong Tali Pusat : ☐ Gunting ☐ Bambu ☐ Pisau biasa
☐ Pisau Silet ☐ dll _____

Pengobatan Tali Pusat dengan : ☐ Alkohol ☐ Sulfa ☐ Dermatol
☐ dll. _____

Alat untuk memotong tali pusat
harus lebih dahulu di suci-hamakan

KELAHIRAN :

Jenis Kelahiran : **Laki-laki / Perempuan**

Berat Badan Bayi : _____ **gram**

Panjang Badan Bayi : _____ **cm**

Keadaan : ☐ hidup ☐ mati

Sehat atau Asphyxia

(6) MASA NIFAS

No.	Tgl. Pemeriksaan	Hari ke	Berat Badan	Turunnya fundus	Lochia	Bengkak Kaki	Tekanan darah	Urin (Protein/Gula)	Advis
—	—	ke	— kg	(teraba/tidak)	(normal/infeksi)	(+/—)	/	(+/—) (+/—)	—
—	—	ke	— kg	(teraba/tidak)	(normal/infeksi)	(+/—)	/	(+/—) (+/—)	—
—	—	ke	— kg	(teraba/tidak)	(normal/infeksi)	(+/—)	/	(+/—) (+/—)	—
—	—	ke	— kg	(teraba/tidak)	(normal/infeksi)	(+/—)	/	(+/—) (+/—)	—
—	—	ke	— kg	(teraba/tidak)	(normal/infeksi)	(+/—)	/	(+/—) (+/—)	—
—	—	ke	— kg	(teraba/tidak)	(normal/infeksi)	(+/—)	/	(+/—) (+/—)	—



Setelah melahirkan, periksakanlah kesehatan Ibu, karena penting untuk Ibu dan Bayi

(7) IBU MENETEKI

Umur Anak	3 bln	6 bln	12 bln	24 bln
Meneteki	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)
Makanan Ibu yang Khusus :				
Daun Katuk (nasi-nasi)	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)
Daun mengkudu	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)
Sawi Hijau	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)
Kangkung	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)
Daun singkong	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)
Daun Papaya	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)
Bangun-bangun	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)
Jantung Pisang	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)
lain-lain	(+/—)	(+/—)	(+/—)	(+/—)

Buatlah tanda ketika anak berumur seperti tersebut di atas.



Ibu sebaiknya Meneteki Anaknya sampai umur 2 tahun

(8) GIZI IBU

KEBUTUHAN MAKANAN IBU

Susunan makanan ibu dalam keadaan normal, hamil serta menyusukan harus juga mengikuti pedoman Empat Sehat Lima Sempurna. Menurut pedoman itu ada lima golongan bahan makanan (lima gbm) :

- Gbm - Pokok** ; beras, ubi, jagung, gandum, sagu, kentang, dll.
- Laukpauk ; ikan, daging, telur, tempe, tahu, dll.
- Sayur-sayuran ; kangkung, batam, daun ubi, daun papaya, dll
- Buah-buahan ; pisang, papaya, mangga, dll
- Susu ; susu, hasil susu

Berikut ini adalah contoh bm dan jumlah yang diperkirakan dapat memenuhi kebutuhan ibu.

