

Lampiran 1 *Informed consent* Respondent

### **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: “Studi Kasus Pada Primigravida Trimester II dengan Kurang Energi Kronis (KEK) di Puskesmas Kamal Kabupaten Bangkalan” pernyataan ini saya buat dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bangkalan, ..... 2024

**Mahasiswa**

**Klien**

**Alifia Natasyah Sofiyanti**

**NIM : P27824321030**

\_\_\_\_\_

## Lampiran 2 Panduan Wawancara

**KUESIONER RESPONDEN****1. Data Responden**

Nama :  
 Status gravida :  
 Usia Kehamilan :  
 LILA :

**2. Faktor penyebab KEK pada ibu hamil****A. Faktor tidak langsung**

## 1. Usia

Saat ini berapa usia ibu?.....

## 2. Pendidikan

Apa pendidikan terakhir ibu?.....

## 3. Status ekonomi

a. Apa pekerjaan kepala keluarga di dalam keluarga?.....

b. Berapakah pendapatan kepala keluarga dalam satu bulan, apakah sesuai dengan UMR?

< 2.240.701

≥ 2.240.701

c. Apakah ibu juga bekerja ?.....

d. Jika iya, berapa pendapatan ibu dalam sebulan?.....

e. Apakah dalam keluarga ada orang lain yang dinafkahi seperti orang tua, adek, dan lain-lain?.....

f. Apakah pendapatan keluarga bisa untuk membeli kebutuhan ibu hamil?...

g. Apakah pendapatan keluarga bisa untuk pemeriksaan kehamilan secara rutin?.....

## B. Faktor langsung

### Pola konsumsi makanan

- a. Apakah selama hamil ibu mengonsumsi makanan tambahan/nyemil makanan yang mengandung karbohidrat, seperti roti, jagung, ubi, dan lain-lain?.....
- b. Apakah selama hamil ibu mengonsumsi makanan yang mengandung protein seperti tahu, tempe, telur, ikan, daging, dan lain-lain?.....
- c. Bagaimana pola makan ibu selama hamil dan sebelum hamil, sehari makan berapa kali dengan porsi berapa piring dan apa saja komposisinya?.....
- d. Apakah ada pantangan selama kehamilan ini?.....

## 3. Penatalaksanaan dan Komplikasi

### 1. Pemberian PMT

- a. Apakah selama hamil ibu diberikan makanan tambahan?.....
- b. Jika iya dimana ibu mendapatkan PMT tersebut?.....
- c. Apakah ibu rutin melakukan posyandu ataupun kelas ibu hamil?.....
- d. Dalam bentuk apa PMT yang diberikan?.....
- e. Jika ibu mendapatkan PMT apakah ibu selalu mengonsumsinya?.....

### 2. ANC terpadu

- a. Apakah selama hamil ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan?.....
- b. Selama sebulan berapa kali ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?.....
- c. Dimana biasanya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?.....
- d. Apakah selama hamil ibu pernah mengalami sakit?.....
- e. Apakah ibu memiliki riwayat penyakit seperti TBC, HIV/AIDS, Siphilis, dan Hepatitis?.....
- f. Jika iya, apakah ibu pernah dikonsulkan dengan dokter mengenai kesehatan ibu?.....
- g. Apakah ibu pernah melakukan pemeriksaan laboratorium ?.....
- h. Jika iya, terakhir pemeriksaan HB ibu berapa?.....

- i. Apakah ibu pernah dikonsulkan dengan ahli gizi mengenai asupan nutrisi ibu?.....
- j. Apakah ibu pernah mendapatkan edukasi tentang asupan gizi seimbang ibu selama hamil?.....
- k. Apakah ibu saat periksa mendapatkan tablet Fe?.....
- l. Apakah ibu rutin mengonsumsi tablet Fe?.....
- m. Bagaimana cara ibu mengonsumsi tablet Fe?.....
- n. Apakah ada keluhan selama mengonsumsi tablet Fe?.....

