LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian:

Study Kasus Imunisasi Terhadap Rubella Pada Usia Anak Sekolah Dasar (SB) di Wilayah Kerja UPTB Kesehatan Puskesmas Bojo Baru Kab. Barru

Nama :.....
Umur :.....
Jenis Kelamin :.....
Pendidikan terakhir :.....

a. Tidak tamat SD
b. Sekolah Dasar (SD) atan sederajat
c. Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) atausederajat
d. Sekolah Menengah Umum (SMU) atau sederajat
e. Akademi (D1,D2, D3)
f. Sarjana(S1, S2, S3)

Berilah tanda ceklis(q) terhadap jawaban yang kamu anggap benar di bawah ini!

I. STATUS IMUNISASI

1. Apakah ibu menyadari pentingnya pemberianimunisasi?
   a. Ya
   b. Tidak
2. Apakah anak ibu sudah mendapatkan imunisasi dasarlengkap sesuai dengan waktunya?
   a. Ya
   b. Tidak
3. Apakah ibu memberikan imunisai lengkap pada anakibu?
   a. Ya
   b. Tidak

4. Apakah anak ibu sudah melakukan imunisasitambahan MR?
   a. Ya .
   b. Tidak
5. Apakab ibu tetap akan mengulang imunisasi pada anakanda walaupun pada irnunisasi sebelurnnya terjadi efeksamping pada anak?
   a. Ya
   b. Tidak
6. Apakah ibu takut bila anak ibu diirnunisasi?
   a. Ya
   b. Tidak
7. Apakah anak ibu mendapatkan imunisasi MR padausia 9bulan -15 tahun?
   a. ya
   b. Tidak
8. Apakah ibu pernah membawa anak ibu imunisasi ketikasedang sakit?
   a. Ya
   b. Tidak
9. Apakah anak ibu mendapatkan imunisasi HB-0 padausia 1 bulan?
   a. Ya
   b. Tidak
10. Apakah anak ibu mendapatkan imunisasi campak pada usia 9 bulan?
    a. ya
    b. Tidak

II. TINGKAT PENGETAHEJAN IBU

1. Apakäh yang dimaksud dengan Irnunisasi?
   a. Pemberian kekebalan pada bayi terhadap penyakit
   b. Pemberian vitamin pada bayi agar bayi kuat
   c. Tidak tahu

2. Apakah tujuan imunisasi?
    a. Memberi perlindungan agar bayi tidak terkenapenyakit
    b. Memberi perlindungan agar bayi tumbuh Iebihcerdas
    c. Tidak tahu
3. Apakah yang dimaksud imunisasi dasar pada anak?
    a. Tmunisasi yang wajib diberikan pada anaksebelumusia 1 tahun
    b. Imunisasi yang dianjurkan untuk diberikan padaanak usia 1 tahun
    c. Tidak tahu
4. Sebutkan jenis-jenisi munisasi dasar?
    a. BCG, DPI, Polio, Hepatitis B, Campak
    b. BCG, DPI, Hepatitis B,Campak .
    c. Tidaktahu
5. Dimanakah imunisasi dapat diperoleh?
    a. Posyandu
    b. RumahSakit
    c. Tidaktahu
6. Siapa saja yang mendaptkan imunisasi dasar?
    a. Bayi umur 0 -II bulan
    b. Anak umur lebih dan 1 tahun
    c. Tidak tahu
7. Apakah yang ibu ketahui tentang imunisasi MR?
    a. Imunisasi yang diberikan untuk mencegahpenyakit campak dan rubella
    b. Imunisasi yang diberikan untuk mencegahpenyakit rubella
    c. Tidak tahu
8. Pada usia berapakah anak diberikan iinunisasi MR?
    a. Usia 9 bulan- 15 tahun
    b. Usia9 bujan
    c. Tidak tahu

9. Berapa kali suntik imunisasi MR di berikan?
   a. 1 kali
   b. 2kali
   c. Tidaktahu
10. Apa efek samping yang sering muncul setelah suntikimunisasi?
   a. Timbul kemerahan, demam dan nyeri pada lokasisuntikan
   b. Timbul kemerahan
   c. Tidaktahu

