

Lampira 1 *Informed Consent*

SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti saya menyetujui untuk menjadi responden secara sukarela dan berpartisipasi sebagai subjek penelitian sebagai upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak berikut: “Study Kasus Primigravida Trimester II dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di Wilayah Kerja Puskesmas Jaddih Kecamatan Socah Kabupaten Bangkalan” pernyataan ini saya buat dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bangkalan, 2024

Mahasiswa

klien

Via Kusumawati

NIM : P27824321017

Lampiran 2 Lembar Kuesioner

LEMBAR KUESIONER**1. Data Responden**

Nama :

Status gravida :

Usia kehamilan :

LILA :

2. Faktor penyebab KEK pada Ibu Hamil**A. Faktor langsung**

1. Apakah ibu pernah memiliki riwayat penyakit infeksi ?

 Penyakit kuning TBC HIV/AIDS**B. Faktor tidak langsung**

1. Berapakah usia ibu saat ini?

2. Apa tingkat pendidikan terakhir ibu?

 SD SMP SMA S1 TIDAK SEKOLAH

3. Pendapatan

a. Apakah pendapatan keluarga bisa untuk cukup untuk membeli kebutuhan ibu hamil?

b. Berapakah pendapatan keluarga dalam satu bulan?

 <1,500 jt >1,500 jt

- c. Dalam keluarga apakah apakah ada orang lain yang dinafkahi (orang tua, adek, dll)

iya

tidak

3. Pola konsumsi makanan

- a. Bagaimana porsi makan ibu sebelum hamil dan saat ini?

Sebelum hamil : kali/hari

Saat ini : kali/hari

- b. Apasaja yang ibu makan dalam satu porsi makanan?
c. Apakah ibu memiliki pantangan makanan selama kehamilan?

Iya

Tidak

- d. Jika iya apa jenis makanan pantangan ibu ?
e. Mengapa ibu memiliki pantangan makanan tersebut?

4. Penatalaksanaan

1. ANC terpadu

- a. apakah selama ini ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan?

Iya

tidak

- b. Jika iya dimana biasanya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?

2. Tablet Fe/Laduni

- a. Apakah ibu rajin meminum tablet fe / laduni selama kehamilan ini ?

Iya

tidak

- b. Jika iya bagaimana cara meminum tablet fe / laduni ?

3. Pemberian PMT

a. Apakah selama hamil ibu pernah diberikan makanan tambahan (PMT)?

Iya

tidak

b. Jika iya dimana ibu mendapatkan makanan tambahan (PMT) tersebut?

c. Siapakah yang memberi makanan tambahan (PMT) dan dalam bentuk apa?


d. Apakah ibu sudah mengkonsumsi makanan tambahan (PMT) tersebut?

e. Apakah suami dan keluarga ikut serta dalam melakukan (PMT) tersebut?

Iya

tidak

Lampira 3 surat ijin penelitian

 **PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**
DINAS KESEHATAN
JALAN RAYA KETENGAN KEC. BURNEH KABUPATEN BANGKALAN TELP. (031) 3095381

Bangkalan, 22 April 2024

Nomor : 000.9.2/ *878* /433.102/2024 Kepada
Sifat : Biasa Yth. Kepala UPT Dinas Kesehatan
Lampiran : - Kab. Bangkalan.
Hal : Ijin Penelitian/ Survey/ Data Puskesmas Jaddih
Di **BANGKALAN**

Menindaklanjuti Surat dari Badan Kesatuan bangsa Dan Politik Kabupaten Bangkalan Nomor 0009.2/153/433..207/2024 Tanggal 3 April 2024. Perihal Permohonan Data , maka bersama ini kami sampaikan bahwa :


Nama : **VIA KUSUMAWATI**
Tema/judul Penelitian : studi kasus pada primigravida trimester II dengan kekurangan energi kronis (KEK) dipuskesmas jaddih kecamatan sochah kabupaten bangkalan
Waktu : 3 April 2024 S/d 31 Mei 2024
Instansi : Poltekkes 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**


