

LAMPIRAN

Lampiran 1. PSP

Penjelasan Sebelum Penelitian (PSP) Naskah Penjelasan Penelitian untuk mendapat *informed consent* dari subyek penelitian

Assalamualaikum wr.wb

Perkenalkan

Nama : Bella Noviani

Pekerjaan : Mahasiswa Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

Saya akan melakukan pengumpulan data tentang **“Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI Di Wilayah Kerja Puskesmas Fajar Bulan Kabupaten Lampung Barat”**. Tujuan penelitian ini untuk melihat praktik pemberian MP-ASI pada bayi dan anak usia 6-12 bulan. Berkaitan dengan penelitian. Data ini akan diambil melalui wawancara dan obseravasi kepada ibu sebagai responden. Untuk itu dibutuhkan kerjasama yang baik antara peneliti dan ibu. Identitas ibu dan semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian ini. Maka saya meminta kurang lebih 30 menit waktu ibu untuk menjawab dan memberikan informasi terkait data dari penelitian ini.

Setelah dilakukan wawancara dan observasi saya akan memeberikan leaflet kepada ibu guna menambah pengetahuan ibu mengenai MP-ASI. Apabila ibu bersedia dan menyetujui untuk menjadi responden dalam penelitian ini, agar kiranya dapat menandatangani formulir ini sebagai tanda persetujuan. Atas kerjasama yang baik dari semua pihak saya ucapkan terimakasih.

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat:

Menyatakan bahwa bersedia untuk dijadikan sebagai responden penelitian Mahasiswa Jurusan Gizi Poltekkes Tanjungkarang dengan judul penelitian **“Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI Di Wilayah Kerja Puskesmas Fajar Bulan Kabupaten Lampung Barat”**.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bandar Lampung, 2021

Yang menyatakan,

()

Lampiran 3. Lembar Kuesioner

LEMBAR KUESIONER

GAMBARAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS FAJAR BULAN KECAMATAN WAY TENONG KABUPATEN LAMPUNG BARAT

Petunjuk : Berilah tanda (√) pada jawaban yang dipilih!

A. IDENTITAS RESPONDEN (IBU BADUTA)

- Nama Ibu : _____
- Penghasilan keluarga : _____ Umur : _____
- Alamat : _____
- Pekerjaan : ☐ Bekerja ☐ Tidak Bekerja
- Pendidikan : ☐ Tidak Tamat SD
☐ SD
☐ SLTP/ sederajat
☐ SLTA/ sederajat
☐ Perguruan Tinggi

Petunjuk : Berilah tanda (√) pada jawaban yang dipilih!

C. DATA ANAK

1. Nama : _____ BB Lahir : _____
2. Tanggal Lahir : _____ BB Bulan lalu : _____
3. Jenis Kelamin : ☐ Perempuan BB Bulan ini : _____
☐ Laki-laki
4. Riwayat Pemberian ASI usia 0-6 bulan :
- | | |
|--|--|
| ☐ ASI | ☐ ASI+MPASI |
| ☐ ASI + Formula | ☐ MPASI+Formula |
| ☐ Formula | ☐ ASI+MPASI+Formula |

PENGETAHUAN IBU TENTANG MP-ASI

Petunjuk : Pilihlah benar atau salah dari pertanyaan tersebut dengan memberikan tanda (√) pada setiap kolom jawaban sesuai dengan pengetahuan anda.

Nama ibu :

Nama anak :

Usia anak :