## Lampiran 3 Surat Bangkesbangpol



**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 / 136 / 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.11.3/0264/2024  
 Tanggal : 3 April 2024

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

- a. Nama : ALIFIA NATASYAH SOFIYANTI
- b. Alamat : Sukorejo Sidayu Gresik
- c. No. Hp/WA : 082338529007
- d. Pekerjaan / Jabatan : Mahasiswa
- e. Instansi/Civitas/Organisasi : Poltekkes Surabaya
- f. Kebangsaan : Indonesia
- g. Judul : Studi kasus pada primigravida Trimester III dengan kekurangan energi Kronis (KEK) di Puskesmas Kamal Kabupaten Bangkalan.
- h. Bidang Penelitian : Kebidanan
- i. Tujuan Penelitian : Survey , penelitian, mengambil data, wawancara
- j. Dosen Pembimbing / Penanggungjawab : Sri Wayanti, S.SiT., MPH
- k. Peserta : -
- l. Waktu : 3 April 2024 s/d 31 Mei 2024
- m. Lokasi : Puskesmas Kamal Kecamatan Kamal Kabupaten 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 sejenisnyanya kepada Bakesbangpol Kabupaten Bangkalan.

Bangkalan, 3 April 2024  
 an. Plt. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK



AMIRAH UTI, S.STP., M.Si  
 Pembina  
 NIP. 19860119 200602 1 001

**Tembusan :**

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, 22 April 2024

K e p a d a

Nomor : 000.9.2/ P 70 /433.102/2024 Yth. Kepala UPT Dinas Kesehatan  
Sifat : Biasa Kab. Bangkalan.  
Lampiran : - Puskesmas Kamal  
Hal : Ijin Penelitian/ Survey/ Data Di

**BANGKALAN**

Menindaklanjuti Surat dan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor 009.2./88/433.102/2024 Tanggal 19 April 2024. Perihal Permohonan Data, maka bersama ini kami sampaikan bahwa :

Nama : ALIFIA NATASYAH SOFIYANTI  
Tema/judul Penelitian : Studi Kasus Pada Primigravida Trimester 111  
Dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) Di  
Puskesmas Kamal Kabupaten bangkalan  
Waktu : 03 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**

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

## Lampiran 5 Surat Perizinan Penelitian

  
**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS KECAMATAN KAMAL**  
Jalan Kusuma Bangsa No. 23 Email : pkmkamal17@gmail.com

---

Kamal, 01 Mei 2024

**SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : KHADIJAH S.Keb  
NIP : 19820712 200604 2028  
Pangkat/golongan : Penata /III-D  
Jabatan : Kepala UPT Puskesmas Kamal

Dengan ini menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : ALIFIA NATASYAH SOFIYANTI  
Tema/Judul Penelitian : Studi kasus pada primigravida trimester III dengan kekurangan energi kronis (KEK) di Puskesmas Kamal tahun 2024  
Waktu : 05 April 2024 s/d 31 Mei 2024  
Instansi : Poltekkes Kemenkes Surabaya

Telah melakukan studi kasus dengan judul penelitian dengan tersebut di atas.  
Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yang Membuat  
Kepala UPT Puskesmas Kamal  
  
KHADIJAH S.Keb  
19820712 200604 2028



Lampiran 6 *Ethical Clearance (ETC)*

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](http://www.poltekkesdepkes-sby.ac.id)  
Email : [komisietiklitkes@poltekkesdepkes-sby.ac.id](mailto:komisietiklitkes@poltekkesdepkes-sby.ac.id)



**KETERANGAN LAYAK ETIK**  
*DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION*  
"ETHICAL EXEMPTION"

No.EA/2763/KEPK-Poltekkes\_Sby/V/2024

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

Peneliti utama : Alifia Natasyah Sofiyanti  
*Principal In Investigator*

Nama Institusi : Poltekkes Kemenkes Surabaya  
*Name of the Institution*

Dengan judul:  
*Title*

**"Studi Kasus Pada Primigravida Trimester II Dengan Kurang Energi Kronis (KEK) Di Puskesmas Kamal Kabupaten Bangkalan"**

