

LAMPIRAN

Lampiran 1 Kartu Kontrol Konsumsi MT Ibu Hamil

KARTU KONTROL KONSUMSI MAKANAN TAMBAHAN (MT) IBU HAMIL DAN PENCATATAN

KONDISI KESEHATAN HARIAN IBU HAMIL

Nama Ibu : LOLI APRITA Kelurahan/Desa : 106. RNU
 Tgl lahir Ibu/Usia Kehamilan : 7/09/2005/19 Alamat : 01. POKAN RT/PW
 Usia Kehamilan : 34 BULAN
 (ketika awal menjadi sasaran kegiatan PMT lokal)

Tanggal	Hari ke-	Keterangan Pemberian MT		Kondisi Kesehatan	
		Habis	Tidak Habis	Sehat	Tidak Sehat (Tuliskan sakitnya)
05/08/2024	1	✓		✓	
06/08/2024	2	✓		✓	
07/08/2024	3	✓		✓	
08/08/2024	4	✓		✓	
09/08/2024	5	✓		✓	
10/08/2024	6	✓		✓	
11/08/2024	7	✓		✓	
12/08/2024	8	✓		✓	
13/08/2024	9	✓		✓	
14/08/2024	10	✓		✓	
15/08/2024	11	✓		✓	
16/08/2024	12	✓		✓	
17/08/2024	13	✓		✓	
18/08/2024	14	✓		✓	
19/08/2024	15	✓		✓	
20/08/2024	16	✓		✓	
21/08/2024	17	✓		✓	
22/08/2024	18	✓		✓	
23/08/2024	19	✓		✓	
24/08/2024	20	✓		✓	
25/08/2024	21	✓		✓	
26/08/2024	22	✓		✓	
27/08/2024	23	✓		✓	
28/08/2024	24	✓		✓	
29/08/2024	25	✓		✓	
30/08/2024	26	✓		✓	
31/08/2024	27	✓		✓	
01/09/2024	28	✓		✓	
02/09/2024	29	✓		✓	
03/09/2024	30	✓		✓	
04/09/2024	31	✓		✓	
05/09/2024	32	✓		✓	
06/09/2024	33	✓		✓	
07/09/2024	34	✓		✓	
08/09/2024	35	✓		✓	
09/09/2024	36	✓		✓	
10/09/2024	37	✓		✓	
11/09/2024	38	✓		✓	
12/09/2024	39	✓		✓	
13/09/2024	40	✓		✓	
14/09/2024	41	✓		✓	
15/09/2024	42	✓		✓	
16/09/2024	43	✓		✓	
17/09/2024	44	✓		✓	
18/09/2024	45	✓		✓	
19/09/2024	46	✓		✓	
20/09/2024	47	✓		✓	
21/09/2024	48	✓		✓	
22/09/2024	49	✓		✓	
23/09/2024	50	✓		✓	
24/09/2024	51	✓		✓	
25/09/2024	52	✓		✓	
26/09/2024	53	✓		✓	
27/09/2024	54	✓		✓	
28/09/2024	55	✓		✓	
29/09/2024	56	✓		✓	
30/09/2024	57	✓		✓	
01/10/2024	58	✓		✓	
02/10/2024	59	✓		✓	
03/10/2024	60	✓		✓	

Formulir ini diisi dengan memberikan Tanda Centang (V) dan keterangan pada setiap kolom yang tersedia

**KARTU KONTROL KONSUMSI MAKANAN TAMBAHAN (MT) IBU HAMIL DAN PENCATATAN
KONDISI KESEHATAN HARIAN IBU HAMIL**

Nama Ibu : LILI APRIATI
Tgl lahir Ibu/Usia Kehamilan : 7/09/2005
Usia Kehamilan : 4 BULAN
(ketika awal menjadi sasaran kegiatan PMT lokal)

