

## **LAMPIRAN**

### Lampiran 1. Rencana Kegiatan

No	Kegiatan	Bulan													
		7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	
1.	Pengajuan Judul														
2.	Study Literature														
3.	Survey Pendahuluan														
4.	Penulisan Proposal Penelitian														
5.	Bimbingan Proposal														
6.	Seminar Proposal														
7.	Uji Layak Etik														
8.	Pelaksanaan Penelitian														
9.	Pengolahan Data														
10	Sidang Skripsi														

*Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden*

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN (*INFORMED  
CONSENT*) MENJADI SUBJEK PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta memahami penelitian yang dilakukan dengan judul “**Faktor- faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI ) Dini** ”. Dengan ini menyatakan bersedia untuk berperan serta menjadi subjek penelitian dan bersedia melakukan terapi sesuai data yang diperlukan. Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Jati Agung, 2025

Peneliti

Saksi

Responden

(Nadia Dwi Putri)

( )

( )

**KUSIONER**

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMBERIAN  
MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI) DINI DI DESA MARGA KAYA  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANG ANYAR KECAMATAN  
JATI AGUNG KABUPATEN LAMPUNG SELATAN**

Petunjuk:

1. Setelah responden membaca dan mengisi lembar persetujuan menjadi responden.
2. Pilihlah jawaban yang benar dengan memberikan tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan.
3. Jawaban yang diberikan responden akan dijamin kerahasiaan nya oleh peneliti.

Tanggal Penelitian: (Diisi oleh petugas)

--	--	--	--	--	--

**A. Identitas Responden Ibu**

Jawablah beberapa pertanyaan ini sebagai identitas diri ibu, yaitu sebagai berikut :

1. Nama :
2. Pendidikan :

☐

SD - SMP

☐

SMA – Perguruan Tinggi

3. Pekerjaan

☐

Tidak Bekerja

☐

Bekerja

4. No Telepon :

**B. Identitas Responden Anak**

1. Umur : Bulan

2. Jenis Kelamin :

**C. Pemberian MP-ASI Dini**

1. Apakah ibu memberikan MPASI pada saat bayi berusia kurang dari 6 bulan

☐ Tidak diberikan

☐ Diberikan

2. Jika “Diberikan”, Makanan Pendamping ASI ( MPASI) apa yang diberikan?

☐ Susu formula

☐ Bubur

☐ Buah pisang dll

☐ Lainnya, .....

3. Mulai memberikan MP-ASI pada saat bayi berusia ?

Petunjuk pengisian :

Bacalah dengan baik setiap pertanyaan, kemudian berikanlah tanda centang (✓) pada salah satu pilihan jawaban yang ibu anggap paling sesuai

No.	Pertanyaan	Pilihan jawaban	
		Benar	Salah
1.	MP-ASI diberikan pada saat bayi berusia 6 bulan.		
2.	Pemberian MP-ASI terlalu dini dapat mengurangi konsumsi ASI.		
3.	Keterlambatan pemberian MP-ASI dapat mengganggu pertumbuhan dan menyebabkan bayi kekurangan gizi.		
4.	Manfaat MP-ASI untuk memenuhi kebutuhan zat gizi bayi, penyesuaian alat pencernaan dalam menerima makanan tambahan dan merupakan masa peralihan dari ASI ke makanan keluarga.		
5.	Pada saat usia 9 bulan keatas, bayi mulai belajar menerima makanan kental dan padat, seperti nasi tim.		
6.	Gangguan dari pemberian MP-ASI terlalu dini salah satunya adalah diare.		
7.	Salah satu tanda bayi siap menerima makanan padat adalah refleks muntah berkurang atau sudah hilang.		
8.	Saat memulai pemberian MP-ASI, sebaiknya tidak langsung memberikan banyak jenis makanan sekaligus.		
9.	Untuk mengenalkan makanan baru pada bayi, sebaiknya diberikan satu jenis dulu dan tunggu sekitar 3-4 hari sebelum mengenalkan jenis makanan lain.		
10.	Tanda bayi siap menerima makanan adalah mampu menahan kepala agar tetap tegak.		