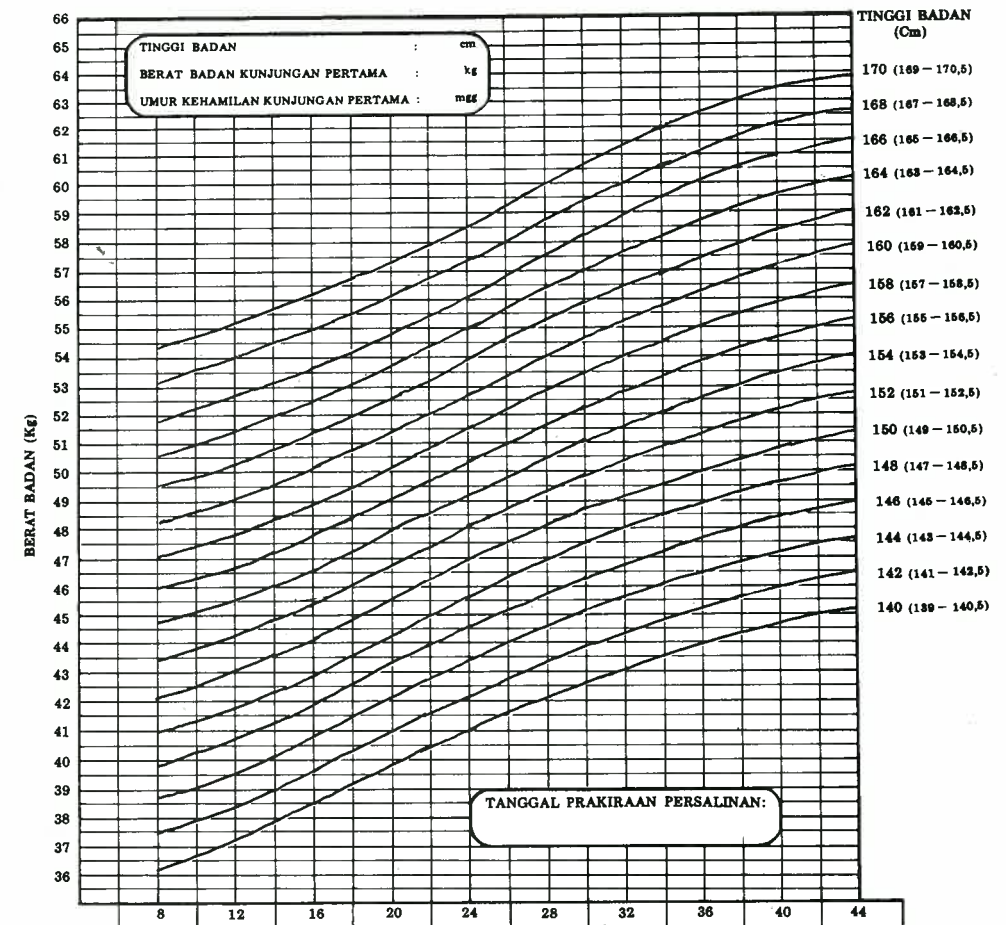
Bahan Makanan	Kebutuhan		Ibu Menyusukan
	Ibu Normal	Ibu Hamil	
Beras/penukar	300 gr (3 gls)	350 gr (3.5 gls)	400 gr (4 gls)
Ikan/penukar	100 gr (4 ptg)	100 gr (4 ptg)	100 gr (4 ptg)
Tempe/penukar	100 gr (4 ptg)	100 gr (4 ptg)	100 gr (4 ptg)
Kacang hijau	-----	25 gr (2.5 sdm)	25 gr (2.5 sdm)
Sayuran hijau	200 gr (2 gls)	300 gr (3 gls)	300 gr (3 gls)
Buah papaya	200 gr (2 ptg)	200 gr (2 ptg)	200 gr (2 ptg)
Minyak	25 gr (2.5 sdm)	25 gr (2.5 sdm)	25 gr (2.5 sdm)
Gula pasir	25 gr (2.5 sdm)	25 gr (2.5 sdm)	25 gr (2.5 sdm)
Susu	-----	200 gr (1 gls)	400 gr (2 gls)

**Kurang darah, membahayakan
kesehatan Ibu dan Bayinya**

(9) KMS IBU HAMIL

PENJELASAN MENGISI KMS :

1. Tebalkanlah garis kurve yang sesuai dengan tinggi badan ibu.
2. Bubuhkanlah titik berat badan (BB) pada perpotongan antara garis berat badan dan umur kehamilan.
3. Bila titik BB terletak di atas garis kurve tebal, maka ini berarti baik; bila titik BB terletak di bawah garis tebal, berarti kurang baik, dianjurkan ibu harus lebih sering memeriksakan kehamilannya.
4. Bubuhkan titik BB seperti tsb di nomor 2, pada kunjungan berikutnya.
5. Hubungkanlah titik BB hasil penimbangan pada saat ini dengan titik BB sebelumnya. Kehamilan Ibu dianggap baik bila terdapat kenaikan dan berada di atas kurve tebal.



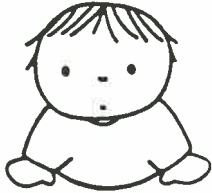
4. KESEHATAN ANAK

(1) TUMBUH KEMBANG ANAK

1. PERTUMBUHAN

- Mengangkat Kepala

umur _____ bulan



- Duduk sendiri

umur _____ bulan



- Berguling sendiri

umur _____ bulan



- Merangkak kemana-mana

umur _____ bulan



- Berdiri dengan dibantu

umur _____ bulan

- Berjalan sendiri

umur _____ bulan

Waktu umurnya 2 tahun,
tidak bisa berjalan sendiri,
harus diperiksa di Puskesmas atau Rumah Sakit

