

## LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Observasi

NO	No medrek	Parameter yang diukur												
		Nama Dokter	SIP Dokter	Tanggal pembuatan resep	Nama Pasien	Nama Obat	Kekuatan sediaan obat	Jumlah obat	Bentuk sediaan obat	Paraf dokter	Aturan pakai obat	Frekuensi obat	Umur pasien	Bb pasien
1														
2														

**Ket :**

Lengkap = lengkapnya parameter dalam satu resep

Tidak Lengkap = tidak lengkapnya parameter dalam satu resep

Tidak Ada = tidak terdapatnya parameter dalam satu resep

Lampiran 2 Pedoman pertanyaan utama

Poin-poin	Pertanyaan utama
Tenaga Medis	Bagaimana proses <i>prescribing</i> dengan resep elektronik apakah ada kesulitan ?
Pasien	Apakah ada kendala selama proses <i>prescribing</i> pada pasien anak?
Lingkungan kerja	Bagaimana komunikasi dilingkungan kerja selama proses <i>prescribing</i> ?
Obat	Apakah ada kendala selama proses <i>prescribing</i> dalam penentuan obat ?
Sistem informasi komputer	Bagaimana pendapat anda tentang resep elektronik selama menggunakannya apakah ada kesulitan?

## Lampiran 2. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek

Saya, Maghdalena Putriati Angellika adalah mahasiswa yang sedang menjalani pendidikan Farmasi di Universitas Bhakti Kencana Bandung. Saya sedang mengadakan penelitian dengan judul “Analisis *Medication Error* Tahap *Prescribing* Pada Resep Elektronik Pasien Anak Di Instalasi Rawat Jalan Salah Satu Rumah Sakit Di Bandung”

Penelitian ini bertujuan untuk menghitung angka kejadian *medication error* pada fase *Prescribing*, mengetahui jenis *medication error* yang terjadi ditinjau dari fase *Prescribing* serta Mengidentifikasi faktor resiko *medication error* di tahap *prescribing* pada resep elektronik Pasien anak di instalasi rawat jalan.

Saya sangat mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Penelitian ini bersifat sukarela dan tidak akan memberikan dampak yang membahayakan. Apabila Anda bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, saya memohon kesediaan Anda untuk menandatangani lembar persetujuan ini sebagai bukti kesukarelaan bapak/ibu/saudara.

Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan studi dalam penelitian ini. Prosedur selanjutnya adalah Anda akan diberikan beberapa pertanyaan oleh peneliti dan saya sangat mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu dapat menjawab wawancara terbuka yang saya ajukan dengan jujur dan tanpa tekanan. Semua biaya yang terkait dengan penelitian akan ditanggung oleh peneliti. Peneliti tidak akan memberikan kompensasi dalam bentuk apapun terkait dengan penelitian ini. Jika ada hal yang kurang dipahami, Bapak/Ibu dapat bertanya langsung kepada peneliti atau dapat menghubungi nomor telepon peneliti (085351529631).

Demikian informasi ini saya sampaikan. Atas bantuan, partisipasi dan kesediaan waktu Bapak/Ibu sekalian, saya ucapkan terimakasih.

### Lampiran 3. Lampiran Informat Consent

#### *Informed consent*

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis kelamin :

Alamat :

Nomor telepon/HP :






Saya telah membaca dan mengerti informasi yang tercantum pada lembar informasi dan telah diberi kesempatan untuk mendiskusikan dan menanyakan hal tersebut. Dengan penuh kesadaran saya bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Saya tidak berkeberatan apabila hasil penelitian ini dipublikasikan untuk kepentingan dokumentasi dan penelitian. Saya mengerti bahwa saya dapat menolak untuk ikut dalam penelitian. Saya sadar bahwa saya dapat mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja saya mau. Demikian pernyataan ini saya buat sejujur-jujurnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bandung,


Peneliti

Yang menyetujui

#### Lampiran 4. Surat Studi Pendahuluan

	<b>Fakultas Farmasi</b> <b>Universitas</b> <b>Bhakti Kencana</b>	
		Bandung, 04 Desember 2024
Nomor	: 0906/03.S1-FF/UBK/XII/2024	
Lampiran	: *	
Perihal	: Permohonan Studi Pendahuluan	
 Kepada Yth. Bapak/Ibu Diklat RSUD AL IHSAN di Tempat		
 Dengan Hormat, Sehubungan dengan akan diselenggarakannya Penelitian Tugas Akhir 1 dan Tugas Akhir 2 bagi mahasiswa Program Studi S1, Fakultas Farmasi, Universitas Bhakti Kencana, T.A 2024/2025, dengan ini kami mengajukan permohonan Studi Pendahuluan di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.		
Adapun nama mahasiswa tersebut adalah :		
Nama	:	Maghdalena Putriati Angelika
NPM	:	211FF03082
No. Telp/Hp	:	085363958770
Judul Penelitian	:	Analisis Medication Error Tahap Prescribing Resep Elektronik Instalasi Rawat Jalan Pasien Anak Di Salah Satu Rumah Sakit di Bandung
Dosen Pembimbing Utama	:	apt. Ed Yunisa Mega Pasha, M.Farm
Dosen Pembimbing Serta	:	apt. Deni Iskandar, MPH, Ph.D
 Besar harapan kami, kiranya Bapak/Ibu berkenan mengijinkan permohonan ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.		
 Mengetahui, Dekan Fakultas Farmasi Universitas Bhakti Kencana		
		