*"Case Study of Second Trimester Primigravida with Chronic Energy Deficiency (KEK) at Kamal Community Health Center, 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.*



August 06, 2024  
Professor and Chairperson,



Dr. Triwiyanto, S.Si, MT

Anggota Peneliti : Sri Wayanti, S.SiT., MPH



Lampiran 7 *Informed Consent* Partisipan 1**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: "Studi Kasus Pada Primigravida Trimester II dengan Kurang Energi Kronis (KEK) di Puskesmas Kamal Kabupaten Bangkalan" pernyataan ini saya buat dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bangkalan, 19-01-2024

**Mahasiswa**Alifia Natasyah Sofivanti

NIM : P27824321030

**Klien**

## Lampiran 8 Kunjungan ANC Partisipan 1

## PERNYATAAN IBU/ KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA

EliPoA

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

| Ibu Hamil<br>HPHT: 29-10-23               |     |      | Trimester I   |                 | Trimester II        | Trimester III             |         |
|---|-----|------|---|-----------------|---------------------|---------------------------|---------|
| BB:                                       | TB: | IMT: | Periksa   | Periksa         | Periksa             | Periksa                   | Periksa |
| 46,7                                      | 159 |      | 01/12/23  | 09/01/24        | 01/02/24            | 26/02/24                  |         |
| Timbang                                   |     |      | 97,5  | 98,5            | 80                  | 81                        |         |
| Ukur Lingkar Lengan Atas                  |     |      | 22,5  |                 |                     |                           |         |
| Tekanan Darah                             |     |      | 115/75  | 110/70          | 110/70              | 108/62                    |         |
| Periksa Tinggi Rahim                      |     |      | pp detak  |                 |                     | Peringatan<br>Pusat. YPTN |         |
| Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin    |     |      | ± 3mgg  | ± 7mgg          | 2-8 atas<br>87pmnt. | 17mgg                     |         |
| Status dan Imunisasi Tetanus              |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| Konseling                                 |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| Skrining Dokter                           |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| Tablet Tambah Darah                       |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| Test Lab Hemoglobin (Hb)                  |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| Test Golongan Darah                       |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| Test Lab Protein Urine                    |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| Test Lab Gula Darah                       |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| PPIA                                      |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| Tata Laksana Kasus                        |     |      |   |                 |                     |                           |         |
| Ibu Bersalin<br>TP: 31-07-24              |     |      | Fasilitas Kesehatan:  |                 | Rujukan:            |                           |         |
| 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 |                 |                     |                           |         |

### RINGKASAN PELAYANAN KESEHATAN DOKTER SPESIALIS

| Tanggal Periksa, Stamp, dan Paraf       | Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan   | Tanggal Kembali                            |
|---|--|--|
| <p>20/03/24<br/>EUA</p> <p>03/04/24</p> | <p>S: Tbc.</p> <p>O: BB: 53<br/>TD: 110/75</p> <p>TPU 2R bawah pusat DJJ 247x/m</p> <p>Uti 21 mg</p> <p>S : pusing</p> <p>O : BB : 54.5 kg<br/>TD : 100/60 mmHg</p> <p>23 mgg Letkep pusi DJJ : 140x/mnt</p> <p>TPU : 1jr bawah pusat.</p> <p>KE istirahat</p> | <p>Ginjal<br/>keluhan.</p> <p>1 bulan.</p> |

## Lampiran 9 Hasil Laboratorium Partisipan 1

**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**  
**DINAS KESEHATAN BANGKALAN**  
**PUSKESMAS KAMAL**  
Jalan Kusuma Bangsa No.23 Telp. 031-3011885, Kode Pos 69162  
Email : [pknkamal17@gmail.com](mailto:pknkamal17@gmail.com)

