

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Nama Lengkap : Novi Ayu Ratnasari

NIM : CK.1.16.057

Tempat, Tgl Lahir : Indramayu, 24 September 1994

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Blok Anyar Desa Jambe Rt 09 Rw 03 Kec.Kertasemaya

Kab.Indramayu

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Jambe 1 : Tahun 2002-2008
2. SMP Negeri 1 Kertasemaya : Tahun 2008-2011
3. SMK Teladan Kertasemaya : Tahun 2011-2014
4. Universitas Bhakti Kencana Bandung : Tahun 2016-2019

MATRIK UJIAN PROPOSAL

Nour Ayu Ratnasari
Ch. 1. 16.057

URAIAN	REVISI
<p>Bab I Masalah Asri Eksklusif tidak muncul dalam latar belakang.</p> <p>Bab II Teori yg masalah dengan teori yg motivasi / sikap yg berkaitan dengan Asri Eksklusif</p> <p>3. Kergian konsep, paku Do, sample.</p> <p>4. Kuesioner di sebarluaskan di penelitian.</p>	

TANGGAL UJIAN:

PEMBIMBING:

PENGUJI: *af wee-m*

TANGGAL UJIAN: 14/5/19

PEMBIMBING: *[Signature]*

PENGUJI: *af wee-m*

21/6/18
uzi vudis



Scanned with
CamScanner

MATRIK UJIAN PROPOSAL

MA : NOVI Ayu
 I : CK. 116. 057
 UJUL : AS EKLARIF, SIKAP

NO	URAIAN	REVISI
	<p>LATAR BELAKANG : DATA RUS AGENT MOTIVAS / PERMASA LATIHAN MOTIVAS DALAM PROSES MENYUSUNI MASA ? APA BENE RENTINE DARI ^{MOTIVAS} MENYUSUNI LEMBAR MOTIVAS - LEMBAR GUKAN DA TELATI BERDASARKAN TEDPI BERKANYA DENGAN CARA APA ? SAKIT MENEDAPKAN TAHARA JO DA SAKUN DALAM KUESIONER. HATI HATI DENGAN PEMAHAMAN KATA MOTIVAS. PERTAMBAHAN UNTUK MENEMATI GIKAP GIKAP MOTIVAS DIARCEAP. TIDAK BERGAKIL DO ERATD THEORY. SAMPEL ?</p>	<p style="text-align: center;">Sangat beres</p>

GGAL UJIAN: 25/3 19.

BIMBING:

UJI:

TANGGAL UJIAN:

PEMBIMBING:

PENGUJI:



Scanned with
CamScanner

MATRIK UJIAN PROPOSAL

Novi Ayu Ratnasari
Ch. 1.16.057

URAIAN	REVISI
<p>Bab I</p> <p>Masalah Asri Eksklusif tidak muncul dalam Latar Belakang.</p>	
<p>Bab II</p> <p>Teori yg masalah dengan teori yg motivasi / sikap yg berkaitan dengan Asri Eksklusif</p>	
<p>3. Kerangka konsep, populasi, sampel.</p>	
<p>4. Kuesioner di sekolah dan penelitian.</p>	

TANGGAL UJIAN:

PEMBIMBING:

PENGUJI: *af wee m*

TANGGAL UJIAN: 14/5/19

PEMBIMBING: *[Signature]*

PENGUJI:

af wee m. 21/6/18
af wee m. 21/6/18



Scanned with
CamScanner

YAYASAN ADHI GUNA KENCANA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
BHAKTI KENCANA

SK. DIRJEN DIKTI No. 01/D/0/2002
REKOMENDASI DEPKES RI NO : KS.02.1.5.4327
Jl. Soekarno Hatta NO.754 Telp. (022) 7830768
Email. stikesbk@yahoo.com / www.stikesbhaktikencana.ac.id

LEMBAR KONSULTASI

NAMA MAHASISWA : Novi Ayu Ratnasari
NIM / SEMESTER : CK 1.16.057 / V
PROGRAM STUDI : D III KEBIDANAN
PEMBIMBING : Ning Hayati, S.Pd, S.ST, M.Kes

NO	Hari / Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing
1	3/5/19	Penulisan Revisi	
2	21/6/19	Lanjutkan FeSet	
3		Teori dengan laparasan / teori	
4	27/6/19	Pembahasan b/m. ada korelasi	
5		antara hasil dgn teori	
6	8/9/19	Acc. Simulasi	

Bandung, februari 2018

Pembimbing

(Ning Hayati, S.Pd, S.ST, M.Kes)



MATRIK UJIAN LTA MAHASISWA
PRODI DIII KEBIDANAN

NAMA :
NPM :
JUDUL :

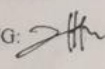
NO	URAIAN	REVISI
1.	Daftar pustaka.	
2.	Sample home eswar	
3.	hasil pembahasan di perbaikan	
4.	hasil penelitian di sevalkan dengan pencari dan siap bagian kommit, komat dan aktif	

TANGGAL UJIAN: 17/9/2019

PEMBIMBING :

PENGUJI: ef. wau.

