

LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Ibu : Okta Setiyanti
Nama Anak : Bisma Puta Itian
Umur : 31 tahun
Alamat : Uman Agung Dusun II Bandar Mataram Lampung Tengah

Dengan ini bersedia untuk dijadikan sebagai responden laporan tugas akhir, yang dilakukan oleh:

Nama Mahasiswa : Adelia Martadila
NIM : 1815471031
Tingkat/Kelas : III Reguler 1
Tempat Praktik : PMB Suyati, S.ST
Judul Kasus LTA : Asuhan Kebidanan Tumbuh Kembang Pada An.B Dengan Gizi Kurang Usia 44 Bulan Di BPM Suyati, S.ST Bandar Mataram Lampung Tengah Tahun 2021

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Bandar Mataram 01 Februari 2021

Mengetahui,
Pembimbing Lahan



Yang Membuat Pernyataan



Okta Setiyanti

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Ibu : Okta Setiyanti
Nama Anak : Bisma Puta Itian
Usia : 31 Tahun
Alamat : Uman Agung Dusun II Bandar Mataram Lampung Tengah
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Bersama ini menyatakan ketersediaannya anak saya untuk dilakukan “ Asuhan Kebidanan Tumbuh Kembang Pada An.B Dengan Gizi Kurang Usia 44 Bulan Di BPM Suyati, S.ST Bandar Mataram Lampung Tengah Tahun 2021”.

Persetujuan ini saya berikan setelah mendapatkan penjelasan dari pelaksana asuhan :

Nama : Adelia Martadila
NIM : 1815471031
Status : Mahasiswa Semester VI DIII Prodi Kebidanan Metro

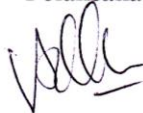
Sebagaimana berikut ini :

1. Asuhan kebidanan ini bertujuan untuk membantu memberikan asuhan yang sesuai dengan masalah gizi kurang pada anak.
2. Telah pula menjelaskan bahwa ibu akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan tumbuh kembang terhadap anaknya dan menghindari kemungkinan resiko agar diperoleh hasil asuhan yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut diatas, sudah saya maklumi dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas dan saya mengerti sehingga saya maklumi arti tindakan atau asuhan kebidanan yang anak saya terima.
4. Saya dan keluarga mengizinkan mahasiswa tersebut untuk melakukan kunjungan rumah, melakukan pemeriksaan, dan melakukan penyuluhan terhadap anak saya dan mengizinkan mahasiswa tersebut melakukan pendokumentasian tindakan dalam bentuk foto.

Dengan demikian terjadi kesepakatan diantara saya dan pelaksana asuhan tentang upaya serta tujuan tindakan, untuk mencegah timbul masalah hukum dikemudian hari. Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandar Mataram, 01 Februari 2021
Yang Memberi Persetujuan

Pelaksana



Adelia Martadila



Okta Setiyanti

Lampiran 3

Jadwal Kegiatan dan Jenis Skrining
Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Pada Balita dan Anak Prasekolah

Umur Anak	Jenis Deteksi Tumbuh Kembang Yang Harus Dilakukan							
	Deteksi Dini Penyimpangan Pertumbuhan		Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan			Deteksi Dini Penyimpangan Mental Emosional (dilakukan atas indikasi)		
	BB/TB	LK	KPSP	TDD	TDL	KMPE	M-CHAT	GPPH
0 bulan	✓	✓						
3 bulan	✓	✓	✓	✓				
6 bulan	✓	✓	✓	✓				
9 bulan	✓	✓	✓	✓				
12 bulan	✓	✓	✓	✓				
15 bulan	✓		✓					
18 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
21 bulan	✓		✓				✓	
24 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
30 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
36 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
42 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
48 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
54 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
60 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
66 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
72 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

Keterangan:

BB/TB : Berat Badan terhadap Tinggi badan	TDL : Tes Daya Lihat
LK : Lingkar Kepala	KMPE : Kuesioner Masalah Perilaku Emosional
KPSP : Kuesioner Pra Skrining Perkembangan	M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers
TDD : Tes Daya Dengar	GPPH : Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas

Lampiran 4

INSTRUMEN KUESIONER MASALAH PERILAKU DAN EMOSIONAL

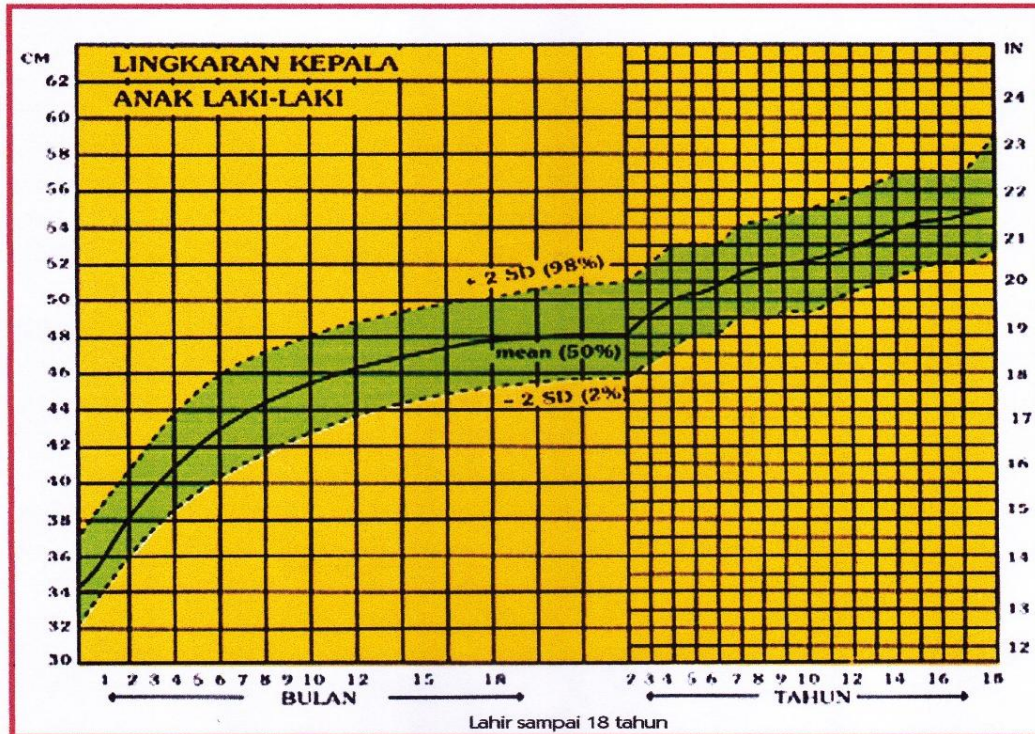
No	PERTANYAAN	Ya	Tidak
1	Apakah anak anda sering bereaksi negatif, marah atau tegang tanpa sebab yang jelas? (bereaksi negatif contohnya rewel, tidak sabaran, banyak menangis, mudah tersinggung atau bereaksi berlebihan bila merasa situasi tidak seperti yang diharapkannya atau kemauannya tidak terpenuhi)		✓
2	Apakah anak anda tampak lebih memilih untuk menyendiri atau bermain sendiri, atau menghindar dari anak seumurnya atau orang dewasa? (ingin sendirian, menyendiri dengan ekspresi murung, tidak bersemangat, sedih, atau kehilangan minat terhadap hal-hal yang biasa sangat dinikmati)		✓
3	Apakah anak anda cenderung bersikap menentang? (membantah, melawan, tidak mau menurut atau melakukan hal yang sebaliknya dari apa yang diminta, serta tampak tidak peduli ketika diberitahu atau ditegur)		✓
4	Apakah anak anda mudah takut atau cemas berlebihan tanpa sebab yang jelas? (misalnya takut pada binatang atau benda yang tidak berbahaya, terlihat cemas ketika tidak melihat ibu/pengasuhnya)		✓
5	Apakah anak anda sering sulit konsentrasi, perhatiannya mudah teralihkan atau banyak bergerak/tidak bisa diam? (misalnya anak tidak bisa bertahan lama untuk bermain dengan satu permainan, mudah mengalihkan perhatian bila ada hal lain yang lebih menarik perhatian seperti bunyi atau gerakan, tidak bisa duduk dengan tenang, banyak bergerak atau cenderung berjalan / berlari mondar-mandir)		✓
6	Apakah anak anda lebih banyak menempel / selalu minta ditemani, mudah cemas dan tidak percaya diri? (seakan minta perlindungan atau minta ditemani pada berbagai situasi, terutama ketika berada dalam situasi baru atau ada orang yang baru dikenalnya; mengekspresikan kecemasan serta terlihat tidak percaya diri)		✓
7	Apakah anak anda menunjukkan adanya perubahan pola tidur? (Seperti sulit tidur, terjaga sepanjang hari, sering terbangun di waktu tidur malam oleh karena mimpi buruk, mengigau, menangis didalam tidurnya)		✓
8	Apakah anak anda mengalami perubahan pola makan dari yang biasanya? (kehilangan nafsu makan, tidak mau makan sama sekali, atau sebaliknya makan berlebihan, sangat memilih jenis makanan atau membiarkan makanan lama dimulut tanpa dikunyah/diemut)		✓
9	Apakah anak anda seringkali mengeluh sakit kepala, sakit perut atau keluhan fisik lainnya dalam waktu-waktu tertentu?		✓
10	Apakah anak anda mudah putus asa atau frustrasi dan sering menunjukkan emosi yang negatif? (Seperti sedih atau kecewa yang berkepanjangan, mudah mengeluh, marah atau protes. Misal ketika anak merasa kesulitan dalam menggambar, lalu berteriak minta tolong, marah, atau kertasnya disobek)		✓
11	Apakah anak anda menunjukkan kemunduran pola perilaku dari kemampuan yang sudah dimilikinya? (seperti mengompol kembali, menghisap jempol, atau tidak mau berpisah dengan orangtua/pengasuhnya)		✓
12	Apakah anak anda sering berkelahi, bertengkar, atau menyerang anak lain baik secara verbal maupun non-verbal? (seperti misalnya mengejek, meneriaki, merebut permainan, atau memukul temannya)		✓
13	Apakah anak anda sering diperlakukan tidak menyenangkan oleh anak lain atau orang dewasa? (seperti misalnya ditinggal bermain, dihindari, diejek, dikata-katai, direbut mainannya atau disakiti secara fisik)		✓
14	Apakah anak anda cenderung berperilaku merusak atau cenderung selalu ingin menang atau menguasai. (Misalnya merusak benda, menyakiti dirinya atau binatang)		✓
TOTAL			14

