

## Lampiran Catatan Buku KIA

Nomor Registrasi Ibu : .....  
 Nomor Urut di Kohort Ibu : .....  
 Tanggal menerima buku KIA : .....  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: .....

## IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Mg. N  
 Tempat/Tgl. lahir : 21 th  
 Kehamilan ke : 1 Anak terakhir umur: ..... tahun  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Golongan Darah : B  
 Pekerjaan : Swasta  
 No. JKN : .....

Nama Suami : Tn. B  
 Tempat/Tgl. lahir: 23 th  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Golongan Darah : .....  
 Pekerjaan : Swasta

Alamat Rumah : Kenongo 10/03 Wajir  
 Kecamatan : .....  
 Kabupaten/Kota : Malang  
 No. Telp. yang bisa dihubungi : .....

Nama Anak : ..... L/P\*  
 Tempat/Tgl. Lahir : .....  
 Anak Ke : ..... dari ..... anak  
 No. Akte Kelahiran : .....

\* Lingkari yang sesuai

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

### Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 20-6-2019  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 28-3-2020  
 Lingkar Lengan Atas: 38 cm; KEK ( ), Non KEK (  ) Tinggi Badan: 158 cm  
 Golongan Darah: B  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: -  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: -  
 Riwayat Alergi: -

BB Sebelum = 45 kg    Tinggi berubang +    UMT = 21

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
6/19	Pusing	120/80	43	6-8 mg	-	-	-
9/19	pusing, mual	90/60	47	8-10 mg	2 cr ↑ Symp	blm teraba	blm teraba
11/19	pusing	100/60	48	12-14 mg	3 cr ↑ Symp	ball ⊕	⊕ samar
17/19	Anc	120/70	49	17-18 mg	Sepusut	ball	
20/19	taa	110/80	54	25-26	12 cm	lotkep U puk =	151 x/m
10/19	swah bernapas	100/80	57,5	30 mg 1 hr	20 cm	kep	126 x/m
2/20	Batu k. pilet	120/80	59	32 mg 3 hr	21 cm	kep	143 x/m
8/20	Taa	100/60	60	37 mg 3 hr	22 cm	kep	142 x/m
16/20	Dere, mual	115/71	61	38 mg 4 hr	23 cm	kep	147 x

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

### Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ..... Jumlah persalinan ..R..... Jumlah keguguran ..R..... G I..... P R.... A Q....  
 Jumlah anak hidup ..... Jumlah lahir mati .....  
 Jumlah anak lahir kurang bulan ..... anak  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir .....  
 Status imunisasi TT terakhir ..... [bulan/tahun]  
 Penolong persalinan terakhir .....  
 Cara persalinan terakhir\*\* : [ ] Spontan/Normal [ ] Tindakan .....

\*\* Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai s p r : 2 .

Kaki Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+	Plao ⊕	- fe -1 - p2mol - bb	- makan - istirahat	bpm Spt-rini	
⊖/+		- fe ucl	- Anc terpedu diprom ucl - mami bergizi	PMB Rosy	4/10 19
⊖/+		- fe Lx1 - Maminif 1x	- mami bergizi - minum vitamin - istirahat	PMB Rosy	4/11 19
-/+	Hb : 11,2 Pw : (-)	- ut c 2x			
-/+	Pu : (-) Pm : (-) Hiv : NR				
-/+	HBSAg : NR Golds : b				
⊖/+		- pama. 4 lxl - vit c 8 lxl	Baca hal L-a	Klinik Inton mandir	21/20
⊖/+		- fe - kalk	- k adrest. - uis	PMB Kartini	9/2 20
⊖/+		- fe - pcf - vitc - Wiber	- pro uis - pda makan	PMB Kartini	2/3 20
⊖/+	Hb : 10,3	- fe - kalk.	- t-ndu pers. - persupan pers.	PMB Kartini	15/3 20
⊖/+		- loperamid. - ppu, fe	- Buang air manum	PMB Kartini	23/3 20

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
23/3 <sup>20</sup>	Kadang-kadang	120/70	62	39 mg. 2 hr	28 cm	Kep	143 1/2
1/4 <sup>20</sup>	Kadang-kadang	120/80	62	40 mg. 2 hr	29 cm	Kep	139 1/2



Bidan, dokter dan tenaga kesehatan mengingatkan keluarga untuk segera mengurus AKTE KELAHIRAN.

Syarat mengurus akte kelahiran; (1) Surat Kelahiran dari dokter/bidan/penolong kelahiran (2) nama dan identitas saksi kelahiran, (3) KK orang tua, (4) KTP orang tua, (5) Kutipan Akta Nikah/Akta Perkawinan orang tua.

Diisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Kaki Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+		- fe - amok	Asnda persu linen	PMB kartini	Sewaktu waktu
⊖/+		- bl kealk - fe	Asnda persalinan	PMB kartini	Sewaktu waktu
-/+					

Diisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

## CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

### Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 1/9/2020 Pukul : 21.00 WIB  
 Umur kehamilan : 40-1 Minggu  
 Penolong persalinan : Dokter/Bidan/lain-lain  
 Cara persalinan : Normal/Tindakan SC  
 Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/  
 Lokhia berbau/lain-lain)/  
 Meninggal\*

Keterangan tambahan : .....