TANGGAL UJIAN:

PEMBIMBING: 

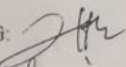
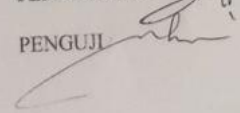
PENGUJI :

MATRIK UJIAN LTA MAHASISWA
PRODI DIII KEBIDANAN

NAMA : Nona Ayu
NPM :
JUDUL :

NO	URAIAN	REVISI
1.	PEMBAHASAN DITAMBAHKAN DEGAN POINT PEMASARAN APA ITU BERAP KOGNITIF, AFEKTIF, KOGNITIF.	}
2.	REFERENSI	
3.	METODOLOGI & SAMPLING ?	
4.	IDENTIFIKASI MANE SUR ITEM PERNYATAAN SIKAP UNTUK MENUNJANG HASIL = PEMBAHASAN DI ORG W	

TANGGAL UJIAN:
PEMBIMBING :
PENGUJI :

TANGGAL UJIAN:
PEMBIMBING: 
PENGUJI: 



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
BHAKTI KENCANA

SK.DIRJEN DIKTI NO.1/D/0.2002
REKOMENDASI DEPKES RI NO.KS.02.1.5.4327
Website : www.stikesbhaktikencana.ac.id email : stikesbhaktikencana@gmail.com
Jl. Soekarno Hatta No. 754 Telp. (022) 7830768 Cibiru - Bandung

Nomor : 273/LPPM-STIKes BK/PEN/2/2019
Lampiran :
Perihal : Pemohonan Ijin Studi Pendahuluan

Bandung, 22 Pebruari 2019

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung
di
Tempat

Assalamu'alaikum wr.wb
Dengan Hormat.

Sehubungan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa program studi : D.3 Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung dalam rangka penyusunan skripsi maka dengan ini kami bermaksud memohon agar kiranya bapak/ibu pimpinan dapat memberikan izin kepada mahasiswa kami :

Nama : Novi Ayu Ratnasari
Nim : CK.118045
Pembimbing : Ning Hayati, S.Pd,SST.,M.Kes
Judul Skripsi : Faktor-faktor Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif 6 Bulan

Untuk mengadakan studi pendahuluan dengan pengambilan data atau informasi yang diperlukan pada wilayah kerja di instansi yang bapak/ibu pimpin.
Demikian, surat permohonan izin ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami haturkan terimakasih.
Wassalamu'alaikum wr.wb.

Hormat Kami,
STIKes Bhakti Kencana
Ketua


R. Siti Jundiah, M.Kep
NIK : 10107064



PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

JALAN RAYA SOREANG KM. 17 TELP/FAX. (022) 5891580 SOREANG 40912
eMail : badankesbangpol@bandungkab.go.id

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070.1/ 3605 /BakesbangPol

- a. Dasar :
1. Peraturan Daerah Kabupaten Bandung, Nomor 1 Tahun 2015 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Daerah Kabupaten Bandung Nomor 21 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bandung.
 2. Peraturan Bupati Bandung Nomor 22 Tahun 2015 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Bupati Bandung Nomor 6 Tahun 2008 Tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bandung.
 3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
- b. Menimbang :
- Surat Permohonan dari Ketua Prodi STIKes Bhakti Kencana Nomor : 273/LPPM/STIKes.BK/PEN/2/2018, Tanggal 22 Februari 2019, Perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan.

