


LAMPIRAN 1

Formulir donor darah

FORMULIR DONOR DARAH
 UDD PMI Kabupaten Malang
 Jl. Panji Keparjén Malang Telp : 0341 - 395 350


Palang Merah Indonesia

Kode Donor :	Tanggal Donor :
No. KTP/SIM :	Jenis Kelamin :
Nama Lengkap :	Tempat, Tgl Lahir :
Alamat Lengkap :	Pekerjaan :
Kelurahan :	Status Nikah :
Kecamatan :	Bersedia dipanggil :
Kabupaten :	Telepon :
Kode Pos :	Handphone :
	Jumlah Donasi :
	Piagam Yg Diterima :

Kuesioner Riwayat Kesehatan
 Beri tanda "centang" pada jawaban anda. Kami akan bertanya kepada anda setiap kali anda menyumbangkan darah tentang kesehatan anda secara umum untuk memutuskan apakah darah anda aman untuk diberikan kepada penderita.

		Iya	Tidak	Ptgs			Iya	Tidak	Ptgs
1. Merasa sehat pada hari ini ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		20. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan penderita Hepatitis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Sedang minum antibiotik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		21. Apakah anda tinggal bersama penderita hepatitis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sedang minum obat lain untuk infeksi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		22. Apakah anda memiliki Tatto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dalam Waktu 48 Jam :					23. Apakah anda memiliki/melakukan tindik telinga atau bagian tubuh lainnya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Apakah anda sedang minum aspirin atau obat yang mengandung asam asetil salisilat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		24. Apakah anda sedang atau pernah mendapat pengobatan sifilis atau GO (Kencing Nanah) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dalam Waktu 1 Minggu terakhir :					25. Apakah anda pernah ditahan di penjara untuk waktu lebih dari 72 jam ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Apakah anda mengalami sakit kepala dan demam ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dalam Waktu 3 Tahun :				
Dalam Waktu 6 Minggu terakhir :					26. Apakah anda pernah berada di luar wilayah Indonesia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Untuk donor wanita : apakah anda saat ini sedang hamil, mentruasi (5 hari) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tahun 1980 hingga 1996 :				
Dalam waktu 8 Minggu terakhir :					27. Apakah anda tinggal selama 3 bulan / lebih di Inggris ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Apakah anda mendonorkan darah, trombosit, atau plasma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tahun 1980 sekarang :				
8. Apakah menerima vaksinasi atau suntikan lainnya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		28. Apakah anda tinggal selama 5 tahun atau lebih di Eropa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Apakah anda pernah kontak dengan orang yang menerima vaksinasi Smallpox ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		29. Apakah anda menerima transfusi darah di Inggris ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dalam waktu 16 minggu terakhir :					Tahun 1977 hingga sekarang :				
10. Apakah anda mendonorkan 2 kantong sel darah merah melalui proses aferesis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		30. Apakah anda menerima uang, obat, atau pembayaran lainnya untuk Seks ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dalam waktu 12 bulan terakhir :					31. Laki - laki : Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan laki - laki walaupun sekali ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Apakah anda pernah menerima transfusi darah ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Apakah Anda PERNAH :				
12. Apakah anda pernah transplantasi, organ, jaringan, atau sumsum tulang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		32. Mendapatkan hasil positif untuk tes HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Apakah anda pernah cangkok tulang atau kulit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33. Menggunakan jarum suntik untuk obat-obatan steroid yang tidak diresepkan dokter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Apakah anda pernah tertusuk jarum medis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		34. Menggunakan konsentrat faktor pembekuan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan ODHA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		35. Menderita Hepatitis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan WPS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		36. Menderita Malaria ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan pengguna narkoba jarum suntik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		37. Menderita kanker termasuk leukemia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan pengguna konsentrat faktor pembekuan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		38. Bermasalah dengan jantung dan paru - paru ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Apakah anda pernah berhubungan seksual dengan laki - laki yang biseksual ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		39. Menderita pendarahan atau penyakit berhubungan dengan darah ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					40. Berhubungan seksual dengan orang yang tinggal di Afrika ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					41. Tinggal di Afrika ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PERNYATAAN DONOR

Saya menyatakan bahwa saya telah memahami formulir isian dan menjawab sesuai pengetahuan saya. Saya mengerti dan bersedia, darah saya dilakukan pemeriksaan terhadap Virus Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, dan Syphilis sesuai dengan metode/reagen screening yang ada di UDD Kabupaten Malang untuk kepentingan saya dan penerima darah. Saya telah diberitahu bahwa beberapa resiko transfusi darah yang berasal dari pendonor darah.

