

LAMPIRAN

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam pengambilan data atau sebagai responden pada penelitian yang telah dilakukan oleh mahasiswa Poltekkes kemenkes kendari jurusan kebidanan, yang bernama Sitti Rahamasia yang mengambil judul “Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Cakupan Imunisasi Tambahan MR (Measles Rubella) Di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia”. Saya yakin bahwa informasi yang saya berikan ini akan besar manfaatnya bagi peneliti, mahasiswa, kalangan Poltekkes kemenkes kendari jurusan kebidanan dan bagi masyarakat. Saya yakin bahwa yang saya berikan akan dijamin kerahasiaannya. Demikian pernyataan ini kami buat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Kendari, Agustus 2019

Peneliti

Responden

SITTI RAHAMASIA

P00312018140

PANDUAN WAWANCARA

Kepada Orang Tua (Pengetahuan Ibu)

Nama :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

1. Dapatkah ibu menjelaskan pengertian imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR)?
2. Ibu mengetahui tentang adanya program pemberian Imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR)?
3. Menurut ibu, apa tujuan pemberian imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) ?
4. Ibu mengetahui tentang pengertian penyakit campak dan rubella?
Jika ya, tolong jelaskan.
5. Menurut ibu, apa saja bahaya dari penyakit campak dan rubella?
6. Apakah ibu mengetahui seperti apa gejala penyakit campak dan rubella?
7. Ibu mengetahui bagaimana agar terlindung dari penyakit campak dan rubella tersebut?
8. Menurut ibu, siapakah yang beresiko terkena penyakit Campak dan Rubella ?
9. Menurut Ibu, usia berapa anak mendapat imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) ?

10. Menurut ibu, bagaimana cara pemberian imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) ?

11. Menurut ibu, dimana saja anak bisa mendapatkan pelayanan imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR)?

PANDUAN WAWANCARA

Kepada Orang Tua (Sikap Ibu)

Nama :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

1. Ibu setuju dengan adanya program imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR)?
2. Ibu merasa wajib atau tidak membawa anak ibu untuk mendapatkan imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR)?
3. Apakah ibu setuju jika imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) penting untuk kesehatan anak?
4. Bagaimana tanggapan ibu terhadap manfaat yang didapat dari memberikan imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) pada kesehatan anak?
5. Bagaimana tanggapan ibu jika mendapat laporan mengenai kejadian demam ringan, ruam merah, bengkak ringan atau nyeri ditempat suntikan setelah imunisasi tambahan Measles Rubella (MR)?
6. Ibu yakin Imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) dapat mencegah penyakit campak dan rubella?
7. Apakah ibu merasa perlu mengingat jadwal pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) pada anak?

8. Menurut ibu, apakah perlu diberikan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) pada anak?
9. Apakah ibu setuju jika anak ibu diberikan imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR)?
Jika tidak setuju, mengapa?
10. Dari manakah ibu mendapatkan informasi tentang imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR)?
11. Ibu bersedia membantu petugas kesehatan untuk memberi informasi kepada orang lain mengenai program Imunisasi tambahan Measles Rubella (MR)?
Bila Ya, bagaimana caranya?
Bila Tidak, mengapa?

PANDUAN WAWANCARA

Kepada Orang Tua (Dukungan Keluarga)

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

1. Bagaimana tanggapan keluarga tentang pemberian imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) ?
2. Apakah keluarga mengatakan bahwa anak ibu harus mendapatkan imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) ?
3. Apakah anggota keluarga mengingatkan jadwal pemberian imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) ?
4. Keluarga menunjukkan tempat pelayanan kesehatan yang tepat untuk mendapatkan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR)?
5. Keluarga menemani ibu saat ibu membutuhkan teman untuk membawa anak ibu mendapatkan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR)?
6. Keluarga ikut memperhatikan pola pemberian imunisasi yang teratur kepada anak?
7. Keluarga peduli terhadap kebutuhan ibu dalam upaya pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) pada anak ibu?

