

LAMPIRAN

Lampiran 1

RINCIAN BIAYA PENELITIAN

NO.	Kegiatan	Vol.	Satuan	Unit Cost	Jumlah
1.	Pengumpul Data				
	a. Studi Pendahuluan	1	Kali	150.000	150.000
	b. Izin Penelitian	1	Kali	200.000	200.000
2.	Bahan dan Peralatan Penelitian				
	a. Biaya Internet	7	Bulan	100.000	700.000
	b. Pulsa	7	Bulan	100.000	700.000
	c. Souvenir (Handuk tangan)	50	Buah	10.000	500.000
3.	Transportasi Penelitian	10	Kali	10.000	100.000
4.	ATK dan penggandaan				
	a. Kertas A4	3	Rim	80.000	240.000
	b. Tinta	2	Paket	35.000	70.000
	c. Fotokopi	10	Paket	50.000	500.000
	d. Jilid	5	Paket	20.000	100.000
JUMLAH					3.260.000

Lampiran 2

JADWAL PENELITIAN

NO.	KEGIATAN	WAKTU																																		
		Desember					Januari					Februari				Maret					April				Mei					Juni						
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4			
1	Penyusunan Proposal Skripsi	■	■	■	■	■																														
2	Seminar Proposal Skripsi						■																													
3	Revisi Proposal Skripsi							■	■	■	■	■	■																							
4	Mengurus Izin Penelitian													■	■																					
5	Persiapan Penelitian														■	■																				
6	Pelaksanaan Penelitian															■	■	■	■	■	■															
7	Pengolahan Data Penelitian																										■	■	■	■	■					
8	Laporan Skripsi																												■	■	■	■	■			
9	Sidang Skripsi																																	■		
10	Revisi Laporan Skripsi																																	■		

Lampiran 3

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(PSP)**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Setyo Rini Wijayanti

Institusi Pendidikan : Prodi Sarjana Terapan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

dengan ini memohon kesediaan ibu balita untuk berpartisipasi menjadi responden penelitian yang berjudul “Hubungan Sikap Ibu Balita dengan Ketepatan Waktu Imunisasi Lanjutan di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta”.

1. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan sikap ibu balita dengan ketepatan waktu imunisasi lanjutan,
2. Manfaat penelitian ini yaitu memperkaya bukti empiris mengenai faktor sikap ibu balita yang mempengaruhi ketepatan waktu imunisasi lanjutan dan dapat dijadikan dasar untuk penelitian selanjutnya,
3. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret – April 2019,
4. Penelitian ini akan berlangsung satu kali pengisian kuesioner yang membutuhkan waktu 10 menit dan kami akan memberikan kompensasi kepada responden berupa handuk,
5. Responden pada penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita usia 24-36 bulan, berkunjung ke Puskesmas Tegalrejo dengan membawa buku KIA atau KMS saat dilaksanakan penelitian dan bersedia menjadi responden.
6. Prosedur penelitian ini adalah ibu balita mengisi lembar persetujuan dan menjawab kuesioner yang telah disediakan oleh tim peneliti, setelah selesai mengisi kuesioner, kuesioner dikembalikan kepada tim peneliti,
7. Keuntungan yang responden peroleh dengan keikutsertaan dalam penelitian ini adalah mendapatkan informasi mengenai faktor sikap ibu terhadap ketepatan waktu imunisasi lanjutan,
8. Jika ibu balita tidak berkenan mengikuti penelitian ini, maka dapat mengundurkan diri. Partisipasi anda bersifat sukarela, tidak ada paksaan dan bias sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian ini.
9. Nama dan jatidiri anda akan tetap dirahasiakan. Jika ada hal-hal yang belum jelas, anda dapat menghubungi Setyo Rini Wijayanti dengan nomor telepon 0897-7971-070.

Peneliti,

Setyo Rini Wijayanti

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

(Information for Consent)

Dengan ini saya :

Nama : Setyo Rini Wijayanti

NIM : P07124318051

Adalah mahasiswa Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta bermaksud melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Sikap Ibu Balita dengan Ketepatan Waktu Imunisasi Lanjutan di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta”**. Untuk dapat menyelesaikan penelitian ini, saya mohon kesediaan dan bantuan saudara untuk mejadi responden.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara sebagai responden. Partisipasi saudara bersifat sukarela atau tanpa paksaan. Identitas saudara sebagai responden akan saya rahasiakan dan digunakan sebenar-benarnya untuk keperluan penelitian.