Lampiran 5

Panjang Badan (cm)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
88.0	9.7	10.5	11.3	12.2	13.3	14.5	15.8
88.5	9.8	10.6	11.4	12.4	13.4	14.6	15.9
89.0	9.9	10.7	11.5	12.5	13.5	14.7	16.1
89.5	10.0	10.8	11.6	12.6	13.7	14.9	16.2
90.0	10.1	10.9	11.8	12.7	13.8	15.0	16.4
90.5	10.2	11.0	11.9	12.8	13.9	15.1	16.5
91.0	10.3	11.1	12.0	13.0	14.1	15.3	16.7
91.5	10.4	11.2	12.1	13.1	14.2	15.4	16.8
92.0	10.5	11.3	12.2	13.2	14.3	15.6	17.0
92.5	10.6	11.4	12.3	13.3	14.4	15.7	17.1
93.0	10.7	11.5	12.4	13.4	14.6	15.8	17.3
93.5	10.7	11.6	12.5	13.5	14.7	16.0	17.4
94.0	10.8	11.7	12.6	13.7	14.8	16.1	17.6
94.5	10.9	11.8	12.7	13.8	14.9	16.3	17.7
95.0	11.0	11.9	12.8	13.9	15.1	16.4	17.9
95.5	11.1	12.0	12.9	14.0	15.2	16.5	18.0
96.0	11.2	12.1	13.1	14.1	15.3	16.7	18.2
96.5	11.3	12.2	13.2	14.3	15.5	16.8	18.4
97.0	11.4	12.3	13.3	14.4	15.6	17.0	18.5
97.5	11.5	12.4	13.4	14.5	15.7	17.1	18.7
98.0	11.6	12.5	13.5	14.6	15.9	17.3	18.9
98.5	11.7	12.6	13.6	14.8	16.0	17.5	19.1
99.0	11.8	12.7	13.7	14.9	16.2	17.6	19.2
99.5	11.9	12.8	13.9	15.0	16.3	17.8	19.4

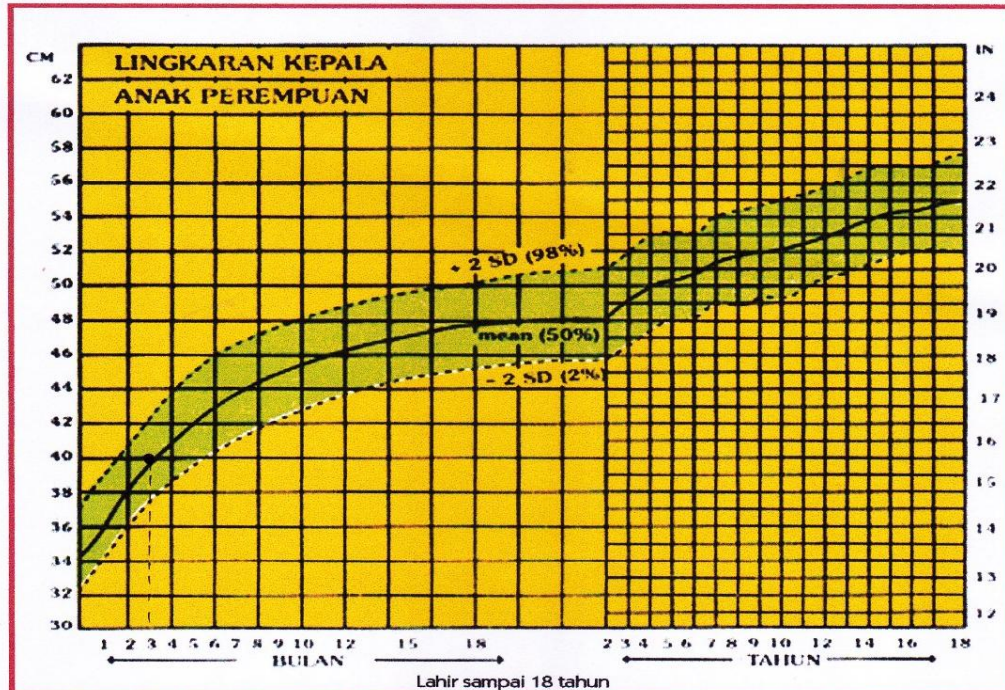
Lampiran 6

GRAFIK LINGKAR KEPALA ANAK LAKI-LAKI
(Nelhaus, 1969)



Dari NELHAUS. G. *Pediat* 41 . 106 . 1968

GRAFIK LINGKAR ANAK PEREMPUAN
(Nelhaus, 1969)



Dari NELHAUS. G. *Pediat* 41 . 106 . 1968

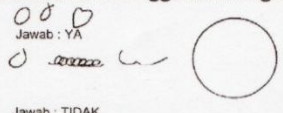
Lampiran 7

KPSP PADA ANAK UMUR 42 BULAN

Alat dan bahan yang dibutuhkan:

- Kubus
- Pensil dan Kertas

Tgl 21 Februari 2021

		YA	TIDAK
Anak dipangku Ibunya/duduk sendiri di tepi meja periksa			
1	Beri kubus di depannya. Dapatkah anak meletakkan 8 buah kubus satu persatu di atas yang lain tanpa menjatuhkan kubus tersebut?	Gerak halus	✓
2	Beri pensil dan kertas. Buatlah lingkaran di atas kertas tersebut. Minta anak menirunya. Dapatkah anak menggambar lingkaran? 	Gerak halus	✓
Tanya Ibu/Pengasuh:			
3	Dapatkah anak mengenakan sepatunya sendiri?	Sosialisasi dan Kemandirian	✓
4	Dapatkah anak mengayuh sepeda roda tiga sejauh sedikitnya 3 meter?	Gerak Kasar	✓
5	Apakah anak dapat mencuci tangannya sendiri dengan baik setelah makan?	Sosialisasi dan Kemandirian	✓
6	Apakah anak dapat mengikuti peraturan permainan bila bermain dengan teman-temannya? (misal: ular tangga, petak umpet, dll)	Sosialisasi dan Kemandirian	✓
7	Dapatkah anak mengenakan celana panjang, kemeja, baju atau kaos kaki tanpa di bantu? (Tidak termasuk memasang kancing, gesper atau ikat pinggang)	Sosialisasi dan Kemandirian	✓
Minta anak untuk berdiri			
8	Suruh anak berdiri satu kaki tanpa berpegangan. Jika perlu tunjukkan caranya dan beri anak anda kesempatan melakukannya 3 kali. Dapatkah ia mempertahankan keseimbangan dalam waktu 2 detik atau lebih?	Gerak Kasar	✓
9	Letakkan selembat kertas seukuran buku ini di lantai. Apakah anak dapat melompati panjang kertas ini dengan mengangkat kedua kakinya secara bersamaan tanpa didahului lari?	Gerak Kasar	✓
TOTAL			

Lihat Algoritme untuk Interpretasi dan Tindakan

Perinci untuk Aspek Perkembangan dengan jawaban "Tidak"

Gerak Kasar	
Gerak Halus	
Bicara dan Bahasa	
Sosialisasi dan Kemandirian	

Nomor Reg : Nomor Urut :

Menerima Buku KIA

Tanggal

: 16-10-2016

Nama tempat pelayanan

: Tin GIZAH

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : OKTA SERVIANH

Tempat/Tgl Lahir : 26 Agama : Islam

Pendidikan : Tidak sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*

Golongan Darah : A

Pekerjaan : - IRT -

Nama Suami : Mr. Yanto

Tempat/Tgl Lahir : 29 Agama : Islam

Pendidikan : Tidak sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*

Pekerjaan : Tani

Alamat rumah : Uman Agung

Kecamatan : Bandar Mataram

Kabupaten/Kota : Lampung Tengah

No. telepon :

Nama Anak : Bisma Putra Tetan

Tempat/Tgl Lahir : Bandar Jaya, 27 Mei 2017

* Lingkari yang sesuai

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Hamil ke : 2 Jumlah persalinan : 1 Jumlah keguguran : 0
 Jumlah anak hidup : 1 Jumlah lahir mati : 0
 Jumlah anak lahir kurang bulan : 0 anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir : 7 th
 Status imunisasi TT : 0 Imunisasi TT terakhir : 0 [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir : Bidan
 Cara persalinan terakhir** : [☒ Spontan/Normal] [☐ Tindakan : 0
 ** Beri tanda [☒] pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (Terapi: TT/Fe Rujukan, Umpan Balik)	Nasihat yang Disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+	PP ts (+)		-kurangi makanan berat.	ff tin	16/11/16
0/+		folaxin BC	makan teratur menu seimbang	ff tin	10/12/16
-/+		Fe preskripsi	istirahat	ff tin	segera jika ada kel.
0/+		etanol Lico	cabut air hangat sling ganti CD	ff tin	10/12/16
0/+		norme pemeriksaan	konsumsi menu seimbang	ff tin	7/3/17
0/+		cedad, cedad Fe, lc			
-/+		cedad Fe, lc	- NUNGGING 5-10 menit	ff PKM SWJ.	20/05/17
-/+		- sf - lc	- NUNGGING 5-10 menit	ff PKM SWJ.	
0/+		-		pnc	
0/+		-	NUNGGING 5-10 menit	ff	
0/+		sf PC	NUNGGING 5-10 menit	ff	20/05/17

