LAMPIRAN

Lampiran 1

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

Yang terhormat Bapak/ Ibu/Saudara/Adik, Kami meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikuteertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Hubungan inisiasi menyusu dini (imd) dengan pemberian asi eksklusif di wilayah kerja uptd puskesmas I denpasar barat
Peneliti Utama	Ida Ayu Putu Atika Dewi
Institusi	Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Denpasar
Lokasi Penelitian	Wilayah Kerja UPTD Puskesmas I Denpasar Barat
Sumber pendanaan	Pribadi

Penelitian ini bertujuan untuk untuk mengetahui hubungan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan pemberian ASI Eksklusif. Jumlah peserta sebanyak 69 orang dengan syaratnya yaitu kriterian inklusi : 1) Memiliki bayi berumur 6 bulan sampai 12 bulan, 2) Masih menyusui bayinya atau tidak menyusui bayinya, 3) Bertempat tinggal dan tercatat di wilayah kerja UPTD Puskesmas 1 Dinas Kesehatan Kecamatan Denpasar Barat, 4) Bersedia menjadi sampel. Kriteria eksklusi : 1) Berhalangan hadir saat pengumpulan data. Peserta akan diberikan pertanyaan dengan cara wawancara dan pengisian kuesioner.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang hubungan antara inisiasi menyusu dini (IMD) dengan ASI Eksklusif. Tidak ada resiko besar yang akan merugikan peserta karena seluruh kegiatan akan dilakukan berdasarkan SOP. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Atas kesedian berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Ibu pada penelitian ini bersifat sukarela. Ibu dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Ibu untuk berhenti sebagai peserta peneltian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/ kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta peneltian ini, Ibu diminta untuk menandatangani formulir 'Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/ *Wali' setelah Ibu benar-benar memahami tentang penelitian ini. Ibu akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Ibu untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Ibu.

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : **Ida Ayu Putu Atika Dewi dengan no HP 082144575710**

Tanda tangan Ibu dibawah ini menunjukkan bahwa Ibu telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta *penelitian/Wali**.

Peserta/ Subyek Penelitian,	**Wali,**
_____	_____
Tanda Tangan dan Nama	*Tanda Tangan dan Nama*
Tanggal (wajib diisi): / /	*Tanggal (wajib diisi): / /*

Hubungan dengan Peserta/ Subyek Penelitian:

_____

(Wali dibutuhkan bila calon peserta adalah anak < 14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang – koma)

Peneliti

_____ _____

Tanda Tangan dan Nama *Tanggal*

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir Consent ini hanya bila

- ☐ Peserta Penelitian memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- ☐ Wali dari peserta penelitian tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- ☐ Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian resiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive)

Catatan:

Saksi harus merupakan keluarga peserta penelitian, tidak boleh anggota tim penelitian.

Saksi:

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta penelitian atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela.

_____

Nama dan Tanda tangan saksi

Tanggal

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

* coret yang tidak perlu

Lampiran 2

SEBARAN SAMPEL DISETIAP DESA

No	**Asal Desa/Kelurahan**	**Jumlah Bayi 6-12 Bulan**	**Jumlah Sampel**
1	Desa Tegal Harum	71 Orang	22 Orang
2	Desa Tegal Kerta	83 Orang	25 Orang
3	Kelurahan Pemecutan	71 Orang	22 Orang
TOTAL		225 Orang	69 Orang

Jumlah sampel ditentukan dengan rumus proporsional

Sampel Minimal : $n = \frac{N}{1+N.(e)^2}$

$n = \frac{225}{1+225\ .0.01}$

n = 69

Perhitungan Sampel Setiap Desa : $\frac{NK}{N}\ x\ n$

1 Desa Tegal Harum

$$\frac{71}{225}\ x\ 69 = 22$$

2 Desa Tegal Kerta

$$\frac{83}{225}\ x\ 69 = 25$$

3 Kelurahan Pemecutan

$$\frac{71}{225}\ x\ 69 = 22$$

Lampiran 3

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN ANTARA INISIASI MENYUSU DINI (IMD) DAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS 1 DENPASAR BARAT