Kabupaten Malang,20.....
 Tanda Tangan Donor

FORM PETUGAS

<p>DIISI OLEH PETUGAS PMI :</p> <p>Nama Petugas Hb :</p> <p>Hemo Control : <input type="checkbox"/> Hb.....gr/dl <input type="checkbox"/> Hct%</p> <p>Berat Badan : Kg</p> <p>Gol. Darah :</p> <p>A B AB O Rhesus: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -</p>	<p>Macam Donor <input type="checkbox"/> Sukarela <input type="checkbox"/> Pengganti</p> <p style="text-align: center;">KOLOM UNTUK DONOR PENGGANTI</p> <p>Nama OS :</p> <p>RS. Dirawat :</p> <p>No. Form :</p> <p>Jenis Darah :</p> <p>Kapan ? :</p> <p>Gol. Darah : A B AB O</p>				
<p>DIISI OLEH PETUGAS PMI :</p> <p>Nama Dokter : Tensi : Suhu : Nadi :</p> <p>Riwayat Medis : taa. lain - lain :</p> <p><input type="checkbox"/> Ditolak / <input type="checkbox"/> Diambil Sebanyak <input type="checkbox"/> 350 cc <input type="checkbox"/> 450 cc Kantong : <input type="checkbox"/> Single / <input type="checkbox"/> Double / <input type="checkbox"/> Triple / <input type="checkbox"/> Quadruple</p>					
<p>Paraf Petugas</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center; padding: 5px;">Admin</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center; padding: 5px;">HB</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center; padding: 5px;">Dokter</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center; padding: 5px;">Aftap</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">No. Kantong :</p>		Admin	HB	Dokter	Aftap
Admin	HB	Dokter	Aftap		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Pengambilan</p> <p><input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak Lancar <input type="checkbox"/> Stop cc</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Reaksi Donor</p> <p><input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> Pingsan <input type="checkbox"/> Tidak Ada Keluhan</p> </td> </tr> </table>		<p>Pengambilan</p> <p><input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak Lancar <input type="checkbox"/> Stop cc</p>	<p>Reaksi Donor</p> <p><input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> Pingsan <input type="checkbox"/> Tidak Ada Keluhan</p>		
<p>Pengambilan</p> <p><input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak Lancar <input type="checkbox"/> Stop cc</p>	<p>Reaksi Donor</p> <p><input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> Pingsan <input type="checkbox"/> Tidak Ada Keluhan</p>				
<p>Keterangan</p> 					

Tanda Tangan Petugas

LAMPIRAN 2

Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792
Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



Nomor : PP.08.02/6.4/2241/2020
Lampiran : -
Hal : Surat Ijin Penelitian

Malang, 14 Desember 2020

Kepada
Yth. Kepala UTD Satelit PMI
Kabupaten Malang
Di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester III Prodi D3 Teknologi Bank Darah Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2020/2021, maka bersama ini kami harapkan Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama :

Nama : ANIS RODHIYAH
NIM : P17440195019

Untuk melakukan survey pendahuluan dan penelitian di instansi yang Bapak/Ibu pimpin dengan Topik / Judul : *Pemetaan Golongan Darah Sistem ABO Dan Rhesus Pendoron Sukarela Berdasarkan Usia Dan Jenis Kelamin Di Wilayah Kecamatan Singosari - Lawang Periode 2018 - 2020.*

Pada : Desember 2020 – Januari 2021.

