

**LAMPIRAN**

## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Calon Responden

Penelitian

Di

Dengan hormat,

Saya adalah mahasiswa Program Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Tanjungkarang, bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Pemberian Kacang Kedelai Terhadap Peningkatan Kadar Hemoglobin pada Ibu Hamil di Puskesmas Rajabasa Tahun 2020”.

Saya mengharapkan partisipasi dalam penelitian yang saya lakukan, kami menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas. Informasi yang saudara berikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu kebidanan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas ikut tanpa ada sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta penelitian ini silahkan ssaudara menanda tangani kolom dibawah ini.

Tanda tangan :

.....

Tanggal :

.....

No.Responden :

.....

**LEMBAR INFORMED CONSENT**

**(PERSETUJUAN RESPONDEN)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Setelah mendapat keterangan secukupnya dari peneliti serta mengetahui manfaat penelitian yang berjudul **“Pengaruh Pemberian Kacang Kedelai Terhadap Peningkatan Kadar Hemoglobin pada Ibu Hamil Anemia di Puskesmas Rajabasa Tahun 2020”**, saya menyatakan (bersedia/ tidak bersedia)\* untuk diikutsertakan dalam penelitian ini.

Bandar Lampung, Mei 2020

Peneliti

Responden

( Diana Ayu Octavia Suseno)

( )

Keterangan (\*) = coret yang tidak perlu

## LEMBAR OBSERVASI

Judul : “Pengaruh Pemberian Kacang Kedelai Terhadap Peningkatan Kadar Hemoglobin pada Ibu Hamil Anemia di Puskesmas Rajabasa Tahun 2020”

No/kode responden :

Tanggal penelitian :

Petunjuk : Isi data berikut dengan benar.

### 1. Data Umum

Nama :

Umur :

Pendidikan Terakhir : ( SD / SMP / SMA / PT )

Pekerjaan : ( IRT / Swasta / Wiraswasta / PNS )

### 2. Data Khusus

Usiakehamilan : minggu

Tinggi badan ibu hamil : cm

BB ibu hamil awal kunjungan : kg Indeks Masa Tubuh

BB saat pemeriksaan : kg

Kenaikan berat badan : kg

Kadar Hemoglobin : gr%

Kepatuhan Konsumsi Tablet Fe : Table

## LEMBAR KONTROL PEMBERIAN KACANG KEDELAI

No Responden :

Nama :

Umur :

Paritas :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

No Hp :

Berilah tanda centang (√) pada kolom di bawah ini setiap kali ibu mengkonsumsi kacang kedelai

| Waktu Konsumsi | Minggu I |   |   |   |   |   |   | Minggu II |   |    |    |    |    |    | Minggu III | Jumlah yang diberikan  |
|----------------|----------|---|---|---|---|---|---|-----------|---|----|----|----|----|----|------------|------------------------|
|                | 1        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8         | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |            |                        |
| Pagi           |          |   |   |   |   |   |   |           |   |    |    |    |    |    |            | Jumlah :<br><br>Sisa : |
| Malam          |          |   |   |   |   |   |   |           |   |    |    |    |    |    |            |                        |





**LEMBAR HASIL OBSERVASI KADAR HB IBU HAMIL**

| NO | HARI<br>/TANGGAL | NAMA | INTERVERENSI |      | KET |
|----|------------------|------|--------------|------|-----|
|    |                  |      | PRE          | POST |     |
| 1. |                  |      |              |      |     |
| 2  |                  |      |              |      |     |
| 3  |                  |      |              |      |     |
| 4  |                  |      |              |      |     |
| 5  |                  |      |              |      |     |
| 6  |                  |      |              |      |     |
| 7  |                  |      |              |      |     |
| 8  |                  |      |              |      |     |
| 9  |                  |      |              |      |     |
| 10 |                  |      |              |      |     |
| 11 |                  |      |              |      |     |
| 12 |                  |      |              |      |     |
| 13 |                  |      |              |      |     |
| 14 |                  |      |              |      |     |
| 15 |                  |      |              |      |     |
| 16 |                  |      |              |      |     |

## CHECKLIST PEMERIKSAAN HEMOGLOBIN

| NO | LANGKAH   |
|----|---|
| 1  | Memberitahu dan menjelaskan pada ibu tindakan yang akan dilakukan   |
| 2  | Menyiapkan alat yang digunakan secara ergonomis   |
| 3  | Jaga privasi ibu dan mempersilahkan ibu duduk dikursi dengan santai dan rileks  |
| 4  | Mencuci tangan 7 langkah menggunakan air mengalir   |
| 5  | Memakai sarung tangan yang bersih   |
| 6  | Melancarkan peredaran darah dari jari – jari dengan cara mengayun – ayunkan tangan dan memijat jari yang akan ditusuk |
| 7  | Melakukan desinfektan pada ujung jari yang akan ditusuk dengan alcohol dan membiarkan kering beberapa saat            |
| 8  | Menekan bagian bawah ujung jari yang akan ditusuk agar rasa nyeri berkurang dan darah terkumpul di ujung jari         |
| 9  | Menusuk ujung jari dengan lancet secara tegak lurus   |
| 10 | Mengusap darah yang keluar dengan kapas kering  |
| 11 | Menghisap darah dengan kertas hisap sampai merata   |
| 12 | Tunggu beberapa menit untuk mengetahui hasilnya   |
| 13 | Membereskan dan membersihkan alat dan bahan yang telah digunakan  |
| 14 | Meleps sarung tangan dan rendam di larutan klorin 0,5%  |
|    | Mencuci tangan 7 langkah dmenggunakan sabun dan air mengalir  |
| 15 | Memberitahu ibu hasil pemeriksaan   |

|    |                                       |
|----|---------------------------------------|
| 16 | Melakukan dokumentasi atau pencatatan |
|----|---------------------------------------|