Atas perhatian dan kesediaan saudara, saya sampaikan terima kasih.

Hormat Saya,

Setyo Rini Wijayanti

Lampiran 5

No. Responden

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____

Umur : _____ tahun

Alamat : _____

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud, tujuan dan manfaat penelitian ini, dengan ini saya menyatakan bersedia dan mau berpartisipasi menjadi responden penelitian yang berjudul **“Hubungan Sikap Ibu Balita dengan Ketepatan Waktu Imunisasi Lanjutan di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta”** Saya tidak mempunyai ikatan apapun dengan peneliti dan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tidak menambah beban, kenyamanan dan konsekuensi lain.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan. Saya memahami keikutsertaan ini akan memberikan manfaat dan akan terjaga kerahasiannya.

Yogyakarta,2019

Peneliti,

Saksi,

Responden

Setyo Rini Wijayanti (_____) (_____)

Lampiran 6

KUESIONER

A. IDENTITAS RESPONDEN

Nomor Responden : _____ **(diisi oleh petugas)**

1. Nama : _____

2. Umur : _____

3. Alamat : _____

4. Pendidikan terakhir : *Lingkari salah satu

Tidak Tamat SD / Tamat SD / Tamat SMP / Tamat SMA/

Tamat Akademik-Sarjana (Perguruan Tinggi)

5. Agama : _____

6. Tanggal Lahir Balita : _____

7. Pemberian Imunisasi : **(diisi oleh petugas : sesuai tanggal imunisasi yang tercatat pada KMS / Buku KIA)**

Jenis Imunisasi	Tanggal Imunisasi			
Hep-B 0				
BCG				
DPT-HB-HiB				Lanjutan
Polio				
Campak (MR)				Lanjutan

Petunjuk : pilihlah pernyataan yang paling sesuai dengan memberi tanda (√) pada kotak pilihan Anda.

Keterangan Pilihan Jawaban :

1. SS : Sangat Setuju

3. TS : Tidak Setuju

2. S : Setuju


4. STS : Sangat Tidak Setuju

B. PERTANYAAN SIKAP IBU TERHADAP IMUNISASI LANJUTAN

No.	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1.	Agama atau keyakinan yang saya anut mendukung pemberian imunisasi lanjutan untuk balita saya				
2.	Saya mau mengantarkan balita saya untuk memperoleh imunisasi lanjutan ke fasilitas kesehatan (Klinik Kesehatan, Puskesmas atau Rumah Sakit)				
3.	Imunisasi lanjutan sebaiknya diberikan kepada balita sesuai jadwal yang dianjurkan yaitu antara usia 18-24 bulan				
4.	Imunisasi lanjutan sangat bermanfaat untuk pencegahan penyakit menular terhadap balita saya				
5.	Imunisasi lanjutan dapat dilayani di Klinik Kesehatan (Bidan atau Dokter Praktik Mandiri), Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah maupun Rumah Sakit Swasta				
6.	Saya dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan untuk memperoleh imunisasi lanjutan bagi balita saya				
7.	Tenaga kesehatan sebaiknya mengingatkan saya untuk jadwal pemberian imunisasi lanjutan bagi balita saya				
8.	Saya dengan mudah mengetahui jadwal imunisasi lanjutan di Buku KIA, KMS, Poster, leaflet atau brosur kesehatan				
9.	Balita saya mendapatkan imunisasi lanjutam sesuai jadwal yang dianjurkan tenaga kesehatan				
10.	Kader Kesehatan di lingkungan saya tinggal turut berperan dalam mengingatkan jadwal imunisasi lanjutan untuk balita saya				
No.	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS


11.	Saya tidak khawatir balita saya berisiko tertular penyakit jika sudah memperoleh imunisasi lanjutan				
12.	Balita saya tidak berisiko tertular penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi lanjutan seperti penyakit Hepatitis B, TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio, Campak dan Rubela karena sudah mendapat imunisasi lanjutan				
13.	Keluarga saya mendukung pemberian imunisasi lanjutan untuk balita saya				
14.	Balita saya tidak berisiko tinggi tertular virus atau bakteri penyebab penyakit Hepatitis B, TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio, Campak, Rubela				
15.	Infeksi penyakit Hepatitis B, TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio, Campak atau Rubela dapat menyebabkan masalah kesehatan yang serius				
16.	Saya sangat khawatir dengan penularan virus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi lanjutan, seperti penyakit Hepatitis B, TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio, Campak atau Rubela				
17.	Balita saya lebih mudah tertular penyakit Hepatitis-B, TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio, Campak, Rubela daripada balita lainnya jika belum memperoleh imunisasi lanjutan				
18.	Tenaga Kesehatan (Dokter, Bidan, Perawat) mengingatkan saya untuk memberikan imunisasi lanjutan balita saya				

Lampiran 7



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax. (0274) 617601
Website : www.komisi-etik.poltekkesjogja.ac.id Email : komisietik.poltekkesjogja@gmail.com



PERSETUJUAN KOMISI ETIK
No. LB.01.01/KE-01/VIII/351/2019

Judul	: Hubungan Sikap Ibu Balita dengan Ketepatan Waktu Imunisasi Lanjutan di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta
Dokumen	: 1. Protokol 2. Formulir pengajuan dokumen 3. Penjelasan sebelum penelitian 4. <i>Informed Consent</i>
Nama Peneliti	: Setyo Rini Wijayanti
Dokter/ Ahli Medis yang Bertanggungjawab	: -
Tanggal Kelaikan Etik	: 11 Maret 2019
Institusi Peneliti	: Poltekkes Kemenkes Yogyakarta


Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta menyatakan bahwa protokol diatas telah memenuhi prinsip etis berdasarkan pada Deklarasi Helsinki 1975 dan oleh karena itu penelitian tersebut dapat dilaksanakan.

Surat Kelaikan Etik ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal terbit.


Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta memiliki hak untuk memantau kegiatan penelitian setiap saat. Peneliti wajib menyampaikan laporan akhir setelah penelitian selesai atau laporan kemajuan penelitian jika dibutuhkan.

Demikian, surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ketua .



Margono, S.Pd, APP., M.Sc *et al.*
NIP. 196502111986021002



Lampiran 8



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
DINAS KESEHATAN

Jl. Kenari No.56 Yogyakarta Kode Pos 55165 Telp. (0274) 515865, 562682 Fax. (0274) 515869
EMAIL : kesehatan@jogjakota.go.id
HOT LINE SMS : 08122780001 HOTLINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id
WEB SITE : www.jogjakota.go.id

Yogyakarta, 13 - 03 - 2019

Nomor : 070/2681 Kepada Yth :
Sifat :
Lamp :
Hal : Surat Pengantar Penelitian Di-

YOGYAKARTA

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri No.3 Tahun 2018 pasal 5 ayat 2 ; Surat Edaran dari Gubernur D.I.Yogyakarta Nomor : 070/01218 tertanggal 19 Februari 2019 Perihal Penerbitan Surat Keterangan Penelitian dan surat Kantor Kesatuan Bangsa Kota Yogyakarta, Nomor 200/101 tertanggal 22 Februari 2019 perihal hasil pertemuan tentang regulasi penerbitan surat keterangan penelitian dan sesuai surat Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta, Nomor : PP.07.01/4.3/467/2019 tanggal 12 Februari 2019 perihal permohonan ijin penelitian, maka dapat diberikan ijin melakukan penelitian dengan judul proposal : **"Hubungan Sikap Ibu Balita dengan Ketepatan Waktu Imunisasi Lanjutan di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta "** kepada :

Nama : Setyo Rini Wijayanti
NIM : P07124318051
No HP : 08977971070
Pekerjaan : Mahasiswa Politeknik Kesehatan kemenkes Yogyakarta
Lokasi penelitian : Puskesmas Tegalrejo
Waktu Penelitian : 12 Maret 2019 s.d 12 Mei 2019.

