

LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent

INFORMEND CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Ibu : Diajeng Sari Holilah

Usia : 22 tahun

Alamat : Kibang Tri Jaya

Pekerjaan : IRT

Bersama ini menyatakan ketersediaannya untuk dilakukan "Asuhan Kebidanan Pada Anak Batita Dengan Perkembangan Motorik Halus Meragukan." Persetujuan ini saya berikan setelah mendapatkan penjelasan pelaksana asuhan:

Nama : Fitri Wulandari

NIM : 2115471083

Status : Mahasiswa Semester VI Prodi DIII Kebidanan Metro

Sebagaimana berikut ini :

1. Asuhan kebidanan ini bertujuan untuk membantu memberikan asuhan yang sesuai dengan masalah anak.
2. Telah pula menjelaskan bahwa ibu akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan terhadap anak dengan perkembangan motorik halus meragukan 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 saya terima.
4. Saya dan keluarga mengizinkan mahasiswa tersebut untuk melakukan kunjungan rumah, melakukan pemeriksaan, dan melakukan penyuluhan terhadap 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 dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pelaksana



Fitri Wulandari
NIM 2115471083

Kibang Tri Jaya, 24 Maret 2024
at Pernyataan



Diajeng Sari Holilah

Praktik Mandiri Bidan/Bidan yang Bertanggung Jawab



Yulia Sari, Mid. Keb
NIP. 197807512007012003

Lampiran 2 Surat Persetujuan

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Ibu : Diajeng Sari Holilah
Nama Anak : Adzril Rafif Alfarezi
Umur : 29 bulan 4 hari
Alamat : Kibang Tri Jaya

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

Nama Mahasiswi : Fitri Wulandari
Tingkat/Kelas : III/Reguler 2
Tempat/Praktik : TPMB Yulia Sari, A.Md.Keb
Judul Kasus LTA : Asuhan Kebidana Pada Anak Batita Dengan
Perkembangan Motorik Halus Meragukan Di TPMB Yulia
Sari Lambu Kibang Tulang Bawang Barat

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

Kibang Tri Jaya, 24 Maret 2024

Mengetahui

Pembimbing

Yulia Sari, A.Md.Keb
NIP. 197807312007012003

at Pernyataan

METERAI
TEMPEL
GADALX065771498
Diajeng Sari Holilah

Lampiran 3 Formulir Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak

FORMULIR DETEKSI DINI TUMBUH KEMBANG ANAK

Puskesmas: _____ Kec. Lambukana Kab/kota: Tubaha Prov: Lampung

I. IDENTITAS ANAK

1. Nama : An. A Laki-laki/ Perempuan: _____
 2. Nama Ayah : Tn. A Nama Ibu: Nu. D
 3. Alamat : Kibang, Tr. Jaya
 4. Tanggal Pemeriksaan : 24 / 03 / 2024
 5. Tanggal Lahir : 21 / 10 / 2024
 6. Umur Anak : 29 bulan 3 hari

II. ANAMNESIS :

1. Keluhan Utama: Ibu mengatakan anaknya belum bisa memegang pensil dan menulis
 2. Apakah anak punya masalah tumbuh kembang : Ya

III. PEMERIKSAAN RUTIN SESUAI JADWAL

1. BB: 13 Kg; PB/TB: 93 Cm. BB/TB Normal b. Kurus c. Kurus Sekali d. Gemuk
 2. PB/U atau TB/U: a. Tinggi Normal c. Pendek d. Sangat Pendek
 3. LKA : 49 Cm. LKA/U: Normal b. Mikrosefal c. Makrosefal
 4. Perkembangan anak:
 1). Sesuai Jumlah Jawaban Ya: _____ Jumlah Jawaban Tidak: _____
 Meragukan: Jumlah jawaban Ya: 8 Jumlah Jawaban Tidak: 1
 a. Gerak Kasar c. Bicara bahasa
 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: _____ b. Curiga ada gangguan
 Normal
 6. Daya Lihat: _____ b. Curiga ada gangguan
 a. Normal
 7. Perilaku dan Emosional: _____ b. Curiga ada gangguan
 a. Normal


