

Lampiran 1 Persetujuan Menjadi Responden**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 sebagai berikut; Studi Kasus Pada Akseptor Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Amenorea dan Penambahan Berat Badan di Wilayah Puskesmas Klampis 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

Suwarsiningsih, S.ST., Bd

NIP.196410261986032013

Lampiran 2 Kuesioner

KUESIONER

Identitas

Data identitas akseptor didapat dari formulir K1 dan formulir K4

Identitas

Data identitas akseptor didapat dari formulir K1 dan formulir K4

I. Pernyataan untuk akseptor

A. Pertanyaan untuk karakteristik

1. Berapa usia ibu sekarang?
.....
2. Apa pendidikan terakhir ibu?
.....
3. Bearapa jumlah anak ibu?
.....
4. Berapa berat badan ibu sebelum menggunakan kontrasepsi suntik progestin?
.....
5. Berapa berat badan ibu sekarang setelah menggunakan kontrasepsi suntik progestin
.....
6. Bagaimana siklus menstruasi sebelum menggunakan kontrasepsi suntik progestin?
.....
7. Apakah saat ini ibu menstruasi teratur?
Jika ibu mengatakan iya, maka ditanyakan tentang HPHT ibu
.....

B. Pertanyaan untuk aktifitas sehari-hari

1. Apa pekerjaan ibu?
.....
2. Apa saja kegiatan yang dilakukan ibu selama dirumah?
.....

C. Pertanyaan untuk lama pemakaian

1. Berapa lama ibu menggunakan kontrasepsi suntik progestin

.....

D. Pertanyaan untuk penatalaksanaan efek samping

1. Bagaimana cara ibu untuk mengatasi efek samping amenorea?

.....

2. Bagaimana cara ibu untuk mengatasi efek samping penambahan berat badan?

.....

3. Bagaimana edukasi yang diberikan ibu bidan tentang amenorea?

.....

4. Bagaimana edukasi yang diberikan ibu bidan tentang penambahan berat badan?

.....

5. Berapa kali ibu makan dalam sehari?

.....

6. Bagaimana komposisi makan ibu dalam sehari-hari?

.....

7. Apakah ibu sering makan camilan?

.....

II. Data yang diperoleh dari K1 dan K4


1. Identitas akseptor

2. Berat badan saat pertama kali memakai kontrasepsi

3. Keluhan yang dirasakan akseptor

4. Lama pemakaian

Lampiran 3 Surat Perizinan Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik



PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 JL. SOEKARNO HATTA NO. 37 TELP/FAX. (031) 3091577
 B A N G K A L A N

REKOMENDASI PENELITIAN
NOMOR : 00.9.2 / 103 / 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.11.3/0219/2024
 Tanggal : 15 Maret 2024

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

a. Nama : **NUR WIDYA HENINGSIH**
 b. Alamat : **Campurejo Panceng Gresik**
 c. No. Hp/WA : **082338529007**
 d. Pekerjaan / Jabatan : **Mahasiswa**
 e. Instansi/Civitas/ Organisasi : **Poltekkes Surabaya**
 f. Kebangsaan : **Indonesia**
 g. Judul : **Studi kasus pada Akseptor Kontrasepsi suntik progestin dengan Amonera dan penambahan berat badan di wilayah Puskesmas Klampis Bangkalan.**
 h. Bidang Penelitian : **Kebidanan**
 i. Tujuan Penelitian : **Survey, penelitian, mengambil data, wawancara**
 j. Dosen Pembimbing / Penanggungjawab : **Esyuanik, SST., M.Keb**
 k. Peserta : **-**
 l. Waktu : **19 Maret 2024 s/d 31 Mei 2024**
 m. Lokasi : **Puskesmas Klampis Kec. Klampis Kab. Bangkalan**

Schubungan 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, 19 Maret 2024
 an. **Pt. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK**
KABUPATEN BANGKALAN

ABDI SUPRIATNA, M.Si
 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 4 Surat Dinas Kesehatan



**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
DINAS KESEHATAN**

JALAN RAYA KETENGAN KEC. BURNEH KABUPATEN BANGKALAN TELP. (031) 3095381

Bangkalan, 21 Maret 2024

K e p a d a

Nomor : 000.9.2/ *baD* /433.102/2024 Yth. Kepala UPT Dinas Kesehatan
Sifat : Biasa Kab. Bangkalan.
Lampiran : - Puskesmas Klampis
Hal : Ijin Penelitian/ Survey/ Data Di