2. PERKEMBANGAN - KECERDASAN :

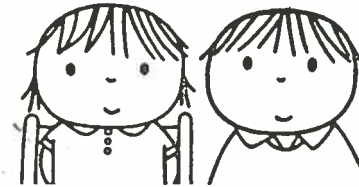
- Mengerti dengan kata

umur _____ bulan



- Dapat mengucapkan kata-kata
(satu suku kata : - ma, - pa)

umur _____ bulan



- meniru pembicaraan

umur _____ bulan

- minum sendiri dengan cangkir

umur _____ bulan



- mengenal 3 macam warna

umur _____ tahun

(2) CATATAN TENTANG PENYAKIT ANAK

Walaupun bayi anda menderita menceret harus tetap diberikan AIR SUSU IBU : jangan lupa berikan ORALIT

Menceret :

Umur	Lamanya	Berapa kali	Gejala lainnya	Oralit
_____ bln	_____ hari	_____ x /hari	(panas/batuk/kurus)	(+ / -)
_____ bln	_____ hari	_____ x /hari	(panas/batuk/kurus)	(+ / -)
_____ bln	_____ hari	_____ x /hari	(panas/batuk/kurus)	(+ / -)
_____ bln	_____ hari	_____ x /hari	(panas/batuk/kurus)	(+ / -)
_____ bln	_____ hari	_____ x /hari	(panas/batuk/kurus)	(+ / -)
_____ bln	_____ hari	_____ x /hari	(panas/batuk/kurus)	(+ / -)

Demam (Panas) :

Umur	lamanya	Gejala lainnya
_____ bln	_____ hari	(menceret/batuk/kurus/merah/yang lain)
_____ bln	_____ hari	(menceret/batuk/kurus/merah/yang lain)
_____ bln	_____ hari	(menceret/batuk/kurus/merah/yang lain)
_____ bln	_____ hari	(menceret/batuk/kurus/merah/yang lain)
_____ bln	_____ hari	(menceret/batuk/kurus/merah/yang lain)

Kejang-kejang :

Umur	Lamanya	Gejala lainnya
_____ bln	_____ menit	(menceret/batuk/kurus/merah/yang lain)
_____ bln	_____ menit	(menceret/batuk/kurus/merah/yang lain)

(3) KEADAAN GIGI ANAK

Pemeriksaan Gigi :

pertama Tanggal Pemeriksaan : _____ Umur : _____ bln
 Tempat Pemeriksaan : _____
 Nasihat : _____

atas

5 4 3 2 1 1 2 3 4 5	5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
kanan	kiri

bawah

kedua Tanggal Pemeriksaan : _____ Umur : _____ bln
 Tempat Pemeriksaan : _____
 Nasihat : _____

atas

5 4 3 2 1 1 2 3 4 5	5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
kanan	kiri

bawah

ketiga Tanggal Pemeriksaan : _____ Umur : _____ bln
 Tempat Pemeriksaan : _____
 Nasihat : _____

atas

5 4 3 2 1 1 2 3 4 5	5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
kanan	kiri

bawah

keempat Tanggal Pemeriksaan : _____ Umur : _____ bln
 Tempat Pemeriksaan : _____
 Nasihat : _____

atas

5 4 3 2 1 1 2 3 4 5	5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
kanan	kiri

bawah

Pemeriksaan Gigi :

kelima Tanggal Pemeriksaan : _____ Umur : _____ bln
 Tempat Pemeriksaan : _____
 Nasihat : _____

atas

5 4 3 2 1 1 2 3 4 5		5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
kanan		kiri

bawah

keenam Tanggal Pemeriksaan : _____ Umur : _____ bln
 Tempat Pemeriksaan : _____
 Nasihat : _____

atas

5 4 3 2 1 1 2 3 4 5		5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
kanan		kiri

bawah

Cara Menyikat Gigi :



1. Amatilah dan periksakanlah gigi anak anda sejak gigi tumbuh
2. Ajarkanlah anak anda menyikat gigi sejak umur 2 tahun
3. Banyak makan buah-buahan yang berserat

(4) GIZI

A. PEMBERIAN ASI DAN JENIS MAKANAN :

Umur anak (bulan)	Air Susu Ibu (ASI)	Makanan lumat	Makanan lembik	Makanan orang dewasa
3 bulan	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)
6 bulan	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)
12 bulan	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)
24 bulan	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)
36 bulan	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)	(+ / -)

