

## Lampiran 1

	<b>KOMISI ETIK PENELITIAN</b> <b>FAKULTAS KEDOKTERAN</b> <b>UK MARANATHA - R.S. IMMANUEL</b> <b>BANDUNG</b> No Reg : 033/KNEPK/2008	
Email: <a href="mailto:ethic_fkukmrksi@med.maranatha.edu">ethic_fkukmrksi@med.maranatha.edu</a>		
<b>SURAT KEPUTUSAN</b> NO: 088/KEP FK UKM-RS/III/2010		
Menimbang:	<p>a) Bahwa dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian kesehatan harus mendapat penilaian dan rekomendasi etik penelitian kesehatan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan</p> <p>b) bahwa sehubungan dengan butir (a) tersebut diatas telah diajukan permohonan penilaian dan rekomendasi etik penelitian kesehatan berjudul: <b>Pengaruh ASI Terhadap Angka Kesakitan Bayi Sampai Umur 6 Bulan</b> oleh An Nieza Dea Versary selaku penanggung jawab penelitian</p> <p>c) bahwa terhadap permohonan tersebut pada butir (b) telah dilakukan pengkajian yang mendalam oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan</p> <p>d) bahwa sehubungan dengan butir (a), (b) dan (c) perlu dikeluarkan surat keputusan hasil penilaian dan rekomendasi kelayakan etik penelitian (<i>ethical approval</i>)</p>	
Mengingat:	Surat Keputusan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha No. 286/V/S.Kep./FK-UKM/2008, tentang PEMBENTUKAN DAN PENGANGKATAN PENGURUS KOMISI ETIK PENELITIAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS KRISTEN MARANATHA – RUMAH SAKIT IMMANUEL (KEP FK UKM-RSI), periode 2008-2010, tanggal 15 Mei 2008.	
<b>MEMUTUSKAN</b>		
Menetapkan	<p>Pertama Menyetujui dan mengijinkan pelaksanaan penelitian berjudul: <b>Pengaruh ASI Terhadap Angka Kesakitan Bayi Sampai Umur 6 Bulan</b> dengan penanggung jawab: <b>An Nieza Dea Versary</b></p> <p>Kedua Surat keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan ditinjau kembali apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan</p>	
Ditetapkan di : Bandung Pada tanggal : 31 Maret 2010		
Ketua	Sekretaris	
		
Prof. DR H.R Mughtan Sujatno, dr, SpFK(K)		Dr. Diana Krisanti Jasaputra, dr, M Kes

## Lampiran 2

### KUESIONER PENGARUH ASI EKSKLUSIF TERHADAP MORBIDITAS BAYI SAMPAI USIA 6 BULAN

#### Data Pribadi

##### Ibu:

Usia :

Pendidikan terakhir :

Pekerjaan :

Jumlah anak :

##### Bayi

Jenis Kelamin :

#### Pengetahuan

1. Apakah anda mengetahui apa itu ASI?
  - a. Cairan berwarna putih yang keluar dari payudara Ibu setelah melahirkan
  - b. Cairan yang keluar dari payudara Ibu setelah melahirkan, termasuk yang berwarna kekuningan (colostrum)
2. Apakah Anda pernah memperoleh penjelasan mengenai ASI & menyusui?
  - a. Ya (sebutkan dari mana)
  - b. Tidak