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

Lampiran 4 Surat Balasan



PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS JADDIH
 Jl. Raya Jaddih, Kecamatan Socah, Kabupaten Bangkalan
 Email : pkmjaddih@gmail.com Telp. 082301090317

Kode Pos : 69161

Bangkalan, 25 April 2024

KEPADA

Yth. Pimpinan Politeknik Kesehatan

Kemenkes Surabaya

di,-

BANGKALAN

Nomor : 800.1.11.1/050-2/433.102.4/2024
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian / Survey / Data

Menindaklanjuti Surat dari Politeknis Kesehatan Kemenkes Surabaya No : 000.9.2/878/433.102/2024
 Tanggal 22 April 2024 tentang surat permohonan Ijin Penelitian / Survey / data di Puskesmas Jaddih
 Kec. Socah Kab. Bangkalan, dengan ini kami memberikan ijin kepada Mahasiswa :

Nama : Via Kusumawati
 NIM : P27824321017
 Semester : VI
 Program Studi : D-III Kebidanan
 Tema : "Studi Kasus Primigavida Trimester II dengan Kekurangan Energi
 Kronis (KEK) di Puskesmas Jaddih Kec. Socah Kabupaten Bangkalan"
 Waktu : 03 April 2024 s/d 31 Mei 2024

Demikian Surat balasan ini kami sampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,
 Kepala UPT Puskesmas Jaddih

drg. PURWANTI

NIP. 19770514 200501 2 009

Lampiran 6 Dokumentasi Responden kedua Ny. A

IDENTITAS

Foto Ibu

| | IBU | SUAMI/KELUARGA |
|--------------------------|----------------|----------------|
| NAMA | Hg. Anubria | Tn Syarif |
| NIK | 35260295090003 | |
| PEMBIAJIAN | | |
| NO. JKN | | |
| FASKES TK 1 | | |
| FASKES RUJUKAN | | |
| GOL. DARAH | | |
| TEMPAT TANGGAL LAHIR | | |
| PENDIDIKAN | | |
| PEKERJAAN | | |
| ALAMAT RUMAH | Parseh | |
| TELEPON | | |
| PUSKESMAS DOMISILI | | |
| NO. REGISTER KOHORT IBU: | | |

PERNYATAAN IBU/ KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA

Capado Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

| Ibu Hamil | Trimester I | | Trimester II | | Trimester III | |
|---|---|-----------------|------------------|-------------------|---------------|---------|
| | Periksa | Periksa | Periksa | Periksa | Periksa | Periksa |
| HPHT: 16-11-2023 | | | | | | |
| BR: 95 TR: 151 IMT: 27/04 19/103 29/29 | | | | | | |
| Timbang | 95 | 99 | 98 | | | |
| Ukur Lingkar Lengan Atas | 23 | | | | | |
| Tekanan Darah | 120/80 | 120/90 | 110/90 | | | |
| Periksa Tinggi Rahim | | | | | | |
| Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin | uk - u mg | 13 mg | 19 mg | | | |
| Status dan Imunisasi Tetanus | | | | | | |
| Konseling | Platris | Nulmi | Nulmi | | | |
| Skrining Dokter | 6 | | | | | |
| Tablet Tambah Darah | | | | | | |
| Test Lab Hemoglobin (Hb) | | | 11.9 | | | |
| Test Golongan Darah | | | B+ | | | |
| Test Lab Protein Urine | | | | | | |
| Test Lab Gula Darah | | | | | | |
| PPA | | | | | | |
| Tata Laksana Kasus | | | | | | |
| Ibu Bersalin | Fasilitas Kesehatan: | | Rujukan: | | | |
| TP: 22-08-2024 | | | | | | |
| Inisiasi Menyusu Dini | | | | | | |
| Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin | KF 1 (6-48 jam) | KF 2 (3-7 hari) | KF 3 (8-28 hari) | KF 4 (28-42 hari) | | |
| 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 | | | | | |



PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS JADDIH
 Jl. Raya Jaddih, kabupaten bangkalan, kecamatan Socah
 Email : pkm@jaddih.com Telp. 082301090317 Kode Pos 69161

Jam Periksa :

Nama : Amprina
 Umur : 24 th
 Jenis Kelamin : P
 Alamat : Parseh

| NO | JENIS PEMERIKSAAN | HASIL | NILAI RUKUN |
|----|------------------------|-------------|----------------------------------|
| 1 | HEMOGLOBIN (HB) | 11.8 | UK: 13 18 g/dl PR: 12 16 g/dl |
| 2 | GLUKOSA SEWAKTU | 120 | <200 mg/dl |
| 3 | GOLONGAN DARAH, RHESUS | A, B, O, AB | |
| 4 | PROTEIN | Negatif | |
| 5 | HbSag | Negatif | |
| 6 | Anti HIV | Non reaktif | |
| 7 | SIFILIS | Non reaktif | |
| 8 | Tes Kehamilan | Negatif | |

NB: Dokter/ Penanggung jawab
 Jaddih, 20/04/2024
 Pemeriksa (Signature)

Lampira 7 informed consent Responden Pertama Ny. N

Lampiran I. Informed consent

SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti saya menyetujui untuk menjadi responden secara sukarela dan berpartisipasi sebagai subjek penelitian sebagai upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak berikut: "Study Kasus Primigravida Trimester II dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di Wilayah Kerja Puskesmas Jaddih Kecamatan Socah Kabupaten Bangkalan" pernyataan ini saya buat dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tanpa paksaan dari pihak manapun.


Bangkalan, 27.04.2024

Mahasiswa

Via Kusumawati

NIM : P27824321017

Klien


Nuril Ariyah

Lampiran 8 hasil wawancara Responden pertama Ny. N

LEMBAR KUESIONER

1. Data Responden

Nama :

Status gravida :

Usia kehamilan :

LILA :

2. Faktor penyebab KEK pada Ibu Hamil

A. Faktor langsung

1. Apakah ibu pernah memiliki riwayat penyakit infeksi ?

Penyakit kuning

TBC

HIV/AIDS

B. Faktor tidak langsung

1. Berapakah usia ibu saat ini?

2. Apa tingkat pendidikan terakhir ibu?

SD SMP SMA

S1 TIDAK SEKOLAH

3. Apakah pendapatan keluarga bisa untuk cukup untuk membeli kebutuhan ibu hamil?

4. Berapakah pendapatan keluarga dalam satu bulan?

<1,500 jt

>1,500 jt

5. Dalam keluarga apakah apakah ada orang lain yang dinafkahi (orang tua, adek, dll)

iya

tidak

3. Pola konsumsi makanan

a. Bagaimana porsi makan ibu sebelum hamil dan saat ini?

Sebelum hamil : kali/hari

Saat ini : kali/hari

b. Apa saja yang ibu makan dalam satu porsi makanan (isi piringku)?

c. Apakah ibu memiliki pantangan makanan selama kehamilan?

Iya

Tidak

d. Jika iya apa jenis makanan pantangan ibu ?

e. Mengapa ibu memiliki pantangan makanan tersebut?

4. Penatalaksanaan

1. ANC terpadu

a. apakah selama ini ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan?

Iya

tidak

b. Jika iya dimana biasanya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?

2. Tablet Fe/Laduni

a. Apakah ibu rajin meminum tablet fe / laduni selama kehamilan ini ?

Iya

tidak

b. Jika iya bagaimana cara meminum tablet fe / laduni ?

