

KUESIONER
PENGETAHUAN TENTANG *GINGIVITIS* PADA IBU HAMIL DI
KABUPATEN GIANYAR TAHUN 2021

Identitas Ibu Hamil

Nama :

Umur : Tahun

Tingkat Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat responden :

PETUNJUK : Pilihlah salah satu jawaban yang benar.

1. *Gingivitis* adalah...
 - a. Pembengkakan pada gusi / radang gusi
 - b. Lubang pada gigi
 - c. Kerak yang menempel pada gusi
 - d. Luka pada bibir
2. Salah satu penyebab terjadinya radang gusi adalah ...
 - a. Cara menyikat gigi yang kurang tepat
 - b. Makanan yang berair
 - c. Makanan yang manis dan melekat
 - d. Makanan yang berserat
3. Bagaimana ciri-ciri dari gusi yang sehat ?
 - a. Gusi tampak berwarna merah terang.
 - b. Gusi berwarna merah jambu.
 - c. Gusi bengkak ringan
 - d. Gusi kadang berdarah.
4. Tanda-tanda terjadinya radang gusi adalah sebagai berikut, kecuali ...
 - a. Gusi berdarah
 - b. Warna Gusi merah tua
 - c. Mengeluarkan nanah

- d. Warna gusi merah muda
5. Perubahan hormon pada ibu hamil di tambah kurang memperhatikan kebersihan gigi dan mulut dapat menyebabkan ?
 - a. Radang gusi
 - b. Karang gigi
 - c. Gigi Karies
 - d. Sariawan
 6. Saat ibu hamil mengalami radang gusi maka akan kesulitan saat mengunyah makanan, hal ini akan mempengaruhi asupan nutrisi pada ibu hamil dan akan melahirkan bayi ?
 - a. Bayi lahir sehat.
 - b. Bayi lahir tanpa gigi.
 - c. Berat bayi lahir rendah.
 - d. Gigi anak mengalami stain
 7. Ibu hamil yang mengalami radang gusi menyebabkan bayi yang dilahirkan menjadi?
 - a. Bayi lahir prematur.
 - b. Bayi lahir sehat.
 - c. Bayi lahir normal.
 - d. Jawaban b dan c benar.
 8. Asupan Nutrisi yang buruk, terutama kekurangan vitamin C dapat menyebabkan ?
 - a. Maag
 - b. Gigi karies
 - c. Radang Gusi
 - d. Migrain
 9. Pencegahan radang gusi dapat dilakukan dengan mencegah pembentukan plak. Salah satu cara mencegah pertumbuhan plak adalah ?
 - a. Menyikat gigi dengan baik
 - b. Berkumur-kumur dengan air putih
 - c. Berkumur dengan obat kumur
 - d. Berkumur dengan air garam

10. Waktu menyikat gigi yang tepat, sehingga dapat mencegah penyakit gigi dan mulut, termasuk radang gusi, adalah ...
- a. Pagi dan sore sambil mandi
 - b. Setiap selesai sarapan saja
 - c. Minimal 2 kali, setelah sarapan dan sebelum tidur
 - d. Setelah sarapan dan sore sambil mandi

Lampiran 3

Kunci Jawaban

PENGETAHUAN TENTANG *GINGIVITIS* PADA IBU HAMIL DI
KABUPATEN GIANYAR TAHUN 2021

1. A
2. A
3. B
4. D
5. A
6. C
7. A
8. C
9. A
10. C

Lampiran 4

TABEL INDUK
 PENGETAHUAN TENTANG *GINGIVITIS* PADA IBU HAMIL
 DI KABUPATEN GIANYAR TAHUN 2021

No	Responden	Tingkat Pendidikan	Umur (Th)	Nomor Soal										Skor	Nilai	Kategori
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	2	3	4	5										6	7	8
1	R1	SMA	26	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
2	R2	SMP	26	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8	80	Sangat baik
3	R3	D-3	25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Sangat baik
4	R4	S-1	26	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	80	Sangat baik
5	R5	SMA	38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Sangat baik
6	R6	S-1	24	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	90	Sangat baik
7	R7	SD	26	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	7	70	Baik
8	R8	SMA	30	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
9	R9	SMA	24	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
10	R10	SMA	26	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8	80	Sangat baik
11	R11	SMA	25	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
12	R12	SD	26	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	5	50	Kurang
13	R13	SMP	37	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
14	R14	SMA	33	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	7	70	Baik
15	R15	SMA	24	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8	80	Sangat baik

