

Lampiran 1 *Informed Consent***SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN**

Nama :

Alamat :

No. HP :

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya menyetujui untuk menjadi responden secara sukarela dan berpartisipasi sebagai subjek penelitian sebagai Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak berikut; Studi Kasus Muktigravida dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Di Wilayah Kerja Puskesmas Burneh Kabupaten Bangkalan. Pernyataan ini saya buat dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tanpa paksaan dari pihak manapun,

Mengetahui

Bangkalan,.....2024

Bidan Penanggung Jawab

Responden

P'arah Muhaimin SST.Keb

.....

NIP. 19780605200701201

Lampiran 2 Panduan Wawancara ;

Nama ibu:	Nama suami:
Usia:	Usia:
Pendidikan:	Pendidikan:
Pekerjaan:	Pekerjaan:
Alamat:	Alamat:
Paritas:	Pendapatan Keluarga:
Diagnosa:	

1. Berapa usia ibu saat menikah?
2. Berapa usia pertama kali hamil?
3. Berapa kali ibu melahirkan?
4. Apakah ibu pernah mengalami keguguran?
5. Berapa tahun jarak kehamilan sekarang dengan anak sebelumnya?
6. Berapa pendapatan keluarga dalam 1 bulan?
7. Dalam keluarga apakah ada orang lain yang di nafkahi? (orangtua, mertua, saudara)
8. Apa saja kebutuhan keluarga sehari – hari?
9. Berapa usia anak terkecil?
10. Apakah ibu bekerja?
11. Kegiatan apa yang ibu lakukan sehari-hari?
12. Apakah keluarga mendukung ibu dengan kehamilan ini?
13. Apakah kehamilan ini diinginkan bagi ibu dan keluarga?
14. Apakah selama remaja ibu melakukan diet terhadap makanan untuk menjaga *body image*?
15. Apakah selama hamil ibu mengalami penurunan berat badan
16. Apakah ibu pernah merasakan lemah? jika iya dalam keadaan

apa ibumerasa Lemah.

17. Apakah ibu sering merasa lelah saat beraktivitas?
18. Aktivitas apa yang membuat ibu merasa lemah, letih, lesu?
19. Penanganan aapa yang ibu lakukan saat mengalami lemah, Lelah, lesu?
20. Pada saat remaja apakah ibu mengalami anemia?
21. Pada saat remaja apakah ibu mengonsumsi tablet Fe?
22. Apakah sebelum hamil ibu pernah kekurangan gizi?
23. Saat hamil ibu makan berapa kali?
24. Seberapa porsi makan ibu dalam 1 piring (sedikit, sedang, banyak)?
25. makanan apa saja yang dikonsumsi ibu?
26. Saat hamil apakah ibu mengalami penambahan atau pengurangan nafsu makan?
27. Apakah ibu mendapatkan tablet penambah darah selama hamil, dan bagaimana cara ibu mengonsumsi obat penambah darah tersebut?
28. Apakah ibu mendapatkan makanan tambahan dari pelayanan Kesehatan / bidan / kader?
29. Bagaimana ibu memakan PMT tersebut?
30. Apakah ibu menghabiskan PMT tersebut?
31. Apakah suami mendukung dan mengingatkan untuk mengambil dan mengonsumsi PMT?
32. Apakah suami mengingatkan ibu untuk meminum Tablet Fe?
33. Apakah ibu pernah membaca buku KIA?
34. Berapa kali ibu membaca buku KIA

35. Apa saja yang biasa ibu baca di buku KIA?
36. Apakah selama ini ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan?
37. Dimana biasanya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?
38. Berapa kali ibu melakukan pemeriksaan kehamilan dalam sebulan?
39. Apakah suami dan keluarga mengingatkan ibu untuk melakukan pemeriksaan secara rutin?
40. Apakah ibu aktif mengikuti kegiatan kelas ibu hamil?
41. Apakah suami mendampingi ibu saat mengikuti kelas ibu hamil?
42. Berapa kadar Hemoglobin ibu saat ini?


