

# LAMPIRAN

Lampiran 1  
Surat Izin Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu



පළාත් පාලන ආයතන සභාව  
PEMERINTAH PROVINSI BALI  
සමස්ත ව්‍යවසාය මාදිලියා සහ සේවා සපයන ආයතන  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
අපරිමිත ව්‍යුහගත - සීමිත ව්‍යුහ (විද්‍යාල) / ආනන්ද ආයතන (විද්‍යාල) ආයතන  
JALAN RAYA PUPUTAN NITI MANDALA (80235), TELEPON (0361)243804  
WEBSITE [www.dpmotsp.baliprov.go.id](http://www.dpmotsp.baliprov.go.id), Email: [dpmotsp@baliprov.go.id](mailto:dpmotsp@baliprov.go.id)

Nomor : B.30.070/4353.E/IZIN-C/DPMPTSP  
Lampiran : -

Bali, 16 November 2021

Kepada  
Yth. Bupati Tabanan  
cq. Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten  
Tabanan  
di -  
Tempat

Hal : Surat Keterangan Penelitian /  
Rekomendasi Penelitian

I. Dasar

- Peraturan Gubernur Bali Nomor 63 Tahun 2019 tanggal 31 Desember 2019 Tentang Standar Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
- Surat Permohonan dari Poltekkes Kemenkes Denpasar Nomor PP.02.01/031/0947/2021, tanggal 03 November 2021, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

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

Nama : NI MADE RINA ARIANI

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : BR. SUDA, DESA NYITDAH, KEDIRI, TABANAN

Judul/bidang : Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Dan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Status Gizi Balita Di Puskesmas Tabanan II

Lokasi Penelitian : Puskesmas Tabanan II

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lama Penelitian : 2 Bulan (17 November 2021 - 31 Desember 2021)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

- Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang.
- 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.
- Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- 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  
GUBERNUR BALI  
KEPALA DINAS  
Anak Agung Ngurah Oka Sutha Diana  
NIP. 19631022 196108 1 001

Tembusan kepada Yth

- Gubernur Bali Sebagai Laporan
- Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali di Denpasar
- Yang Bersangkutan



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

Lampiran 2  
Surat Izin Persetujuan Etik/Ethical Approval



**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](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



**PERSETUJUAN ETIK / ETHICAL APPROVAL**

Nomor : LB 02 03/EA/KEPK/ 0709 /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 TINGKAT PENGETAHUAN IBU DAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN STATUS GIZI BALITA DI PUSKESMAS TABANAN II**

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

NI MADE RINA ARIANI

**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, 30 Nopember 2021

Ketua,



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

Lampiran 3  
Surat Izin Kesatuan Bangsa Dan Politik



PEMERINTAH KABUPATEN TABANAN  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
Jalan Pahlawan Nomor 33 Tabanan 82113, Telp./Fax. (0361) 811953  
Website: bakeshangpol.tabanankab.go.id/e-mail: bakeshangpol@tabanankab.go.id

Nomor : 071 / 1199 / BKBP / 2021  
Lampiran :  
Perihal : Rekomendasi

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Tabanan

di -  
Tempat

I. Dasar

- Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor & Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
- Surat dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali Nomor : B.30.070/4353.E/IZIN-C/DPMPSTI Tanggal 16 Nopember 2021 Perihal Ijin Rekomendasi.

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka Badan Kesatuan Bangsa dan Politik dapat memberikan ijin mengadakan penelitian, survey, magang, studi perbandingan, ijin pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat kepada :

Nama : NI MADE RINA ARIANI  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Br. Suda, Desa Nyitdah, Kediri, Tabanan  
Bidang / Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu dan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Status Gizi Balita di Puskesmas Tabanan II  
Lokasi : Puskesmas Tabanan II  
Jumlah Peserta : 1 Orang  
Lama Penelitian : 1 Bulan ( 17 Nopember 2021 s/d 31 Desember 2021 )

III. Dalam melakukan penelitian agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

- Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Instansi terkait tempat dilaksanakan penelitian.
- Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang /judul dimaksud , apabila melanggar ketentuan akan dicabut Rekomendasi /Ijin dan menghentikan segala kegiatannya.
- Menaati segala ketentuan perundang - undangan yang berlaku serta mengindahkan Adat Istiadat dan Budaya setempat
- Apabila masa berlaku Rekomendasi /Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai maka perpanjangan Rekomendasi /Ijin agar ditunjukkan kepada instansi pemohon.
- Menyerahkan 3 (satu) buah hasil kegiatan kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Tabanan