1	2	3	4	5										6	7	8
16	R16	S-1	30	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8	80	Sangat baik
17	R17	SD	27	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	5	50	Cukup
18	R18	SMA	23	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
19	R19	SMA	27	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	5	50	Kurang
20	R20	SMA	24	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	5	50	Kurang
21	R21	D-1	21	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	80	Sangat baik
22	R22	SMA	24	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	7	70	Baik
23	R23	SMA	26	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8	80	Sangat baik
24	R24	SMA	23	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	6	60	Cukup
25	R25	S-1	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Sangat baik
26	R26	SMA	36	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
27	R27	SMA	33	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4	40	Gagal
28	R28	SMP	24	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	5	50	Kurang
29	R29	SMP	23	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	4	40	Gagal
30	R30	S-1	37	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	90	Sangat baik
31	R31	SMA	29	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	8	80	Sangat baik
32	R32	D-1	24	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
33	R33	S-1	30	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
34	R34	S-1	36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Sangat baik
35	R35	SMA	31	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
36	R36	D-3	30	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	7	70	Baik
37	R37	SMA	27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Sangat baik
38	R38	SMA	23	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik

1	2	3	4	5										6	7	8	
39	R39	S-2	28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Sangat baik
40	R40	D-3	29	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
41	R41	S-1	27	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	80	Sangat baik
42	R42	S-1	29	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	80	Sangat baik
43	R43	D-1	23	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
44	R44	D-2	25	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	70	Baik
45	R45	SMA	21	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
46	R46	SMA	37	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7	70	Baik
47	R47	SMA	31	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Sangat baik
48	R48	S-1	27	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8	80	Sangat baik
Jumlah															382	3820	
Rata- Rata															7,96	79,6	Baik

Lampiran 5

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN(*INFORMED CONSENT*)

Yang terhormat Ibu, kami meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul :Pengetahuan Tentang *Gingivitis* Pada Ibu Hamil Di Kabupaten Gianyar Tahun 2021 (Studi dilakukan di lokasi KKN IPE Poltekkes Denpasar Kelompok 5 Gianyar II)

Peneliti Utama :Putu Artari Fortuna Devi

Institusi :Jurusan Kesehatan Gigi

Lokasi Penelitian :Kabupaten Gianyar

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan tentang *gingivitis* pada ibu hamil di Kabupaten Gianyar. Jumlah peserta sebanyak 48 orang ibu hamil akan diberikan soal untuk diukur pengetahuannya. Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang pengetahuan *gingivitis*. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara/Adik pada penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/Adik dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk berhenti sebagai peserta

penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/ kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara/Adik diminta untuk menandatangani formulir ‘Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/ *Wali’ setelah Bapak/Ibu/Saudara/Adik benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara/Adik akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/Adik. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Putu Artari Fortuna Devi **dengan no HP 0895413361166**

Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara/Adik dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara/Adik telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta *penelitian/Wali.**

Peserta/ Subyek Penelitian,

Wali,

Tanda Tangan dan Nama

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Tanggal (wajib diisi): //

Hubungan dengan Peserta/ Subyek Penelitian:

(Wali dibutuhkan bila calon peserta adalah anak < 14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang – koma)

Peneliti

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir Consent ini hanya bila

- Peserta Penelitian memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Wali dari peserta penelitian tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian resiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive)

Catatan:

Saksi harus merupakan keluarga peserta penelitian, tidak boleh anggota tim penelitian.

Saksi:

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta penelitian atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela.

Nama dan Tanda tangan saksi

Tanggal

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

* coret yang tidak perlu



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)

Alamat : Jl. Sanitasi No 1 Sidakarya Denpasar Selatan

Telp : (0361) 710447 Faximili : (0361) 710448

Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id



PERSETUJUAN ETIK / ETHICAL APPROVAL

Nomor : LB.02.03/EA/KEPK/ 0273 /2021

Yang bertandatangan di bawah ini Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Denpasar, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

PENGETAHUAN TENTANG GINGIVITIS PADA IBU HAMIL DI KABUPATEN GIANYAR TAHUN 2021 (Studi dilakukan di lokasi KKN IPE Poltekkes Denpasar Kelompok 5 Gianyar II)

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana/Peneliti Utama :

PUTU ARTARI FORTUNA DEVI

LAIK ETIK. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa maksimum selama 1 (satu) tahun

Pada akhir penelitian, peneliti menyerahkan laporan akhir kepada KEPK-Poltekkes Denpasar. Dalam pelaksanaan penelitian, jika ada perubahan dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kaji etik penelitian (amandemen protokol)

