

LAMPIRAN

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Yth, Saudara Responden
Di-
Tempat.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir di program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes TanjungKarang, maka saya :

Nama : Asnita Okta Marahaini

Nim : 2115301045

Sebagai Mahasiswa Poltekkes Kemenkes TanjungKarang Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan, akan melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Riwayat Intervensi Spesifik Pada Balita Stunting Di Desa Buah Berak Kecamatan Kalianda Kabupaten Lampung Selatan”.

Sehubungan dengan hal itu, saya mohon kesediaan saudara untuk berkenan menjadi subyek penelitian. Identitas dan informasi yang berkaitan dengan saudara dirahasiakan oleh peneliti. Atas partisipasinya dan dukungannya disampaikan terima kasih.

Hormat Saya

Asnita Okta Marahaini

Lampiran 2

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Ayah/Ibu :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan :

Alamat :

Bersedia dan mau berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Gambaran Riwayat Intervensi Spesifik Pada Balita Stunting Di Desa Buah Berak Kecamatan Kalianda Kabupaten Lampung Selatan” yang akan dilakukan oleh Asnita Okta Marahaini (2115301045) Mahasiswi Jurusan Kebidanan Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan TanjungKarang.

Saya telah dijelaskan bahwa jawaban responden ini hanya digunakan sebagai keperluan penelitian dan saya secara suka rela bersedia menjadi responden penelitian ini. Demikian surat pernyataan ini saya tanda tangani untuk dapat digunakan seperlunya.

Bandar Lampung, 2025

Responden,

(.....)

Lampiran 3

LEMBAR CHECKLIST PENELITIAN

I. Petunjuk Pengisian Lembar Checklist

1. Isilah identitas dengan benar
2. Informasi yang diberikan responden akan dijaga kerahasiaannya
3. Nomor responden diisi oleh peneliti

Nomor Responden :

Tanggal Pengisian :

II. Identitas Responden

Nama :

Usia :

Alamat :

Pendidikan :

Pekerjaan :

III. Identitas Anak

1. Nama Balita :

2. Jenis Kelamin :

3. Umur :

4. PB/TB :

5. BB :

6. Anak Ke :

No	Kriteria	Kegiatan	Hasil	Waktu Pelaksanaan	Alasan
1.	Ibu melakukan pemeriksaan pada saat hamil [...] Tidak rutin kurang dari 6 kali [...] Rutin dilakukan dilakukan 6 kali	Menanyakan kepada ibu a. Pengukuran BB b. Pengukuran TB c. Pemeriksaan Tekanan darah d. Pemeriksaan Tinggi fundus uteri e. Pemeriksaan DJJ			Jika tidak, mengapa
2.	Mengkonsumsi TTD selama hamil [...] Tidak patuh mengkonsumsi [...] Patuh mengkonsumsi	a. Mengkonsumsi tablet tambah 90 tablet b. Mengkonsumsi tablet tambah kurang dari 90 tablet			Jika tidak, mengapa
3.	Status Gizi Ibu Saat hamil [...] Tidak KEK (LILA > 23,5 cm) [...] KEK (LILA < 23,5 cm)	Menanyakan kepada ibu mengenai Pengukuran LILA ibu			Jika tidak, mengapa :
4.	Pemantauan Pertumbuhan Balita [...] Tidak dilakukan [...] Rutin dilakukan	a. Pengukuran BB b. Pengukuran TB c. Pengukuran LILA d. Pengukuran lingkaran kepala			Jika tidak, mengapa
5.	ASI Eksklusif [...] Tidak ASI Eksklusif [...] ASI Eksklusif	Menanyakan kepada ibu a. ASI diberikan untuk anaknya sejak usia baru lahir sampai 6 bulan			Jika tidak, mengapa :

6.	Pemberian MP-ASI [...] tidak diberikan MP-ASI [...] Diberikan MP-ASI	Menanyakan kepada ibu a. MP-ASI diberikan sejak usia 6-24 bulan b. MP-ASI yang diberikan dapat memenuhi kebutuhan gizi anak			Jika tidak, mengapa :
7.	PMT pada balita gizi kurang [...] Tidak diberikan PMT [...] Ya Diberikan PMT	Menanyakan kepada ibu mengenai Apakah PMT yang diberikan kepada anak dapat membantu nafsu makan contohnya seperti bubur kacang hijau/bakso ikan/snack dan lain-lain			Jika tidak, mengapa :
8.	Mendapatkan Imunisasi Dasar [...] Imunisasi tidak lengkap [...] Imunisasi lengkap	Menanyakan kepada ibu mengenai imunisasi yang diberikan a. Hepatitis B b. BCG, Polio 1 c. DPT-HB-HIB 1, Polio 2 d. DPT-HB-HIB 2, Polio 3 e. DPT-HB-HIB 3, Polio 4, IPV f. Campak			Jika tidak, mengapa :