Dikeluarkan di : Tabanan  
Pada Tanggal : 17 Nopember 2021  
An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

KABUPATEN TABANAN  
Kabid Kewaspadaan Dini

  
**Drs. I Made Sabda Wijaya**  
Pembina.  
NIP. 19670606 199403 1 013

IZIN INI TIDAK DIPUNGUT  
BIAYA

TEMBUSAN disampaikan kepada Yth,

- Gubernur Bali Cq. Kepala Badan Penanaman Modal dan Perizinan Provinsi Bali di Denpasar.
- Yang Bersangkutan
- Arsip

Lampiran 4  
Surat Izin Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan



ඔස්සේ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව  
PEMERINTAH KABUPATEN TABANAN  
නිල සේවා කොට්ඨාසය  
DINAS KESEHATAN

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව, පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා කොට්ඨාසය, 10000, ටැබනාන  
JALAN GUNUNG AGUNG NOMOR 82, TABANAN, TELEPON : (0361) 811419  
Website : <http://dikes.tabanankab.go.id> dan Email : [dikes@tabanankab.go.id](mailto:dikes@tabanankab.go.id)

Nomor : 071/1878 /Dikes  
Lampiran : -  
Hal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Kepala UPTD Puskesmas Tabanan II  
di  
Tempat

Berdasarkan surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Tabanan Nomor :071/1199/BKBP/2021 tertanggal 17 Nopember 2021, perihal : Ijin Rekomendasi, Maka dapat diberikan Penelitian/ survey Kepada :

Nama : Ni Made Rina Ariani  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Br Suda, Desa Nyitdah, Kediri, Tabanan  
Bidang/Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu dan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Status Gizi Balita di Puskesmas Tabanan II  
Lokasi : Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Tabanan II  
Jumlah Peserta : 1 ( Satu ) Orang  
Lama Penelitian : 1 Bulan ( 17 Nopember 2021 s/d 31 Desember 2021 )

Setelah melaksanakan penelitian agar melaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan dengan menyerahkan 1 ( Satu ) exemplar hasil penelitian.

Demikian untuk dapat digunakan seperlunya dan atas kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Tabanan, 8 Desember 2021

Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Tabanan

dr. I Nyoman Susila, M. Kes  
Pembina Utama Muda/IV/c  
Nip: 19630222 198903 1 008

TEMBUSAN disampaikan kepada Yth.

1. Yang Bersangkutan
2. Arsip

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

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

Judul	Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu, Pemberian Asi Eksklusif Dan Konsumsi Zat Gizi Makro Dengan Status Gizi Baduta Di Puskesmas Tabanan II
Peneliti Utama	Ni Made Rina Ariani
Institusi	Politeknik Kesehatan Denpasar
Lokasi Penelitian	Puskesmas Tabanan II
Sumber pendanaan	Pribadi

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu, Pemberian ASI Eksklusif Dan Konsumsi Zat Gizi Makro Dengan Status Gizi Baduta di Puskesmas Tabanan II. Jumlah sampel sebanyak 53 dengan syarat yaitu:

A. Kriteria Inklusi

1. Ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan.
2. Bersedia menjadi sampel.
3. Terdaftar dan masih aktif di Posyandu wilayah Puskesmas Tabanan II.

Peserta akan diwawancara mengenai pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan. Waktu yang habiskan dalam wawancara  $\pm$  30 menit. Pengambilan data dilakukan 2 kali selama penelitian.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih

banyak tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu, Pemberian ASI Eksklusif Dan Konsumsi Zat Gizi Makro Dengan Status Gizi Baduta. 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 berikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini yaitu peneliti akan memberikan Alat Pelindung Diri (APD) berupa masker dan hand sanitizer serta snack selama menjadi peserta penelitian. Tidak ada konflik kepentingan serta tidak ada bantuan psikososial dari peneliti.

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

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu diminta untuk menandatangani formulir 'Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai \*Peserta Penelitian/ \*Wali' setelah Bapak/Ibu benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani 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, silakan hubungi peneliti : Ni Made Rina Ariani Mahasiswa Jurusan Gizi Prodi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika.

No.Hp: 087761601162

Email: [rinaariani1308@gmail.com](mailto:rinaariani1308@gmail.com)

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

\*penelitian/Wali.