IV. PEMERIKSAAN ATAS INDIKASI/JIKA ADA KELUHAN

1. Autisme a. Risiko tinggi autisme b. Risiko autisme normal
 2. GPPH a. Kemungkinan GPPH b. normal

V. KESIMPULAN
An. A Usia 29 bulan 3 hari dengan perkembangan motorik halus meragukan.

VI. TINDAKAN INTERVENSI

1. Konseling stimulasi bagi ibu/pengasuh: Diberikan b. Tidak diberikan
 2. Intervensi stimulasi perkembangan:
 a. Gerak Kasar Gerak Halus c. Bicara dan Bahasa d. Sosialisasi dan Kemandirian e. Tanggal evaluasi intervensi:
 03 April 2024
 3. Tindakan pengobatan lain: _____
 4. Dirujuk dengan surat rujukan ke: _____

Pemeriksa:

 Fitri Wulandari

Lampiran 4 Jadwal Kegiatan dan Jenis Skrining

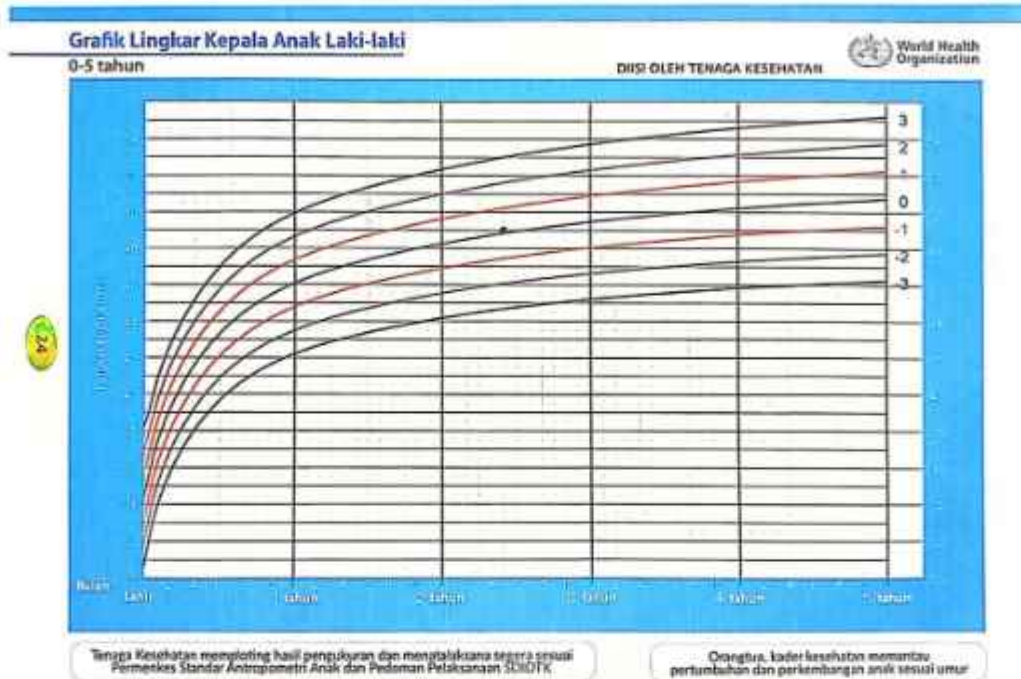
Jadwal Kegiatan dan Jenis Skrining
Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Pada Balita dan Anak Prasekolah

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	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

