

LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Yth.

Ibu/sdr

di Banjarsari

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini mahasiswa Program D-IV
Kebidanan Politeknik Kesehatan Tangkarakang Prodi kebidanan Metro:

Nama : Putri Dianti

NIM : 2015371011

Bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Dukungan
Keluarga terhadap Pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Banjarsari Kota Metro
Tahun 2024”.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat kerugian bagi ibu dan bayi
sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan
hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Untuk itu saya mohon kesediaan
Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai responden.

Demikian permohonan saya, atas kesediaan dan partisipasi Ibu menjadi
responden, saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Putri Dianti

Lampiran 2

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN (PSP)

1. Saya adalah Putri Dianti. Berasal dari Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang prodi kebidanan Metro, Program Studi Diploma IV Kebidanan, dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarsari Kota Metro Tahun 2024”.
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh dukungan keluarga terhadap pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Banjarsari Kota Metro Tahun 2024.
3. Penelitian ini dapat memberi manfaat berupa informasi terkait dukungan keluarga yang dapat memengaruhi pemberian ASI eksklusif.
4. Penelitian ini akan berlangsung selama kurang lebih 10 menit yaitu saat ibu datang ke Posyandu, Puskesmas, atau kami akan datang ke rumah untuk meminta Ibu mengisi kuesioner, kami akan memberikan kompensasi kepada Ibu berupa souvenir.
5. Prosedur pengambilan bahan penelitian/data dengan pengkajian langsung kepada Ibu melalui pengisian kuesioner. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan yaitu mengganggu waktu Ibu, tetapi tidak perlu khawatir karena peneliti telah meminta izin untuk pelaksanaan penelitian sehingga pihak fasilitas kesehatan mengizinkan untuk penelitian ini.
6. Keuntungan yang Ibu peroleh dalam keikutsertaan Ibu pada penelitian ini adalah dapat memberi informasi terkait manfaat pemberian ASI eksklusif serta mendapatkan souvenir.
7. Patisipasi Ibu dapat bersifat sukarela, tidak ada paksaan, dan Ibu bisa sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian ini.
8. Nama dan jati diri Ibu akan tetap dirahasiakan, bila ada hal-hal yang belum jelas Ibu dapat menghubungi Putri Dianti dengan nomor telepon 0878 3441 5507

Hormat saya,

Putri Dianti

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

Setelah mendapatkan informasi tentang penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjungkarang Prodi Kebidanan Metro bernama Putri Dianti dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarsari Kota Metro Tahun 2024”, menyatakan bersedia menjadi responden penelitian.

Saya memahami betul bahwa penelitian ini tidak berakibat negatif terhadap diri saya, oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Metro, 2024

Saksi

Responden

(.....)

(.....)

Lampiran 4

LEMBAR SELEKSI RESPONDEN

Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Pemberian ASI Eksklusif

| | | | |
|----------------|---|------------|---|
| Nama responden | : | Nama Suami | : |
| Umur | : | Umur | : |
| Pendidikan | : | Pendidikan | : |
| Alamat | : | | |
| Nomer Telepon | : | | |
| Paritas | : | | |
| Jumlah Anak | : | | |

A. Kriteria Inklusi

Ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Ya Tidak

Apabila jawaban “Ya” maka bisa masuk menjadi responden penelitian.

B. Kriteria Eksklusi

Ibu yang mengalami masalah dalam menyusui atau tidak dapat menyusui bayinya, misalnya : payudara tidak menonjol (ASI tidak keluar/ jarang), infeksi dada atau abses payudara, kanker payudara atau kanker lain, sebelumnya operasi atau terapi radiasi.

Ya Tidak

Apabila jawaban “Tidak” maka bisa masuk menjadi responden penelitian.

Lampiran 5

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PEMBERIAN
ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BANJARSARI KOTA METRO TAHUN 2024**

No. Responden : _____ (diisi oleh peneliti)
Tanggal pengisian : _____

Petunjuk Pengisian :

1. Pilihlah salah satu jawaban yang dianggap paling tepat dan sesuai dengan pendapat Ibu dengan memberi tanda *check* (✓) pada jawaban ya atau tidak dan jawaban: Tidak Pernah (TP), Pernah (P), Kadang-Kadang (KD), Selalu (SL), dan Sering (SR).
2. Setelah selesai mengisi kuesioner, periksa dan baca sekali lagi serta yakinkan bahwa pernyataan telah terjawab semua.