BANGKALAN

Menindaklanjuti Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor 009.2./83/433.102/2024 Tanggal 19 Maret 2024. Perihal Permohonan Data, maka bersama ini kami sampaikan bahwa :

Nama : **NUR WIDYA HENINGSIH**
Tema/judul Penelitian : Studi Kasus Pada Akseptor Kontrasepsi Suntik Progestin Dengan Amonera Dan Penambahan Berat Badan Di Wilayah Kerja Puskesmas Klampis Bangkalan
Waktu : 19 Maret 2024 s/d 31 Mei 2024
Instansi : Poltekkes Kemenkes Surabaya

Sehubungan dengan hal tersebut di atas di harapkan saudara untuk membantu sepenuhnya demi kelancaran pelaksanaan penelitian / survey dimaksud. Dengan ketentuan:

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.

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN BANGKALAN
Kepala Bidang SDK


INDAH WAHYUNI, SE., M.MKes
 Pembina
 NIP. 197609162001122002

Lampiran 5 Perizinan Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS KLAMPIS**

Jl. Raya Klampis No. 26 Klampis Telp. (031) 51162218 Kode Pos 69153
E-mail : klampissehat2015@gmail.com

Lampiran 5 Ethical Clearance (EC)

Bangkalan, 7 Mei 2024

Kepada

Nomer : 000.9.2 / 2744 / 433.102.10/2024 Yth. Ketua Poltekkes Kemenkes Surabaya
Sifat : Penting Prodi D III Kebidanan Kampus
Lampiran : - Bangkalan
Perihal : Ijin Melakukan Penelitian di -

B A N G K A L A N

Menindaklanjuti surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan tanggal 21 Maret 2024 Nomor : 000.9.2/648/433.102/2024 Perihal : Permohonan Ijin Penelitian untuk melakukan survey / research / permohonan data Tentang : Studi Kasus Pada Akseptor Kontrasepsi Suntik Progestin Dengan Amonena dan Penambahan Berat Badan di Wilayah Kerja Puskesmas Klampis atas nama : NUR WIDYA HENINGSIH, dengan ini kami memberikan ijin kepada yang bersangkutan untuk melakukan penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Klampis dengan memperhatikan ketentuan dari Badan KESBANGPOL dan LINMAS Kabupaten Bangkalan.

Demikian atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

An. Kepala UPT. Dinas Kesehatan
Kabupaten Bangkalan
Puskesmas Klampis
Kasubid. Data Usaha



ABDUL WAHID ISHAK, SE
NIP. 19810422 200801 1 003

Lampiran 6 Ethical Clearance (EC)



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 : komisietiklitkes@poltekkesdepkes-sby.ac.id



KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.EA/2480/KEPK-Poltekkes_Sby/V/2024

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

Peneliti utama : Nur Widya Heningsih
Principal In Investigator

Nama Institusi : Politeknik Kesehatan Kementerian
Kesehatan Surabaya
Name of the Institution

Dengan judul:
Title
"studi kasus pada akseptor kontrasepsi suntik progestin dengan amenorea dan penambahan berat badan di wilayah
puskesmas klampis bangkalan"

*"Case Study on Progestin Injectable Contraceptive Acceptor with Amenorrhea and Weight Gain in Klampis Bangkalan Health
Center Area"*

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 26 Juni 2024 sampai dengan tanggal 26 Juni 2025.

This declaration of ethics applies during the period June 26, 2024 until June 26, 2025.



June 26, 2024
Professor and Chairperson,



Dr. Triwiyanto, S.Si, MT

Anggota Peneliti : Esyuananik, S.ST., M.Keb

Lampiran 7 Inform Consent Responden 1**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 sebagai berikut; Studi Kasus Pada Akseptor Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Amenorea dan Penambahan Berat Badan di Wilayah Puskesmas Klampis 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