III. DUKUNGAN KELUARGA

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Kadang-Kadang	Tidak
1 2. 3. 4. 5. 6.	Apakah ibu mendapatkan informasi dan keluarga (Suami, orang tua, mertua, maupun saudara lainnya) tentang imunisasi? Apakah keluarga menganjurkan ibu membawa anak kepelayanan kesehatan agar diberikan suntik imunisasi ? Apakah keluarga mendengarkan keluh kesah ibu saat mendapatkan kesulitan dalam memberikan suntik imunisasi pada anak? Apakah keluarga memberikan pujian kepada			

7.	Ibu karena menyarakan anak untuk diimunisasikan lengkap?			
8.	Dalam upaya pemberian imunisasi lengkap pada anak?			
9.	Mengingatkan ibu jadwal untuk melakukan imunisasi pada anak setiap bulan?			
10	Apakah anggota keluarga menyediakan waktu untuk mendampingi ibu membawa anaknya melaksanakan imunisasi di setiap bulan ?			
	Apakah anggota keluarga selalu penuh perhatian dengan kesehatan anaknya untuk mencegah berbagai penyakit dengan cara imunisasi?			
	Apakah anggota keluarga mengajurkan ibu untuk melakukan imunisasi dasar secara teratur dan tepat waktu?			
	Apakah anggota keluarga selalu menyediakan obat penurun demam apabila anak mengalami demam setelah mendapatkan imunisasi?			

Lampiran 2. Tabel Frekuensi Variabel Penelitian

1. Analisis Univariat

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30 Tahun	12	33.3	33.3	33.3
	31-45 Tahun	8	50.0	50.0	83.3
	41-50 Tahun	4	16.7	16.7	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	24	100.0	100.0	100.0

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak tamat SD	1	4.2	4.2	4.2
	SD	5	20.8	20.8	25.0
	SLTP	1	4.2	4.2	29.2
	SMU	14	58.3	58.3	87.5
	Akademi (D1, D2,D3)	2	8.3	8.3	95.8
	Sarjana	1	4.2	4.2	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Status Imunisasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	20	83.3	83.3	83.3
	Tidak Lengkap	4	16.7	16.7	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Tingkat Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	18	75.0	75.0	75.0
	Rendah	6	25.0	25.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Dunkungan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Vali	Didukung Keluarga	11	45.8	45.8	45.8
d	Tidak Didukung keluarga	13	54.2	54.2	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

2. Analisis Bivariat

Uji Chi Square Pengaruh tingkat pengetahuan ibu dengan status imunisasi terhadap kasus rubella pada anak usia sekolah dasar (SD) di wilayah kerja UPTD Kesehatan Puskesmas Bojo Baru

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga* Status Imunisasi	24	100.0%	0	.0%	24	100.0%

Tingkat Pengetahuan * Status Imunisasi Crosstabulation

Count

		Status Imunisasi		Total
		Lengkap	Tidak Lengkap	
Tingkat Pengetahuan	Tinggi	17	1	18
	rendah	3	3	6
Total		20	4	24

Uji Chi Square Pengaruh tingkat pengetahuan ibu dengan status imunisasi terhadap kasus rubella pada anak usia sekolah dasar (SD) di wilayah kerja UPTD Kesehatan Puskesmas Bojo Baru

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.400[a]	1	.011		
Continuity Correction[b]	3.600	1	.058		
Likelihood Ratio	5.585	1	.018		
Fisher's Exact Test				.035	.035
Linear-by-Linear Association	6.133	1	.013		
N of Valid Cases[b]	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimumexpected count is 1.00.

b. Computed only
for a 2x2 table

Tingkat Keluarga * Status Imunisasi Crosstabulation

Count				
		Status Imunisasi		Total
		Lengkap	Tidak Lengkap	
Tingkat Keluarga	Didukung Keluarga	8	3	11
	Tidak Didukung Keluarga	12	1	13
Total		20	4	24