3. Tahukah Anda sampai usia berapa sebaiknya bayi hanya mengkonsumsi ASI?
  - a. 1 bulan
  - b. 3 bulan
  - c. 6 bulan
  - d. 9 bulan
  - e. 1 tahun
  - f. 2 tahun
4. Menurut anda, apakah Susu Formula masa kini dapat menyamai komposisi dan keunggulan ASI?
  - a. Susu Formula memiliki komposisi lebih baik dari ASI
  - b. Susu Formula memiliki komposisi sama dengan ASI
  - c. Susu Formula tidak dapat menyamai keunggulan ASI
5. Apakah Rumah Sakit yang Anda kunjungi untuk memeriksakan kehamilan memiliki klinik laktasi?
  - a. Ya
  - b. Tidak
6. Apakah Dokter spesialis kandungan/Bidan Anda memberi penjelasan mengenai ASI pada saat pemeriksaan kehamilan dan menyarankan Anda untuk memberikan ASI Eksklusif?
  - a. Menjelaskan tentang pentingnya ASI dan menyarankan untuk memberi ASI Eksklusif sampai bayi berumur 6 bulan
  - b. Menjelaskan tentang pentingnya ASI dan menyarankan untuk memberi ASI
  - c. Hanya menjelaskan tentang pentingnya ASI
  - d. Hanya menyarankan untuk memberi ASI Eksklusif sampai bayi berumur 6 bulan
  - e. Hanya menyarankan untuk memberi ASI
  - f. Tidak memberikan penjelasan apapun

7. Apakah Anda tahu bagaimana cara menyusui yang benar?
  - a. Hanya puting susu yang masuk ke mulut bayi, susui dengan kedua payudara secara bergantian
  - b. Hanya puting susu yang masuk ke mulut bayi, susui dengan payudara yang sama sepanjang waktu
  - c. Puting hingga areola masuk ke mulut bayi, susui dengan kedua payudara secara bergantian
  - d. Puting hingga areola masuk ke mulut bayi, susui dengan payudara yang sama sepanjang waktu

### **Saat Kelahiran**

8. Apa yang dilakukan Dokter spesialis kandungan / bidan / perawat anda setelah bayi Anda lahir?
  - a. Memperlihatkan bayi pada Anda untuk dilihat saja (tanpa Anda pegang)
  - b. Memberikan bayi pada Anda untuk dipeluk dan disusui
  - c. Memandikan bayi
  - d. Bukan salah satu di atas, sebutkan apa tindakannya
9. Kapan Anda pertama kali menyusui bayi Anda yang baru lahir?
  - a. 0 – 30 menit setelah persalinan
  - b. 30 menit – 1 jam setelah persalinan
  - c. 1 – 6 jam setelah persalinan
  - d. 6 – 24 jam setelah persalinan
  - e. Lebih dari 24 jam setelah persalinan
10. Apakah papan nama di box bayi Anda atau jam dinding atau kalender di Rumah Sakit bersalin ada merek Susu Formula?
  - a. Ya (sebutkan merek Susu Formulanya dan nama Rumah Sakit bersalinnya)
  - b. Tidak

11. Apakah bayi Anda tidur bersama dalam satu kamar dengan Anda di Rumah Sakit bersalin (rooming in atau rawat gabung), termasuk di malam hari?
  - a. Sepanjang siang dan malam hari
  - b. Hanya siang hari
  - c. Hanya malam hari
  - d. Bayi selalu berada diruang yang terpisah dengan Ibu
12. Bila bayi anda tidak tidur di satu kamar dengan Anda atau tidur di kamar bayi, apakah bayi Anda diberikan kepada Anda setiap kali bayi ingin menyusui, termasuk di malam hari?
  - a. Ya
  - b. Hanya siang hari
  - c. Hanya malam hari
  - d. Tidak
13. Apakah selama di Rumah Sakit bersalin bayi Anda diberikan Susu Formula selain ASI?
  - a. Ya (sebutkan merk susu formula yang diberikan)
  - b. Tidak
14. Apakah pada saat bayi pulang ke rumah, Anda dan bayi Anda dibekali contoh / sampel / hadiah dan brosur Susu Formula?
  - a. Ya
  - b. Tidak

