

LAMPIRAN 1

JADWAL KEGIATAN PELAKSANAAN PENELITIAN

No	KEGIATAN	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Tahap Persiapan																								
	a. Pengajuan Judul	■																							
	b. Study Pendahuluan		■																						
	c. Penyusunan Proposal		■	■																					
	d. Konsultasi Proposal		■	■	■	■	■	■	■																
	e. Seminar Proposal									■															
	f. Perbaikan Proposal									■															
2.	Tahap Pelaksanaan																								
	a. Pengurusan Izin Penelitian									■															
	b. Pengadaan Instrumen Pengumpulan Data									■															
	c. Pengumpulan Data									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
	d. Pengolahan Data									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
	e. Analisa Data									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
3.	Tahap Pengakhiran Penelitian																								
	a. Penyusunan Laporan																					■	■	■	
	b. Seminar Hasil Penelitian																					■	■	■	
	c. Perbaikan																					■	■	■	
	d. Publikasi Hasil Penelitian																					■	■	■	

Lampiran 2

RENCANA ANGGARAN PENELITIAN

No	Kegiatan Proposal dan Penelitian	Biaya (Rp)
a.	Tahap Persiapan	
	Pengajuan judul dan studi pendahuluan	-
	Menyusun proposal, pengetikan, penggandaan	200.000
	Seminar proposal	100.000
	Perbaikan proposal	200.000
b.	Tahap Pelaksanaan	
	Pengurusan izin penelitian	100.000
	Penggunaan data internet saat pengumpulan data	100.000
	Bingkisan untuk responden	1.480.000
	Pengolahan data	200.000
	Analisa data	100.000
c.	Tahap Pengakhiran Data	
	Penyusunan skripsi	300.000
	Seminar hasil penelitian	100.000
	Perbaikan hasil penelitian	300.000
	Jumlah	3.180.000

Lampiran 3

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Responden adalah ibu hamil yang berkunjung ke wilayah UPTD Puskesmas II Dinas Kesehatan Kecamatan Denpasar Utara. Kriteria responden adalah ibu hamil yang sudah pernah mendapat pelayanan *antenatal* sebelumnya. Bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian.

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	Penerapan Standar Pelayanan <i>Antenatal</i> Dalam Upaya Pencegahan Anemia Pada Ibu Hamil
Peneliti Utama	Wayan Luh Sri Wahyuni
Institusi	Politeknik Kesehatan Denpasar
Lokasi Penelitian	UPTD Puskesmas II Dinas Kesehatan Kecamatan Denpasar Utara.
Sumber pendanaan	Swadaya mahasiswa

Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Kepesertaan Ibu dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Jika setuju untuk menjadi sampel penelitian ini, Ibu diminta untuk menandatangani formulir 'Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent)

Sebagai *Sampel Penelitian/ *Wali' setelah Ibu benar-benar memahami tentang penelitian ini.

Sebagai ucapan terimakasih peneliti memberikan bingkisan yang berisi dua 2 blister Vitamin C dan satu botol hand sanitizer kemasan 60 ml. Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan ibu untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: Ni Wayan Luh Sri Wahyuni (telp: 081337682266).

Tanda tangan ibu dibawah ini menunjukkan bahwa ibu 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
Tanggal (wajib diisi) : / /

.....
Tanda tangan dan nama
Tanggal (wajib diisi) : / /
/

LAMPIRAN 4

Instrumen pengumpulan data			
No.	Pertanyaan	Hasil	Kode
A	Karakteristik responden		
A1	Nomor responden		
A2	Tanggal pengisian		
A3	Nama responden		
A4	Umur responden		
A5	Pendidikan		
A6	Alamat/ Telp		
A7	Usia kehamilan ibu (dilihat dari HPHT di buku KIA)		
A8	Jumlah anak	_____ anak	
A7	Jarak kehamilan sekarang dengan persalinan terakhir	(_____) tahun / (_____) bulan	
A10	Apakah saat ini ibu hamil menderita penyakit dibawah ini?		
	1. Malaria	1. Ya 2. Tidak	(_____)
	2. Cacingan HIV, TBC	1. Ya 2. Tidak	(_____)
	4. Lainnya, sebutkan.....		
	Apakah sebelumnya ibu pernah menderita anemia	1. Ya 2. Tidak	
B	Masa kehamilan		
B1	Apakah ibu melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, bidan, atau perawat)? Siapa yang paling sering memeriksa kehamilan ibu ? sebutkan	Ya Tidak	(_____)
B2	Berapa bulan umur kehamilan ibu saat memeriksakan kehamilan pertama kali?	_____ bulan	(_____)
B3	Berapa kali ibu melakukan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan?	_____ kali	
	0-3 bulan (trimester I)	_____ kali	
	4-6 bulan (trimester II)	_____ kali	
	7-9 bulan (trimester III)	_____ kali	