Suwarsiningsih, S.ST., Bd

NIP.196410261986032013

Lampiran 9 kartu K4 responden 1

<p>L. Kode Faskes KB/Jaringany/Jejaring : _____</p>	<p>E. Kode Keluarga Indonesia : _____</p>
KARTU STATUS PESERTA KB	
<p>III. Nama Peserta KB : _____</p> <p>V. Nama Suami/Istri : _____</p> <p>VII. Alamat Peserta KB : _____</p> <p>IX. Penggunaan Asuransi : <input type="checkbox"/> 1) BPJS Kesehatan 2) Lainnya 3) Tidak</p>	<p>IV. Tgl Lahir/Umur Istri : _____ / _____</p> <p>VI. Pendidikan Suami dan Istri : _____ 1) Tidak Tamat SD/MI 2) Tamat SD/MI 3) Tamat SLTP/MTsN Suami Istri 4) Tamat SLTA/MA 5) Tamat PT 6) Tidak Sekolah</p> <p>VIII. Pekerjaan Suami dan Istri : _____ 1) Petani 2) Nelayan 3) Pedagang 4) PNS/TNI/POLRI 5) Pegawai Swasta 6) Wiraswasta 7) Pensiunan 8) Pelejar Lanjut 9) Lainnya Suami Istri</p>
<p>X. Jumlah anak hidup : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p>XII. Status Peserta KB : <input type="checkbox"/> 1) Baru Pertama kali 2) Pernah pakai alat KB berjenis/merk lain 3) Pernah pakai alat KB 4) Sedang ber-KB</p>	<p>XI. Umur anak terakhir yang masih hidup : _____ Tahun _____ Bulan</p> <p>XIII. Alat/Obat/Cara KB terakhir : <input type="checkbox"/> 1) Suntikan 1 Bulan 2) Suntikan 3 Bulan 3) PI 4) Kondom 5) Implan 1 Batang 6) Implan 2 Batang 7) IUD Cut 30GA 8) IUD Lain-lain 9) Tubektomi 10) Vasektomi</p>
<p>XIV. Penapisan (Skining) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB</p> <p>Petunjuk : Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (√) pada kotak yang tersedia. Penapisan (Skining) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan KB.</p> <p>Anamnesa</p> <p>1. Haid terakhir tanggal : _____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun</p> <p>2. Hamil/Diduga Hamil : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>3. Jumlah GPA Gravidita (Stehamilan) : _____ Partus (Persalinan) _____ Abortus (Keguguran) _____</p> <p>4. Menyusui : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : Tidak Ya</p> <p>a. Sakit kuning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. Keputihan yang lama <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d. Tumor - Payudara <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Rahim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Indung telur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>- Bila semua jawaban TIDAK, dapat diberikan salah satu cara KB (kecuali IUD dan Tubektomi).</p> <p>- Bila salah satu jawaban YA, rujuk ke dokter.</p> </div>	
<p>Pemeriksaan</p> <p>6. Keadaan Umum : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Kurang</p> <p>7. Berat Badan : _____ Kg</p> <p>8. Tekanan Darah : _____</p> <p>9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau Tubektomi dilakukan pemeriksaan dalam : Tidak Ya</p> <p>a. Tanda - tanda radang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10. Posisi Rahim : <input type="checkbox"/> retroflek <input type="checkbox"/> anteфлек</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Bila semua jawaban TIDAK, pemasangan IUD atau tindakan Tubektomi dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA, rujuk ke dokter.</p> </div> <p>11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon Vasektomi dan Tubektomi) : Tidak Ya</p> <p>a. Tanda-tanda diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Kadainan pembekuan darah <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. Radang orchitis/epididymitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Bila semua jawaban TIDAK, dapat dilakukan Vasektomi. Bila salah satu jawabannya YA, maka rujuklah ke Faskes KB/Rumah Sakit yang lengkap.</p> </div>	
<p>12. Alat/obat/cara kontrasepsi yang boleh dipergunakan : <input type="checkbox"/> Suntikan 1 Bulan <input type="checkbox"/> Suntikan 3 Bulan <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Implan 1 Batang <input type="checkbox"/> Implan 2 Batang <input type="checkbox"/> IUD Cut 30GA <input type="checkbox"/> IUD Lain-lain <input type="checkbox"/> Tubektomi <input type="checkbox"/> Vasektomi *)</p>	
<p>XV. Alat/obat/cara kontrasepsi yang dipilih : <input type="checkbox"/> 1) Suntikan 1 Bulan 2) Suntikan 3 Bulan 3) PI 4) Kondom 5) Implan 1 Batang 6) Implan 2 Batang 7) IUD Cut 30GA 8) IUD Lain-lain 9) Tubektomi 10) Vasektomi</p> <p>XVII. Tanggal kunjungan ulang : _____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun</p>	<p>XVI. Tanggal dilayani : **) _____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun</p> <p>XVIII. Tanggal dicabut (khusus Implan/IUD) : _____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun</p> <p>XIX. Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Perawat Kesehatan (_____) NDP.</p>
<p>KETERANGAN :</p> <p>*) Cost yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan.</p> <p>**) Untuk gratis untuk pelayanan tidak bayar.</p>	