No.	Pernyataan	Jawaban	
		Benar	Salah
1.	Makanan Pendamping ASI merupakan makanan tambahan yang diberikan kepada anak saat berusia 6 sampai 24 bulan.		
2.	Saat anak berusia 6 bulan, ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi anak		
3.	Makanan pendamping ASI bertujuan menggantikan ASI.		
4.	MP-ASI yang baik adalah yang berasal dari pangan segar, bukan dari MP-ASI kemasan		
5.	Pemberian MP-ASI sebelum usia 6 bulan dapat mengganggu pencernaan pada anak seperti diare		
6.	Pemberian MP-ASI setelah usia 6 bulan tidak beresiko terkena diare.		
7.	Saat anak berusia 4 bulan sudah bisa duduk dan tertarik dengan makanan maka anak sudah bisa diberi mpasi.		
8.	Setelah anak diberikan makanan pendamping asi, sudah tidak wajib diberikan asi lagi		
9.	Usia anak menentukan tekstur makanan anak.		
10.	MP-ASI yang diberikan pada anak harus bervariasi. Yaitu terdiri dari makanan pokok, lauk hewani, nabati, sayur dan buah		
11.	Pada saat anak berusia 12 bulan tekstur MP-ASI yang dapat diberikan pada anak yaitu makanan biasa/makanan keluarga.		
12.	Semakin bertambah usia anak semakin bertambah porsi makan anak		
13.	Saat anak sudah diberi MP-ASI pemberian ASI sebaiknya diteruskan sampai anak usia 2 tahun.		
14.	Saat anak usia 6-8 bulan selain diberikan 2-3 kali makanan utama, lalu diberikan selingan 1-2 kali.		
15.	Saat anak pertama kali diberikan mpasi, tekstur mp asi yang tepat adalah encer seperti asi.		
16.	Contoh mp asi untuk anak 7 bulan, adalah bubur hati, wartel saring		
17.	Lauk hewani seperti telur, ikan, ayam, atau daging sudah bisa diberikan sejak pertama pemberian mp asi		
18.	Apabila bayi menolak untuk makan ibu bisa berhenti menyuapi tanpa membujuk		
19.	Pemberian makan anak sambil menonton tv baik dilakukan asal anak mau makan		
20.	Menjaga kebersihan seperti mencuci tangan dan mencuci bahan makanan sebelum dimasak dapat menghindarkan anak dari resiko terkena diare.		

PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI

Petunjuk : Pilihlah benar atau salah dari pertanyaan tersebut dengan memberikan tanda (√) pada setiap kolom jawaban sesuai dengan pengetahuan anda dan (x) pada jawaban yang tidak sesuai dengan pengetahuan anda.

Nama ibu :

Nama anak :

Usia anak :

Variabel	penjelas variabel	Keterangan	sesuai	Tidak sesuai
Usia Pemberian MP-ASI	praktik pemberian MP-ASI sesuai dengan usia			
Tekstur	Bentuk MP-ASI Yang diberikan menurut umur a) Dari usia 6bulan diberikan pure, saring atau lumat b) Dari usia 9 bulan diberikan makanan lembik atau cincang c) Dari usia 12 bulan diberikan makanan keluarga atau padat			
Frekuensi Pemberian MP-ASI	Jumlah waktu Pemberian MP-ASI dalam sehari menurut umur a) Dari usia 6 bulan diberikan sebanyak 2-3x sehari selingan 1x sehari b) Dari saat usia 9 bulan diberikan sebanyak 3-4x dan selingan 1-2x sehari c) Dari usia 12 bulan diberikan sebanyak 3-4x sehari dan selingan 1-2x sehari			
Porsi Pemberian MP-ASI	banyaknya Pemberian MP-ASI setiap waktu makan menurut umur a) Dari usia 6 bulan diberikan 1/2 mangkuk ukuran 250ml b) Dari usia 9 bulan diberikanc 1/2 samapai 3/4 mangkuk ukuran 250ml c) Dari usia 12 bulan diberikan 3/4 sampai mangkuk ukuran 250ml			
Variasi Pemberian MP-ASI	Ragam Makanan yang diberikan terdiri dari ☐ Makanan pokok ☐ Protein Hewani ☐ Protein Nabati ☐ Sayur ☐ Buah	Setiap makan ☐ Pagi ☐ Siang ☐ malam		
Responsif Pemberian MP-ASI	Cara Pemberian MP-ASI kepada anak dengan melihat pengulangan respon anak dengan kontak kepada ibu 1. Jika baik menolak makan apa yang ibu			

