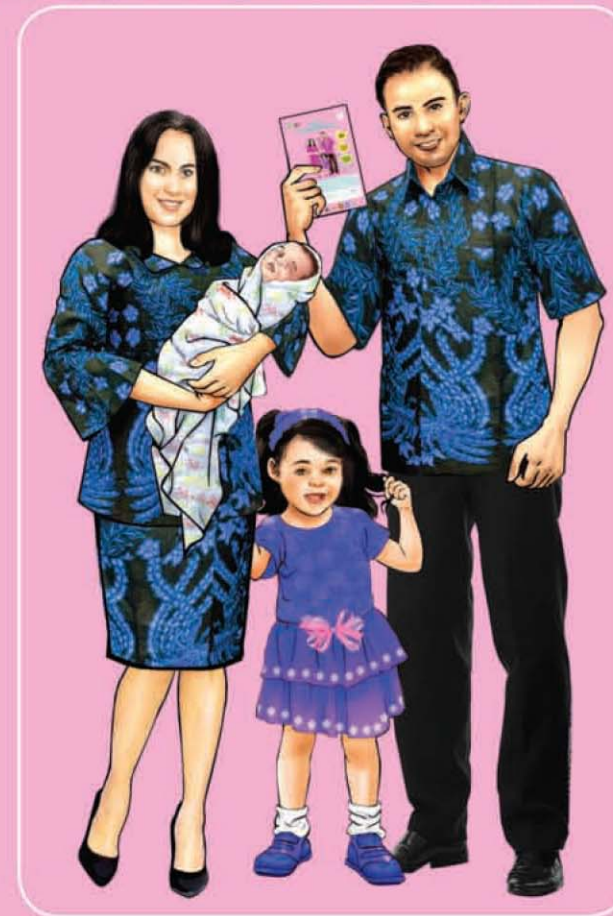




362.198.2  
Ind  
b

# BUKU KIA KESEHATAN IBU DAN ANAK



**BAGIAN ANAK**

**BAWA BUKU KIA**  
SETIAP KE FASILITAS KESEHATAN, POSYANDU, KELAS IBU, BKB, DAN PAUD

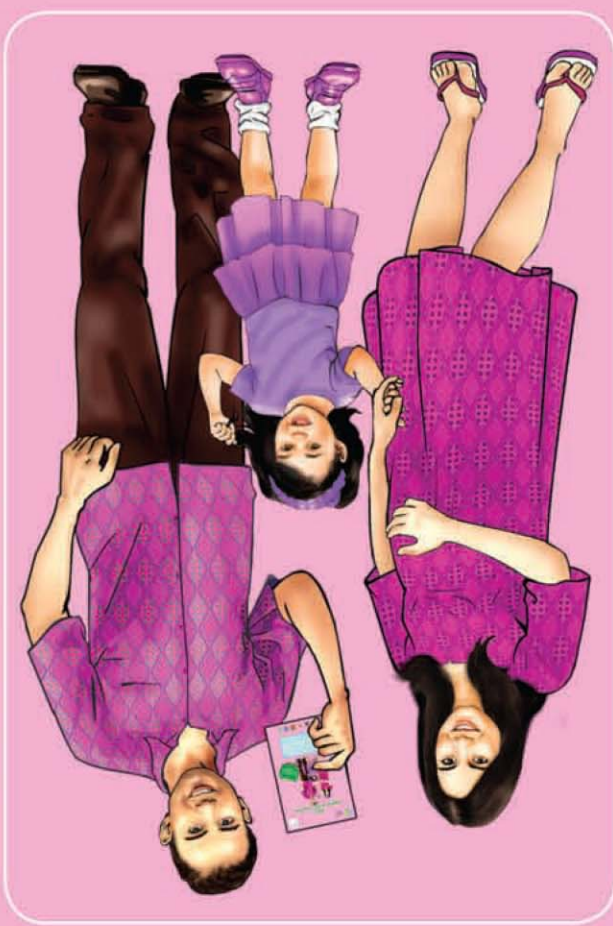
**BUKU KIA**  
DIGUNAKAN SAMPAI ANAK BERUMUR 6 TAHUN

Nama Anak : .....  
NIK Anak : .....  
Nama Ibu : .....  
NIK Ibu : .....

|                                         |           |
|-----------------------------------------|-----------|
| Dikeluarkan Tanggal:                    | No. Buku: |
| Tanggal ....., Bulan ....., Tahun ..... |           |
| Fasilitas Kesehatan:                    | Kab./Kota |
|                                         | Provinsi  |



# BUKU KIA KESEHATAN IBU DAN ANAK



**BAGIAN IBU**

**BAWA BUKU KIA**  
SETIAP KE FASILITAS KESEHATAN, POSYANDU, KELAS IBU, BKB, DAN PAUD

**BUKU KIA**  
DIGUNAKAN SAMPAI ANAK BERUMUR 6 TAHUN



362.198.2  
Ind  
b



Cetakan Tahun 2020

Judul:  
1. MOTHER – CHILD RELATION  
2. MATERNAL – CHILD NURSING  
3. MATERNAL HEALTH SERVICES

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI  
Buku Kesehatan Ibu dan Anak  
Jakarta: Kementerian Kesehatan dan JICA  
(Japan International Cooperation Agency),  
1997

362.198.2  
Ind.  
b

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI



Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

362.198.2  
Ind.  
b

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI  
Buku Kesehatan Ibu dan Anak  
Jakarta: Kementerian Kesehatan dan JICA  
(Japan International Cooperation Agency),  
1997

Judul:

1. MOTHER – CHILD RELATION  
2. MATERNAL – CHILD NURSING  
3. MATERNAL HEALTH SERVICES

Cetakan Tahun 2020





|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Kelas Ibu Ballita</b><br/>hal. 32</p>        |  <p><b>Anak 5 - 6 Tahun</b><br/>hal. 53</p>                     |  <p><b>Anak Ballita 4 - 5 tahun</b><br/>hal. 52</p>    |  <p><b>Anak Ballita 3 - 4 tahun</b><br/>hal. 51</p> |
|  <p><b>Anak Ballita 2 - 3 tahun</b><br/>hal. 49</p> |  <p><b>Bayi, Anak Ballita 6 - 24 bulan</b><br/>hal. 40 - 47</p> |  <p><b>Kondisi Ballita</b><br/>hal. 38</p>             |  <p><b>Bayi Baru Lahir</b><br/>hal. 34 - 37</p>      |
|  <p><b>Rujukan</b><br/>hal. 31</p>                  |  <p><b>PMBA, VIL.A, Obat Cacing</b><br/>hal. 12</p>             |  <p><b>Imunisasi</b><br/>hal. 8 - 9</p>               |                                                                                                                                        |
|  <p><b>Kurva Pertumbuhan</b><br/>hal. 13- 25</p>    |  <p><b>Pelayanan SPIDTR</b><br/>hal. 10 - 11</p>                |  <p><b>Pelayanan Kesehatan Neonatus</b><br/>hal. 7</p> |  <p><b>Identitas</b><br/>hal. 1</p>                 |

**KESEHATAN ANAK**

|                  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                |                                                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                                                                                                               |                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |                                                                                                                              |                  |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <p>IDENTITAS</p> | <p><b>Identitas Ibu hamil</b><br/>hal. 1</p>  | <p><b>Pernyataan Pelayanan Kesehatan Ibu</b><br/>hal. 2</p>  | <p><b>Amanat Persalinan</b><br/>hal. 4</p>  | <p><b>Pelayanan Dokter</b><br/>hal. 5 - 12</p>  | <p><b>Pelayanan Kehamilan</b><br/>hal. 7 - 8</p>  | <p><b>Pelayanan Nifas</b><br/>hal. 14</p>  | <p><b>Rujukan</b><br/>hal. 15</p>  | <p><b>Ibu Hamil</b><br/>hal. 16 - 22</p>  | <p><b>Ibu Bersalin</b><br/>hal. 23 - 25</p>  | <p><b>Ibu Nifas</b><br/>hal. 26 - 28</p>  | <p><b>Ibu Menyusui</b><br/>hal. 29 - 31</p>  | <p><b>Keluarga Berencana</b><br/>hal. 33</p>  | <p><b>Kelas Ibu Hamil</b><br/>hal. 17</p>  | <p>INFORMASI</p> |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|

## KESEHATAN IBU

## daftar isi

## KESEHATAN ANAK

|                                           |                                                                                                                                   |                                                                                                                                      |                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C<br>A<br>T<br>A<br>N                     | <b>Identitas</b><br>hal. 1<br>                 | <b>Pelayanan Kesehatan Neonatus</b><br>hal. 7<br> | <b>Pelayanan SDIDTK</b><br>hal. 10 - 11<br>               | <b>Kurva Pertumbuhan</b><br>hal. 13- 25<br>   |
|                                           | <b>Imunisasi</b><br>hal. 8 - 9<br>             | <b>PMBA. Vit.A. Obat Cacing</b><br>hal. 12<br>    | <b>Ringkasan Pelayanan MTBS</b><br>hal. 27<br>                                                                                               | <b>Rujukan</b><br>hal. 31<br>                 |
| I<br>N<br>F<br>O<br>R<br>M<br>A<br>S<br>I | <b>Bayi Baru Lahir</b><br>hal. 34 - 37<br>     | <b>Kondisi Balita</b><br>hal. 38<br>              | <b>Bayi, Anak Balita 6 - 24 bulan</b><br>hal. 40 - 47<br> | <b>Anak Balita 2 - 3 tahun</b><br>hal. 49<br> |
|                                           | <b>Anak Balita 3 - 4 tahun</b><br>hal. 51<br> | <b>Anak Balita 4 - 5 tahun</b><br>hal. 52<br>    | <b>Anak 5 - 6 Tahun</b><br>hal. 53<br>                   | <b>Kelas Ibu Balita</b><br>hal. 32<br>       |

## KESEHATAN IBU

C  
A  
T  
A  
N

**Identitas Ibu hamil**

hal. 1

**Pernyataan Pelayanan Kesehatan Ibu**

hal. 2

**Amanat Persalinan**

hal. 4

**Pelayanan Dokter**

hal. 5 - 12

**Pelayanan Kehamilan**

hal. 7 - 8

**Pelayanan Nifas**

hal. 14

**Rujukan**

hal. 15

I  
N  
F  
O  
R  
M  
A  
S  
I

**Ibu Hamil**

hal. 16 - 22

**Ibu Bersalin**

hal. 23 - 25

**Ibu Nifas**

hal. 26 - 28

**Ibu Menyusui**

hal. 29 - 31

**Keluarga Berencana**

hal. 33

**Kelas Ibu Hamil**

hal. 17



## PETUNJUK PENGGUNAAN

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) berisi lembar informasi dan catatan kesehatan serta catatan khusus adanya kelainan ibu selama hamil, bersalin sampai nifas serta anak (janin, bayi baru lahir, bayi dan anak sampai usia 6 tahun). Informasi dalam Buku KIA sangat penting untuk pemantauan kesehatan dan catatan khusus adanya kelainan pada ibu serta anak.

Buku KIA harus dibaca dan dimengerti ibu dan keluarga, ditunjukkan pada petugas kesehatan dimanapun pelayanan kesehatan diberikan, untuk dicatatkan tindakan yang diberikan. Setiap informasi tentang kesehatan dan catatan khusus adanya kelainan pada ibu serta anak harus dicatat di dalam Buku KIA

Setiap ibu hamil mendapat 1 (satu) Buku KIA untuk kehamilan tunggal dan mendapat tambahan satu Buku KIA lagi untuk anak yang lain pada kehamilan kembar. Selalu bawa Buku KIA ketika berkunjung ke Posyandu, Kelas Ibu Hamil, Kelas Ibu Balita, Pos PAUD, BKB dan Fasilitas Kesehatan (Puskesmas dan jaringan, Klinik, Praktik Dokter/ Bidan, Rumah Sakit)

### Ibu/ Keluarga

- Membaca dan memahami lembar informasi Buku KIA
- Mencentang informasi yang sudah dipahami
- Memastikan kelengkapan pelayanan kesehatan ibu
- Memastikan kelengkapan pelayanan kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang anak
- Menghubungi Dinas Kesehatan (Bidang Kesehatan Ibu Anak), jika mengalami kesulitan mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan

### Kader

- Menjelaskan isi dan penggunaan buku KIA kepada ibu/keluarga
- Mengecek pemahaman ibu dengan mencentang kotak pada lembar informasi kesehatan
- Mengecek kelengkapan pelayanan kesehatan ibu
- Mengecek kelengkapan pelayanan kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang anak

### Guru PAUD/TK/RA

- Memastikan peserta didik memiliki Buku KIA
- Memantau pertumbuhan dan perkembangan peserta didik
- Mengkomunikasikan hasil pemantauan kepada Puskesmas setempat
- Mengintegrasikan pelaksanaan parenting class dengan kelas ibu balita
- Membiasakan perilaku kebersihan, kesehatan dan makanan gizi seimbang

### Tenaga Kesehatan

- Melakukan KIE kepada ibu/ keluarga
- Menjelaskan isi buku KIA kepada ibu/ keluarga
- Mendampingi kader dalam pemanfaatan buku KIA
- Mengisi lembar catatan ringkasan hasil pelayanan dan melakukan tatalaksana

### Tenaga Kesehatan

- Melakukan KIE kepada ibu/ keluarga
- Menjelaskan isi buku KIA kepada ibu/ keluarga
- Mendampingi kader dalam pemanfaatan buku KIA
- Mengisi lembar catatan ringkasan hasil pelayanan dan melakukan tatalaksana

### Kader

- Menjelaskan isi dan penggunaan buku KIA kepada ibu/keluarga
- Mengecek pemahaman ibu dengan mencentang kotak pada lembar informasi kesehatan
- Mengecek kelengkapan pelayanan kesehatan ibu
- Mengecek kelengkapan pelayanan kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang anak

### Ibu/ Keluarga

- Membaca dan memahami lembar informasi Buku KIA
- Mencentang informasi yang sudah dipahami
- Memastikan kelengkapan pelayanan kesehatan ibu
- Memastikan kelengkapan pelayanan kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang anak
- Menghubungi Dinas Kesehatan (Bidang Kesehatan Ibu Anak), jika mengalami kesulitan mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) berisi lembar informasi dan catatan pelayanan kesehatan serta catatan khusus bila ada kelainan pada ibu selama hamil, bersalin sampai nifas serta anak (janin, bayi baru lahir, bayi dan anak sampai usia 6 tahun). Informasi dalam Buku KIA sangat penting untuk pemantauan kesehatan ibu dan anak.

Buku KIA harus dibaca dan dimengerti ibu dan keluarga, ditunjukkan pada petugas kesehatan dimanapun pelayanan kesehatan diberikan, untuk dicatatkan tindakan yang diberikan. Informasi tentang kesehatan dan catatan khusus bila ada kelainan pada ibu serta anak harus dicatat di dalam Buku KIA

Setiap ibu hamil mendapat 1 (satu) Buku KIA untuk kehamilan tunggal dan mendapat tambahan satu Buku KIA lagi untuk anak yang lain pada kehamilan kembar. Selalu bawa Buku KIA ketika berkunjung ke Posyandu, Kelas Ibu Hamil, Kelas Ibu Balita, Pos PAUD, BKB dan Fasilitas Kesehatan (Puskesmas dan jaringannya, Klinik, Praktik Dokter, Praktik Bidan dan Rumah Sakit)

## PETUNJUK PENGGUNAAN



|                     |                |  |                          |  |  |
|---------------------|----------------|--|--------------------------|--|--|
| PUSKESMAS DOMISILI: |                |  | NO. REGISTER KOHORT IBU: |  |  |
| TELEPON             |                |  |                          |  |  |
| ALAMAT RUMAH        |                |  |                          |  |  |
| PEKERJAAN           |                |  |                          |  |  |
| PENDIDIKAN          |                |  |                          |  |  |
| TANGGAL LAHIR       |                |  |                          |  |  |
| TEMPAT              |                |  |                          |  |  |
| GOL. DARAH          |                |  |                          |  |  |
| FASKES TR 1:        |                |  |                          |  |  |
| FASKES RUJUKAN:     |                |  |                          |  |  |
| NO. JKN:            |                |  |                          |  |  |
| PEMBIAYAAN          |                |  |                          |  |  |
| NIK                 |                |  |                          |  |  |
| NAMA                |                |  |                          |  |  |
| IBU                 | SUAMI/KELUARGA |  |                          |  |  |

Foto Ibu

Foto Anak

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ANAK | IBU/AYAH/<br>WALI* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|
| Nama                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                    |
| Anak Ke                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                    |
| Nomor Akte Kelahiran                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                    |
| NIK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                    |
| Tempat/Tanggal Lahir                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                    |
| Golongan Darah                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                    |
| JENIS PELAYANAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>JKN/ Asuransi Lain <ul style="list-style-type: none"> <li>Nomor</li> <li>Tanggal Berlaku</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                               |      |                    |
| Fasilitas Pelayanan Kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>Primer: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nomor Registrasi Kohort Bayi:</li> <li>Nomor Registrasi Kohort Balita dan Anak Pra-sekolah:</li> </ul> </li> <li>Sekunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nomor Catatan Medik RS</li> </ul> </li> </ul> |      |                    |
| Pendidikan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                    |
| Pekerjaan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                    |
| Alamat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                    |
| Telepon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                    |
| Email/ Media Sosial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                    |

\* coret yang tidak perlu



# PERNYATAAN IBU/ KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN ANAK YANG SUDAH DITERIMA

Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

| Bayi baru lahir<br>0-28 hari | 0 - 6 jam            | KN 1 (6 - 48 jam)    | KN 2 (3-7 hari)      | KN 3 (8-28 hari)     |
|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                              | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: |
| Perawatan Tali Pusat         |                      |                      |                      |                      |
| IMD                          |                      |                      |                      |                      |
| Vitamin K1                   |                      |                      |                      |                      |
| Imunisasi Hepatitis B        |                      |                      |                      |                      |
| Salep/tetes mata antibiotik  |                      |                      |                      |                      |
| Skrining BBL/SHK KIE         |                      |                      |                      |                      |
| PPIA                         |                      |                      |                      |                      |
| Bayi (0-1 tahun)             | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: |
| BB                           |                      |                      |                      |                      |
| PB                           |                      |                      |                      |                      |
| LK                           |                      |                      |                      |                      |
| Perkembangan                 |                      |                      |                      |                      |
| KIE                          |                      |                      |                      |                      |
| Imunisasi*                   |                      |                      |                      |                      |
| Vit A                        |                      |                      |                      |                      |
| PPIA                         |                      |                      |                      |                      |
| Anak balita (1-2 tahun)      | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: |
| BB                           |                      |                      |                      |                      |
| PB                           |                      |                      |                      |                      |
| LK                           |                      |                      |                      |                      |
| Perkembangan                 |                      |                      |                      |                      |
| KIE                          |                      |                      |                      |                      |
| Imunisasi*                   |                      |                      |                      |                      |
| Vitamin A, obat cacing       |                      |                      |                      |                      |
| PPIA                         |                      |                      |                      |                      |
| Anak balita (2-3 tahun)      | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: |
| BB                           |                      |                      |                      |                      |
| TB                           |                      |                      |                      |                      |
| LK                           |                      |                      |                      |                      |
| Perkembangan                 |                      |                      |                      |                      |
| KIE                          |                      |                      |                      |                      |
| Vitamin A, obat cacing       |                      |                      |                      |                      |
| Anak balita (3-4 tahun)      | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: |
| BB                           |                      |                      |                      |                      |
| TB                           |                      |                      |                      |                      |
| LK                           |                      |                      |                      |                      |
| Perkembangan                 |                      |                      |                      |                      |
| KIE                          |                      |                      |                      |                      |
| Vitamin A, obat cacing       |                      |                      |                      |                      |
| Anak balita (4-5 tahun)      | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: |
| BB                           |                      |                      |                      |                      |
| TB                           |                      |                      |                      |                      |
| LK                           |                      |                      |                      |                      |
| Perkembangan                 |                      |                      |                      |                      |
| KIE                          |                      |                      |                      |                      |
| Vitamin A, obat cacing       |                      |                      |                      |                      |
| Anak (5-6 tahun)             | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: | Tgl, bln:<br>Tempat: |
| BB                           |                      |                      |                      |                      |
| TB                           |                      |                      |                      |                      |
| LK                           |                      |                      |                      |                      |
| Perkembangan                 |                      |                      |                      |                      |
| KIE                          |                      |                      |                      |                      |

\*tenaga kesehatan juga menulis jenis vaksin yang diberikan

| Bayi baru lahir/ neonatus<br>0 - 28 hari  | KN1 (6-48 jam)       | KN 2 (3-7 hari) | KN 3 (8-28 hari) | Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak |
|-------------------------------------------|----------------------|-----------------|------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Tata Laksana Kasus                        |                      |                 |                  |                                                                 |
| Konseling                                 |                      |                 |                  |                                                                 |
| KB Pasca Persalinan                       |                      |                 |                  |                                                                 |
| Vitamin A                                 |                      |                 |                  |                                                                 |
| Periksa Jalan Lahir                       |                      |                 |                  |                                                                 |
| Periksa Perdarahan                        |                      |                 |                  |                                                                 |
| Periksa Payudara (ASI)                    |                      |                 |                  |                                                                 |
| Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin | KF 1 (6-48 jam)      | KF 2 (3-7 hari) | KF 3 (8-28 hari) | KF 4 (28-42 hari)                                               |
| Inisiasi Menyusu Dini                     |                      |                 |                  |                                                                 |
| Ibu Bersalin TP:                          | Fasilitas Kesehatan: | Rujukan:        |                  |                                                                 |
| Tata Laksana Kasus                        |                      |                 |                  |                                                                 |
| PPIA                                      |                      |                 |                  |                                                                 |
| Test Lab Gula Darah                       |                      |                 |                  |                                                                 |
| Test Lab Protein Urine                    |                      |                 |                  |                                                                 |
| Test Golongan Darah                       |                      |                 |                  |                                                                 |
| Test Lab Hemoglobin (Hb)                  |                      |                 |                  |                                                                 |
| Tablet Tambah Darah                       |                      |                 |                  |                                                                 |
| Skrining Dokter                           |                      |                 |                  |                                                                 |
| Konseling                                 |                      |                 |                  |                                                                 |
| Status dan Imunisasi Tetanus              |                      |                 |                  |                                                                 |
| Jantung Janin                             |                      |                 |                  |                                                                 |
| Periksa Letak dan Denyut                  |                      |                 |                  |                                                                 |
| Periksa Tinggi Rahim                      |                      |                 |                  |                                                                 |
| Tekanan Darah                             |                      |                 |                  |                                                                 |
| Ukur Lingkar Lengan Atas                  |                      |                 |                  |                                                                 |
| Timbang                                   |                      |                 |                  |                                                                 |
| BB:                                       |                      |                 |                  |                                                                 |
| TB:                                       |                      |                 |                  |                                                                 |
| IMT:                                      |                      |                 |                  |                                                                 |
| HPHT:                                     | Periksa              | Periksa         | Periksa          | Periksa                                                         |
| Ibu Hamil                                 | Trimester I          | Trimester II    | Trimester III    | Periksa                                                         |

Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan



# Kotak Kontrol Minum TTD pada IBU HAMIL

Nama: ..... Usia: ..... tahun

Bulan ke-3

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

Bulan:

Bulan ke-2

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

Bulan:

Bulan ke-1

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

Bulan:

Bulan ke-6

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

Bulan:

Bulan ke-5

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

Bulan:

Bulan ke-4

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

Bulan:

Bulan ke-8

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

Bulan:

Bulan ke-9

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

Bulan:

Beri tanda (✓) pada kotak bila sudah minum

## KETERANGAN LAHIR

No : .....

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa;

Pada hari ini ....., tanggal ....., Pukul .....

telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya

Anak ke : ..... Usia gestasi: .....

Berat lahir : .... gr, Panjang Badan : .... cm, Lingkar Kepala: .... cm  
di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/di

Alamat : .....

Diberi nama : .....

Dari Orang Tua;

Nama Ibu : ..... Umur : ..... tahun

NIK : .....

Nama Ayah : .....

NIK : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Kecamatan : .....

Kab/Kota : .....

....., Tanggal, .....

Saksi I

Saksi II

Penolong persalinan

( ..... ) ( ..... ) ( ..... )





# MENYAMBUT PERSALINAN

(Agar Aman dan Selamat)

Saya :  
Alamat :  
Memberikan kepercayaan kepada nama-nama ini untuk membantu persalinan saya agar aman dan selamat, yang diperkirakan pada, Bulan: Tahun: Penolong persalinan:

1. Dokter/Bidan:  
2. Dokter/Bidan:

Untuk Dana Persalinan, disiapkan sendiri/ditanggung JKN/JAMPERSAL dibantu oleh:

Untuk kendaraan/ambulan desa oleh:

1. HP  
2. HP  
3. HP

Metode kontrasepsi setelah melahirkan yang dipilih:

Untuk sumbangan darah (golongan darah: ..... rhesus: .....) dibantu oleh:

1. HP  
2. HP  
3. HP  
4. HP

Bersedia dirujuk jika memiliki faktor risiko/ komplikasi/ kegawatdaruratan

..... 20

Persetujuan,  
Ibu Hamil  
Suami/ Orang Tua/ Keluarga

(  
(  
Bidan/Dokter

( )

## Mengesahkan:

Fasilitas Kesehatan:

ttd, stempel

( )



Nama Dokter :  
Faskes :

## EVALUASI KESEHATAN IBU HAMIL

Status Imunisasi TT

| TT | ke-        | selang waktu | perlindungan |
|----|------------|--------------|--------------|
| 1  | awal       |              |              |
| 2  | 1 bulan    |              |              |
| 3  | 3 tahun    |              |              |
| 4  | 6 bulan    |              |              |
| 5  | 12 bulan   |              |              |
| 5  | > 25 tahun |              |              |

Kesimpulan: Status imunisasi

Riwayat Perilaku Berisiko 1 Bulan sebelum hamil

| merokok | pola makan  | aktivitas fisik |
|---------|-------------|-----------------|
| alkohol | Obat-obatan | kosmetik        |

Lingkari pilihan yang sesuai

Lain-lain, jelaskan

Riwayat Kehamilan dan Persalinan (termasuk keguguran, kembar, dan Lahir Mati)

Lingkari pilihan yang sesuai

| Hipertensi | Asma | TB | Jantung | Tyroid | Alergi | Jiwa | Autoimun | Diabetes | Lainnya: |
|------------|------|----|---------|--------|--------|------|----------|----------|----------|
|            |      |    |         |        |        |      |          |          |          |

Riwayat Kesehatan Ibu Sekarang

| TB   | BB | Lila |
|------|----|------|
| cm   | kg | cm   |
| IMT% |    |      |

Tanggal periksa :

Kondisi Kesehatan Ibu

Status Imunisasi TT

Lain-lain, jelaskan

Riwayat Penyakit Keluarga

| Hipertensi | Diabetes       | Sesak Nafas |
|------------|----------------|-------------|
| Jantung    | TB             | Alergi      |
| Jiwa       | Kelainan Darah | Hepatitis B |

Lingkari pilihan yang sesuai

Pemeriksaan Khusus

| Inspeksi/Inspeku | Vulva  | Uretra | Vagina | Flukus +/- | Porsio | Fluor +/- | tidak normal |
|------------------|--------|--------|--------|------------|--------|-----------|--------------|
| normal           | normal | normal | normal | normal     | normal | normal    | tidak normal |

## KETERANGAN LAHIR

No : .....