Lampiran 4



PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN **BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Mustafa Kemal No. 03 Telp. 0727 - 322067 Telp/Fax 0727 - 321500

KALIANDA

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY/PENGEMBANGAN/KKN/KKL

Nomor : 070/ 856 /V.06/2024

DASAR :

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 11 Tahun 2019 tentang Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan Pemerintah di Bidang Kesatuan Bangsa dan Politik
3. Peraturan Bupati Lampung Selatan Nomor 60 Tahun 2020 tentang rincian Tugas dan Jabatan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lampung Selatan
4. Surat dari Universitas Sang Bumi Ruwa Jurai Nomor : 103/021003/PL/VII/2024

Asal Universitas : Poltekkes Tanjungkarang
Nama : Asnita Okta Marahaini
Alamat : Perumnas Bumi Way Urang Blok A No. 169 RT 002 RW 002
Kel. Way Urang Kec. Kalianda Kab. Lampung Selatan
No hp/Email : 081368308691
Tujuan : Mengajukan permohonan dan Izin Penelitian
Judul penelitian : Gambaran Pelaksanaan Intervensi Spesifik Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Di Wilayah Puskesmas Kalianda Kabupaten Lampung Selatan
Lokasi Penelitian : Puskesmas Kalianda Kabupaten Lampung Selatan
Waktu Yang Diberikan : 30 Oktober 2024 s.d 30 Desember 2024

Dengan Ketentuan :

1. Rekomendasi ini diterbitkan untuk kepentingan yang bersangkutan
2. Tidak dibenarkan melakukan penelitian/kegiatan yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan tujuan penelitian
3. Melaporkan hasil pelaksanaan Penelitian/KKN Kepada Bupati Lampung Selatan c.q Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lampung Selatan
4. Surat rekomendasi ini **dicabut** kembali apabila pemegangnya tidak menaati ketentuan di atas dan surat asli rekomendasi izin Penelitian akan diberikan kepada yang bersangkutan setelah Menyampaikan Laporan Hasil Penelitian

Dikeluarkan : di Kalianda
Pada tanggal : 29 Oktober 2024
Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
Kabupaten Lampung Selatan


Martoni Sani S.Sos., M.H.
Pembina Utama Muda
NIP. 19691115 199403 1 006

Tembusan Yth,

1. Bupati Lampung Selatan
2. Kepala Dinas Perizinan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Lampiran 5



**PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN PERIZINAN
TERPADU SATU PINTU**

Jl. Lintas Sumatra Kelurahan Way Urang Kecamatan Kalianda 36551
Kabupaten Lampung Selatan

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor :500.16.7.4/0137/IV.17/2024

1. Nama : **ASNITA OKTA MARAHANI**
2. Alamat : **Perumnas Buni Way Urang Blok A No. 169 Way Urang Kec. Kalianda Kab. Lampung Selatan , WAY URANG, KALIANDA, LAMPUNG SELATAN**
3. Judul Penelitian : **Gambaran Pelaksanaan Intervensi Spesifik dengan Kejadian Stunting pada Balita di Wilayah Puskesmas Kalianda Kab. Lampung Selatan**
4. Tujuan Penelitian : **Untuk Mengetahui Gambaran Pelaksanaan Intervensi Spesifik dengan Kejadian Stunting pada Balita di Wilayah Puskesmas Kalianda Kab. Lampung Selatan**
5. Lokasi Penelitian : **Puskesmas Kalianda Kab. Lampung Selatan**
6. Tanggal dan/atau lamanya Penelitian : **30 Oktober - 30 Desember 2024**
7. Bidang Penelitian : **Sarjana Terapan Kebidanan**
8. Status Penelitian : **-**
9. Nama Penanggung Jawab atau : **Dewi Purnawingsih, S.ST., M.Kes**
10. Anggota Penelitian : **ASNITA OKTA MARAHANI**
11. Nama Badan Hukum, Lembaga, atau Organisasi : **POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNG KARANG**

Dengan ketentuan sebagai

1. Pelaksanaan Penelitian tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu stabilitas Pemerintah.
2. Setelah Penelitian Selesai, agar menyerahkan hasilnya kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu (DPMPPTSP)
3. Surat Keterangan Penelitian berlaku selama 1 (satu) tahun sejak tanggal

