

# LAMPIRAN

Lampiran 1. PMB Mangkuyudan



## Lampiran 2. Surat Izin Penelitian


**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
 POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA  
 Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta  
 Telp./Fax. (0274) 617601  
<http://www.poltekkesjogja.ac.id> e-mail : [info@poltekkesjogja.ac.id](mailto:info@poltekkesjogja.ac.id)


---

Nomor : PP.07.01/F.XXVII.10/ 416 /2024 20 Februari 2024  
 Lamp. : 1 bendel  
 Perihal : **PERMOHONAN IZIN PENELITIAN**

Kepada Yth :  
 Pimpinan Praktik Mandiri Bidan Mangkuyudan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta  
 Di -  
**YOGYAKARTA**

Dengan hormat,  
 Bersama ini kami sampaikan bahwa, sehubungan dengan tugas penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Tahun Akademik 2023/2024, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan izin :

Nama	: Delse Mariska
NIM	: P07137121007
Mahasiswa	: Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Untuk melakukan penelitian di	: PMB Mangkuyudan
Judul Penelitian	: Perancangan Desain <i>User Interface</i> Praktik Mandiri Bidan Mangkuyudan Menggunakan Metode <i>User Centered Design</i> (UCD)

Besar harapan kami, Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan banyak terima kasih.

  
 Ketua Jurusan Kebidanan  
 Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT, M.Keb  
 NIP. 197511232002122002

**Jurusan Gigi**  
 Jl. Tatabumi No. 3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta  
 Telp./Fax : 0274-617679

**Jurusan Keperawatan**  
 Jl. Tatabumi No. 3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta  
 Telp./Fax : 0274-617601

**Jurusan Kesehatan Lingkungan**  
 Jl. Tatabumi No. 3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta  
 Telp./Fax : 0274-617601

**Jurusan Teknologi Laboratorium Medis**  
 Jl. Tatabumi No. 3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta (D.I.)  
 Telp./Fax : 0274-617601

**Jurusan Kebidanan**  
 Jl. Tatabumi No. 3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta  
 Telp./Fax : 0274-617601

**Jurusan Kesehatan Gigi**  
 Jl. Tatabumi No. 3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta (D.I.)  
 Telp./Fax : 0274-617601



## Lampiran 3. Surat Permohonan Menjadi Responden

**SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Delse Mariska

NIM : P07137121007

Alamat : Jl. Kolonel Sugiyon, Keparakan Mergangsan, Kota Yogyakarta

Merupakan mahasiswa berasal dari Prodi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang akan melakukan penelitian mengenai " **Perancangan Desain *User Interface* Praktik Mandiri Bidan Mangkuyudan Menggunakan Metode *User Centered Design (UCD)* " . Tujuan penelitian ini adalah membuat rancangan desain interface sistem informasi anajemen klinik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.**

Saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini dengan mengisi kuisisioner yang peneliti berikan. Saya menjamin kerahasiaan data dan jawaban dari Bapak/Ibu/Saudara.

Demikian atas kesediaan yang telah diberikan, saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya



Delse Mariska

## Lampiran 4. Surat Persetujuan Responden 1

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN***(Informed Consent)*

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Delse Mariska dengan judul "Perancangan Desain User Interface Praktik Mandiri Bidan Mangkuyudan Menggunakan Metode User Centered Design (UCD)", saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Linda Nur Wahyuni

Alamat : Peran Sendangagung Mangsi Sleman, Yogyakarta

Dengan ini menyatakan Bersedia/Tidak -\*) pilih salah satu untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini. Saya akan memberikan informasi yang benar sesuai apa yang saya ketahui sebagai responden penelitian. Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun.

Yogyakarta, 1 April 2024

Yang Menyatakan



## Lampiran 5. Persetujuan Menjadi Responden 2

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
*(Informed Consent)*

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Delse Mariska dengan judul "Perancangan Desain User Interface Praktik Mandiri Bidan Mangkuyudan Menggunakan Metode User Centered Design (UCD)", saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Ika Agustina .

Alamat : -

Dengan ini menyatakan **Bersedia/Tidak -\*)** pilih salah satu untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini. Saya akan memberikan informasi yang benar sesuai apa yang saya ketahui sebagai responden penelitian. Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun.

Yogyakarta..30..Maret024

Yang Menyatakan



(.....)



## Lampiran 6. Formulir Manual Pelayanan Bayi Balita

FORMULIR DETEKSI DINI TUMBUH KEMBANG ANAK/BALITA					
<i>Bayi Balita</i>					
<b>I. IDENTITAS ANAK</b>					
1. Nama	..... laki/perempuan				
2. Nama Ayah	..... Nama Ibu .....				
3. Alamat	.....				
4. Tgl pemeriksaan	...../...../20.....				
5. Tanggal lahir	...../...../20.....				
6. Umur anak	..... bulan				
<b>II. ANAMNESIS</b>					
1. Keluhan Utama .....	.....				
2. Apakah anak punya masalah tumbuh kembang.....	.....				
<b>III. PEMERIKSAAN RUTIN SESUAI JADWAL</b>					
1. BB :..... kg; PB / TB :..... cm ; UMUR :.....Bulan					
Status gizi berdasar BB/TB					
a. Gizi baik	b. Kurus	c. Sangat Kurus	d. Gemuk	e. Rujuk : Ya / Tidak	
Status gizi berdasar TB/U					
a. Gizi baik	b. Pendek	c. Sangat Pendek	d. Tinggi	e. Rujuk : Ya / Tidak	
2. LKA :..... cm	LKA / U :.....				
a. Normal	b. Mikrosefal	c. Makrosefal	d. Rujuk : Ya / Tidak		
3. Perkembangan Anak					
a. Sesuai					
b. Meragukan;	b1. GK	b2. GH	b3. B-bahasa	b4. Sos kemandirian	b5. Rujuk : Ya / Tidak
c. Penyimpangan;	c1. GK	c2. GH	c3. B-bahasa	c4. Sos kemandirian	c5. Rujuk : Ya / Tidak
4. Daya lihat	: a. Normal	b. Curiga ada gangguan	c. Rujuk : Ya / Tidak		
5. Daya dengar	: a. Normal	b. Curiga ada gangguan	c. Rujuk : Ya / Tidak		
6. Mental Emosional	: a. Normal	b. Curiga ada gangguan	c. Rujuk : Ya / Tidak		
<b>IV. PEMERIKSAAN ATAS INDIKASI / JIKA ADA KELUHAN</b>					
1. Autis : a. Resiko tinggi	b. Resiko rendah	c. Gangguan lain	d. Batas normal	e. Rujuk : Ya / Tdk	
2. GPPH : a. Resiko tinggi	b. Resiko rendah	c. Gangguan lain	d. Batas normal	e. Rujuk : Ya / Tdk	
<b>V. KESIMPULAN</b>					
.....					
.....					
<b>VI. TINDAKAN INTERVENSI</b>					
1. Konseling stimulan bagi ibu	a. Diberikan;	b. Tidak diberikan			
2. Intervepsi stimulasi perkembangan					
a. GK	b. GH	c. B-bahasa	d Sos kemandirian	e. Rujuk : Ya / Tidak	
3. Tindakan pengobatan lain .....					
4. Dirujuk ke .....					
a. Ada surat rujukan	b. Tidak ada surat rujukan				
Petugas / pemeriksa				Orang tua / pengasuh	

Lampiran 7. Formulir Manual Pelayanan Bayi Baru Lahir

**DATA NEONATUS**

<b>RUANG BAYI BARU LAHIR</b>	Nama .....	No. CM .....
	Umur .....	Ruang .....
	Jenis kelamin : L / P.	

**BAYI BARU LAHIR**

Nama ibu / ayah : .....

Umur ibu / ayah : ..... tahun / ..... tahun

Pek (ibu / ayah) : .....

Agama ibu / ayah : .....

Alamat ibu & ayah : .....

Nama bayi : .....

Tanggal lahir : .....

Kelebihan : Tunggal / kembar

Ukuran : BB : ..... gr. PB : ..... cm.  
 LK : ..... cm. LD : ..... cm.  
 LLA (kin) : ..... cm

Jenis kol : L / P

Jum : ..... WIB.

Lahir : hidup / mati

Nilai Apgar	1 menit	5 menit	2 jam
• Frekuensi jantung	.....	.....	.....
• Usaha bernafas	.....	.....	.....
• Tonus otot-otot	.....	.....	.....
• Intabilitas reflek	.....	.....	.....
• Warna kulit	.....	.....	.....
• Jumlah	.....	.....	.....

Tanda-tanda yang telah dilakukan dan keterangan lain : .....

Ibu (G .....	P .....	A .....
BB : ..... kg	Umur kehamilan : .....	mingga / bulan
TB : ..... cm	HPM : .....	HPL : .....
Pemeriksaan antenatal	..... kali	di .....
Teratur / tidak, sejak kehamilan	..... minggu	
Penyakit / komplikasi kehamilan	.....	
Kebiasaan makanan	.....	kualitas : .....
Merokok	.....	Obol <sup>2</sup> -tan : .....