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa;

Pada hari ini ....., tanggal ....., Pukul .....

telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya

Anak ke : ..... Usia gestasi: .....

Berat lahir : .... gr, Panjang Badan : .... cm, Lingkar Kepala: .... cm  
di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/di

Alamat : .....

Diberi nama :

Dari Orang Tua;

Nama Ibu : ..... Umur : ..... tahun

NIK : .....

Nama Ayah : .....

NIK : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Kecamatan : .....

Kab/Kota : .....

....., Tanggal, .....

Saksi I

Saksi II

Penolong persalinan

( ..... ) ( ..... ) ( ..... )



Pemeriksaan Dokter Trimester 1 (Usia kehamilan <12 minggu)

(Konsep : Anamnesa dan pemeriksaan dokter umum mengenai risiko kehamilan saat ini normal/ kehamilan berkomplikasi)

Pemeriksaan Fisik

Kadaan umum: .....

|             |         |              |
|-------------|---------|--------------|
| Konjunktiva | normal  | tidak        |
| Sklera      | normal  | tidak normal |
| Kulit       | normal  | tidak normal |
| Leher       | normal  | tidak normal |
| Gigi mulut  | normal  | tidak normal |
| THT         | normal  | tidak normal |
| Dada        | Jantung | tidak normal |
|             | Paru    | tidak normal |
| Perut       | normal  | tidak normal |
| Tungkai     | normal  | tidak normal |

USG Trimester I

HPHT : ....., Kehamilan ..... minggu

|                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| GS (Gestational Sac)       | cm                           |
| CRL (Crown-rump Length)    | cm                           |
| DJL (Denyut Jantung Janin) | dpm                          |
| Sesuai usia kehamilan      | minggu                       |
| Letak janin                | intrauterin/<br>ekstrauterin |
| Taksiran Persalinan        |                              |

Pemeriksaan laboratorium ( tanggal ..... / ..... / 20 .... )

Hasil USG

| Pemeriksaan             | Hasil | Rencana Tindak Lanjut |
|-------------------------|-------|-----------------------|
| Hemoglobin              | gr/dL |                       |
| Colongan darah & Rhesus |       |                       |
| Gula darah sewaktu      | mg/dL |                       |
| PPIA                    |       |                       |
| H                       | R/NR  |                       |
| S                       | R/NR  |                       |
| Hepatitis B             | R/NR  |                       |
| Lain-lain               |       |                       |

Kesimpulan : .....

(ANC dapat dilakukan di FKTP atau rujuk ke FKRTL)

RIWAYAT KELAHIRAN

□ Riwayat persalinan:

• G.... P.... A.....

• Tanggal lahir: ....., ....., ..... Jam: .....

• Cara persalinan:

a. Spontan ☐, Sungsang ☐

b. Dengan tindakan: Ekstraksi vakum ☐, Ekstraksi forseps ☐, SC ☐

• Penolong persalinan: Dokter spesialis ☐, Dokter ☐, Bidan ☐

CAP KAKI BAYI



PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur <2 bulan

| 0 - 6 jam                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 6 - 48 jam (KN1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3 - 7 hari (KN2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 8 - 28 hari (KN3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kondisi:<br><br>BB: gr<br>PB: cm<br>LK: cm<br><br>Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input type="checkbox"/><br>Vit K1 <input type="checkbox"/><br>Salep/Tetes Mata <input type="checkbox"/><br>Imunisasi HB Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:<br><br>Masalah:<br><br>Dirujuk ke:**<br><br>Nama jelas petugas: | Menyusu <input type="checkbox"/><br>Tali Pusat <input type="checkbox"/><br>Vit K1* <input type="checkbox"/><br>Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/><br>Imunisasi HB* <input type="checkbox"/><br>Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: BB: gr PB: cm LK: cm<br><br>Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/><br>*Bila belum diberikan<br><br>Masalah:<br><br>Dirujuk ke:**<br><br>Nama jelas petugas: | Menyusu <input type="checkbox"/><br>Tali Pusat <input type="checkbox"/><br>Tanda bahaya <input type="checkbox"/><br>Identifikasi kuning <input type="checkbox"/><br>Imunisasi HB* <input type="checkbox"/><br>Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:<br><br>Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/><br>*Bila belum diberikan<br><br>Masalah:<br><br>Dirujuk ke:**<br><br>Nama jelas petugas: | Menyusu <input type="checkbox"/><br>Tali Pusat <input type="checkbox"/><br>Tanda bahaya <input type="checkbox"/><br>Identifikasi kuning <input type="checkbox"/><br><div></div><br>** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.<br><br>Masalah:<br><br>Dirujuk ke:**<br><br>Nama jelas petugas: |

\* Catatan penting:  
.....  
.....  
.....

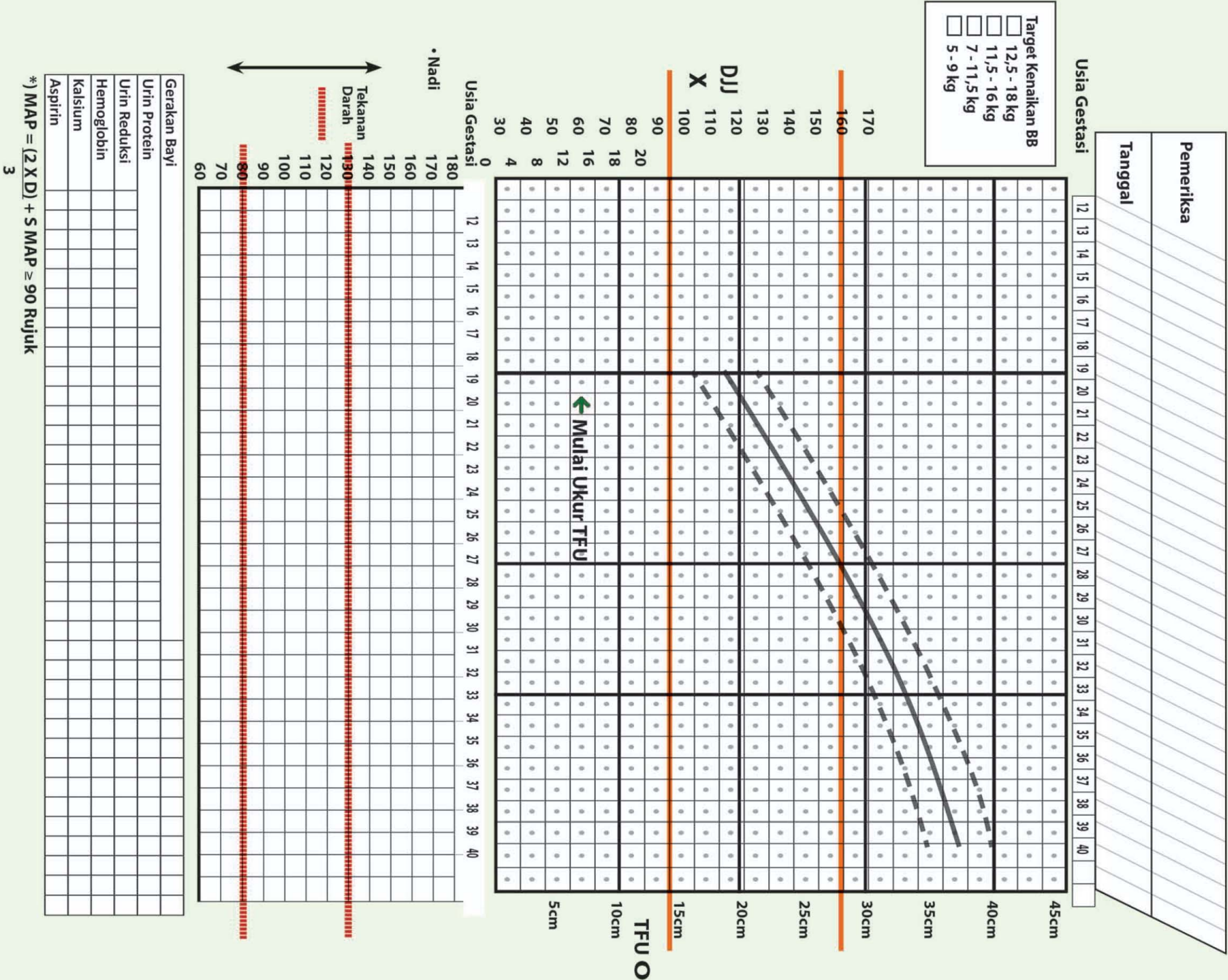
Nama tenaga kesehatan:  
.....

\*\* Beri tanda strip (-) jika tidak ada masalah/ tidak dirujuk

PELAYANAN KEHAMILAN

Diisi oleh Bidan atau Perawat

GRAFIK EVALUASI KEHAMILAN





| UMUR                                        | BULAN                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
|                                             | 0                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 12 | 18 | 24 | 30 | 36 |
| Jenis Vaksin                                | Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Hepatitis B (< 24 jam)<br>No Batch:         |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| BCG<br>No Batch:                            |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Polio tetes 1<br>No Batch:                  |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| DPT-HB-Hib 1<br>No Batch:                   |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Polio tetes 2<br>No Batch:                  |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| DPT-HB-Hib 2<br>No Batch:                   |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Polio tetes 3<br>No Batch:                  |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| DPT-HB-Hib 3<br>No Batch:                   |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Polio tetes 4<br>No Batch:                  |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Polio suntik (IPV)<br>No Batch:             |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Campak – Rubella (MR)<br>No Batch:          |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| DPT-Hib-HB lanjutan<br>No Batch:            |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Campak – Rubella (MR) lanjutan<br>No Batch: |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |

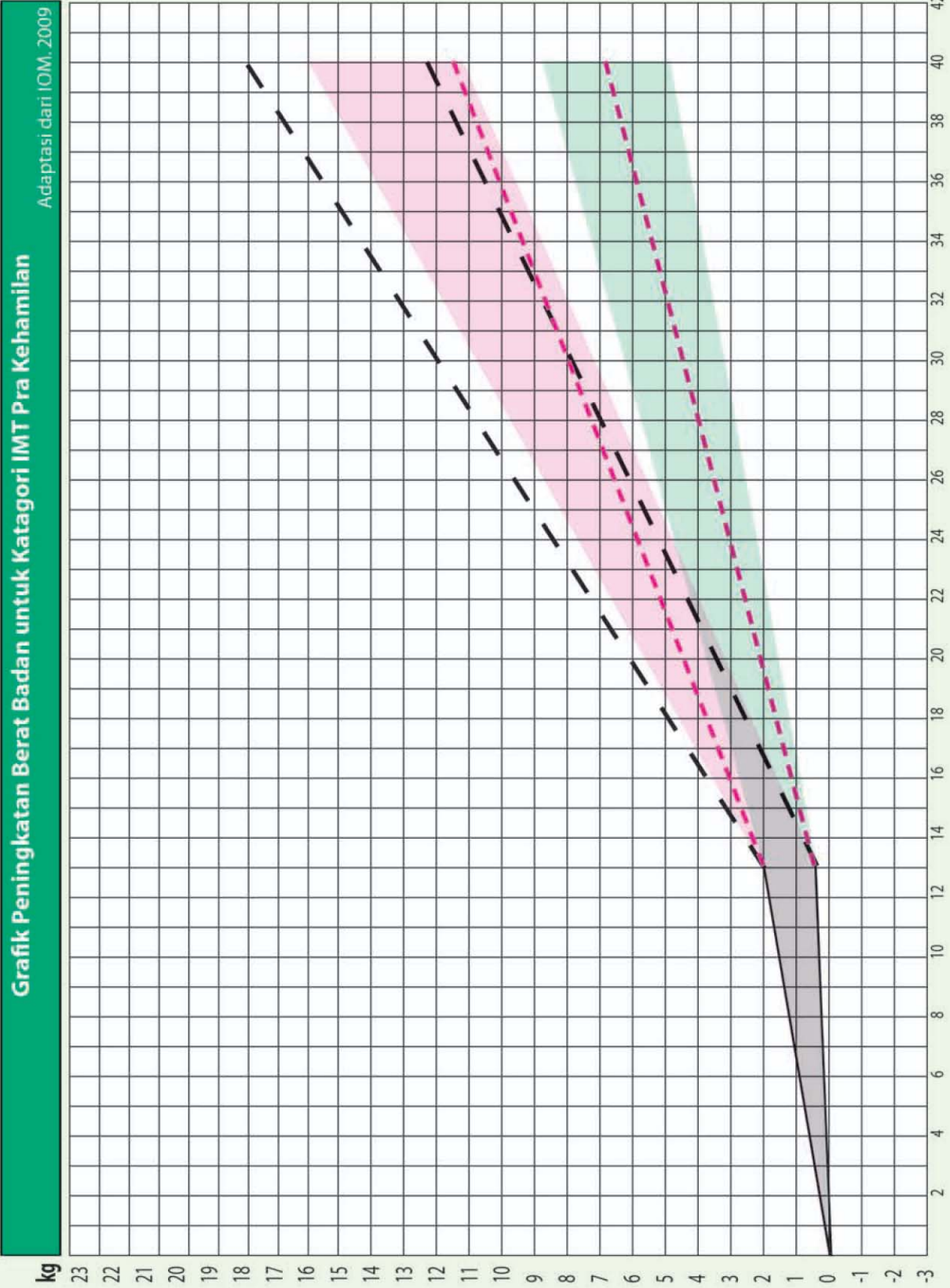
**Keterangan:**

- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar

PELAYANAN KEHAMILAN

Diisi oleh Bidan atau Perawat

GRAFIK Peningkatan Berat Badan



MINGGU KEHAMILAN

| Tanda | BB Pra-<br>Kehamilan | IMT Pra-<br>Kehamilan | Rekomendasi Peningkatan<br>Berat Badan |
|-------|----------------------|-----------------------|----------------------------------------|
| ---   |                      | <18,5                 | 12,5 - 18 kg                           |
| ---   |                      | 10,5 - 24,9           | 11,5 - 16kg                            |
| ---   |                      | 25,0 - 29,9           | 7 - 11,5 kg                            |
| ---   |                      | ≥30                   | 5 - 9 kg                               |



Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu

| Kriteria                                                                                                       | Risiko sedang | Risiko tinggi |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Anamnesis                                                                                                      |               |               |
| Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru                                                                  |               |               |
| Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu:                                                                |               |               |
| bayi tabung, obat induksi ovulasi                                                                              |               |               |
| Umur $\geq 35$ tahun                                                                                           |               |               |
| Nullipara                                                                                                      |               |               |
| Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun                                                           |               |               |
| Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan                                                           |               |               |
| Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m <sup>2</sup> )                                                           |               |               |
| Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya                                                               |               |               |
| Kehamilan multiple                                                                                             |               |               |
| Diabetes dalam kehamilan                                                                                       |               |               |
| Hipertensi kronik                                                                                              |               |               |
| Penyakit ginjal                                                                                                |               |               |
| Penyakit autoimun, SLE                                                                                         |               |               |
| Anti phospholipid syndrome*                                                                                    |               |               |
| Pemeriksaan Fisik                                                                                              |               |               |
| Mean Arterial Pressure > 90 mmHg **                                                                            |               |               |
| Proteinuria (urin celup > +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)     |               |               |
| Keterangan Sistem Skoring:                                                                                     |               |               |
| Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya                                                          |               |               |
| • 2 risiko sedang  dan atau, |               |               |
| • 1 risiko tinggi            |               |               |
| * Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature                           |               |               |
| ** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC                                                                      |               |               |

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : .....

Bilamana ibu berisiko preeklamsi maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.

Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inputu)

Dokter Pemeriksa,

(.....)

PELAYANAN IMUNISASI

| UMUR                                   | BULAN                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
|----------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--|
|                                        | 0                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 18 | 2+ |  |
| Jenis Vaksin                           | Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
| *PCV 1<br>No Batch:                    |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
| *PCV 2<br>No Batch:                    |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
| *Japanese<br>Encephalitis<br>No Batch: |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
| *PCV 3<br>No Batch:                    |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
|                                        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
|                                        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
|                                        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
|                                        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
|                                        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |
|                                        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |  |

\* imunisasi PCV dan JE baru diberikan di beberapa provinsi/ kab/kota percontohan



**Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu**

| Kriteria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Risiko sedang | Risiko tinggi |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Anamnesis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |               |
| Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |               |
| Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |
| Umur $\geq$ 35 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |               |
| Nullipara                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |               |
| Multipara yang jarak kehamilannya $> 10$ tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |               |
| Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |               |
| Obesitas sebelum hamil ( $IMT > 30 \text{ kg/m}^2$ )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |               |
| Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |               |
| Kehamilan multiple                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |               |
| Diabetes dalam kehamilan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |               |
| Hipertensi kronik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |
| Penyakit ginjal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |               |
| Penyakit autoimun, SLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |               |
| Anti phospholipid syndrome*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |
| Periksaan Fisik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |               |
| Mean Arterial Pressure $> 90 \text{ mmHg}$ **                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |               |
| Proteinuria (urin celup $> +1$ pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif $300 \text{ mg/24 jam}$ )                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |               |
| Keterangan Sistem Skoring:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |
| ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 risiko sedang <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> dan atau,</li> <li>• 1 risiko tinggi <span style="background-color: red; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span></li> </ul> |               |               |
| ** Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature<br>MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |               |

*Centang pilihan yang sesuai*

: Kesimpulan

Bilamana ibu berisiko preeklamsi maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.

Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi di atas (tidak perlu menunggu inputu)

Dokter Pemeriksa,

[illegible]

\* imunisasi PCV dan JE baru diberikan di beberapa provinsi/ kab/kota percontohan







## RINGKASAN PELAYANAN KESEHATAN DOKTER SPESIALIS

Tenaga kesehatan melakukan skrining perkembangan dan tatalaksana segera sesuai Pedoman Pelaksanaan SDIDTK



## PMBA, VIT A & OBAT CACING

| UMUR        | Nasihat Pemberian Makan bagi Anak oleh Tenaga Kesehatan/ Tenaga Terlatih |             |             |             |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
|             | Nasihat/ isi pesan                                                       | Tgl/Bln/Thn | Tgl/Bln/Thn | Tgl/Bln/Thn |
| 0-6 bulan   | IMD<br>ASI Eksklusif                                                     |             |             |             |
| 6-11 bulan  |                                                                          |             |             |             |
| 12-23 bulan |                                                                          |             |             |             |
| 2-3 tahun   |                                                                          |             |             |             |
| 3-4 tahun   |                                                                          |             |             |             |
| 4-5 tahun   |                                                                          |             |             |             |
| 5-6 tahun   |                                                                          |             |             |             |

| Umur         | Kapsul Vitamin A                  |                                    |         | Obat Cacing |
|--------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------|-------------|
|              | VIT A KAPSUL BIRU<br>(100.000 IU) | VIT A KAPSUL MERAH<br>(200.000 IU) |         |             |
|              | Februari atau<br>Agustus          | Februari                           | Agustus |             |
| 6 – 11 bulan |                                   |                                    |         |             |
| 1– 2 tahun   |                                   |                                    |         |             |
| 2 – 3 tahun  |                                   |                                    |         |             |
| 3 – 4 tahun  |                                   |                                    |         |             |
| 4 – 5 tahun  |                                   |                                    |         |             |

• Ket: Kolom yang diisi: Tanggal, Bulan, dan Tahun pemberian

|                    |                                |                                     |
|--------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Tanggal<br>Kembali | Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan | Tanggal<br>Periksa,<br>dan<br>Paraf |
|                    |                                |                                     |



Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : .....  
Umur kehamilan : ..... Minggu  
Spog/ Dokter umum/ Bidan : .....  
Cara persalinan : Normal/Tindakan .....  
Kondisi ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Dermam/Kejang/ .....  
Lokhia berbau/lain-lain .....  
Keterangan tambahan : .....  
\* Lingkar yang sesuai

Bayi Saat Lahir

Anak ke : .....  
Berat Lahir : ..... gram  
Panjang Badan : ..... cm  
Lingkar Kepala : ..... cm  
Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan/tidak bisa ditentukan\*

Kondisi bayi saat lahir\*\*:

- [ ] Segera menangis [ ] Anggota gerak kebiruan  
[ ] Menangis beberapa saat [ ] Seluruh tubuh biru  
[ ] Tidak menangis [ ] Kelainan bawaan: .....

- [ ] Seluruh tubuh kemerahan [ ] Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir\*\*:

- [ ] Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi  
[ ] Suntikan Vitamin K1  
[ ] Salep mata antibiotika profilaksis  
[ ] Imunisasi HB0

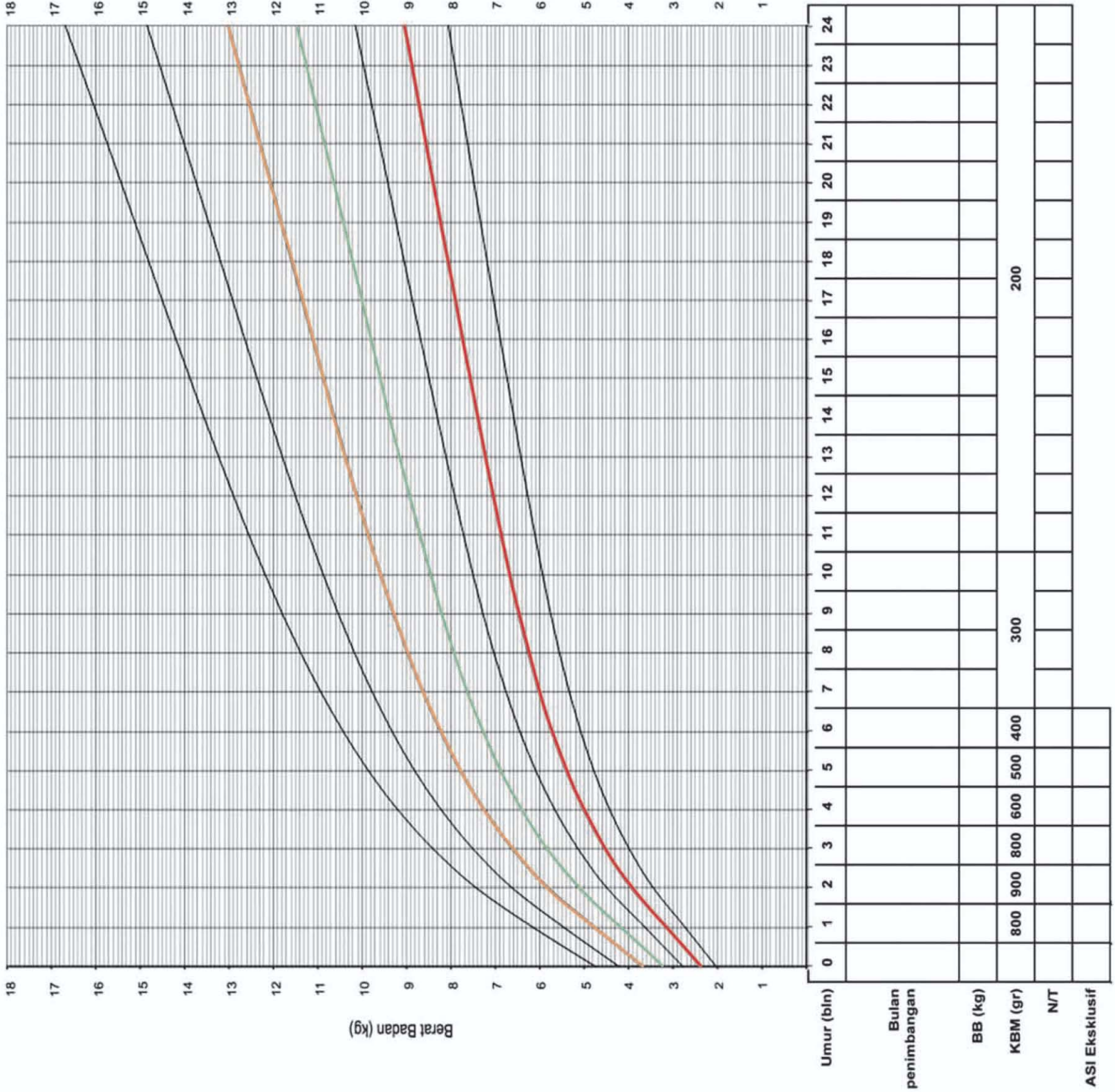
Keterangan tambahan: .....  
\* Lingkar yang sesuai  
\*\* Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai



**KMS**  
KARTU MENUJU SEHAT  
Untuk Perempuan

Nama Anak : .....  
Nama Posyandu : .....

