

LAMPIRAN 1
PERHITUNGAN BESAR SAMPEL

A. Besar Sampel

Perhitungan Sampel :

$$n = \frac{N}{(1 + (N \times d^2))}$$

$$n = \frac{354}{(1 + (354 \times 0,1^2))}$$

$$n = \frac{354}{4,54}$$

$$n = 77,97$$

B. Besar atau jumlah pembagian sampel untuk masing-masing dusun banjar dengan menggunakan rumus menurut Sugiyono (2007), adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{X}{N} \times N_1$$

Keterangan :

n : Jumlah sampel yang diinginkan setiap strata

N : Jumlah seluruh populasi

X : Jumlah populasi setiap strata

N₁ : Sampel

Berdasarkan rumus diatas, jumlah sampel dari masing-masing dusun banjar yaitu :

1. Dusun Banjar Bululada : $\frac{58}{354} \times 78 = 13$ orang

2. Dusun Banjar Gambuh : $\frac{61}{354} \times 78 = 14$ orang

3. Dusun Banjar Gunung Sekar : $\frac{39}{354} \times 78 = 9$ orang

4. Dusun Banjar Selat : $\frac{51}{354} \times 78 = 11$ orang

5. Dusun Banjar Tukad Juwuk : $\frac{53}{354} \times 78 = 12$ orang

6. Dusun Banjar Witajati : $\frac{51}{354} \times 78 = 11$ orang

7. Dusun Banjar Sekar Sari : $\frac{41}{354} \times 78 = 10$ orang

LAMPIRAN 2

IJIN PENELITIAN



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 Faksimil : (0361) 710448
Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id



PERSETUJUAN ETIK / ETHICAL APPROVAL

Nomor : LB.02.03/EA/KEPK/ 0007 /2022

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 Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Pola Pemberian MP-ASI Dengan Kejadian Stunting Di Desa Selat, Kabupaten Buleleng

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

Kadek Intan Crisdianthy Noviantari

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 perparjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kaji etik penelitian (amandemen protokol)

Denpasar, 18 Januari 2022

Ketua,



Dr. Ni Komang Yuni Rahyani, S.Si.T., M.Kes



မြန်မာနိုင်ငံတော်
PEMERINTAH PROVINSI BALI
 သို့မဟုတ် အစိုးရအဖွဲ့
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
 အစိုးရအဖွဲ့အစည်း-အစိုးရအဖွဲ့ (ပထမဦးစွာ)၊ အစိုးရအဖွဲ့ (ပထမဦးစွာ)၊ အစိုးရအဖွဲ့ (ပထမဦးစွာ)
 JALAN RAYA PUPUTAN NITI MANDALA (80235), TELEPON (0361)243804
 WEBSITE: www.dpmpstp.baliprov.go.id, Email: dpmpstp@baliprov.go.id

Nomor : B.30.070/4478.E/IZIN-C/DPMPSTP
 Lampiran :
 Lampiran : -
 Hal : Surat Keterangan Penelitian /
Rekomendasi Penelitian

Bali, 25 November 2021
 Kepada
 Yth. Bupati Buleleng
 di - Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 63 Tahun 2019 tanggal 31 Desember 2019 Tentang Standar Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Politeknik Kesehatan Denpasar Nomor PP.02.01/031/0941/2021, tanggal 02 November 2021, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

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

Nama : KADEK INTAN CRISDIANTHY NOVIANTARI
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Alamat : BANJAR DINAS BABAKAN, DESA PANJI, KECAMATAN SUKASADA, KABUPATEN BULELENG
 Judul/bidang : Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Pola Pemberian MP-ASI Dengan Kejadian Stunting Di Desa Selat, Kabupaten Buleleng
 Lokasi Penelitian : Desa Selat, Kabupaten Buleleng
 Jumlah Peserta : 1 Orang
 Lama Penelitian : 1 Bulan (29 November 2021 - 31 Desember 2021)

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 kaitannya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian agar ditujukan kepada instansi pemohon.

**IZIN INI DIKENAKAN
TARIF RP 0,-**

Ditandatangani secara elektronik oleh :
 a.n. GUBERNUR BALI
 KEPALA DINAS
Anak Agung Ngurah Oka Sutha Diana
 NIP. 19631022 199108 1 001

Tembusan kepada Yth

1. Gubernur Bali Sebagai Laporan
2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali di Denpasar
3. Yang Bersangkutan