Adapun data yang akan diambil adalah *Kuesioner Dan Observasi.*

Demikian surat ini kami buat. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi
D3 Teknologi Bank Darah

Dr. Nur Hafidatu Eka S, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19650504 198803 2 001

Tembusan :
1. UDD PMI Kabupaten Malang
2. Yang bersangkutan
3. Arsip

LAMPIRAN 3

Surat balasan ijin penelitian



Palang
Merah
Indonesia

Nomor : 0017/02.06.28/UDD/Sekr/XII/2020
Lampiran : --
Perihal : Ijin Penelitian

Malang, 27 Desember 2020

Kepada
Yth. Ketua
Program Studi D3 Teknologi Bank Darah
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Di
MALANG

Dengan hormat,

Berdasarkan Surat Saudara No.PP.08.02/6.4/2345/2020 tanggal 14 Desember 2020 perihal Surat Ijin Penelitian.

Bersama ini Unit Donor Darah PMI Kabupaten Malang pada prinsipnya menyetujui permohonan surat tersebut diatas dan apabila telah menyelesaikan kegiatan diharapkan masing - masing peserta penelitian untuk membuat laporan kepada kami.

Demikian atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Unit Donor Darah
PALANG MERAH INDONESIA
Kabupaten Malang
Plt Kepala,



drg.MARHENDRAJAYA MM, SpKg

Tembusan :

- Yth. 1. Sdr. Akbar Maulana Dewa Nugraha
2. Sdri. Novi Dwi Putri
3. Sdri. Septyani Enggar Pratiwi
4. Sdri. Aniswati
5. Sdri. Anis Rodiyah
6. Sdri. Sri Indarwati
7. Sdri. Dyah Ayu Larasati
8. A r s i p .

Unit Donor Darah PALANG MERAH INDONESIA Kabupaten Malang

Jl. Panji Kepanjen Malang 65163, telepon 0341-395350, fax. 0341-397393 email :utdpmi_kabmalang@yahoo.co.id

LAMPIRAN 4

Surat Keterangan Selesai penelitian



Palang
Merah
Indonesia

SURAT KETERANGAN

Nomor : 0392/02.06.28/UDD/UP/VIII/2021

Yang Bertanda tangan di bawah ini :

Nama : drg. Marhendrajaya, MM. SpKG.
Jabatan : Plt. Kepala UDD PMI Kabupaten Malang
Unit Kerja : UDD PMI Kabupaten Malang

Menerangkan bahwa :

Nama : Anis Rodhiyah
Tempat Tanggal Lahir : Malang, 27 November 1991
NIM : P17440195019
Jurusan / Prodi. : D3 Tehnologi Bank Darah (Alih Jenjang)
Nama Sekolah : Politeknis Kesehatan Kemenkes Malang

Telah menyelesaikan penelitian dengan judul "PEMETAAN GOLONGAN DARAH SISTEM ABO DAN RHESUS PENDONOR SUKARELA BERDASARKAN USIA DAN JENIS KELAMIN DI WILAYAH KECAMATAN SINGOSARI DAN LAWANG PERIODE TAHUN 2018 - 2020" yang dilaksanakan pada bulan Desember 2020 - Januari 2021.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Malang, 4 Agustus 2021

Unit Donor Darah
PALANG MERAH INDONESIA
Kabupaten Malang
Plt. Kepala



Drg. MARHENDRAJAYA, MM, SpKG.

LAMPIRAN 5

Tabel Rencana Kegiatan

No	Tahapan Kegiatan	Waktu					
		Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Batas Yudisuim
I	Tahap Perencanaan Penelitian						
	1. Identifikasi masalah	V					
	2. Penyusunan Proposal	V					
	3. Seminar Proposal		V				
II	Pelaksanaan rencana Penelitian (analisis data)						
	1. Pengumpulan Data		V	V	V		
	2. Analisis Data		V	V	V		
III	Mengkomunikasikan Hasil Penelitian Menyusun laporan Menyamakan hasil						
	- Penyusunan Revisi proposal				V	V	
	- Seminar Akhir					V	
IV	Konsultasi Pembimbing	V	V	V	V	V	