Lampiran 3 waktu

No	Kegiatan	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei
1.	Studi Pendahuluan	■	■	■	■		
2.	Pembuatan proposal dan Revisi proposal		■	■	■	■	■
3.	Mengurus izin penelitian pengumpulan / pengambilan data					■	■
4.	Analisa					■	■
5.	Penyusunan Laporan					■	■
6.	Revisi Laporan						■

Lampiran 4 Dinas Kesehatan

	PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN	
	DINAS KESEHATAN	
JALAN RAYA KETENGAN KEC. BURNEH KABUPATEN BANGKALAN TELP. (031) 3095381		
Bangkalan, 18 Maret 2024		
K e p a d a		
Nomor	: 000.9.2/ 693 /433.102/2024	Yth. Kepala UPT Dinas Kesehatan
Sifat	: Biasa	Kab. Bangkalan.
Lampiran	: -	Puskesmas Burneh
Hal	: Ijin Penelitian/ Survey/ Data	Di
<u>BANGKALAN</u>		
<p>Menindaklanjuti Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor 009.2/72/433.102/2024 Tanggal 14 Maret 2024. Perihal Permohonan Data, maka bersama ini kami sampaikan bahwa :</p>		
Nama	:	MARSYANDA RISKIA TRISNIANA
Tema/judul Penelitian	:	Studi Kasus Ibu hamil Dengan KEK Di Wilayah Kerja Puskesmas Burneh Kabupaten bangkalan
Waktu	:	14 Maret 2024 s/d 31 Mei 2024
Instansi	:	Poltekkes Surabaya
<p>Sehubungan dengan hal tersebut di atas di harapkan saudara untuk membantu sepenuhnya demi kelancaran pelaksanaan penelitian / survey dimaksud. Dengan ketentuan:</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat / lokasi penelitian / survey. 2. Pelaksanaan penelitian / survey agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah setempat / lokasi penelitian / survey. 3. Melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan Bagian Sumber Daya Kesehatan (Seksi SDM). 		
Demikian untuk mendapat perhatian sepenuhnya, terimakasih.		
<p>An. KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BANGKALAN Bidang SDK</p>  <p>INDAH WAHYUNI, SE., M.MKes Pembina NIP. 197609162001122002</p>		

Lampiran 5 Bankesbangpol

**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JL. SOEKARNO HATTA NO. 37 TELP/FAX. (031) 3091577
BANGKALAN

REKOMENDASI PENELITIAN
NOMOR : 00.9.2 / 92 / 433.207 / 2024

DASAR :

1. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi;
2. Permendagri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
3. Permendagri Nomor 20 Tahun 2011 tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kemendagri dan Pemerintah Daerah.

Menunjuk Surat : Kementerian Kesehatan Poltekkes Surabaya
Nomor : DP.04.03/F.XXIV.11.3/0215/2024
Tanggal : 14 Maret 2024


Memberikan Rekomendasi Penelitian/ Survey/ Research/ PKL/ Magang/ KKN kepada :

a. Nama : **MARSYANDA RISKIA TRISNIANA**
b. Alamat : **Jl. Raya Pedeng 84 Socah - Bangkalan**
c. No. Hp/WA : **082338529007**
d. Pekerjaan / Jabatan : **Mahasiswa**
e. Instansi/Civitas/ Organisasi : **Poltekkes Surabaya**
f. Kebangsaan : **Indonesia**
g. Judul : **Studi kasus ibu hamil dengan KEK di wilayah kerja Puskesmas Burneh Kabupaten Bangkalan**
h. Bidang Penelitian : **Kebidanan**
i. Tujuan Penelitian : **Survey , penelitian, mengambil data, wawancara**
j. Dosen Pembimbing / Penanggungjawab : **Anis Nurlaili, S.SiT., M.Keb**
k. Peserta : **-**
l. Waktu : **14 Maret 2024 s/d 31 Mei 2024**
m. Lokasi : **Puskesmas Burneh Kec. Burneh Kab. Bangkalan**

Sehubungan dengan hal tersebut, diharapkan dukungan dan kerjasama pihak terkait untuk memberikan bantuan yang diperlukan. Adapun kepada peneliti agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di lokasi penelitian/survey/research;
2. Pelaksanaan penelitian/survey/research agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan, keamanan dan ketertiban di lokasi penelitian/survey/research;
3. Melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Bakesbangpol Kabupaten Bangkalan.