Nama : Ny. D/ Dokter : PKM Kamal / KIA  
Umur : 26 th L / P Tanggal : 20/03/2024  
Alamat : Kamal Nomor : \_\_\_\_\_

| HEMATOLOGI                                    |             |                                       |
|---|-------------|---------------------------------------|
| JENIS PEMERIKSAAN                             | HASIL       | NILAI NORMAL                          |
| DARAH LENGKAP :<br>✓ Haemoglobin <u>Sakti</u> | <u>10.0</u> | Pr: 11,5 – 16,0 Lk: 13,0 – 17,0 gr/dl |
| Leukosit                                      | <u>=</u>    | 4000 – 10.000 / mm <sup>3</sup>       |
| LED   |             | Pr: < 20 : Lk: < 15 mm/jam            |
| Diff count :                                  |             |                                       |
| Eosinofil                                     |             | 1 – 3 %                               |
| Basofil                                       |             | 0 – 1 %                               |
| Stab  |             | 2 – 6 %                               |
| Segmen  |             | 50 – 70 %                             |
| Limposit                                      |             | 20 – 40 %                             |
| Monosit                                       |             | 2 – 8 %                               |
| Trombosit                                     |             | 150 – 350 X 1000 // mm <sup>3</sup>   |
| PCV   |             | Pr: 35 – 45 % Lk: 40 – 50 %           |

Petugas Lab. Puskesmas Kamal  
**PUSKESMAS KAMAL**  
Analist

CS Dipindai dengan CamScanner

**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**  
**DINAS KESEHATAN BANGKALAN**  
**PUSKESMAS KAMAL**  
Jalan Kusuma Bangsa No.23 Telp. 031-3011885, Kode Pos 69162  
Email : [pknkamal17@gmail.com](mailto:pknkamal17@gmail.com)

Nama : Ny. D/ Dokter : PKM Kamal / KIA  
Umur : 26 th L / P Tanggal : 20/03/2024  
Alamat : Kamal Nomor : \_\_\_\_\_

| JENIS PEMERIKSAAN        | HASIL              | NILAI NORMAL |
|--------------------------|--------------------|--------------|
| <b>IMUNOLOG SEROLOGI</b> |                    |              |
| ✓ Anti HIV               | <u>Non Reaktif</u> | NON REAKTIF  |
| ✓ STD                    | <u>Negatif</u>     | NEGATIF      |
| ✓ HBsAg                  | <u>Negatif</u>     | NEGATIF      |

Kamal, 20/03/2024  
**PUSKESMAS KAMAL**  
Pemeriksa

CS Dipindai dengan CamScanner



Lampiran 10 Dokumentasi Kunjungan Partisipan 1



Lampiran 11 *Informed Consent* Partisipan 2**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: "Studi Kasus Pada Primigravida Trimester II dengan Kurang Energi Kronis (KEK) di Puskesmas Kamal Kabupaten Bangkalan" pernyataan ini saya buat dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bangkalan, 28.01.2024