8. Apakah keluarga memotivasi ibu untuk memberikan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) kepada anak ibu?
9. Keluarga memberitahukan bahwa imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) sangat penting diberikan pada anak yang berusia 9 sampai 15 tahun?
10. Keluarga terutama suami apakah menyetujui ibu untuk memberikan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) kepada anak?
Jika tidak setuju, mengapa?

PANDUAN WAWANCARA

Kepada Suami/Saudara/Mertua (Dukungan Keluarga)

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

1. Bagaimana tanggapan Bapak/Ibu tentang pemberian imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) ?
2. Bapak/Ibu merasa bahwa anak harus mendapatkan imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) ?
3. Apakah Bapak/Ibu mengingatkan jadwal pemberian imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) ?
4. Bapak/Ibu menunjukkan tempat pelayanan kesehatan yang tepat untuk mendapatkan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR)?
5. Bapak/Ibu menemani ibu saat ibu membutuhkan teman untuk membawa anak ibu mendapatkan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR)?
6. Bapak/Ibu ikut memperhatikan pola pemberian imunisasi yang teratur kepada anak?
7. Apakah Bapak/Ibu peduli terhadap kebutuhan ibu dalam upaya pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) pada anak ibu?

8. Bapak/Ibu memotivasi dan mendukung ibu untuk memberikan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) kepada anak?
9. Bapak/Ibu memberitahukan bahwa imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) sangat penting diberikan pada anak yang berusia 9 sampai 15 tahun?
10. Apakah Bapak/Ibu menyetujui pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) kepada anak?
Jika tidak setuju, mengapa?

DOKUMENTASI PENELITIAN





**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



Jl. Jend. A.H. Nasution No. 014 Andanobu, Kota Kendari.
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : UT.01.02 / 1 / 313 / 2019
Lampiran : -
Hal : Izin Pengambilan Data Awal Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari
di-

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari

Nama : Siti Rahamasia
NIM : P00312018140
Jurusan/Prodi : D-IV Kebidanan / Alih Jenjang
Judul Penelitian : Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Cakupan Imunisasi Tambahan MR (Measles Rubella) di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia

Untuk dibenarkan izin pengambilan data awal penelitian di Puskesmas Poasia Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 3 Januari 2019

Pih. Direktur,



Akhmad, SST, M.Kes
NIP. 196802111990051003



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



J. Jend. A.H. Nasution No. G/14 Andanombo, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3.93310 e-mail: psd@kkes.kendari.go.id

Nomor : UT.01.02/2/5703/2019
Lampiran : 1 (satu) eks
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sultra
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari

Nama : Siti Rahamasia
NIM : P00312018140
Jurusan/Prodi : D-IV Kebidanan/ Alih Jenjang
Judul Penelitian : Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Cakupan Imunisasi Tambahan MR (*Measles-Rubella*) di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia

Untuk diberikan izin penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 24 Juli 2019

An. Direktur,
Wacir I

A k h m a d, SST., M.Kes
NIP. 196802111990031003



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

Kompleks Bumi Praja Anduonohu, Teip. (0401) 3008846 Kendari

Kendari, 30 Juli 2019

Nomor : 070/2444/BALITBANG/2019
Lampiran :
Penhal : Izin Penelitian

K e p a d a
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari
di
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : UT.01.02/2/5783/2019 tanggal 24 Juli 2019 penhal tersebut diatas, Mahasiswa di bawah ini:

Nama : SITTI RAHAMASIA
No. Identitas : P00312018140
Pekerjaan : Mahasiswa
Jurusan : KEBIDANAN
Instansi / Kampus : POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
Lokasi Penelitian : Puskesmas Poasia

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Kantor Saudara dalam rangka penyusunan KTI/Skripsi/Tesis/Disertasi, dengan judul:

**" ANALISIS FAKTOR PENYEBAB RENDAHNYA CAKUPAN IMUNISASI
TAMBAHAN MR (MEASLES RUBELLA)
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS POASIA "**

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 30 Juli 2019 sampai Selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan di maksud dengan ketentuan:

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta menaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati Adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur SULTRA Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak menaati ketentuan tersebut diatas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

an GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
PROVINSI SULAWESI TENGGARA


Dr. Ir. SUKANTO TODING, MSP, MA
Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
NIP : 19680720 199301 1 003

T e m b u a n

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari
2. Wakil Kota Kendari di Kendari
3. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari
4. Ketua Prodi D-IV Kebidanan/Aib Jernang Poltekkes Kendari di Kendari
5. Kepala Badan Kesbang Kota Kendari di Kendari
6. Kepala Puskesmas Poasia di Tempat
7. Mahasiswa yang bersangkutan di Tempat.