### **Susu Formula**

15. Apakah anda pernah dihubungi oleh bagian pemasaran / produsen Susu Formula?
  - a. Ya
  - b. Tidak

16. Apa yang Anda lakukan ketika Anda dihubungi oleh produsen Susu Formula?
- Langsung menolak
  - Mendengarkan atau menerima saja semua penjelasannya
  - Berargumentasi
  - Lainnya, sebutkan
17. Apakah Anda mengonsumsi Susu Formula dari produsen tersebut?
- Ya, dan bayi mau meminumnya
  - Ya, tapi bayi sempat menolak meminumnya
  - Sempat memberikan, tapi bayi menolak meminumnya
  - Tidak memberikan
18. (Bagi yang mengonsumsi Susu Formula) Sejak kapan Anda memberikan Susu Formula kepada bayi anda?
- 0 – 1 bulan
  - 2 – 4 bulan
  - 5 – 6 bulan
19. Pendapat Anda mengenai promosi Susu Formula saat ini?
- Baik
  - Sedikit meresahkan namun tidak mengganggu
  - Sangat meresahkan dan mengganggu
  - Lain – lain (sebutkan)
20. Pendapat Anda mengenai pelayanan kesehatan Ibu dan Anak terutama tentang Laktasi yang Anda peroleh:
- Kurang sekali
  - Cukup memadai
  - Sangat memuaskan

**Ibu Bekerja**

21. Kapan Anda mulai bekerja?
  - a. Setelah bayi berusia 1 – 2 bulan
  - b. Setelah bayi berusia 3 – 4 bulan
  - c. Setelah bayi berusia 5 – 6 bulan
22. Selama Anda bekerja, apakah Anda masih memberikan ASI kepada bayi Anda?
  - a. Ya, Ibu menyempatkan diri memberi bayi ASI secara langsung
  - b. Ya, Ibu memompa ASI lalu menyimpannya untuk diberikan kepada bayi
  - c. Ibu hanya menyusui bayi selama di rumah
  - d. Ibu berhenti memberikan ASI
23. Tahukah Anda bahwa Undang-undang Tenaga Kerja mengatur bahwa pekerja wanita patut diberi kesempatan untuk menyusui bayinya?
  - a. Ya
  - b. Tidak
24. Apakah tempat Anda bekerja memberikan waktu dan/atau kesempatan bagi Anda untuk memompa ASI atau menyusui di tempat kerja?
  - a. Ada tempat khusus untuk memompa ASI atau menyusui
  - b. Ada waktu dan/atau kesempatan untuk memompa ASI atau menyusui, tapi tidak ada tempat khusus
  - c. Tidak ada waktu dan/atau kesempatan untuk menyusui atau memompa ASI
25. (Jika tidak ada tempat khusus) Dimana Anda memompa ASI atau menyusui selama Anda bekerja?
  - a. Ibu memompa ASI di rumah
  - b. Ibu memompa ASI atau menyusui di toilet
  - c. Ibu memompa ASI atau menyusui di mobil
  - d. Ibu hanya menyusui di rumah
  - e. Lain – lain (sebutkan)

**Riwayat Pemberian Air Susu Ibu (ASI)**

26. Apakah Anda masih menyusui bayi Anda?
- Ya
  - Tidak (sebutkan alasannya)
27. Jika tidak, berapa lama Anda menyusui bayi Anda?
- 0 – 1 bulan
  - 2 – 3 bulan
  - 4 – 5 bulan
28. Apakah anak sebelumnya mendapatkan ASI?
- Ya
  - Tidak (sebutkan alasannya)
29. Jika ya, berapa lama Anda menyusui anak sebelumnya?
- 0 – 5 bulan
  - 6 bulan
  - 7 – 12 bulan
  - 1 – 2 tahun
  - > 2 tahun

**Riwayat Pemberian Makanan Padat Tambahan**

30. Apakah bayi Anda diberi makanan padat tambahan selain ASI?
- Ya (sebutkan apa yang diberikan)
  - Tidak
31. Jika ya, sejak kapan?
- 0 – 2 bulan
  - 3 – 4 bulan
  - 5 – 6 bulan

32. Sejak usia berapa anak Anda sebelumnya diberikan makanan padat tambahan?

- a. 0 – 3 bulan
- b. 4 – 6 bulan
- c. 7 – 9 bulan
- d. 10 – 12 bulan
- e. 1 – 2 tahun
- f. > 2 tahun

### **Riwayat Sakit**

33. Dalam 1 bulan pertama, apakah bayi Anda pernah mengalami sakit?

- a. Ya
- b. Tidak

34. Jika ya:

a. Sakit apa saja?