Mahasiswa

Alifia Natasyah Sofivanti

NIM : P27824321030

Klien



## Lampiran 12 Kunjungan ANC Partisipan 2

**PERNYATAAN IBU/ KULUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA**

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

| Ibu Hamil<br>HPHT:<br>28-10-23<br>BB: 46 TB: 157 IMT: |  |  | Trimester I                              |                 | Trimester II     | Trimester III     |         |
|---|--|--|--|-----------------|------------------|-------------------|---------|
|   |  |  | Periksa                                  | Periksa         | Periksa          | Periksa           | Periksa |
|   |  |  | 15/29<br>12 mg                           |                 | 06/29<br>15 mg   |                   |         |
| Timbang   |  |  | 49 kg                                    |                 | 50,5 kg          |                   |         |
| Ukur Lingkar Lengan Atas                              |  |  | 23 cm                                    |                 |                  |                   |         |
| Tekanan Darah   |  |  | 100/80                                   |                 | 100/70           |                   |         |
| Periksa Tinggi Rahim                                  |  |  | 32 cm                                    |                 | 4 x 4 cm         |                   |         |
| Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin                |  |  |  |                 | baik             |                   |         |
| Status dan Imunisasi Tetanus                          |  |  |  |                 |                  |                   |         |
| Konseling   |  |  | ANC                                      |                 |                  |                   |         |
| Skrining Dokter                                       |  |  |  |                 |                  |                   |         |
| Tablet Tambah Darah                                   |  |  |  |                 |                  |                   |         |
| Test Lab Hemoglobin (Hb)                              |  |  |  |                 |                  |                   |         |
| Test Golongan Darah                                   |  |  |  |                 |                  |                   |         |
| Test Lab Protein Urine                                |  |  |  |                 |                  |                   |         |
| Test Lab Gula Darah                                   |  |  |  |                 |                  |                   |         |
| PIA   |  |  |  |                 |                  |                   |         |
| Tata Laksana Kasus                                    |  |  |  |                 |                  |                   |         |
| Ibu Bersalin<br>TP: 04-08-24                          |  |  | Fasilitas Kesehatan:                     |                 | Rujukan:         |                   |         |
| 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 di |                 |                  |                   |         |



### RINGKASAN PELAYANAN KESEHATAN DOKTER SPESIALIS

| Tanggal Periksa, Stamp, dan Paraf | Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan  | Tanggal Kembali |
|-----------------------------------|---|-----------------|
| 03/03/24                          | S. TAA<br>O. BB: 52.5 kg, T: 100/70<br>TFU: Pertengahan PK simplus<br>A. ELPOHO UK 10 mg DJJ ⊕<br>P. nutrisi: | 1 Bln           |
| 09/09/24                          | S. pusing ⊕ kadang<br>O. BB: 54.5 kg, T: 110/70<br>TFU: 1 jam ↓ Pusat DJJ ⊕<br>A. UK 23 mg<br>P. nutrisi:     | 1 Bln           |



## Lampiran 13 Hasil Laboratorium Partisipan 2

**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**  
**DINAS KESEHATAN BANGKALAN**  
**PUSKESMAS KAMAL**  
Jalan Kusuma Bangsa No.23 Telp. 031-3011885, Kode Pos 69162  
Email : [pkmkamal17@gmail.com](mailto:pkmkamal17@gmail.com)

Nama : Ny. F ..... Dokter : PKM Kamal / KIA  
Umur : 23 Th ..... L / (P) Tanggal : 06/02/2024  
Alamat : Tajungan ..... Nomor : 19

| HEMATOLOGI          |       |                                       |
|---------------------|-------|---------------------------------------|
| JENIS PEMERIKSAAN   | HASIL | NILAI NORMAL                          |
| DAKAH LENGKAP :     |       |                                       |
| ✓ Haemoglobin Sahli | 11,6  | Pr: 11,5 – 16,0 Lk: 13,0 – 17,0 gr/dl |
| Leukosit            |       | 4000 – 10.000 /mm <sup>3</sup>        |
| LED                 |       | Pr: < 20 : Lk: < 15 mm/jam            |
| Diff count :        |       |                                       |
| Eosinofil           |       | 1 – 3 %                               |
| Basofil             |       | 0 – 1 %                               |
| Stab                |       | 2 – 6 %                               |
| Segmen              |       | 50 – 70 %                             |
| Limposit            |       | 20 – 40 %                             |
| Monosit             |       | 2 – 8 %                               |
| Trombosit           |       | 150 – 350 X 1000 //mm <sup>3</sup>    |
| PCV                 |       | 35 – 45 % Lk: 40 – 50 %               |

PUSKESMAS KAMAL  
Lab. Puskesmas Kamal  
Analist

Dipindai dengan CamScanner

**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**  
**DINAS KESEHATAN BANGKALAN**  
**PUSKESMAS KAMAL**  
Jalan Kusuma Bangsa No.23 Telp. 031-3011885, Kode Pos 69162  
Email : [pkmkamal17@gmail.com](mailto:pkmkamal17@gmail.com)