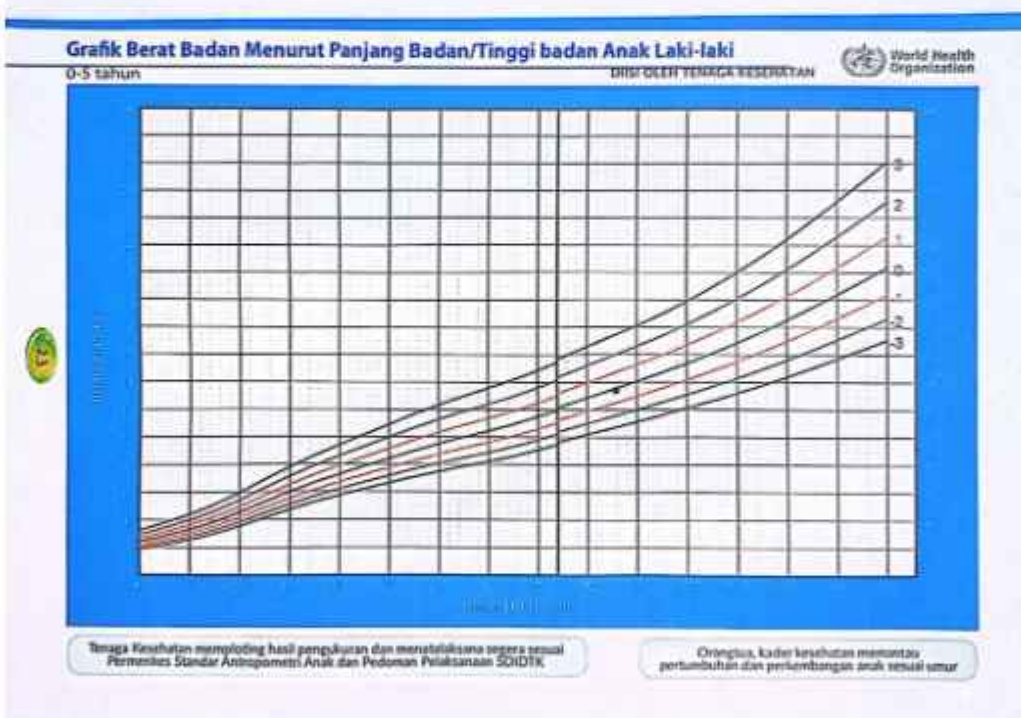
Keterangan:

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

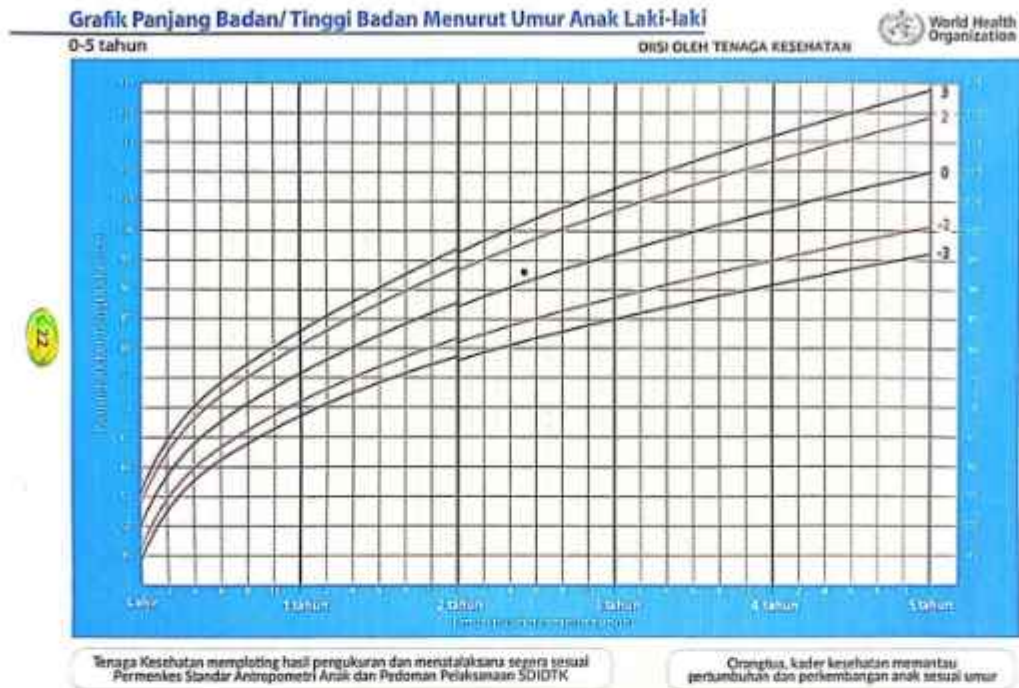
Lampiran 5 Grafik Lingkar Kepala Anak Laki-Laki