<b><u>Dr. apt. Agus Sulaeman, M.Si</u></b> NIK. 02014010070		
 Ketua Prodi Strata 1 (S1) Farmasi Universitas Bhakti Kencana		
		
<b><u>apt. Lia Marlani, M.Si,</u></b> NIK.02005010039		
 		
<small>Jl. Soebeanra Hatta No.254 Bandung Telp 022 76301765, 022 76301766 Email: info@ubk.ac.id, contact@ubk.ac.id</small>		

Lampiran 5. Surat Nota Persetujuan Pendahuluan Dari Rumah Sakit



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT**  
**DINAS KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AL IHSAN**  
 Jl. Kiastramanggala, Baleendah Kabupaten Bandung. Telp. (022)5940672, fax (022)5941701  
[www.rsudalhsan.jabarprov.go.id](http://www.rsudalhsan.jabarprov.go.id) E-mail: [rsudalhsan@jabarprov.go.id](mailto:rsudalhsan@jabarprov.go.id)  
**BANDUNG 40381**

---

**NOTA DINAS**

Kepada Yth	:	1. Kepala Instalasi Rawat Jalan Reguler
	:	2. Kepala Instalasi Rekam Medik
Dari	:	Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian
Tembusan	:	-
Tanggal	:	24 Desember 2024
Nomor	:	070/13397/Diklit
Sifat	:	Biasa
Lampiran	:	-
Hal	:	Permohonan Izin Studi Pendahuluan a.n Maghdalena Putriati Angelika

---

Menindaklanjuti surat Ketua Program Studi Strata 1 (S1) Farmasi Universitas Bhakti Kencana Nomor : 0906/03.SI-FF/UBK/XII/2024 tanggal 04 Desember 2024 perihal Permohonan Studi Pendahuluan, bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa :


Nama	:	Maghdalena Putriati Angelika
NPM	:	211FF03082
Program Studi	:	S1 Farmasi
Judul Penelitian	:	Analisis Medication Error Tahap Pricribing Resep Elektronik Instalasi Rawat Jalan Pasien Anak Di Salah Satu Rumah Sakit Di Bandung

Perlu disampaikan bahwa yang bersangkutan memerlukan bahan/data dari **Poliklinik Anak**. Untuk hal tersebut mohon agar Kepala Instalasi dapat memfasilitasinya sesuai ketentuan.

Demikian Nota Dinas ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ditandatangani secara elektronik oleh  
 KEPALA BAGIAN PENDIDIKAN DAN PELATIHAN  
 RSUD AL IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

Drg CITRA MMRS  
 Pembina



4031609P

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara. Dokumen digital yang asli dapat diperoleh dengan memindai QR Code, memasukkan kode pada Aplikasi NDE Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat, atau mengakses tautan berikut  
<https://certifikasi.jabarprov.go.id/v3/1A031609P>

Lampiran 6. Surat Izin penelitian



Jl. Sukarno Hatta Km 754 Bandung  
☎ 022 7830 760, 022 7830 768  
✉ info@ubk.ac.id contact@ubk.ac.id

Bandung, 5 Maret 2025

Nomor : 0189/03.S1-FF/UBK/III/2025  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.  
Bapak/Ibu Direktur RSUD AL IHSAN

Di Tempat

Dengan Hormat,  
Sehubungan dengan akan diselenggarakannya Penelitian Tugas Akhir bagi mahasiswa Program Studi S1, Fakultas Farmasi, Universitas Bhakti Kencana, T.A 2024/2025, dengan ini kami mengajukan Permohonan Izin Penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Maghdalena Putriati Angellika  
NPM : 211FF03082  
No. Telp/Hp : 085363958770  
Judul Penelitian : Analisis Medication Error tahap Prescribing pada Resep Elektronik Pasien Anak di Instalasi Rawat Jalan Salah Satu Rumah Sakit Di Bandung  
Dosen Pembimbing Utama : apt. ED Yunisa Mega Pasha, M.Farm  
Dosen Pembimbing Serta : apt.Deni Iskandar.MPH.,Ph.D

Besar harapan kami, kiranya Bapak/Ibu berkenan mengijinkan permohonan ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Farmasi  
Universitas Bhakti Kencana  
  
Dr. apt. Agus Sulaeman, M.Si  
NIK. 02014010070

Ketua Prodi Strata 1 (S1) Farmasi  
Universitas Bhakti Kencana

  
apt. Lia Marlioni, M.Si  
NIK.02005010039

Lampiran 7. Surat Izin Kode Etik

		<b>Fakultas Farmasi</b> <b>Universitas</b> <b>Bhakti Kencana</b>	<small>Jl. Siregarra Putih No.754 Bandung ☎ 022 7830 760, 022 7830 768 ✉ info@ubk.ac.id contact@ubk.ac.id</small>
		<b>Bandung, 05 Maret 2025</b>	
Nomor	:	0224/03.S1-FF/UBK/III/2025	
Lampiran	:	•	
Hal	:	Permohonan Etik	
Kepada Yth. Bapak/Ibu Direktur RSUD Al-Ihsan Bandung Di Tempat			
Dengan Hormat, Sehubungan dengan rencana penelitian yang akan dilaksanakan oleh :			
Nama	:	Maghdalena Putriati Angellika	
NPM	:	211FF03082	
No. Telp/Hp	:	085363958770	
Judul Penelitian	:	Analisis Medication Error tahap Prescribing pada Resep Elektronik Pasien Anak di Instalasi Rawat Jalan Salah Satu Rumah Sakit Di Bandung	
Dosen Pembimbing Utama	:	apt. ED Yunisa Mega Pasha, M.Farm	
Dosen Pembimbing Serta	:	apt.Deni Iskandar.MPH.,Ph.D.	
Maka bersama ini kami mengajukan permohonan persetujuan etik sebagai salah satu syarat penelitian tersebut bisa dilakukan.			
Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.			
Mengetahui, Dekan Fakultas Farmasi Universitas Bhakti Kencana		Ketua Prodi Strata 1 (S1) Farmasi Universitas Bhakti Kencana	
			
<b>Dr. apt. Agus Sulaeman, M.Si</b> NIK. 02014010070		<b>apt. Lia Marlioni, M.Si.</b> NIK.02005010039	



## Lampiran 8. Surat Nota Persetujuan Penelitian Dari Rumah Sakit



PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT  
DINAS KESEHATAN  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AL IHSAN**  
Jl. Kiasiranggal, Baleendah Kabupaten Bandung. Telp. (022)5940872, fax (022)5941709  
[www.rsudalhsan.jabarprov.go.id](http://www.rsudalhsan.jabarprov.go.id) E-mail: [rsudalhsan@jabarprov.go.id](mailto:rsudalhsan@jabarprov.go.id)  
BANDUNG 40381

---

Nomor : 070/1759/DR.00-RS Ihsan  
Sifat : Segera  
Lampiran : -  
Hal : Jawaban Permohonan Izin Penelitian  
a.n Magdalena Putriati Angelika

Bandung, 18 Maret 2025

Kepada Yth,  
Dekan Fakultas Farmasi  
Universitas Bakti Kencana  
Di  
Jl. Soekarno Hatta No.754, Cipadung  
Kidul, Kec. Panyileukan, Kota Bandung.  
Jawa Barat 40614

Mengjawab Surat Dekan Fakultas Farmasi Universitas Bakti Kencana Nomor : 0199/03.51-FFA/UBK/II/2025 tanggal 05 Maret 2025 perihal Permohonan Izin Penelitian perihal Permohonan Izin Penelitian, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya tidak keberatan dan bersedia menerima :

Nama : Magdalena Putriati Angelika  
NIM : 211FF03082  
Program Studi : S1 Farmasi  
Judul Penelitian : Analisis Medication Error Tahap Prescribing Pada Resep Elektronik

Untuk melaksanakan penelitian di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang dilaksanakan pada **Tanggal 17 Maret s/d 22 Maret 2025** dengan ketentuan yang berlaku sebagai berikut :

1. Melampirkan Pas Photo berwarna (bertatar belakang biru) ukuran 2x3 sebanyak 2 (dua) buah, berjabab untuk wanita;
2. Bersedia mentaati segala peraturan yang ditetapkan di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat;
3. Berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 9 Tahun 2023 Tentang Pola dan Tarif Layanan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat, dibebankan biaya Administrasi penelitian per bulan sebesar Rp. 250.000. Pembayaran melalui Bank Jabar Banten (BJB) a.n. RSUD Al Ihsan dengan No. Rekening 065 001 001 2982;
4. Apabila telah selesai penelitian agar dapat memberikan laporan kegiatan melalui Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat;
5. Pendamping di RSUD Al Ihsan Sdrn. apt. Dini Alvionita, S.Farm.