CATATAN KESEHATAN ANAK

BERI VITAMIN A SESUAI JADWAL
UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN MATA
DAN PERTUMBUHAN ANAK

Catatan Pemberian Vitamin A		
Umur/bln	Dosis	Tgl. diberikan
6 - 11	1 kapsul biru di bln Februari atau Agustus	15/18
12 - 23	1 kapsul merah setiap bln Februari dan bln Agustus	15/8 16/21
24 - 35		17/20 cdc mg 1
36 - 47		18/20 16/21
48 - 59		

Pelayanan Stimulasi Deteksi dan Intervensi
Dini Tumbuh Kembang oleh Bidan/
Perawat/Dokter

Umur	Anjuran Pemberian Rangsangan Perkembangan Oleh Petugas				Nasihat Pemberian Makan Oleh Petugas			
	Tgl/Bln/Thn				Tgl/Bln/Thn			
0 - 30 hari								
1 - 6 bulan								
6 - 12 bulan								
1 - 2 tahun								
2 - 3 tahun								
3 - 5 tahun								

Keterangan:

- Tulis tanggal pada kolom tanggal jika melakukan Anjuran Pemberian Rangsangan Perkembangan dan Nasihat Pemberian Makan



KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki

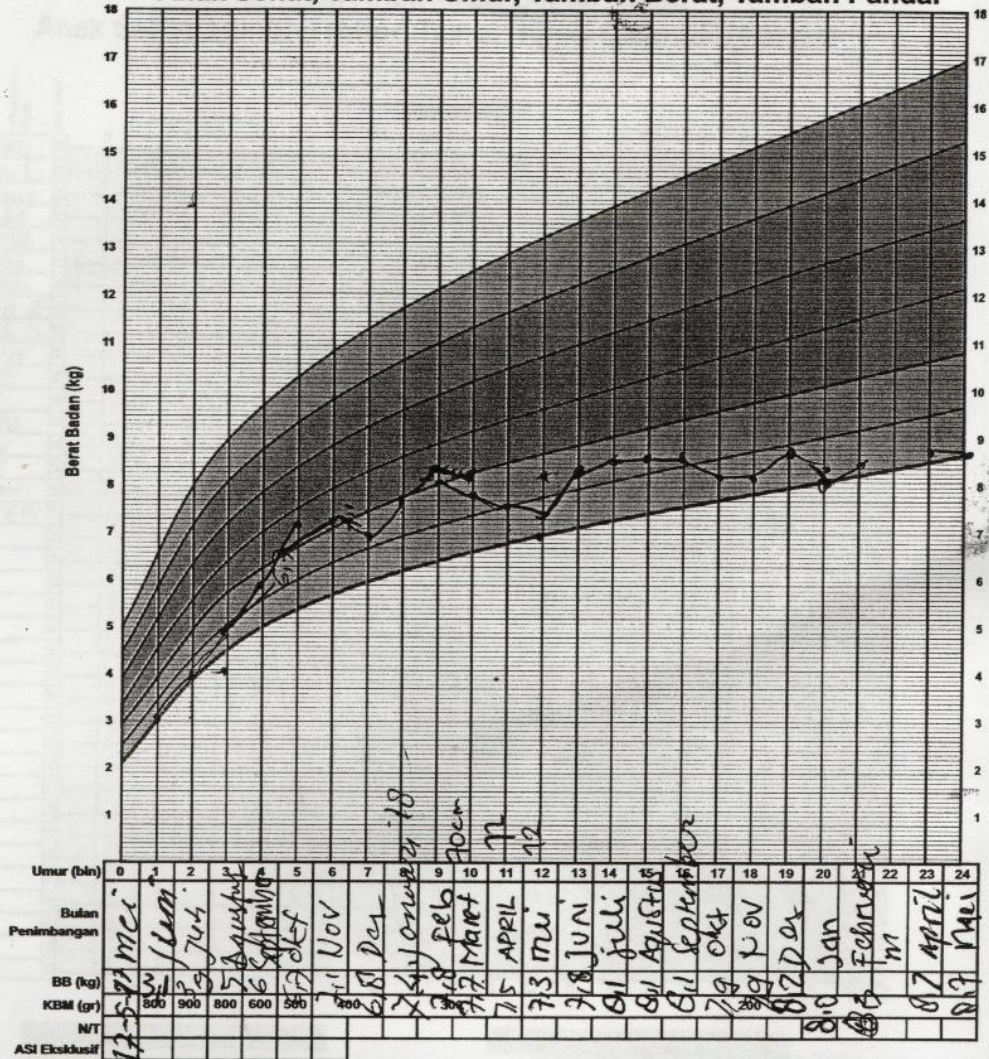
Nama Anak :

BIMA

Nama Posyandu :

TRI KARYA

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



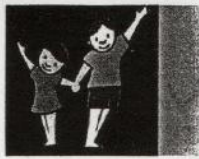
NAIK (N)

Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan
atau
Kenaikan BB sama dengan KBM
(Kenaikan BB Minimal) atau lebih

TIDAK NAIK (T)

Grafik BB mendatar atau menurun
memotong garis pertumbuhan di bawahnya
atau
Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM



KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki

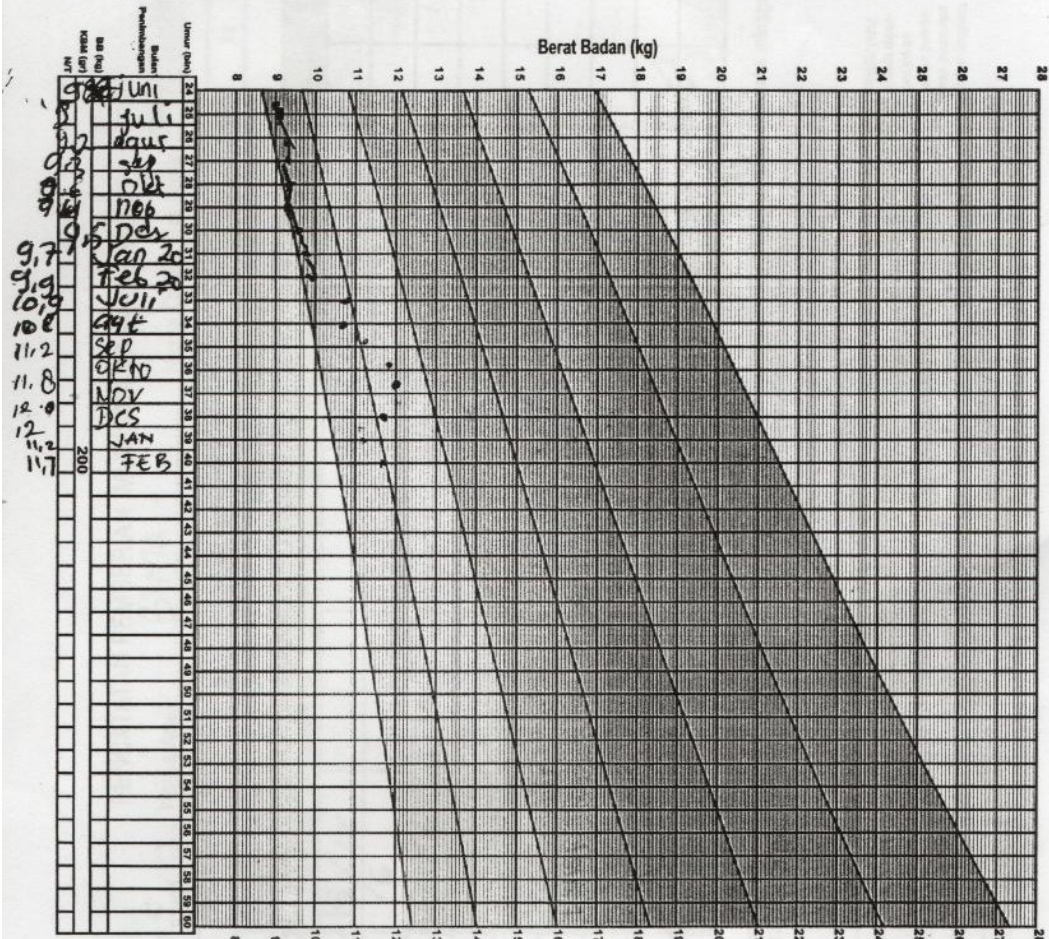
Nama Anak

Bisma

Nama Posyandu

TP1 KAPYA

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



NAIK (N)

Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan
atau
Kenaikan BB sama dengan KBM
(Kenaikan BB Minimal) atau lebih

TIDAK NAIK (T)

Grafik BB mendatar atau menurun
memotong garis pertumbuhan di bawahnya
atau
Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut-turut atau BGM

Lampiran 9

DOKUMENTASI FOTO

1. Pengukuran Berat Badan Pertama



2. Pengukuran Lingkar Kepala



3. Mengukur Tinggi badan



4. Menggambar lingkaran



5. Anak melompati panjang kertas



6. Pemeriksaan GPPH, KMPE, TDD, TDL



7. Pengukuran Berat Badan 2



8. Pengukuran Berat Badan ke 3



1. Pengukuran Berat Badan 4



Lampiran 10

KETERANGAN :

- Enam pertanyaan No. 2, 7, 9, 13, 14, dan 15 adalah pertanyaan penting (*critical item*) jika dijawab tidak berarti pasien mempunyai risiko tinggi autism.
Jawaban tidak pada dua atau lebih *critical item* atau tiga pertanyaan lain yang dijawab tidak sesuai (misalnya seharusnya dijawab ya, orangtua menjawab tidak) maka anak tersebut mempunyai risiko autism.
- Jika perilaku itu jarang dikerjakan (misal anda melihat satu atau 2 kali), mohon dijawab anak tersebut tidak melakukannya.
Misal: jawaban 1. Tidak 2. Tidak 3. Tidak 4. Tidak 5. Tidak 6. Tidak 7. Tidak 8. Tidak 9. Tidak 10. Tidak 11. Ya 12. Tidak 13. Tidak 14. Tidak 15. Tidak 16. Tidak 17. Tidak 18. Ya 19. Tidak 20. Ya 21. Tidak 22. Ya 23. Tidak
Kita Curigai sebagai faktor risiko autism.

