

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Form Kuesioner

#### Data responden

Nama responden (orangtua) :

Usia ibu :

Nama anak :

Usia anak :

Agama :

Alamat lengkap :

No. Telp/HP :

Pekerjaan :

Ayah :

Ibu :

Pendidikan terakhir :

Ayah :

Ibu :

Penghasilan total keluarga :

Beri tanda ceklis (√) sesuai dengan imunisasi yang telah diberikan.

Alasan	Tandai (√)
Anak ibu sudah diimunisasi hepatitis B?	
Anak ibu sudah diimunisasi BCG?	
Anak ibu sudah diimunisasi polio?	
Anak ibu sudah diimunisasi DTP?	
Anak ibu sudah diimunisasi campak?	

Beri tanda ceklis (√) pada kolom Ya/Tidak, sesuai dengan alasan tidak dilakukannya imunisasi dasar lengkap.

Alasan	Ya	Tidak
Apakah ada ketakutan akan efek samping yang timbul setelah melakukan imunisasi?		
Apakah terdapat pengaruh tidak dianjurkannya melakukan imunisasi dari adat/tradisi/keluarga?		
Apakah terdapat larangan melakukan imunisasi dari agama yang dianut?		
Apakah ibu mengetahui jadwal imunisasi dasar lengkap dari usia 0-1 tahun?*		
*subyek penelitian diwawancara secara langsung tentang pengetahuan mengenai jadwal imunisasi		
Apakah jarak rumah dengan tempat pelayanan imunisasi terlalu jauh?		
Apakah menurut ibu biaya imunisasi tidak terjangkau?		
Apakah terdapat rumor buruk tentang adanya bahan dasar babi yang terkandung dalam vaksin?**		
**subyek penelitian diwawancara secara langsung tentang kandungan vaksin yang diragukan kehalalannya (mengandung unsur babi)		



## LAMPIRAN

## Lampiran 1. Form Kuesioner

## Data responden

Nama responden (orangtua) : [redacted]  
Usia ibu : 30 tahun  
Nama anak : [redacted]  
Usia anak : 20 bl  
Agama : Islam  
Alamat lengkap : Jl. Banteng Dalam  
No. Telp/HP : -  
Pekerjaan  
Ayah : Swasta  
Ibu : IDT  
Pendidikan terakhir  
Ayah : SMA  
Ibu : SMA  
Penghasilan total keluarga : -

Beri tanda ceklis (✓) sesuai dengan imunisasi yang telah diberikan.

Alasan	Tandai (✓)
Anak ibu sudah diimunisasi hepatitis B?	✓
Anak ibu sudah diimunisasi BCG?	✓
Anak ibu sudah diimunisasi polio?	✓
Anak ibu sudah diimunisasi DTP?	✓
Anak ibu sudah diimunisasi campak?	✓

Beri tanda ceklis (✓) pada kolom Ya / Tidak, sesuai dengan alasan tidak dilakukannya imunisasi dasar lengkap.

Alasan	Ya	Tidak
Apakah ada ketakutan akan efek samping yang timbul setelah melakukan imunisasi?		✓
Apakah terdapat pengaruh tidak dianjurkannya melakukan imunisasi dari adat / tradisi / keluarga?		✓
Apakah terdapat larangan melakukan imunisasi dari agama yang dianut?		✓
Apakah ibu mengetahui jadwal imunisasi dasar lengkap dari usia 0-1 tahun?	✓	
Apakah jarak rumah dengan tempat pelayanan imunisasi terlalu jauh?		✓
Apakah menurut ibu biaya imunisasi tidak terjangkau?		✓
Apakah terdapat rumor buruk tentang adanya bahan dasar babi yang terkandung dalam vaksin?		✓

## Lampiran 2 SPSS

### Pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<UMR = Rp 3.339.580,61	73	52.5	52.5	52.5
	>UMR = Rp 3.339.580,61	66	47.5	47.5	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

### Cakupan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	133	95.7	95.7	95.7
	Tidak	6	4.3	4.3	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

### Usia Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<30	77	55.4	55.4	55.4
	>=30	62	44.6	44.6	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

### Pekerjaan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	22	15.8	15.8	15.8
	Tidak bekerja	117	84.2	84.2	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

### Pendidikan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menengah	68	48.9	48.9	48.9
	Rendah	18	12.9	12.9	61.9
	Tinggi	53	38.1	38.1	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