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan  
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



NAIK (N)

Grafik BB/U mengikuti garis pertumbuhan atau  
Kenaikan BB sama dengan KBM  
(Kenaikan Berat Badan Minimal) atau lebih

TIDAK NAIK (T)

Grafik BB/U mendatar atau menurun  
memotong garis pertumbuhan dibawahnya  
atau  
Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk Bila Berat Badan Anak Tidak Naik (T) atau Dibawah Garis Merah atau Diatas Garis Oranye

Kader kesehatan melakukan plotting hasil penimbangan, penyuluhan kepada ibu dan rujukan ke petugas kesehatan  
Tenaga kesehatan memastikan plotting hasil penimbangan dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak



| Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF) | RESUME   |           |                                 |  |
|------------------------------------|----------|-----------|---------------------------------|--|
| Kunjungan Nifas 1 (KF1)            | Masalah: | Tindakan: | Faskes:<br>Tgl:<br>(6-48 jam)   |  |
| Kunjungan Nifas 2 (KF2)            | Masalah: | Tindakan: | Faskes:<br>Tgl:<br>(3-7 hari)   |  |
| Kunjungan Nifas 3 (KF3)            | Masalah: | Tindakan: | Faskes:<br>Tgl:<br>(8-28 hari)  |  |
| Kunjungan Nifas 4 (KF4)            | Masalah: | Tindakan: | Faskes:<br>Tgl:<br>(29-42 hari) |  |

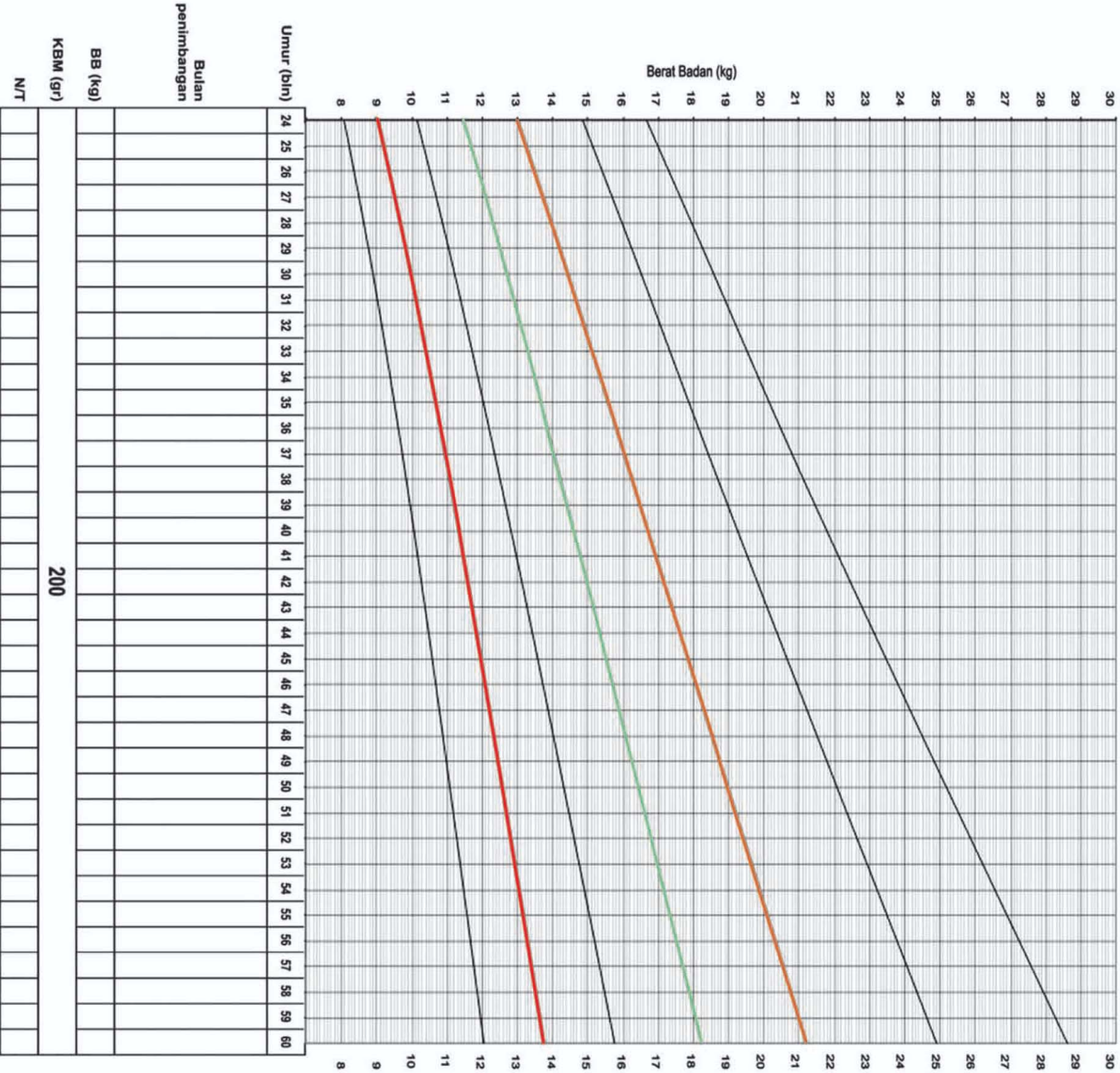
**Kesimpulan Akhir Nifas**  
Kedaaan Ibu\*\*:  
[ ] Sehat  
[ ] Sakit  
[ ] Meninggal  
**Komplikasi Nifas\*\*:**  
[ ] Perdarahan  
[ ] Infeksi  
[ ] Hipertensi  
[ ] Lain-lain: Sebutkan  
Pastikan bayi mendapat pelayanan kesehatan neonatal (KN) dan catat hasil pemeriksaan pada lembar anak  
Kesimpulan: .....

**Kedaaan Bayi\*\*:**  
[ ] Sehat  
[ ] Sakit  
[ ] Kelainan Bawaan: .....  
\*\*  
Beri tanda [ √ ] pada kolom yang sesuai



Nama Anak : .....  
Nama Posyandu : .....

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan  
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



**NAIK (N)**  
Grafik BB/U mengikuti garis pertumbuhan atau Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan Berat Badan Minimal) atau lebih

**TIDAK NAIK (T)**  
Grafik BB/U mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk Bila Berat Badan Anak Tidak Naik (T) atau Dibawah Garis Merah atau Diatas Garis Oranye

Kader kesehatan melakukan plotting hasil penimbangan, penyuluhan kepada ibu dan rujukan ke petugas kesehatan  
Tenaga kesehatan memastikan plotting hasil penimbangan dan menataksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak



**RUJUKAN**  
Resume hasil pemeriksaan dan tatalaksana yang telah dilakukan di FKTP, diagnosis akhir alasan dan alasan dirujuk ke FKRTL:

**Umpa balik rujukan**  
Tanggal/ bulan/ tahun :  
Diagnosis akhir :  
Resume (hasil pemeriksaan dan tatalaksana di FKRTL):

Anjuran :  
Rekomendasi tempat persalinan: FKTP/ FKRTL (coret salah satu)

**RUJUKAN**  
Resume hasil pemeriksaan dan tatalaksana yang telah dilakukan di FKTP, diagnosis akhir alasan dan alasan dirujuk ke FKRTL:

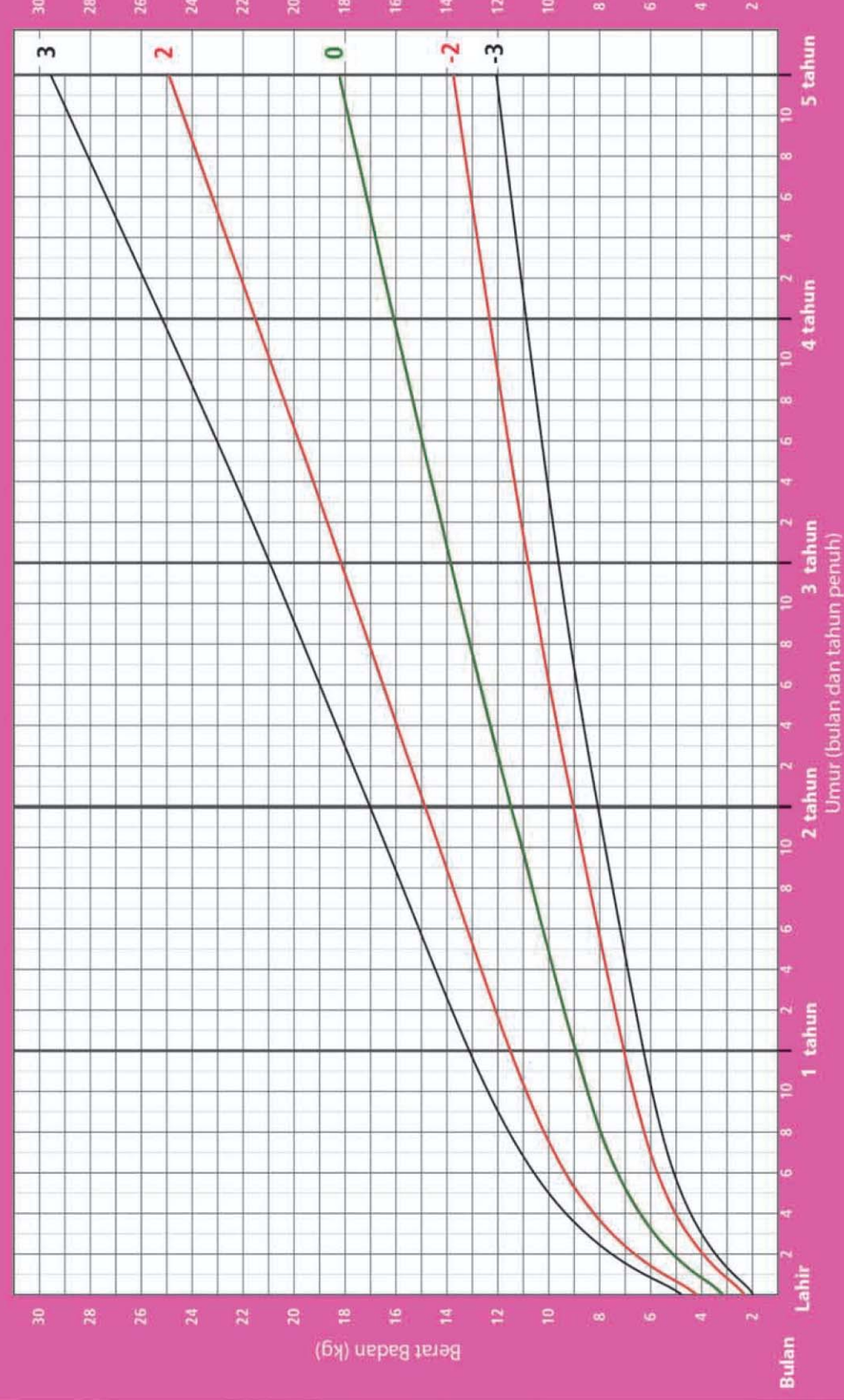
**Umpa balik rujukan**  
Tanggal/ bulan/ tahun :  
Diagnosis akhir :  
Resume (hasil pemeriksaan dan tatalaksana di FKRTL):

Anjuran :  
Rekomendasi tempat persalinan: FKTP/ FKRTL (coret salah satu)

## Grafik Berat Badan Menurut Umur Anak Perempuan

0-5 tahun

DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN



Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur





Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

Orangtua, kader kesehatan memantau anak sesuai pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

## IBU HAMIL

- Pastikan ibu hamil mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang meliputi:
- 3 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu)
  - 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 24 minggu)
  - 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu)

Segera ke dokter atau bidan jika terlambat datang bulan. Periksa kehamilan minimal 6 kali selama kehamilan dan minimal 2 x pemeriksaan oleh dokter pada trimester 1 dan 3:

1. Timbang berat badan dan ukur Tinggi Badan



- Tinggi badan ibu untuk menentukan status gizi
- Minimal BB ibu naik sebanyak 9 Kg atau 1 Kg setiap bulannya

2. Ukur Tekanan Darah



- Tekanan Darah > 140/90 mmHg (Hipertensi)

3. Nilai Status Gizi (ukur Lengan Atas /LILA)



- LILA < 23,5 cm, risiko KEK (Kurang Energi Kronis)

4. Ukur Tinggi Fundus Uteri/tinggi Rahim



- Untuk melihat kelainan letak janin, atau masalah lain

5. Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)



6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus bila diperlukan



7. Beri Tablet Tambah Darah

- Ibu mendapatkan minimal 90 tablet selama kehamilan
- Tes / Periksa laboratorium: pemeriksaan laboratorium



9. Tata laksana/penanganan kasus

- Apabila ditemukan masalah, segera ditangani atau dirujuk
- Dilakukan pada saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan





## IKUTI KELAS IBU HAMIL



Dengan mengikuti kelas ibu hamil akan diperoleh informasi tentang kehamilan, persalinan, perawatan masa nifas, perawatan bayi baru lahir, kebutuhan dan pemenuhan gizi serta pelayanan kesehatan yang diterima. Ibu harus mengikuti kelas ibu hamil dan minimal 1 kali diikuti oleh suami.

Tanyakan pada petugas kesehatan jadwal dan tempat pelaksanaan Kelas Ibu

## Grafik Berat Badan Menurut Panjang Badan/Tinggi Badan Anak Perempuan

0-5 tahun

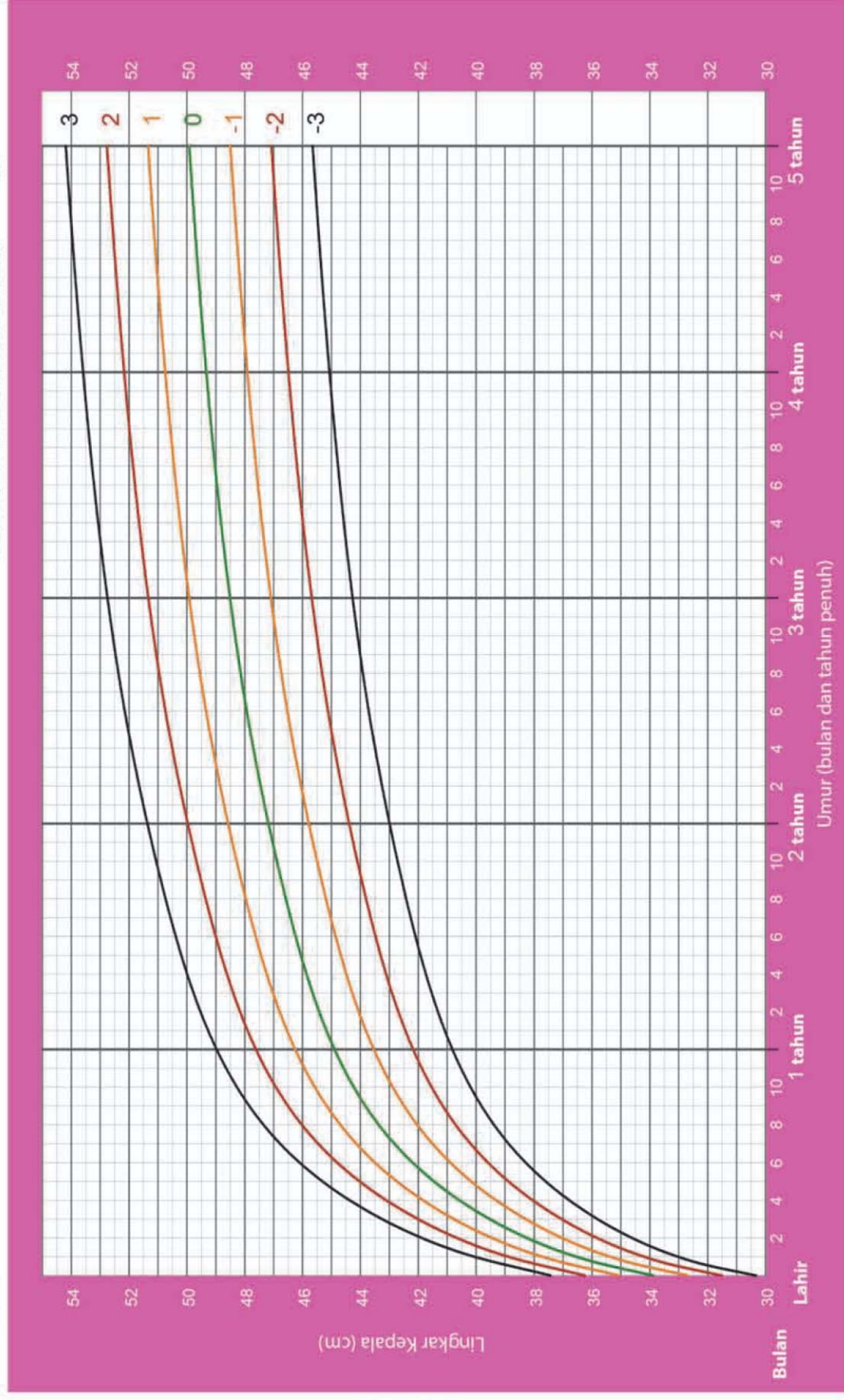
DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN



Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur





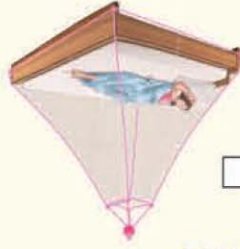
Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SIDIATK

Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

## PERAWATAN SEHARI-HARI IBU HAMIL

## 2. ISTIRAHAT YANG CUKUP:

1. Makan beragam makanan secara proporsional dengan pola gizi seimbang dan 1 porsi lebih banyak daripada sebelum hamil.



- Siang hari usahakan tidur atau berbaring telentang 1 – 2 jam

4. Bersama suami lakukan stimulasi jalan dengan cara sering herbicara

- janin dengan cara, sering berbicara dengan janin, dan sering melakukan sentuhan pada perut ibu



- Cuci tangan dengan sabun dan menggunakan air bersih mengalir

### 3. MENJAGA KEBERSIHAN DIRI:

- Minum TTD (Tablet  
Tambah Darah) satu  
tablet setiap hari  
selama kehamilannya.



- mandi dan gosok gigi 2 kali sehari

- Kemas / cuci  
rambut 2 hari  
sekali



- Jaga kebersihan payudara dan daerah kemaluan

- Ganti pakaian dan pakaian dalam setiap hari
- Periksa gigi



- Periksa gigi!

**YANG HARUS DIHINDARI IBU SELAMA HAMIL**

5. Hubungan suami istri selama hamil boleh dilakukan, selama kehamilan sehat.



- sehat.



Stress  
berlebihan

amil minimum  
tanpa resep  
dokter

Tidur terlewat  
> 10 menit pada  
masa hamil tua  
untuk menghindari  
kekurangan oksigen  
pada janin



Kerja berat



Minum minuman  
bersoda, beralkohol  
dan jamu



Merokok atau  
terpapar asap  
rokok



PORSI MAKAN DAN MINUM IBU HAMIL UNTUK KEBUTUHAN SEHARI

| Keterangan                                                                                                                                                                           |                               |                                                        |                                                        |                               |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Bahan Makanan                                                                                                                                                                        | Nasi atau Makanan Pokok       | Protein hewani seperti: ikan, telur, ayam, dan lainnya | Protein nabati seperti: tahu, tempe, tahu, dan lainnya | Sayur-sayuran                 | Buah-buahan                   |
| Ibu Hamil trimester 1                                                                                                                                                                | 5 porsi                       | 4 porsi                                                | 4 porsi                                                | 4 porsi                       | 4 porsi                       |
| Ibu Hamil trimester 2 dan 3                                                                                                                                                          | 6 porsi                       | 4 porsi                                                | 4 porsi                                                | 4 porsi                       | 4 porsi                       |
| Minum Air Putih: 8 - 12 gelas per hari                                                                                                                                               |                               |                                                        |                                                        |                               |                               |
| Gula                                                                                                                                                                                 | 2 porsi                       | 2 porsi                                                | 2 porsi                                                | 2 porsi                       | 2 porsi                       |
| Minyak/lemak                                                                                                                                                                         | 5 porsi                       | 5 porsi                                                | 5 porsi                                                | 5 porsi                       | 5 porsi                       |
| Minyak/lemak yang termasuk santan yang digunakan dalam pengolahan, makanan digoreng, ditumis atau dimasak dengan santan                                                              | 5 porsi                       | 5 porsi                                                | 5 porsi                                                | 5 porsi                       | 5 porsi                       |
| Minyak/lemak yang termasuk santan yang digunakan dalam pengolahan, menumis, menggoreng, menumis, santan, kemiri, mentega dan sumber lemak lainnya                                    | 5 porsi                       | 5 porsi                                                | 5 porsi                                                | 5 porsi                       | 5 porsi                       |
| 1 sendok teh, bersumber dari pengolahan makanan seperti 1 sendok teh, bersumber dari kue manis, minum teh manis makan bersumber dari kue-kue manis, minum teh manis dan lain-lainnya | 1 porsi = 10 gr atau 1 sendok | 1 porsi = 10 gr atau 1 sendok                          | 1 porsi = 10 gr atau 1 sendok                          | 1 porsi = 10 gr atau 1 sendok | 1 porsi = 10 gr atau 1 sendok |

Catatan:

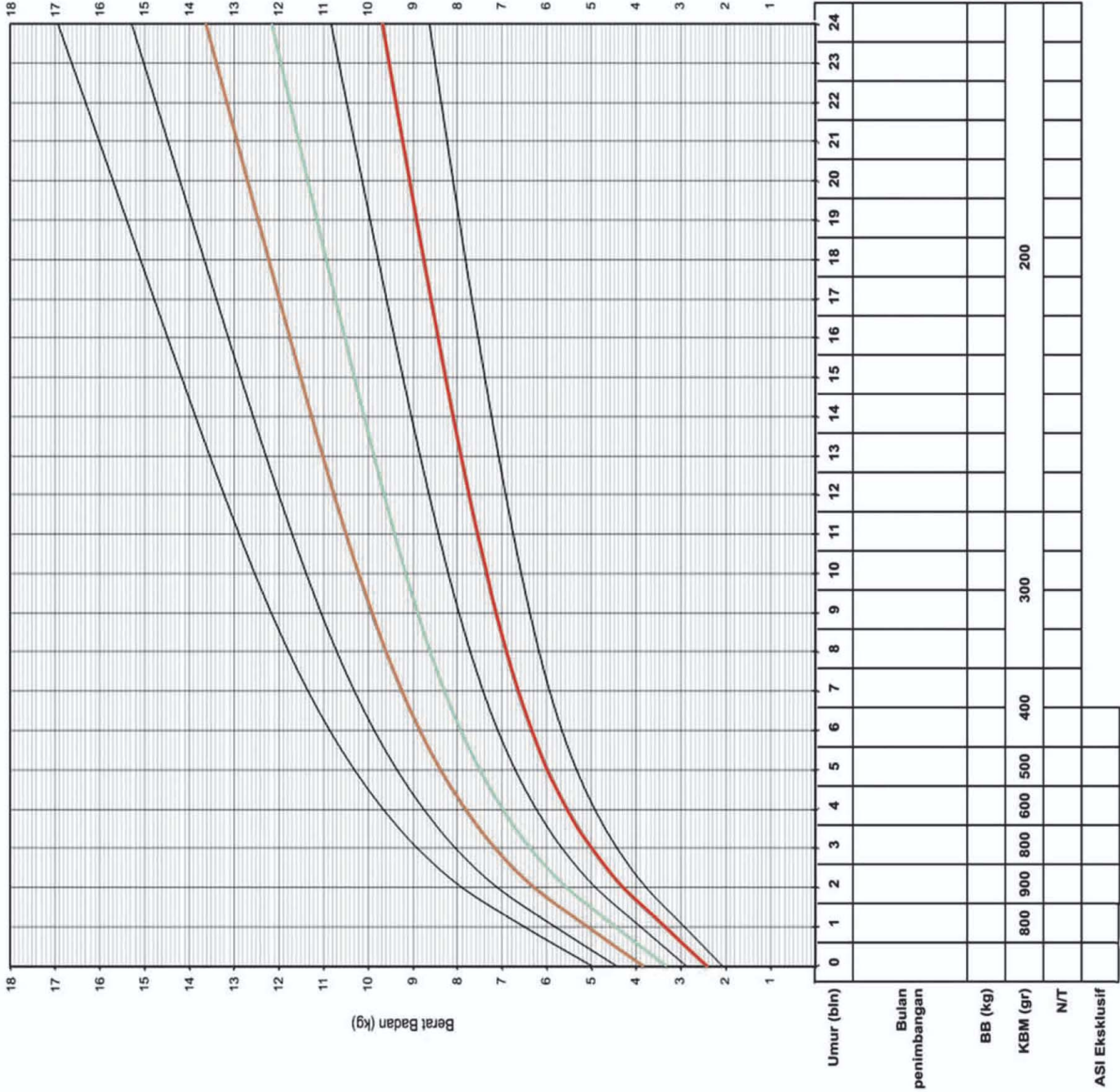
Konsultasikan porsi makan kepada tenaga kesehatan, perhatikan indeks massa tubuh



**KMS**  
KARTU MENUJU SEHAT  
Untuk Laki-Laki

Nama Anak : .....  
Nama Posyandu : .....

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan  
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



**NAIK (N)**  
Grafik BB/U mengikuti garis pertumbuhan atau Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan Berat Badan Minimal) atau lebih

**TIDAK NAIK (T)**  
Grafik BB/U mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk Bila Berat Badan Anak Tidak Naik (T) atau Dibawah Garis Merah atau Diatas Garis Oranye

Kader kesehatan melakukan plotting hasil penimbangan, penyuluhan kepada ibu dan rujukan ke petugas kesehatan  
Tenaga kesehatan memastikan plotting hasil penimbangan dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak



Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik

- Ibu hamil yang sehat dapat melakukan Manfaat aktivitas fisik dan latihan fisik bagi

- Ibu hamil yang sehat dapat melakukan aktivitas fisik sehari-hari dengan memperhatikan kondisi Ibu dan keamanan janin yang dikandungnya.
- Suami membantu istrinya yang sedang hamil untuk melakukan pekerjaan sehari-hari.
- Aktivitas fisik dilakukan 30 menit dengan intensitas ringan sampai sedang dan menghindari gerakan-gerakan yang membahayakan seperti mengangkat benda-benda berat, jongkok lebih dari 90 derajat, mengejan
- Mengikuti senam ibu hamil sesuai anjuran petugas kesehatan



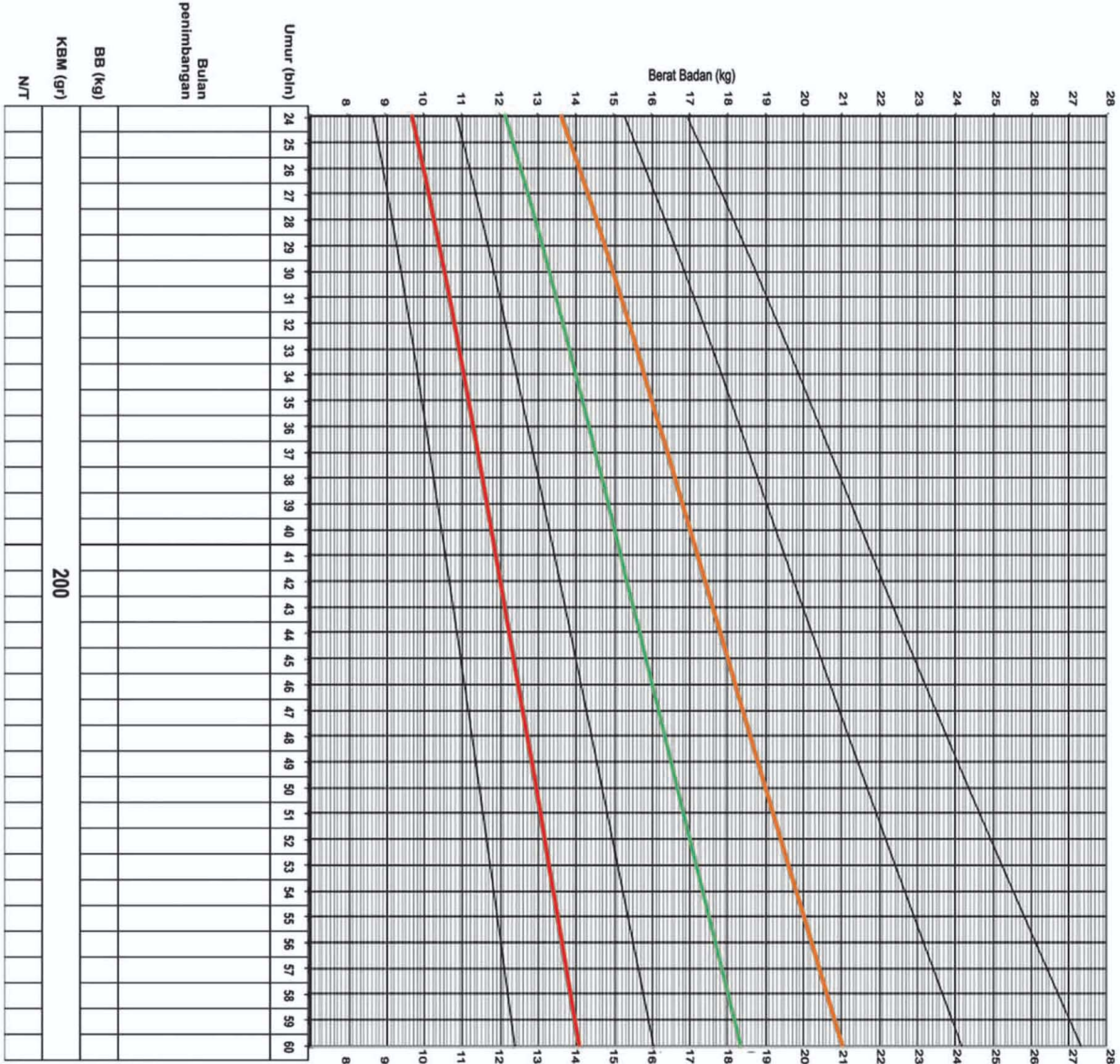
- Jenis latihan fisik yang diperbolehkan menurut usia kehamilannya:
- Trimester 1 (0-12 minggu): pemanasan/ + stretching, aerobic, kegel exercise, pendinginan/ + stretching
  - Trimester II (13-28 minggu): pemanasan/ + stretching, aerobic, kegel exercise, senam hamil, pendinginan/ + stretching
  - Trimester III (29-40 minggu): pemanasan/ + stretching, kegel exercise, senam hamil/ + stretching



Nama Anak : .....