I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama : Ny. _____
2. Jumlah Anak : 1 anak ≥ 2 anak (hidup maupun mati)
3. Pendidikan : Tidak sekolah/ SD/ SMP SMK/ SMK/ S1 dst.
4. Status Pekerjaan : Tidak bekerja Bekerja
5. Penghasilan keluarga : < Rp. 1.337.650,00 \geq Rp. 1.337.650,00

A. PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

| No. | Item Pernyataan | Jawaban | |
|-----|--|---------|----|
| | | Tidak | Ya |
| 1. | Ibu memberikan ASI setiap bayi menangis atau lapar pada saat bayi berusia 06 bulan. | | |
| 2. | Ibu memberikan susu formula pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | |
| 3. | Ibu tidak pernah memberikan air tajin pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | |
| 4. | Ibu tidak pernah mengoleskan madu ke mulut bayi pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | |
| 5. | Ibu pernah memberikan air teh atau air gula pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | |
| 6. | Ibu tidak pernah memberikan air putih pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | |
| 7. | Ibu pernah memberikan pisang kepada bayi pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | |
| 8. | Ibu tidak pernah memberikan buah pepaya ataupun buah lainnya kepada bayi pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | |
| 9. | Ibu tidak pernah memberikan sayuran seperti bayam, brokoli, wortel kepada bayi pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | |
| 10. | Ibu pernah memberikan biskuit kepada bayi pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | |

B. DUKUNGAN KELUARGA

1. Dukungan Emosional

| No. | Item Pernyataan | Jawaban | | | | |
|-----|---|---------|---|----|----|----|
| | | TP | P | KD | SR | SL |
| 1. | Keluarga (suami, ibu, ibu mertua, dan orang yang tinggal serumah) tidak mendengarkan keluhan-keluhan yang ibu sampaikan pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 2. | Keluarga menghidupkan musik/ TV di rumah agar suasana nyaman ketika ibu menyusui bayi. | | | | | |
| 3. | Keluarga tidak meyakinkan ibu bahwa ibu dapat menyusui bayi pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 4. | Keluarga menjaga perasaan ibu dan menyenangkan hati ibu pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 5. | Keluarga tidak memberitahu ibu agar tidak takut bentuk payudara menjadi jelek, tidak kencang atau kendur setelah menyusui bayi. | | | | | |
| 6. | Keluarga melarang suasana yang ribut (misalnya anak-anak berkelahi/kejadian lain yang membuat tidak tenang) bila terjadi di rumah ketika ibu menyusui. | | | | | |
| 7. | Keluarga terlihat senang dan memberikan pujian ketika ibu sedang menyusui bayi. | | | | | |
| 8. | Keluarga ibu menanyakan keadaan ibu dan bayi. | | | | | |
| 9. | Keluarga tidak terlihat sedih ketika ibu memiliki masalah menyusui. | | | | | |
| 10. | Keluarga percaya terhadap masalah yang dihadapi ketika menyusui bayi. | | | | | |

2. Dukungan Informasional

| No. | Item Pernyataan | Jawaban | | | | |
|-----|--|---------|---|----|----|----|
| | | TP | P | KD | SR | SL |
| 1. | Keluarga memberitahu pada ibu bahwa bayi usia 0-6 bulan hanya diberikan ASI saja tanpa boleh makanan lain seperti pisang, susu formula, air putih, bubur nasi. | | | | | |
| 2. | Keluarga tidak mencari informasi dari luar (seperti buku, majalah dan lain-lain) tentang cara pemberian makanan bayi eksklusif kepada bayi pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 3. | Keluarga tidak mengajarkan cara menyusui pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 4. | Keluarga tidak memberikan bahan bacaan seperti majalah, buku, maupun melalui internet tentang pemberian makanan bayi pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 5. | Keluarga berpendapat bayi sudah merasa kenyang jika diberi ASI saja. | | | | | |
| 6. | Keluarga tidak melarang memberikan air putih, pisang, maupun bubur tim pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 7. | Keluarga tidak memberitahu bahwa ASI itu penting selama enam bulan pertama. | | | | | |
| 8. | Keluarga memberitahu cara merawat payudara pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 9. | Keluarga tidak membagikan pengalaman menyusui kepada ibu. | | | | | |
| 10. | Keluarga tidak memberitahu kapan harus menyusui pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |

3. Dukungan Instrumental

| No. | Item Pernyataan | Jawaban | | | | |
|-----|---|---------|---|----|----|----|
| | | TP | P | KD | SR | SL |
| 1. | Keluarga menyediakan makanan bergizi seperti sayuran, buah, lauk-pauk seperti telur, tempe, tahu, dan daging ayam. | | | | | |
| 2. | Keluarga tidak membantu ibu menggantikan popok dan memandikan bayi. | | | | | |
| 3. | Keluarga bangun ketika bayi menangis pada malam hari. | | | | | |
| 4. | Keluarga membantu ibu melakukan tugas-tugas rumah tangga (memasak, mencuci pakaian) pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 5. | Keluarga tidak menemani ibu untuk memeriksakan kesehatan si bayi ke puskesmas, klinik atau sarana kesehatan lain pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 6. | Keluarga tidak memberikan sumbangan berupa dana untuk memenuhi kebutuhan bayi dan ibu. | | | | | |
| 7. | Keluarga menyediakan tempat yang nyaman untuk menyusui pada saat bayi berusia 0-6 bulan. | | | | | |
| 8. | Keluarga membantu ibu mencari tempat yang nyaman untuk menyusui bayi ketika di luar rumah. | | | | | |
| 9. | Keluarga tidak mengambilkan minum atau makanan ringan untuk ibu. | | | | | |
| 10. | Keluarga membantu mengurangi kelelahan ibu pada saat mengurus dan menyusui bayi dengan menghibur ibu misalnya mengajak menonton TV atau bersenda-gurau. | | | | | |

4. Dukungan *Appraisal* atau Penilaian

| No. | Item Pernyataan | Jawaban | | | | |
|-----|--|---------|---|----|----|----|
| | | TP | P | KD | SR | SL |
| 1. | Keluarga mengingatkan ibu untuk menyusui bayi setiap dua jam sekali. | | | | | |
| 2. | Keluarga memberikan pujian kepada ibu karena sudah menyusui bayi. | | | | | |
| 3. | Keluarga tidak memberitahu cara menyusui yang benar. | | | | | |
| 4. | Keluarga ibu membantu menangani permasalahan menyusui. | | | | | |
| 5. | Keluarga mendampingi ibu untuk konsultasi kepada tenaga kesehatan ketika menemukan permasalahan menyusui. | | | | | |
| 6. | Keluarga memarahi ibu ketika ibu mengeluh kesulitan menyusui bayi. | | | | | |
| 7. | Keluarga tidak memberikan contoh ibu (tetangga) yang telah berhasil menyusui bayi selama enam bulan pertama. | | | | | |
| 8. | Keluarga memberikan pengertian yang jelas mengenai permasalahan menyusui yang dikeluhkan ibu. | | | | | |
| 9. | Keluarga memberikan dukungan agar ibu merasa yakin dapat menyusui bayi. | | | | | |
| 10. | Keluarga tidak memberikan dukungan terhadap keputusan ibu untuk menyusui bayi. | | | | | |



**PEMERINTAH KOTA METRO
DINAS KESEHATAN**

Jln. Jenderal Achmad Yani Nomor 2 Kota Metro Kode Pos 34111 Telp/Fax (0725) 44454
Laman dinkeskotametro.go.id, www.dinkeskotametro@yahoo.co.id

Metro 03 Juni 2024

Nomor : 000.9.2/ E019-24925/D-02/05/2024
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth,
Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Tanjungkarang
di -

METRO

Menindaklanjuti surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang Nomor PP.03.04/F.XLIII/767/2024 tanggal 05 Februari 2024, perihal Permohonan Izin Penelitian di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Metro, pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan izin tersebut kepada :

Nama : Putri Dianti
NIM : 2015371011
Judul : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarsari

Demikian untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Dinas Kesehatan
Kota Metro



Dr. Eko Hendro Saputra, S.T.,M.Kes
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP. 197203101997031006

Tembusan :