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig.(1-sided)
Pearson Chi-Square	1.645[a]	1	.200		
Continuity Correction[b]	.537	1	.464		
Likelihood Ratio	1.685	1	.194		
Fisher's Exact Test				.300	.300
Linear-by-Linear Association	1.576	1	.209		
N of Valid Cases[b]	24	1			

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimumexpected count is 1.83.

b. Computed only for a
2x2 table

Lampiran 3. Tabel Frekuensi Jawaban Responden

Status Imunisasi

Apakah ibu menyadari pentingnya pemberian imunisasi ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	24	100.0	100.0	100.0

Apakah anak ibu sudah mendapatkan imunisasi dasar Iengkap sesuai dengan waktunya?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	24	100.0	100.0	100.0

Apakah ibu memberikan imunisasi Iengkap pada anak ibu?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	24	100.0	100.0	100.0

Apakah anak ibu sudah melakukan imunisasi tambahan MR?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	20	83.3	83.3	83.3
	tidak	4	16.7	16.7	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah ibu tetap akan mengulang imunisasi pada anak anda walaupun pada imunisasi sebelumnya terjadi efek samping?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	18	75.0	75.0	75.0
	tidak	6	25.0	25.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah ibu takut bilaanak diimunisasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	24	100.0	100.0	100.0

Apakah anak ibu mendapatkan imunisasi MR pada usia 9 bulan – 15 tahun?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	20	83.3	83.3	83.3
	tidak	4	16.7	16.7	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah ibu pernah membawa anak ibu imunisasi ketika sedang aktif?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	24	100.0	100.0	100.0

Apakah anak ibu mendapatkan imunisasi HB-0 pada usia 1 bulan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	24	100.0	100.0	100.0

Apakah anak ibu mendapatkan imunisasi campak pada usia 9 bulan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	24	100.0	100.0	100.0

Apakah tujuan imunisasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Memberi perlindungan agar bayi tidak terkena penyakit	24	100.0	100.0	100.0

Tingkat Pengetahuan

Apakah yang dimaksud denganimunisasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pemberian kekebalan pada bayi terhadap penyakit	20	83.3	83.3	83.3
	Pemberian vitamin pada bayi agar bayi kuat	4	16.7	16.7	100.0

Total	24	100.0	100.0	

Dimanakh imunisasi dapat diperoleh?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Posyandu	24	100.0	100.0	100.0

Apakah yang imunisasi dasar pada anak?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Imunisasi yang wajib diberikan pada anak sebelum usia 1 tahun	20	70.8	70.8	70.8
	imunisasi yang dianjurkan untuk diberikan pada anak usia 1 tahun	4	29.2	29.2	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Sebutkan jenis-jenis imunisasi dasar?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BCG,DPPolio,Hepatitis B, Campak	24	100.0	100.0	100.0

Siapa saja yang mendapatkan imunisasi dasar?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bayi umur 0 - 11 bulan	24	100.0	100.0	100.0

Pada usia berapakah anak diberikan imunisasi MR?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Usia 9 bulan - 15 tahun	19	79.2	79.2	79.2
	Usia 9 bulan	3	12.5	12.5	91.7
	Tidak tahu	2	8.3	8.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah yang ibu ketahui tentang imunisasi MR?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	imunisasi yang diberikan untuk mencegah penyakit campak dan rubella	15	62.5	62.5	62.5
	imunisasi yang diberikan untuk mencegah penyakit rubella	9	37.5	37.5	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Berapa kali suntik imunisasi MR diberikan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 kali	24	100.0	100.0	100.0

Apa efek samping yang sering muncul setelah suntik imunisasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	timbul Kemerahan, demam, nyeri pada lokasi suntikan	22	91.7	91.7	91.7