Nama Posyandu : .....

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan  
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



**NAIK (N)**

Grafik BB/U mengikuti garis pertumbuhan atau kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan Berat Badan Minimal) atau lebih

**TIDAK NAIK (T)**

Grafik BB/U mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau kenaikan BB kurang dari KBM

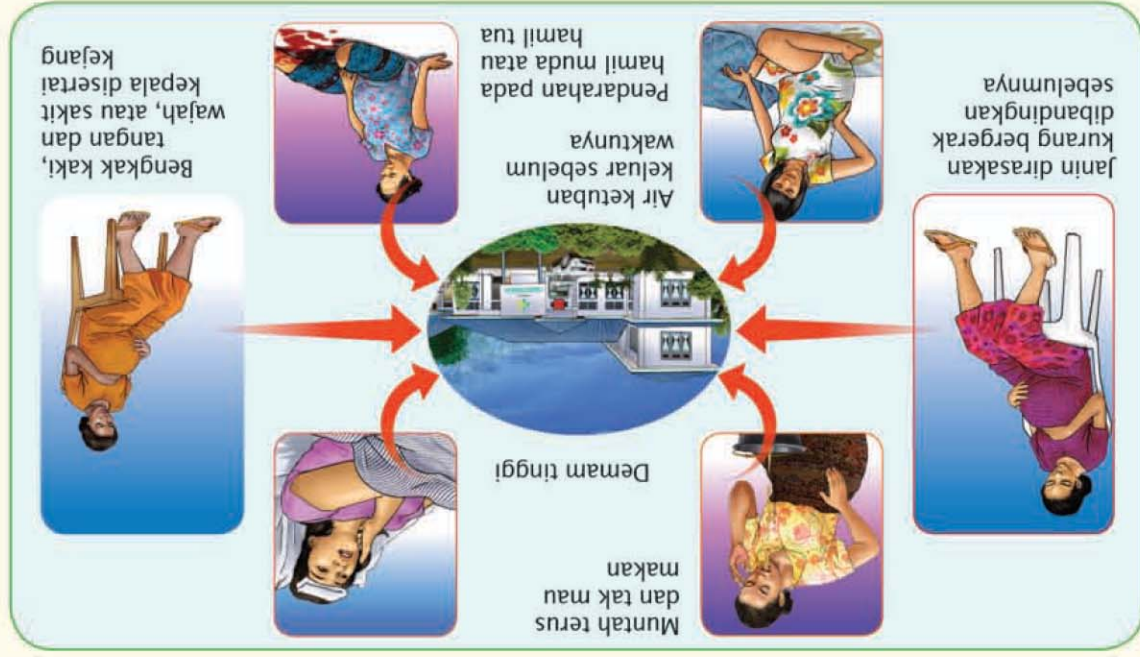
Rujuk Bila Berat Badan Anak Tidak Naik (T) atau Dibawah Garis Merah atau Diatas Garis Oranye

Kader kesehatan melakukan plotting hasil penimbangan, penyuluhan kepada ibu dan rujukan ke petugas kesehatan  
Tenaga kesehatan memastikan plotting hasil penimbangan dan menataksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak



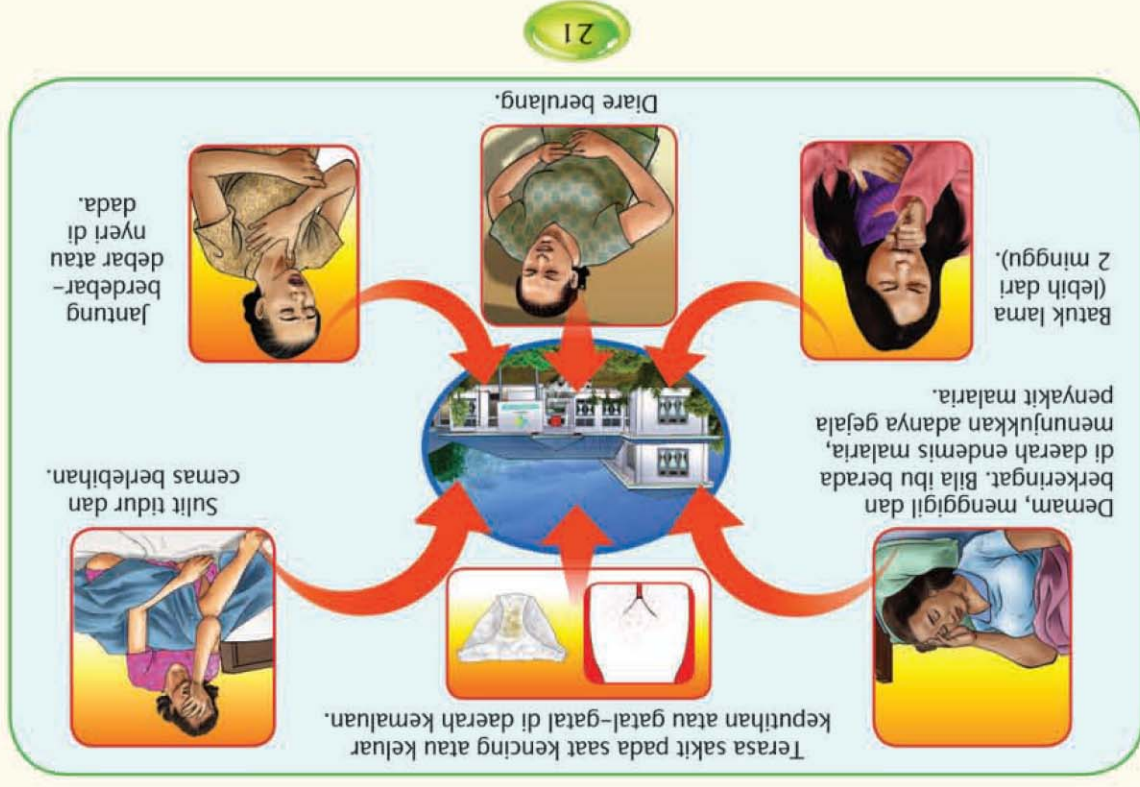
Segera bawa ibu hamil ke puskesmas, rumah sakit, dokter dan bidan bila dijumpai keluhan dan tanda-tanda di bawah ini;

TANDA BAHAYA PADA KEHAMILAN



Apabila mengalami keluhan di bawah ini, segera bawa ibu hamil ke puskesmas, rumah sakit, dokter atau bidan, didampingi suami atau keluarga.

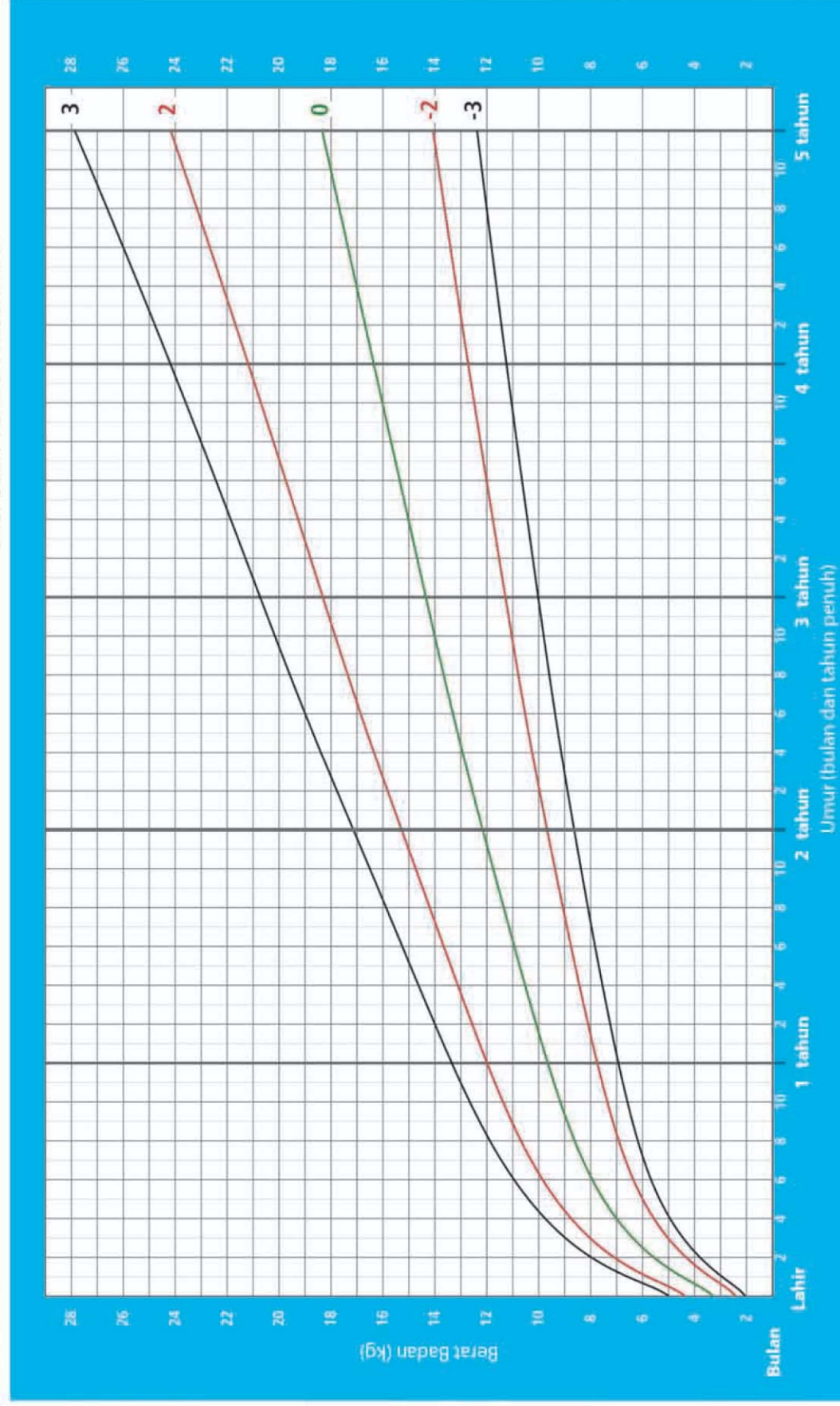
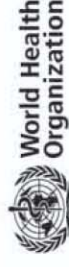
MASALAH LAIN PADA MASA KEHAMILAN:



## Grafik Berat Badan Menurut Umur Anak Laki-laki

0-5 tahun

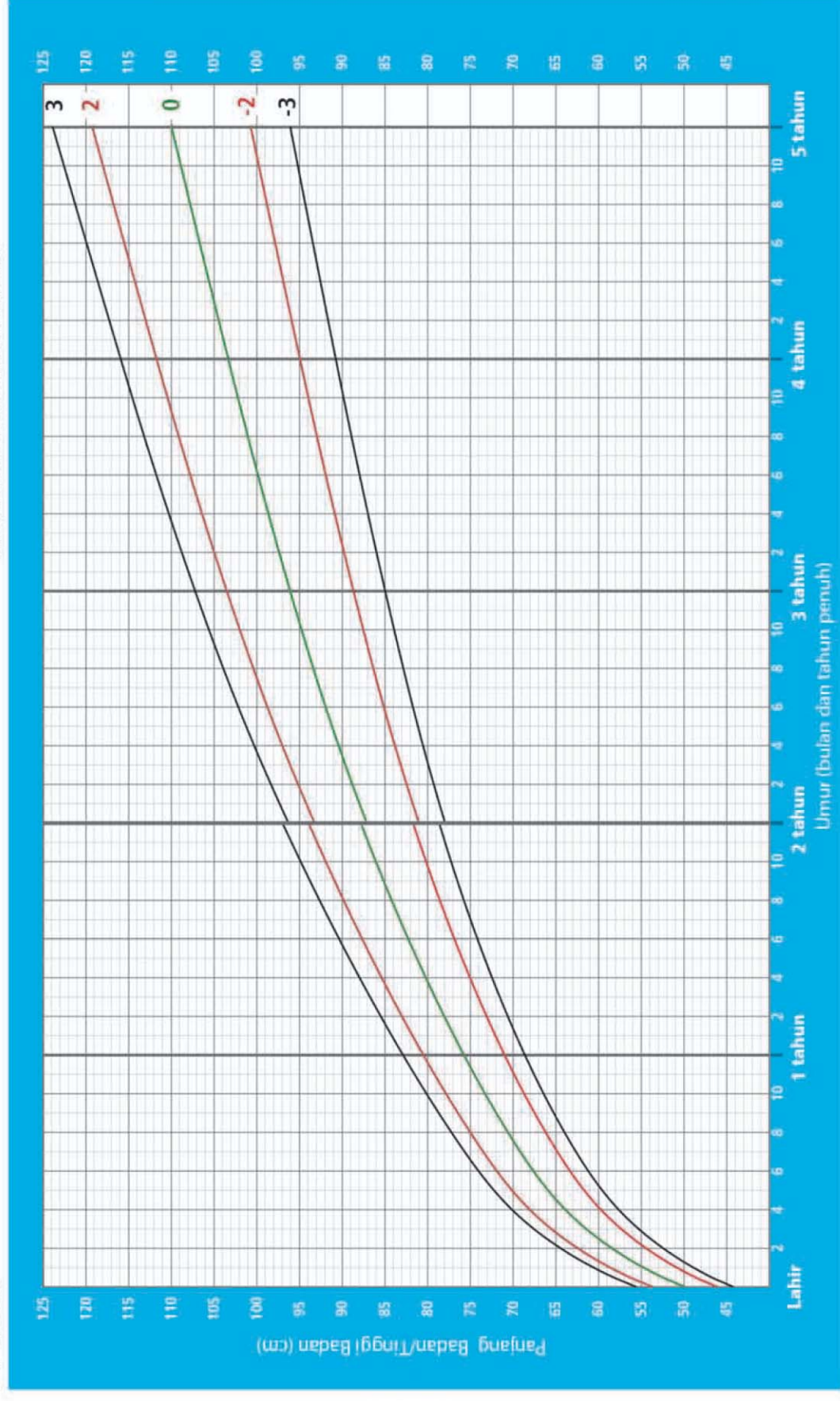
DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN



Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur





Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SIDDTK

Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur



- ☐ Siapkan lebih dari 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika diperlukan.



- ☐ Suami, keluarga dan masyarakat menyipkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan.



- ☐ Pastikan ibu hamil dan keluarga menyepakati amanat persalinan dalam stiker P4K dan sudah ditempelkan di depan rumah ibu hamil.



- ☐ Rencanakan ikut Keluarga Berencana (KB) setelah bersalin. Tanyakan ke petugas kesehatan tentang cara ber-KB.

PERSIAPAN MELAHIRKAN (BERSALIN)



- ☐ Tanyakan kepada bidan dan dokter tanggal perkiraan persalinan.
- ☐ Suami atau keluarga mendampingi ibu saat pemeriksaan kehamilan.



- ☐ Persiapkan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya.
- ☐ Siapkan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional.
- ☐ Untuk memperoleh Kartu JKN, daftarkan diri anda ke kantor BPJS Kesehatan setempat, atau tanyakan ke petugas Puskesmas.



- ☐ Rencanakan melahirkan ditolong oleh dokter atau bidan di fasilitas kesehatan.



- ☐ Siapkan KTP, Kartu Keluarga, dan keperluan lain untuk ibu dan bayi yang akan dilahirkan.



Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir



TANDA AWAL PERSALINAN

Perut mulas-mulas yang teratur, timbulnya semakin sering dan semakin lama



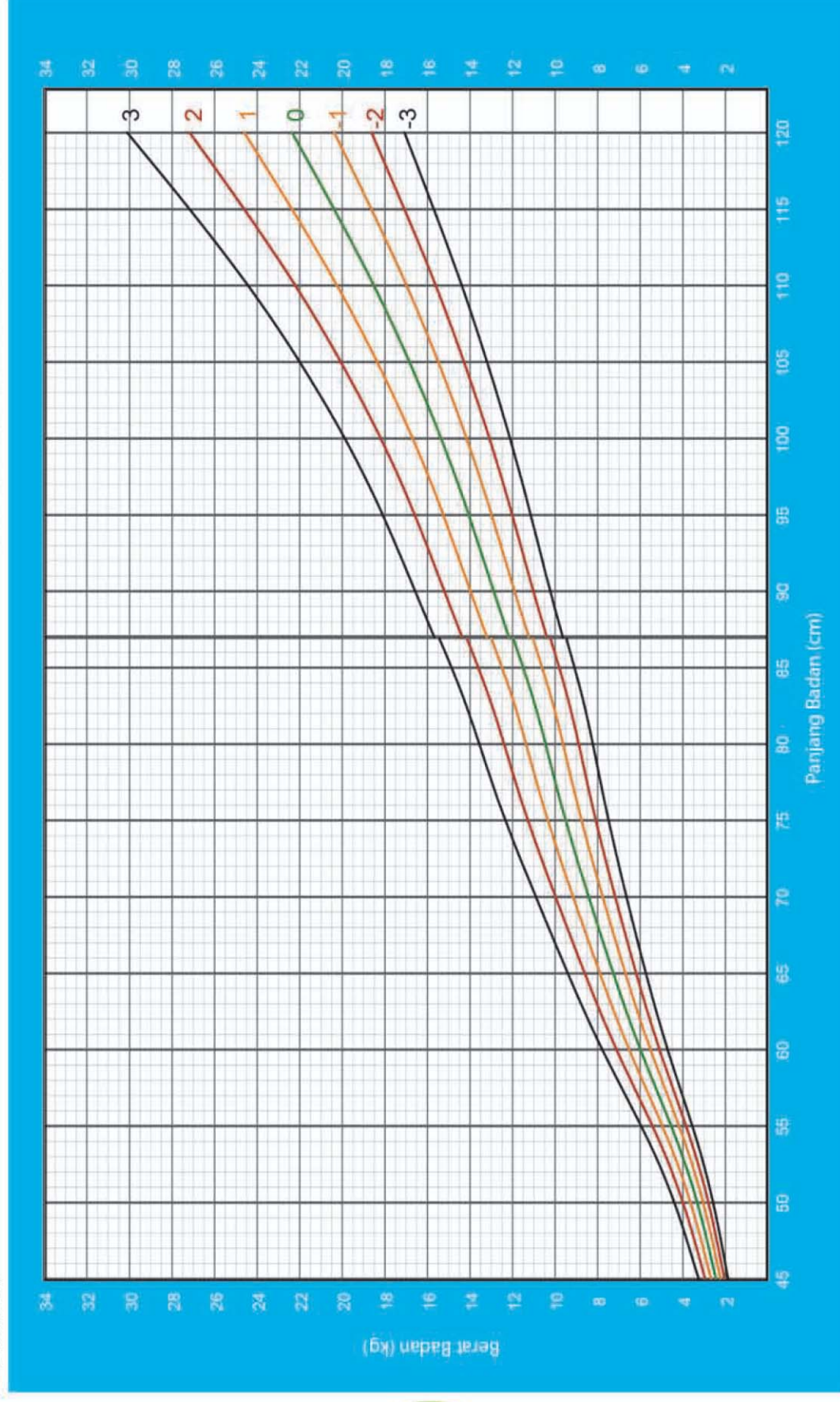
Jika muncul salah satu tanda di atas SEGERA BAWA ibu hamil ke fasilitas kesehatan



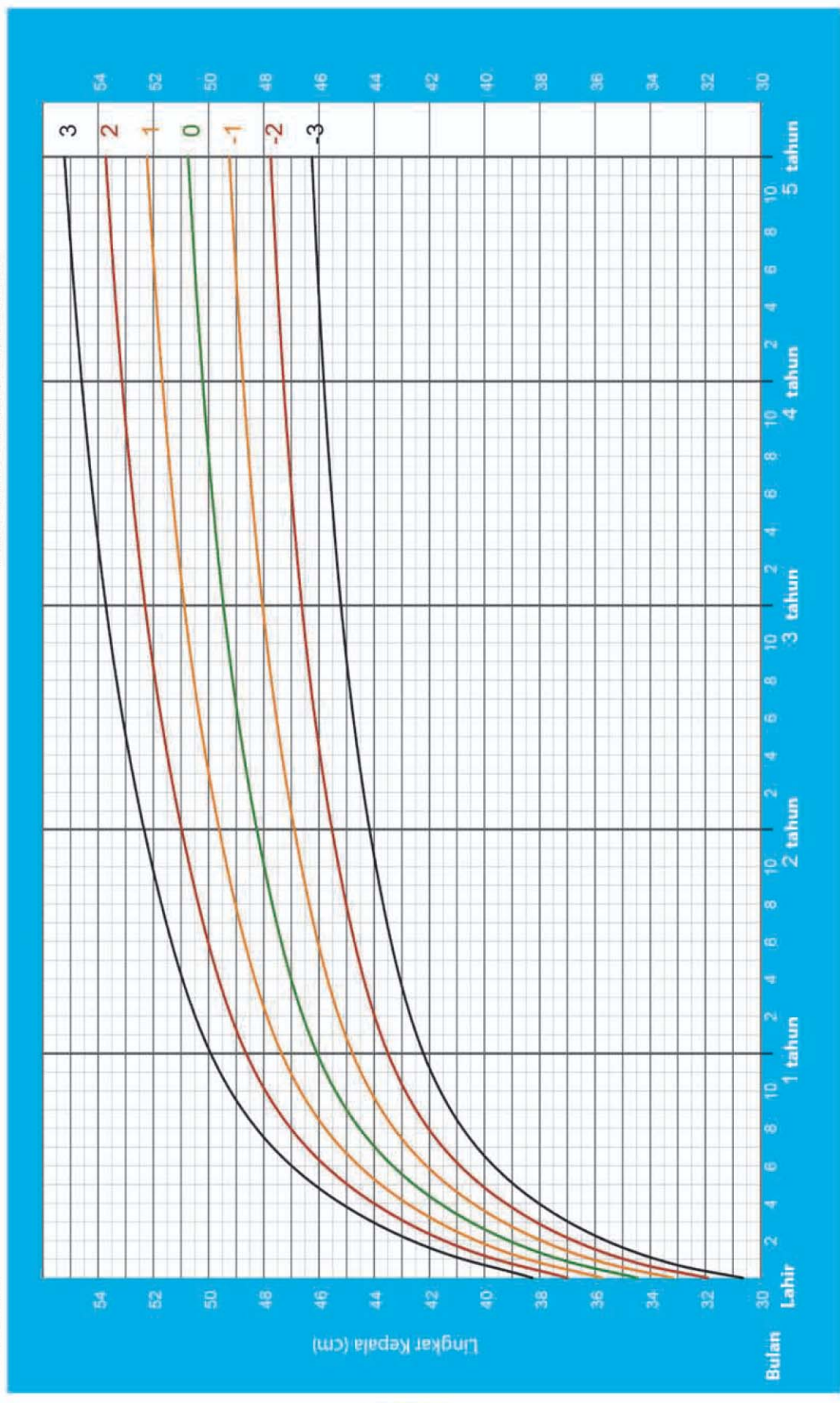
## Grafik Berat Badan Menurut Panjang Badan/Tinggi badan Anak Laki-laki

0-5 tahun

DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN

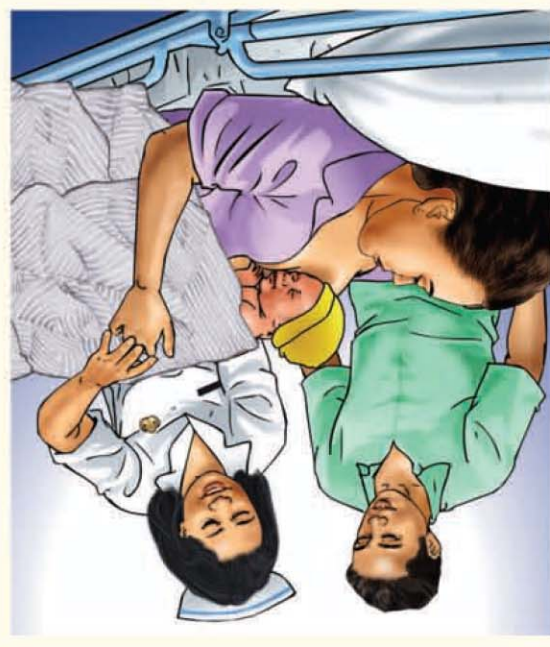
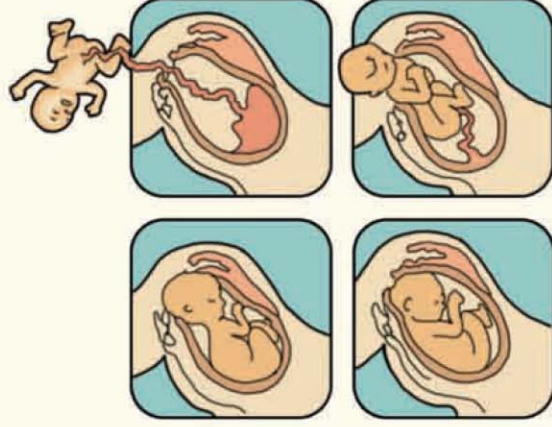






Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur



☐ Tanda-tanda akan bersalin didahului dengan mulas teratur, semakin lama semakin kuat

☐ Kehamilan pertama, biasanya bayi baru lahir setelah 12 jam sejak mulas-mulas. Kehamilan kedua dan berikutnya biasanya bayi lahir lebih cepat dibandingkan anak pertama

☐ Ibu berhak memilih didampingi atau tidak, dan berhak memilih siapa pendampingnya.