Variabel	penjelas variabel	Keterangan	sesuai	Tidak sesuai
	lakukan? 2. pada saat makan, suasana makan : ☐ Anak menonton TV ☐ Anak Bermain ☐ Anak Berjalan-jalan ☐ Anak Mengobrol ☐ Sambil disuap diberikan makanan lain (piring dipisah) 3. setelah pemberian makan, apa masalah yang pernah muncul?			
Kebersihan Pemberian MP-ASI	Menjaga kebesersihan sesuai dengan pedoman kesehatan 5 langkah ☐ Mencuci tangan dengan sabun dan bahan makanan dengan air mengalir ☐ Pemisahan makanan mentah dan makanan matang ☐ Pemasakan dengan benar dan matang ☐ Simpan pada suhu yang tepat ☐ Gunakan air dan bahan baku yang aman			

Sumber informasi ibu tentang MP-ASI (berikan tanda √ centang) :

- ☐ TV
- ☐ Radio
- ☐ Instagram
- ☐ Wa
- ☐ Facebook
- ☐ twiter
- ☐ Penyuluhan di puskes
- ☐ Penyuluhan di posyandu
- ☐ Seminar-seminar
- ☐ Koran
- ☐ Buku MP-ASI
- ☐ Browser
- ☐ Leaflet

LEMBAR PERSETUJUAN

Proposal Tugas Akhir

**Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI Di Wilayah Kerja Puskesmas Fajar
Bulan Kabupaten Lampung Barat**

Penulis

Bella Noviani / NIM :1913411006

Telah diperiksa dan disetujui Tim Pembimbing Proposal Tugas Akhir
Program Diploma III Gizi Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

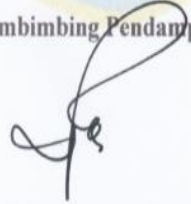
Bandar lampung, 2022

Tim Pembimbing Proposal Tugas Akhir

Pembimbing Utama


Sutrio, SKM, M.Kes
NIP. 198005142005011008

Pembimbing Pendamping


Yulia Novika. J., SP.,M.KM
NIP. 198611152009122002

**LEMBAR PERBAIKAN
SEMINAR PROPOSAL TUGAS AKHIR**

HARI / TANGGAL : Kamis
NAMA MAHASISWA : BELA NOVIA
NIM : 1913411008

HASIL MASUKAN :

Pembimbing Utama :

- perbaikan pendahuluan - harus jelas permasalahan
- perbaikan DO $\Rightarrow$ sesuai dgn kuisisioner

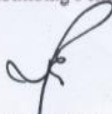
Pembimbing Pendamping :

- pendahuluan $\rightarrow$ Di perbaikan data-dat yang menunjukkan sebuah masalah
- hal 13 metode praktek $\Rightarrow$ buat kalimat pengantar
- perbaikan DO
- perbaikan pengumpulan Data Sekunder, apa ??
- perbaikan PSP
- kuisisioner sesuai DO.

Mengetahui,
Pembimbing Utama,


Sukriyanto, SKM, M.Kes
NIP. 198005192005011008

Pembimbing Pendamping


Yulia Novika, J., SP., M.KM
NIP. 198611152009122002

LEMBAR PERBAIKAN UJIAN SIDANG TUGAS AKHIR

HARI / TANGGAL : Jumat, 10 Juni 2022
 NAMA MAHASISWA : Bella Noviana
 NIM : 1913411006

HASIL MASUKAN :

Penguji Utama:

- Perbaiki Abstrak (Suarikan dgn peneraan)
- ~~Abstrak~~ Jember bapuk
- Perbaiki tabel
- Perbaiki saran beragat dan masalah (Cari yg melakukan, kodin) → Harus Aplikasi

Pembimbing Utama:

- perbaiki bahasa ditambah

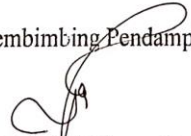
Pembimbing Pendamping:

- perbaiki saran ⇒ besar yg yg kpat
- Tabulasi silang
- Tambah di pembahasa ⇒ alasan dlc misal porsi, variasi
- porsi dan variasi ⇒ Tambah saran → Deuot.