### Ketakutan Efek Samping

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	117	84.2	84.2	84.2
	1	22	15.8	15.8	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

### Tradisi Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	0	130	93.5	93.5	93.5
	1	9	6.5	6.5	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

#### Larangan Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	135	97.1	97.1	97.1
	1	4	2.9	2.9	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

#### Pengetahuan Jadwal Imunisasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	14	10.1	10.1	10.1
	1	125	89.9	89.9	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

#### Jarak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	129	92.8	92.8	92.8
	1	10	7.2	7.2	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

#### Biaya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	132	95.0	95.0	95.0
	1	7	5.0	5.0	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

#### Rumor Kandungan Vaksin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	88	63.3	63.3	63.3
	1	51	36.7	36.7	100.0
	Total	139	100.0	100.0	

#### Crosstabs

##### Pendapatan \* Cakupan Crosstabulation

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
pendapatan	<UMR = Rp 3.339.580,61	69	4	73
	>UMR = Rp 3.339.580,61	64	2	66
Total		133	6	139

**Usia Ibu \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
usia_ibu	<30	76	1	77
	>=30	57	5	62
Total		133	6	139

**Pekerjaan Ibu \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
pekerjaan_ibu	Bekerja	21	1	22
	Tidak bekerja	112	5	117
Total		133	6	139

**Pendidikan Ibu \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
pendidikan_ibu	Menengah	65	3	68
	Rendah	18	0	18
	Tinggi	50	3	53
Total		133	6	139

**Ketakutan Efeke Samping \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
ketakutan	0	114	3	117
	1	19	3	22
Total		133	6	139

**Tradisi Keluarga \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
tradisi	0	125	5	130
	1	8	1	9
Total		133	6	139

**Larangan Agama \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
larangan	0	130	5	135
	1	3	1	4
Total		133	6	139

**Pengetahuan Jadwal Imunisasi \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
pengetahuan_jadwal	0	12	2	14
	1	121	4	125
Total		133	6	139

**Jarak \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
jarak	0	126	3	129
	1	7	3	10
Total		133	6	139

**Biaya \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
biaya	0	127	5	132
	1	6	1	7
Total		133	6	139

**Rumor Kandungan Vaksin \* Cakupan Crosstabulation**

Count

		Cakupan		Total
		Lengkap	Tidak	
rumor	0	85	3	88
	1	48	3	51
Total		133	6	139



## Lampiran 3 Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data



UNIVERSITAS ISLAM BANDUNG  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**

Jl. Taman Sari No. 22 Telp. (022) 4203368 (Hunting) Pes. 6905 Fax. (022) 4231213  
 Bandung 40116



Nomor : 317/Dek/FK-k/P-Skr/VI/2019

21 Juni 2019

Perihal : Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data

Kepada Yth.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bandung  
 Jl. Wastukencana No. 2 Bandung

*Bismillahirrahmanirrahim  
 Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

Semoga Allah Subhanahu Wata'ala senantiasa melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah Nya kepada kita semua, baik dalam melaksanakan tugas maupun di dalam melaksanakan ibadah sehari-hari. Aamiin.

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi para Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung Tahun Akademik 2018/2019 yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Sarjana Kedokteran (S.Ked), dengan ini kami hadapkan Mahasiswa yang namanya tersebut di bawah ini :

Nama mahasiswa : Rhena Alma Ramadianti  
 NPM : 10100116193  
 Program studi : Pendidikan Dokter  
 Judul penelitian : Faktor-Faktor yang Memengaruhi Cakupan Status Imunisasi Dasar Tidak Lengkap di Puskesmas Cijagra Lama Kota Bandung  
 Pembimbing 1 : Prof. H. Herry Garna. dr., SpA(K). Ph. D  
 Pembimbing 2 : Lisa Adhia G.,dr.,Sp.A.,M.Si.

Yang bersangkutan bermaksud melakukan penelitian dan pengambilan data di Puskesmas Cijagra Lama Kota Bandung. Berkenaan dengan hal tersebut kami mohon Bapak/Ibu dapat mengizinkan dan dapat membantu yang bersangkutan baik berupa data maupun informasi yang dibutuhkan berhubungan dengan penelitian tersebut.

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih. "*Jazakumullah khairan katsiran*".

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.  
 Dekan,



Prof. Dr. Ieva B. Akbar, dr., AIF.