Kelurahan/Desa : 135. R4U
Alamat : JL. ROKAN

Tanggal	Hari ke-	Keterangan Pemberian MT		Kondisi Kesehatan	
		Habis	Tidak Habis	Sehat	Tidak Sehat (Tuliskan sakitnya)
04/10/2024	61	✓		✓	
05/10/2024	62	✓		✓	
06/10/2024	63	✓		✓	
07/10/2024	64	✓		✓	
08/10/2024	65	✓		✓	
09/10/2024	66	✓		✓	
10/10/2024	67	✓		✓	
11/10/2024	68	✓		✓	
12/10/2024	69	✓		✓	
13/10/2024	70	✓		✓	
14/10/2024	71	✓		✓	
15/10/2024	72	✓		✓	
16/10/2024	73	✓		✓	
17/10/2024	74	✓		✓	
18/10/2024	75	✓		✓	
19/10/2024	76	✓		✓	
20/10/2024	77	✓		✓	
21/10/2024	78	✓		✓	
22/10/2024					
23/10/2024					
24/10/2024					
25/10/2024					
26/10/2024					
27/10/2024					
28/10/2024					
29/10/2024					
30/10/2024					
31/10/2024					
01/11/2024					
02/11/2024					
03/11/2024					
04/11/2024					
05/11/2024					
06/11/2024					
07/11/2024					
08/11/2024					
09/11/2024					
10/11/2024					
11/11/2024					
12/11/2024					
13/11/2024					
14/11/2024					
15/11/2024					
16/11/2024					
17/11/2024					
18/11/2024					
19/11/2024					
20/11/2024					
21/11/2024					
22/11/2024					
23/11/2024					
24/11/2024					
25/11/2024					
26/11/2024					
27/11/2024					
28/11/2024					
29/11/2024					
30/11/2024					
01/12/2024					
02/12/2024					

Formulir ini diisi dengan memberikan Tanda Centang (V) dan keterangan pada setiap kolom yang tersedia

**KARTU KONTROL KONSUMSI MAKANAN TAMBAHAN (MT) IBU HAMIL DAN PENCATATAN
KONDISI KESEHATAN HARIAN IBU HAMIL**

Nama Ibu : IRENE MURU Kelurahan/Desa : Desuik
Tgl lahir Ibu/Usia Kehamilan : 5 Maret 2000 Alamat : Rt. Setia Budhi
Usia Kehamilan : 4 bulan
(ketika awal menjadi sasaran kegiatan PMT lokal)

Tanggal	Hari ke-	Keterangan Pemberian MT		Kondisi Kesehatan	
		Habis	Tidak Habis	Sehat	Tidak Sehat (Tuliskan sakitnya)
05/08/2024	1	✓		✓	
06/08/2024	2	✓		✓	
07/08/2024	3	✓		✓	
08/08/2024	4	✓		✓	
09/08/2024	5	✓		✓	
10/08/2024	6	✓		✓	
11/08/2024	7	✓		✓	
12/08/2024	8	✓		✓	
13/08/2024	9	✓		✓	
14/08/2024	10	✓		✓	
15/08/2024	11	✓		✓	
16/08/2024	12	✓		✓	
17/08/2024	13	✓		✓	
18/08/2024	14	✓		✓	
19/08/2024	15	✓		✓	
20/08/2024	16	✓		✓	
21/08/2024	17	✓		✓	
22/08/2024	18	✓		✓	
23/08/2024	19	✓		✓	
24/08/2024	20	✓		✓	
25/08/2024	21	✓			Sakit Gali
26/08/2024	22	✓			Sakit Gali
27/08/2024	23	✓		✓	
28/08/2024	24	✓		✓	
29/08/2024	25	✓		✓	
30/08/2024	26	✓		✓	
31/08/2024	27	✓		✓	
01/09/2024	28	✓		✓	
02/09/2024	29	✓		✓	
03/09/2024	30	✓		✓	
04/09/2024	31	✓		✓	
05/09/2024	32	✓		✓	
06/09/2024	33	✓		✓	
07/09/2024	34	✓		✓	
08/09/2024	35	✓		✓	
09/09/2024	36	✓		✓	
10/09/2024	37	✓		✓	
11/09/2024	38	✓		✓	
12/09/2024	39	✓		✓	
13/09/2024	40	✓		✓	
14/09/2024	41	✓		✓	
15/09/2024	42			✓	
16/09/2024	43			✓	
17/09/2024	44			✓	Keluar kota
18/09/2024	45			✓	
19/09/2024	46			✓	
20/09/2024	47			✓	
21/09/2024	48			✓	
22/09/2024	49	✓		✓	
23/09/2024	50	✓		✓	
24/09/2024	51	✓		✓	
25/09/2024	52	✓		✓	
26/09/2024	53	✓		✓	
27/09/2024	54	✓		✓	
28/09/2024	55	✓		✓	
29/09/2024	56	✓		✓	
30/09/2024	57	✓		✓	
01/10/2024	58	✓		✓	
02/10/2024	59	✓		✓	
03/10/2024	60	✓		✓	