Mengetahui,
Pembimbing Utama,


 SKM. M. Kes
 NIP: 198005192005011008

Pembimbing Pendamping


 Yulia Novika J. S. P., M. KM
 NIP: 198611152009122002

Penguji Utama


 Dewi Sri Sumardilah, SKM. M. Kes
 NIP: 196208201985012001

Ket: Lembar ditandatangani setelah perbaikan dilakukan

Lampiran 4 Dokumentasi Pengambilan Data





Lampiran 5 hasil analisis dan olahan data

		pendidikan (x1)			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	13.3	13.3	13.3
	2	4	13.3	13.3	26.7
	3	14	46.7	46.7	73.3
	4	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		usia (x2)			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	23	76.7	76.7	76.7
	2	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		pengetahuan (y)			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	80	1	3.3	3.3	3.3
	85	6	20.0	20.0	23.3
	90	14	46.7	46.7	70.0
	95	7	23.3	23.3	93.3
	100	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		usiapemberian(y)			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	10	33.3	33.3	33.3
	1	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

tekstur(y)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	3.3	3.3	3.3
	1	29	96.7	96.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

frekuensi(y)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	16.7	16.7	16.7
	1	25	83.3	83.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

porsi(y)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	22	73.3	73.3	73.3
	1	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

variasi(y)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	21	70.0	70.0	70.0
	1	9	30.0	30.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

kebersihan(y)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	3.3	3.3	3.3
	1	29	96.7	96.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		responsif(y)			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	0	2	6.7	6.7	6.7
	1	28	93.3	93.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

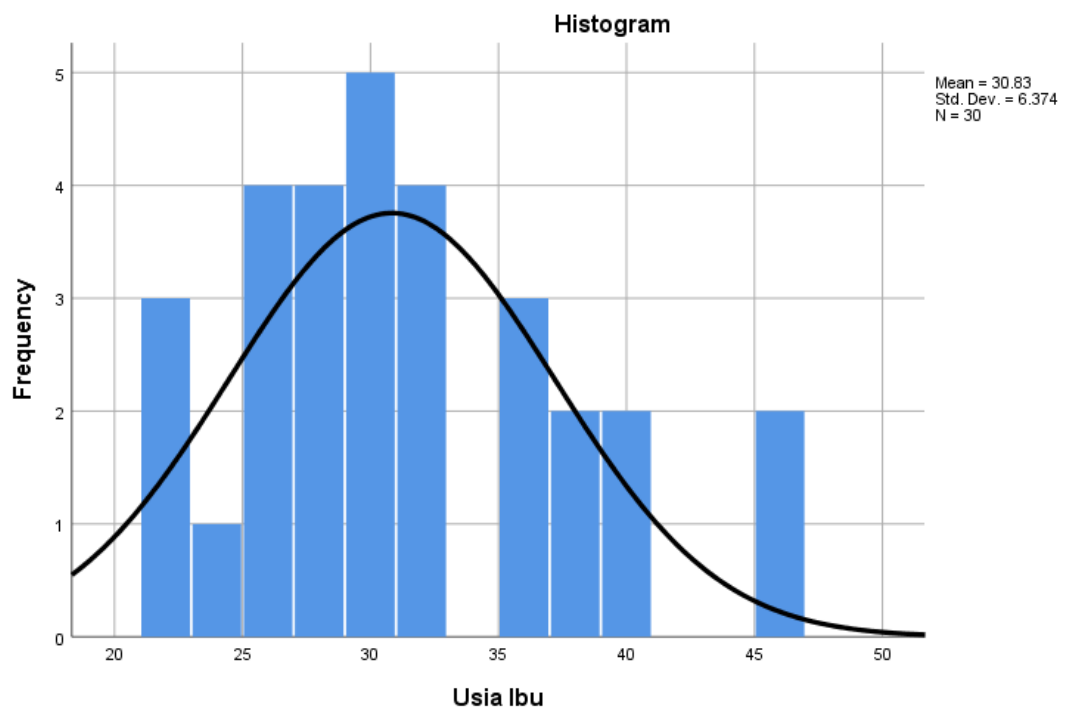
Distribusi Usia Ibu

Statistics

Usia Ibu

N	Valid	30
	Missing	0
Mean		30.83
Std. Error of Mean		1.164
Median		29.50
Mode		22 ^a
Std. Deviation		6.374
Minimum		22
Maximum		45