DIKELUARKAN DI : KALIANDA
PADA TANGGAL : 30 Oktober 2024



**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN PERIZINAN TERPADU SATU PINTU
KABUPATEN LAMPUNG SELATAN**



SUDHARMA, SH
NIP. 19550920 201001 1 011

Lampiran 6



PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN

DINAS KESEHATAN

Jalan Mustafa Kemal Nomor 06 Kalianda Kode Pos : 35513

Telepon. (0727) 322059, Faks : (0727) 322059

dinkeskablampungselatan@gmail.com, dinkas.lampungselatankab.go.id

Kalianda, 30 Oktober 2024

Nomor	: 800.1.4.1/7231 /IV.03/2024	Kepada	Ka. UPTD Puskesmas Kalianda
Lampiran	: -	Yth	Di
Perihal	: <u>Izin Pengambilan Data Awal</u>	Tempat	

Merindangkanjuti Surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Tanjung Karang Nomor PP.01.04/F.XLIII/6457/2024 Tanggal 29 Oktober 2024, perihal izin Pengambilan Data Awal, adapun izin tersebut diberikan kepada:

Nama : Asnita Okta Marahaini
NIM : 2115301045
Pekerjaan : Mahasiswa Jurusan D IV Kebidanan Politeknik Kesehatan Tanjung Karang
Judul : "Gambaran Pelaksanaan Intervensi Spesifik Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Di Wilayah Puskesmas Kalianda"
Lokasi : UPTD Puskesmas Kalianda
Tujuan : Mengadakan Penelitian dalam penyusunan tugas akhir

Sehubungan perihal tersebut di atas kepada Saudara Ka. UPTD Puskesmas untuk dapat menerima dan memfasilitasi kegiatan penelitian, apabila kegiatan tersebut telah selesai agar dapat memberikan laporan hasil kepada kami.

Demikian disampaikan untuk dapat di laksanakan.

Ek. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Lampung Selatan

NANI SURYA WIJAYA, S.KM., M.M.
Pembina Tk 1/IV.B
NIP. 19740220 199402 1 001

Tembusan Disampaikan Kepada Yth

1. Bupati Lampung Selatan (Sebagai Laporan)
2. Direktur Poltekas Tanjung Karang

Lampiran 7

SURAT KETERANGAN LAYAK ETIK



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Tanjungkarang

Jalan Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung
Lampung 35145
07211 381052
<https://poltekkes-tjkar.id>

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

No.810/Pers.E/KEPK-TJK/III/2025

Protokol penelitian versi 2 yang diusulkan oleh:
The research protocol proposed by

Pendiri utama : Azzita Oktia Marahini
Principal In Investigator

Nama Institusi : Poltekkes Kementerian Tanjungkarang
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

"Gambaran Riwayat Intervensi Spesifik Pada Balita Stunting di Desa Buah Berak Kecamatan Kallanda Kabupaten
Lampung Selatan"

"Overview of Specific Intervention History for Stunting Toddlers in Buah Berak Village, Kallanda District, South Lampung
Regency"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Etik, 3) Pemertanian Beban dan
Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang terdapat
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 Values,
3) Equitable Assessment and Benefit, 4) Risk, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed
Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfilment of the indicators of each standard.

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 06 Maret 2025 sampai dengan tanggal 06 Maret 2026.

This declaration of ethics applies during the period March 06, 2025 until March 06, 2026.
Chairperson,



Dr. Agrina, S.Kp., M.Kes

Lampiran 8

SURAT PERMOHONAN IZIN PENELITIAN



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Tanjungkarang
Jl. Yos Sudarso, Bumi Nila 6, Bandar Lampung
Lampung 35445
Telp. (071) 7914152
Email: info@poltekkes.tk.ac.id

Nomor : PP.01.04/F.J00XV/1879/2025
Lampiran : 1 eks
Hal : Izin Penelitian

20 Maret 2025

Yth, Kepala Desa Duh Berek Kecamatan Kakanda Kabupaten Lampung Selatan
Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Tingkat IV Program Studi Kebidanan Tanjungkarang Program Sarjana Tadapan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang Tahun Akademik 2024/2025, maka dengan ini kami mengajukan permohonan izin penelitian bagi mahasiswa di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin. Adapun mahasiswa yang melakukan penelitian adalah sebagai berikut:

No	NAMA	JUDUL	TEMPAT PENELITIAN
1.	Aanita Dita Muryahadi NIM.2115301045	Gambaran Riwajat Internalis Spesifik pada Balita Stunting di Desa Duh Berek Kecamatan Kakanda Kabupaten Lampung Selatan	Desa Duh Berek

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktor Politeknik Kesehatan Kementerian
Kesehatan Tanjungkarang.



