

LAMPIRAN

Lampiran 1



Lampiran 1

PEMERINTAHAN KOTA YOGYAKARTA
DINAS PERIZINAN

Jl. Kenari No. 56 Yogyakarta 55165 Telepon 514448, 515865, 515865, 515866, 562682
Fax (0274) 555241
E-MAIL : perizinan@jogjakota.go.id
HOTLINE SMS : 081227625000 HOT LINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id
WEBSITE : www.perizinan.jogjakota.go.id

SURAT IZIN

NOMOR : 070/0216
0408/34

- Membaca Surat : Dari Kajur. Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Nomor : DM.02.04.IV.036.2016 Tanggal : 19 Januari 2016
- Mengingat : 1. Peraturan Gubernur Daerah istimewa Yogyakarta Nomor : 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perizinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian Pendataan, Pengembangan, Pengkajian dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta;
2. Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Pembentukan Susunan, Kedudukan dan Tugas Pokok Dinas Daerah;
3. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 29 Tahun 2007 tentang Pemberian Izin Penelitian, Praktek Kerja Lapangan dan Kuliah Kerja Nyata di Wilayah Kota Yogyakarta;
4. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 85 Tahun 2008 tentang Fungsi, Rincian Tugas Dinas Perizinan Kota Yogyakarta;
5. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 20 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Perizinan pada Pemerintah Kota Yogyakarta;
- Dijinkan Kepada : Nama : Terlampir
No. Mhs/ NIM : -
Pekerjaan : Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Alamat : Jl. Tatabumi No. 3 Banyuraden, Yogyakarta
Penanggungjawab : Tri Maryani, S.ST., M.Kes
Keperluan : Melakukan Penelitian dengan judul Proposal : ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY X MASA HAMIL SAMPAI DENGAN MASA NIFAS DI PUSKESMAS WILAYAH KOTA YOGYAKARTA
- Lokasi/Responden : Kota Yogyakarta
Waktu : 20 Januari 2016 s/d 20 April 2016
Lampiran : Proposal dan Daftar Pertanyaan
Dengan Ketentuan : 1. Wajib Memberikan Laporan hasil Penelitian berupa CD kepada Walikota Yogyakarta (Cq. Dinas Perizinan Kota Yogyakarta)
2. Wajib Menjaga Tata tertib dan menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
3. Izin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kesetabilan pemerintahan dan hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah
4. Surat izin ini sewaktu-waktu dapat dibatalkan apabila tidak dipenuhinya ketentuan-ketentuan tersebut diatas

Kemudian diharap para Pejabat Pemerintahan setempat dapat memberikan bantuan seperlunya

Tanda Tangan
Pemegang Izin

Terlampir

Tembusan Kepada :
Yth 1.Walikota Yogyakarta (sebagai laporan)

Dikeluarkan di : Yogyakarta
Pada Tanggal : 21 Januari 2016
Kepala Dinas Perizinan
Sekretaris



Lampiran 2

SURAT PENGANTAR
PERMOHONAN MENJADI SUBJEK ASUHAN BERKESINAMBUNGAN

Yth. Ibu Morang Kurniatun
Di Gambiran, Pandeyan

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dian Triastuti

NIM : P07124113013

Program Studi : DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Dengan ini memohon kesediaan anda berkenan berpartisipasi sebagai subjek dalam asuhan kebidanan komprehensif yang dilaksanakan dalam rangka menyelesaikan Laporan Tugas Akhir sebagai syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Kebidanan dengan memberikan informasi dengan benar dan kami akan menjaga kerahasiaannya dan semata-mata hanya untuk kepentingan asuhan komprehensif.

Besar harapan saya atas terkabulnya permohonan ini. Atas partisipasi dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Yogyakarta, 25 Januari 2016



Dian Triastuti

Lampiran 3

LEMBAR INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Ny. M
 Tempat / Tgl lahir : Yogyakarta, 25 Agustus 1987
 A l a m a t : Gambiran UH 5 RT 44 RW 11 Pandeyan, Umbulharjo, Yk
 :

Bersama ini menyatakan bersedia / tidak bersedia*) sebagai subjek penelitian Laporan Tugas Akhir (LTA) pada mahasiswa Program Studi DIII Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Tahun Akademik 2015/2016. Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut :

1. Setiap tindakan yang dipilih, bertujuan untuk memberikan Asuhan Kebidanan pada Ibu hamil sampai dengan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi, serta memantau kemajuan kehamilan. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga, maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dan menghindarkan kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut diatas, sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepahaman antara pasien dan pemberi asuhan, untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

Demikian Surat Persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mahasiswa

Dtk

.....
 Dian Triastuti

Yogyakarta, Februari 2016

Pasien

M

.....
 M

Lampiran 5

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Reny Trisnantini, Amd. Keb
NIP : 19850410 200902 2 002
Jabatan : Bidan Pelaksana Lanjutan

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Dian Triastuti
NIM : P07124113013
Jurusan : Kebidanan
PRODI : Diploma III (DIII)

Telah selesai melakukan Asuhan Kebidanan Berkesinambungan dalam rangka penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA)