Formulir ini diisi dengan memberikan Tanda Centang (V) dan keterangan pada setiap kolom yang tersedia

KARTU KONTROL KONSUMSI MAKANAN TAMBAHAN (MT) IBU HAMIL DAN PENCATATAN KONDISI KESEHATAN HARIAN IBU HAMIL

Nama Ibu :
 Tgl lahir Ibu/Usia Kehamilan :
 Usia Kehamilan :
 (ketika awal menjadi sasaran kegiatan PMT lokal)

Kelurahan/Desa :
 Alamat :

Tanggal	Hari ke-	Keterangan Pemberian MT		Kondisi Kesehatan	
		Habis	Tidak Habis	Sehat	Tidak Sehat (Tuliskan sakitnya)
04/10/2024	01	✓		✓	
05/10/2024	02	✓		✓	
06/10/2024	03	✓		✓	
07/10/2024	04	✓		✓	
08/10/2024	05	✓		✓	
09/10/2024	06	✓		✓	
10/10/2024	07	✓		✓	
11/10/2024	08	✓		✓	
12/10/2024	09	✓		✓	
13/10/2024	10	✓		✓	
14/10/2024	11	✓		✓	
15/10/2024	12	✓		✓	
16/10/2024	13	✓		✓	
17/10/2024	14	✓		✓	
18/10/2024	15	✓		✓	
19/10/2024	16	✓		✓	
20/10/2024	17	✓		✓	
21/10/2024	18	✓		✓	
22/10/2024					
23/10/2024					
24/10/2024					
25/10/2024					
26/10/2024					
27/10/2024					
28/10/2024					
29/10/2024					
30/10/2024					
31/10/2024	1				
01/11/2024					
02/11/2024					
03/11/2024					
04/11/2024					
05/11/2024					
06/11/2024					
07/11/2024					
08/11/2024					
09/11/2024					
10/11/2024					
11/11/2024					
12/11/2024					
13/11/2024					
14/11/2024					
15/11/2024					
16/11/2024					
17/11/2024					
18/11/2024					
19/11/2024					
20/11/2024					
21/11/2024					
22/11/2024					
23/11/2024					
24/11/2024					
25/11/2024					
26/11/2024					
27/11/2024					
28/11/2024					
29/11/2024					
30/11/2024					
01/12/2024					
02/12/2024					

Formulir ini diisi dengan memberikan Tanda Centang (V) dan keterangan pada setiap kolom yang tersedia

Lampiran 2 Formulir Pemantauan Berat Badan Ibu Hamil

PEMANTAUAN BERAT BADAN IBU HAMIL DAN USIA KEHAMILANNYA

NAMA IBU HAMIL
TANGGAL, BULAN, TAHUN, LAHIR
ALAMAT

: LOLI APRISA
: 7 APRIL 2005
: JL. BOKAN

USIA KEHAMILAN : 4 bulan
BB AWAL : 42 kg
TB AWAL : 150 cm
IMT PRA HAMIL/TRIMESTER 1 : 19,6 kg/m²
LILA : 20 cm
KADAR HB : 12 g/dl

NO.	HARI, TANGGAL	PEMANTAUAN BULAN KE-	BERAT BADAN (BB)		LINGKAR LENGAN ATAS (LILA)	KETERANGAN
			HASIL PENGUKURAN KADER	HASIL KONFIRMASI NAKES		
1.	05/08/2024	0		45 kg	21 cm	
2.	03/09/2024	1		50 kg	22 cm	
3.	03/10/2024	2		53 kg	23,5 cm	

NAKES

KADER POSYANDU

(1902 Maret 2024)

()

PEMANTAUAN BERAT BADAN IBU HAMIL DAN USIA KEHAMILANNYA

NAMA IBU HAMIL
TANGGAL, BULAN, TAHUN, LAHIR
ALAMAT

: IRENE NDURU
: 05/03/2000
: JL. SETIA BUDI

USIA KEHAMILAN : 4 bulan
BB AWAL : 45 kg
TB AWAL : 150 cm
IMT PRA HAMIL/TRIMESTER 1 : 20 kg/m²
LILA : 21,5 cm
KADAR HB : 12 g/dl