Dewi Purwaningsih, S.SiT., M.Kes

Tembusan:
Ka. Jurusan Kebidanan

Kementerian Kesehatan tidak menyetujui atau menolak gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 15005687 dan <https://halo.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi insialar tawar tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://rta.kemkes.go.id/verifikasi>



Solusi ini telah standarisasi secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Penyelenggara Sertifikasi Elektronik (BPSSE), Badan Siber dan Sandi Negara

Lampiran 9

SURAT BALASAN PENELITIAN DESA



PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN
KECAMATAN KALIANDA
DESA BUAH BERAK

Alamat : Jl. Desa Buah Berak No. 017 Kecamatan Kalianda Lampung Selatan 35311

Kalianda, 06 Maret 2025

Nomor : 140/126/VIL.03.10/III/2025
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth,
POLTEKES TJ. Karang Program Studi Kebidanan

di -

Tempat

Berdasarkan Surat Permohonan Izin Penelitian yang Dikeluarkan Oleh Direktur Politeknik Kesehatan Tanjung Karang Nomor PP. 01.04/F.XXXV/1879/2025 Tanggal 06 Maret 2025, dan Surat Kepala Desa Nomor 140/126/VIL.03.10/III/2025 Perihal Izin Penelitian di Desa Buah Berak, dari Mahasiswa :

Nama : ASNITA OKTA MARAHAJNI
NIM : 2115301045
Program Studi : Sarjana Terapan Kebidanan Politeknik Kesehatan TJ. Karang

Dalam hal tersebut yang bersangkutan sehubungan dalam rangka penyusunan skripsi mahasiswa akan melakukan izin penelitian di Desa Buah Berak.

Dalam hal ini pada dasarnya kami tidak ada keberatan dan memberikan izin kepada Mahasiswa tersebut untuk melakukan penelitian di wilayah Desa Buah Berak Kecamatan Kalianda Kabupaten Lampung Selatan.

Demikian surat izin ini kami buat dengan sebenarnya dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.


Kepala Desa Buah Berak
UMAR SOFRIANDI, SE
NIP. 19830504200901 1 012

Lampiran 10

DOKUMENTASI

	
Keterangan : Peneliti melakukan permohonan perizinan untuk melakukan penelitian kepada Kepala Desa Buah Berak	Keterangan : Peneliti melakukan proses perizinan pembuatan surat balasan penelitian bersama sekretaris di Desa Buah Berak
	
Keterangan : Peneliti menjelaskan alur maksud dan tujuan pengisian lembar checklist	Keterangan : Responden menyetujui dan menandatangani <i>Informed consent</i> penelitian



Keterangan : Peneliti melakukan pengisian lembar checklist sambil mewawancarai responden

Keterangan : Responden menandatangani dan menyetujui pengisian lembar checklist yang diberikan



Keterangan : Peneliti melakukan pengisian lembar checklist sambil mewawancarai responden



Keterangan : Responden menandatangani dan menyetujui pengisian lembar checklist yang diberikan



Keterangan : Peneliti melakukan pengisian lembar checklist sambil mewawancarai responden



Keterangan : Responden menandatangani dan menyetujui pengisian lembar checklist yang diberikan





Keterangan : Pengukuran
Pertumbuhan Balita



Keterangan : Pengukuran
Pertumbuhan Balita



Keterangan : Pengukuran
Pertumbuhan Balita



Keterangan : Pengukuran
Pertumbuhan Balita





Keterangan : Peneliti membantu bidan melakukan imunisasi dasar pada balita



Keterangan : Pemberian PMT Pada Balita



Keterangan : Pemberian PMT Pada Balita



Keterangan : Pemberian PMT Pada Balita



Peneliti bersama ibu bidan, dan ibu kader





Lampiran 11

RENCANA KEGIATAN

[illegible]

Lampiran 12

HASIL TURNITIN PENGECEKKAN PLAGIARISM

LEMBAR BUKTI PENGECEKAN SIMILARITY/PLAGIARISM DENGAN TURNITIN

Nama : ASWITA OKTA MARAHAINI
 NIM : 2115301045
 Judul LTA : GAMBARAN RIWAYAT INTERVENSI SPESIFIK PADA BALITA STUNTING
DI DESA BUAH BERAK KECAMATAN KALIANDA KABUPATEN
LAMPUNG SELATAN
 Prodi : SARJANA TERAPAN KEBIDANAN TANJUNG KARANG