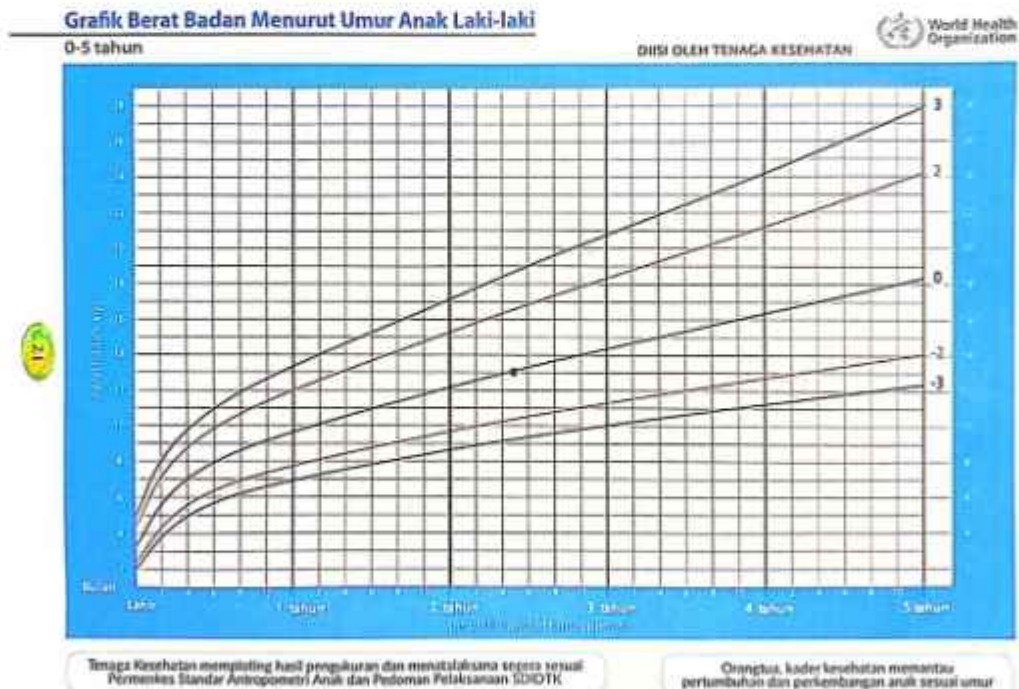
Lampiran 6 Grafik Berat Badan Menurut Tinggi Badan



Lampiran 7 Grafik Tinggi Badan Menurut Umur



Lampiran 8 Grafik Berat Badan Menurut Umur



Lampiran 9 Tabel Standar IMT/U Anak Laki-Laki

PEDOMAN PELAKSANAAN

Simulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar

g. Tabel Standar Indeks Massa Tubuh Menurut Umur (IMT/U) Anak Laki-Laki Umur 24-60 Bulan

(kg/m²)

Umur (bulan)	Indeks Massa Tubuh (IMT)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
24*	12,9	13,7	14,8	16,0	17,3	18,9	20,6
25	12,8	13,7	14,8	16,0	17,3	18,8	20,5
26	12,8	13,7	14,8	15,9	17,3	18,8	20,5
27	12,7	13,7	14,7	15,9	17,2	18,7	20,4
28	12,7	13,6	14,7	15,9	17,2	18,7	20,4
29	12,7	13,6	14,7	15,8	17,1	18,6	20,3
30	12,6	13,6	14,6	15,8	17,1	18,6	20,2
31	12,6	13,5	14,6	15,8	17,1	18,5	20,2
32	12,5	13,5	14,6	15,7	17,0	18,5	20,1
33	12,5	13,5	14,5	15,7	17,0	18,5	20,1
34	12,5	13,4	14,5	15,7	17,0	18,4	20,0
35	12,4	13,4	14,5	15,6	16,9	18,4	20,0
36	12,4	13,4	14,4	15,6	16,9	18,4	20,0
37	12,4	13,3	14,4	15,6	16,9	18,3	19,9
38	12,3	13,3	14,4	15,5	16,8	18,3	19,9
39	12,3	13,3	14,3	15,5	16,8	18,3	19,9
40	12,3	13,2	14,3	15,5	16,8	18,2	19,9
41	12,2	13,2	14,3	15,5	16,8	18,2	19,9
42	12,2	13,2	14,3	15,4	16,8	18,2	19,8
43	12,2	13,2	14,2	15,4	16,7	18,2	19,8
44	12,2	13,1	14,2	15,4	16,7	18,2	19,8
45	12,2	13,1	14,2	15,4	16,7	18,2	19,8
46	12,1	13,1	14,2	15,4	16,7	18,2	19,8
47	12,1	13,1	14,2	15,3	16,7	18,1	19,8
48	12,1	13,1	14,1	15,3	16,7	18,2	19,9
49	12,1	13,0	14,1	15,3	16,7	18,2	19,9
50	12,1	13,0	14,1	15,3	16,7	18,2	19,9
51	12,1	13,0	14,1	15,3	16,6	18,2	19,9
52	12,0	13,0	14,1	15,3	16,6	18,2	19,9
53	12,0	13,0	14,1	15,3	16,6	18,2	20,0
54	12,0	13,0	14,0	15,3	16,6	18,2	20,0
55	12,0	13,0	14,0	15,2	16,6	18,2	20,0
56	12,0	13,0	14,0	15,2	16,6	18,2	20,0
57	12,0	13,0	14,0	15,2	16,6	18,2	20,0
58	12,0	13,0	14,0	15,2	16,6	18,1	20,0
59	12,0	13,0	14,0	15,2	16,6	18,1	20,0
60	12,0	13,0	14,0	15,2	16,6	18,1	20,0

