

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)
SEBAGAI PESERTA PENELITIAN**

Yang terhormat Ibu/Saudara, kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela atau tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan di bawah dengan seksama dan dipersilakan untuk bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Hubungan Dukungan Keluarga Dan Pengetahuan ASI Dengan Pemberian ASI Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng II
Peneliti Utama	Ni Made Dewi Susanti
Institusi	Jurusan Gizi Poltekkes Denpasar
LokASI Penelitian	Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng II
Sumber Pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana hubungan Dukungan Keluarga Dan Pengetahuan ASI Dengan Pemberian ASI Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng II . Syarat peserta dalam penelitian ini adalah: Ibu yang memiliki bayi 6 - 12 bulan , Tinggal bersama keluarga, mampu membaca dan menulis dan bersedia menjadi peserta penelitian.

Peneliti menjamin kerahasiaan semua data dan informasi peserta penelitian ini. Semua data dan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

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

Setelah Ibu/Saudara benar-benar memahami tentang penelitian ini dan setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Ibu/Saudara diminta untuk menandatangani formulir “Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) sebagai *Peserta Penelitian/ *

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

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Ni Made Dewi susanti dengan No. HP 081237942619.

Tanda tangan Ibu/Saudara di bawah ini menunjukkan bahwa Ibu/Saudara telah membaca, memahami, dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya

kepada peneliti tentang penelitian ini dan menyetujui untuk menjadi peserta penelitian

Peserta/ Subjek Penelitian,

Peneliti

Tanda Tangan dan Nama

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal :

Tanggal :

Lampiran 2 : Lembar Kuesioner Responden

LEMBAR KUESIONER

No Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk Pengisian :

Bacalah dan pahami pernyataan berikut serta pilihlah jawaban dengan memberi tanda (√) yang menurut anda sesuai dengan kondisi diri anda.

A. Data Umum Responden

Karakteristik Responden

1. Usia Anda : Tahun

2. Pendidikan

SD

SMP

SMA/SMK

Perguruan Tinggi

3. Pekerjaan

Tidak Bekerja

Buruh/Petani

Wiraswasta

PNS

PETUNJUK

1. Semua pertanyaan mohon dijawab sesuai dengan keadaan sebenarnya.

Lampiran 3 : Lembar Karakteristik Responden

KARAKTERISTIK RESPONDEN

A) Identitas Ibu

1. Tanggal pengisian :
2. Nama Responden :
3. Umur :
4. Pendidikan Terakhir:
5. Alamat :

B) Identitas Bayi

1. Nama:
2. Tempat / tanggal lahir :
3. Umur : bulan
4. Anak ke- :
5. Jenis kelamin :
6. BB :

i) **Praktek Pemberian ASI Eksklusif**

Apakah ibu memberikan ASI saja pada saat anak ibu berusia 0-6 bulan tanpa memberikan makanan apapun kecuali obat dan vitamin?

- a) Ya
- b) Tidak

Lampiran 4 : Lembar Kuesioner Pengetahuan Ibu Tentang ASI

Kuisisioner Pengetahuan Ibu Tentang ASI Eksklusif

Berilah tanda (√) pada kolom pilihan jawaban pertanyaan di bawah ini.

No	Pertanyaan	Ya	tidak
1	ASI Eksklusif adalah memberikan ASI saja tanpa makanan tambahan lain hingga bayi berusia 4 bulan		
2	Pemberian ASI dapat membuat ibu menjadi sakit – sakitan		
3	Pemberian ASI pada anak dapat menambah kekebalan tubuh anak		
4	Rangsangan hisapan dari bayi dapat mempengaruhi produksi ASI		
5	ASI pertama kali keluar, berwarna kekuning-kuningan dan kental diberikan pada bayi		
6	ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa pemberian makanan dan minuman lain sampai bayi berusia 6 bulan tanpa pemberian makanan apapun kecuali obat dan vitamin		
7	Makanan utama pada bayi sampai umur 6 bulan adalah ASI dan susu formula		
8	Kolostrum mengandung zat antibodi yang mampu melindungi tubuh bayi dari berbagai penyakit infeksi .		
9	ASI diberikan pada bayi di manapun dan kapanpun saat bayi membutuhkan.		
10	Dalam sekali menyusui anak diberikan ASI sampai bayi merasa kenyang		
11	Mendapatkan ASI adalah hak bayi hingga berumur 2 tahun		
12	Saat bayi diare, ASI harus tetap diberikan		
13	Ibu mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang selama menyusui.		
14	Akibat anak diberikan makanan pendamping terlalu dini adalah anak akan mudah terkena diare dan alergi		
15	Menyusui secara Eksklusif dapat meningkatkan jalinan kAsih sayang antara ibu dan anak.		
16	Pemberian susu formula lebih baik dibandingkan Asi		
17	Pemberian ASI dapat meningkatkan kecerdasan anak		
18	Ketika bayi sakit, ASI tetap diberikan		
19	Pemberian ASI dapat mengurangi angka kematian balita		