IKUTILAH PEDOMAN PEMBERIAN ASI DAN MAKANAN TSB DIBAWAH INI

Umur anak (bulan)	Air Susu Ibu (ASI)	Makanan lumat	Makanan lembik	Makanan orang dewasa
0 - 3 bulan	(+)	(-)	(-)	(-)
4 - 6 bulan	(+)	(+)	(-)	(-)
7 - 12 bulan	(+)	(-)	(+)	(-)
13 - 24 bulan	(+)	(-)	(-)	(+)
25 bulan dst.	(-)	(-)	(-)	(+)

B. Catatan Pemberian Vitamin A dosis tinggi
(untuk penyakit buta senja)

	Umur diberikan	Tempat pemberian
1	_____ bulan	(Rumah Sakit/Puskesmas/Posyandu)
2	_____ bulan	(Rumah Sakit/Puskesmas/Posyandu)
3	_____ bulan	(Rumah Sakit/Puskesmas/Posyandu)
4	_____ bulan	(Rumah Sakit/Puskesmas/Posyandu)
5	_____ bulan	(Rumah Sakit/Puskesmas/Posyandu)
6	_____ bulan	(Rumah Sakit/Puskesmas/Posyandu)

C. Suntikan LMB (Larutan Minyak Berjodium)
(untuk penyakit gondok endemik)

	Umur diberikan	Tempat pemberian
1	_____ bulan	(Puskesmas/Posyandu/Desa)
2	_____ bulan	(Puskesmas/Posyandu/Desa)
3	_____ bulan	(Puskesmas/Posyandu/Desa)
4	_____ bulan	(Puskesmas/Posyandu/Desa)
5	_____ bulan	(Puskesmas/Posyandu/Desa)
6	_____ bulan	(Puskesmas/Posyandu/Desa)