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown



Descriptives

		Statistic	Std. Error
Usia Ibu	Mean	30.83	1.164
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	28.45	
	Upper Bound	33.21	
	5% Trimmed Mean	30.54	
	Median	29.50	
	Variance	40.626	
	Std. Deviation	6.374	
	Minimum	22	
	Maximum	45	
	Range	23	
	Interquartile Range	10	
	Skewness	.641	.427
	Kurtosis	-.151	.833

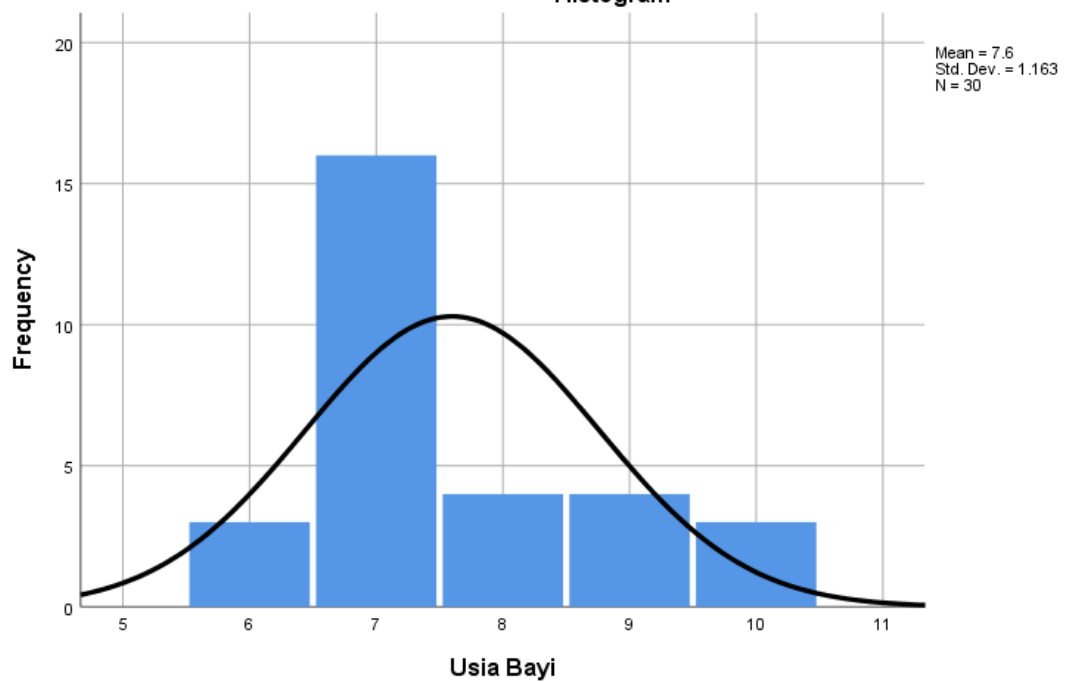
Distribusi Usia Bayi

Statistics

Usia Bayi

N	Valid	30
	Missing	0
Mean		7.60
Std. Error of Mean		.212
Median		7.00
Mode		7
Std. Deviation		1.163
Minimum		6
Maximum		10

Histogram



Descriptives

		Statistic	Std. Error
Usia Bayi	Mean	7.60	.212
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	7.17	
	Upper Bound	8.03	
	5% Trimmed Mean	7.56	
	Median	7.00	
	Variance	1.352	
	Std. Deviation	1.163	
	Minimum	6	
	Maximum	10	
	Range	4	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	.869	.427
	Kurtosis	-.163	.833

Lampiran 6 Surat izin penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG BARAT
DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Teratai No.02 Komplek Perkantoran Pemda Lampung Barat 34811
Telp./Fax : (0728) 21246