3. Pemberian PMT

1. Apakah selama hamil ibu pernah diberikan makanan tambahan (PMT)?

Iya

tidak

2. Jika iya dimana ibu mendapatkan makanan tambahan (PMT) tersebut?

Lampiran 9 Informed Consent Responden Kedua Ny. A

Lampiran 1. Informed consent

SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti saya menyetujui untuk menjadi responden secara sukarela dan berpartisipasi sebagai subjek penelitian sebagai upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak berikut: "Study Kasus Primigravida Trimester II dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di Wilayah Kerja Puskesmas Jaddih Kecamatan Socah Kabupaten Bangkalan" pernyataan ini saya buat dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bangkalan, 29.09.2024

Mahasiswa

Via Kusumawati

NIM : P27824321017

klien

Ambrima

Lampiran 10 Hasil Wawancara Responden Kedua Ny. A

LEMBAR KUESIONER**1. Data Responden**

Nama :

Status gravida :

Usia kehamilan :

LILA :

2. Faktor penyebab KEK pada Ibu Hamil**A. Faktor langsung**

1. Apakah ibu pernah memiliki riwayat penyakit infeksi ?

 Penyakit kuning TBC HIV/AIDS**B. Faktor tidak langsung**

1. Berapakah usia ibu saat ini?

2. Apa tingkat pendidikan terakhir ibu?

 SD SMP SMA S1 TIDAK SEKOLAH

3. Berapakah pendapatan keluarga dalam satu bulan?

 <1,500 jt >1,500 jt

4. Apakah pendapatan keluarga bisa untuk cukup untuk membeli kebutuhan ibu hamil?

5. Dalam keluarga apakah apakah ada orang lain yang dinafkahi (orang tua, adek, dll)

iya

tidak

3. Pola konsumsi makanan

- a. Bagaimana porsi makan ibu sebelum hamil dan saat ini?

Sebelum hamil : kali/hari

Saat ini : kali/hari

- b. Apa saja yang ibu makan dalam satu porsi makanan (isi piringku)?
- c. Apakah ibu memiliki pantangan makanan selama kehamilan?

Iya

Tidak

- d. Jika iya apa jenis makanan pantangan ibu ?
- e. Mengapa ibu memiliki pantangan makanan tersebut?

4. Penatalaksanaan

1. ANC terpadu

- a. apakah selama ini ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan?

Iya

tidak

- b. Jika iya dimana biasanya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?

2. Tablet Fe/Laduni

- a. Apakah ibu rajin meminum tablet fe / laduni selama kehamilan ini ?

Iya

tidak

- b. Jika iya bagaimana cara meminum tablet fe / laduni ?

3. Pemberian PMT

- a. Apakah selama hamil ibu pernah diberikan makanan tambahan (PMT)?

Iya

tidak

- b. Jika iya dimana ibu mendapatkan makanan tambahan (PMT) tersebut?
- c. Siapakah yang memberi makanan tambahan (PMT) dan dalam bentuk apa?
- d. Apakah ibu sudah mengkonsumsi makanan tambahan (PMT) tersebut?
- e. Apakah suami dan keluarga ikut serta dalam melakukan (PMT) tersebut?

Iya

tidak

Lampiran 11 Etical



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/ 2739 /KEPK-Poltekkes_Sby/V/2024

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

Peneliti utama : via kusumawati
Principal In Investigator

Nama Institusi : poltekkes kemenkes surabaya
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

"study kasus primigravida trimester II dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di puskesmas jaddih kecamatan socah kabupaten bangkalan"

"case study of second trimester primigravida with Chronic Energy Deficiency (KEK) at Jaddih Community Health Center, Socah District, 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 06 Agustus 2024 sampai dengan tanggal 06 Agustus 2025.

This declaration of ethics applies during the period August 06, 2024 until August 06, 2025.



Anggota Peneliti : Deasy Irawati S.SiT.M.Keb

August 06, 2024
Professor and Chairperson,



Dr. Triwiyanto, S.Si, MT