	timbul kemerahan	2	8.3	8.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga

Apakah ibu mendapatkan informasi dari keluarga tentang imunisasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	6	25.0	25.0	25.0
	kadang-kadang	9	37.5	37.5	37.5
	Tidak	9	37.5	37.5	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah keluarga mendengarkan keluh kesah ibu saat mendapatkan kesulitan dalam memberikan suntik imunisasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	3	12.5	12.5	12.5
	kadang-kadang	3	12.5	12.5	12.5
	Tidak	18	75.0	75.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah keluarga mengajurkan ibu membawa anak ke pelayanan kesehatan agar diberikan suntik imunisasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	13	54.2	54.2	54.2
	kadang-kadang	8	33.3	33.3	87.5
	Tidak	3	12.5	12.5	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah keluarga memberikan pujian kepada ibu karena menyarankan anak untuk diimunisasi lengkap?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	5	20.8	20.8	20.8
	kadang-kadang	5	20.8	20.8	41.7
	Tidak	14	58.3	58.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah keluarga peduli terhadap kebutuhan ibu dalam upaya pemberian imunisasi lengkap pada anak?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	19	79.2	79.2	79.2
	kadang-kadang	5	20.8	20.8	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah keluarga mengingatkan ibu jadwal untuk melakukan imunisasi pada anak setiap bulan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	7	29.2	29.2	29.2
	kadang-kadang	16	66.7	66.7	95.8
	Tidak	1	4.2	4.2	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah anggota keluarga menyediakan waktu untuk mendampingi ibu membawa anaknya melaksanakan imunisasi di setiap bulan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	7	29.2	29.2	29.2
	kadang-kadang	10	41.7	41.7	70.8
	Tidak	7	29.2	29.2	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah anggota keluarga selalu penuh perhatia dengan kesehatan anaknya untuk mencegah berbagai penyakit dengan cara imunisasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	22	91.7	91.7	91.7
	kadang-kadang	2	8.3	8.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah anggota keluarga mengajurkan ibu untuk melakukan imunisasi dasar secara teratur dan tepat waktu?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	22	91.7	91.7	91.7
	kadang-kadang	2	8.3	8.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Apakah anggota keluarga selalu menyediakan obat penurun demam apabila anak mengalami demam setelah mendapatkan imunisasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	14	58.3	58.3	58.3
	kadang-kadang	4	16.7	16.7	75.0
	Tidak	6	25.0	25.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Lampiran 4. Permohonan Izin Penelitian

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PAREPARE
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
(RESEARCH INSTITUTE AND COMMUNITY SERVICES)
Alamat : Gedung B1 Kampus II UMPAR, Jl Jend. Ahmad Yani Km. 6 Parepare Kode Pos 91113 Telp/Fax (0421) 3311751, e-mail: lppm@umpar.ac.id

بسم الله الرحمن الرحيم

Nomor : **0614/LPPM/IL3.AU/IP/2019**
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Bupati Barru
(Cq. Kepala Kantor Penanaman Modal, Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja Kabupaten Barru)
di-
Tempat

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Muhammadiyah Parepare, menerangkan bahwa

Nama	**: Sitti Justika**
NIM	**: 215 240 077**
Fakultas/Program Studi	**: FIKES/Kesehatan Masyarakat**

Adalah Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Parepare yang bermaksud untuk melakukan penelitian dengan judul **"Studi Kasus Imunisasi Terhadap Rubella Pada Anak Usia Sekolah Dasar Di Wilayah Kerja UPTD Kesehatan Puskesmas Bojo Baru Kabupaten Barru Tahun 2019".**
Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin penelitian kepada mahasiswa tersebut selama 1 Bulan (satu bulan) di **Wilayah Kerja UPTD Kesehatan Puskesmas Bojo Baru Kabupaten Barru.**
Atas Perhatian dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih
Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Parepare, 04 Dzulhijjah 1440 H / 06 Agustus 2019 M
Ketua,

Dr. H. Muh. Syakir Radhy, M.Pd
NBM. 924 509

Tembusan Yth.
1. Ketua BPH UM Parepare
2. Wakil Rektor I UM Parepare
3. Wakil Rektor III UM Parepare
4. Dekan Fak. Ilmu Kesehatan UM Parepare
5. Sdri. Sitti Justika
6. Arsip

Lampiran 5. Izin/Rekomendasi Penelitian

PEMERINTAH KABUPATEN BARRU
DINAS PENANAMAN MODAL, PELAYANAN TERPADU SATU PINTU DAN TENAGA KERJA
Jl. Sultan Hasanuddin No. 42 Telepon (0427) 21662 , Fax (0427) 21410 Kode Pos 90711

Barru, 7 Agustus 2019

Nomor : 0222/18/BR/VIII/2019/DPMPTSPTK
Lampiran : -
Perihal : Izin/Rekomendasi Penelitian.