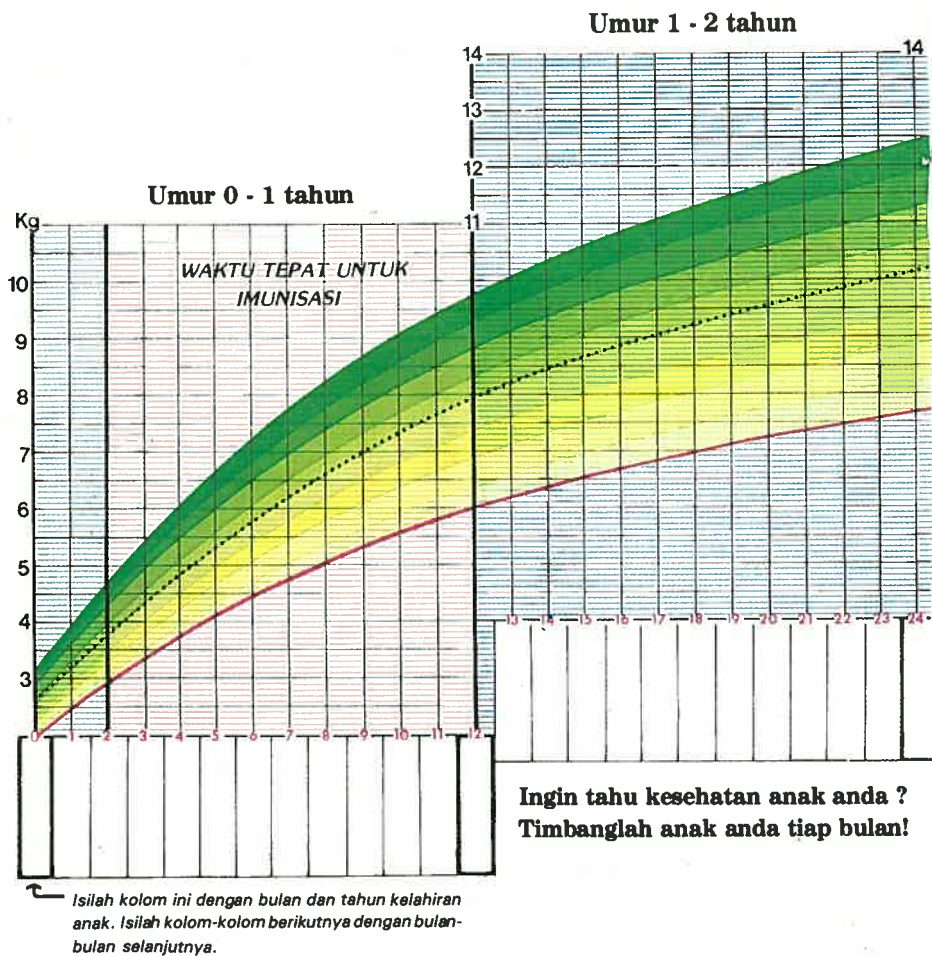
(5) PEMERIKSAAN KESEHATAN BALITA

Nama : _____ **Tgl. Lahir** _____

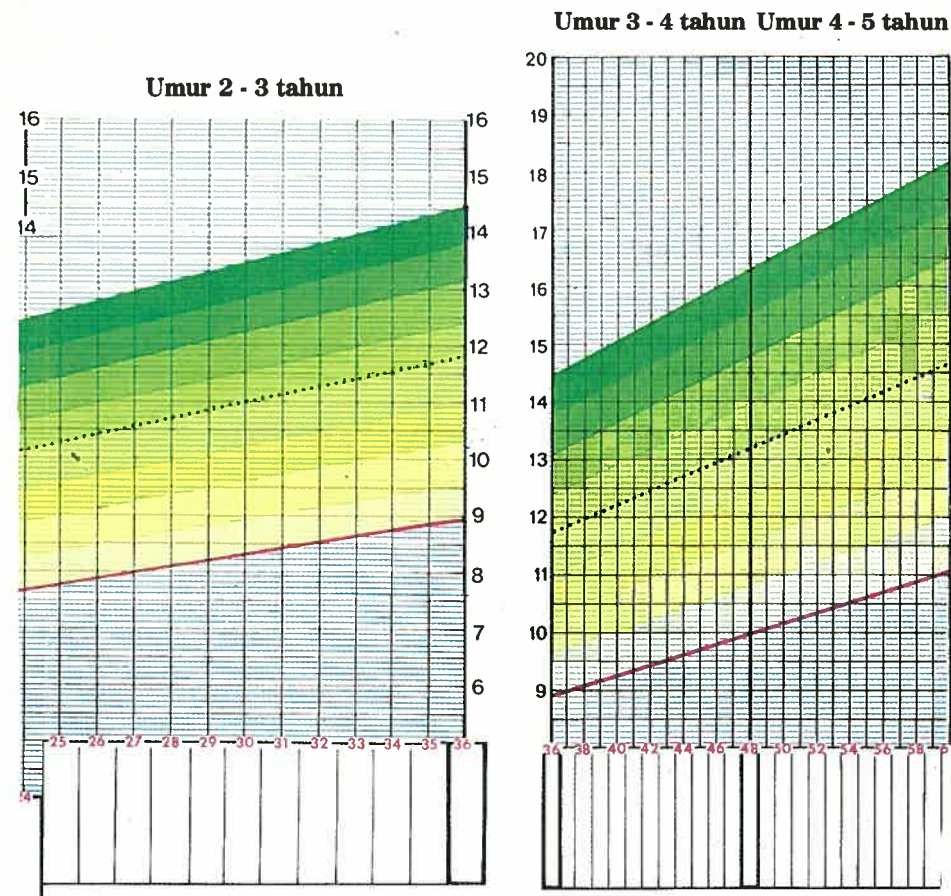
[illegible]

(6) KMS BALITA
(KARTU MENUJU SEHAT)

A. Umur 0 - 2 tahun



B. Umur 2 - 5 tahun



5. IMMUNISASI

Setiap anak / bayi dapat diberikan Imunisasi di Posyandu. Pemberian Imunisasi dapat melindungi anak terhadap penyakit-penyakit :

Immunisasi	Umur		Ketiga
	Pertama	Kedua	
B.C.G.	_____ bln		
D.P.T.	_____ bln	_____ bln	_____ bln
Polio	_____ bln	_____ bln	_____ bln
Campak	_____ bln	_____ bln	
D.T.	_____ thn	_____ thn	
T.T.	_____ bln	_____ bln (Ibu Hamil)	

Beritahukan petugas bila anak setelah mendapat Immunisasi timbul :

- panas tinggi
- bengkak bekas suntikan yang berlebihan
- kejang-kejang

JADWAL PEMBERIAN IMMUNISASI

VAKSIN	PEMBERIAN VAKSIN	UMUR	MELINDUNGI TERHADAP PENYAKIT
BCG	1 ×	0 - 11 bulan	T.B.C.
DPT	3 ×	2 - 11 bulan	Difteri/Pertusis/Tetanus
POLIO	3 ×	2 - 11 bulan	Polio
CAMPAK	1 ×	9 - 11 bulan	Campak
TT Ibu Hamil	2 ×	Selama Kehamilan	Tetanus
DT	2 ×	Anak SD Kl. 1	Difteri/Tetanus
TT	2 ×	Anak SD Kl. 6 (perempuan)	Tetanus