Lampiran 5 : Lembar Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuisisioner Dukungan Keluarga

Berilah tanda (√) pada kolom pilihan jawaban pertanyaan di bawah ini.

NO	DUKUNGAN KELUARGA	Ada	Tidak	Yang memberikan (berikan tanda centang) Bisa lebih dari satu			
				Suami	Mertua	Ipar	Orang tua
A	DUKUNGAN INSTRUMENTAL						
1	Keluarga selalu memberikan waktu yang leluasa kepada ibu saat memberikan ASI selama periode ASI Eksklusif						
2	Keluarga membelikan alat berupa pompa Asi)pada saat fase pemberian ASI Eksklusif karena si ibu bekerja						
3	Keluarga mengurangi pekerjaan ibu di rumah tangga saat periode ASI Eksklusif						
B	DUKUNGAN INFORMASIONAL						
4	Keluarga selalu memberi tahu tentang informASI cara menyusui bayi dengan benar						
5	Keluarga selalu mengingatkan untuk memberikan ASI Eksklusif						
6	Keluarga mengingatkan saya tentang dampak dari tidak mendapat ASI Eksklusif						

7	Keluarga selalu menjelaskan kepada saya setiap saya nertanya hal-hal yang tidak saya mengerti dengan jelas tentang pemberian ASI						
C	DUKUNGAN PENGHARGAAN						
8	Keluarga selalu mendampingi dan memotivasi saya dalam pemberian ASI Eksklusif						
9	Keluarga selalu memberi pujian kepada saya selama periode ASI Eksklusif						
D	DUKUNGAN EMOSIONAL						
10	Keluarga mendengarkan keluhan saya terkait dengan permasalahan dalam pemberian ASI Eksklusif						
11	Keluarga memberikan perhatian yang lebih kepada saya dan bayi saya selama periode pemberian ASI Eksklusif						
12	Keluarga memaklumi bahwa bila bayi saya sakit, yang dialami bayi adalah sebagai suatu musibah dan mesti ditangani bersama-sama						

(Nursalam 2013)

Lampiran 6 : Hasil analisa menggunakan SPSS

HASIL

1. Uji Analisis

A. PEMBERIAN ASI

Pemberian Asi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	23	24,7	24,7	24,7
Ya	70	75,3	75,3	100,0
Total	93	100,0	100,0	

B. Hubungan Pengetahuan dengan Pemberian ASI

Crosstab

			Pemberian Asi		Total
			Tidak	Ya	
kat_peng	Baik	Count	14	59	73
		% within kat_peng	19,2%	80,8%	100,0%
	Kurang	Count	9	11	20
		% within kat_peng	45,0%	55,0%	100,0%
Total		Count	23	70	93
		% within kat_peng	24,7%	75,3%	100,0%

C. Hubungan Dukungan dengan Pemberian ASI

Crosstab

			Pemberian Asi		Total
			Tidak	Ya	
kat_dukungan	ada dukungan penuh	Count % within kat_dukungan	11 26,8%	30 73,2%	41 100,0%
	kurang dukungan	Count % within kat_dukungan	12 23,1%	40 76,9%	52 100,0%
Total		Count % within kat_dukungan	23 24,7%	70 75,3%	93 100,0%



PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU

Jalan Ngurah Rai No. 72 Telepon (0362) 22063 - (0362) 27719

Nomor : 503/388/REK/DPMPPTSP/2021 Kepada :
Lamp : - Yth. Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng II
Perihal : Rekomendasi

di -
Tempat

- I. Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor : 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor : 138 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Daerah
 3. Surat dari a.n Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar Kementerian Kesehatan RI Nomor PP. 02.01/0342.2/2021 Tanggal 20 Mei 2021 Perihal Permohonan Data
- II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi Kepada :
- Nama : Ni Made Dewi Susanti
- Pekerjaan : PNS
- Alamat : Lingga Sari Nomor 230 Kel. Banyuasri, Kec. Buleleng, Kab. Buleleng
- Bidang / Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dan Pengetahuan ASI dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng II
- Jumlah Peserta : 1 Orang
- Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng II
- Lamanya : 1 Bulan (28 Mei 2021 - 28 Juni 2021)
- III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :
1. Sebelum mengadakan kegiatan agar melapor kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Buleleng atau Pejabat yang Berwenang;
 2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/ judul dimaksud, apabila melanggar ketentuan akan dicabut ijinnya dan menghentikan segala kegiatannya;
 3. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat;
 4. Apabila masa berlaku Rekomendasi / Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai maka perpanjangan Rekomendasi / Ijin agar ditujukan kepada Instansi pemohon;
 5. Menyerahkan 1 (satu) buah hasil kegiatan kepada Pemerintah Kabupaten Buleleng, melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Buleleng.
- Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN : SINGARAJA
PADA TANGGAL : 31 MEI 2021

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP
KABUPATEN BULELENG



MADE RUTA S. SOS
NIP. 19700710 199203 1 007

Tembusan ini disampaikan kepada Yth:

1. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Prov. Bali
2. Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Buleleng
3. Camat Setempat
4. Yang Bersangkutan
5. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS BULELENG II
Jl. Singaraja-Seririt, Email: Puskesmas_Bulelengii@yahoo.co



SURAT REKOMENDASI
Nomor :445/ 11/ BLL.II/2021

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr.Ni Luh Sustemy
NIP : 197205042007012023
Pangkat/Gol.Ruang : Pembina IV/a
Jabatan : Kepala Puskesmas Buleleng II

Dengan surat ini kami tidak berkeberatan memberikan rekomendasi ijin penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng II, mahasiswa atas :

Nama : Ni Made Dewi Susanti
Alamat : Jalan Ahmad Yani Gang Lingga Sari No.230 Banyuasri
Singaraja
Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dan Pengetahuan ASI dengan
Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas
Buleleng II

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Anturan, 21 Mei 2021
Kepala Puskesmas Buleleng II



dr. Ni Luh Sustemy
NIP. 197205042007012023



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)**

Alamat : Jl. Sanitasi No 1 Sidakarya Denpasar Selatan

Telp : (0361) 710447 Faximili : (0361) 710448

Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id



PERSETUJUAN ETIK / ETHICAL APPROVAL

Nomor : LB.02.03/EA/KEPK/ 0620 /2021

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 DUKUNGAN KELUARGA DAN PENGETAHUAN ASI DENGAN
PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BULELENG II**

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

NI MADE DEWI SUSANTI

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, 6 Juli 2021

Ketua,



Dr. Agus Sri Lestari, S.ST., M.Erg



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Alamat : Jl. Sanitasi No 1 Sidakarya Denpasar Selatan
Telp : (0361) 710447 Faximili : (0361) 710448
Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id



Lampiran Ethical Approval No : LB.02.03/EA/KEPK/ 0620 /2021

SARAN REVIEWER

Nama Peneliti	Judul	Saran Tindak lanjut	
		Reviewer 1	Reviewer 2
NI MADE DEWI SUSANTI	HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN PENGETAHUAN ASI DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BULELENG II	Lengkapi penjelasan proses pada prosedur pengumpulan data dan laksanakan proses tersebut dengan baik	-

Denpasar, 6 Juli 2021

Ketua,



Dr. Agus Sri Lestari, S.ST., M.Erg