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

- a. Nama : **NOVI AYU RATNASARI**
b. Alamat : Jl. Soekarno Hatta No. 754 Bandung
Kampus
c. Untuk :
- 1) Melaksanakan Penelitian dalam rangka Penyusunan tugas akhir dengan Judul : *"Faktor-faktor Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif 6 Bulan"*
 - 2) Lokasi : Puskesmas di Wilayah Kabupaten Bandung
 - 3) Waktu Kegiatan : 26 Februari s.d 26 April 2019
 - 4) Instansi : Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung
 - 5) Status : Baru
 - 6) Penanggungjawab : R. Siti Jundiah, M.Kep.
- d. Melaporkan hasil penelitian kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung, paling lambat 7 hari setelah selesai kegiatan.
Demikian rekomendasi penelitian ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Soreang, 28 Februari 2019

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KA SUBBAG PROGRAM

Drs. HERRY GANEFL H
NIP.19631126 199203 1 004



YAYASAN ADHI GUNA KENCANA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
BHAKTI KENCANA

SK.DIRJEN DIKTI NO.1/D/O.2002

REKOMENDASI DEPKES RI NO.KS.02.1.5.4327

Jalan Soekarno Hatta No. 754 Gbiru Bandung 40614 Telp. 022-7830768 Fax. 022-7830760
Email. stikesbk@yahoo.com / www.stikesbhaktikencana.ac.id

Nomor : 003/LPPM-STIKes BK/PEN/A1/0/2019 Bandung, 24 Mei 2019
Lampiran :
Prihal : Permohonan Izin Penelitian dan Uji Validitas, Reliabilitas

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung
Di
Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat

Berkenaan dengan penyusunan KTI sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi :
D3 Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung, maka dengan ini kami bermaksud memohon
izin untuk melaksanakan penelitian dan uji validitas, reliabilitas di wilayah kerja yang bapak/ ibu
pimpin. Adapun data mahasiswa yang akan melakukan penelitian tersebut adalah sebagai
berikut:

Nama : Novi Ayu Ratnasari
NIM : CK.1.16.057
Semester : VI
Judul KTI : Gambaran Sikap Ibu dalam Memberikan ASI Eksklusif 6
Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pacet Kecamatan Pacet
Kabupaten Bandung Tahun 2019
Lokasi Penelitian : Puskesmas Pacet
Lokasi uji Validitas dan Reliabilitas : Puskesmas Ciparay

Demikian permohonan izin ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami
haturkan terimakasih.

Hormat Kami

LPPM STIKes Bhakti Kencana





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
BHAKTI KENCANA
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LPPM)
SK. DIRJEN DIKTI NO.1/D/0.2002
REKOMENDASI DEPKES RI NO.XS.02.1.5.4327
Jalan Soekarno Hatta No. 754 Cibiru Bandung 40614 Telp. 022-7830768 Fax. 022-7830760
Email: lppmstikesbk@gmail.com/ www.stikesbhaktikencana.ac.id

Nomor : 11158/LPPM-STIKes BK/PEN/A1/0/2019
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data

Bandung, 29 April 2019

Yth. Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung
Di
Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.
Dengan Hormat

Berkenaan dengan penyusunan skripsi sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi :
D.3 Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung, maka dengan ini kami bermaksud memohon
izin untuk melaksanakan penelitian dan pengambilan sampel data di wilayah kerja yang
bapak/ibu pimpin. Adapun data mahasiswa yang akan melakukan penelitian tersebut adalah
sebagai berikut :

Nama : **Novi Ayu Ratnasari**
NIM : **CK.1.16.057**
Semester : **VI**
Judul Skripsi : **Gambaran Sikap Ibu dalam Pemberian Asi Eksklusif 6 Bulan di
Puskesmas Pacet**

Demikian permohonan izin ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami
haturkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Hormat Kami
LPPM STIKes Bhakti Kencana
Ketua,



Nur Inani Hayati Husnul K, M.Kep
NIK : 10117058



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

BHAKTI KENCANA

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LPPM)

SK.DIRJEN DIKTI NO.1/D/0.2002

REKOMENDASI DEPKES RI NO.KS.02.1.5.4327

Jalan Soekarno Hatta No. 754 Cibiru Bandung 40614 Telp. 022-7830768 Fax. 022-7830760

Email: lppmstikesbk@gmail.com/ www.stikesbhaktikencana.ac.id

Nomor : 11160/LPPM-STIKes BK/PEN/A3/IV/2019
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Uji Validitas dan Reliabilitas

Bandung, 29 April 2019

Yth. UPT Puskesmas Ciparay
Di
Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat

Berkenaan dengan penyusunan skripsi sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi :
D.3 Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung, maka dengan ini kami bermaksud memohon
izin untuk melakukan **uji validitas**. Adapun data mahasiswa yang dimaksud adalah sebagai
berikut :

Nama : Novi Ayu Ratnasari
NIM : CK.1.16.057
Semester : VI
Judul Skripsi : Gambaran Sikap Ibu dalam Pemberian Asi Eksklusif 6 Bulan di
Puskesmas Pacet

Demikian permohonan izin ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami
haturkan terima kasih.
Wassalamualaikum Wr. Wb.