☐ Ibu berhak memilih posisi persalinan yang diinginkan, diskusikan dengan petugas posisi yang aman

☐ Jika terasa ingin buang air besar, segera beritahu petugas

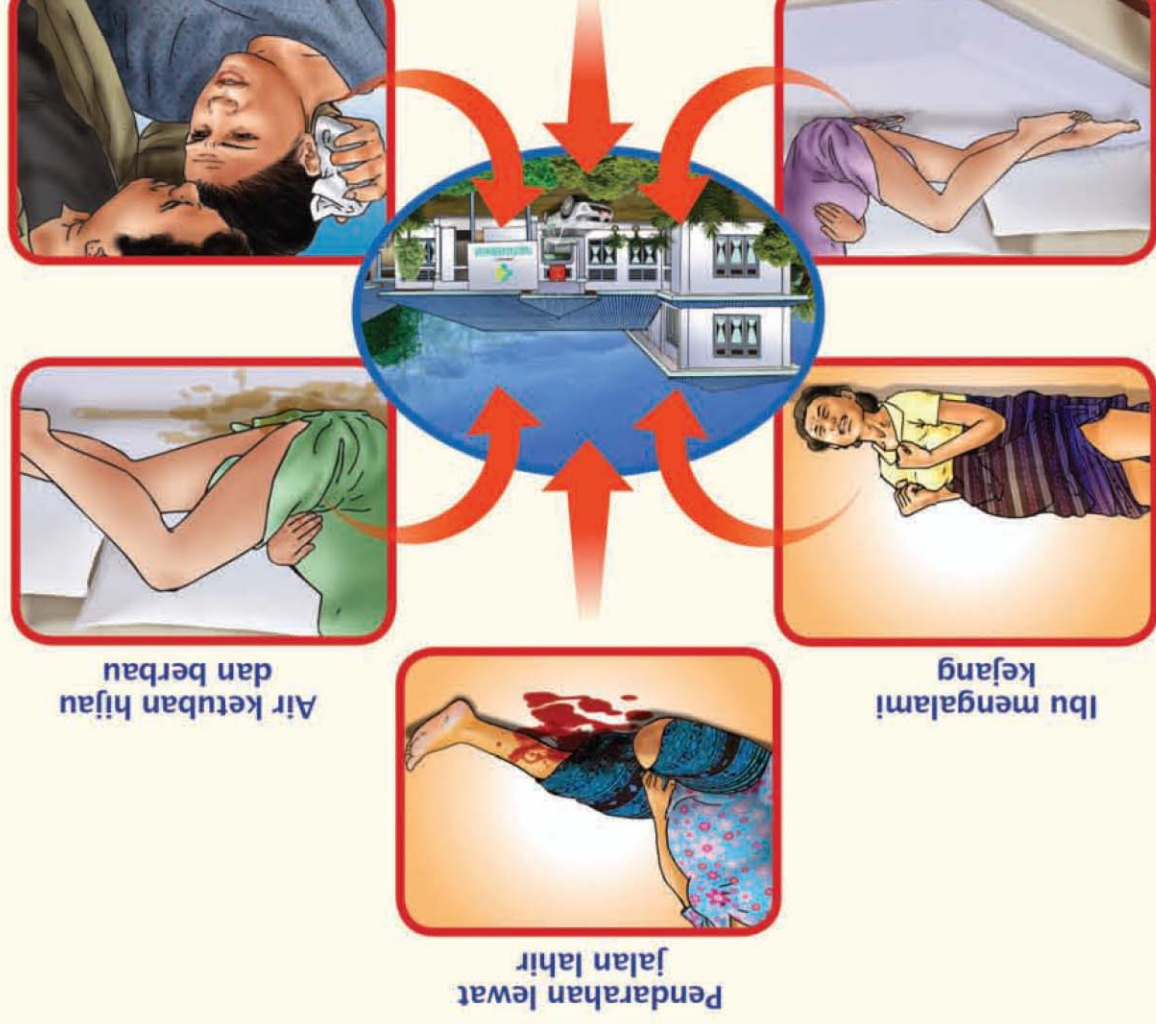
☐ Untuk mengurangi rasa sakit ketika bersalin, tarik nafas melalui hidung dan keluarkan lewat mulut

☐ Segera setelah bayi lahir, dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dan ibunya segera dalam waktu 1 jam setelah kelahiran dan berlangsung selama 1 jam.



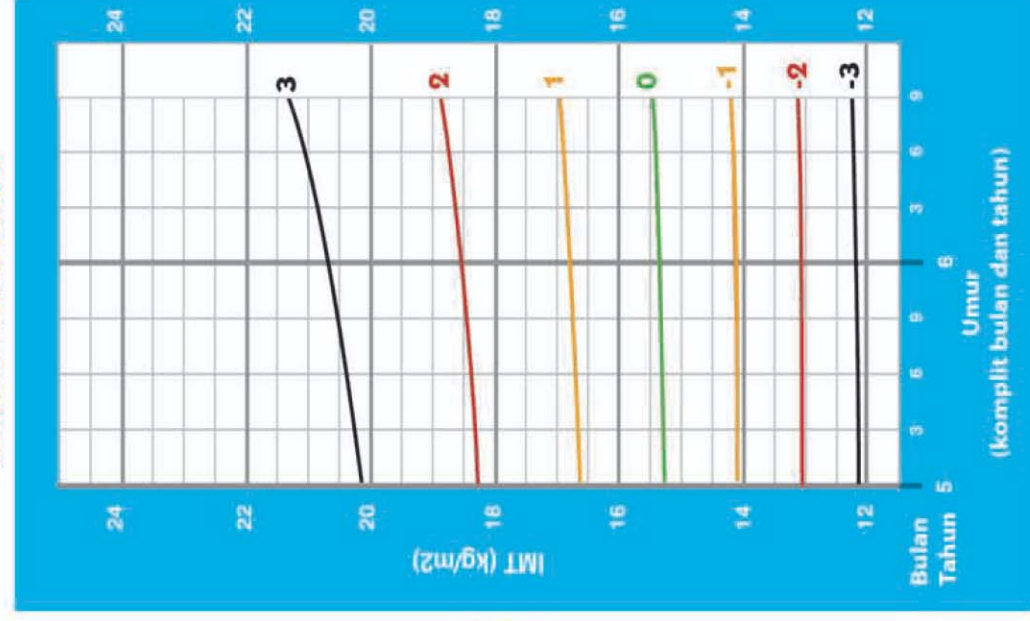
## TANDA BAHAYA PADA PERSALINAN

Jika muncul salah satu tanda bahaya berikut, persalinan harus di Rumah Sakit  
PETUGAS KESEHATAN SEGERA MERUJUK IBU KE RUMAH SAKIT



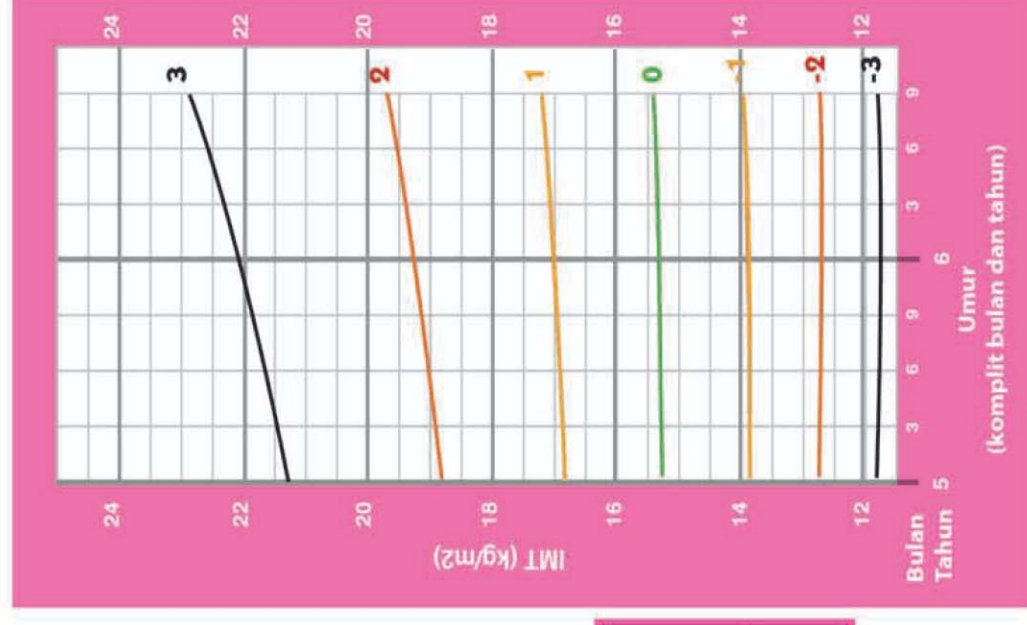
## GRAFIK INDEKS MASSA TUBUH MENURUT UMUR 5 - 6 TAHUN

### ANAK LAKI-LAKI



DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN

### ANAK PEREMPUAN



Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SIDITK  
Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur



Diisi oleh kader posyandu yang sudah dilatih oleh dokter gigi/terapis gigi dan mulut

Nama: ..... Umur: .....

| Pemeriksaan |         | Jumlah Gigi |           | Plak   |       | Resiko Gigi Berlubang |        |        |
|-------------|---------|-------------|-----------|--------|-------|-----------------------|--------|--------|
| Bulan       | Tanggal | Ada         | Berlubang | Bersih | kotor | Tinggi                | Sedang | Rendah |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |
|             |         |             |           |        |       |                       |        |        |

- Ada gigi berlubang • ada faktor risiko
- Tidak ada gigi berlubang • ada faktor risiko
- Tidak gigi berlubang • tidak ada faktor risiko

## FAKTOR RISIKO GIGI BERLUBANG

- 🍏 Meminum susu botol saat tidur malam
- 🍏 Mengemil makanan manis di antara waktu makan
- 🍏 Tidak menyikat gigi sebelum tidur
- 🍏 Mengemut makanan

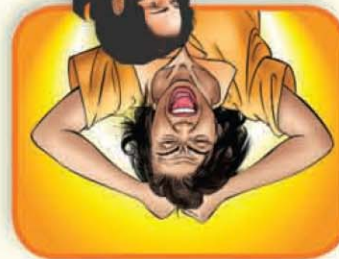
## CARA MEMBERSIHKAN GIGI ANAK

### Anak Usia 0-4 bulan

1. Gendong atau pangku anak dengan satu tangan
2. Bersihkan gusi anak secara perlahan dengan kain atau lap basah yang dilingkarkan pada jari telunjuk ibu

### Anak Usia 6-12 bulan

1. Bersihkan gusi anak setelah diberi makan menggunakan kain atau lap basah
2. Bila gigi susu mulai muncul, bersihkan giginya dengan sikat gigi anak berbulu halus dengan pasta gigi anak tanpa pasta gigi. Selapis tipis pada permukaan bulu sikat



## IBU NIFAS

## DEPRESI PASKA MELAHIRKAN

- Setelah melahirkan ibu dapat mengalami depresi paska melahirkan atau post partum depression, sebagai berikut:
1. Baby blues terjadi setelah melahirkan dan memuncak dalam beberapa hari hingga 2 minggu
  2. **Gejala:** suasana perasaan tidak stabil, mudah menangis, sulit tidur, mudah cemas dan mudah tersinggung
  - Depresi paska melahirkan yang terjadi sekitar 4 minggu setelah melahirkan, minimal selama 2 minggu berturut-turut
  - Gejala:** merasa sangat sedih, tertekan, sulit konsentrasi, gangguan tidur, tidak selera makan/banyak makan, mudah tersinggung, mudah marah, merasa lelah, tidak bergairah pada aktivitas harian, perasaan bersalah, khawatir tidak dapat menjadi ibu yang baik, pikiran untuk melukai diri/bayinya dan merasa menderita terhadap gejala yang dialami
  3. Depresi paska melahirkan yang terjadi dalam 2 minggu paska melahirkan, secepatnya 48-72 jam pertama paska melahirkan.
  - Gejala:** mudah tersinggung, perubahan perasaan dan perilaku yang tidak sesuai, gangguan tidur, perhalusiansi dan mengalami waham/delus.

## Pencegahan

- Ibu hamil dan paska melahirkan dapat mengenali dan memahami tanda-tanda atau gejala-gejala masalah kesehatan jiwa
- Pada saat hamil, kontrol dengan teratur ke bidan atau dokter sesuai jadwal
- Mengonsumsi makanan sehat dan bergizi termasuk vitamin
- Deteksi dini faktor risiko pada ibu hamil atau paska melahirkan
- Dukungan dan perhatian dari suami, keluarga dan teman selama masa kehamilan dan paska melahirkan

## Penanganan

- Dukungan keluarga terutama suami tidak hanya bayinya saja yang diperhatikan
- Ada yang membantu mengasuh bayinya
- Mengajak bicara mengenai perasaannya
- Program kunjungan rumah oleh tenaga Puskesmas
- Melakukan konseling oleh tenaga kesehatan
- Terapi dengan obat-obatan



PERAWATAN IBU NIFAS

1. Perawatan ibu nifas mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan minimal 4 kali kunjungan nifas).



- ☐ Pertama: 6 jam – 2 hari setelah persalinan  
☐ Kedua: 3 – 7 hari setelah persalinan  
☐ Ketiga: 8 – 28 hari setelah persalinan  
☐ Keempat 29–42 hari setelah persalinan

2. Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi:

- ☐ Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum  
☐ Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi  
☐ Pemeriksaan lokhia dan perdarahan  
☐ Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi  
☐ Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri  
☐ Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif  
☐ Pemberian kapsul vitamin A (2 kapsul)  
☐ Pelayanan kontrasepsi Pasca Persalinan  
☐ Konseling.  
☐ Tata laksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi.  
☐ Memberikan nasihat yaitu:

1. Makan makanan yang beraneka ragam mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.

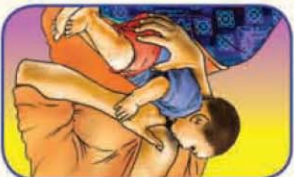
2. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.

3. Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.  
 4. Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat  
 5. Melakukan aktivitas fisik pasca melahirkan dengan intensitas ringan sampai sedang selama 30 menit, frekuensi 3 – 5 kali dalam seminggu

6. Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi. Latihan fisik dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan pasca melahirkan.  
 7. Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.

8. Perawatan bayi yang benar.  
 9. Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.

10. Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga  
 11. Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.



RINGKASAN PELAYANAN MTBS

| Tanggal. Puskesmas | Catatan | Tanggal Kembali |
|--------------------|---------|-----------------|
|                    |         |                 |

Status tumbuh kembang anak pada saat pemeriksaan, sesuai hasil plotting pada lembar kurva pertumbuhan dan hasil pelayanan SDIDTK



| Tanggal. Pemeriksaan, Stamp, Paraf                                                                                               | Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan | Tanggal Kembali |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------|
|                                                                                                                                  |                                |                 |
| Status tumbuh kembang anak pada saat pemeriksaan, sesuai hasil plotting pada lembar kurva pertumbuhan dan hasil pelayanan SDIDTK |                                |                 |

**IBU NIFAS**

**HAL-HAL YANG HARUS DIHINDARI OLEH IBU BERSALIN DAN SELAMA NIFAS**

Memuang ASI yang pertama keluar (kolostrum) karena sangat berguna untuk kekebalan tubuh anak

Mengikat perut terlalu kencang

Mengempikan daun-daunan pada kemaluan karena akan menimbulkan infeksi

Latihan fisik dengan posisi telungkup

Membersihkan payudara dengan alkohol/povidon iodine/obat merah atau sabun karena bisa terminum oleh bayi

**TANDA BAHAYA PADA IBU NIFAS**

Segera bawa ibu nifas ke fasilitas kesehatan bila ditemukan salah satu tanda bahaya di bawah ini

Demam lebih dari 2 hari

Pendarahan lewat jalan lahir

Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)

Bengkak di wajah, tangan dan kaki, atau sakit kepala dan kejang-kejang

Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit

Keluar cairan berbau dari jalan lahir

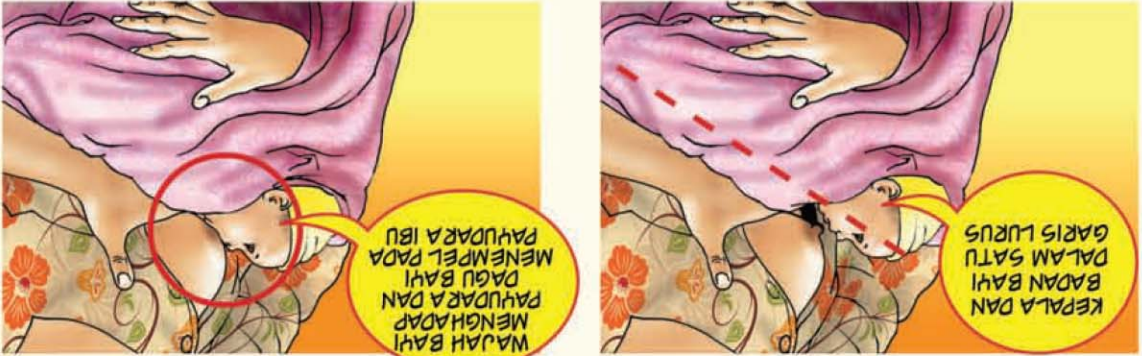


**MENYUSUI BAYI bermanfaat untuk pemulihan rahim, kesehatan payudara & ASI adalah gizi terbaik bagi bayi**

Cara menyusui yang benar: ☐

- Menyusui sesering mungkin/semau bayi (8-12 kali sehari atau lebih).
- Bila bayi tidur lebih dari 3 jam, bangunkan, lalu susui
- Susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi yang lain
- Apabila bayi sudah kenyang, tetapi payudara masih terasa penuh/kenyang, maka payudara perlu diperah, ASI disimpan. Hal ini bertujuan mencegah mastitis dan menjaga pasokan ASI

**Posisi dan pelekatan menyusui yang benar** ☐



**POSISI**

**PELEKATAN**

- Kepala dan badan bayi membentuk garis lurus
- Wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting susu
- Badan bayi dekat ke tubuh ibu
- Ibu menggendong/mendekap badan bayi secara utuh
- Bayi dekat dengan payudara dengan mulut terbuka lebar
- Dagu bayi menyentuh payudara
- Bagian areola di atas lebih banyak terlihat dibanding di bawah mulut bayi
- Bibir bawah bayi memutar keluar (dower)

**Posisi Menyusui Bayi Kembar:** ☐



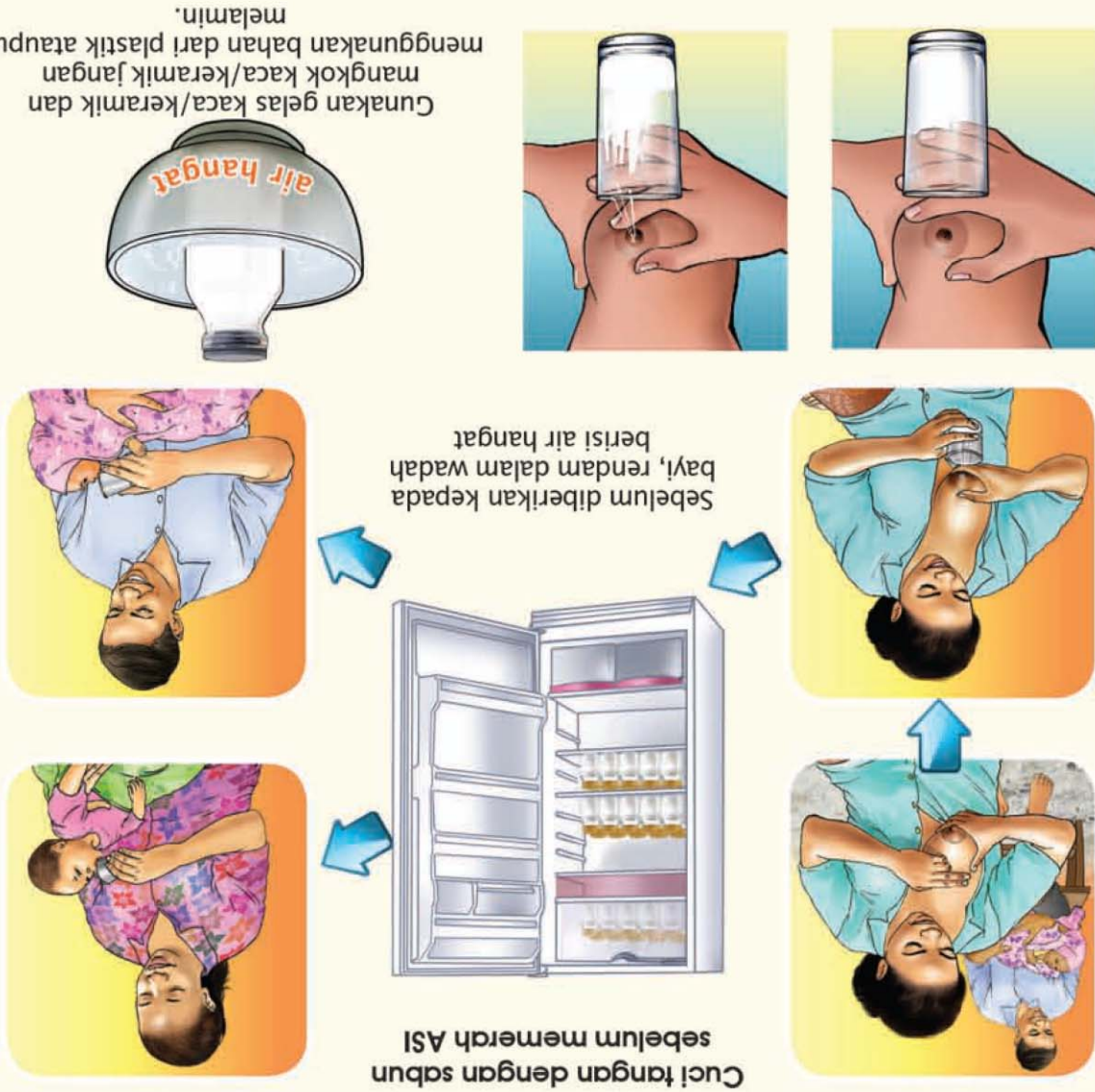
**RINGKASAN PELAYANAN DOKER**

| Tanggal, Pemeriksa, Stamp, Paraf                                                                                                 | Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan | Tanggal Kembali |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------|
|                                                                                                                                  |                                |                 |
| Status tumbuh kembang anak pada saat pemeriksaan, sesuai hasil plotting pada lembar kurva pertumbuhan dan hasil pelayanan SDIDTK |                                |                 |



| Tanggal. Pemeriksaan, Stamp, Paraf                                                                                               | Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan | Tanggal Kembali |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------|
|                                                                                                                                  |                                |                 |
| Status tumbuh kembang anak pada saat pemeriksaan, sesuai hasil plotting pada lembar kurva pertumbuhan dan hasil pelayanan SDIDTK |                                |                 |

CARA MEMERAH DAN MENYIMPAN ASI



Penyimpanan ASI Perah (ASIP)

Catatan: Simpan ASI Perah sebanyak 15-60ml per wadah untuk menghindari ASI perah terbuang karena tidak habis diminum oleh bayi.

| Tempat Penyimpanan                         | Suhu              | Lama Penyimpanan     |
|--------------------------------------------|-------------------|----------------------|
| ASI baru diperah disimpan dalam cooler bag | 15 oC             | 24 jam               |
| Dalam Ruangan (ASIP Segar)                 | 27oC s/d 32 oC    | 4 jam                |
|                                            | < 25 oC           | 6 - 8 jam            |
| Kulkas                                     | < 4 oC            | 48-72 jam (2-3 hari) |
| Freezer pada lemari es 1 pintu             | -15 oC s/d 0 oC   | 2 minggu             |
| Freezer pada lemari es 2 pintu             | -20 oC s/d -18 oC | 3 - 6 bulan          |



PORSI MAKAN DAN MINUM IBU MENYUSUI UNTUK KEBUTUHAN SEHARI

| Bahan Makanan | Ibu Menyusui (0 - 12 bulan) | Keterangan |
|---------------|-----------------------------|------------|
|---------------|-----------------------------|------------|

|                         |         |                                      |
|-------------------------|---------|--------------------------------------|
| Nasi atau Makanan Pokok | 6 porsi | 1 porsi = 100 gr atau 3/4 gelas nasi |
|-------------------------|---------|--------------------------------------|

|                                                        |         |                                                                                      |
|--------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Protein hewani seperti: ikan, telur, ayam, dan lainnya | 4 porsi | 1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang ikan<br>1 porsi = 55 gr atau 1 butir telur Ayam |
|--------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                  |         |                                                                                          |
|--------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Protein nabati seperti: tempe, tahu, dan lainnya | 4 porsi | 1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang tempe<br>1 porsi = 100 gr atau 2 potong sedang tahu |
|--------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|

|               |         |                                                         |
|---------------|---------|---------------------------------------------------------|
| Sayur-sayuran | 4 porsi | 1 porsi = 100 gr atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah |
|---------------|---------|---------------------------------------------------------|

|             |         |                                                                                                 |
|-------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Buah-buahan | 4 porsi | 1 porsi = 100 gr atau 1 potong sedang pisang<br>1 porsi = 100-190 gr atau 1 potong besar pepaya |
|-------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

|              |         |                                                                                                                                                      |
|--------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Minyak/lemak | 6 porsi | 1 porsi = 5 gr atau 1 sendok teh bersumber dari dalam pengolahan makanan seperti: santan yang digunakan digoreng, ditumis atau dimasak dengan santan |
|--------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|      |         |                                                                                                    |
|------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gula | 2 porsi | 1 porsi = 10 gr atau 1 sendok makan bersumber dari kue-kue manis, minum teh manis dan lain-lainnya |
|------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

Minum Air Putih: 14 gelas/ hari di 6 bulan pertama dan 12 gelas/ hari pada 6 bulan kedua

Catatan:

Konsultasikan porsi makan kepada tenaga kesehatan, perhatikan Indeks Masa Tubuh

RUJUKAN

RUJUKAN

Tanggal/bulan/tahun : ..... / ..... / ..... Jam: .....  
 Dirujuk ke : .....  
 Sebab dirujuk : .....  
 Diagnosis sementara : .....  
 Tindakan sementara : .....

Yang merujuk

UMPAN BALIK RUJUKAN

Diagnosis : .....  
 Tindakan : .....  
 Anjuran : .....  
 Tanggal : .....

Penerima Rujukan

RUJUKAN

Tanggal/bulan/tahun : ..... / ..... / ..... Jam: .....  
 Dirujuk ke : .....  
 Sebab dirujuk : .....  
 Diagnosis sementara : .....  
 Tindakan sementara : .....

Yang merujuk

UMPAN BALIK RUJUKAN

Diagnosis : .....  
 Tindakan : .....  
 Anjuran : .....  
 Tanggal : .....