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 503/ 17 /III.15 /2022

- DASAR** : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
2. Peraturan Kementerian Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018. tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian
3. Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Barat Nomor 14 Tahun 2021 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Barat No 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah
- MEMBACA** : 1. Surat Permohonan Izin Riset Dekan Politeknik Kesehatan TanjungKarang Program Studi Gizi Program Diploma III Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kementerian TanjungKarang Nomor : PP.03.01/1.1/0023/2022, tanggal 03 Januari 2022
2. Rekomendasi Kepala Badan Kesbang dan Politik Kabupaten Lampung Barat Nomor 070/19/IV.03/2022 Tanggal 10 Januari 2022
- MEMPERHATIKAN** : Proposal Penelitian dari Saudara BELLA NOVIANI

MEREKOMENDASIKAN :

- Nama/NIK/NPM : BELLA NOVIANI/1913411006
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Tanjung Raya, 07-11-2000
Alamat : Tanjung Raya, Kecamatan Way Tenong, Kabupaten Lampung Barat
Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa
Tujuan Penelitian : Melaksanakan Penelitian dalam rangka Penyusunan Skripsi
Lokasi Penelitian : UPT Puskesmas Fajar Bulan Kecamatan Way Tenong, Kabupaten Lampung Barat
Judul Penelitian : Gambaran Praktik Pemberian Mp-Asi di Wilayah Kerja Puskesmas Fajar Bulan Kecamatan Way Tenong Kabupaten Lampung Barat
Waktu Yang diberikan : 15 Februari 2022 s.d 15 Februari 2023

Dipindai dengan CamScanner

1. Rekomendasi ini diberikan untuk kepentingan penelitian yang bersangkutan
2. Tidak dibenarkan melakukan penelitian/survei yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian tersebut di atas.
3. melaporkan hasilnya secara tertulis kepada Bupati Lampung Barat melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
4. Surat Rekomendasi ini dicabut apabila Pemegangnya tidak mentaati ketentuan tersebut diatas.
5. Yang bersangkutan harus memenuhi Syarat serta ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.



KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU,

Drs. DAMAN NASIR, MP
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP. 19680701 198901 1 002

Tembusan : Kepada Yth,
1. Bupati/ Wakil Bupati Lampung Barat (sebagai laporan)
2. Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG BARAT
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS FAJAR BULAN**

Jln. Raya Lintas Liwa Karang Agung Kec. Way Tenong Kab. Lampung Barat 34884.
Email: Puskesmasfajarbulan@gmail.com Telp. 0723 463323



Way Tenong, 12 Mei 2022

Nomor : 440/115.6/6002/2022
Lampiran : -
Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Direktur Poltekkes Kemenkes
Tanjungkarang
Di
Tempat

Menindak lanjuti surat dari Politeknik Kesehatan Kementrian Tanjungkarang Nomor :
PP.03/01/L.1/0022/2021, tanggal 03 Januari 2022 Perihal : Izin Penelitian atas nama :

Nama : Bella Noviani
NPM : 1913411006
Program Studi : DIII Gizi, Politeknik Kesehatan Kementrian Tanjungkarang
Judul : Gambaran Praktik Pemberian Mp-Asi Di Wilayah Kerja Puskesmas Fajar
Bulan Kecamatan Way Tenong Kabupaten Lampung Barat Tahun 2022.

Sehubungan dengan perihal tersebut, pada perinsipnya kami tidak keberatan mahasiswa tersebut diatas untuk melaksanakan kegiatan penelitian di UPT Puskesmas Fajar Bulan dengan ketentuan selama kegiatan tersebut mengikuti peraturan yang berlaku.

Dengan demikian perihal ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.