Lampiran 4. Surat Izin Pengambilan Data Awal



**Kementerian Kesehatan**  
**Poltekkes Tanjungkarang**

📍 Jalan Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Lampung 35145  
☎ 07213 783852  
🌐 <https://poltekkes-tjkar.ac.id>

Nomor : PP.01.04/F.XLIII/6457/2024  
Lampiran : 1 eks  
Hal : Izin Pengambilan Data Awal

13 September 2024

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan  
Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Tingkat IV Program Studi Kebidanan Tanjungkarang Program Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang Tahun Akademik 2024/2025, maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan pengambilan data awal penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Berikut terlampir mahasiswa yang melakukan pengambilan data awal penelitian.

No	NAMA	JUDUL PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Nadia Dwi Putri NIM 2115301066	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Diri	PKM Karang Anyar

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Poltekknk Kesehatan Kementerian  
Kesehatan TanjungKarang.



Dewi Purwaningsih, S.SiT., M.Kes

Tembusan:  
1. Ka Jurusan Kebidanan  
2. Ka Bkt Diklat  
3. Ka UPT-PKM Karang Anyar

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1508267 dan <https://halo.kemkes.go.id> untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://file.kemkes.go.id/verifikasi>



Nomor : PP.01.04/F.XLIII/6456/2024  
Lampiran : 1 eks  
Hal : Izin Pengambilan Data Awal

13 September 2024

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal Dan PTSP Kabupaten Lampung Selatan  
Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Tingkat IV Program Studi Kebidanan Tanjungkarang Program Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang Tahun Akademik 2024/2025, maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan pengambilan data awal penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Berikut terlampir mahasiswa yang melakukan pengambilan data awal penelitian.

No	NAMA	JUDUL PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Nadia Dwi Putri NIM: 2115301066	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini	PKM Karang Anyar

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Poltekkes Kesehatan Kementerian  
Kesehatan Tanjungkarang,

Dewi Purwaningsih, S.SiT., M.Kes

Tembusan:

1. Ka Jurusan Kebidanan
2. Ka Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan

Kementerian Kesehatan tidak menerima swap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi swap atau gratifikasi, silahkan laporkan melalui HAKO KEMENKES 1508567 dan <http://info.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi kasidat tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tk.keminfo.go.id/verifikasi>.





Lampiran 5. Surat Layak Etik



**Kementerian Kesehatan**  
**Poltekkes Tanjungkarang**

📍 Jalan Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Lampung 35145  
☎ (0721) 783852  
🌐 <https://poltekkes-tjk.ac.id>

**KETERANGAN LAYAK ETIK**  
**DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION**  
**"ETHICAL EXEMPTION"**

No. 21/KEUPK-TJK/IV/2025

Protokol penelitian versi 1 yang dimaklumi oleh:  
*The research protocol proposed by*

Peneliti Utama : Nadia Dwi Purni  
*Principal Investigator*

Nama Institusi : Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang  
*Name of the Institution*

Desain judul:  
*Title*

**"FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI(MP-ASI)  
DINI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANG ANYAR KABUPATEN LAMPUNG SELATAN"**

**"FACTORS RELATED TO THE PROVISION OF EARLY COMPLEMENTARY FOODS (MP-ASI) IN THE WORK AREA OF  
KARANG ANYAR COMMUNITY HEALTH CENTER, SOUTH LAMPUNG REGENCY"**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Manfaat/Exploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang menunjuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

*Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Value, 3) Equitable Assessment and Benefit, 4) Risks, 5) Persuasion-Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.*

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 28 April 2025 sampai dengan tanggal 28 April 2026.

*This declaration of ethics applies during the period April 28, 2025 until April 28, 2026.* April 28, 2025  
*Chairperson,*



Dr. Ajrina, S.Kp., M.Kes.

## Lampiran 6. Surat Izin Penelitian



**Kementerian Kesehatan**  
**Direktorat Jenderal**  
**Sumber Daya Manusia Kesehatan**  
Politeknik Kesehatan Tanjungkarang  
Jalan Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Lampung 35345  
telp: 18 9912  
<https://www.poltekkes-lk.ac.id>

Nomor : PP.01.04/F.XXXV/ 3736 /2025  
Lampiran : 1 eks  
Hal : Izin Penelitian

14 April 2025

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan  
Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Program Studi Kebidanan Tanjungkarang Program Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang Tahun Akademik 2024/2025, maka dengan ini kami mengajukan permohonan izin penelitian bagi mahasiswa di institusi yang Bapak/Ibu Pimpin. Berikut daftar nama mahasiswa yang melakukan penelitian.