Lampiran 8. Formulir Manual Pelayanan Persalinan

Persalinan

Lembar Partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal :  -  -   
 Tempat persalinan :  rumah ibu  poliklinik  klinik swasta  puskesmas  lainnya :  
 Alamat tempat persalinan : .....

**KALA I :**  
 Partograf melewati garis waspada  
 Lain-lain, sebutkan : .....  
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut : .....  
 Bagaimana hasilnya ? .....

**KALA II :**  
 Lama Kala II : ..... menit. Epistotomi :  tidak  ya, indikasi : .....  
 Pendamping pada saat persalinan :  suami  keluarga  teman  dukun  tidak ada  
 Gawat janin :  neringkahi ibu ke sisi kiri  minta ibu menarik napas  Epistotomi  
 Distosis bahu :  Manuver Mc Robert  ibu meringkahi  Lainnya : .....  
 Lain-lain, sebutkan : .....  
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut : .....  
 Bagaimana hasilnya ? .....

**KALA III :**  
 Lama Kala III : ..... Menit. Jumlah perdarahan : ..... ml  
 a. Pemberian Oksitosin 10 U IU < 2 menit ?  ya  tidak, alasan .....  
 Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?  ya, alasan .....  
 b. Penegangan tali pusat terkendali ?  ya,  tidak, alasan .....  
 c. Masase fundus uteri ?  ya,  tidak, alasan .....  
 Laterat Perineum, derajat ..... Tindakan :  penjahitan dengan / tanpa \* anastesi  
 Plasenta tidak lahir > 30 menit :  mengeluarkan secara manual  merujuk  
 tindakan lain : .....  
 Atanl uteri :  kompresl khamasal interna  metil ergometrin 0,2 mg im  oksitosin drip  
 Lain-lain, sebutkan : .....  
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut : .....  
 Bagaimana hasilnya ? .....

**BAYI BARU LAHIR :**  
 Berat badan ..... gram, panjang ..... Cm, jenis kelamin : L / P\*, nilai APGAR ..... / .....  
 Pemberian ASI < 1 jam  Ya  Tidak, alasan .....  
 Bayi lahir pucat/biru/emas :  menenangkan  menghangatkan  bebukan jalan napas  
 stimulasi / rangsang taktil  lainnya, sebutkan .....  
 Cacat bawaan, sebutkan : .....  hipotermi  
 Lain-lain, sebutkan : .....  
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut : .....  
 Bagaimana hasilnya ? .....

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perubahan
1								
2								

Masalah Kala IV : .....  
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut : .....  
 Bagaimana hasilnya ? .....



## Lampiran 10. Formulir Manual Pelayanan Hamil Hal.2

Frekuensi periksa TM II	:	
Frekuensi periksa TM III	:	
Imunisasi TT caten	:	
Obat yang diminum	:	
Jamu yang di minum	:	

## Permasalahan dalam kehamilan

Trimester	Keluhan	Tindakan	Ket
//TM I			
TM II			
TM III			

## h. Pola Kebutuhan sehari-hari

## 1. Nutrisi per hari

- Porsi makan :  
 Jenis :  
 Pantangan makan :  
 Pola minum :

## 2. Eliminasi :

## a. BAK

- Frekuensi :  
 Jumlah :  
 Warna :  
 Keluhan :

## b. BAB

- Frekuensi :  
 Konsistensi:  
 Warna :

## 3. Istirahat

- Siang :  
 Malam :  
 Keluhan :

## 4. Aktivitas :

## 5. Personal Hygiene :

## 6. Pola sexual :

## i. Data Psikososial Spiritual

1. Tanggapan ibu dan keluarga :  
 Terhadap kehamilan ini  
 2. Pengetahuan ibu dan keluarga :  
 Tentang kehamilan  
 3. pengambilan keputusan oleh :  
 4. Ketaat ibu beribadah :  
 5. Ibu tinggal bersama :  
 6. Hewan peliharaan :  
 7. Jumlah penghasilan keluarga :  
 8. Rencana melahirkan di :

## 3. Pemeriksaan Fisik

- KU :  
 Kesadaran :  
 BB sebelum :  
 Hamil  
 BB sekarang :  
 TB :  
 LILA :

## Pemeriksaan Khusus:

- Inspeksi :  
 Kepala :  
 Mata :  
 Dada :  
 Muka :  
 Leher :  
 Perut :  
 Ekstremitas :

Lampiran 11. Wawancara Evaluasi Kebutuhan Pengguna