MTNARNI, SKM., M.Kes
NIP. 19730424 199202 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG BARAT
DINAS KESEHATAN

Jalan Mawar nomor 4 Way Mengaku, Liwa 34811
 Telepon (0728) 21118, Faksimile (0728) 21836

Liwa, 16 Februari 2022

Nomor : 800/ 221 / III.02/ 2022
 Lampiran : satu lembar
 Hal : Pengantar Rekomendasi
Penelitian LTA

Kepada Yth.
 Kepala UPT Puskesmas Fajar Bulan
 Kabupaten Lampung Barat
 di
 tempat

Berdasarkan Surat Direktur Politeknik Kesehatan Tanjungkarang Nomor : PP.03.01/I.1/0022/2021 Hal Izin Tempat Penelitian dan Surat Keterangan Penelitian dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Lampung Barat Nomor : 503/17/III 15/2022, dengan ini kami sampaikan bahwa mahasiswa :

Nama : Bella Noviani
 NIM : 1913411006
 Institusi Pendidikan : Politeknik Kesehatan Tanjungkarang
 Fakultas Program Studi : Program Studi Gizi Program Diploma III Jurusan Gizi

Mohon bantuan untuk difasilitasi sesuai dengan kegiatan Puskesmas.

Demikian surat ini dibuat, atas perhatiannya diucapkan terima kasih

Liwa, 16 Februari 2022
 Kepala Dinas Kesehatan
 Kabupaten Lampung Barat

Dr. Adiatmoko Kurniawan, Sp.B.
 NIP. 19700626 200501 1 007



Nomor : PP.03. 01 / I. 1 / 0011 / 2021
 Lampiran : Eks
 Hal : Izin Tempat Penelitian

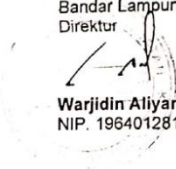
Yang terhormat:
 Bapak/Ibu Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lampung Barat
 Di -
 Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) bagi mahasiswa Tingkat III Pada Semester Genap Tahun Akademik 2021/2022 Program Studi Gizi Program Diploma III Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang, maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin.
 Adapun nama mahasiswa yang melakukan penelitian sebagai berikut :

NAMA	JUDUL PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
Bella Noviani NIM : 1913411006	GAMBARAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI Di WILAYAH KERJA PUSKESMAS FAJAR BULAN KECAMATAN WAY TENONG KABUPATEN LAMPUNG BARAT TAHUN 2022	Wilayah Kerja Puskesmas Fajar Bulan Kecamatan Way Tenong Kabupaten Lampung Barat

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Bandar Lampung, 03 Januari 2022,
 Direktur


 Warjedin Aliyanto, SKM., M.Kes
 NIP. 196401281985021001

Tembusan Kepada Yth :

1. Ka Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang
2. Ka. Puskesmas Fajar Bulan Kabupaten Lampung Barat



**PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG BARAT
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS FAJAR BULAN**

Jln. Raya Lintas Liwa Karang Agung Kec. Way Tenong Kab. Lampung Barat 34884.
Email: Puskesmasfajarbulan@gmail.com Telp. 0723 463323



Way Tenong, 12 Mei 2022

Nomor : 440/115.6/6002/2022
Lampiran : -
Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Direktur Poltekkes Kemenkes
Tanjungkarang
Di
Tempat

Menindak lanjuti surat dari Politeknik Kesehatan Kementrian Tanjungkarang Nomor :
PP.03/01/L.1/0022/2021, tanggal 03 Januari 2022 Perihal : Izin Penelitian atas nama :

Nama : Bella Noviani
NPM : 1913411006
Program Studi : DIII Gizi, Politeknik Kesehatan Kementrian Tanjungkarang
Judul : Gambaran Praktik Pemberian Mp-Asi Di Wilayah Kerja Puskesmas Fajar
Bulan Kecamatan Way Tenong Kabupaten Lampung Barat Tahun 2022.

Sehubungan dengan perihal tersebut, pada perinsipnya kami tidak keberatan mahasiswa tersebut diatas untuk melaksanakan kegiatan penelitian di UPT Puskesmas Fajar Bulan dengan ketentuan selama kegiatan tersebut mengikuti peraturan yang berlaku.

Dengan demikian perihal ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.



MTNARNI, SKM., M.Kes
NIP. 19730424 199202 2 001