Bangkalan, 14 Maret 2024
an. Plt. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN BANGKALAN
ABD HAL


AMIR, ABEL S.STP., M.Si
Pembina
NIP. 19860119 200602 1 001

Tembusan :
Yth. 1. Bapak Bupati Bangkalan
(sebagai laporan)
2. Sdr. Ka. Dinkes Kab. Bangkalan
3. Yang bersangkutan
4. Arsip

Lampiran 6 Perizinan penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
DINAS KESEHATAN
UPT. PUSKESMAS BURNEH**

JL. KH. MUNIF NO. 28 BURNEH, TELP. 081333423399
KODE POS 69121, EMAIL puskburneh@gmail.com

SURAT REKOMENDASI

Nomor : : 400.7.22.2/ 01.1 /433.102.5 / 2024

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : **Saiful Hidayat, S.Kep.Ns**
Nip : 19711216 199503 1 003
Pangkat/Gol : Pembina / IVa
Jabatan : Kepala UPT. Dinas Kesehatan Kab.Bangkalan
Di Puskesmas Burneh
Unit Kerja : UPT. Puskesmas Burneh
Instansi : Dinas Kesehatan Kab. Bangkalan

Dengan ini kami Memberikan ijin untuk melakukan Penelitian di Puskesmas Burneh
Kepada :

Nama : **MARSYANDA RISKIA TRISNIANA**
NIM : P27824321011
Semester : VI (enam)
Instansi : Poltekkes Surabaya
Program Studi : Kebidanan
Tema / Judul : Studi Kasus Ibu Hamil Dengan KEK Di Wilayah
Kerja Puskesmas Burneh Kabupaten Bangkalan.
Waktu : 20 Maret s/d 31 Mei 2024

Demikian Surat Keterangan ini kami berikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Bangkalan, 19 Maret 2024
Kepala UPT Dinas Kesehatan
Kab.Bangkalan Puskmas Burneh



Saiful Hidayat, S.Kep.Ns
NIP. 19711216 199503 1 003

Lampiran 7 *etical clirent*

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SURABAYA
 Jl. Pucang Jajar Tengah No.56 Surabaya-60282
 Telp (031) 5027058, Fax.(031) 5028141
 Website : www.poltekkesdepkes-sby.ac.id
 Email : komisietikittkes@poltekkesdepkes-sby.ac.id



KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.EA/ 2676/KEPK-Poltekkes_Sby/V/2024

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

Peneliti utama : Marsyanda Riskia Tristiana
Principal In Investigator

Nama Institusi : Poltekkes Kemenkes Surabaya
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

"Studi Kasus Pada Ibu Hamil Dengan Kekurangan Energi Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Burneh Kabupaten Bangkalan"

"Case Study of Pregnant Women with Chronic Energy Deficiency in the Burneh Community Health Center Working Area, Bangkalan Regency"

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 31 Juli 2024 sampai dengan tanggal 31 Juli 2025.

This declaration of ethics applies during the period July 31, 2024 until July 31, 2025.



July 31, 2024
 Professor and Chairperson,



Dr. Triwiyanto, S.Si, MT

Anggota Peneliti : Anis Nur Laili, S.SiT..M.Keb

Lampiran 8 informed consent Responden 1

SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Nama

Alamat : Dsn. Garadima, Ds. Langkap, Kec. Burneh, Kab. Bangkalan

No. HP

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya menyetujui untuk menjadi responden secara sukarela dan berpartisipasi sebagai subjek penelitian sebagai Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak berikut; Studi Kasus Muktigravida dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Di Wilayah Kerja Puskesmas Burneh Kabupaten Bangkalan. Pernyataan ini saya buat dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tanpa paksaan dari pihak manapun,