NO.	HARI, TANGGAL	PEMANTAUAN BULAN KE-	BERAT BADAN (BB)		LINGKAR LENGAN ATAS (LILA)	KETERANGAN
			HASIL PENGUKURAN KADER	HASIL KONFIRMASI NAKES		
1.	05/08/2024	0		48 kg	22,5 cm	
2.	03/09/2024	1		52 kg	24,0 cm	
3.	03/10/2024	2		53 kg	24,0 cm	
4.	02/11/2024	3		54 kg	24,5 cm	
5.	02/12/2024	4		54 kg	24,5 cm	

NAKES

KADER POSYANDU

(1902 Maret 2024)

()

Lampiran 3 Siklus Menu 10 Hari Puskesmas Limapuluh

No	Nama Menu	Gambar
1.	Nasi Sup Ayam + Pisang	
2.	Bakwan Tahu Udang + Pepaya	
3.	Risol Ayam + Semangka	
4.	Dimsum Mix + Melon	
5.	Tahu Bakso Fantasi + Pepaya	
6.	Kroket Ayam Teri + Jeruk	

7.	Bihun Vegie + Buah Naga	
8.	Nasi Patin Krispi + Capcay + Jeruk	
9.	Fuyunghai + Melon Kuning	
10.	Sempol Ayam + Jeruk	

Lampiran 4 Pengantaran MT – lokal



Lampiran 5 Pengukuran LILA



Lampiran 6 Penimbangan Berat Badan



Lampiran 7 Pengukuran Tinggi Badan



Lampiran 8 Surat Penelitian


PEMERINTAH KOTA PEKANBARU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 GEDUNG LIMAS KAJANG LANTAI III KOMP. PERKANTORAN PEMKO. PEKANBARU
 JL. ABDUL RAHMAN HAMID KOTA PEKANBARU
 

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
 Nomor : BL.04.00/Kesbangpol/3355/2024
 

a. Dasar :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 Tentang Keterbukaan Informasi Publik.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah.
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 Tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.
5. Peraturan Daerah Kota Pekanbaru Nomor 9 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Pekanbaru.

b. Menimbang : Rekomendasi dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Riau, nomor 503/DPMTSP/NON IZIN-RISET/71068 tanggal 24 Desember 2024, perihal pelaksanaan kegiatan Penelitian Riset/Pra Riset dan pengumpulan data untuk bahan Skripsi.

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

1. Nama : TALITHA ZAFRA SABRINA
2. NIM : P032213411036
3. Universitas : POLTEKKES KEMENKES RIAU
4. Jurusan : GIZI
5. Jenjang : DIII
6. Alamat : JL. SUDIRMAN NO. 36 KEL. BANGKINANG KEC. BANGKINANG KOTA-KAMPAR
7. Judul Penelitian : GAMBARAN PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (MT) LOKAL DENGAN PENINGKATAN BERAT BADAN IBU HAMIL KEKURANGAN ENERGI KRONIS DI WILAYAH PUSKESMAS LIMA PULUH
8. Lokasi Penelitian : DINAS KESEHATAN KOTA PEKANBARU

Untuk Melakukan Penelitian, dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan yang tidak ada hubungan dengan kegiatan Riset/Pra Riset/ Penelitian dan pengumpulan data ini.
2. Pelaksanaan kegiatan Riset ini berlangsung selama 6 (enam) bulan terhitung mulai tanggal Surat Keterangan Penelitian ini diterbitkan.
3. Berpakaian sopan, mematuhi etika Kantor/Lokasi Penelitian, bersedia meninggalkan photo copy Kartu Tanda Pengenal.
4. Melaporkan hasil Penelitian kepada Walikota Pekanbaru c.q Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Pekanbaru, paling lambat 1 (satu) minggu setelah selesai.

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekanbaru, 30 Desember 2024



HADI SANJOYO, AP, M.Si
 PEMBINA TINGKAT I
 NIP. 8740410 199311 1 001

Tembusan
 Yth : 1. Wakil Direktur I POLTEKKES KEMENKES Riau di Pekanbaru.
 2. Yang Bersangkutan.