**Peserta/Subjek Penelitian**

**Wali,**

---

*Tanda Tangan dan Nama*

*Tanggal (wajib diisi):    /    /*

---

*Tanda Tangan dan Nama*

*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

**KUESIONER PENELITIAN**

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU, PEMBERIAN ASI  
EKSKLUSIF DAN KONSUMSI ZAT GIZI MAKRO DENGAN STATUS  
GIZI BADUTA DI PUSKESMAS TABANAN II**

**I. IDENTITAS SAMPEL**

1.	Kode Sampel	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Nama Sampel	
4.	Tempat/Tanggal Lahir Ibu	
5.	Umur	
6.	Agama	
7.	Alamat	
8.	Pekerjaan	
1.	Pendidikan Terakhir	
2.	No.HP	
3.	Nama Anak	
4.	Umur Anak	
5.	Jumlah Anak	

**II. ANTROPOMETRI**

BB Anak Sekarang	
TB/PB Anak Sekarang	

### III. RIWAYAT PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

No.	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Apakah anak ibu masih menyusui a. Ya b. Tidak (jika tidak lanjut ke no 2 dan 3)		
2.	Jika tidak umur berapa anak ibu disapih (tidak diberikan ASI lagi) a. < 6 bulan b. 6-12 bulan c. 12-24 bulan d. >24 bulan		
3.	Apa alasan anak ibu disapih ? a. ASI tidak keluar b. Ibu bekerja diluar rumah c. Anak tidak mau menyusu		
4.	Sampai umur berapa anak ibu diberikan ASI saja (tanpa makanan dan minuman lain) a. <4 bulan b. 4 bulan c. 5 bulan d. 6 bulan		
5.	Apakah ASI yang pertama keluar diberikan kepada bayi? a. Ya b. Tidak		
6.	Apakah sebelum disusui pertama kali, anak ibu pernah diberikan makanan/ minuman selain ASI ?		

	<p>a. Ya. Jika iya, sebutkan makanan/ minuman apa saja yang diberikan dan berikan alasannya .....</p> <p>b. Tidak</p>		
7.	<p>Dari umur berapa anak ibu diberikan makanan/ minuman selain ASI .....</p> <p>a. &lt;4 bulan</p> <p>b. 4-6 bulan</p> <p>c. &gt; 7 bulan</p>		
8.	<p>Apakah ibu memberikan ASI secara langsung</p> <p>a. Langsung</p> <p>b. Diperah</p>		
9.	<p>Jika di perah, siapa yang memberikan ASI perah dan berikannya :</p> <p>Alasan mengapa ASI di perah .....</p> <p>a. Suami</p> <p>b. Mertua</p> <p>c. Kakaknya</p> <p>d. Lain-lain. Sebutkan.....</p>		

#### IV. TINGKAT PENGETAHUAN

Petunjuk pengisian :

Baca pertanyaan dibawah dengan seksama, kemudian berilah tanda-tanda checklist (√) pada kolom Benar bila pertanyaannya dianggap benar dan pada kolom Salah bila pertanyaannya dianggap salah.

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Air Susu Ibu (ASI) eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak lahir sampai berumur 0-6 bulan	√	
2.	ASI mengandung zat antibody yang bermanfaat untuk kekebalan tubuh bayi.	√	
3.	ASI yang pertam keluar berwarna kekuningan yang disebut kolostrum tidak baik diberikan kepada bayi karena mengandung bibit penyakit		√
4.	ASI mengandung protein dan lemak yang sangat baik untuk pertumbuhan dan perkembangan otak bayi	√	
5.	Sampai umur bayi 6 bulan cukup diberikan ASI saja karena kandungan zat gizinya sudah mencukupi kebutuhan bayi akan zat gizi.	√	
6.	Memberikan ASI Eksklusif dapat mencegah ibu terkena penyakit kanker payudara	√	
7.	Makanan pendamping ASI dapat saat bayi berumur 4 bulan		√
8.	Memberikan ASI Eksklusif dapat mengurangi resiko bayi terkena penyakit infeksi dan saluran pernafasan (pneomonia)	√	
9.	ASI dapat diperah dengan menggunakan tangan	√	
10.	Membarikan ASI Eksklusif dapat menunda kehamilan	√	
11.	ASI dapat diganti dengan makanan pengganti saat bayi usia kurang dari 6 bulan		√
12.	Saat menyusui kepala bayi berada diatas lengan tangan ibu		√
13.	Memberikan susu formula lebih murah dibandingkan dengan memberikan ASI Eksklusif		√