G. Deteksi Dini Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) Pada Anak Prasekolah

ALGORITMA PEMERIKSAAN GPPH

Tanyakan kepada orangtua pengasuh apakah ada keluhan sebagai berikut:	Beri nilai:	Hasil Pemeriksaan	Interpretasi	Tindakan
- Anak tidak bisa duduk tenang. - Anak selalu bergerak tanpa tujuan dan tidak mengenal lelah. - Perubahan suasana hati yang mendadak impulsif. - Apabila ada, tanyakan keadaan anak sesuai lembar pemeriksaan.	-Nilai 0 : jika keadaan tersebut tidak ditemukan pada anak. -Nilai 1 : jika keadaan tersebut kadang-kadang ditemukan pada anak -Nilai 2 : jika keadaan tersebut sering ditemukan pada anak. -Nilai 3 : Jika keadaan tersebut selalu ada pada anak. -Hitung total nilai.	Nilai total kurang dari 13	Normal	Puji keberhasilan orangtua /pengasuh. Lanjutkan stimulasi sesuai umur. Jadwalkan kunjungan berikutnya 6 bulan lagi. Apabila ragu-ragu, ulangi pemeriksaan 1 bulan lagi
		Nilai total 13 atau lebih	Kemungkinan GPPH	Rujuk ke fasilitas layanan kesehatan level 1

INSTRUMEN PEMERIKSAAN GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH) (Abbreviated Conners RaUng Scale)

No	Kegiatan yang diamati	0	1	2	3
1.	Tidak kenal lelah, atau aktivitas yang berlebihan.	✓			
2.	Mudah menjadi gembira, impulsive.	✓			
3.	Mengganggu anak-anak lain.	✓			
4.	Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah pendek dimulai, Rentang perhatian.	✓			
5.	Menggerak-gerakkan anggota badan atau kepala secara terus menerus.	✓			
6.	Kurang perhatian, mudah teralihkan.	✓			
7.	Permintaannya harus segera dipenuhi, mudah menjadi frustrasi.	✓			
8.	Sering dan mudah menangis.	✓			
9.	Suasana hatinya mudah berubah dengan cepat dan drastic.	✓			
10.	Ledakkan kekesalan, tingkah laku eksplosif dan tak terduga.	✓			
	Jumlah				
	Nilai Total :	10			

FORMULIR DETEKSI DINI TUMBUH KEMBANG ANAK			
Puskesmas:	Kec:	Kab/kota:	Prov:
I. IDENTITAS ANAK			
1. Nama	: Bisna Putra Hiyon	Laki-laki/Perempuan:	
2. Nama Ayah	: Nuryanto	Nama Ibu:	: Oka Scharli
3. Alamat	: Dusun II, Urian Agung,		
4. Tanggal Pemeriksaan	: 01 / 02 / 2021		
5. Tanggal Lahir	: 27 / 05 / 2020		
6. Umur Anak	: 44 bulan 6 hari		
II. ANAMNESIS :			
1. Keluhan Utama: Ibu mengatakan ingin memeriksakan pertumbuhan & perkembangan			
2. Apakah anak punya masalah tumbuh kembang :			
III. PEMERIKSAAN RUTIN SESUAI JADWAL			
1. BB: 11,25 Kg; PB/TB: 94 Cm. BB/TB:	a. Normal	b. Kurus	c. Sangat Kurus d. Gemuk
2. PB/U atau TB/U:	a. Tinggi	b. Normal	c. Pendek d. Sangat Pendek
3. LKA : 43 Cm. LKA/U:	a. Normal	b. Mikrosefal	c. Makrosefal
4. Perkembangan anak:			
1) Sesuai Jumlah jawaban Ya: 10		Jumlah jawaban Tidak: ...	
2) Meragukan: Jumlah jawaban Ya: ...		Jumlah jawaban Tidak: ...	
a. Gerak Kasar		c. Bicara bahasa	
b. Gerak Halus		d. Sosialisasi Kemandirian	
3) Penyimpangan: Jumlah jawaban Ya: ...		Jumlah jawaban Tidak: ...	
a. Gerak Kasar		c. Bicara bahasa	
b. Gerak Halus		d. Sosialisasi Kemandirian	
5. Daya Dengar:			
a. Normal		b. Curiga ada gangguan	
6. Daya Lihat:			
a. Normal		b. Curiga ada gangguan	
7. Perilaku dan Emosional:			
a. Normal		b. Curiga ada gangguan	
IV. PEMERIKSAAN ATAS INDIKASI/JIKA ADA KELUHAN			
1. Autisme	a. Risiko tinggi autisme	b. Risiko autisme	c. normal
2. GPPH	a. Kemungkinan GPPH	b. normal	
V. KESIMPULAN			
Anak B. usia 44 bulan BB : 11,25, PB : 94 cm			
Mengalami gizi kurang (<2 SD) menurut BB/TB			
VI. TINDAKAN INTERVENSI			
1. Konseling stimulasi bagi ibu/pengasuh:		a. Diberikan b. Tidak diberikan	
2. Intervensi stimulasi perkembangan:			
a. Gerak Kasar		b. Gerak Halus c. Bicara dan Bahasa d. Sosialisasi dan Kemandirian	
e. Tanggal evaluasi intervensi:			
3. Tindakan pengobatan lain:			
4. Dirujuk dengan surat rujukan ke:			
a. Bila ada surat rujukan,			
b. Bila tidak ada surat rujukan.			
Pemeriksa:			