Pada tanggal : 18 Januari 2016 sampai 11 Mei 2016

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN
PADA NY "M" 28 TAHUN G2P1Ab0Ah1 HAMIL
TRIMESTER TIGA DENGAN ANEMIA RINGAN DI
PUSKESMAS UMBULHARJO I

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan dengan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 13 Juni 2016

Bidan



(Reny Trisnantini, Amd. Keb)

Lampiran 6

PARTOGRAF

No Register:

--	--	--	--

 No Puskesmas:

--	--	--	--

 Ketuban pecah sejak jam:

--	--	--	--

Nama ibu: Ny. M Nama suami: Tn. A Umur: 28 th: 2 P: 0 A: 1
 Tanggal: 30 Maret 2016 Alamat: Gambiran, Umbulharjo Jam:
 Mules sejak jam: 18.30 Tanggal: 29 - Maret - 2016

Deriyut Jantung Janin (/merit)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
145	140	145	140	145	140	145	140	145	140	145	140	145	140	145	140

Air ketuban Penyusupan

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
U															
0															

Pembukaan serviks (gambari indeks X)
Turunnya kepala beri tanda O

Waktu (Jam)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
09.00	10.00	11.00	12.00												

Kontraksi

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Oksitosin 1/2 Tetes/menit

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Obet dan cairan IV

Nadi

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
85	80	85	80	85	80	85	80	85	80	85	80	85	80	85	80

Suhu °C

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
36,6															

Urine

Protein															
Aseton															
Volume	30 CC														

AN PERSALINAN

Tanggal: 30-3-2016

2. Nama bidan:

3. Tempat persalinan
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindas Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya:

4. Alamat tempat persalinan: RS. Permata Bunda

5. Catatan: rujuk, kala: VIII/IV

6. Alasan merujuk: Tidak Ditakukan

7. Tempat rujukan:

8. Pendamping pada saat merujuk:
 bidan teman suami dukun keluarga

9. Masalah Jalam kehamilan/persalinan ini:
 gawat darurat Perdarahan HDK infeksi

KALA I

10. Partogram melewati garis waspada:

11. Masalah lain, sebutkan: Tidak Ada

12. Penatalaksanaan masalah tsb: Tidak Ada

13. Hasilnya:

KALA II

14. Epileptomi:
 Ya, indikasi: PERINEUM KAKU
 Tidak

15. Pendamping pada saat persalinan:
 suami teman tidak ada
 keluarga dukun

16. Gawat janin:
 Ya, tindakan yang dilakukan

a.
 b.

Tidak
 Pemantauan DJJ set setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:

17. Distosia bahu
 Ya, tindakan yang dilakukan

Tidak

18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya: Tidak Ada

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
 Ya
 Tidak, alasannya:

20. Lama Kala III: 10 Menit

21. Pemberian oksitosin 10 U in?
 Ya, waktu: 1 Menit sesudah persalinan
 Tidak, alasannya:

Penjepitan tali pusat:

22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 Ya
 Tidak, alasannya:

23. Penengangan tali pusat terkendali?
 Ya
 Tidak, alasannya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke-	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Jumlah yang keluar
1	12-40	110/70	80	37	setinggi pusat	keras	KOSONG	± 30 CC
	12-55	110/70	81	37	setinggi pusat	keras	KOSONG	± 35 CC
	13-10	110/70	83	37	setinggi pusat	keras	± 10 CC	± 10 CC
	13-25	110/80	88	37	setinggi pusat	keras	KOSONG	± 5 CC
2	13-55	110/80	86	36,8	setinggi pusat	keras	KOSONG	± 5 CC
	14-25	110/80	88	36,8	setinggi pusat	keras	KOSONG	± 5 CC

24. Masase fundus uteri
 Ya
 Tidak, alasan:

25. Plasenta lahir lengkap (intact) Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 a.
 b.

26. Plasenta tidak lahir >30 menit:
 Tidak
 Ya, tindakan:

27. Lacerasi:
 Ya
 Tidak, alasan:

28. Jika lacerasi perineum, derajat 1 (2) 3/4
 Tindakan:
 Penjahitan (dengan/ tanpa anestesi)
 Tidak dijahit, alasan:

29. Atoni Uteri
 Ya, tindakan:

Tidak

30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan: ± 30 ml

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
 Hasilnya: Tidak Ada

KALA IV

32. Kondisi ibu: KU: CM TD: 110/70 mmHg. Nadi: 78 x/mnt. Napas: 21 x/mnt

33. Masalah dan penatalaksanaan masalah:

BAYI BARU LAHIR

34. Berat badan: 3500 Gram

35. Panjang badan: 50 Cm

36. Jenis kelamin: P

37. Penilaian bayi baru lahir: Baik/ada periyult

38. Bayi lahir:
 Normal, tindakan:
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsangan taktil
 memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 Asfiksia ringan/pucat/biru/emas, tindakan:
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bebaskan jalan napas lain-lain, sebutkan:

pakaian/selimut bayi dan tempatkan di sisi ibu +5:30

Cacat bawaan, sebutkan:

Hipotermi, tindakan:
 a.
 b.
 c.

39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 Ya, waktu: 1 Jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan:

40. Masalah lain, sebutkan: Tidak Ada
 Hasilnya: