

LAMPIRAN – LAMPIRAN

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
DENGAN SUBJEK *VURNERABLE*
(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 istri saya dari keikut- sertaannya, maka saya setuju/tidak setuju*) ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Saya dengan sukarela memilih istri saya saya 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 Istri saya: <i>winarti</i>	<i>25 April 2019</i>	<i>Har</i>
Umur: <i>36 tahun</i>		
Alamat: <i>Sukoharjo II</i>		
Nama Wali: <i>Suparno</i>		<i>Suparno</i>
Nama Peneliti: <i>Karunia Widi L</i>		<i>Karunia Widi L</i>
Nama Saksi: <i>Yuni Hartini, S-SE, M.kes</i>		<i>Yuni Hartini</i>

*) coret yang tidak perlu



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
PRINGSEWU LAMPUNG
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

Jl. Makam KH. Ghalib No.112 Pringsewu Telp/Fax : 0729-22537 Pringsewu K.Post. 35373

**PERSETUJUAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : K. Umaro Tj. Suparno Umur : 44 Th
Alamat : Sukoharjo II

Adalah bertindak sebagai diri saya/Orang Tua/Suami/Keluarga dari Pasien :

Nama : K. Umaro Umur : 35 Th
Alamat : Sukoharjo II

Setelah mendapat penjelasan dan pengertian tentang tindakan medis yang akan dilakukan berkaitan dengan PEMERIKSAAN KEHAMILAN dan segala resiko yang terjadi, maka kami menyerahkan sepenuhnya dengan ikhlas untuk dilakukan pemeriksaan kehamilan dengan tindakan :

Pemeriksaan Fisik, Palpasi Abdomen, Pemeriksaan denyut Jantung Janin, Pemeriksaan Laboratorium (HB, Protein urin dan Reduksi Urin) dengan mengambil sampel darah pada jari ibu dan sampel urin ibu hamil.

Pernyataan ini kami buat dengan penuh kesadaran atas resiko tindakan medis yang akan diberikan. Bila dikemudian hari terjadi resiko yang berhubungan dengan tindakan tersebut maka kami tidak akan menuntut sesuai hukum yang berlaku.

Demikian pernyataan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pringsewu, 25 - 04 2019

Pukul : 09.30 WIB

Suami/Wali

Pasien

[Signature]

[Signature]

Yang memberi penjelasan,

Dosen Penguji

Mahasiswa

[Signature]

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Karunia Widi Lestari
 NIM : 154012016019
 Pembimbing I: Wahyu Widayati, M.Keb

NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1.	7/5 2019	Konsul validasi A. Gub pasca uji- praktik	WS
2.	7/5 2019	- Perbaiki BAB 3 (Planning) - Perbaiki pengelompokan. - Perbaiki cover - Letak belah ketupat	WS
3	9/5 2019	- Perbaiki penulisan - Judul. - Tujuan umum BAB III - Masalah - masalah dan temuan BAB IV - Pembahasan kasus dan masalah teori - Angkahi sumber BAB V - Daftar pustaka	WS
4	10/5 2019	- Perbaiki BAB I - II, IX - Cek penulisan	WS

LEMBAR KONSULTASI

Nama : KARUNIA WIDI LESATRI

NIM : 154012016019

Pembimbing I : Wahyu Widayati, M.Keb.

No	Hari/Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf
8	Rabu 26/6 2019	- Perbaiki penulisan - Cek sumber yang belum dicantumkan - Perbaiki Rumus TBS sesuai kasus pres bo - Perbaiki Daftar Pustaka - Rx Penunjang	
9	Kamis 27/6 2019	- Lengkapi laporan dan lampiran	
10	Kamis 27/6 2019	- Ace jilid	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Karunia Widi Lestari
 NIM : 154012016019
 Pembimbing 2 : Nurwinda Saputri, M.Keb.

NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	08/2019 /5	- Perbaiki Latar belakang - Muncun Jurnal - Perbaikan BAB 2 dan Bab 4 - Referensi Terbaru - Pembahasan	
2	10/2019 /05	- Perbaiki Latar belakang - Bab 2 - Perbaiki Tabel - Pembahasan	
3	13/2019 /05	- Perbaiki Latar belakang - Lengkapi Laporan - Pembahasan - Abstrak - Jurnal dan sumber ditambahkan	
4	14/2019 /05	- Perbaikan BAB II, BAB III - cek penulisan - Perbaiki Abstrak	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Karunia Widi Lestari
NIM : 154012016019
Pembimbing 2: Nurwinda Saputri, M.Keb.

NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
5	15/2019 05	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

LEMBAR KONSULTASI

Nama : KARUNIA WIDI LESATRI

NIM : 154012016019

Pembimbing II : Nurwinda Saputri, M.Keb.

No	Hari/Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf
6	02/2019 /07	- Penbaikan penulisan - Pembetulan BAB II - Anemia - Tambah referensi	
	03/2019 /07	- Penulisan - Lengkapi data subyek dan obyek	
	04/2019 /07	- Pengabaian - Tanda baca - Pemeriksaan peninjauan	
	04/2019 /07		

LEMBAR KONSULTASI

Nama : KARUNIA WIDI LESATRI

NIM : 154012016019

Pembimbing III : Dzul Istiqomah, M.Keb.

No	Hari/Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf
1.	22-5-2019	✓ Pemasangan ✓ label belah ketupat - Abstrak	
2.	24-6-2019	Abstrak, pengesahan, dipos by kamu	
3.	25-6-2019	ACC.	

Nomor Registrasi Ibu	104
Nomor Urut di Kohort Ibu	
Tanggal menerima buku KIA	
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:	

IDENTITAS KELUARGA	
Nama Ibu	Ny. Winarti
Tempat/Tgl. Lahir	36 th
Kehamilan ke	2
Agama	Islam
Pendidikan	Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	AB
Pekerjaan	IRT
No. JKN	

Nama Suami	Tn. Suparno
Tempat/Tgl. Lahir	41 th
Agama	Islam
Pendidikan	Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	
Pekerjaan	Buruh

Alamat Rumah	Sukoharjo 2
Kecamatan	Sukoharjo
Kabupaten/Kota	Pringsewu
No. Telp. yang bisa dihubungi	085896261185

Nama Anak	
Tempat/Tgl. Lahir	
Anak Ke	
No. Akte Kelahiran	

..... dari anak

..... L/P*

Diisi oleh petugas kesehatan

Diisi oleh petugas kesehatan

14? - 8 - 2018
21 - 5 - 2019

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal:
Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal:
Lingkar Lengan Atas: ... 33 ... cm; KEK () Non KEK () Tinggi Badan: ... 147 ... cm
Golongan Darah: ... AB ...
Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: ... spiral (IUD) ...
Riwayat Penyakit yang diderita ibu:
Riwayat Alergi: ... tidak ada ...

[illegible]

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ...2... Jumlah persalinan1... Jumlah keguguran ...0... 2 P 1 A 0...

Jumlah anak hidup1... Jumlah lahir mati

Jumlah anak lahir kurang bulan anak

Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir14...

Status imunisasi TT terakhir[bulan/tahun]

Penolong persalinan terakhirKidan...

Cara persalinan terakhir** : [] Spontan/Normal [] TindakanNormal...

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+	Prts (+)	Asam Folat. B6	Baca haul 1-9	BPM yuni	4 mgt
-/+		Antasid Novabron	Baca haul 1-9	BPM xani	4 mgt
⊖/+	-	R1	-	BPM yuni	
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN(KEPK)
STIKes MUHAMMADIYAH PRINGSEWU LAMPUNG**
Jl.KH.Ghalib No.112 Pringsewu Lampung Telp: (0729) 22537
Email : kepk.stikesmpl@gmail.com

**PERSETUJUAN KOMISI ETIK TENTANG PELAKSANAAN PENELITIAN
BIDANG KESEHATAN**

Nomor: 045/KEPK/STIKesMPL/05/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini, ketua Komite etik Penelitian Kesehatan STIKes Muhammadiyah Pringsewu, setelah dilaksanakan pemeriksaan dan penilaian usulan penelitian yang berjudul :

**“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY X DI PMB YUNI HARTINI, S.ST.,
M.KES. PRINGSEWU LAMPUNG”**

Yang menggunakan manusia sebagai subyek penelitian dengan peneliti utama :

Nama : KARUNIA WIDI LESTARI

NIM : 154012016019

Asal Institusi : STIKes MUHAMMADIYAH PRINGSEWU

Dapat disetujui pelaksanaannya selama tidak bertentangan dengan nilai – nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian.

Pringsewu, 13 Mei 2019

Komisi Etik Penelitian Kesehatan
STIKes Muhammadiyah Pringsewu

Ketua,



Nur Fadhlah M.Kes
NBM: 927 023