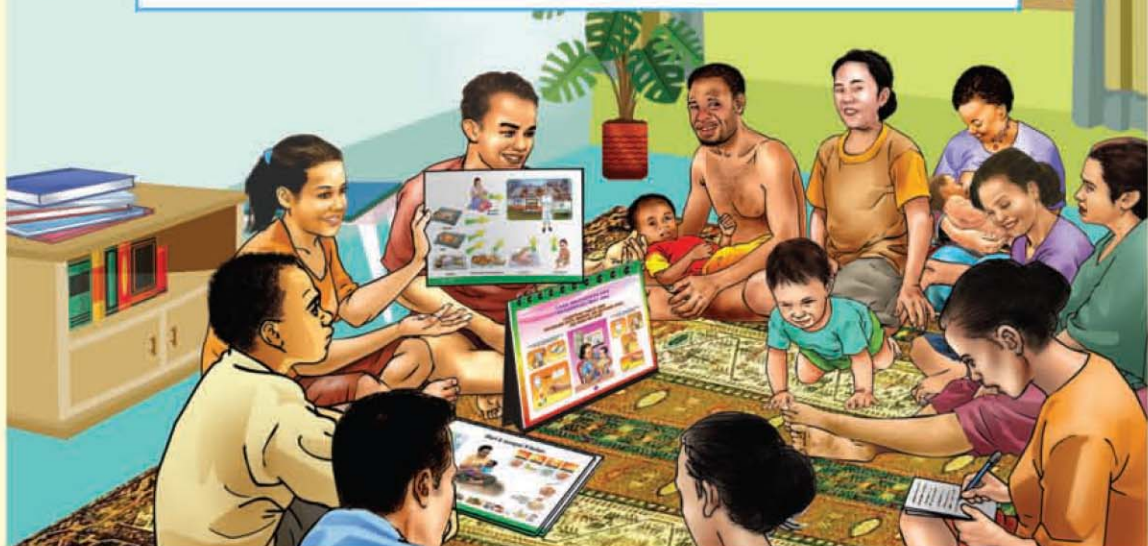
Penerima Rujukan



# IBU, AYAH, KELUARGA IKUT KELAS IBU BALITA

## Manfaat bagi Ibu dan Keluarga:

- Memperoleh informasi penting terkait bagaimana melakukan pola asuh sesuai tahapan usia anak.
- Memperoleh informasi penting tentang tumbuh kembang, imunisasi, gizi, perawatan bayi, dan anak balita serta penyakit yg sering ditemukan.
- Mendapat teman berdiskusi, tukar pendapat, tukar pengalaman akan pemenuhan pelayanan kesehatan, gizi dan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan.



Tanyakan petugas kesehatan tempat dan jadwal kelas, centang (tanda ✓ rumput) setiap mengikuti kelas ibu balita:

### 1. Kelompok bayi usia 0 – 1 tahun

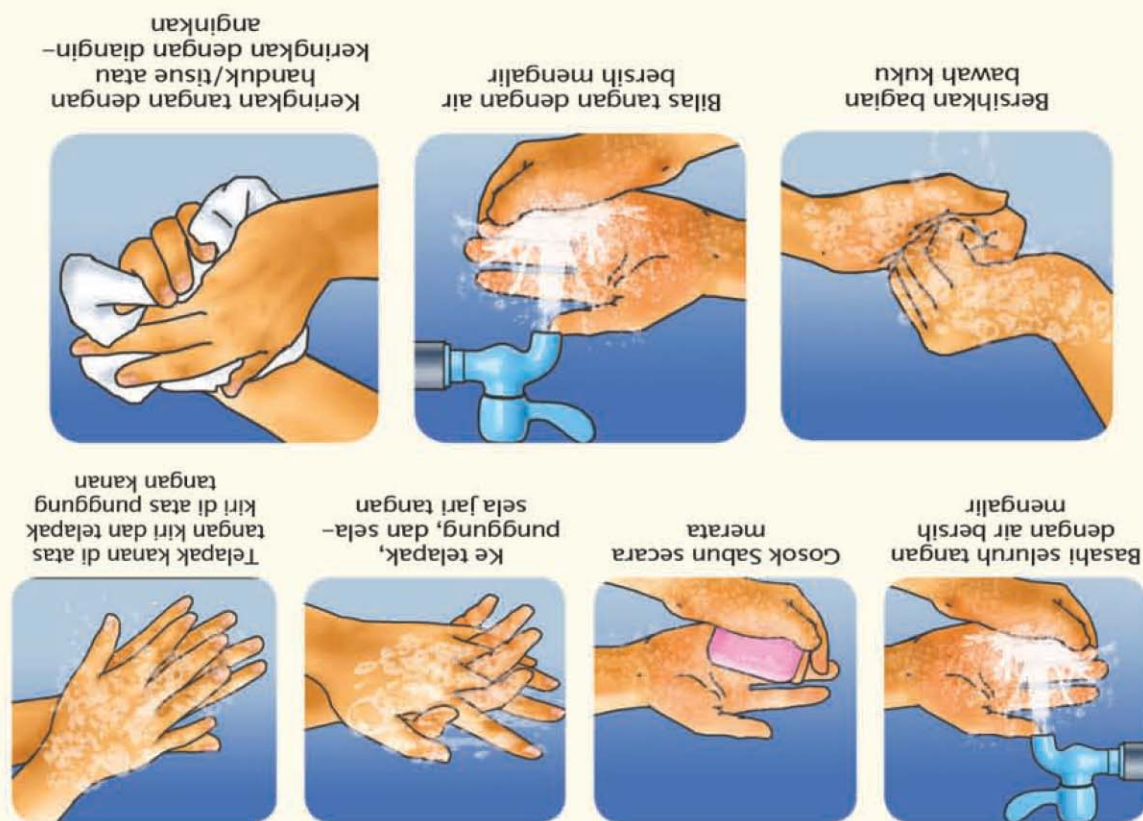
- ☐ Modul 1: Pemberian ASI
- ☐ Modul 2: Pemberian Imunisasi
- ☐ Modul 3: Pemberian MP-ASI usia 6 – 12 bulan
- ☐ Modul 4: Tumbuh kembang bayi
- ☐ Modul 5: Penyakit terbanyak pada bayi

### 2. Kelompok Anak usia 1 – 2 tahun

- ☐ Modul 1: Merawat gigi anak
- ☐ Modul 2: MP-ASI untuk anak umur 1-2 tahun
- ☐ Modul 3: Tumbuh Kembang Anak umur 1-2 tahun
- ☐ Modul 4: Penyakit pada anak
- ☐ Modul 5: Permainan Anak
- ☐ Modul 6: Stimulasi Pijat

### 3. Kelompok Anak usia 2 – 5 tahun

- ☐ Modul 1: Tumbuh Kembang Anak
- ☐ Modul 2: Pencegahan kecelakaan
- ☐ Modul 3: Gizi seimbang
- ☐ Modul 4: Penyakit pada anak
- ☐ Modul 5: Obat pertolongan pertama
- ☐ Modul 6: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat



Biasakan cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir

## CARA CUCI TANGAN YANG BENAR

1. Kuman penyakit sangat mudah ditularkan melalui tangan. Pada saat makan kuman dengan cepat masuk ke dalam tubuh, yang bisa menimbulkan penyakit
2. Tangan kadang terlihat bersih secara kasat mata namun tetap mengandung kuman
3. Sabun dapat membersihkan kotoran dan merontokkan kuman. Tanpa sabun, kotoran dan kuman tertinggal di tangan

Pentingnya mencuci tangan dengan air bersih dan sabun karena:



1. Setelah buang air
2. Sebelum memegang dan menyusui bayi
3. Setelah menceboki bayi atau anak
4. Sebelum makan dan menyapi anak
5. Sebelum memegang makanan dan setelah makan
6. Setelah bersin/ batuk
7. Setiap kali tangan kotor: mengetik, memegang uang, hewan/ binatang, berkebun

Kapan saja harus mencuci tangan:

## CUCI TANGAN PAKAI SABUN



KB Paska Persalinan adalah pemanfaatan alat kontrasepsi langsung sesudah melahirkan sampai 6 minggu/42 hari sesudah melahirkan. Prinsip pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan tidak mengganggu produksi ASI dan sesuai dengan kondisi ibu.

Mengapa perlu ikut ber KB? ☐

- Mengatur jarak dan mencegah kehamilan agar tidak terlalu dekat (minimal 2 tahun setelah melahirkan).
- Mengatur jumlah anak agar ibu tidak terlalu sering melahirkan (sebaiknya tidak lebih dari tiga)
- Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
- Menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan balita.
- Ibu memiliki waktu dan perhatian yang cukup untuk dirinya sendiri, anak dan keluarga

Metode kontrasepsi jangka panjang: ☐

- Metode Operasi Wanita (MOW), metode Operasi Pria (MOP)
- Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/spiral, jangka waktu penggunaan bisa sampai 10 tahun.
- Implan (alat kontrasepsi bawah kulit), jangka waktu penggunaan 3 tahun.

Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang: ☐

- Kontrasepsi suntik 3 bulan diberikan setelah 6 minggu pascapersalinan. Untuk ibu menyusui, tidak disarankan menggunakan suntikan 1 bulan, karena akan mengganggu produksi ASI
- Pil KB.
- Kondom

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

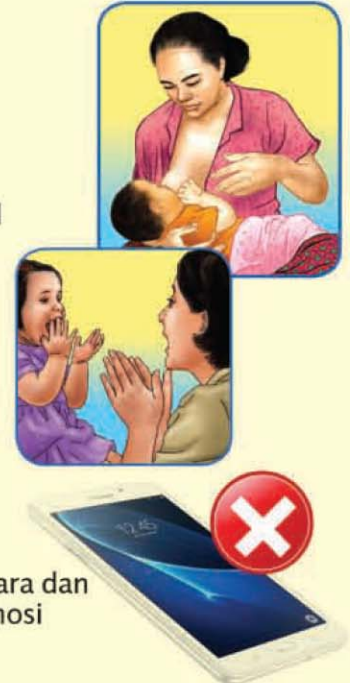
Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang



Tanyakan kepada bidan/ perawat/ dokter untuk penjelasan lebih lanjut terkait Keluarga Berencana

### POLA ASUH BAYI BARU LAHIR SAMPAI USIA 1,5 TAHUN

- Pengasuhan anak yang dilakukan dengan penuh kasih sayang, akan menimbulkan rasa aman, bahagia dan percaya
- Tangisan menunjukkan bahwa bayi membutuhkan bantuan. Jangan biarkan bayi menangis lama karena akan membuat stres
- Berikan ASI dengan penuh kasih sayang, dekaplah anak dengan hangat dan jalinlah hubungan kasih sayang sambil menatap dan mengajak bicara bayi. Perasaan yang tidak menyenangkan pada ibu akan dirasakan oleh bayi dan berdampak rasa tidak nyaman pada saat menyusui.
- Ajak anak bermain menggunakan permainan yang menstimulasi fisik, motorik dan kemampuan berpikir.
- Bayi usia 4–12 bulan perlu tidur 12–16 jam sehari (termasuk tidur siang)
- Bayi/Anak berusia <18 bulan tidak menggunakan gawai kecuali dalam bentuk video-chatting (video-call) dengan didampingi orangtua.
- Penggunaan gawai berlebih berdampak keterlambatan bicara dan bahasa, kurangnya interaksi, gampang marah/ ledakan emosi (tantrum), gangguan kognitif (kurangnya kecerdasan).



### POLA ASUH ANAK USIA 1,5 TAHUN SAMPAI 3 TAHUN

- Selalu menghargai dan mengakui kemampuan anak
- Mendorong anak bergerak bebas, hindari larangan-larangan yang tidak perlu, namun orang tua harus melindunginya dari bahaya
- Mengajak anak bermain dan berbicara dengan kalimat pendek-pendek yang penuh arti
- Mendorong anak bermain dengan anak lain
- Melatih sopan santun dan disiplin secara sederhana
- Memberi anak permainan yang sederhana.
- Anak 1–2 tahun perlu tidur 11–14 jam sehari (termasuk tidur siang)
- Penggunaan gawai pada anak berusia 18–24 bulan:
  - Hanya memilih konten program yang berkualitas untuk anak, batasi tidak lebih dari 1 jam per hari
  - Hendaknya dimainkan bersama orangtua sehingga anak dapat mengetahui cara terbaik untuk menggunakannya
  - Hindarkan anak menggunakan gawai sendirian tanpa pendampingan orangtua



Bawa anak ke Posyandu/ Fasilitas Kesehatan setiap bulan untuk memantau pertumbuhan, perkembangan (sesuai jadwal), pelayanan imunisasi, vitamin A dan obat cacing.





## PERAWATAN BAYI BARU LAHIR 0-28 HARI (NEONATUS)

### a. Cara memberikan ASI

- ☐ Inisiasi menyusui dini (IMD), segera setelah lahir bayi diletakkan di dada ibu untuk mendapatkan puting
- ☐ Ibu menyusui ASI yang pertama keluar dan berwarna kekuningan (kolostrum)
- ☐ Tidak memberikan makanan/minuman selain ASI



- ☐ Susui bayi sesering mungkin/ 8-12 kali, dan setiap bayi menginginkan
- ☐ Normalnya bayi menyusui antara 5-30 menit
- ☐ Jika bayi tidur lebih dari 3 jam, bangunkan lalu susui
- ☐ Susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi lainnya
- ☐ Susui anak dalam kondisi menyenangkan, nyaman dan penuh perhatian
- ☐ Dukungan suami dan keluarga sangat penting dalam keberhasilan ASI Eksklusif

### b. Cara menjaga bayi tetap hangat

- ☐ Mandikan bayi dengan air hangat 6 jam setelah lahir dengan syarat kondisi stabil.

- ☐ Sebelum tali pusat lepas, mandikan bayi dengan dilap
- ☐ Setelah tali pusat lepas, bayi dapat dimandikan dengan dimasukkan ke dalam air. Hati-hati agar kepala tidak terendam
- ☐ Bersihkan kemaluan bayi dari depan ke belakang dengan kapas yang dibasahi air bersih atau handuk bersih basah

- ☐ Beri pakaian dan selimuti setiap saat
- ☐ Pakaikan topi, kaos kaki, kaos tangan jika dirasakan cuaca dingin
- ☐ Segera ganti baju dan popok jika basah
- ☐ Lakukan perawatan metode kanguru jika berat < 2500 gram
- ☐ Bidan/ Perawat/Dokter menjelaskan perawatan metode kanguru
- ☐ Usahakan bayi berada dalam lingkungan udara sejuk
- ☐ Jika menggunakan kipas angin, usahakan agar arah angin tidak langsung mengenai bayi
- ☐ Suhu AC sekitar 25 - 26 °C

### c. Cara merawat tali pusat

- ☐ Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi
- ☐ Jangan memberikan apapun pada tali pusat
- ☐ Rawat tali pusat terbuka dan kering
- ☐ Jika kotor/ basah, cuci dengan air bersih dan sabun, lalu keringkan

### PERAWATAN METODE KANGURU UNTUK BAYI KECIL ☐

Bayi kecil atau bayi prematur (< 37mg), bayi berat lahir rendah (< 2500 gram) akan mendapatkan perawatan di fasilitas kesehatan sampai stabil untuk diperbolehkan pulang ke rumah. Perawatan metode kanguru disarankan untuk bayi kecil karena menjaga kehangatan dan meningkatkan asupan ASI. Ibu/ keluarga yang memiliki bayi kecil untuk meminta penjelasan dari tenaga kesehatan.



Posisi bayi pada perawatan metode kanguru



Bayi pada perawatan metode kanguru



Tidur dan istirahat pada perawatan metode kanguru

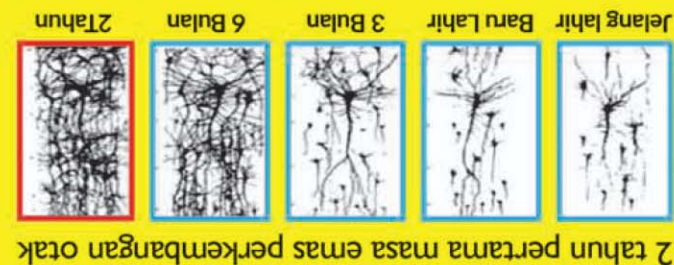


Ayah dapat bergantian untuk perawatan metode kanguru



Perawatan metode kanguru saat ibu beraktivitas

Penunji Hak Kesehatan Anak, berikan kasih sayang, ASI eksklusif, gizi seimbang, stimulasi perkembangan, imunisasi, vitamin A dan pelayanan kesehatan lainnya



TERIMA KASIH  
KELUARGA TERKASIH  
Ibu Hamil, Bersalin, Nifas Sehat Selamat





## KONDISI BAYI BARU LAHIR 0-28 HARI (NEONATUS)

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan setelah merawat bayi.
- Berikan ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan

### Pantau kondisi bayi baru lahir setiap saat

- ☐ Pola tidur
  - Pola tidur bayi sampai dengan 16 jam dalam sehari
  - Sebaiknya bayi tidur terlentang
  - Gunakan alas yang rata
  - Jauhkan benda yang dapat menutupi kepala
  - Gunakan kelambu
- ☐ Pola BAB (Buang Air Besar)
  - BAB pertama paling telat 48 jam setelah lahir
  - Warna BAB berubah dari hitam pekat, hijau, dan kekuningan mulai hari kelima
  - Bayi BAB 3-4 kali per hari
  - Ibu, pengasuh, keluarga harus waspada jika ada perubahan bentuk tinja dan frekuensi BAB
- ☐ Pola BAK (Buang Air Kecil)
  - BAK pertama dalam 24 jam
  - BAK normal jernih 5-6 kali per hari



- ☐ Kenaikan berat badan bayi
  - Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali dan pada usia 7-10 hari umumnya telah mencapai berat lahirnya
  - Penurunan berat badan maksimal untuk bayi baru lahir cukup bulan maksimal 10% dan untuk bayi kurang bulan maksimal 15%

Agar kondisi bayi baru lahir (neonatus) tetap sehat dan optimal maka mendapatkan pemeriksaan dan pelayanan yang dilakukan oleh dokter/bidan/perawat pada:

- ☐ 0 - 6 jam setelah lahir
- ☐ 6 - 48 jam setelah lahir (KN 1)
- ☐ Hari 3 - 7 setelah lahir (KN 2)
- ☐ Hari 8 - 28 setelah lahir (KN 3)



Tanyakan kepada Dokter/Bidan/Perawat untuk penjelasan lebih lanjut terkait perawatan bayi baru lahir



## PEMANTAUAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR 0-28 HARI (NEONATUS)

Sejak bayi lahir sampai usia 28 hari, ibu dan keluarga mendeteksi keadaan bayinya. Apabila ditemukan 1 kriteria atau lebih tanda bayi tidak sehat, segera dibawa ke fasilitas kesehatan (Puskesmas, dokter praktik, dan Rumah Sakit)

| KRITERIA              | SEHAT                                                                                                                                                            | TIDAK SEHAT                                                                                                                                     |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Napas                 | 40-60 kali/menit                                                                                                                                                 | Kurang 40 kali/menit atau lebih dari 60 kali/menit                                                                                              |
| Warna kulit           | Merah Muda                                                                                                                                                       | Bayi pucat/biru pada tubuh                                                                                                                      |
| Kejang                | Tidak ada                                                                                                                                                        | Ada, mata mendelik, tangan bergerak seperti menari, menangis melengking, tiba-tiba badan kaku, mulut mecucu                                     |
| Aktivitas             | Menangis jika sedang haus dan buang air                                                                                                                          | Menangis terus, bayi lemas tidak bergerak                                                                                                       |
| Minum ASI             | Mau minum                                                                                                                                                        | Tidak mau minum atau memuntahkan semuanya                                                                                                       |
| Hisapan bayi          | Hisapan kuat                                                                                                                                                     | Hisapan lemah                                                                                                                                   |
| Kuning pada bayi      | Tidak ada/Ada: <ul style="list-style-type: none"> <li>Muncul antara 24-72 jam pertama</li> <li>Hilang dalam 2 minggu</li> <li>Bilirubin &lt; 15 mg/dl</li> </ul> | Ada <ul style="list-style-type: none"> <li>Muncul &lt; 24 jam pertama atau menetap setelah 2 minggu</li> <li>Bilirubin &gt; 15 mg/dl</li> </ul> |
| Buang air kecil       | 6 - 8 kali/hari                                                                                                                                                  | air seni pekat dan sedikit (BAK < 6 kali/hari)                                                                                                  |
| Buang air besar       | Encer berisi seperti biasanya                                                                                                                                    | Sangat encer/ tidak bisa buang air besar lebih dari 3 hari (adanya perubahan konsistensi dan frekuensi buang air besar)                         |
| Suhu tubuh            | Normal (36,5°C - 37,5°C)                                                                                                                                         | Panas seluruh tubuh/ dingin seluruh tubuh                                                                                                       |
| Tali pusat            | Bersih                                                                                                                                                           | Merah di pinggir tali pusat/ bernanah/ berbau                                                                                                   |
| Mata                  | Bening                                                                                                                                                           | Merah menetap, bernanah, ada kotoran                                                                                                            |
| Bercak putih di mulut | Tidak ada                                                                                                                                                        | Ada                                                                                                                                             |
| Kulit                 | Bersih                                                                                                                                                           | Ada bintil berair dan kemerahan                                                                                                                 |

*Catatan*





## KONDISI BALITA



### Tanda Anak Sehat:

- ☐ Berat badan naik sesuai garis pertumbuhan, mengikuti pita hijau di KMS atau naik ke pita warna di atasnya
- ☐ Anak bertambah tinggi.
- ☐ Kemampuan gerak, bicara, sosialisasi bertambah sesuai usia
- ☐ Jarang sakit
- ☐ Ceria, aktif, lincah

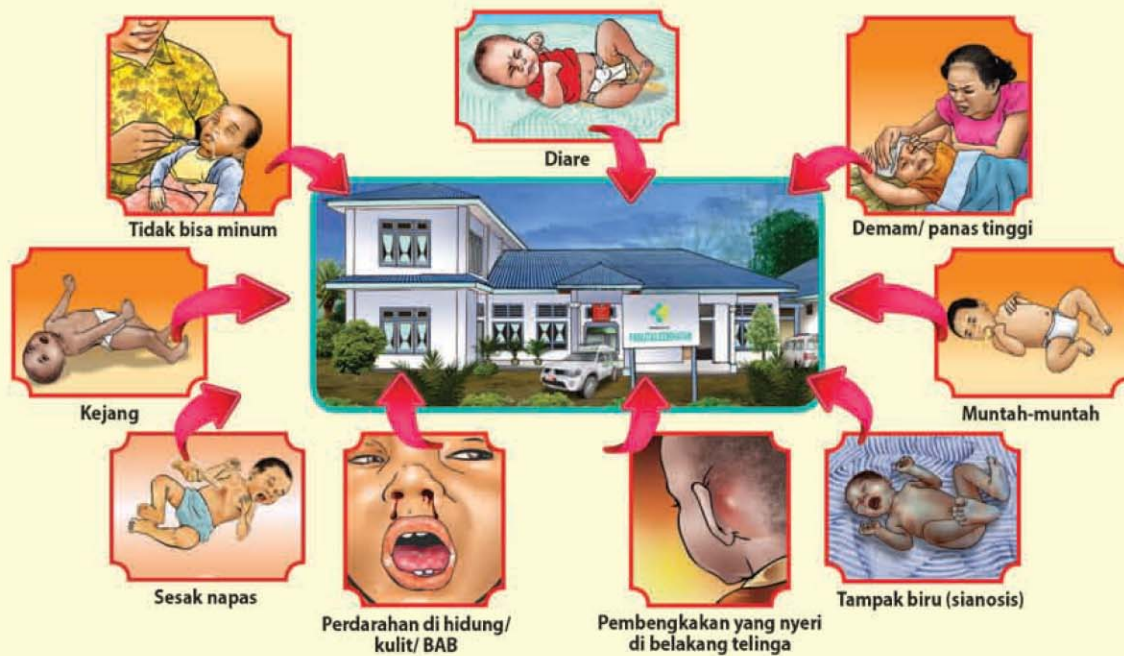
## Pelayanan Kesehatan Bayi dan Anak Balita

- ☐ Pemantauan pertumbuhan (timbang berat badan (BB), ukur panjang/tinggi badan (PB/TB), dan lingkar kepala (LK))
- ☐ Pemantauan perkembangan
- ☐ Imunisasi dasar lengkap dan lanjutan
- ☐ Kapsul vitamin A untuk 6 bulan ke atas
- ☐ Obat cacing untuk 1 tahun ke atas



## TANDA BAHAYA PADA BALITA

**Jika ditemukan 1 (satu) atau lebih tanda bahaya di bawah ini, balita segera dibawa ke fasilitas kesehatan (Puskesmas, dokter praktik, dan Rumah Sakit)**



## KESIAPSIAGAAN DALAM SITUASI BENCANA

Indonesia merupakan negara yang terletak di wilayah yang rawan bencana, bencana alam yang sering terjadi di Indonesia antara lain gempa bumi, erupsi gunung berapi, kebakaran hutan/lahan longsor, banjir, tsunami, di samping bencana nonalam seperti pandemi virus atau situasi konflik. Kelompok yang paling rentan terdampak



bencana diantaranya adalah ibu hamil, ibu nifas, bayi dan balita. Kondisi pengungsian yang padat dan tidak memadai, dengan hygiene dan sanitasi yang buruk, berisiko tinggi menimbulkan berbagai penyakit, termasuk risiko terinfeksi penyakit menular dan peningkatan kasus gizi kurang. Disamping itu juga berisiko terhadap pelecehan, kekerasan, dan trauma. Selain risiko kesakitan, kecatatan dan kematian, anak dan balita juga memiliki risiko terpisah dari orang tua.

Reaksi bayi dan anak berumur 1-2 tahun sangat dipengaruhi oleh suasana kejiwaan orangtuanya dalam menghadapi bencana. Bila orangtua panik dan cemas, maka anak-anak tersebut akan gelisah, rewel dan mudah terkena penyakit. Anak usia prasekolah mudah merasa tidak berdaya dan terus mengingat trauma psikis yang dialami akibat bencana. Hal ini mengakibatkan gangguan tidur dan anak lebih banyak berdiam diri.

Bimbingan untuk bermain dapat mengurangi masalah tersebut.



Dalam situasi normal, ibu hamil, ibu bersalin, bayi,

dan balita terutama yang tinggal di daerah rawan bencana untuk mempersiapkan kesiapsiagaan menghadapi bencana:

- Membuat rencana darurat keluarga
  - Kenali ancaman bencana
  - Nomor kontak penting (keluarga, fasilitas pelayanan kesehatan/rumah sakit/puskesmas/rumah bersalin/klinik, dan lain-lain)
  - Identifikasi lokasi untuk mematikan air, gas, dan listrik
  - Identifikasi titik kumpul dan titik aman di dalam bangunan atau rumah
  - Ketahui rute evakuasi
  - Identifikasi anggota keluarga yang rentan (bayi, balita, ibu hamil, ibu bersalin nifas, lanjut usia, dan penyandang disabilitas)
- Menyimak informasi dari radio/ televisi/ media online/ informasi resmi dari BPBD, BNPB. Apabila sudah terbentuk posko, informasi lanjutan akan diberikan oleh posko setempat
- Menyiapkan kit bencana





## Cara Membuat MP ASI dari Makanan Keluarga

### Bayi 6-8 bulan:

#### Contoh Bahan Matang:

- Nasi putih 30 gr
- Dadar telur 35 gr
- Sayur kare wortel tempe 20 gr



#### Cara Membuat:

- Nasi, telur dadar, tempe dan wortel (dari sayur kare) dilumatkan kemudian disaring
- Ditambahkan kuah sayur (santan kare) sampai mendapatkan konsistensi bubur kental
- Sajikan.



### Bayi 9-11 bulan:

#### Contoh Bahan Matang:

- Nasi putih 45 gr
- Ikan kembung bumbu kuning 30 gr
- Tumis buncis 25 gr



#### Cara Membuat:

- Nasi, ikan kembung bumbu kuning dan tumis buncis dicincang
- Sajikan dengan kuah sayur (santan kare).