Adapun segala sesuatu yang menyangkut prosedur kegiatan tersebut, dapat menghubungi Bagian Diklat RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat setiap hari kerja Senin s.d. Jum'at Pukul 08.00 - 14.00 Tlp. (022) 5940872 Ext. 445.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ditandatangani secara elektronik oleh:  
PI DIREKTUR RSUD AL IHSAN  
PROVINSI JAWA BARAT.

dr. FERRY ACHMAD FIRDAUS MANSOER, MM., Sp. OG  
Pendidik Tingkat I



89AC5C86D2

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara. Dokumen digital yang asli dapat diperiksa dengan memindai QR Code, memasukkan kode pada Aplikasi NDE Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat, atau mengakses tautan berikut  
<https://kubekab.jabarprov.go.id/BSR/01170022>

## Lampiran 9. Surat Izin Kode Etik Dari Rumah Sakit



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AL IHSAN  
PROVINSI JAWA BARAT  
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
Jl. Kiastramanggala, Baleendah Tlp. (022)5940872, 5940875, 5941710  
Fax. 5941709 website : www.rsudalhsan.jabarprov.go.id - e-mail:rsudalhsan@yahoo.com  
Bandung 40375

---

**PERSETUJUAN ETIK  
ETHICAL APPROVAL**  
Nomor : 070/ 2996 /KEPK-RSUD Al.Ihsan/2025

Komite Etik Penelitian RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat, dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian serta menjamin bahwa penelitian yang menggunakan instrumen penelitian : survey/ registrasi/ surveilans/ epidemiologi/ humaniora/ sosial budaya/ bahan biologi tersimpan/ sel punca atau penelitian non klinis lainnya berjalan dengan memperhatikan implikasi etik, hukum, sosial, dan non klinis lainnya yang berlaku, telah mengkaji dengan teliti terhadap protokol penelitian yang berjudul :

***"Analisis Medication Error tahap Prescribing pada Resep Elektronik Pasien Anak di Instalasi Rawat Jalan Salah Satu Rumah Sakit Di Bandung"***

Nama Peneliti Utama : Maghdalena Putriati Angellika  
Pembimbing Penelitian : 1. apt. ED Yunisa Mega Pasha, M.Farm  
2. apt. Deni Iskandar.MPH, Ph.D.  
Nama Institusi : Program Studi Farmasi Universitas Bhakti Kencana

**Protokol tersebut dapat disetujui pelaksanaannya**

Demikian Surat persetujuan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bandung  
tanggal : 21 April 2025

Komite Etik Penelitian Kesehatan  
RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat  
Ketua  
  
Kenny Diansari, dr., Sp.PD

**Keterangan :**

1. Persetujuan etik ini berlaku satu tahun sejak tanggal ditetapkan
2. Setelah penelitian selesai, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan ke Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat
3. Apabila ada penyimpangan protokol atau waktu penelitian melebihi batas waktu satu tahun, harus mengajukan kembali permohonan kaji etik.
4. Apabila terjadi insiden (kejadian yang tidak diinginkan/ KTD) baik serius ataupun tidak, harus segera lapor ke Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat
5. Peneliti akan diberikan pendamping internal yang bertugas sebagai pengawas pelaksanaan penelitian

## Lampiran 10. Hasil Penelitian

RJ2401002	Nama Dokter	SIP Dokter	Tanggal pembuatan resep	Nama Pasien	Nama Obat	Kekuatan sediaan obat	Jumlah obat	Bentuk sediaan obat 4	Paraf dokter	Aturan pakai obat	Frekuensi obat	lengkap	Bb pasien
RJ240100402	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100425	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100435	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100533	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100542	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	tidak lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	lengkap	
RJ240100564	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100580	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	lengkap	
RJ240100691	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100731	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	tidak lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100778	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100792	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	lengkap	
RJ240100834	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100836	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100851	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100853	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100878	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240100919	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101007	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101030	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101080	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101104	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101208	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101268	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101329	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101345	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101371	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101410	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	
RJ240101431	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	lengkap	tidak ada	lengkap	lengkap	

Lampiran 11. *Plagiarisme*



## Lampiran 12 Daftar Riwayat Hidup



### **BIODATA**

Nama Lengkap : Maghdalena Putriati Angellika

Nama Panggilan : Lena/Angel

Tempat/Tanggal Lahir : Pkl. Kerinci, 25 Maret 2025

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Kristen Protestan

Status Perkawinan : Belum Kawin

Alamat : Jl. Suka Damai BTN Lama Pangkalan Kerinci,  
Kab. Pelalawan, Prov. Riau.

Email : [211ff03082@bku.ac.id](mailto:211ff03082@bku.ac.id)

No. Telepon : 08127531140

Anak ke : 3 dari 4 bersaudara