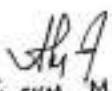
Telah melakukan pengecekan Turnitin sebagai berikut :

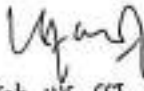
Ke-	Tanggal	Hasil (Nilai)	Paraf Petugas Pengumpulan dan Cap
1	21 Mei 2025	8 %	
2			
3			

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2


 (Mujiati, SKM., M. Kes)
 NIP. 196802181992122002


 (IGA Mirah WIS, SST., M. Keb)
 NIP. 198203292006092001

Catatan : Pengisian kolom tanggal dan hasil ditulis tangan

Lampiran 13

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI PEMBIMBING I

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN TANJUNGPINANG

NAMA : Asmita Oktia Marahaini

NIM : 2115301045

PEMBIMBING I : Mugiati, SKM., M.Kes

No	Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Tanda Tangan Pembimbing
1.	28 Agustus 2024	Membahas Topik Pengajuan Judul Proposal, Jurnal	Acc Judul	
2.	06 September 2024	Membahas Bab I dan Bab II	Mengkrusutkan Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan Khusus, Definisi operasional	
3.	20 September 2024	Membahas Tujuan Khusus, Kerangka Konsep, dan definisi Operasional	Perbaikan	
4.	26 September 2024	Membahas Bab I - Bab III	Perbaikan Tujuan Khusus, Definisi Operasional	
5.	07 November 2024	Membahas Bab I dan Bab III	Perbaikan Definisi Operasional	
6.	13 November 2024	Memperbaiki Bab II dan Bab III	Acc Seminar Proposal	

Bandar Lampung, 2024

Pembimbing Skripsi


Mugiati, SKM., M.Kes
NIP. 196802181992122002

Lampiran 14

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI PEMBIMBING 1

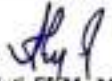
LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN TANJUNGPINANG

NAMA : Asmita Oleta Marahaini
NIM : 2115301045
PEMBIMBING 1 : Mugiati, SKM., M.Kes

No	Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Tanda Tangan Pembimbing
1.	09 Mei 2025	Bab IV dan Bab V	Sesuaikan Dengan Tujuan Khusus	
2.	15 Mei 2025	Perbaikan	Perbaiki Data PMT	
3.	16 Mei 2025	Perbaikan	Acc Ujian Sidang	
4.	28 Mei 2025	Perbaikan	Revisi	
5.	19 Juni 2025	Membahas Perbaikan Setelah Sidang Seminar Hasil	Acc Cetak	

Bandar Lampung, 2025

Pembimbing Skripsi


Mugiati, SKM., M.Kes
NIP. 196802181992122002

Lampiran 15

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI PEMBIMBING II

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PRODI SARJANA TERAPAN KEHIDANAN TANJUNGPINANG

NAMA : Asnita Okta Marahaini
NIM : 2115301045
PEMBIMBING II : IGA Mirah WS, SST., M.Keb

No	Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Tanda Tangan Pembimbing
1.	28 Agustus 2024	Membahas Topik Pengajuan Judul Proposal, Jurnal	Acc judul	
2.	15 November 2024	Membahas Penulisan	Perbaiki	
3.	20 November 2024	Membahas Penulisan, Definisi Operasional	Perbaiki Alat Ukur Definisi Operasional	
4.	21 November 2024	Membahas Bab III	Acc Seminar Proposal	

Bandar Lampung, 2024

Pembimbing Skripsi



IGA Mirah WS, SST., M.Keb
NIP. 198203292006042001

Lampiran 16

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI PEMBIMBING II

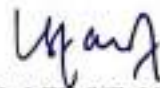
LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN TANJUNGPINANG

NAMA : Azmita Oktia Marahaini
NIM : 2115301045
PEMBIMBING II : IGA Mirah WS, SST., M.Keb

No	Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Tanda Tangan Pembimbing
1.	15 Mei 2025	Bab IV dan Bab V Penulisan Dirapikan	Perbaiki	
2.	20 Mei 2025	Perbaiki Simpulan	Perbaiki	
3.	21 Mei 2025	Perbaiki	Acc Ujian Sidang	
4.	18 Juni 2025	Membahas Perbaikan Setelah Sidang Seminar Hasil	Acc Cetak	

Bandar Lampung, 2025

Pembimbing Skripsi



IGA Mirah WS, SST., M.Keb
NIP. 198203292006042001