### Anak 12-23 bulan:

#### Contoh Bahan Matang:

- Nasi putih 55 gr
- Semur hati ayam 45 gr
- Bening/ bobor bayam 20 gr



#### Cara Membuat:

MP ASI untuk anak 12-23 bulan disajikan dalam bentuk makanan keluarga (dicincang agak besar jika diperlukan)



## Contoh Makanan Selingan

### Perkedel kentang isi daging



## Cara Membuat MP ASI dari Bahan Mentah

### Bayi 6-8 bulan:

#### Contoh Bahan:

- Beras putih 10 gr
- Telur ayam 30 gr
- Tempe kedelai 10 gr
- Wortel 10 gr
- Santan 30 gr



#### Cara memasak:

- Memasak beras, tambahkan santan dan bumbu yang telah ditumis dengan sedikit minyak (bawang merah, daun salam, kunyit)
- Setelah nasi masak, masukan telur yang telah dikocok lepas, tempe dan wortel yang telah dicincang
- Aduk-aduk sampai mendapatkan konsistensi bubur kental
- Sajikan



### Bayi 9-11 bulan:

#### Contoh Bahan:

- Beras putih 15 gr
- Ikan kembung 30 gr
- Minyak kelapa 10 gr
- Wortel 15 gr
- Tempe 10 gr



#### Cara memasak:

- Memasak beras, tambahkan bumbu yg telah ditumis (bawang merah, daun salam, kunyit) dengan minyak kelapa
- Setelah nasi masak, masukkan ikan kembung dan buncis yang telah dicincang
- Aduk-aduk sampai mendapatkan konsistensi bubur kasar/ cincang
- Sajikan



### Anak 12-23 bulan:

#### Contoh Bahan:

- Beras putih 25 gr
- Hati ayam 50 gr
- Minyak kelapa 5 gr
- Bayam 20 gr
- Santan 50 gr



#### Cara memasak:

- Memasak beras sampai menjadi nasi
- Membuat hati ayam goreng (goreng/tumis hati ayam dengan minyak kelapa)
- Membuat sayur bayam
- Sajikan



ANAK dengan DISABILITAS rentan terhadap masalah kesehatan karena lebih berisiko mendapat kekerasan baik dari keluarga atau lingkungan karena Anak dengan Disabilitas mengalami hambatan dalam pemenuhan gizi, ketidakmampuan memelihara kebersihan perorangan dan cenderung berperilaku berisiko yang tidak sesuai norma masyarakat.

## Orang tua dan anggota keluarga membantu Anak dengan Disabilitas dalam menjalankan aktifitas sehari-hari:

- Penguatan mental untuk bisa menerima kondisi anak dengan segala kekurangannya.
- Melindungi dan memberi rasa aman pada anak dengan memberikan kasih sayang, semangat dan motivasi secara optimal.
- Ajari anak dengan sabar melatih kemandirian anak dalam melakukan aktifitas sehari-hari.
- Menyediakan makanan bergizi seimbang dan memeriksakan kesehatan anak secara teratur serta memantau tumbuh kembang anak.
- Anak dengan disabilitas perlu kontrol teratur untuk terapi, pemantauan status gizi, kemajuan perkembangan, serta melengkapi status imunisasi di fasilitas kesehatan terdekat. Anak dengan disabilitas rentan terhadap masalah kesehatan karena lebih berisiko mendapat kekerasan dari orang tua/ lingkungannya akibat dari kelainan/ kecacatannya, mengalami hambatan dalam pemenuhan gizi, ketidakmampuan anak dalam memelihara kebersihan perorangan, cenderung berperilaku berisiko yang tidak sesuai dengan norma masyarakat.
- Anak dengan gangguan kemampuan berbicara dan berbahasa, pahami anak akan kesulitan dalam mengekspresikan secara lisan. Melatih anak melafalkan huruf, vokal dan konsonan, suku kata, kata, dan kalimat, melatih anak memperhatikan dan mendengar pembicaraan.

## Komunitas orang tua, organisasi masyarakat untuk anak dengan disabilitas

- Forum Komunikasi Keluarga Anak Dengan Kecacatan (FKKADK)
- Persatuan Orang Tua Anak Dengan Down Syndrome (POTADS)
- Ikatan Sindrome Down Indonesia (ISDI)
- Komunitas Peduli Tuna Daksa (KOPETUNDA)
- Persatuan Tuna Netra Indonesia (PERTUNI)
- Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia (HWDI)
- Gerakan untuk Kesejahteraan Tuna Rungu Indonesia (GERKATIN)
- Federasi Kesejahteraan Penyandang Cacat Tubuh Indonesia (FKPCTI)
- Yayasan Autis Indonesia (YAI)
- Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC)
- Yayasan Sayap Ibu
- Bagi keluarga yang jauh dari komunitas tersebut di atas, dapat melibatkan diri dalam kegiatan Posyandu, PAUD, PKK, RBM. Polindes/Poskesdes, dan Puskesmas terdekat





## PERAWATAN BAYI USIA 29 HARI – 3 BULAN

- **Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah memegang dan merawat bayi.**
- **Tetap beri Air Susu Ibu (ASI Eksklusif) sampai usia 6 bulan untuk mencukupi gizi bayi.** ASI mengandung semua zat yang dibutuhkan bayi yaitu karbohidrat, protein, air, DHA/ARA, lemak, vitamin, mineral, enzim, faktor pertumbuhan, anti parasit, anti alergi, anti virus, hormon, dan antibodi.

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia bayi dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga.

Stimulasi bayi pada rentang usia 0–3 bulan dengan:

- Ciptakan rasa nyaman, aman, senang
- Peluk, cium, ayun
- Senyum, tatap mata, ajak bicara,
- Tirukan ocehan dan mimik bayi
- Interaksi langsung untuk mengenalkan berbagai suara, bunyi, atau nyanyian"
- Gantung benda berwarna, berbunyi
- Meraih, meraba, pegang mainan, angkat kepala
- Gulingkan kanan–kiri, tengkurap–telentang



Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini. Centang Ya atau Tidak sesuai perkembangan bayi anda. Jika pada usia 3 bulan bayi belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa bayi ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan.

|    |                                                                       | Ya                       | Tidak                    |
|----|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Bayi bisa mengangkat kepala mandiri hingga setinggi 45 derajat?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Bayi bisa menggerakkan kepala dari kiri/kanan ke tengah?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Bayi bisa melihat dan menatap wajah anda?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Bayi bisa mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Bayi suka tertawa keras?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Bayi bereaksi terkejut terhadap suara keras?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Bayi membalas tersenyum ketika diajak bicara/ tersenyum?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Bayi mengenal ibu dengan penglihatan, penciuman, pendengaran, kontak? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bawa bayi anda setiap bulan ke Posyandu/ Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan, untuk mendapat pelayanan: Pemantauan pertumbuhan, deteksi perkembangan usia 3 bulan, imunisasi **usia 1 bulan:** BCG dan Polio 1, **usia 2 bulan:** DPT– HB – Hib 1 dan Polio 2, **usia 3 bulan:** DPT – HB – Hib 2 dan Polio 3, Ibu/Ayah/ Keluarga mengikuti Kelas Ibu Balita

### Manfaat imunisasi:

|            |                                                                                                                                                                                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BCG        | mencegah penularan penyakit TBC berat                                                                                                                                                               |
| Polio, IPV | mencegah penularan penyakit polio yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai dan atau lengan                                                                                                   |
| DPT–HB–Hib | mencegah penularan penyakit difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan napas; batuk rejan (batuk 100 hari); tetanus; hepatitis B; dan infeksi Hib yang menyebabkan meningitis (radang selaput otak) |

## KESELAMATAN LINGKUNGAN

### Hindarkan anak dari risiko jatuh



Televisi, meja, lemari, dan rak yang tidak cukup kuat dipanjat oleh bayi harus diikat atau menempel di dinding. Beri bantal pada tepi mebel/perabot yang sudutnya tajam



Baby walker tidak disarankan karena menghambat anak dalam melakukan langkah dan dapat menyebabkan bayi terjatuh



Jendela minimal 1 meter dari lantai untuk mencegah bayi memanjat



Sering-seringlah memeriksa gerbang pagar rumah untuk mencegah bayi memanjat



Jangan tinggalkan bayi sendiri di tempat-tempat tinggi



Tangga dan balkon dipasang pagar dan jarak antar pagarnya tidak lebih dari 9 cm untuk mencegah kepala atau bagian tubuh bayi melewatinya

Memasang pengaman di sekitar tempat tidur anak untuk mencegah anak jatuh dari tempat tidur

### Hindarkan Anak dari Luka Bakar dan Bahaya Listrik



Jauhkan anak dari kabel listrik dan panci panas

Soket listrik harus dipasang jauh dari jangkauan anak-anak atau dengan perangkat penutup



Jangan memegang barang yang panas ketika memegang atau memangku bayi

### Hindarkan Anak dari Terkena infeksi

- Cuci tangan anak memakai sabun secara teratur
- Memotong kuku anak secara berkala
- Ajari anak untuk tidak menyentuh mata, hidung, dan mulut
- Imunisasi anak
- Jangan biarkan anak berbagi sikat gigi
- Jangan sembarangan pegang binatang
- Ajarkan anak untuk menutup mulut dengan siku tangan ketika batuk atau bersin
- Ajarkan anak untuk menjaga kebersihan diri

### Mencegah Bayi Kekurangan Napas



Jangan memberikan makanan anak yang keras dan sulit dikunyah



Jangan biarkan anak bermain dengan benda yang berisiko anak terjatuh/ tercekik, tidak bisa bernafas (tali panjang, kantong plastik, mainan kecil, dsb)



Hindari menidurkan bayi dalam posisi telungkup tanpa pengawasan

### Hindarkan Anak dari Bahaya Tenggelam



Jangan biarkan anak sendiri di bak mandi atau ember



Beri pembatas yang aman agar anak tidak leluasa menjangkau sumber air sendiri

Jangan biarkan anak bermain di tepi kolam renang tanpa pengawasan



Anak usia 1 tahun 6 bulan diajari tentang bahaya air.



Anak usia 2 tahun harus diajari cara melayang ketika jatuh di air dan berenang jarak pendek



Anak usia 6 tahun harus bisa berenang dengan keterampilan bertahan di air



## PERAWATAN BAYI USIA 6 – 9 BULAN

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah memegang dan merawat bayi.
- Lanjutkan pemberian Air Susu Ibu (ASI Eksklusif) ditambah Makanan Pendamping (MP-ASI). Informasi MP-ASI pada halaman 40–41.

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia bayi dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga.

Stimulasi bayi pada rentang usia 6–9 bulan dengan:

- Peluk, senyum, bicara, panggil namanya,
- Bersalaman, tepuk tangan, melambai ke orang lain
- Kenalkan/ tunjuk nama orang (papa/ mama) dan benda sekitar
- Cilukba, melihat cermin
- Tunjuk dan sebutkan nama gambar
- Bacakan dongeng
- Pegang mainan dengan 2 tangan
- Masukkan benda kecil ke dalam wadah
- Sembunyikan dan cari mainan
- Mainan yang mengapung di air
- Memukul-mukul
- Duduk, merangkak, berdiri berpegangan

Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini. Centang Ya atau Tidak sesuai perkembangan bayi anda. Jika pada usia 9 bulan bayi belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa bayi ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan. Untuk bayi usia 6–8 bulan, gunakan ceklis pemantauan perkembangan halaman sebelumnya.

|                                                                                 | Ya                       | Tidak                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bayi bisa duduk secara mandiri?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bayi belajar berdiri, kedua kakinya menyangga sebagian berat badan?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bayi bisa merangkak meraih mainan atau mendekati seseorang?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bayi bisa memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lainnya.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bayi bisa memungut 2 benda, kedua tangan pegang 2 benda pada saat bersamaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bayi bisa memungut benda sebesar kacang dengan cara meraup?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bayi bersuara tanpa arti, mamama, bababa, dadada, tatatata?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bayi mencari mainan/benda yang dijatuhkan?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bayi bermain tepuk tangan/ciluk ba                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bayi bergembira dengan melempar benda?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bayi makan kue sendiri?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lanjutkan perawatan gigi bayi anda, perhatikan tumbuhnya 4 gigi seri rahang atas dan rahang bawah

Bawa bayi anda setiap bulan ke Posyandu/ Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan, untuk mendapat pelayanan:

- ☐ Pemantauan pertumbuhan,
- ☐ Pemantauan perkembangan (usia 6 bulan dan 9 bulan)
- ☐ Kapsul Vitamin A (bulan Februari atau Agustus)
- ☐ Imunisasi usia 9 bulan Campak–Rubella
- ☐ Ibu/Ayah/Keluarga mengikuti Kelas Ibu Balita.

### Manfaat Imunisasi

- ☐ Campak–Rubella mencegah penularan penyakit campak rubella yang dapat mengakibatkan komplikasi radang paru, radang otak dan kebutaan



Manfaat Vitamin A untuk meningkatkan kesehatan mata dan pertumbuhan anak



## PERAWATAN ANAK USIA 5 – 6 TAHUN

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir untuk merawat anak
- Penuhi gizi anak dengan makanan keluarga yang bervariasi terdiri dari makanan pokok, lauk–pauk, minyak, sayur dan buah

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia anak dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga.

Stimulasi anak pada rentang usia 5–6 tahun dengan:

- Mengenal nama, fungsi benda–benda
- Bacakan buku, tanya jawab, bercerita
- Menonton TV didampingi maksimal 1 jam, menyanyi
- Cuci tangan, cebok, berpakaian, rapikan mainan
- Makan dengan sendok garpu, masak–masakan
- Menggunting, menempel, menjahit,
- Menyusun balok, memasang puzzle, menggambar, mewarna, menulis nama
- Mengingat, menghafal, mengerti aturan, urutan
- Membandingkan besar kecil, banyak sedikit
- Menghitung, konsep satu dan setengah
- Mengenal angka, huruf, simbol, jam, hari, tanggal
- Melempar, menangkap, berlari, melompat
- Memanjat, merayap, sepeda roda 3, ayunan
- “berjualan”, “bertukang”, mengukur



Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini.

Lingkari ya atau tidak sesuai perkembangan anak anda. Jika pada usia 6 tahun anak belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa anak ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan. Untuk anak usia 60–71 bulan, gunakan ceklis pemantauan perkembangan halaman sebelumnya.

|                                                                                 | Ya                       | Tidak                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Anak bisa berjalan lurus                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Anak bisa berdiri dengan 1 kaki selama 11 detik                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Anak bisa menggambar dengan 6 bagian, menggambar orang lengkap               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Anak bisa menangkap bola kecil dengan kedua tangan                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Anak bisa menggambar segi empat                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Anak bisa mengerti arti lawan kata                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Anak bisa mengerti pembicaraan yang menggunakan 7 kata atau lebih            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anak bisa menjawab pertanyaan tentang benda terbuat dari apa dan kegunaannya | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Anak bisa mengenal angka, bisa menghitung angka 5 –10                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Anak bisa mengenal warna–warni                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Anak bisa mengungkapkan simpati                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Anak bisa mengikuti aturan permainan                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Anak bisa berpakaian sendiri tanpa dibantu                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lanjutkan perawatan gigi dengan mengingatkan anak menyikat gigi

- Gigi susu sudah tumbuh semua: 20 buah, mulai tumbuh 2 gigi geraham tetap, rahang bawah pertama kiri dan kanan
- Periksakan gigi anak secara rutin setiap 3–6 bulan sekali ke dokter gigi atau perawat gigi di Puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya

Bawa anak anda ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan jika memerlukan konsultasi kondisi kesehatan anak.



## PERAWATAN ANAK USIA 12 – 18 BULAN

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah bermain dan merawat anak.
- Lanjutkan pemberian Air Susu Ibu ditambah Makanan Pendamping (MP-ASI). Informasi MP-ASI pada halaman 40–41.

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia anak dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga.

Stimulasi anak pada rentang usia 12–18 bulan dengan:

- Berjalan mundur, naik tangga
- Tangkap dan lempar bola
- Menyusun balok atau puzzle, menggambar
- Bermain air, meniup, menendang bola
- Bercerita tentang gambar di buku
- Menyebutkan nama benda, menyanyi
- Main telpon–telponan, menyatakan keinginan
- Bermain dengan teman sebaya, petak umpet
- Merapikan mainan, membuka baju
- Makan bersama
- Merangkai manik besar

Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini. Centang Ya atau Tidak sesuai perkembangan anak anda. Jika pada usia 18 bulan anak belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa anak ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan. Untuk anak usia 12–17 bulan, gunakan ceklis pemantauan perkembangan halaman sebelumnya.

|                                                                                                                                            | Ya                       | Tidak                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Anak bisa berdiri sendiri tanpa berpegangan?                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Anak bisa membungkuk memungut mainan kemudian berdiri kembali?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Anak bisa berjalan mundur lima langkah?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Anak bisa memanggil ayah dengan kata "papa", memanggil ibu dengan kata "mama"?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Anak bisa menumpuk dua kubus?                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Anak bisa memasukkan kubus di kotak?                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Anak bisa menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis/merengek, anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anak bisa memperlihatkan rasa cemburu / bersaing?                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Lanjutkan perawatan gigi anak anda.

Perhatikan tumbuhnya gigi, pada usia 18 bulan adanya gigi susu berjumlah 16 buah

Bawa anak anda setiap bulan ke Posyandu/ Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan.

Untuk mendapat pelayanan pemantauan pertumbuhan; perkembangan usia 12 bulan, 15 bulan dan 18 bulan; kapsul vitamin A (bulan Februari dan Agustus); obat cacing, Imunisasi usia 18 bulan (DPT–HB–Hib dan Campak–Rubella lanjutan); ibu/ ayah/ keluarga mengikuti Kelas Ibu Balita.

### Manfaat Imunisasi Lanjutan.

Imunisasi lanjutan merupakan ulangan Imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang masa perlindungan anak yang sudah mendapatkan Imunisasi dasar.

### Manfaat Obat Cacing.

Pemberian obat cacing pada anak bermanfaat dalam pencegahan dan pengobatan infeksi cacingan sehingga dampak cacingan pada tubuh dapat dicegah. Selain itu PHBS dapat menjaga anak terhindar dari infeksi cacingan



## PERAWATAN ANAK USIA 3 – 4 TAHUN

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah bermain dan merawat anak.
- Penuhi gizi anak dengan makanan keluarga yang bervariasi terdiri dari makanan pokok, lauk–pauk, minyak, sayur dan buah

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia anak dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga.

Stimulasi anak pada rentang usia 3–4 tahun dengan:

- Menyebutkan nama benda, sifat, guna benda
- Bacakan cerita, tanya jawab
- Anak diminta bercerita pengalaman
- Menonton TV didampingi, menyanyi
- Cuci tangan, cebok, berpakaian, rapikan mainan
- Makan dengan sendok garpu
- Menyusun balok atau puzzle, menggambar, menempel
- Mengelompokkan benda sejenis
- Mencocokkan gambar dan benda
- Menghitung
- Melempar, menangkap, berlari, melompat, memanjat, merayap

Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini.

Centang Ya atau Tidak sesuai perkembangan anak anda. Jika pada usia 4 tahun anak belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa anak ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan. Untuk anak usia 36–47 bulan, gunakan ceklis pemantauan perkembangan halaman sebelumnya.

|                                                             | Ya                       | Tidak                    |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Anak bisa berdiri 1 kaki 2 detik                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Anak bisa melompat kedua kaki diangkat                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Anak bisa mengayuh sepeda roda tiga                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Anak bisa menggambar garis lurus                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Anak bisa menumpuk 8 buah kubus                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Anak bisa mengenal 2–4 warna                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Anak bisa menyebut nama, umur, tempat                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anak bisa mengerti arti kata di atas, di bawah, di depan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Anak bisa mendengarkan cerita                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Anak bisa mencuci dan mengeringkan tangan sendiri       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Anak bermain bersama teman, mengikuti aturan permainan  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Anak bisa mengenakan sepatu sendiri                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Anak bisa mengenakan celana panjang, kemeja, baju       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



### Lanjutkan perawatan gigi dengan mengingatkan anak menyikat gigi

Bawa anak anda setiap bulan ke Posyandu/ Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan, untuk mendapat pelayanan:

- ☐ Pemantauan pertumbuhan
- ☐ Pemantauan perkembangan usia 36 bulan, 42 bulan dan 48 bulan.
- ☐ Kapsul Vitamin A (bulan Februari dan Agustus), obat cacing
- ☐ Ibu/Ayah/Keluarga mengikuti Kelas Ibu Balita





## PEMENUHAN GIZI DAN PERAWATAN ANAK USIA 2-5 TAHUN

Penuhi gizi balita dengan makanan keluarga yang bervariasi terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, minyak, sayur dan buah.



Gizi seimbang berisi karbohidrat, protein, lemak dan vitamin mineral.



- Membiasakan anak makan 3 kali sehari (pagi, siang, dan malam) bersama keluarga
- Penuhi gizi anak dengan makanan kaya protein seperti ikan, telur, tempe, susu, dan tahu.
- Penuhi gizi anak dengan mengonsumsi sayuran dan buah-buahan.
- Batasi anak mengonsumsi makanan selingan yang terlalu manis, asin, dan berlemak.
- Pastikan anak minum air putih sesuai kebutuhan
- Biasakan bermain bersama anak dan melakukan aktivitas fisik setiap hari.

### Kebutuhan cairan anak:

- umur 2 – 3 tahun sekitar 1.300 mL/ hari atau +/- 5 gelas belimbing.
- umur di atas 3 tahun kebutuhan cairan 1.700 mL/ hari atau +/- 7 gelas belimbing



### Biasakan mencuci tangan

- Biasakan cuci tangan dan kaki anak dengan air bersih dan sabun setiap habis bermain
- Gunting kuku tangan dan kaki secara teratur dan jaga kebersihan



### Perawatan gigi anak anda

- Mulai ajari anak menyikat gigi di depan cermin, secara teratur selama 2 menit dampingi anak menggosok gigi sampai anak usia 8 tahun
- Untuk anak usia 2-6 tahun pasta giginya seukuran 1 biji kacang polong
- Untuk mengurangi risiko gigi berlubang pada anak:
  - Jangan biasakan anak minum susu dengan botol sambil tiduran
  - Jangan membiarkan anak melakukan kebiasaan menghisap ibu jari atau dot (mengempeng)
  - Hindari anak dari makan makanan manis yang bersifat lengket di antara waktu makan
  - Biasakan teratur menyikat gigi sebelum tidur
  - Jangan membiarkan anak mengemut makanan



## PERAWATAN ANAK USIA 2 – 3 TAHUN

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah bermain dan merawat anak.
- Pastikan gizi anak terpenuhi dengan makanan keluarga yang bervariasi terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, minyak, sayur dan buah.

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia anak dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga. Stimulasi anak pada rentang usia 2-3 tahun dengan:

- Sebutkan nama benda, sifat, guna benda
- Bacakan cerita, tanya jawab,
- Anak diminta bercerita pengalaman
- menonton TV didampingi maksimal 1 jam, menyanyi
- Cuci tangan, cebok, berpakaian, rapikan mainan
- Makan dengan sendok garpu
- Menyusun balok, memasang puzzle, menggambar, menempel
- Mengelompokkan benda sejenis
- Mencocokkan gambar dan benda
- Menghitung
- Melempar, menangkap,
- Berlari, melompat, memanjat, merayap



Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini. Centang Ya atau Tidak sesuai perkembangan anak anda. Jika pada usia 3 tahun anak belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa anak ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan. Untuk anak usia 24-35 bulan, gunakan ceklis pemantauan perkembangan halaman sebelumnya.

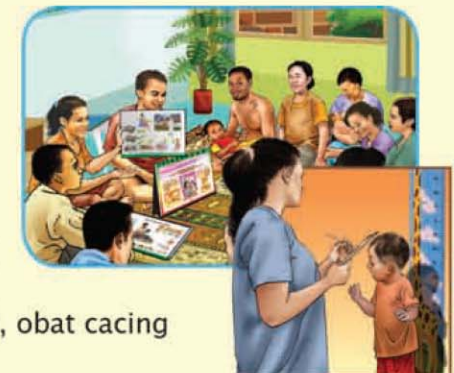
|                                                                                               | Ya                       | Tidak                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Anak bisa jalan naik tangga sendiri                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Anak bisa bermain dan menendang bola kecil                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Anak bisa mencoret-coret pensil pada kertas                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Anak bisa bicara dengan baik, menggunakan 2 kata                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Anak bisa menunjuk 1 atau lebih bagian tubuhnya ketika diminta                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Anak bisa melihat gambar dan dapat menyebut dengan benar nama 2 benda atau lebih           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Anak bisa membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anak bisa makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Anak bisa melepas pakaiannya sendiri                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



### Lanjutkan perawatan gigi dengan mengingatkan anak menyikat gigi

Bawa anak anda setiap bulan ke Posyandu/ Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan, untuk mendapat pelayanan:

- ☐ Pemantauan pertumbuhan
- ☐ Pemantauan perkembangan usia 24 bulan, 30 bulan dan 36 bulan.
- ☐ Kapsul Vitamin A (bulan Februari dan Agustus), obat cacing
- ☐ Ibu/Ayah/Keluarga mengikuti Kelas Ibu Balita





POLA ASUH ANAK USIA 3 - 6 TAHUN

- Harus ada kerjasama ayah dan ibu serta anggota keluarga dalam membantu anak menjalani tahap usia dini. Pada tahap ini terjadi proses mencontoh peran yaitu anak laki-laki mencontoh peran ayah sedangkan anak perempuan mencontoh peran ibu. Ajari anak konsep perbedaan laki-laki dan perempuan.
- Mengajari anak untuk menjaga bagian pribadinya (alat kelamin, paha, dada, pantat dan kaki) untuk menghindari pelecehan
- Orangtua membantu anak mengucapkan kata-kata dengan benar
- Memenuhi kebutuhan anak, baik materi maupun non materi
- Beri kepercayaan anak untuk melakukan hal-hal tertentu secara mandiri sesuai kemampuan anak
- Memberi kesempatan pada anak untuk mengurus diri-sendiri dengan pengawasan
- Ketika anak ketakutan, dekaplah dia agar merasa aman, bicarakan ketakutannya, buat anak menjadi nyaman dan merasa dimengerti
- Anak 3-5 tahun perlu tidur 10-13 jam sehari (termasuk tidur siang)
- Penggunaan gawai pada anak berusia > 24 bulan:
  - Batasi penggunaan gawai tidak lebih dari 1 jam per hari
  - Hanya memilih konten program yang berkualitas untuk anak
  - Hendaknya dimainkan bersama orangtua (didampingi) untuk meningkatkan proses belajar anak, memperbanyak interaksi, dan mengatur pembatasan waktu penggunaan gawai
  - Jangan menggunakan gawai selama proses makan, dan pada 1 jam sebelum waktunya tidur
  - Matikan semua TV dan perangkat media bila sedang tidak digunakan
  - Jangan menggunakan gawai dengan tujuan untuk menenangkan perilaku anak.



- Berupaya agar kamar tidur, waktu saat makan, dan waktu bermain dengan anak, semuanya terbebas dari penggunaan gawai.
- Mempunyai berbagai alternatif aktivitas lain dalam rangka membatasi waktu penggunaan gawai, belajar memecahkan masalah, dan untuk menenangkan perilaku anak.



Bawa anak ke Posyandu/ Fasilitas Kesehatan setiap bulan untuk memantau pertumbuhan, perkembangan (sesuai jadwal), vitamin A dan obat cacing.