Nama : Ny. F ..... Dokter : PKM Kamal / KIA  
Umur : 23 Th ..... L / (P) Tanggal : 06/02/2024  
Alamat : Tajungan ..... Nomor : 19

| JENIS PEMERIKSAAN   | HASIL       | NILAI NORMAL |
|---------------------|-------------|--------------|
| IMUNOLOGI/ SEROLOGI |             |              |
| ✓ Anti HIV          | Non Reaktif | NON REAKTIF  |
| ✓ STD               | Negatif     | NEGATIF      |
| ✓ HBsAg             | Negatif     | NEGATIF      |

Kamal, ..... Februari 2024  
Pemeriksa

Dipindai dengan CamScanner

## Lampiran 14 Dokumentasi Kunjungan Partisipan 2



## Lampiran 15 Hasil Wawancara Partisipan 1

**KUESIONER RESPONDEN****1. Data Responden**

Nama :  
 Status gravida :  
 Usia Kehamilan :  
 LILA :

**2. Faktor penyebab KEK pada ibu hamil****A. Faktor tidak langsung**

## 1. Usia

Saat ini berapa usia ibu?.....

## 2. Pendidikan

Apa pendidikan terakhir ibu?.....

## 3. Status ekonomi

a. Apa pekerjaan kepala keluarga di dalam keluarga?.....

b. Berapakah pendapatan kepala keluarga dalam satu bulan, apakah sesuai dengan UMR?

< 2.240.701

≥ 2.240.701

c. Apakah ibu juga bekerja ?.....

d. Jika iya, berapa pendapatan ibu dalam sebulan?.....

e. Apakah dalam keluarga ada orang lain yang dinafkahi seperti orang tua, adek, dan lain-lain?.....

f. Apakah pendapatan keluarga bisa untuk membeli kebutuhan ibu hamil?...

g. Apakah pendapatan keluarga bisa untuk pemeriksaan kehamilan secara rutin?.....

## B. Faktor langsung

### Pola konsumsi makanan

- a. Apakah selama hamil ibu mengonsumsi makanan tambahan/ngemil makanan yang mengandung karbohidrat, seperti roti, jagung, ubi, dan lain-lain?.....
- b. Apakah selama hamil ibu mengonsumsi makanan yang mengandung protein seperti tahu, tempe, telur, ikan, daging, dan lain-lain?.....
- c. Bagaimana pola makan ibu selama hamil dan sebelum hamil, sehari makan berapa kali dengan porsi berapa piring dan apa saja komposisinya?.
- d. Apakah ada pantangan selama kehamilan ini?.....

## 3. Penatalaksanaan dan Komplikasi

### 1. Pemberian PMT

- a. Apakah selama hamil ibu diberikan makanan tambahan?.....
- b. Jika iya dimana ibu mendapatkan PMT tersebut?.....
- c. Apakah ibu rutin melakukan posyandu ataupun kelas ibu hamil?.....
- d. Dalam bentuk apa PMT yang diberikan?.....
- e. Jika ibu mendapatkan PMT apakah ibu selalu mengonsumsinya?.....

### 2. ANC terpadu

- a. Apakah selama hamil ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan?.....
- b. Selama sebulan berapa kali ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?.....
- c. Dimana biasanya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?.....
- d. Apakah selama hamil ibu pernah mengalami sakit?.....
- e. Apakah ibu memiliki riwayat penyakit seperti TBC, HIV/AIDS, Siphilis, dan Hepatitis?.....
- f. Jika iya, apakah ibu pernah dikonsulkan dengan dokter mengenai kesehatan ibu?.....
- g. Apakah ibu pernah melakukan pemeriksaan laboratorium ?.....
- h. Jika iya, terakhir pemeriksaan HB ibu berapa?.....
- i. Apakah ibu pernah dikonsulkan dengan ahli gizi mengenai asupan nutrisi ibu?.....