- Demam
- Batuk
- Pilek
- Diare
- Lain – lain (sebutkan)

b. Apa penyebabnya? (untuk setiap penyakit)

- Infeksi (sebutkan)
- Alergi (sebutkan)
- Lain – lain (sebutkan)

c. Berapa lama? (untuk setiap kali sakit)

- 1 – 3 hari
- 4 – 7 hari
- 1 – 2 minggu
- > 2 minggu

d. Berapa kali? (untuk setiap kali sakit)

- 1 – 3 kali
- 4 – 6 kali
- 7 – 9 kali
- > 10 kali

35. Dalam 1 bulan terakhir, apakah bayi Anda pernah mengalami sakit?

- a. Ya
- b. Tidak

36. Jika ya:

a. Sakit apa saja?

- Demam
- Batuk
- Pilek
- Diare
- Lain - lain

b. Apa penyebabnya?

- Infeksi (sebutkan)
- Alergi (sebutkan)
- Lain – lain (sebutkan)

c. Berapa lama? (untuk setiap kali sakit)

- 1 – 3 hari
- 4 – 7 hari
- 1 – 2 minggu
- > 2 minggu

d. Berapa kali? (untuk setiap kali sakit)

- 1 – 3 kali
- 4 – 6 kali
- 7 – 10 kali
- > 10 kali

37. Dalam bulan – bulan sebelumnya:

a. Berapa kali rata – rata bayi Anda sakit? (sebutkan bulan ke berapa)

- Tidak pernah
- 1 – 3 kali
- 4 – 6 kali
- 7 – 10 kali
- > 10 kali

b. Sakit apa saja? (sebutkan bulan ke berapa)

- Demam
- Batuk
- Pilek
- Diare
- Lain – lain (sebutkan)

c. Apa penyebabnya? (untuk setiap penyakit)

- Infeksi (sebutkan)
- Alergi (sebutkan)
- Lain – lain (sebutkan)

d. Berapa lama? ( untuk setiap kali sakit)

- 1 – 3 hari
- 4 – 7 hari
- 1 – 2 minggu
- > 2 minggu

e. Berapa kali? (untuk setiap kali sakit)

- 1 – 3 kali
- 4 – 6 kali
- 7 – 10 kali
- > 10 kali

**TERIMAKASIH**

### Lampiran 3

#### SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN (*INFORMED CONSENT*)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

N a m a :  
U s i a :  
Alamat :  
Pekerjaan :  
No. KTP/lainnya :

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa:

setelah mendapat keterangan sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikut sertaannya, maka saya **setuju** ikut serta dalam penelitian yang berjudul:

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan.

<p>Mengetahui,</p> <p>Penanggung jawab penelitian,</p> <p>( )</p>	<p>Bandung,</p> <p>Yang menyatakan</p> <p>Peserta penelitian,</p> <p>( )</p>
---	--

Saksi-saksi:

1. .... ( )
2. .... ( )

\*) Surat pernyataan persetujuan penelitian/uji klinik

## RIWAYAT HIDUP

Nama : An Nieza Dea Versary

Nomor Pokok Mahasiswa : 0710164

Tempat dan tanggal lahir : Bandung, 17 Agustus 1989

Alamat : Jln. Suryalaya XVII No. 23

Bandung

Riwayat Pendidikan :

1. SD Swasta Islam Az – Zahra Palembang. Tahun 1995 – 1996
2. SD Swasta Pertiwi Medan. Tahun 1996 – 2001
3. SMP Negeri 7 Medan. Tahun 2001 – 2004
4. SMA Negeri 3 Medan. Tahun 2004 – 2005
5. SMA Negeri 20 Bandung. Tahun 2005 – 2007
6. Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha Bandung.  
Tahun 2007 – sekarang