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSE



PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU

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

Nomor : 503/541/REK/DPMPPTSP/2021 Kepada :
Lamp : - Yth. Perbekel Selat
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 Kepala Dinas Penanaman Modal & PTSP Provinsi Bali Nomor B.30.070/4478.E/IZIN-C/DPMPPTSP Tanggal 25 November 2021 Perihal Surat Keterangan Penelitian/Rekomendasi Penelitian
- II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi Kepada :
- Nama : Kadek Intan Crisdianthi N.
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Banjar Dinas Babakan, Desa Panji, Kec. Sukasada, Kab. Buleleng
Bidang / Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Pola Pemberian MP-ASI Dengan Kejadian Stunting di Desa Selat, Kabupaten Buleleng
- Jumlah Peserta : 1 Orang
Lokasi : Desa Selat
- Lamanya : 1 Bulan (01 November 2021 - 31 Desember 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 : 09 DESEMBER 2021

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP
KABUPATEN BULELENG



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 SUKASADA I

Jln. JelantikGingsir No. 51 Singaraja – Bali Telp.(0362) 23135
KodePos 81161. E.mail : puskesmas.1.sukasada@gmail.com



No : 445.04 / 875 / XII /SKSD.I/2021

Lamp : -

Prihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada :

Yth :Dekan Poltekkes Kemenkes Denpasar

di-

Denpasar

Menindak lanjuti Surat Saudara Nomor : PP.02.01/31/1085/2021,tertanggal 27 Desember 2021, prihal sama seperti tersebut diatas ,maka dengan ini kami pada dasarnya memberikan ijin kepada Mahasiswi saudara untuk melaksanakan pengumpulan data dan Penelitian di tempat kami dalam rangka penyusunan Skripsi, atas nama :

Nama : Kadek Intan Crisdianthy Noviantari

N I M : P07131218005

Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Pola MP-ASI dengan Kajian Stunting di Desa Selat, Kabupaten Buleleng

Demikian surat ini kami sampaikan agar dapat dipergunakan dimana mestinya

Sukasada, 31 Desember 2021

Kepala Puskesmas Sukasada I



drg. I Putu Novara Sona

NIP. 19661121200212 1 006.



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN GIZI

Alamat : Jalan Gemitir No. 72 Denpasar Timur
Telp : (0361) 465232 / 462641
Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id



27 Desember 2021

No : PP.02.01/31/1004/2021
Lamp : 1 (satu) gabung
Hal. : Mohon Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Desa Selat
Kabupaten Buleleng
di-
Desa Selat

Dalam rangka menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Gizi dan Dietetika Program Sarjana Terapan Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Denpasar, mahasiswa diwajibkan melakukan suatu penelitian serta menyusun laporannya dalam bentuk skripsi. Sehubungan dengan hal tersebut bersama ini kami mohon kepada Bapak/Ibu agar berkenan memberikan ijin untuk mengadakan penelitian/pengambilan data yang akan dilakukan kepada mahasiswa kami atas nama:

Nama : Kadek Intan Crisdianthy Noviantari
NIM : P07131218005
Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Pola Pemberian MP-ASI Dengan Kejadian Stunting Di Desa Selat, Kabupaten Buleleng
Lokasi Penelitian : Desa Selat, Kabupaten Buleleng
Data yang dibutuhkan : Data Mengenai Gambaran Umum Desa Selat, Data Jumlah Balita usia 6-36 bulan, Data Pengetahuan Ibu mengenai MP-ASI, Data Berat Badan dan Tinggi Badan Balita

Demikian disampaikan atas ijin dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

a. n. Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar
& Ketua Jurusan



Dr. Ni Komang Wiardani, SST, M.Kes
NIP.196703161990032002

LAMPIRAN 3

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/I, kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah ini dengan seksama dan silahkan bertanya bila ada yang belum di mengerti.

Judul	Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Pola Pemberian MP-ASI dengan Kejadian Stunting Di Desa Selat Kabupaten Buleleng
Peneliti Utama	Kadek Intan Crisdianthy Noviantari
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Gizi
Lokasi Penelitian	Desa Selat, Buleleng
Sumber Pendanaan	Pribadi

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Pola Pemberian MP-ASI dengan Kejadian Stunting Di Desa Selat Kabupaten Buleleng. Jumlah sampel responden dalam penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dan bersedia untuk menjadi peserta penelitian. Peserta akan diwawancara mengenai pemberian MPASI. Waktu yang dihabiskan dalam wawancara \pm 30 menit.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada responden. Tetapi dapat memberikan gambaran informasi yang lebih banyak tentang hubungan tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang pola pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting. 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 kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Imbalan yang diberikan dapat berupa kenang-kenangan ataupun ucapan terimakasih. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data responden dalam penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan responden pada penelitian ini bersifat sukarela. Responden dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian, responden diminta untuk menandatangani formulir “Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)” sebagai peserta penelitian setelah responden benar-benar memahami tentang penelitian ini. Responden akan diberikan salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silahkan hubungi peneliti : Kadek Intan Crisdianthy Noviantari **dengan no HP 087856959639**.