Keterangan: * Pengukuran TB dilakukan dalam keadaan anak berdiri

Lampiran 10 Pemeriksaan TDD

Umur lebih dari 18 bulan sampai 24 bulan	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Kemampuan ekspresif: Apakah anak dapat mengucapkan 2 atau lebih kata yang menunjukkan keinginan, seperti "Susu", "Minum", "Lag"? Apakah anak secara spontan mengatakan 2 kombinasi kata, seperti "Mau bobo", "Lihat Papa"?		
2. Kemampuan reseptif: Apakah anak dapat menunjukkan paling sedikit 1 anggota badan, misal "Mana hidungmu?", "Mana matamu?" tanpa diberi contoh? Apakah anak dapat mengerjakan 2 macam perintah dalam satu kalimat, seperti "Ambil sepatumu dan taruh disini" tanpa diberi contoh?		
3. Kemampuan visual: Apakah anak secara spontan memulai permainan dengan gerakan tubuh, seperti 'Pok Ame-Ame' atau 'Cilukba'? Apakah anak Anda menunjuk dengan jari telunjuk bila ingin sesuatu, bukan dengan cara memegang dengan semua jari?		
Total jawaban 'Tidak'		

Umur lebih dari 24 bulan sampai 30 bulan	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Kemampuan ekspresif: Apakah anak mulai menggunakan kata-kata lain, selain kata 'mama', 'papa', anggota keluarga lain, dan hewan peliharaan? Apakah anak mulai mengungkapkan kata yang berarti 'milik' misal "Susu kamu", "Bonekaku"?	✓	
2. Kemampuan reseptif: Apakah anak dapat mengerjakan 2 macam perintah dalam satu kalimat, seperti "Ambil sepatu dan taruh disini" tanpa diberi contoh? Apakah anak dapat menunjuk minimal 2 nama benda di depannya (cangkir, bola, sendok)?	✓	
3. Kemampuan visual: Apakah anak secara spontan memulai permainan dengan gerakan tubuh, seperti 'Pok Ame-Ame' atau 'Cilukba'? Apakah anak Anda menunjuk dengan jari telunjuk bila ingin sesuatu, bukan dengan cara memegang dengan semua jari?	✓	
Total jawaban 'Tidak'	3	0

Lampiran 11 Kuisisioner KPSP Anak Umur 24 Bulan

PEDOMAN PELAKSANAAN
Samudra, Deteksi, dan Intensi Diri Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar

Kuisisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) Anak Umur 24 Bulan

- Alat dan bahan yang dibutuhkan:
 - 4 kubus
 - Pensil
 - Bola tenis
 - Kertas

Pertanyaan		Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Bayi dipangku orang tua atau pengasuh. Berikan anak sebuah pensil dan kertas. Apakah anak dapat mencoret-coret kertas tanpa bantuan atau petunjuk?	Gerak halus	✓
2.	Bayi dipangku orang tua atau pengasuh. Minta anak untuk menyusun kubus. Apakah anak dapat menyusun 4 kubus?	Gerak halus	✓
3.	Bayi dipangku orang tua atau pengasuh. Tanpa bimbingan, petunjuk, atau bantuan Anda, dapatkan anak menunjuk paling sedikit 2 bagian tubuhnya dengan benar (rambut, mata, hidung, mulut, atau bagian badan yang lain)?	Gerak halus	✓
4.	Tanyakan kepada orang tua atau pengasuh, apakah anak mampu menggabungkan 2 kata berbeda ketika berbicara, misalnya "Minum susu" atau "Main bola"? "Terima kasih" dan "Da-dah" tidak termasuk.	Gerak halus	✓
5.	Tanyakan kepada orang tua atau pengasuh, apakah anak dapat melepas pakalannya seperti baju, rok, atau celana?	Sosialisasi dan kemandirian	✓
6.	Tanyakan kepada orang tua atau pengasuh, apakah anak dapat makan dengan menggunakan sendok sendiri tanpa banyak yang tumpah?	Sosialisasi dan kemandirian	✓
7.	Tanyakan kepada orang tua atau pengasuh, apakah anak dapat berlari tanpa terjatuh?	Gerak kasar	✓
8.	Tanyakan kepada orang tua atau pengasuh, apakah anak dapat berjalan naik tangga sendiri? Jawab 'Ya' jika ia naik tangga dengan posisi tegak atau berpegangan pada dinding atau pegangan tangga. Jawab 'Tidak' jika ia naik tangga dengan merangkak, orang tua tidak memperbolehkan anak naik tangga, atau anak harus berpegangan pada seseorang.	Gerak kasar	✓
9.	Letakkan bola tenis di depan kaki anak. Apakah ia dapat menendang ke depan tanpa berpegangan pada apapun?	Gerak kasar	✓
10.	Ikuti perintah dengan seksama. Jangan memberi isyarat dengan telunjuk atau mata pada saat memberikan perintah berikut ini: "Ambil kertas" "Ambil pensil" "Tutup pintu" Dapatkan anak melakukan perintah tersebut?	Gerak halus	✓

Lihat algoritme untuk interpretasi dan tindakan

Perinci untuk aspek perkembangan dengan jawaban "Tidak"



Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT Revised)

Mohon jawab pertanyaan berikut ini tentang anak Anda. Pikirkan bagaimana perilaku anak Anda biasanya. Jika pernah melihat anak Anda melakukan tindakan itu beberapa kali, namun dia tidak selalu melakukannya, maka jawab tidak. Tolong lingkari ya atau tidak pada setiap pertanyaan. Terima kasih.