No	MAHASISWA	JUDUL	TEMPAT PENELITIAN
1.	Nadia Dwi Putri NIM: 2115301006	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Dini di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Anyar Lampung Selatan	PKM.Karang Anyar

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian  
Kesehatan Tanjungkarang,



**Dewi Purwaningih, S.Si.T., M.Kes**

Tembusan:  
1. Ka. Jurusan Kebidanan  
2. Ka. Bid. Diklat  
3. Ka. UPT-PKM Karang Anyar

Kementerian Kesehatan tidak menerima uang dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi uang atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://halo.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tts.keminfo.go.id/verif/PDF>.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Besar Sertifikasi Elektronik (B2E), Badan Siber dan Sandi Negara.

Nomor : PP.01.04/F.XXXV/ 3735 /2025  
Lampiran : 1 eks  
Hal : Izin Penelitian

14 April 2025

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal Dan PTSP Kabupaten Lampung Selatan  
Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Program Studi Kebidanan Tanjungkarang Program Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang Tahun Akademik 2024/2025, maka dengan ini kami mengajukan permohonan izin penelitian bagi mahasiswa di institusi yang Bapak/Ibu Pimpin. Berikut daftar nama mahasiswa yang melakukan penelitian.

No	MAHASISWA	JUDUL	TEMPAT PENELITIAN
1.	Nadia Dwi Putri NM.2115301066	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Dini di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Anyar Lampung Selatan	PKM Karang Anyar

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian  
Kesehatan Tanjungkarang,



Dewi Purwaningsih, S.Si.T., M.Kes

Tembusan:

1. Ka Jurusan Kebidanan
2. Ka Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan

Kementerian Kesehatan tidak menerima esai dan/atau grafik/diagram dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi esai atau grafik/diagram, silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500587 dan <https://adu.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://adu.kemkes.go.id/verifyPDF>.



*Lampiran 7. Surat Telah Melaksanakan Penelitian*



**PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN  
DINAS KESEHATAN  
UPTD PUSKESMAS KARANG ANYAR  
KECAMATAN JATI AGUNG**

Jl. Raya Karang Anyar Desa Karang Anyar Kode Pos 35365  
Hotline : 0852 7715 6654 Email : puskesmaskaranganyar@gmail.com



**SURAT KETERANGAN**  
**NOMOR : 445/ 927 /IV.03/VII/2025**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. PUTRA HARAPAN, M.Kes  
Nip : 19710922 200904 1 001  
Jabatan : Kepala UPTD Puskesmas Karang Anyar  
Unit Kerja : UPTD Puskesmas Karang Anyar

Dengan ini memberi Keterangan bahwa ;

Nama : NADIA DWI PUTRI  
NIM : 2115301066  
Program Studi : D.IV Kebidanan  
Direktur Kemenkes Poltekkes Tanjung Karang

Sesuai dengan Surat Direktur Kemenkes Poltekkes Tanjung Karang Nomor: PP.01.04/F.XXXV/3736/2025 tanggal 14 April 2025 tentang izin penelitian dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir (SKRIPSI) di wilayah kerja UPTD Puskesmas Karang Anyar Kec. Jati Agung Kab. Lampung Selatan.

Yang bersangkutan telah melaksanakan Penelitian yang berjudul **"Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Dini di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Anyar Lampung Selatan"**, Telah dilaksanakan pada Tanggal 15 April 2025 samapi dengan 15 Juni 2025.

Demikian Surat Keterangan ini di buat untuk dapat di gunakan sebagai mana mestinya.

