## LAMPIRAN 02 (Format Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)

(\*)hapus/coret yang tidak perlu

## **SURAT PERNYATAAN PENELITIAN (\*)**

Yang bertanda tangan dibawah ini

: SHEILLA RAHMA AULIA Nama

NIM/NIK : 201520100010 / 3515185810020003

: Mahasiswa Pendidikan

Waktu Penelitian : 1 Juni 2024 – 01 Agustus 2024

: ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEGAGALAN PEMBERIAN ASI Judul/tema Penelitian

EKSKLUSIF DI PUSKESMAS WARU SIDOARJO

Menyatakan bahwa saya memahami kegiatan (\*) penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya maupun pihak-pihak lain yang terkait serta data yang saya ambil hanya digunakan untuk keperluan tugas akhir pendidikan dan pengembangan ilmu pendidikan. Demikian surat penyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh tanpa ada paksaan dari siapapun.

Sidoarjo, 04 Juni 2024

Yang Menyatakan

DDALX161895044

Sheilla Rahma Aulia