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Adelia Martadila
 NIM : 1815471031
 Judul : Asuhan Kebidanan Tumbuh Kembang Pada Anak dengan Gizi Kurang di Tempat Praktik Mandiri Bidan Bandar Mataram Lampung Tengah
 Pembimbing Utama : Septi Widiyanti, S.Pd., M.Kes
 Pendamping Pembimbing : Islamiyati, AK., M.KM

No	Hari/ Tgl	Materi Bimbingan	Saran Perbaikan	Paraf Pembimbing I	Paraf Pembimbing II
1	Minggu, 24 Januari 2021	Konsultasi pasien LTA untuk masing- masing studi kasus	Lakukan pengkajian kasus LTA	 Septi Widiyanti, S.Pd., M.Kes	
2	Minggu, 24 Januari 2021	Konsultasi Judul	ACC judul	 Septi Widiyanti, S.Pd., M.Kes	
3	Selasa, 19 Februari 2021	Konsultasi BAB I	Lengkapi dan pelajari bagian BAB I sesuai pedoman penulisan LTA	 Septi Widiyanti, S.Pd., M.Kes	
4	Selasa, 09 Maret 2021	Konsultasi Perbaikan BAB I, dan BAB II-II	Perbaikan paragraf dan kutipan kalimat, tambahkan sumber terbaru	 Septi Widiyanti, S.Pd., M.Kes	

5	Jumat, 19 Maret 2021	Konsultasi Perbaikan Bab I-II	Perbaiki Teknik penulisan sesuai panduan LTA	 Septi Widiyanti, S.Pd., M.Kes	
6	Rabu, 30 Maret 2021	Konsultasi Perbaikan	Perhatikan Teknik penulisan kutipan, tambahkan sumber minimal 2-3 per paragraf di BAB 1 dengan prinsip segitiga terbalik	 Septi Widiyanti, S.Pd., M.Kes	
7	Rabu, 22 April 2021	Perbaikan BAB II	Perbaikan paragraf BAB II	 Septi Widiyanti, S.Pd., M.Kes	
8	Selasa, 4 Mei 2021	Perbaikan BAB III	Perbaikan paragraf BAB III		 Islamiyati, AK., M.KM
9	Selasa, 18 Mei 2021	Perbaikan BAB I	Perbaikan penulisan latar belakang, perbaikan tujuan, perbaikan manfaat	 Septi Widiyanti, S.Pd., M.Kes	
10	Rabu, 19 Mei 2021	Perbaikan BAB II	Semua kutipan harus masuk kedalam daftar pustaka		 Islamiyati, AK., M.KM

11	Senin, 31 Mei 2021	Konsultasi penulisan LTA	Perbaiki penulisan		 Islamiyati, AK., M.KM
12	Kamis, 18 Juni 2021	Konsultasi LTA	ACC pembimbing II Persiapan Sidang		 Islamiyati, AK., M.KM

Metro, 22 Juni 2021

Ketua Program Studi DIII Kebidanan Metro



Islamiyati, AK., MKM

NIP. 197204031993022001

LEMBAR PERBAIKAN
MAHASISWA TINGKAT III PRODI DIII KEBIDANAN METRO
POLTEKKES TANJUNG KARANG

Nama Mahasiswa : Adelia Martadila
NIM : 1815471031
Kelas : DIII Tingkat III REG 1 Semester VI
Ketua : Yetti Anggraini, M.Keb., M.Kes
Anggota I : Septi Widiyanti, S.Pd, M.Kes
Anggota II : Islamiyati, AK., M.KM

No	Materi Sebelum Diperbaiki	Sesudah Diperbaiki
1	Perbaikan ringkasan di bagian simpulan dan saran	Ringkasan telah diperbaiki
2	Perbaikan penulisan dan tanda baca di latar belakang serta tambahkan teori	Latar belakang telah diperbaiki
3	Tambahkan teori di BAB II tentang manajemen asuhan kebidanan balita normal	Teori di BAB II telah di tambahkan
4	Perbaikan asuhan kebidanan di lembar implementasi kunjungan BAB III dan tambahkan teori di BAB IV tentang gizi kurang	BAB III dan BAB IV telah diperbaiki
5	Perbaikan penulisan tanda baca di BAB V simpulan dan saran	Penulisan telah diperbaiki

Penguji Ketua/Moderator



Septi Widiyanti, S.Pd, M.Kes
NIP. 196409221986022002

Penguji Anggota



Islamiyati, AK., MKM
NIP. 197204031993022001

Penguji Utama



Yetti Anggraini, M.Keb., M.Kes
NIP. 198006122002122003