Hormat Kami
LPPM STIKes Bhakti Kencana
Ketua,



Nur Intan Hayati Husnul K, M.Kep
NIM 10117058



PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS CIPARAY DTP

Jalan Raya Laswi No. 819 Ciparay Tlp. (022) 85966162 Kode Pos 40381
email : pkmciparay_bandungkab@yahoo.com

Ciparay, 17 Juni 2019

Nomor : P/070/1396/CPY/VI/2019
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Uji Validitas
An. Novi Ayu Ratnasari

Kepada

Yth. STIKes Bhakti Kencana

di -
TEMPAT

Berdasarkan surat dari STIKes Bhakti Kencana No. 11160/LPPM-STIKes BK/PEN/A3/IV/2019, tanggal 29 April 2019 perihal Permohonan Izin Uji Validitas di Puskesmas Ciparay DTP tentang "**Gambaran Sikap Ibu dalam Pemberian ASI Eksklusif 6 Bulan di Puskesmas**" dimulai dari tanggal 23 Mei – 30 Juni 2019, maka dengan ini kami memberikan izin untuk kegiatan tersebut, dengan melampirkan surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung dan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung.

Demikian surat ini kami sampaikan, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, Kami ucapkan terimakasih.

KEPALA PUSKESMAS
CIPARAY DTP



dr. HERYANTO

Penata Tk. I

Nid. 19820317 201001 1 029

TEMBUSAN:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bandung
2. Camat Ciparay
3. Sdri. Novi Ayu Ratnasari
4. Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PACET**

JL. CAGAK RT.03 RW.03 DESA MARUYUNG TELP. (022)85961194
Email : Pkmpacet.bandungkab@yahoo.com

Nomor : 070 / *420* / V / Pct / 2019
Lampiran : -
Perihal : Balasan Ijin Penelitian

Pacet, 25 Mei 2019

Kepada :
Yth. Ketua LPPM STIKes Bhakti Kencana
di-
Tempat

Berdasarkan surat permohonan ijin penelitian dan pengambilan data dari : Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung Nomor : 11212 / LPPM-STIKes BK / PEN / AI/0/2019 dan Rekomendasi dari Kesbangpol Nomor : 070 / 4036 / Wasbang untuk atas nama Mahasiswa dibawah ini :

Nama : NOVI AYU RATNASARI
NIM : CK116057
Semester : VI
Program Studi : D3 Kebidanan

Judul Skripsi :

Gambaran Sikap Ibu dalam Pemberian Asi Eksklusif 6 Bulan di Puskesmas Pacet

Pada dasarnya UPT yankes Pacet tidak keberatan dan mengijinkan kepada nama yang tersebut di atas untuk mengadakan penelitian.

Demikian rekomendasi ini di buat untuk digunakan sebagaimana mestinya



NIP.197404 201411 2 001

Tembusan : di sampaikan kepada YTH

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab.Bandung



PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

JALAN RAYA SOREANG KM. 17 TELP/FAX. (022) 5891580 SOREANG 40912
eMail : badankesbangpol@bandungkab.go.id

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/ 4036 /Wasbang

- a. Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Bandung, Nomor 1 Tahun 2015 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Daerah Kabupaten Bandung Nomor 21 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bandung.
2. Peraturan Bupati Bandung Nomor 22 Tahun 2015 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Bupati Bandung Nomor 6 Tahun 2008 Tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bandung.
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian .
- b. Menimbang : Surat Permohonan dari Ketua STIKes Bhakti Kencana, Nomor: 11159/LPPM-STIKes BK/PEN/Al/2019, Tanggal 29 April 2019, Perihal Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data.