- j. Apakah ibu pernah mendapatkan edukasi tentang asupan gizi seimbang ibu selama hamil?.....
- k. Apakah ibu saat periksa mendapatkan tablet Fe?.....
- l. Apakah ibu rutin mengonsumsi tablet Fe?.....
- m. Bagaimana cara ibu mengonsumsi tablet Fe?.....
- n. Apakah ada keluhan selama mengonsumsi tablet Fe?.....

## Lampiran 16 Hasil Wawancara Partisipan 2

**KUESIONER RESPONDEN****1. Data Responden**

Nama :  
 Status gravida :  
 Usia Kehamilan :  
 LILA :

**2. Faktor penyebab KEK pada ibu hamil****A. Faktor tidak langsung**

## 1. Usia

Saat ini berapa usia ibu?.....

## 2. Pendidikan

Apa pendidikan terakhir ibu?.....

## 3. Status ekonomi

a. Apa pekerjaan kepala keluarga di dalam keluarga?.....

b. Berapakah pendapatan kepala keluarga dalam satu bulan, apakah sesuai dengan UMR?

< 2.240.701

≥ 2.240.701

c. Apakah ibu juga bekerja ?.....

d. Jika iya, berapa pendapatan ibu dalam sebulan?.....

e. Apakah dalam keluarga ada orang lain yang dinafkahi seperti orang tua, adek, dan lain-lain?.....

f. Apakah pendapatan keluarga bisa untuk membeli kebutuhan ibu hamil?...

g. Apakah pendapatan keluarga bisa untuk pemeriksaan kehamilan secara rutin?.....

## B. Faktor langsung

### Pola konsumsi makanan

- a. Apakah selama hamil ibu mengonsumsi makanan tambahan/ngemil makanan yang mengandung karbohidrat, seperti roti, jagung, ubi, dan lain-lain?.....
- b. Apakah selama hamil ibu mengonsumsi makanan yang mengandung protein seperti tahu, tempe, telur, ikan, daging, dan lain-lain?.....
- c. Bagaimana pola makan ibu selama hamil dan sebelum hamil, sehari makan berapa kali dengan porsi berapa piring dan apa saja komposisinya?.....
- d. Apakah ada pantangan selama kehamilan ini?.....

## 3. Penatalaksanaan dan Komplikasi

### 1. Pemberian PMT

- a. Apakah selama hamil ibu diberikan makanan tambahan?.....
- b. Jika iya dimana ibu mendapatkan PMT tersebut?.....
- c. Apakah ibu rutin melakukan posyandu ataupun kelas ibu hamil?.....
- d. Dalam bentuk apa PMT yang diberikan?.....
- e. Jika ibu mendapatkan PMT apakah ibu selalu mengonsumsinya?.....

### 2. ANC terpadu

- a. Apakah selama hamil ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan?.....
- b. Selama sebulan berapa kali ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?.....
- c. Dimana biasanya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?.....
- d. Apakah selama hamil ibu pernah mengalami sakit?.....
- e. Apakah ibu memiliki riwayat penyakit seperti TBC, HIV/AIDS, Siphilis, dan Hepatitis?.....
- f. Jika iya, apakah ibu pernah dikonsulkan dengan dokter mengenai kesehatan ibu?.....
- g. Apakah ibu pernah melakukan pemeriksaan laboratorium ?.....
- h. Jika iya, terakhir pemeriksaan HB ibu berapa?.....
- i. Apakah ibu pernah dikonsulkan dengan ahli gizi mengenai asupan nutrisi ibu?.....

- j. Apakah ibu pernah mendapatkan edukasi tentang asupan gizi seimbang ibu selama hamil?.....
- k. Apakah ibu saat periksa mendapatkan tablet Fe?.....
- l. Apakah ibu rutin mengonsumsi tablet Fe?.....
- m. Bagaimana cara ibu mengonsumsi tablet Fe?.....
- n. Apakah ada keluhan selama mengonsumsi tablet Fe?.....