PEMERINTAH KOTA KENDARI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Drs. H. Abdulah Siladua No. 8 Teup. (0401) 3131058 Kendari

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 070 / 258 / 2019

- a. Dasar
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang pedoman pemberian Rekomendasi Penelitian
 2. Peraturan Daerah Kota Kendari Nomor 2 Tahun 2008 tentang urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Kota Kendari (Lembaran Daerah Kota Kendari Tahun 2008 Nomor 2)
- b. Menimbang
- Surat Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 073/2440/Balbang/2019 tanggal 30 Juli 2019 perihal Penelitian Penelitian.

MEMBERITAHUKAN SAHWA :

- c. Nama : **SITI RAMASIA, A.Md. Keb**
d. Tempat / Identitas : **Jesa Napakura, Kec. Napabano, Kab. Muna / 7403156201900001**
e. Untuk
- 1). Melakukan penelitian / penyusunan skripsi dengan judul
ANALISIS FAKTOR PENYEBAB RENDAHNYA CAKUPAN IMUNISASI TAMBAHAN MR (MEASLES RUBELLA) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS POASIA
 - 2). Lokasi penelitian : Puskesmas Poasia
 - 3). Waktu Kegiatan : Agustus s/d September 2019
 - 4). Bidang Penelitian : Kesehatan
 - 5). Status Penelitian : Baru

Melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan kepada Walikota Kendari cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Kendari.

Kendari, 16 Agustus 2019

Ap. KEPALA,
Kabid. Penanganan Konflik Sosial

R. LAMANA, S.Sos., MM
Pangkat Tingkat I / Gol. III d
N/P. 19740314 200312 3 003

Tembusan:-

1. Walikota Kendari (sebagai laporan di Kendari);
2. Direktur Poltekri Kendari di Kendari;
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Kendari;
4. Kepala Puskesmas Poasia di Tempat;
5. Yang bersangkutan untuk di-pergunakan sebagaimana mestinya.



PEMERINTAH KOTA KENDARI
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS KEC. POASIA

Jl. Pongrat No. ... Telp. (0461)3453671 Kota Kendari



Nomor : 185 A/P.154/T.JI/ 03 /2019

Perihal : Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Jeni Arni Harli T
Nip : 19780125 200803 2 001
Jabatan : Kepala LPTD Puskesmas Poasia


Jangan ini menyatakan bahwa :

Nama : Siti Rahamasia
NIM : P00212018140
Sekolah/Jurusan : Poltekkes Kemenkes Kendari

Bahwa mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kendari tersebut diatas telah melakukan penelitian dari tanggal 3 Agustus sampai selesai dengan judul "*Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Cakupan imunisasi Tambahan MP (Measles Rubella) Di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia*".

Jemikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 22 Agustus 2019
Kepala UPTD Puskesmas Poasia,


dr. Jeni Arni Harli T
NIP. 19780125 200803 2 001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. Nasution No. G 14 Aedunaha, Kota Kendari 93212
Telp. (0401) 390482, Fax (0401) 353129 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA
NO: UT.04.01/1.550/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan
Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Siti Rahmatulha
NIM : POC312018110
Tempat/Tgl. Lahir : Watonea, 22 Januari 1990
Jurusan : DM - Kebidanan
Alamat : STN. Dewi Bunga 8 Posia

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai
sangkut paut di Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan
administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini di berikan untuk digunakan sebagai surat untuk mengikuti
ujian akhir pada Jurusan Kebidanan Tahun 2019

Kendari, 11 September 2019

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari

M. Yayan B. Tahir, S.I.K
N.P. 197509141999031001