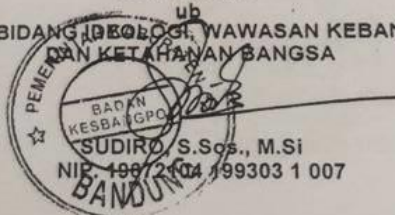
MEMBERITAHUKAN BAHWA :

- a. Nama : **NOVI AYU RATNASARI**
b. Alamat : Jl. Soekarno Hatta No. 754 Bandung
c. Untuk : 1) Melaksanakan Kegiatan Penelitian , Pengambilan Data, Uji Validitas dan Reliabilitas dengan judul: "*Gambaran Sikap Ibu dalam Pemberian ASI Eksklusif 6 Bulan di Puskesmas Pacet*"
2) Lokasi/Instansi : - Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung
- Wilayah Kerja Puskesmas Pacet Kab. Bandung
- Wilayah Kerja Puskesmas Ciparay Kab. Bandung
3) Waktu Kegiatan : 23 Mei s.d 30 Juni 2019
4) Status : Baru
5) Penanggungjawab : Nur Intan Hayati Husnul K, M.Kep
- d. Melaporkan hasil penelitian kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung, paling lambat 7 hari setelah selesai kegiatan.
Demikian rekomendasi penelitian ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Soreang, 23 Mei 2019

a.n KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
SEKRETARIS

KEPALA BIDANG ^{ub} ~~PELOPOR~~ WAWASAN KEBANGSAAN
DAN KETAHANAN BANGSA





PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG DINAS KESEHATAN

Jl. Raya Soreang Km. 17 Telp. (022) 5897520, 5897521, 5897522, 5897523 Soreang
Website : <http://www.kesehatan.bandungkab.go.id>
Email : kesehatan_bandungkab@yahoo.com

Soreang, 21 Juni 2019

Kepada :

Yth. STIKes Bhakti Kencana
di Tempat

Nomor : B/15512/070/VI/2019/SDK
Lampiran : -
Hal : Ijin Penelitian dan Uji
Validitas, Reliabilitas

Berdasarkan surat dari LPPM STIKes Bhakti Kencana Nomor : 001/LPPM-STIKes BK/PEN/A1/V/2019 Tanggal 24 Mei 2019 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, dan Uji Validitas, Reliabilitas atas nama : Novi Ayu Ratnasari (NIM CK.1.16.057) Tentang "Gambaran Sikap Ibu dalam Memberikan ASI Eksklusif 6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pacet Kecamatan Pacet Kabupaten Bandung Tahun 2019" serta dengan memperhatikan Rekomendasi Penelitian dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung Nomor : 070/4036/Wasbang tanggal 23 Mei 2019 serta surat ijin lokasi dari Puskesmas Pacet Nomor : 070/128/V/Pct/2019 tanggal 25 Mei 2019 dan ijin lokasi dari Puskesmas Ciparay Nomor : P/070/1396/CPY/VI/2019 tanggal 17 Juni 2019.

Dengan ini menerangkan bahwa pada prinsipnya **tidak keberatan** kepada yang bersangkutan untuk mengadakan Kegiatan di Wilayah Kerja Puskesmas Pacet dan Ciparay Kabupaten Bandung yang akan dilaksanakan pada tanggal 23 Mei s/d 30 Juni 2019, dengan ketentuan :

- 1) Berkoordinasi dengan Kepala Puskesmas tempat pelaksanaan kegiatan.
- 2) Memberikan salinan hasil laporan kegiatan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung
- 3) Memperhatikan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan oleh Kepala Badan Kesbang Pol Kabupaten Bandung
- 4) Surat ijin ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila mahasiswa yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian, agar diperhatikan dan dipergunakan sebagaimana mestinya.



Lampiran disampaikan kepada :

1. Yth. Bupati Bandung (Sebagai Laporan)
2. Yth. Kepala Badan Kesbang Pol. Kabupaten Bandung;
3. Yth. Kepala Bidang Kesmas Dinas Kesehatan Kab. Bandung;
4. Yth. Kepala Puskesmas Pacet Kab. Bandung;
5. Yth. Kepala Puskesmas Ciparay Kab. Bandung.

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

GAMBARAN SIKAP IBU DALAM MEMBERIKAN ASI EKSLUSIF 6 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PACET KECAMATAN PACET KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2019

Petunjuk untuk Pewawancara:

1. Mohon kesediaan responden untuk menjawab semua pertanyaan yang tersedia.
 - a. Kuesioner ini digunakan untuk kepentingan penelitian
 - b. Pewawancara tidak akan mencantumkan identitas responden pada kuesioner ini.
 - c. Kerahasiaan jawaban responden akan sangat dijaga oleh peneliti.

DATA DASAR RESPONDEN

I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Tanggal wawancara :
2. Nama responden :
3. Umur :
4. Anak Ke :
5. Pendidikan :

A. SIKAP IBU

A. Pengukuran Skala Sikap

PETUNJUK PENGISIAN

Bacalah setiap pernyataan dengan seksama kemudian berikan tanda check list

(√) pada kolom pilihan jawaban setiap pertanyaan yang sesuai dengan pendapat Bpk/ Ibu/ Sdr.