1. Kepala UPTD Puskesmas Banjarsari
2. Arsip



Catatan :
•UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 ayat 1 "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah"
•Dokumen ini tertanda ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan BSrE





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPUR

Jl. Soekarno - Hatta No. 6 Bandar Lampung
Telp : 0721 - 783 852 Faksimile : 0721 - 773 918
Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-tjk.ac.id



KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.504/KEPK-TJK/VII/2024

Protokol penelitian versi 1 yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Putri Dianti
Principal In Investigatorz

Nama Institusi : Poltekkes Kemenkes Tanjungpur
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

"Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemberian ASI Eksklusif pada bayi di wilayah kerja Puskesmas
Banjarsari Kota Metro"

*" Relationship between Family Support and Exclusive Breastfeeding in Infants in the Work Area
of the Banjarsari Health Center, Metro City "*

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 29 Juli 2024 sampai dengan tanggal 29 Juli 2025.

This declaration of ethics applies during the period July 29, 2024 until July 29, 2025.

July 29, 2024
Professor and Chairperson,

Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURANG**

**Jl. Soekarno – Hatta No. 6 Bandar Lampung
Telp. 0721-783852 Fax. 0721-773918**

Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-tjk.ac.id



Nomor : PP.07.01 / II.2.5 / 690.8 / 2024
Lampiran : Satu berkas.
Hal : Permohonan Pengajuan Kelaikan Etik (Ethical Clearance)
An. Putri Dianti, NIM. 2015371011.

Kepada Yth.

**Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Tanjungsari**

Di –

Tempat

Sehubungan dengan Studi Mahasiswa Program Studi Sarjana Terapan khususnya dalam rangka tugas-tugas akademik/penyelesaian tugas akhir, bagi mahasiswa yang tersebut di bawah ini :

| NO | NAMA | NIM | JUDUL SKRIPSI |
|----|--------------|------------|---|
| 1. | Putri Dianti | 2015371011 | Hubungan dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi diwilayah kerja PUSKESMAS Banjarsari. |

Dengan ini kami mohon bantuan agar mahasiswa tersebut diterbitkan Surat Keterangan Kelaikan Etik (Ethical Clearance) sepanjang mahasiswa kami memenuhi ketentuan yang berlaku.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

**Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Metro,
Ketua**



Dr. Ika Oktawati, S.Si.T., M.Keb.

Tembusan disampaikan pada yang terhormat :

1. Ketua Jurusan Kebidanan Tanjungsari di Bandar Lampung
2. Arsip.



PEMERINTAH KOTA METRO

DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Alamat: Jl. AH. Nasution No. 7 Metro (Mal Pelayanan Publik)
Website: prmtsp.metrokota.go.id/ / email: prmtspkotametro@gmail.com

SURAT IZIN PENELITIAN (SI-P)

Nomor : 503/080/SI-P/D-15/2024

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian, yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro, memberikan izin kepada:

Nama Peneliti : **PUTRI DIANTI**
Nomor Induk Mahasiswa (NIM) : 2015371011
Alamat Peneliti : DUSUN VII RT. 001 RW. 007 KEL/DESA NEGARA BATIN
KEC. JABUNG KAB. LAMPUNG TIMUR

Judul Penelitian : HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMBERIAN
ASI EKSKLUSIF PADA BAYI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BANJARSARI METRO UTARA

Tujuan Penelitian : UNTUK MENGETAHUI FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF PADA BAYI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BANJARSARI KOTA METRO TAHUN 2023

Lokasi Penelitian : UPTD PUSKESMAS BANJARSARI KOTA METRO

Masa Berlaku Izin : 29 Juli 2024

Ketentuan:

1. Surat izin penelitian ini diterbitkan untuk kepentingan penelitian yang bersangkutan;
2. Peneliti memberikan salinan hasil penelitian pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro.

Demikian surat izin ini diberikan untuk dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

**RETRIBUSI
GRATIS**

Pas Photo
3 x 4 cm

Dikeluarkan di : Metro
Pada Tanggal : 30 April 2024

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA METRO,**



DENY SANJAYA, S.T., M.T.
Pembina Tingkat I
NIP. 19840101 200902 1 004

Tembusan :

1. Walikota Metro;
2. Kepala Badan KESBANGPOL Kota Metro;
3. Peringgal.