\* Lingkari yang sesuai

### Bayi Saat Lahir

Anak ke : 1 (satu)  
 Berat Lahir : 2800 gr gram  
 Panjang Badan : 49 cm  
 Lingkar Kepala : ..... cm  
 Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan\*

### 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: .....

\* Lingkari yang sesuai

\*\* Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

## CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

### CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS (Diisi oleh dokter/bidan)

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam-3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4-28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29-42 hari)
	Tgl:	Tgl: 12-1-20	Tgl:
Kondisi ibu secara umum		Baik	Baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi		110/70, 37,1 20:82	-
Perdarahan pervaginam		+ sec. putih	sedikit
Kondisi perineum		uluh.	-
Tanda infeksi		-	-
Kontraksi uteri		Keras: baik	-
Tinggi Fundus Uteri		20 ↓ pte.	-
Lokhia		Sangat.	albu
Pemeriksaan jalan lahir		-	-
Pemeriksaan payudara		✓	-
Produksi ASI		+	+
Pemberian Kapsul Vit.A		-	-
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan		-	-
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas		-	-
Buang Air Besar (BAB)		+	+
Buang Air Kecil (BAK)		+	+
<b>Memberi nasehat yaitu:</b>			
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan		✓	✓
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari		✓	✓
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin		✓	✓
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat		✓	✓
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi		✓	✓
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja (asi eksklusif) selama 6 bulan		✓	✓
Perawatan bayi yang benar		✓	✓
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.		✓	✓
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga		✓	✓
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan		✓	✓

*Lampiran Hasil Pemeriksaan Lab*







## Lampiran Calon Peserta KB

K/IV/KB/08		II. Nomer Seri Kartu:	
I. Tempat Pelayanan KB : <u>PMB</u>		No. Lahir: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1. Nama		Nomor: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. No. Kode			
<b>KARTU STATUS PESERTA KB</b>			
III. Nama Peserta KB		III. Umur Peserta KB	
V. 1. Nama Suami/Istri		VI. Pendidikan Suami dan Istri:	
<u>Mg. N / Tn. B</u>		1. Buta Huruf      4. Tamat SMP	
		2. Baca Latin      5. Tamat SMA	
		3. Tamat SD      6. Tamat PT	
VII. Alamat		VIII. Pekerjaan Suami dan Istri:	
		1. Pegawai Negeri      4. Tamat SMP      7. Pekerja Lepas	
		2. TNI/Polri      5. Nelayan      8. Lain-lain.....	
		3. Pegawai Swasta      6. Tidak Bekerja	
		Suami: <input type="text"/> Istri: <input type="text"/>	
IX. Jumlah anak hidup:		X. Umur anak terkecil:	
Tidak Ada: <input type="text"/> <input type="text"/> Perempuan: <input type="text"/> <input type="text"/>		Jumlah: <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/>	
XI. Status peserta KB		XII. Cara KB terakhir:	
1. Baru pertama kali		1. IUD      2. MOP      3. MOW      4. Kondom	
2. Sesudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah pakai alat KB		5. Implant      6. Suntikan      7. Pil	
3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara			
4. Pindah tempat pelayanan, cara sama			
5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara			
XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB			
Petunjuk: Periksalah keadaan berikut ini dan mhasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia			
A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik      2) Sedang      3) Kurang		2. Tekanan Darah: ..... mmHg	
3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya      2) Tidak		4. Haid terakhir tanggal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5. Berat badan: <input type="text"/> kg			
6. Keadaan Peserta KB saat ini:		Bila semua jawaban TIDAK, dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD/MOP), dilanjutkan ke pertanyaan XIV, bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.	
a. Sakit Kuning		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	
b. Pendarahan pervagina yang tidak diketahui penyebabnya		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	
c. Tumor			
- Payudara		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	
- Rahim		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	
- Indung Telur		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	
- Tertis		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	
- Radang orchifis/epididimis		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	
d. IMS/HIV/AIDS		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	
7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:		Bila semua jawaban TIDAK, pemasangan IUD, MOP dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.	
a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi      2. Antefleksi		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	
b. Tanda-tanda radang		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	
c. Tumor/keganasan ginekologi		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	
8. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW)		Bila semua jawaban TIDAK, dapat dilaksanakan MOW/MOP. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke klinik/RS yang lengkap.	
a. Tanda-tanda diabetes		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	
b. Kelainan pembekuan darah		Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	
B. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD      2. MOW      3. MOP      4. Kondom      5. Implant      6. Suntikan      7. Pil			
2. Konseling dengan menggunakan ABPK		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan		XV. Tanggal dilayani (**):	
1. IUD      4. Kondom      7. Pil		Tanggal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. MOW      5. Implant      8. Obat Vaginal		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/>	
3. MOP      6. Suntikan		Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>	
XVI. Tanggal dipesan kembali		XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD)	
Tanggal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Tanggal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Keterangan:		XVIII. Pemeriksa	
*) Coret yang tidak perlu/ yang tidak boleh dibenkan		.....	
**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar			

*Lampiran Foto Kunjungan ANC*