SS	S	N	TS	STS
√				

Keterangan :

SS (Sangat Setuju) = Apabila pernyataan tersebut **sangat sesuai** dengan pendapat atau keadaan yang Saudara rasakan.

S (Setuju) = Apabila pernyataan tersebut **Sesuai** dengan pendapat atau keadaan yang Saudara rasakan.

N (Netral) = Apabila saudara **tidak bisa menentukan dengan pasti** tentang pernyataan tersebut.

TS (Tidak Setuju) = Apabila pernyataan tersebut **Kurang Sesuai** dengan pendapat atau keadaan yang Saudara rasakan.

STS (Sangat Tidak Setuju) = Apabila **Sangat Tidak Sesuai** dengan pendapat atau keadaan yang Saudara rasakan

B. PERNYATAAN SIKAP

No.	Item Pernyataan		Sangat Setuju	Setuju	Netral	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
			SS	S	N	TS	STS
			5	4	3	2	1
	Kognitif	Pernyataan Positif					
1		Menurut saya, ASI merupakan sumber nutrisi yang ideal bagi bayi selama 6 bulan pertama kehidupan.					
2		ASI memberikan perlindungan bagi tubuh bayi sejak dini.					
3		ASI eksklusif adalah memberikan air susu ibu saja pada bayi sejak umur 0 sampai 6 bulan					
4		Menurut saya, setiap bulan seharusnya ada penyuluhan tentang ASI eksklusif					

		Pernyataan Negatif					
5		Menurut saya, kandungan nutrisi ASI dan susu formula sama saja					
6		Kandungan nutrisi yang terkandung pada ASI sama dengan yang terkandung pada susu formula.					
7		Memberikan ASI kepada bayi cukup diberikan pada saat pagi dan sore hari saja.					
8		Menurut saya, berat badan ibu yang menyusui secara eksklusif akan lebih cepat kembali normal.					
	Konatif	Pernyataan Positif					
9		Saya akan menceritakan informasi tentang ASI eksklusif kepada ibu menyusui lainnya.					
10		Saya akan menjaga kesehatan saya agar tetap bisa menyusui bayi secara eksklusif.					
11		Bersihkan puting dan areola (daerah gelap di sekeliling puting) dengan kapas yang dibasahi air matang hangat					
12		Keluarkan sedikit kolostrum dengan cara memencet puting susu dengan jari telunjuk dan ibu jari					
13		Oleskan kolostrum ke puting susu untuk menghindari lecet puting susu					
		Pernyataan Negatif					
14		Saya lebih senang promosi susu formula dibanding ASI eksklusif.					
15		Saya tidak ingin mengetahui cara menyusui / memberikan ASI eksklusif yang baik dan benar					
16		Saya akan berhenti memberi ASI eksklusif saat bayi tidak mau menyusu lagi meskipun usianya baru 1 bulan.					

17		Kandungan yang ada di dalam colostrum tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi					
18		Saya rasa segera menyui bayi setelah lahir tidak akan terjalin hubungan erat antara ibu dan bayi					
	Afektif	Pernyataan Positif					
19		Saya merasa antusias dan senang bila ada penyuluhan tentang ASI eksklusif					
20		Saya merasa memberikan ASI eksklusif lebih hemat biaya.					
21		Saya merasa bersalah jika saya tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayi saya.					
22		Saya rasa bayi harus segera disusukan kepada ibunya segera setelah dilahirkan					
23		Saya merasa senang jika dapat memberikan ASI secara eksklusif					
		Pernyataan Negatif					
24		Saya merasa memberikan susu formula lebih mudah dibandingkan menyusui ASI eksklusif.					
25		Saya merasa malas ketika harus memompa ASI untuk bayi saya ketika sedang sibuk bekerja.					
26		Saya rasa segera menyui bayi setelah lahir tidak akan terjalin hubungan erat antara ibu dan bayi.					
27		Saya rasa Pemberian kolostrum setelah bayi baru lahir akan berdampak kurang baik terhadap bayi					
28		Saya merasa bayi harus diberikan makanan tambahan agar merasa kenyang dan tidur dengan nyenyak.					



PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS CIPARAY DTP

Jalan Raya Laswi No. 819 Ciparay Tlp. (022) 85966162 Kode Pos 40381
email : pkmciparay_bandungkab@yahoo.com

Ciparay, 17 Juni 2019

Nomor : P/070/1396/CPY/VI/2019
Sifat : Penting
Lampiran : -
Penhal : Ijin Uji Validitas
An. Novi Ayu Ratnasari

Kepada

Yth. STIKes Bhakti Kencana

di -
TEMPAT

Berdasarkan surat dari STIKes Bhakti Kencana No. 11160/LPPM-STIKes BK/PEN/A3/IV/2019, tanggal 29 April 2019 perihal Permohonan Izin Uji Validitas di Puskesmas Ciparay DTP tentang "*Gambaran Sikap Ibu dalam Pemberian ASI Eksklusif 6 Bulan di Puskesmas*" dimulai dari tanggal 23 Mei – 30 Juni 2019, maka dengan ini kami memberikan izin untuk kegiatan tersebut, dengan melampirkan surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung dan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung.

Demikian surat ini kami sampaikan, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, Kami ucapkan terimakasih.

KEPALA PUSKESMAS

CIPARAY DTP



Nip: 19820317 201001 1 029

TEMBUSAN:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bandung
2. Camat Ciparay
3. Sdr. Novi Ayu Ratnasari



Scanned with
CamScanner



PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

JALAN RAYA SOREANG KM. 17 TELP/FAX. (022) 5891580 SOREANG 40912
eMail : badankesbangpol@bandungkab.go.id

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070.1/ 3605 /BakesbangPol

- a. Dasar :
1. Peraturan Daerah Kabupaten Bandung, Nomor 1 Tahun 2015 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Daerah Kabupaten Bandung Nomor 21 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bandung.
 2. Peraturan Bupati Bandung Nomor 22 Tahun 2015 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Bupati Bandung Nomor 6 Tahun 2008 Tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bandung.
 3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
- b. Menimbang :
- Surat Permohonan dari Ketua Prodi STIKes Bhakti Kencana Nomor : 273/LPPM/STIKes.BK/PEN/2/2018, Tanggal 22 Februari 2019, Perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan.

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

- a. Nama : **NOVI AYU RATNASARI**
- b. Alamat : Jl. Soekarno Hatta No. 754 Bandung
- c. Untuk :
- 1) Melaksanakan Penelitian dalam rangka Penyusunan tugas akhir dengan Judul : *" Faktor-faktor Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif 6 Bulan "*
 - 2) Lokasi : Puskesmas di Wilayah Kabupaten Bandung
 - 3) Waktu Kegiatan : 26 Februari s.d 26 April 2019
 - 4) Instansi : Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung
 - 5) Status : Baru
 - 6) Penanggungjawab : R. Siti Jundiah, M.Kep.
- d. Melaporkan hasil penelitian kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung, paling lambat 7 hari setelah selesai kegiatan.
Demikian rekomendasi penelitian ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Soreang, 28 Februari 2019

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KA SUBBAG PROGRAM

Drs. HERRY GANEFL H
NIP.19631126 199203 1 004



Scanned with
CamScanner



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

BHAKTI KENCANA

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LPPM)

SK. DIRJEN DIKTI NO. 1/D/0.2002

REKOMENDASI DEPES RI NO. KS.02.1.5.4327

Jalan Soekarno Hatta No. 754 Cibiru Bandung 40614 Telp. 022-7830768 Fax. 022-7830760
Email: lppmstikesbk@gmail.com/ www.stikesbhaktikencana.ac.id

Nomor : 11158/LPPM-STIKes BK/PEN/A1/0/2019
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data

Bandung, 29 April 2019

Yth. Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung
Di
Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.
Dengan Hormat

Berkenaan dengan penyusunan skripsi sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi :
D3 Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung, maka dengan ini kami bermaksud memohon
izin untuk melaksanakan penelitian dan pengambilan sampel data di wilayah kerja yang
bapak/ibu pimpin. Adapun data mahasiswa yang akan melakukan penelitian tersebut adalah
sebagai berikut :

Nama : **Novi Ayu Ratnasari**
NIM : **CK.1.16.057**
Semester : **VI**
Judul Skripsi : **Gambaran Sikap Ibu dalam Pemberian Asi Eksklusif 6 Bulan di
Puskesmas Pacet**

Demikian permohonan izin ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami
haturkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Hormat Kami
LPPM STIKes Bhakti Kencana
Ketua,



Nur Izzah Hayati Husnul K, M.Kep
NIK : 10117058



Scanned with
CamScanner



**PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PACET**

JL. CAGAK RT.03 RW.03 DESA MARUYUNG TELP. (022)85961194
Email : Pkmpacet.bandungkab@yahoo.com