14.	Memberikan ASI Eksklusif bisa mengurangi kejadian diare pada bayi	√	
15.	ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi karena mengandung zat gizi yang lengkap	√	
16.	ASI perah jika disimpan dalam freezer akan rusak dalam waktu 1 minggu		√
17.	Saat menyusui dengan posisi duduk, ibu tidak boleh bersandar		√
18.	Menyusui dapat membuat ikatan batin antara ibu dan anak	√	

**V. FORMULIR FOOD RECALL 24 JAM**

No. Sampel :  
 Nama Ibu :  
 Umur Ibu :  
 Nama anak :  
 Umur Anak :  
 Jenis Kelamin :  
 Tinggi Badan Anak :  
 Berat Badan :

Waktu Makan	Nama Makanan	Bahan			Zat Gizi			
		Jenis	Banyaknya		Energi (Kalori)	Protein (Gram)	Lemak (Gram)	Kh (Gram)
			URT	Gram				
Pagi								
Snack								
Siang								

Snack								
Malam								

..... Desember, 2021

( )

**VI. FORMULIR FOOD RECALL 24 JAM**

No. Sampel :  
 Nama Ibu :  
 Umur Ibu :  
 Nama anak :  
 Umur Anak :  
 Jenis Kelamin :  
 Tinggi Badan Anak :  
 Berat Badan :

Waktu Makan	Nama Makanan	Bahan			Zat Gizi			
		Jenis	Banyaknya		Energi (Kalori)	Protein (Gram)	Lemak (Gram)	Kh (Gram)
			URT	Gram				
Pagi								
Snack								
Siang								

Snack								
Malam								

..... Desember, 2021

( )

## Lampiran 7 Perhitungan Jumlah Sampel

### PERHITUNGAN JUMLAH SAMPEL

Besaran sampel dihitung berdasarkan rumus sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010) :

$$n_0 = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \cdot P(1 - P)}{d^2}$$
$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

Keterangan:

$n_0$  = Besar Sampel

$Z_{1-\alpha/2}$  = Tingkat Kemaknaan ( $\alpha$  0,005 = 1,96)

P = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi (0,50)

d = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan (0,10)

n = Besar sampel yang diteliti

N = Jumlah populasi Ibu yang memberikan ASI Eksklusif

Berdasarkan rumus diatas rumus perhitungan besar sampel di atas diperoleh jumlah sampel minimal yaitu 52 sampel.

Perhitungan sampel:

$$n_0 = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \cdot P(1 - P)}{d^2}$$
$$n_0 = \frac{1.96^2 \cdot 0,50(1 - 0,50)}{0,10^2}$$
$$n_0 = \frac{0,9604}{0,01}$$

$$n_0 = 96,04$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$n = \frac{96,04}{1 + \frac{96,04 - 1}{114}}$$

$$n = \frac{96,04}{1,833}$$

$$n = 52,59$$

Berdasarkan perhitungan sampel diatas, maka mendapatkan sampel pada penelitian ini adalah 53 sampel.

Distribusi sampel masing-masing banjar :

$$n = \frac{\text{jumlah anak umur 6 - 24 bulan di banjar}}{\text{jumlah anak umur 6 - 24 bulan di desa}} \times 53$$

1. Banjar Buahhan Utara :  $n = \frac{28}{114} \times 53 = 13$  Sampel
2. Banjar Buahhan Tengah :  $n = \frac{25}{114} \times 53 = 12$  Sampel
3. Banjar Beng Kaja :  $n = \frac{30}{114} \times 53 = 14$  Sampel
4. Banjar Buahhan Selatan :  $n = \frac{31}{114} \times 53 = 14$  Sampel

Lampiran 8 Dokumentasi Penelitian



Lampiran 9

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Made Rina Ariani  
NIM : P07131218025  
Program Studi : Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika  
Jurusan : Gizi  
Tahun Akademik : 2021/2022  
Alamat : Br. Suda, Desa Nyitdah, Kediri, Tabanan  
Nomor HP/Email : 087761601162/ [rinaariani1308@gmail.com](mailto:rinaariani1308@gmail.com)

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

**“HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU, PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DAN KONSUMSI ZAT GIZI MAKRO DENGAN STATUS GIZI BADUTA DI PUSKESMAS TABANAN II”**

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, 08 Juni 2022

ng menyatakan,



Ni Made Rina Ariani  
NIM. P07131218025