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah bermain dan merawat anak.
- Lanjutkan pemberian Air Susu Ibu ditambah Makanan Pendamping (MP-ASI). Informasi MP-ASI pada halaman 40-41.

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia anak dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga.

Stimulasi anak pada rentang usia 18-24 bulan dengan:

- Bicara, bertanya, bercerita, bernyanyi,
- Tanya jawab, main telpon-telponan
- Perintah sederhana, membantu pekerjaan
- Melepas baju, rapikan mainan
- Makan bersama dengan sendok garpu
- Menyusun balok, memasang puzzle, menggambar, membentuk lilin
- Buat rumah-rumahan, petak umpet
- Berjalan, berlari, melompat
- Berdiri satu kaki, naik turun tangga
- Melempar, menangkap, menendang bola

Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini. Centang Ya atau Tidak sesuai perkembangan anak anda. Jika pada usia 24 bulan (2 tahun) anak belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa anak ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan. Untuk anak usia 18-23 bulan, gunakan ceklis pemantauan perkembangan halaman sebelumnya.

|                                                                     | Ya                       | Tidak                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Anak bisa berdiri sendiri tanpa berpegangan 30 detik             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Anak bisa berjalan tanpa terhuyung-huyung                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Anak bisa menumpuk 4 buah kubus                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Anak bisa memungut benda kecil dengan ibu jari dan jari telunjuk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Anak bisa menggelindingkan bola ke arah sasaran                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Anak bisa menyebut 3- 6 kata yang mempunyai arti                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Anak bisa membantu/menirukan pekerjaan rumah tangga              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anak bisa memegang cangkir sendiri, belajar makan-minum sendiri  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lanjutkan perawatan gigi anak anda

Perhatikan tumbuhnya gigi, pada usia 24 bulan adanya gigi susu berjumlah 20 buah. Gosok giginya setelah sarapan dan sebelum tidur dengan sikat gigi kecil khusus anak yang berbulu lembut, pakai pasta gigi mengandung flour cukup selapis tipis (1/2 biji kacang polong)



Bawa anak anda setiap bulan ke Posyandu/ Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan, untuk mendapat pelayanan:

- ☐ Pemantauan pertumbuhan
- ☐ Pemantauan perkembangan usia 18 bulan, 21 bulan dan 24 bulan
- ☐ Kapsul Vitamin A, obat cacing (bulan Februari dan Agustus),
- ☐ Imunisasi usia 18 bulan: DPT-HB-Hib Lanjutan dan Campak-Rubella Lanjutan,
- ☐ Ibu/Ayah/Keluarga mengikuti Kelas Ibu Balita.





## PERAWATAN ANAK USIA 4 – 5 TAHUN

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah bermain dan merawat anak.
- Penuhi gizi anak dengan makanan keluarga yang bervariasi terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, minyak, sayur dan buah

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia anak dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga.

Stimulasi anak pada rentang usia 4–5 tahun dengan:

- Bermain peran, anak diminta bercerita pengalaman
- Menggambar orang, mengenal huruf
- Main bola, lompat tali
- Latih untuk dapat mengikuti aturan permainan
- Kenalkan nama-nama hari
- Menyebut angka berurutan
- Mengajak anak sikat gigi bersama dan melatih sikat gigi sendiri
- Melatih memakai pakaian sendiri
- Memperkuat kepercayaan diri anak

Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini. Lingkari ya atau tidak sesuai perkembangan anak anda. Jika pada usia 5 tahun anak belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa anak ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan. Untuk anak usia 48–59 bulan, gunakan ceklis pemantauan perkembangan halaman sebelumnya.

|     |                                                                      | Ya                       | Tidak                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.  | Anak bisa berdiri 1 kaki 6 detik                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Anak bisa melompat-lompat 1 kaki                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Anak bisa menari                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Anak bisa menggambar tanda silang                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Anak bisa menggambar lingkaran                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Anak bisa menggambar orang dengan 3 bagian tubuh                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Anak bisa mengancing baju atau pakaian boneka                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Anak bisa menyebutkan nama lengkap tanpa dibantu                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Anak bisa senang menyebutkan kata-kata baru                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Anak bisa senang bertanya tentang sesuatu                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Anak bisa menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Anak bisa bicaranya mudah dimengerti                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Anak bisa membandingkan/membedakan sesuatu dari ukuran dan bentuknya | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Anak bisa menyebutkan angka, menghitung jari                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Anak bisa menyebutkan nama-nama hari                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Anak bisa berpakaian sendiri tanpa dibantu                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Anak bisa menggosok gigi tanpa dibantu                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Anak bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Lanjutkan perawatan gigi dengan mengingatkan anak menyikat gigi setelah makan dan sebelum tidur.

Bawa anak anda setiap bulan ke Posyandu/ Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan, untuk mendapat pelayanan:

- ☐ Pemantauan pertumbuhan
- ☐ Pemantauan perkembangan usia 48 bulan, 54 bulan dan 60 bulan.
- ☐ Kapsul Vitamin A (bulan Februari dan Agustus), obat cacing
- ☐ Ibu/Ayah/Keluarga mengikuti Kelas Ibu Balita



## PERAWATAN BAYI USIA 9 – 12 BULAN

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah memegang dan merawat bayi.
- Lanjutkan pemberian Air Susu Ibu (ASI Eksklusif) ditambah Makanan Pendamping (MP-ASI). Informasi MP-ASI pada halaman 40– 41.

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia bayi dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga.

Stimulasi bayi pada rentang usia 9–12 bulan dengan:

- Berbicara dengan boneka
- Menunjuk orang/benda/organ tubuh yang sudah dikenalkan,
- Mengucapkan orang/benda/organ tubuh yang sudah dikenalkan
- Bacakan dongeng pada saat mengenalkan dan menyuruh menunjuk
- Pegang mainan dengan 2 tangan
- Memasukkan benda kecil ke dalam wadah
- Menyusun balok
- Sembunyi dan cari mainan
- Memegang pensil dan mencoret-coret kertas
- Duduk, merangkak, berdiri berpegangan
- Berjalan mundur, jinjit



Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini. Centang Ya atau Tidak sesuai perkembangan bayi anda. Jika pada usia 12 bulan bayi belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa bayi ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan. Untuk bayi usia 9–11 bulan, gunakan ceklis pemantauan perkembangan halaman sebelumnya.

|     |                                                                      | Ya                       | Tidak                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.  | Bayi bisa mengangkat badannya ke posisi berdiri?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Bayi belajar berdiri selama 30 detik atau berpegangan di kursi?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Bayi dapat berjalan dengan dituntun?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Bayi mengulurkan lengan/ badan untuk meraih mainan yang diinginkan   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Bayi bisa menggenggam erat pensil?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Bayi memasukkan benda ke mulut?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Bayi mengulang menirukan bunyi yang didengar?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Bayi menyebut 2–3 suku kata yang sama tanpa arti?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Bayi mengeksplorasi sekitar, ingin tahu, ingin menyentuh apa saja?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Bayi bereaksi terhadap suara yang perlahan atau bisikan?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Bayi senang diajak bermain "CILUKBA"?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Bayi mengenal anggota keluarga, takut pada orang yang belum dikenal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Lanjutkan perawatan gigi bayi anda

Perhatikan tumbuhnya gigi, pada usia 9 bulan adanya gigi seri 8 buah, gigi geraham 4 buah. Bersihkan gigi anak dengan menggunakan kasa yang diberi air hangat dengan sedikit pasta gigi anak.

Bawa bayi anda setiap bulan ke Posyandu/ Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan, untuk mendapat pelayanan:

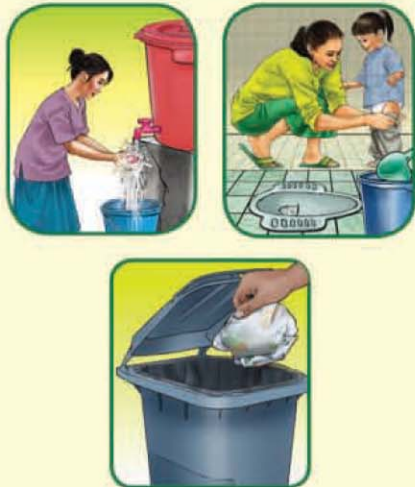
- ☐ Pemantauan pertumbuhan
- ☐ Pemantauan perkembangan (usia 9 bulan dan 12 bulan)
- ☐ Kapsul Vitamin A (bulan Februari atau Agustus),
- ☐ Ibu/Ayah/Keluarga mengikuti Kelas Ibu Balita.





## KESEHATAN LINGKUNGAN

- Jauhkan anak dari asap rokok, asap dapur, asap sampah, polusi kendaraan bermotor, dan dari kotoran limbah hewan ternak yang dipelihara berdampingan dengan rumah
- Pastikan selalu tersedia air bersih dan jamban sehat. Buang tinja anak di jamban sehat. Ibu mengajari anak BAB di jamban sehat.



Perlakuan popok sekali pakai:

- Mencuci tangan sebelum dan sesudah mengganti popok
- Bila anak BAB, sebaiknya sisa kotoran di popok disiram ke lubang pembuangan/ toilet sebelum popok dibuang
- Gulung dan rekatkan popok agar tertutup rapat sebelum dibuang
- Buang popok bekas pakai ke tempat pembuangan khusus
- Tidak membuang popok bekas pakai ke lubang toilet atau ke sungai



- Bersihkan bak penampungan air, dan tutup untuk menghindari berkembang biaknya jentik nyamuk
- Bersihkan rumah dan lingkungan bermain anak dari debu dan sampah. Dampingi anak saat bermain di luar rumah, dan hindarkan dari keramaian yang berisiko anak tertular penyakit
- Jaga kebersihan perlengkapan makan dan minum
- Hindari gigitan nyamuk, lindungi anak dengan mengoleskan losion kulit dan tidur dengan kelambu. Di daerah endemis malaria, anak harus tidur dalam kelambu berinsektisida
- Kurangi penggunaan bahan kimia dan pestisida yang dapat mencemari tanah
- Tanam tumbuhan hijau di halaman rumah
- Penjamah makanan selalu dalam kondisi sehat tidak menderita penyakit menular dan menerapkan kebersihan diri. Cara memasak menerapkan prinsip kunci keamanan pangan (menjaga pangan pada suhu aman, memasak dengan benar, memisahkan pangan matang dan pangan mentah, menjaga kebersihan, dan menggunakan air dan bahan baku yang aman)

## PERAWATAN BAYI USIA 3 – 6 BULAN

- Selalu cuci tangan anda dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah memegang dan merawat bayi.
- Lanjutkan pemberian Air Susu Ibu (ASI Eksklusif) untuk mencukupi gizi bayi. Kandungan gizi pada ASI mencukupi kebutuhan bayi hingga usia 6 bulan.

Setiap saat lakukan stimulasi sesuai usia bayi dalam suasana menyenangkan, baik oleh orang tua maupun anggota keluarga.

Stimulasi bayi pada rentang usia 3–6 bulan dengan:

- Peluk, cium, pandang mata, senyum, bicara,
- Mencari sumber suara
- Bermain cilukba, melihat wajah di cermin
- Memeluk, mengayun
- Melihat, meraih
- Mengamati benda kecil, benda bergerak
- Mengambil benda kecil
- Berguling-guling, duduk



Lakukan pemantauan perkembangan dengan ceklis di bawah ini. Centang Ya atau Tidak sesuai perkembangan bayi anda. Jika pada usia 6 bulan bayi belum bisa melakukan salah satu dari ceklis, bawa bayi ke Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan. Untuk bayi usia 3–5 bulan, gunakan ceklis pemantauan perkembangan halaman sebelumnya.

|                                                                                     | Ya                       | Tidak                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bayi bisa berbalik dari telungkup ke telentang?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bayi bisa mengangkat kepala secara mandiri hingga tegak 90°?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bayi bayi bisa mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bayi bisa menggenggam mainan kecil atau mainan bertangkai?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bayi bisa meraih benda yang ada dalam jangkauannya?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bayi bisa mengamati tangannya sendiri                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bayi berusaha memperluas pandangan?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bayi mengarahkan matanya pada benda-benda kecil?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bayi mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bayi tersenyum ketika melihat mainan/ gambar yang menarik saat bermain sendiri? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lakukan perawatan gigi, cara membersihkan gigi bayi:

- Gendong atau pangku anak dengan satu tangan
- Bersihkan gusi anak secara perlahan dengan kain atau lap basah yang dilingkarkan pada jari telunjuk ibu



Bawa bayi anda setiap bulan ke Posyandu/ Puskesmas/ Fasilitas Kesehatan, untuk mendapat pelayanan:

- ☐ Pemantauan pertumbuhan
- ☐ Pemantauan perkembangan (usia 3 bulan dan 6 bulan)
- ☐ Imunisasi pada usia 4 bulan: DPT–HB–Hib 3, Polio 4, IPV
- ☐ Ibu/Ayah/Keluarga mengikuti Kelas Ibu Balita





## Bagaimana MELINDUNGI ANAK dari KEKERASAN FISIK, PSIKIS, dan KEJAHATAN SEKSUAL?

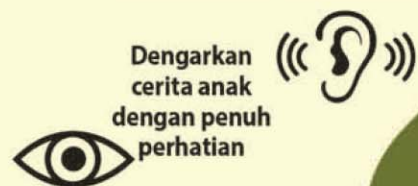
Lindungi Anak dari Kekerasan Fisik, Psikis, Seksual, dan Penelantaran. Contoh bentuk kekerasan:

- Mencubit, memukul (kekerasan fisik)
- Mengejek, mengancam (kekerasan psikis)
- Melakukan perbuatan cabul terhadap anak, mempertontonkan aktivitas seksual terhadap anak (kekerasan seksual)
- Tidak memenuhi kebutuhan gizi, kesehatan, pendidikan (penelantaran)



**WASPADA!** Banyak kekerasan fisik dan kejahatan seksual dilakukan oleh orang yang dikenal anak

## BANGUN KOMUNIKASI DENGAN ANAK



Dengarkan cerita anak dengan penuh perhatian

Orangtua belajar melihat dari sudut pandang anak. Jangan cepat mengkritik atau mencela cerita anak



Hargai pendapat dan selera walau mungkin orangtua tidak setuju

Jika anak cerita sesuatu hal yang sekiranya membahayakan, tanya anak bagaimana mereka menghindari bahaya tersebut

- Kelola stress Anda dan anggota keluarga lainnya
- Ketahui selalu keberadaan anak Anda
- Pastikan pengasuh anak Anda dapat dipercaya

Kenali dan penuhi hak anak Anda

## AJARKAN ANAK: TIDAK ADA ORANG YANG MENYENTUH BAGIAN PRIBADI



Perhatikan adanya tanda-tanda kekerasan pada anak

- Memar dan luka yang tidak bisa dijelaskan
- Gangguan makan dan tidur
- Perubahan perilaku
- Adanya infeksi menular seksual

Melanjutkan pemberian ASI disertai Makanan Pendamping ASI (MP ASI). Pemberian MP ASI yang baik harus sesuai syarat berikut ini:

## 1. Tepat waktu

MP ASI diberikan saat ASI saja sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi. MP ASI diberikan mulai usia 6 bulan

## 2. Adekuat

MP ASI yang diberikan dengan mempertimbangkan jumlah, frekuensi, konsistensi / tekstur / kekentalan dan variasi makanan. Variasi makanan dalam MP ASI terdiri dari:

- Makanan pokok: beras, biji-bijian, jagung, gandum, sagu, umbi, kentang, singkong, dan lain-lain.
- Makanan sumber protein hewani: ikan, ayam, daging, hati, udang, telur, susu dan hasil olahannya. Pemberian protein hewani dalam MP ASI diprioritaskan. Selain itu sumber protein nabati mulai diperkenalkan, yang terdapat dalam

kacang-kacangan (protein nabati): kedelai, kacang hijau, kacang polong, kacang tanah, dan lain-lain.

- Lemak diperoleh dari proses pengolahan misalnya dari penambahan minyak, santan, dan penggunaan protein hewani dalam MP ASI

Mulai diperkenalkan:

- Buah dan sayur mengandung vitamin A dan C: jeruk, mangga, tomat, bayam, wortel, dan lain-lain.

## 3. Aman

- Perhatikan kebersihan makanan dan peralatan.



- Mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan dan sebelum memberikan makanan kepada anak.

## 4. Diberikan dengan cara yang benar

- MP ASI diberikan secara teratur (pagi, siang, sore/ menjelang malam)
- Lama pemberian makan maksimal 30 menit.
- Lingkungan netral (tidak sambil bermain atau menonton TV)
- Ajari anak makan sendiri dengan sendok dan minum dengan gelas

| 6 - 8 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                | 9 - 11 bulan                                                                                                                                                                                                                                                | 12 - 23 bulan                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan menyusui</li> <li>• 2-3 sdm bertahap hingga 1/2 mangkok berukuran 250 ml (125 ml)</li> <li>• 2-3 x makan</li> <li>• 1-2 kali selingan</li> <li>• Jumlah energi dari MP ASI yang dibutuhkan per hari 200 kkal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan menyusui</li> <li>• 1/2 - 3/4 mangkok ukuran 250 ml (125 - 200 ml)</li> <li>• 3-4 x makan</li> <li>• 1-2 kali selingan</li> <li>• Jumlah energi dari MP ASI yang dibutuhkan per hari 300 kkal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan menyusui hingga 2 tahun atau lebih</li> <li>• 3/4 - 1 mangkok ukuran 250 ml</li> <li>• 3-4 x makan</li> <li>• 1-2 kali selingan</li> <li>• Jumlah energi dari MP ASI yang dibutuhkan per hari 550 kkal</li> </ul> |
| <p><b>DISARING</b><br/>Makanan dibuat dengan disaring. Tekstur makanan lumat dan kental<br/><b>Kebutuhan cairan:</b><br/>800 ml/ hari (±3 gelas belimbing)</p>                                                                                                             | <p><b>DICINCANG</b><br/>Bahan makanan sama dengan untuk orang dewasa. Tekstur makanan dicincang/ dicacah, dipotong kecil, dan selanjutnya makanan yang diiris-iris. Perhatikan respons anak saat makan</p>                                                  | <p><b>MASAK BIASA</b><br/>Bahan makanan sama dengan untuk orang dewasa. Tekstur makanan yang diiris-iris. Perhatikan respons anak saat makan<br/><b>Kebutuhan cairan:</b><br/>1.300 ml/ hari (±5 gelas belimbing)</p>                                                |



## DEMAM



- Jika masih menyusui, berikan ASI lebih sering.
- Beri minum lebih sering dan lebih banyak.
- Jangan diselimuti atau diberi baju tebal.
- Kompres dengan air biasa atau air hangat.
- Jangan kompres dengan air dingin karena anak bisa menggigil.
- Jika demam tinggi, beri obat penurun panas sesuai dosis.
- Untuk daerah endemis malaria, balita harus tidur di dalam kelambu anti nyamuk (mengandung insektisida).

**Segera bawa anak ke fasilitas pelayanan kesehatan jika:**

- Demam disertai kejang.
- Setelah diberi penurun panas, demam tidak turun dalam 2 hari,
- Demam disertai bintik-bintik merah, pendarahan di hidung, dan atau buang air besar berwarna hitam.

## LUKA DAN KORENG



### Luka

- Cuci bersih luka dengan air bersih mengalir

### Koreng

- Periksa ke fasilitas pelayanan kesehatan



**Bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan jika luka bernanah atau berbau**

## Batuk:

1. Berikan ASI lebih sering.
2. Beri minum air matang lebih banyak.
3. Jika umurnya diatas 1 tahun, beri kecap manis atau madu dicampur air jeruk nipis sebagai pelega tenggorokan.
4. Jauhkan dari asap rokok, asap dapur, asap sampah, polusi kendaraan bermotor dan debu.

**Bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan jika:**

- Batuk tidak sembuh dalam 2 hari
- Anak sesak napas
- Demam

## Diare/Mencret:

1. Jika anak masih menyusui, terus berikan ASI sesering mungkin.
2. Berikan segera 1/2 – 1 gelas cairan oralit setiap anak buang air besar, jika tidak ada oralit, berikan air matang, kuah sayur bening, dan air tajin.
3. Pemberian zinc setiap hari selama 10 hari berturut-turut:
  - a. untuk anak usia <6 bulan 1 kali 1/2 tablet.
  - b. untuk anak usia 6 bulan – 5 tahun 1 kali 1 tablet.
4. Beri MP-ASI atau makan seperti biasa.
5. Jangan beri obat apapun kecuali dari petugas kesehatan.



**Segera bawa anak ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan perawatan yang tepat, jika ditemukan salah satu atau lebih di bawah ini;**

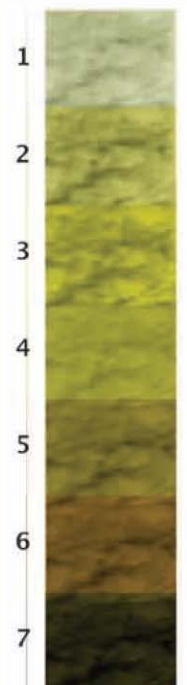
- Timbul demam.
- Ada darah dalam tinja.
- Diare makin parah.
- Muntah terus menerus.
- Anak terlihat sangat haus.
- Anak tidak mau makan dan minum.
- Diare berulang-ulang.

## 7 indikator warna tinja

Jika menemukan warna mendekati nomor 1 sampai 3, atau pertama warnanya mendekati warna nomor 4 sampai 7 tetapi kemudian warnanya menjadi lebih pucat (nomor 1 sampai 3) ada kemungkinan bayi menderita Atresia Bilier. Segera bawa bayi ke dokter.

Periksa warna tinja bayi setiap hari. Isi tabel warna tinja saat umur 2 minggu, 1 bulan, dan 1-4 bulan.

| Umur 2 minggu  |         |           | no. |
|----------------|---------|-----------|-----|
| (tahun)        | (bulan) | (tanggal) |     |
| Umur 1 bulan   |         |           | no. |
| (tahun)        | (bulan) | (tanggal) |     |
| Umur 1-4 bulan |         |           | no. |
| (tahun)        | (bulan) | (tanggal) |     |



Perhatikan warna tinja bayi anda sampai berumur 4 bulan. Jika mata bayi masih kuning, atau warna urin berwarna kuning keruh setelah usia 2 minggu, segera bawa bayi ke dokter.

**Cocokkan warna air kencing dengan warna tabel di bawah ini untuk mengukur apakah kebutuhan cairan telah tercukupi**

## Tindakan Warna Air Kencing Interpretasi



**Terhidrasi Baik**  
Anak ibu sudah terhidrasi dengan baik. Teruskan minum air putih sesuai kebutuhan.



**Kurang Terhidrasi**  
Anak Ibu kurang terhidrasi. Tambahkan minum sesuai kebutuhan.



**Dehidrasi**  
Anak Ibu sangat kurang minum. Segera minum air putih sesuai kebutuhan. Bila warna air kencing tidak membaik, segera hubungi bidan/perawat/dokter untuk penjelasan lebih lanjut.



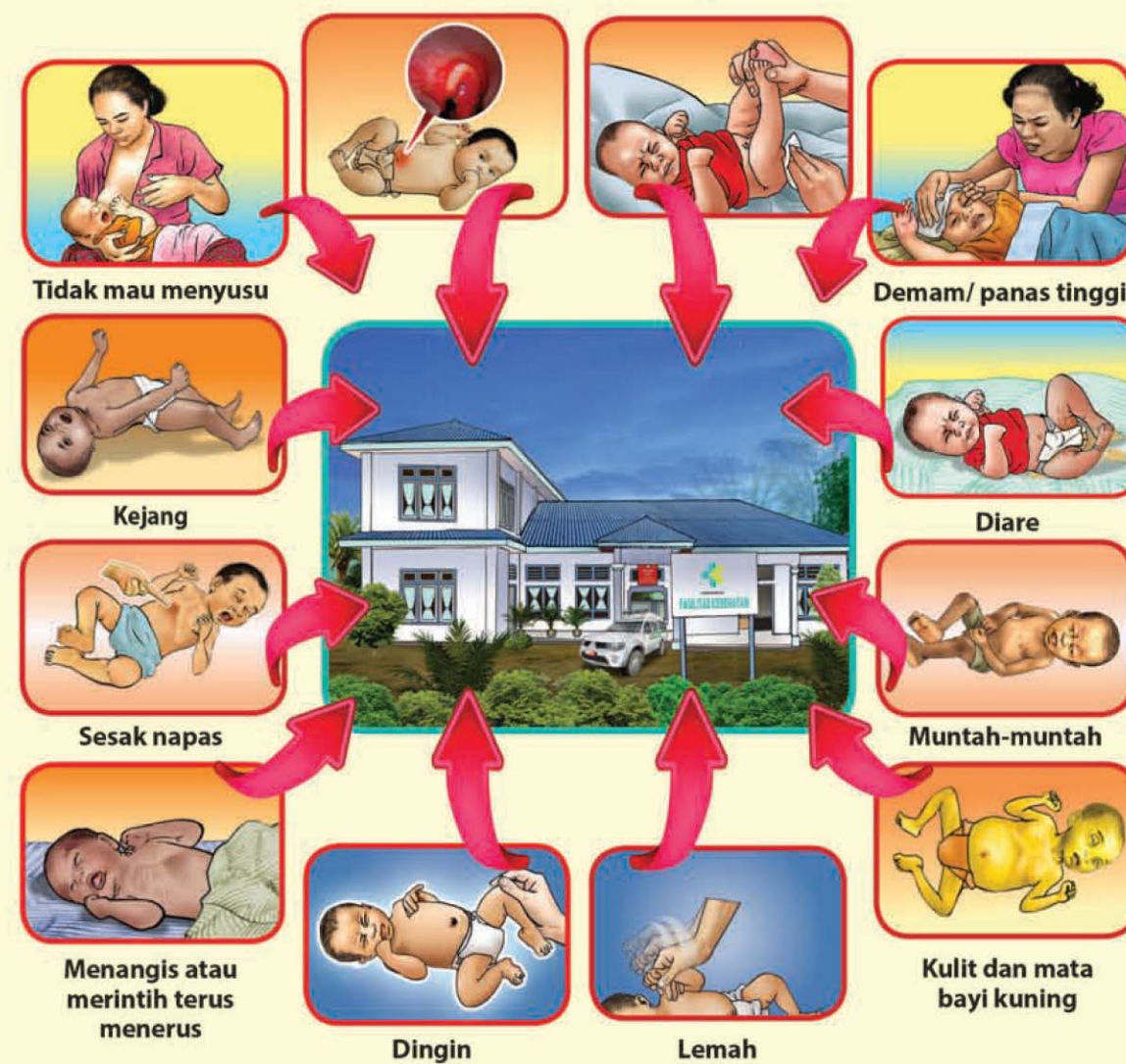
TERIMA KASIH  
Ayah, Ibu, Pengasuh  
Aku Sehat, Tumbuh, Berkembang



## Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir

**Tali pusar kemerahan  
sampai dinding perut,  
berbau atau bernanah**

## Tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat



**Sunat pada bayi perempuan tidak mempunyai manfaat terhadap kesehatan dan berisiko bagi kesehatan bayi saat ini maupun masa yang akan datang**