DITETAPKAN DI : Karang Anyar  
PADA : 07 Juli 2025  
Kepala UPTD Puskesmas Karang Anyar  
Kabupaten Lampung Selatan

**dr. PUTRA HARAPAN, M.Kes**  
NIP. 19710922 200904 1 001

*Lampiran 8. Dokumentasi Kegiatan*






Lampiran 9. Lembar Bukti Pengecekan Plagiarism

LEMBAR BUKTI PENGECEKAN SIMILARITY/PLAGIARISM  
DENGAN TURNITIN


Nama : Nadia Dwi Putri  
NIM : 2115301066  
Judul Skripsi : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Mekanisme Pendamping ASI (MP-ASI) Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Anyar  
Prodi : Sarjana Terapan Kesehatan Tanjungkarang

Telah melakukan pengecekan Turnitin sebagai berikut :

Ke-	Tanggal	Hasil (Nilai)	Paraf Petugas Perpustakaan dan Cap
1	28 Mei 2013	11 %	
2			
3			

Mengetahui,

Pembimbing 1

  
(.....)  
NIP. 190205212005012013

Pembimbing 2

  
(.....)  
NIP. 198205191003122001

Catatan : Pengisian kolom tanggal dan hasil ditulis tangan

*Lampiran 10. Lembar Bimbingan*

---

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
PRODI STR KEBIDANAN TANJUNGPINANG**

**NAMA MAHASISWA** : Nadia Dwi Putri  
**NIM** : 2115301066  
**Dosen Pembimbing I** : Marlina, S.ST., M.Kes

No.	Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Tanda Tangan
1.	10 Agustus 2024	Konsultasi Judul	ACC Judul	
2.	20 Oktober 2024	Konsultasi BAB I-III	Perbaikan	
3.	03 November 2024	Konsultasi BAB I-III	Perbaikan	
4.	27 November 2024	Konsultasi BAB I-III	ACC Uji Proposal	

**Bandar Lampung, November 2024**

**Pembimbing Skripsi,**



Marlina, S.ST., M.Kes  
NIP. 198203212005012013

**LEMBAR BIMBINGAN PROPOSAL**  
**PRODI STR KEBIDANAN TANJUNGPINANG**

**Nama Mahasiswa** : Nadia Dwi Putri

**NIM** : 2115301066

**Dosen Pembimbing II** : Indah Trianingsih, S.ST., M.Kes

No	Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Tanda Tangan
1	15 Agustus 2024	Konsultasi judul	ACC Judul	
2	04 November 2024	Konsultasi BAB I-III	Perbaikan	
3	14 November 2024	Konsultasi BAB I-III	Perbaikan	
4	27 November 2024	Konsultasi BAB I-III	ACC Ujian Proposal	

Bandar Lampung, November 2024  
Pembimbing Proposal



**Indah Trianingsih, S.ST., M.Kes**  
NIP.198205292003122001



**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**PRODI STR KEBIDANAN TANJUNGPINANG**

**NAMA MAHASISWA** : Nadia Dwi Putri  
**NIM** : 2115301066  
**Dosen Pembimbing I** : Marlina, S.ST., M.Kes

No.	Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Tanda Tangan
1.	09 / 2025 01	BAB IV	Hasil dan Pembahasan	
2.	11 / 2025 01	BAB V	Simpulan dan Saran	
3.	01 / 2025 06	ACC Seminar Hasil	ACC Seminar Hasil	
4.	11 / 2025 06	ACC Cetak Hard Cover Skripsi	Cetak Sesuai Panduan Skripsi	

**Bandar Lampung**

**Pembimbing Skripsi,**



Marlina, S.ST., M.Kes  
NIP. 198203212005012013

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**PRODI STR KEBIDANAN TANJUNGPINANG**

**NAMA MAHASISWA** : Nadia Dwi Putri  
**NIM** : 2115301066  
**Dosen Pembimbing II** : Indah Trianingsih, S.ST., M.Kes

No.	Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Tanda Tangan
1.	25 / 2025 05	BAB IV dan BAB V	Perbaikan Pembahasan dan Simpulan	
2.	28 / 2025 05	BAB V	Perbaikan Simpulan dan Saran	
3.	10 / 2025 06	ACC Seminar Hasil	ACC Seminar Hasil	
4.	23 / 2025 06	ACC Cetak Hard Cover Skripsi	Cetak Sesuai Panduan Skripsi	

Bandar Lampung

Pembimbing Skripsi,



Indah Trianingsih, S.ST., M.Kes  
NIP. 198205292003122001