Lampiran 10 *Dokumentasi Kunjungan Responden 1*



Lampiran 11 *Inform Consent Responden 2***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 sebagai berikut; Studi Kasus Pada Akseptor Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Amenorea dan Penambahan Berat Badan di Wilayah Puskesmas Klampis 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

Suwarsiningsih, S.ST., Bd

NIP.196410261986032013

Lampiran 13 Kartu K4 Responden 2

I. Kode Faskes KB/Jaringan/Jejaring		II. Kode Keluarga Indonesia																						
KARTU STATUS PESERTA KB																								
III. Nama Peserta KB		IV. Tgl Lahir/Umur Istri																						
V. Nama Suami/Istri		VI. Pendidikan Suami dan Istri																						
VII. Alamat Peserta KB		VII. Pekerjaan Suami dan Istri																						
DK. Penggunaan Asuransi		X. Jumlah anak hidup																						
XII. Status Peserta KB		XI. Umur anak terakhir yang masih hidup																						
XIII. Status Peserta KB		XIII. Alat/Obat/Cara KB terakhir																						
<p>XIV. Penapisan (Skining) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB</p> <p>Petunjuk : Penapisan keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia. Penapisan (Skining) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan KB.</p> <p>Anamnesis</p> <p>1. Haid terakhir tanggal : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>2. Hamil/Diduga Hamil : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>3. Jumlah GPA Gravid (Kehamilan) : <input type="text"/> Partus (Persalinan) : <input type="text"/> Abortus (Keguguran) : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>4. Menyusui : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>5. Riwayat Penyakit Sebelumnya :</p> <table border="0"> <tr> <td>a. Sakit kuning</td> <td>Tidak</td> <td>Ya</td> </tr> <tr> <td>b. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Keputihan yang lama</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Tumor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Payudara</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Rahim</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Indung telur</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Pemeriksaan</p> <p>6. Keadaan Umum : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Kurang</p> <p>7. Berat Badan : <input type="text"/> kg</p> <p>8. Tekanan Darah : <input type="text"/></p> <p>9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau Tubektomi dilakukan pemeriksaan dalam : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p> <p>a. Tanda-tanda radang <input type="checkbox"/></p> <p>b. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/></p> <p>10. Posisi Rahim : <input type="checkbox"/> Retrofleks <input type="checkbox"/> Anteфлек</p> <p>11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon Vasektomi dan Tubektomi)</p> <p>a. Tanda-tanda diabetes <input type="checkbox"/></p> <p>b. Kadainan pembekuan darah <input type="checkbox"/></p> <p>c. Radang orchitis/epididymitis <input type="checkbox"/></p> <p>d. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/></p> <p>12. Alat/obat/cara kontrasepsi yang boleh dipergunakan : <input type="checkbox"/> Suntikan 1 Bulanan <input type="checkbox"/> Suntikan 3 Bulanan <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Implan 1 Batang <input type="checkbox"/> Implan 2 Batang <input type="checkbox"/> IUD Cut 380A <input type="checkbox"/> IUD Lain-lain <input type="checkbox"/> Tubektomi <input type="checkbox"/> Vasektomi</p>				a. Sakit kuning	Tidak	Ya	b. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Keputihan yang lama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Payudara			- Rahim			- Indung telur		
a. Sakit kuning	Tidak	Ya																						
b. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
c. Keputihan yang lama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
d. Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
- Payudara																								
- Rahim																								
- Indung telur																								
<p>XV. Alat/obat/cara kontrasepsi yang dipilih</p> <p>1) Suntikan 1 Bulanan 2) Suntikan 3 Bulanan 3) PI 4) Kondom</p> <p>5) Implan 1 Batang 6) Implan 2 Batang 7) IUD Cut 380A 8) IUD Lain-lain</p> <p>9) Tubektomi 10) Vasektomi</p> <p>XVI. Tanggal dilayani : **/ /</p> <p>XVII. Tanggal kunjungan ulang : / /</p> <p>XVIII. Tanggal dicabut (khusus Implan/IUD) : / /</p> <p>XIX. Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Perawat Kesehatan</p> <p>() NIP.</p>																								
<p>KETERANGAN :</p> <p>**/ : Condit yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan.</p> <p>**/ : Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar.</p>																								

