LAMPIRAN 02 (Format Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)

SURAT PERNYATAAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama

: Deyvinta Dinda Valeryna

NIM/NIK

: 21051334075 / 3515086608020002

Pendidikan

: S1 Gizi

Waktu Penelitian

: 07 Desember 2023 - 07 Maret 2024

Judul/tema Penelitian

: Pengaruh Faktor-Faktor Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Tumbuh Kembang

Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Waru Sidoarjo

Menyatakan bahwa saya memahami penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya maupun pihakpihak lain yang terkait serta data yang saya ambil hanya digunakan untuk keperluan tugas akhir pendidikan dan pengembangan ilmu pendidikan. Selain itu, hasil penelitian akan diserahkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo sebagai tindak lanjut dan bahan pertimbangan keputusan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh tanpa ada paksaan dari siapapun.

Sidoarjo, 14 Desember 2023

Yang Menyatakan

(Deyvinta Dinda Valeryna)