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Jika Anda menunjuk sesuatu di ruangan, apakah anak Anda melihatnya? (Misalnya, jika Anda menunjuk hewan atau mainan, apakah anak Anda melihat ke arah hewan atau mainan yang anda tunjuk?)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
2.	Pernahkah Anda berpikir bahwa anak Anda tuli?	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
3.	Apakah anak Anda pernah bermain pura-pura? (Misalnya, berpura-pura minum dari gelas kosong, berpura-pura berbicara menggunakan telepon, atau menyuapi boneka atau boneka binatang?)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
4.	Apakah anak Anda suka memanjat benda-benda? (Misalnya, furnitur, alat-alat bermain, atau tangga)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
5.	Apakah anak Anda menggerakkan jari-jari tangannya dengan cara yang tidak biasa di dekat matanya? (Misalnya, apakah anak Anda menggoyangkan jari dekat pada matanya?)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
6.	Apakah anak Anda pernah menunjuk dengan satu jari untuk meminta sesuatu atau untuk meminta tolong? (Misalnya, menunjuk makanan atau mainan yang jauh dari jangkauannya)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
7.	Apakah anak Anda pernah menunjuk dengan satu jari untuk menunjukkan sesuatu yang menarik pada Anda? (Misalnya, menunjuk pada pesawat di langit atau truk besar di jalan)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
8.	Apakah anak Anda tertarik pada anak lain? (Misalnya, apakah anak Anda memperhatikan anak lain, tersenyum pada mereka atau pergi ke arah mereka)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
9.	Apakah anak Anda pernah memperlihatkan suatu benda dengan membawa atau mengangkatnya kepada Anda - tidak untuk minta tolong, hanya untuk berbagi? (Misalnya, memperlihatkan Anda bunga, binatang atau truk mainan)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
10.	Apakah anak Anda memberikan respon jika namanya dipanggil? (Misalnya, apakah anak Anda melihat, bicara atau bergumam, atau menghentikan apa yang sedang dilakukannya saat Anda memanggil namanya)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
11.	Saat Anda tersenyum pada anak Anda, apakah anak Anda tersenyum balik?	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
12.	Apakah anak Anda pernah marah saat mendengar suara bising sehari-hari? (Misalnya, apakah anak Anda berteriak atau menangis saat mendengar suara bising seperti vacuum cleaner atau musik keras)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
13.	Apakah anak Anda bisa berjalan?	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
14.	Apakah anak Anda menatap mata Anda saat Anda bicara padanya, bermain bersamanya, atau saat memakainya pakaian?	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
15.	Apakah anak Anda mencoba meniru apa yang Anda lakukan? (Misalnya, melambaikan tangan, tepuk tangan atau meniru saat Anda membuat suara lucu)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
16.	Jika Anda memutar kepala untuk melihat sesuatu, apakah anak Anda melihat sekeliling untuk melihat apa yang Anda lihat?	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
17.	Apakah anak Anda mencoba untuk membuat Anda melihat kepadanya? (Misalnya, apakah anak Anda melihat Anda untuk dipuji atau berkata "lihat" atau "lihat aku")	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
18.	Apakah anak Anda mengerti saat Anda memintanya melakukan sesuatu? (Misalnya, jika Anda tidak menunjuk, apakah anak Anda mengerti kalimat "letakkan buku itu di atas kursi" atau "ambilkan saya selimut")	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>
19.	Jika sesuatu yang baru terjadi, apakah anak Anda menatap wajah Anda untuk melihat perasaan Anda tentang hal tersebut? (Misalnya, jika anak Anda mendengar bunyi aneh atau lucu, atau melihat mainan baru, akankah dia menatap wajah Anda?)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/>

CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12***
Tanggal Pemberian Imunisasi													
Vaksin													
Hepatitis B (< 24 jam)													
BCG	10/12	21											
*Polio tetes 1													
*DPfHB-Hib 1			10/22										
*Polio tetes 2			1/2										
** PCV 1													
*DPT-HB-Hib 2				15/22									
*Polio tetes 3				1/3									
** PCV 2													
*DPT-HB-Hib 3					18/22								
*Polio tetes 4					18/22								
Polio Suntik (IPV)					9/16								
Campak-Rubella										19/22			
** JE													
** PCV 3													

Umur (Bulan)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
**** DPT-HB-Hib (lanjutan)	12-6-23	
***** Campak-Rubella (lanjutan)	16-2-23	







Jadwal tetap pemberian imunisasi rutin lengkap Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi rutin lengkap Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
















Lampiran 14 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Fitri Wulandari
 NIM : 2115471083
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Anak Batita Dengan Perkembangan Motorik Halus Meragukan Di TPMB Yulia Sari Lambu Kibang Tulang Bawang Barat
 Pembimbing Utama : Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM
 Pembimbing Pendamping : M. Ridwan, S.KM.,MKM

No	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Perbaikan dan Saran	Paraf Pembimbing	
				Pembimbing Utama	Pembimbing Pendamping
1.	Selasa, 09 Januari 2024	Pengajuan Judul	ACC judul dan kerjakan materi BAB I	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	 M.Ridwan, S.KM.,MKM
3.	Senin, 29 Januari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	Perbaikan Judul, Latar belakang, teknik penulisan dan pembatasan masalah	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	
4.	Senin, 05 Februari 2024	Perbaikan Judul	ACC judul	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	
5.	Senin, 19 Februari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	Perbaikan Latar belakang, pembatasan masalah, dan metode SOAP	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	 M.Ridwan, S.KM.,MKM