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

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silahkan hubungi peneliti : Kadek Intan Crisdianthy Noviantari **dengan no HP 087856959639**.

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

*penelitian/Wali.

Peserta/Subjek Penelitian

Wali

Kadek Dina Rahayu

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

Kadek Intan Crisdianthy Noviantari

10 Januari 2022

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)

LAMPIRAN 4
LAMPIRAN KUESIONER
KUESIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU TENTANG PEMBERIAN
MPASI DENGAN KEJADIAN STUNTING DI DESA SELAT,
KABUPATEN BULELENG**

No. Responden :

Tanggal :

I. Identitas Responden Ibu

1. Nama :
2. Umur :
3. Pendidikan : 1. Tidak tamat SD/ Tamat SD
2. Tamat SMP
3. Tamat SMA
4. Tamat Akademik/ Sarjana
4. Pekerjaan :
5. Pemberian Makanan Pendamping ASI pada Bayi

Diberikan

Tidak diberikan

6. Alamat :

II. Identitas Anak

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. BB :
5. TB :

III. Pengetahuan tentang pemberian MPASI

Petunjuk pengisian kuesioner :

Bacalah pertanyaan dibawah dengan baik dan benar, berilah tanda (√) pada kolom benar atau salah pada jawaban yang menurut ibu benar.

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Makanan pendamping ASI adalah makanan tambahan yang diberikan kepada bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan.		
2.	Makanan pendamping ASI diberikan untuk melengkapi zat-zat gizi yang kurang terdapat pada ASI		
3.	Makanan pendamping ASI dapat mengembangkan kemampuan bayi mengunyah dan menelan		
4.	Pisang dan tepung beras yang dicampur ASI yang diberikan kepada bayi sudah mencukupi kebutuhan zat besi pada bayi setelah umur 6 bulan		
5.	Telur, hati ayam, kacang-kacangan dan keju merupakan MP-ASI yang mengandung protein tinggi		
6.	Makanan lembik seperti bubur beras, biscuit, bubur kacang hijau, pisang, dll dapat diberikan pada bayi umur 7-12 bulan		
7.	Makanan yang tidak boleh diberikan kepada bayi usia 6-24 bulan adalah telur		
8.	Urutan pemberian makanan pelengkap adalah buah-buahan, tepung-tepungan, sayuran dan daging		
9.	Pada umur 6 bulan, bayi dapat diberikan makanan pendamping ASI berupa tomat saring		
10.	Dalam pemberian makanan pendamping ASI ibu dianjurkan memberikan dengan hati-hati, sedikit demi sedikit dan dimulai dari yang cair kemudian menjadi lebih kental		
11.	Bayi yang berusia 6-8 bulan diberikan		

	makanan tambahan dalam sehari yaitu 2-3 kali		
12.	Bubur susu diberikan 2 kali pada saat pengenalan makanan pendamping ASI		
13.	Bayi berusia 9-12 bulan diberikan makanan tambahan dalam sehari yaitu 3-4 kali		
14.	Pemberian makanan tambahan pada usia 6-8 bulan dalam sehari yaitu tidak tentu, tergantung bayi menangis		
15.	Makanan yang pertama kali diberikan kepada bayi usia 6-8 bulan adalah makanan yang bertekstur lumat		
16.	Makanan yang pertama kali diberikan kepada bayi usia 9-12 bulan adalah makanan yang bertekstur lembik		
17.	Makanan yang pertama kali diberikan kepada bayi usia 12-24 bulan adalah makanan yang bertekstur padat		
18.	Syarat dari MP-ASI yaitu lembut, mudah dicerna dan gizi seimbang		
19.	MP-ASI harus mengandung cukup energy, protein dan mikronutrien		
20.	Pemberian MP-ASI secara variatif atau multi mix : sumber makanan pokok, lauk dan sumber vitamin		

LAMPIRAN 5
DOKUMENTASI PENELITIAN



(Dokumentasi Wawancara)



(Dokumentasi Penimbangan Berat Badan)



(Dokumentasi Penimbangan BB)



(Dokumentasi Pengukuran TB)



(Dokumentasi Wawancara)

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kadek Intan Crisdianthy Noviantari
NIM : P07131218005
Program Studi : Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika
Jurusan : Gizi
Tahun Akademik : 2021/2022
Alamat : Jalan Laksamana Barat Gang Cempaka II No. 18, Singaraja
Nomor HP/Email : 087856959639//intancrisdianthy30@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

“HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU TENTANG POLA PEMBERIAN MP-ASI DENGAN KEJADIAN STUNTING DI DESA SELAT, KABUPATEN BULELENG”

1. Dan Menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 19 Juni 2022

Yang menyatakan,



Kadek Intan Crisdianthy Noviantari
NIM. P07131218005