Kepada yang bersangkutan diwajibkan :

1. Menghormati dan menaati peraturan dan tata tertib yang berlaku setempat
 2. Surat Pengantar penelitian tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah dan hanya dipergunakan untuk keperluan ilmiah
- Demikian surat pengantar penelitian ini dibuat, dengan ketentuan memenuhi persyaratan yang berlaku dan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Agus Sudrajat, SKM., M.Kes
NIK 198505301988031006

Lampiran 9



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS TEGALREJO

Jl. Magelang Km 2 No. 180 Yogyakarta KODE POS 55241 Telp./ Fax (0274) 586841

EMAIL : pusktr@gmail.com

Hot Line SMS : 081360393931 HOT LINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id

Web Site : www.jogjakota.go.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070 / 0599

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Sulisty, SKM
N I P : 19700717 199403 1 004
Pangkat/ Gol. : Penata Tingkat I, III/d
Jabatan : Kepala Sub Bag. Tata Usaha

Menerangkan bahwa nama tersebut dibawah ini :

N a m a : Setyo Rini Wijayanti
N I M : P07124318051
Prodi : Sarjana Terapan Kebidanan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Alamat : Jl. Mangkuyudan MJ III/304, Mantrijeron Yogyakarta

Telah selesai melaksanakan **Penelitian** di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta, pada tanggal 18 Maret s/d 18 April 2019.

Dengan Judul : **“Hubungan Sikap Ibu Balita dengan Ketepatan Waktu Imunisasi Lanjutan di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta”**.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 14 Mei 2019
Kepala Sub Bag. Tata Usaha

Sulisty, SKM.
NIP. 19700717 199403 1 004



SEGORO AMARTO
SEMANGAT GOTONG ROYONG AGAWA MAJUNE NGAYOGYAKARTA
KEMANDIRIAN-KEDISIPLINAN-KEPEDULIAN

LAMPIRAN 10

UJI VALIDITAS DAN UJI RELIABILITAS**UJI VALIDITAS KUESIONER**

NO	HASIL	KATEGORI
1	0,833	VALID
2	0,665	VALID
3	0,644	VALID
4	0,780	VALID
5	0,682	VALID
6	0,550	VALID
7	0,794	VALID
8	0,667	VALID
9	0,833	VALID
10	0,616	VALID
11	0,428	TIDAK VALID
12	0,644	VALID
13	0,514	VALID
14	0,633	VALID
15	0,639	VALID
16	0,316	TIDAK VALID
17	0,636	VALID
18	0,773	VALID
19	0,681	VALID
20	0,833	VALID

UJI RELIABILITAS KUESIONER**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,843	,955	21

LAMPIRAN SPSS

Statistics

KETEPATAN WAKTU IMUNISASI LANJUTAN

N	Valid	49
	Missing	0
Mean		62.2449
Median		63.0000
Std. Deviation		6.48245

UNIVARIAT

SIKAP IBU BALITA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NEGATIF	24	49.0	49.0	49.0
Valid POSITIF	25	51.0	51.0	100.0
Total	49	100.0	100.0	

KETEPATAN WAKTU IMUNISASI LANJUTAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TIDAK TEPAT WAKTU	3	6.1	6.1	6.1
Valid TEPAT WAKTU	46	93.9	93.9	100.0
Total	49	100.0	100.0	

BIVARIAT

SIKAP IBU BALITA * KETEPATAN WAKTU IMUNISASI LANJUTAN Crosstabulation

		KETEPATAN WAKTU IMUNISASI LANJUTAN		Total
		TIDAK TEPAT WAKTU	TEPAT WAKTU	
SIKAP IBU BALITA	NEGATIF	Count 3	21	24
		% within SIKAP IBU BALITA 12.5%	87.5%	100.0%
		% of Total 6.1%	42.9%	49.0%
		Count 0	25	25
SIKAP IBU BALITA	POSITIF	% within SIKAP IBU BALITA 0.0%	100.0%	100.0%
		% of Total 0.0%	51.0%	51.0%
		Count 3	46	49
		% within SIKAP IBU BALITA 6.1%	93.9%	100.0%
Total		6.1%	93.9%	100.0%
		6.1%	93.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.329 ^a	1	.068		
Continuity Correction ^b	1.509	1	.219		
Likelihood Ratio	4.487	1	.034		
Fisher's Exact Test				.110	.110
Linear-by-Linear Association	3.261	1	.071		
N of Valid Cases	49				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.47.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.252	.068
N of Valid Cases		49	