Lampiran 14 *Dokumentasi Kunjungan Responden 2*



Lampiran 15 Hasil Kuesioner Responden 1

KUESIONER

Identitas

Data identitas akseptor didapat dari formulir K1 dan formulir K4

Identitas

Data identitas akseptor didapat dari formulir K1 dan formulir K4

I. Pernyataan untuk akseptor

A. Pertanyaan untuk karakteristik

1. Berapa usia ibu sekarang?
.....
2. Apa pendidikan terakhir ibu?
.....
3. Bearapa jumlah anak ibu?
.....
4. Berapa berat badan ibu sebelum menggunakan kontrasepsi suntik progestin?
.....
5. Berapa berat badan ibu sekarang setelah menggunakan kontrasepsi suntik progestin
.....
6. Bagaimana siklus menstruasi sebelum menggunakan kontrasepsi suntik progestin?
.....
7. Apakah saat ini ibu menstruasi teratur?
Jika ibu mengatakan iya, maka ditanyakan tentang HPHT ibu
.....

B. Pertanyaan untuk aktifitas sehari-hari

1. Apa pekerjaan ibu?
.....

2. Apa saja kegiatan yang dilakukan ibu selama dirumah?
.....

C. Pertanyaan untuk lama pemakaian

1. Berapa lama ibu menggunakan kontrasepsi suntik progestin
.....

D. Pertanyaan untuk penatalaksanaan efek samping

1. Bagaimana cara ibu untuk mengatasi efek samping amenorea?
.....
2. Bagaimana cara ibu untuk mengatasi efek samping penambahan berat badan?
.....
3. Bagaimana edukasi yang diberikan ibu bidan tentang amenorea?
.....
4. Bagaimana edukasi yang diberikan ibu bidan tentang penambahan berat badan?
.....
5. Berapa kali ibu makan dalam sehari?
.....
6. Bagaimana komposisi makan ibu dalam sehari-hari?
.....
7. Apakah ibu sering makan camilan?
.....

II. Data yang diperoleh dari K1 dan K4

1. Identitas akseptor
2. Berat badan saat pertama kali memakai kontrasepsi
3. Keluhan yang dirasakan akseptor
4. Lama pemakaian

Lampiran 16 Hasil Kuesioner Responden 2

KUESIONER

Identitas

Data identitas akseptor didapat dari formulir K1 dan formulir K4

Identitas

Data identitas akseptor didapat dari formulir K1 dan formulir K4

I. Pernyataan untuk akseptor

A. Pertanyaan untuk karakteristik

1. Berapa usia ibu sekarang?

.....

2. Apa pendidikan terakhir ibu?

.....

3. Bearapa jumlah anak ibu?

.....

4. Berapa berat badan ibu sebelum menggunakan kontrasepsi suntik progestin?

.....

5. Berapa berat badan ibu sekarang setelah menggunakan kontrasepsi suntik progestin

.....

6. Bagaimana siklus menstruasi sebelum menggunakan kontrasepsi suntik progestin?

.....

7. Apakah saat ini ibu menstruasi teratur?

Jika ibu mengatakan iya, maka ditanyakan tentang HPHT ibu

.....

B. Pertanyaan untuk aktifitas sehari-hari

1. Apa pekerjaan ibu?

.....

2. Apa saja kegiatan yang dilakukan ibu selama dirumah?

C. Pertanyaan untuk lama pemakaian

1. Berapa lama ibu menggunakan kontrasepsi suntik progestin

D. Pertanyaan untuk penatalaksanaan efek samping

1. Bagaimana cara ibu untuk mengatasi efek samping amenorea?

2. Bagaimana cara ibu untuk mengatasi efek samping penambahan berat badan?

3. Bagaimana edukasi yang diberikan ibu bidan tentang amenorea?

4. Bagaimana edukasi yang diberikan ibu bidan tentang penambahan berat badan?

5. Berapa kali ibu makan dalam sehari?

6. Bagaimana komposisi makan ibu dalam sehari-hari?

7. Apakah ibu sering makan camilan?

II. Data yang diperoleh dari K1 dan K4

1. Identitas akseptor

2. Berat badan saat pertama kali memakai kontrasepsi

3. Keluhan yang dirasakan akseptor

4. Lama pemakaian

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dalam skripsi ini belum pernah ada karya yang diajukan untuk memperoleh gelar/sebutan akademik di suatu perguruan tinggi. Semua sumber baik yang di kutip maupun di rujukan telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila di temukan suatu jiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima akibatnya berupa sanksi akademis dan sanksi lain yang di berikan oleh yang berwenang.

Surabaya, 14 Juni 2024

Yang Membuat Pernyataan



Nur Widya Heningsih
P27824321013