Tembusan:

- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung
- Kepala Puskesmas Cijagra Lama

## Lampiran 4 Surat Pernyataan Persetujuan (PSP)



### FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ISLAM BANDUNG KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jl. Tasulua No. 22 PO.BOX 1357 Telp. (022) 4203368 (hاتف) Fax. 4231213 Bandung 40116



#### SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP) UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN (INFORMED CONSENT)

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan. Juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya maka Saya setuju/tidak setuju\* ikut dalam penelitian ini yang berjudul: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Cakupan Status Imunisasi Dasar Tidak Lengkap Di Puskesmas Cijagra Lama Kota Bandung.

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah Saya tandatangani untuk arsip.

Saya:

Saya setuju:

Ya/Tidak\*

	Tgl.	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta:		
Usia:		
Alamat:		
Nama Peneliti:		
Nama Saksi:		

\*) coret yang tidak perlu



FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ISLAM BANDUNG  
**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
 Jl. Tamansari No. 22 PO.BOX 1357 Telp. (022) 4203368 (hunting) Pes. 6905 Fax. 4231213 Bandung 40116



**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)  
 UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN  
 (INFORMED CONSENT)**

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan. Juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya maka Saya setuju/tidak setuju\* ikut dalam penelitian ini yang berjudul: Faktor yang Memengaruhi Cakupan Status Imunisasi Dasar di Puskesmas Cijagra Lama Kota Bandung.

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah Saya tandatangani untuk arsip Saya.

Saya setuju:

Ya/Tidak<sup>\*)</sup>

	Tgl.:	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta: <del>.....</del> Usia: 30 th Alamat: Jl. Banteng Dalam	11 Oktober 2019	
Nama Peneliti: Rhena Alma Ramadiani		
Nama Saksi: Yanni Rayani		

\*) coret yang tidak perlu

## Lampiran 5 Persetujuan Etik

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ISLAM BANDUNG**  
**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**

Jl. Tamansari No. 22 P.O. BOX 1357 Telp. (022) 4203368 (hunting) Pks. 6905 Fax. 4231213 Bandung 40116

**PERSETUJUAN ETIK**  
**ETHICAL APPROVAL**

Nomor: 171/Komite Etik.FK/IV/2019

*Bismillahirrahmanirrahim*

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung, dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian kesehatan serta menjamin bahwa penelitian yang menggunakan formulir survei/registrasi/surveilans/epidemiologi/humaniora/sosial budaya/bahan biologi tersimpan/sel punca dan nonklinis lainnya berjalan dengan memperhatikan implikasi etik, hukum, sosial, dan nonklinis lainnya yang berlaku telah mengkaji dengan teliti proposal penelitian berjudul:

*The Health Research Ethics Committee, Faculty of Medicine, Universitas Islam Bandung in order to protect the rights and welfare of the health research subject, and to guaranty that the research using survey questionnaire/surveillance/epidemiology/humanities/social-cultural/archived biological materials/ stem cell/other non-clinical materials, will carried out according to ethical, legal, social implications and other applicable regulations, has been troughly reviewed the proposal entitled:*


**Faktor yang Memengaruhi Cakupan Status Imunisasi Dasar di Puskesmas Cijagra Lama Kota Bandung**

Nama mahasiswa <i>Student</i>	: Rhena Alma Ramadianti
NPM <i>Student Batch Number</i>	: 10100116193
Pembimbing 1 <i>Supervisor 1</i>	: Prof. H. Herry Garna, dr., SpA(K).Ph.D
Pembimbing 2 <i>Supervisor 2</i>	: Lisa Adhia G., dr., Sp.A., M.Si.
Nama institusi <i>Institution</i>	: Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung

penelitian tersebut dapat disetujui pelaksanaannya.  
*hereby declare that the proposal is approved.*

Demikian, surat keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di: Bandung  
*Issued in*  
Pada tanggal: 30 April 2019  
*Date*  
Ketua,  
*Chairman*

  
Prof. Herry Garna, dr., Sp.A(K), Ph.D.