Mengetahui

Bangkalan, 25 Maret 2024

Bidan Penanggung Jawab



Panah M. H. H. S. Keb
NIP. 197806052007012011

Responden

Lampiran 9 Wawancara Responden 1



Lampiran 10 Kunjungan ANC Responden 1

PERNYATAAN IBU/ KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA						
Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan						
Ibu Hamil			Trimester I		Trimester II	Trimester III
HPHT: 21 - 8 - 2022			Periksa Tgt: 17/10 tempat: 7-01/11	Periksa Tgt: 13/11 tempat: 21/11/11	Periksa Tgt: 18/12 tempat:	Periksa Tgt: 1/1 tempat: 30/11/11
BB:	TB:	IMT:	Periksa Tgt: 17/10 tempat: 7-01/11	Periksa Tgt: 13/11 tempat: 21/11/11	Periksa Tgt: 18/12 tempat:	Periksa Tgt: 1/1 tempat: 30/11/11
		19,11	41.6	40	44	46
					22	22
			90/60	90/70	90/60	90/60
			-	swami & pucuk & Bakti	27m ingus	6 p. p. p. p. p.
			-	1982 ment	14 p. p. p.	laktap U +
					-	-
			kecukuban & p. p. p. p. p.		Mutisih p. p. p. p. p.	
					-	
			- cekatan nonstop	Cashamin & p. p. p. p. p.	Fe, kalsi	
				cegarai	huni	
				ANC kerdandi	kelap.	
					Fe, kalsi	
			Ibu Bersalin 1/6/24	Fasyankes:	Rujukan:	
			Taksiran Persalinan:			
			Inisiasi Menyusu Dini			
			Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin	KF 1 (6-48 jam) Tgt: tempat:	KF 2 (3-7 hari) Tgt: tempat:	KF 3 (8-28 hari) Tgt: tempat:
			Periksa Payudara (ASI)			
			Periksa Perdarahan			
			Periksa jalan Lahir			
			Vitamin A			
			KB Pasca Persalinan			
			Konseling			
			Tata Laksana Kasus			
			Bayi baru lahir/ neonatus 0 - 28 hari	KN1 (6-48 jam)	KN 2 (3-7 hari)	KN 3 (8-28 hari)
				Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak		

Lampiran 11 *Informed Consent* Responden 2

SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Nama : ██████████

Alamat : Binoh

No. HP : ██████

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya menyetujui untuk menjadi responden secara sukarela dan berpartisipasi sebagai subjek penelitian sebagai Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak berikut; Studi Kasus Muktigravida dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Di Wilayah Kerja Puskesmas Burneh Kabupaten Bangkalan. Pernyataan ini saya buat dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tanpa paksaan dari pihak manapun.

Mengetahui

Bangkalan, 29 Maret 2024

Responden

Bidan Penanggung Jawab



I'andi M. M. S.P.Keb
NIP. 19780605200701201

.....

Lampiran 12 Kunjungan ANC Responden 2

Nama: 22.1

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 11-8-2023

Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 18-5-2024

Lingkar Lengan Atas: 23 cm; KEK () Non KEK () Tinggi Badan: 151 cm

Golongan Darah: O

Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: suntik KB 3 bln

Riwayat Penyakit yang diderita ibu: Tidak ada

Riwayat Alergi: Tidak

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
24/9	Mual	100/60	43,5	6-7	Belum Teraba	.	-
27/10	Mual, muntah, pusing	110/70	39	10-11 mng.	Belum teraba	-	-
20/11	Mual, pusing	100/60	40	14-15 mng.	Ball (+)	-	-
21/12	Mual	100/60	43	16 mng.	35 b pst	letkep	121
27/1	mual	100/60	46	21-22 mng.	35 b pst	ly	132/m
21/2	mual	80/60	46	27-28 mng.	35 b pst	bovans	141/m
26/3	mual	80/60	46	31 mng.	35 b pst	let lin	156/m
23/3		100/70	47	32 mng.	35 b pst	Letkep	155/m
30/3	Ingin pemeriksaan letak janin	100/60	47	33 mng.	35 b pst	letkep	150/m
15/4	Sakit pinggang	100/70	48	34-35 mng.	22 cm	letkep	152/m

Lampiran 13 Wawancara Responden 2