Denpasar, 28 April 2021

Ketua,



Dewa Putu Gede Putra Yasa, S.Kp, M.Kep, Sp.MB



PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU

Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235
Telp. (0361) 243804 Fax. (0361) 256905 website: www.dpmpstp.baliprov.go.id e-mail:
dpmpstp@baliprov.go.id

Nomor : 070/1640/IZIN-C/DISPMPPT

Lampiran

Lampiran : -

Hal : Surat Keterangan Penelitian /
Rekomendasi Penelitian

Kepada

Yth. Bupati Gianyar

cq. Kepala DPMPSTP Kabupaten Gianyar
di -

Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 63 Tahun 2019 tanggal 31 Desember 2019 Tentang Standar Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Ketua Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Denpasar Nomor PP.04.01/025/0272/2021, tanggal 09 Maret 2021, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada:

Nama : Putu Artari Fortuna Devi

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jalan Melati No. 17, Pasdalem, Gianyar

Judul/bidang : PENGETAHUAN TENTANG GINGIVITIS PADA IBU HAMIL DI KABUPATEN GIANYAR
TAHUN 2021

Lokasi Penelitian : Kabupaten Gianyar

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lama Penelitian : 1 Bulan (01 Maret 2021 - 07 April 2021)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang.
- b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian agar ditujukan kepada instansi pemohon.

**IZIN INI DIKENAKAN
TARIF RP 0,-**

Bali, 16 Maret 2021
a.n GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS



DEWA PUTU MANTERA
NIP. 19621231 198503 1 192

Tembusan kepada Yth

1. Kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali di Denpasar
2. Yang Bersangkutan



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik
menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSRé



SURAT KETERANGAN PENELITIAN/REKOMENDASI

NOMOR : 070/0248/DPM-PTSP/IP/2021

- I. Dasar
1. Keputusan Bupati Gianyar Nomor 608/E-13/HK/2020 Tentang Standar Pelayanan Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Gianyar.
 2. Surat dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Prov. Bali, Nomor : 070/1640/IZIN-C/DISPMPPT, Tanggal 16 Maret 2021, Perihal Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian,
 3. Surat permohonan yang bersangkutan nomor : 0248/DPM-PTSP/IP/2021 tanggal 31 Maret 2021.
- II. Setelah Mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dipandang perlu memberikan Rekomendasi Kepada :
- Nama : Putu Artari Fortuna Devi
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jalan Melati No. 17, Pasdalem, Gianyar
Judul Penelitian : PENGETAHUAN TENTANG GINGIVITIS PADA IBU HAMIL DI KABUPATEN GIANYAR TAHUN 2021
Lokasi Penelitian : Kecamatan Gianyar, Blahbatuh, Payangan, Tampaksiring, Tegallalang
Jumlah Peserta : 1 Orang
Lama Penelitian : 1 Maret 2021 s/d 7 April 2021
- III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan memenuhi ketentuan sebagai berikut :
1. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Camat setempat atau pejabat yang berwenang
 2. Dilarang melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan judul kegiatan. Apabila melanggar ketentuan, maka Surat Keterangan/Rekomendasi akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
 3. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku, serta mengindahkan norma adat istiadat dan budaya setempat.
 4. Apabila masa berlaku Surat Keterangan/Rekomendasi ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Surat Keterangan/Rekomendasi agar ditujukan kepada instansi pemohon.
 5. Menyerahkan hasil kegiatan kepada Bupati Gianyar, melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Gianyar
 6. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam perbitan Surat Keterangan/Rekomendasi ini maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.



Di Keluarkan di Gianyar
Pada Tanggal 5 April 2021
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Gianyar

I Dewa Gede Alit Mudiarta, SE.,MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19650810 198503 1 005

Tembusan kepada Yth. :

1. Camat Se-Kabupaten Gianyar
2. Kepala DPM-PTSP Prov. Bali
3. Kepala Badan Kesbangpol Prov. Bali
4. Kepala Badan Kesbangpol Kab. Gianyar
5. Instansi Terkait di lingkungan Pemerintah Kabupaten Gianyar sesuai keperluan penelitian

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Putu Artari Fortuna Devi
NIM : P07125018026
Program Studi : D III
Jurusan : Kesehatan Gigi
Tahun Akademik : 2020/2021
Alamat : Jalan Mclati No 17 Gianyar
Nomor HP/Email : 0895413361166/artarifortuna@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Pengetahuan Tentang *Gingivitis* Pada Ibu Hamil di Kabupaten Gianyar Tahun 2021 (Studi dilakukan di lokasi KKN IPE Poltekkes Denpasar Kelompok 5 Gianyar II).

1. Dan Menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, Mei 2021

Yang menyatakan,



(Putu Artari Fortuna Devi)

NIM: P07125018026