IDENTITAS SAMPEL

A. Kode Sampel :……..

B. Nama Lengkap :……..

C. Tgl. Lahir :……..

D. Umur :……..

E. Pekerjaan :……..

F. Nama Anak :……..

G. Jenis Kelamin :…….

H. Anak ke- :…….

I. Tgl. Lahir Anak :…….

J. BB Lahir Anak :…….

K. PB Lahir Anak :…….

Lampiran 4

KUESIONER UNTUK IBU MENYUSUI

1. Bagaimana proses persalinan ibu saat melahirkan ?
   a. Caesar/Operasi
   b. Normal
2. Dimanakah ibu melahirkan anak yang terakhir ?
   a. Rumah Sakit
   b. Puskesmas
   c. Rumah Bersalin
   d. Dokter
   e. Bidan
3. Siapakah yang menolong ibu pada saat persalinan ?
   a. Dokter
   b. Perawat
   c. Bidan
4. Saat bayi lahir, apa yang dilakukan petugas ?
   a. Bayi dikeringkan dengan cara dilap dan langsung ditengkurupkan di perut atau dada ibu
   b. Bayi langsung ditimang, dan dipisahkan dengan ibunya
   c. Bayi langsung diberikan susu formula
   d. ……
   ……
   ……
5. Setelah bayi lahir jika ditelungkupkan pada dada ibu, apa yang dilakukan bayi ?
   a. Menjilat, mencari, dan menghisap puting susu ibu dengan usaha sendiri
   b. Mencari puting susu ibu dengan bantuan petugas kesehatan
   c. Tidak mencari dan tidak menghisap putting susu ibu
   d. ……
   ……
   ……
6. Berapa lama proses inisiasi menyusu dini dilakukan ?
   ……
   ……
   ……
7. Siapakah yang mendampingi ibu selama proses persalinan ?
   a. Suami
   b. Orang tua
   c. Teman

d. Keluarga
e. Mertua

8. Apa alasan ibu tidak melakukan inisiasi menyusu dini ?
……
……
……

9. Pada saat bayi berusia 0-6 bulan, apakah diberi ASI saja atau ada tambahan makanan lain
……
……
……

10. Berapa lama ibu menyusui ASI saja ?
    a. 0-3 bulan
    b. 0-6 bulan
    c. > 6 bulan

11. Saat bayi usia berapa ibu memberikan makanan tambahan selain ASI ?
    a. < 6 bulan
    b. 6 bulan
    c. > 6 bulan

12. Apa alasan ibu tidak memberikan ASI Eksklusif kepada bayi ?
……
……
……

Lampiran 5 : Surat Persetujuan Etik

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)

Alamat : Jl. Sanitasi No 1 Sidakarya Denpasar Selatan
Telp : (0361) 710447 FAX : (0361) 710448
Website: www.poltekkes-denpasar.ac.id

PERSETUJUAN ETIK /

ETHICAL APPROVAL

Nomor : LB.02.03/EA/KEPK/ 0422 /2019

Yang bertandatangan di bawah ini Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Denpasar, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

HUBUNGAN INISIASI MENYUSU DINI (IMD) DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS I DENPASAR BARAT

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana/Peneliti Utama :

IDA AYU PUTU ATIKA DEWI

LAIK ETIK. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa maksimum selama 1 (satu) tahun

Pada akhir penelitian, peneliti menyerahkan laporan akhir kepada KEPK-Poltekkes Denpasar. Dalam pelaksanaan penelitian, jika ada perubahan dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kaji etik penelitian (amandemen protokol)

Denpasar, 2 September 2019
Ketua,

I Dewa Putu Gede Putra Yasa, S.Kp, M.Kep, Sp.MB

Lampiran 6 : Surat Ijin DPMTSP Provinsi Bali

PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235
Telp./Fax (0361) 243804/256905
website: www.dpmptsp.baliprov.go.id e-mail: dpmptsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/10473/DPMPTSP-B/2019
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi

Kepada
Yth: Walikota Denpasar
cq. Kepala Badan Kesbang Pol Kota Denpasar
di -
Tempat

I. Dasar
1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 33 Tahun 2018 Tanggal 15 Mei 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Peraturan Gubernur Bali Nomor 45 Tahun 2018 Tanggal 21 Juni 2018 Tentang Tata Cara Penerbitan Perizinan dan Non Perizinan pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Direktur Poltekkes Denpasar Nomor PP.04.03/031/1203.1-29/2019, tanggal 16 Desember 2019, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada:

Nama	:	IDA AYU PUTU ATIKA DEWI
Pekerjaan	:	Mahasiswa
Alamat	:	Jl. GN. BATOK III/7 DPS.BR/LINK. BUANA MERTA
Judul/bidang	:	HUBUNGAN INISIASI MENYUSU DINI (IMD) DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS I DENPASAR BARAT
Lokasi Penelitian	:	DESA TEGAL HARUM, DESA TEGAL KERTA, KELURAHAN PEMECUTAN
Jumlah Peserta	:	4 Orang
Lama Penelitian	:	6 Bulan (30 Dec 2019 s/d 31 Jul 2020)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut:
a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang
b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitanya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Rekomendasi/Ijin akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
d. Apabila masa berlaku Rekomendasi/Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Rekomendasi/Ijin agar ditujukan kepada instansi pemohon.
e. Menyerahkan hasil kegiatan kepada Pemerintah Provinsi Bali, melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali

Denpasar, 20 Desember 2019
a.n. GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP PROVINSI BALI

DEWA PUTU MANTERA
Pembina Utama Muda
NIP. 19621231 198503 1 192

IZIN INI DIKENAKAN TARIF Rp 0,-

Tembusan kepada Yth :
1. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali
2. Yang Bersangkutan

Lampiran 7 : Rekomendasi KESBANGPOL Kota Denpasar

PEMERINTAHAN KOTA DENPASAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JALAN BELITON NO.1 TELEPON 234648 DENPASAR
https://www.denpasarkota.go.id/ **email : kesbangpol@denpasarkota.go.id**

Nomor : 070/1419/BKBP
Lampiran : -
Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Kepada
Yth. 1. Perbekel Desa Tegal Harum
2. Perbekel Desa Tegal Kerta
3. Lurah Pemecutan

di-

Denpasar

I. Dasar:
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
2. Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Denpasar Tahun 2016 Nomor 8. Tambahan Lembaran Daerah Kota Denpasar Nomor 8).
3. Peraturan Walikota Denpasar Nomor 43 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Sekretariat Darah, Staf Ahli, Sekretariat Dewan Perwakilan Daerah, Inspektoran, Badan Daerah dan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Denpasar (Berita Daerah Kota Denpasar Tahun 2016 Nomor 43).
4. Peraturan Walikota Denpasar Nomor 13 Tahun 2017 Tentang Uraian Tugas Jabatan pada Sekretariat Daerah, Staf Ahli, Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Inspektorat, Badan Daerah dan Rumah Sakit Daerah.

II. Memperhatikan:
Surat Rekomendasi dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali Nomor : 070/10473/DPMPTSP-B/2019, tanggal 20 Desember 2019, Perihal :Rekomendasi Izin Penelitian

III. Setelah Mempelajari dan Meneliti Rencana Kegiatan yang diajukan, maka Walikota Denpasar memberikan Rekomendasi kepada :

Nama	:	Ida Ayu Putu Atika Dewi
Alamat	:	Jl. GN. BATOK III/7 DPS. BR/LINK BUANA MERTA
Status Peneliti	:	Mahasiswa
Judul Penelitian	:	Hubungan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Dengan Pemberian ASI EKSKLUSIF Di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Barat
Lokasi Penelitian	:	Desa Tegal Harum, Desa Tegal Kerta, Kelurahan Pemecutan
Tujuan Penelitian	:	Pengumpulan Data Penelitian
Bidang Peneliti	:	Kesehatan
Jumlah Peserta	:	1 orang
Lama Penelitian	:	7 Bulan (30 Desember 2019 - 31 Juli 2020)

IV. Dalam Melakukan Kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Sebelum mengadakan penelitian/kerja praktek agar melapor kepada Atasan/Kepala Instansi bersangkutan
2. Selesai mengadakan penelitian melapor kembali kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Denpasar.
3. Menyerahkan 1 (satu) exemplar hasil penelitian tersebut kepada Pemerintah Kota Denpasar (Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Denpasar

CS Dipindai dengan CamScanner

4. Dilarang melakukan kegiatan diluar dari pada kegiatan tujuan yang telah ditetapkan dan pelanggaran terhadap ketentuan di atas, ijin ini akan dicabut dan menghentikan segala kegiatannya.
5. Para Peneliti, Survey, Study Perbandingan, KKN, KKL, mentaati dan menghormati ketentuan yang berlaku di Daerah setempat.

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 30 Desember 2019
An. Walikota Denpasar
Ub. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Denpasar
Sekretaris

PEMERINTAH KOTA DENPASAR
BADAN KESBANG DAN POLITIK

I Wayan Wiwawan, S.Sos,M.Si
NIP. 196501011986021014

Tembusan disampaikan :
1. Walikota Denpasar (sebagai laporan)
2. Camat Denpasar Barat
3. Yang Bersangkutan
4. Arsip