Nomor : 070 / *KSP* / V / Pct / 2019
Lampiran : -
Perihal : Balasan Ijin Penelitian

Pacet, 25 Mei 2019

Kepada :
Yth Ketua LPPM STIKes Bhakti Kencana
di-
Tempat

Berdasarkan surat permohonan ijin penelitian dan pengambilan data dari ; Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung Nomor : 11212 / LPPM-STIKes BK / PEN / AI/0/2019 dan Rekomendasi dari Kesbangpol Nomor : 070 / 4036 / Wasbang untuk atas nama Mahasiswa dibawah ini :

Nama : NOVI AYU RATNASARI
NIM : CK116057
Semester : VI
Program Studi : D3 Kebidanan

Judul Skripsi :

Gambaran Sikap Ibu dalam Pemberian Asi Eksklusif 6 Bulan di Puskesmas Pacet

Pada dasarnya UPT yankes Pacet tidak keberatan dan mengijinkan kepada nama yang tersebut di atas untuk mengadakan penelitian.

Demikian rekomendasi ini di buat untuk digunakan sebagaimana mestinya



NIP.197404 201411 2 001



Scanned with
CamScanner



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

BHAKTI KENCANA

SK.DIRJEN DIKTI NO.1/D/0.2002

REKOMENDASI DEPKES RI NO.KS.02.1.5.4327

Website : www.stikesbhaktikencana.ac.id email : stikesbhaktikencana@gmail.com
Jl. Soekarno Hatta No. 754 Telp. (022) 7830768 Cibiru - Bandung

Bandung, 22 Pebruari 2019

Nomor : 273/LPPM-STIKes BK/PEN/2/2019
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung
di
Tempat

Assalamu'alaikum wr.wb

Dengan Hormat.

Sehubungan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa program studi : D.3 Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung dalam rangka penyusunan skripsi maka dengan ini kami bermaksud memohon agar kiranya bapak/ibu pimpinan dapat memberikan izin kepada mahasiswa kami :

Nama : Novi Ayu Ratnasari
Nim : CK.118045
Pembimbing : Ning Hayati, S.Pd,SST.,M.Kes
Judul Skripsi : Faktor-faktor Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif 6 Bulan

Untuk mengadakan studi pendahuluan dengan pengambilan data atau informasi yang diperlukan pada wilayah kerja di instansi yang bapak/ibu pimpin.
Demikian, surat permohonan izin ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami haturkan terimakasih.
Wassalamu'alaikum wr.wb.

Hormat Kami,
STIKes Bhakti Kencana
Ketua


R. Siti Jundiah, M.Kep
NIK : 10107064



Scanned with
CamScanner



YAYASAN ADHI GUNA KENCANA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

BHAKTI KENCANA

SK.DIRJEN DIKTI NO.1/D/O.2002

REKOMENDASI DEPKES RI NO.KS.02.1.5.4327

Jalan Soekarno Hatta No. 754 Gbiru Bandung 40614 Telp. 022-7830768 Fax. 022-7830760

Email. stikesbk@yahoo.com / www.stikesbhaktikencana.ac.id

Nomor : 003/LPPM-STIKes BK/PEN/A1/0/2019 Bandung, 24 Mei 2019
Lampiran :
Prihal : Permohonan Izin Penelitian dan Uji Validitas, Reliabilitas

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung
Di
Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat

Berkenaan dengan penyusunan KTI sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi :
D3 Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung, maka dengan ini kami bermaksud memohon
izin untuk melaksanakan penelitian dan uji validitas, reliabilitas di wilayah kerja yang bapak/ ibu
pimpin. Adapun data mahasiswa yang akan melakukan penelitian tersebut adalah sebagai
berikut:

Nama : Novi Ayu Ratnasari
NIM : CK.1.16.057
Semester : VI
Judul KTI : Gambaran Sikap Ibu dalam Memberikan ASI Eksklusif 6
Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pacet Kecamatan Pacet
Kabupaten Bandung Tahun 2019
Lokasi Penelitian : Puskesmas Pacet
Lokasi uji Validitas dan Reliabilitas : Puskesmas Ciparay

Demikian permohonan izin ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami
haturkan terimakasih.

Hormat Kami

LPPM STIKes Bhakti Kencana



Nur Inan Hayati Husnul K.M Kep
LPPM
NIK 16117058



Scanned with
CamScanner