Yth. Kepada
Kepala Puskesmas Bojo Baru
di -
Tempat

Berdasarkan Surat Universitas Muhammadiyah Pare-pare Nomor : 0614/LPPM/II.3.AU/IP/2019 tanggal 06 Agustus 2019 perihal tersebut di atas, maka / **Mahasiswa**, Peneliti / Dosen / Pegawai di bawah ini :

N a m a	:	**SITTI JUSTIKA**
Nomor Pokok	:	**215 240 077**
Program Study	:	**Kesehatan Masyarakat**
Pekerjaan	:	**Mahasiswa (S1)**
A l a m a t	:	**Pare-pare Kel. Lapadde Kec. Ujung Kab. Pare-pare**

Diberikan izin untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Wilayah/Kantor Saudara yang berlangsung mulai tanggal **7 Agustus 2019** s/d **07 September 2019**, dalam rangka Penyusunan ***Skripsi*** dengan judul :

" STUDI KASUS IMUNISASI TERHADAP RUBELLA PADA ANAK USIA SEKOLAH DASAR DI WILAYAH KERJA UPTD KESEHATAN PUSKESMAS BOJO BARU KABUPATEN BARRU "

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

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan melapor kepada Kepala SKPD (Unit Kerja) / Camat, apabila kegiatan dilaksanakan di SKPD (Unit Kerja) / Kecamatan setempat.
2. Penelitian tidak menyimpang dari Izin yang diberikan;
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat;
4. Menyerahkan 1 (satu) eksampelar copy hasil penelitian kepada Bupati Barru Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal, Pelayanan Terpadu Satu Pintu Dan Tenaga Kerja Kabupaten Barru;
5. Surat Izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut diatas.

Untuk terlaksananya tugas penelitian tersebut dengan baik dan lancar, diminta kepada Saudara untuk memberikan bantuan fasilitasi seperlunya.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.

a.n **Kepala Dinas,**
Kabid. Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan,

FATMAWATI LEBU, SE
Pangkat : Pembina, IV/a
NIP. 19720910 199803 2 008

TEMBUSAN : disampaikan Kepada Yth.
1. Bupati Barru (Sebagai Laporan);
2. Kepala Bappeda Kab. Barru;
3. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Barru.
4. Ketua BPH UM Pare - Pare;
5. Mahasiswa yang bersangkutan;
6. Pertinggal.

Lampiran 6. Surat keterangan telah melakukan penelitian

PEMERINTAH KABUPATEN BARRU
DINAS KESEHATAN
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS BOJO BARU
JL. A. Parenrengi NO. 10 Lapakaka, Kel. Bojo Baru
Kode Pos 90753 No. Tlp : (0421) 3310443
Email:puskesmas.bojobaru@yahoo.com

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
No. 777/PKM/BB/X/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Bojo Baru Kabupaten Barru dengan ini menerangkan bahwa :

N A M A	: SITTI JUSTIKA
JENIS KELAMIN	: PEREMPUAN
PEKERJAAN	: MAHASISWI
N I M	: 215240077
A L A M A T	: Jl. Bukit Madani Kota Parepare

Benar telah melaksanakan penelitian dalam rangka pengambilan data dan interview mengenai sistem surveilance di Puskesmas Bojo Baru tanggal 24 Oktober 2017, sesuai surat dari Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Parepare No. 717/FIKES/II.3.AU/D/2017.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan seperlunya.

Bojo Baru, 24 Oktober 2017
Mengetahui
Kepala UPTD Kesehatan
Puskesmas Bojo Baru

Ismani Latif, SKM, M.Kes
Nip. 19820824 200604 2 020

Lampiran 7. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Membantu responden mengisi kuesioner



Gambar 2. Wawancara dengan responden



Gambar 3. Wawancara dengan responden dan Membantu respondenmengisi kuesioner



Gambar 4. Membantu responden mengisi kuesioner