B5	Dimana ibu paling sering melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC)? Sebutkan :		
	Apakah ibu pernah ditawarkan atau sudah pernah melakukan tes darah hemoglobin (Hb) Jika ya, Usia kehamilan berapa minggu?	Ya 2. Tidak	()
B6	a. Apakah selama kehamilan ibu mendapat tablet Fe?	Ya 2. Tidak	()
	b. Pada usia kehamilan berapa pertama kali ibu mendapatkan tablet Fe?	() minggu	()
B7	Berapa butir tablet Fe yang ibu dapatkan pada setiap trimester dibawah ini Trimester I Trimester II Trimester III	() butir () butir () butir	
	d. Berapa total butir tablet Fe yang diperoleh sampai saat ini? Dokumentasi :	() butir	()
	e. Berapa jumlah tablet Fe yang ibu minum selama kehamilan?	() butir	
B8	Jika yang diminum lebih sedikit dari yang diperoleh, apa alasan utama tablet Fe tidak minum/ tidak menghabiskan?		
	a. Tidak suka	1. Ya 2. Tidak	()
	b. Mual/ muntah karena proses kehamilan	1. Ya 2. Tidak	()
	c. Bosan	1. Ya 2. Tidak	()
	d. Lupa	1. Ya 2. Tidak	()
	e. Efek samping (mual, sembelit)	1. Ya 2. Tidak	()

	f. Belum waktunya habis	1. Ya 2. Tidak	()
B9	Pernahkah ibu diajak berdiskusi atau diberi informasi tentang anemia		
	a. Pengertian, gejala, penyebab dan akibat anemia	1. Ya 2. Tidak Dokumentasi :	()
	b. Tablet tambah darah seperti manfaat, cara minum, efek samping tablet besi, sumber bahan makanan yang kaya zat besi.	1. Ya 2. Tidak Dokumentasi :	()
	Dokumentasi menunjukkan ibu sudah pernah dilakukan temu wicara	Ya Tidak	
B10	Keluhan saat ini: pusing, cepat lelah terutama saat bangun dari duduk:		
	Hasil pemeriksaan	Konjuntiva: 1. Pucat, 2. Merah muda	()
	b. Hasil pemeriksaan Hb	gr/dl	()
	Dokumentasi hasil pemeriksaan Hb tanggal:	Ya, Tidak	





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.dpmpptsp.baliprov.go.id
e-mail : dpmpptsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/2195/IZIN-C/DISPMPT
Lampiran

Lampiran : -

Hal : Surat Keterangan Penelitian /
Rekomendasi Penelitian

Kepada
Yth. Walikota Denpasar
cq. Kepala Badan Kesbang Pol Kota
Denpasar
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 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar Nomor PP.04.03/024/0702/2021, tanggal 22 Maret 2021, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

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

Nama : Ni Wayan Luh Sri Wahyuni

Pekerjaan : Pegawai Swasta

Alamat : Jl Gunung Agung Gang Bumi Ayu R No 5 Denpasar

Judul/bidang : Hubungan Penerapan Standar Pelayanan Antenatal Dalam Upaya Pencegahan Anemia Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil

Lokasi Penelitian : UPTD Puskesmas II Dinas Kesehatan Kecamatan Denpasar Utara

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lama Penelitian : 1 Bulan (08 April 2021 - 08 Mei 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, 08 April 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



Balai
Sertifikasi
Elektronik

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



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/ 0378 /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 :

HUBUNGAN PENERAPAN STANDAR PELAYANAN ANTENATAL DALAM UPAYA PENCEGAHAN ANEMIA DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA IBU HAMIL

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

NI WAYAN LUH SRI WAHYUNI

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, 30 April 2021

Ketua,



Dr. Agus Sri Lestari, S.ST., M.Erg



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



Lampiran Ethical Approval No : LB.02.03/EA/KEPK/ 0378 /2021

SARAN REVIEWER

Nama Peneliti	Judul	Saran Tindak lanjut	
		Reviewer 1	Reviewer 2
NI WAYAN LUH SRI WAHYUNI	HUBUNGAN PENERAPAN STANDAR PELAYANAN ANTENATAL DALAM UPAYA PENCEGAHAN ANEMIA DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA IBU HAMIL	Dalam PSP dijelaskan siapa saja responden dan metode pengumpulan data yang akan dilakukan kepada responden Berikan kompensasi kepada responden	Kompensasi keterlibatan responden dalam penelitian dijelaskan dlm PSP

Denpasar, 30 April 2021

Ketua,



[Handwritten Signature]
Dr. Agus Sri Lestari, S.ST., M.Erg



PEMERINTAH KOTA DENPASAR
DINAS KESEHATAN KOTA DENPASAR
PTD PUSKESMAS II DINAS KESEHATAN
KECAMATAN DENPASAR UTARA



Jl. Gunung Agung Gang II No.8x Denpasar
No. Telepon (0361) 433422, Email: puskesmas.denut2@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN

Nomor: 800/0478/PUSK II DU

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : dr. Emilia Sabiruddin

NIP : 196110231997032001

Pangkat/Gol. : Pembina, IV/a

Jabatan : Kepala UPTD Puskesmas II Dinas Kesehatan Kecamatan
Denpasar Utara

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Ni Wayan Luh Sri Wahyuni

NIM : P07124220129

Judul Penelitian : Hubungan Penerapan Standar Pelayanan *Antenatal* Dalam Upaya
Pencegahan anemia dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil

Yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian di wilayah Puskesmas II Dinas
Kesehatan Kecamatan Denpasar Utara

Demikian Surat rekomendasi ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagai
mestinya

Denpasar, 9 Mei 2021

Kepala UPTD Puskesmas II Dinas
Kesehatan Kecamatan Denpasar Utara

dr. Emilia Sabiruddin

NIP. 196110231997032001