**Keterangan/notes:**  
Peretujuan etik ini berlaku selama satu tahun sejak tanggal ditetapkan.  
*This ethical clearance is effective for one year from the due date.*  
Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan.  
*In the end of the research, progress and final summary report should be submitted to the Health Research Ethics Committee.*  
Jika ada perubahan atau penyimpangan protokol dan/atau perpanjangan penelitian harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian.  
*If there be any protocol modification or deviation and/or extension of the study, the principal investigator is required to resubmit the protocol for approval.*  
Jika ada kejadian serius yang tidak diinginkan (KTD) harus segera dilaporkan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan.  
*If there are serious adverse events (SAE) should be immediately reported to the Health Research Ethics Committee.*

Lampiran 6 Surat Keterangan Penelitian Kesatuan Bangsa dan Politik  
(Kesbangpol)



**PEMERINTAH KOTA BANDUNG**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Wastukencana No.2 Telp. 022 4230097 Bandung

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

NOMOR : 070/1382/V-2019/BKBP

- Dasar : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik  
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik  
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah  
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian  
5. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 08 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Bandung
- Menimbang : Surat dari Universitas Islam Bandung Nomor : 317/Dek/PK-k/P-Skr/VI/2019 Tanggal 21 Juni 2019 Perihal Penelitian

**MEMBERITAHUKAN BAHWA :**

- a. Nama : **RHENA ALMA RAMADHIANTI**  
b. Alamat Lengkap : Jl. Tulung Agung No. 27 Kel. Antapani Kidul Kec. Antapani Kota Bandung  
No. Identitas, Hp : NPM. 10100116193, Hp. 081223456632  
c. Untuk : 1) Melakukan Penelitian, Dengan Judul "Faktor - Faktor Yang Memengaruhi Cakupan Status Imunisasi Dasar Tidak Lengkap di Puskesmas Cijagra Lama Kota Bandung"  
2) Lokasi : Dinas Kesehatan, UPT Puskesmas Cijagra Lama Kota Bandung .  
3) Anggota Tim : -  
4) Bidang Penelitian : -  
5) Status Penelitian : Baru  
6) Waktu Pelaksanaan : 25 Juni 2019 s.d 25 Desember 2019
- d. Melaporkan hasil Penelitian kepada WaliKota Bandung c.q Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bandung, paling lambat 1 minggu setelah selesai.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Bandung 25 Juni 2019  
a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Sekretaris,

9 Dra. LUSI SUSILAYANI, M.SI  
Pembina TK. I  
NIP. 19641210 198503 2 009

## Lampiran 7 Surat Keterangan Penelitian Dinas Kesehatan (Dinkes)



**PEMERINTAH KOTA BANDUNG  
DINAS KESEHATAN**

Jalan Supratman Nomor 73 Telp. 022-87244572 Bandung

**SURAT KETERANGAN**  
Nomor : 070/1382/V-Dinkes

1. Yang bertanda tangan dibawah ini :
- a. Nama : dr. Nina Manarosana R, M. Kes.
  - b. Jabatan : Sekretaris Dinas Kesehatan Kota Bandung.
- Dengan ini menerangkan bahwa :
- a. Nama : Rhena Alma Ramadhianti.
  - b. Alamat : Jl. Tulung Agung No. 27 Kel. Antapani Kidul Kec. Antapani Kota Bandung.
  - c. Maksud : Penelitian dilingkungan Dinas Kesehatan Kota Bandung tentang Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Cakupan Status Imunisasi Dasar Tidak Lengkap Dipuskesmas Cijagra Lama kota Bandung.
  - d. Waktu Pelaksanaan : Terhitung Mulai tanggal 28 Juni 2019 s.d. 25 Desember 2019.

2. Surat Keterangan ini dibuat atas dasar :

- a. Surat pengantar dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik (BKBP) Nomor : 070/1382/V-2019/BKBP tanggal 25 Juni 2019.
- b. Surat permohonan dari : Fakultas Kedokteran UNISBA Nomor : 317/Dek/FK-k/P-Skr/V I/2019 tanggal 21 Juni.

3. Berhubung dengan maksud bersangkutan, diminta agar unit kerja yang terkait memberikan bantuan serta fasilitas seperlunya sepanjang tidak mengganggu kelancaran dan menyangkut rahasia jabatan.

Bandung, 28 Juni 2019  
an. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA BANDUNG  
Sekretaris

dr. Nina Manarosana R, M. Kes.  
NIP. 19660319 199703 2 001

**CATATAN**

- Agar membuat laporan hasil kegiatan melalui Kepala Sub.Bag. Umum dan Kepegawaian Dinas Kesehatan Kota Bandung

Tembusan, disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung (Sebagai Laporan)
2. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan.
3. Kepala Bidang P2P.
4. Kepala Bidang Kesmas.
5. Kepala Bidang SDK.
6. Kepala UPT Puskesmas Cijagra Lama.

Lampiran 8 Foto Kegiatan