6.	Selasa, 20 Februari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	Perbaiki tata cara penulisan daftar isi, halaman, dan tanda baca.	 M. Ridwan, S.KM.,MKM	
7.	Rabu, 21 Februari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	Perbaiki latar belakang, Perbaiki 7 langkah varney	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	
8.	Kamis, 22 Februari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	Tambahkan materi mengenai metode yang digunakan, perbaiki penatalaksanaan dalam SOAP	 M. Ridwan, S.KM.,MKM	
9.	Jum'at 23 februari 2024	Perbaiki judul LTA	Perbaiki judul, Penambahan warna pada gambar, perbaiki SOAP dan penatalaksanaan	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	 M. Ridwan, S.KM.,MKM
10.	Jumat, 22 Maret 2024	Revisi hasil Proposal BAB I dan BAB II	Perbaiki Latar belakang dan table Perbaiki penatalaksanaan	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	 M. Ridwan, S.KM.,MKM
11.	Minggu, 28 April 2024	Konsultasi BAB III, BAB IV, Simpulan dan Saran	Perbaiki Askeb, perbaiki penatalaksanaan, masalah, dan diagnose potensial. Perbaiki pembahasan, kesimpulan, dan saran.	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	

13.	Senin, 03 Juni 2024	Perbaiki BAB III, BAB IV, Simpulan dan Saran	Tambahkan Status Gizi, tambahkan paraf pada catatan perkembangan, perbaiki pembahasan, dan perbaikan saran	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	 M.Ridwan, S.KM.,MKM
14.	Selasa, 04 Juni 2024	Perbaiki ringkasan Revisi BAB IV, dan BAB V	ACC LTA		 M. Ridwan, S.KM.,MKM
15.	Rabu, 03 Juli 2024	Perbaiki BAB V	Perbaiki simpulan dengan SOAP	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	
16.	Kamis, 11 Juli 2024	Penambahan materi BAB II, dan Perbaiki BAB IV	ACC LTA	 Yoga Tri Wijayanti SKM.,MKM	

Metro, 11 Juli 2024

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Kebidanan Metro


Islamiyati, A.K., M.KM
NIP.197204031993022001

Lampiran 15 Lembar Perbaikan

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

Nama Mahasiswa : Fitri Wulandari
NIM : 2115471083
Kelas : DIII Tingkat III REG 2 Semester VI
Penguji Utama : Islamiyati, AK.,MKM
ketua/Moderator : Yoga Triwijayanti,SKM.,MKM
Penguji Anggota : Firda Fibrila,S.SiT.,M.Pd

No	Materi Sebelum Diperbaiki	Sesudah Diperbaiki
1	Perbaiki Ringkasan	Ringkasan telah diperbaiki
2	Perbaiki BAB II	BAB II telah diperbaiki
3	Perbaiki askeb BAB III	Askeb BAB III telah diperbaiki
4	Perbaiki Pembahasan di BAB IV	Pembahasan BAB IV telah diperbaiki
5	Perbaiki penulisan daftar pustaka	Penulisan daftar pustaka sudah diperbaiki

Penguji Ketua/Moderator



Yoga Tri Wijayanti,SKM.,MKM
NIP.198005142002122003

Penguji Anggota



Firda Fibrila,S.SiT.,M.Pd
NIP.197602122005012004

Penguji Utama



Islamiyati, AK.,MKM
NIP.197204031993022001

Lampiran 16 Pernyataan Bebas Plagiarisme



Kementerian Kesehatan

Poltekkes Tanjungkarang

Jalan Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung

Lampung 35145

Telp: (0721) 783852

Website: <https://poltekkes-tjk.ac.id>

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Program Studi D-III Kebidanan Metro Telah Melakukan Pengecekan Similarity/
Plagiarisme Pada Laporan Tugas Akhir:

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Anak Batita Dengan
Perkembangan Motorik Halus Meragukan Di
TPMB Yulia Sari Lambu Kibang Tulang Bawang
Barat

Nama Mahasiswa : Fitri Wulandari

NIM : 2115471083

Hari, Tanggal : Kamis, 11 Juli 2024

Pengecekan dilakukan oleh Tim Pengecekan Similarity Prodi Kebidanan Metro
Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang, menggunakan aplikasi Turnitin dengan
hasil sebesar 21% sebagaimana terlampir.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dan dapat dipertanggung jawabkan.

Metro, 11 Juli 2024

Kaprodi DIII Kebidanan Metro


Islamiyati, AK, M.KM
NIP. 197204031993022001

PJ Akademik Kebidanan Metro


Firda Fibrilia, S.SiT., M.Pd
NIP. 197602122005012004