

Lampiran 1



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
DINAS KESEHATAN

Jl. Kenari No.56 Yogyakarta Kode Pos 55165 Telp. (0274) 515865, 562682 Fax. (0274) 515869
EMAIL : kesehatan@jogjakota.go.id
HOT LINE SMS : 08122780001 HOTLINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id
WEB SITE : www.jogjakota.go.id

Yogyakarta, 20 Januari 2016

Nomor : 421/0982 Yth Kepala
Lamp : 1 lembar Di-
Hal : Izin Studi Pendahuluan YOGYAKARTA

Berdasarkan surat dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Nomor DM.02.04.IV.036.2016 tanggal 19 Januari 2016 perihal pada pokok surat.

Nama : Daftar Terlampir (37 orang)

NO Mhs / NIM :-

Pekerjaan : Mahasiswa DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Alamat : Jl Tatabumi No 3, banyuraden, Gamping Sleman

Untuk melakukan izin studi pendahuluan di Puskesmas di Wilayah Kota Yogyakarta

Adapun waktunya mulai 20 Januari 2016 s.d. 20 April 2016

Dengan Judul :

Asuhan Komprehensif pada Ny.X Masa Hamil s/d Masa Nifas di Puskesmas Wilayah Kota Yogyakarta

Dengan ketentuan

1. Wajib menjaga tata tertib dan menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
 2. Izin studi pendahuluan tidak disaiahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah dan hanya dipergunakan untuk keperluan ilmiah
- Kemudian diharap para pejabat setempat dapat memberikan bantuan seperlunya

Demikian izin studi pendahuluan dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya



Tembusan :
Tim PKL Dinkes Kota Yogyakarta

Lampiran 2

DINAS PERIZINAN
 Jl. Kenari No. 56 Yogyakarta 55165 Telepon 514448, 515865, 515865, 515866, 562662
 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
 0408/14


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 65 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;

Dijijinkan 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

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

 Drs. H. ARDONO
 NIP. 195804101985031013

Embusan Kepada :
 1. Walikota Yogyakarta (sebagai laporan)
 2. Ka. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
 3. Ka. Puskesmas Danurejan I Kota Yogyakarta
 4. Ka. Puskesmas Danurejan II Kota Yogyakarta
 5. Ka. Puskesmas Gondokusuman I Kota Yogyakarta
 6. Ka. Puskesmas Gondokusuman II Kota Yogyakarta
 7. Ka. Puskesmas Kotagede I Kota Yogyakarta
 8. Ka. Puskesmas Kotagede II Kota Yogyakarta
 9. Ka. Puskesmas Umbulharjo I Kota Yogyakarta
 10. Ka. Puskesmas Umbulharjo II Kota Yogyakarta

Lampiran 3

SURAT PENGANTAR MENJADI SUBJEK LAPORAN TUGAS AKHIR

Hai : Permohonan menjadi subjek

Kepada

Yth. Ibu Superti

di Pandeyan, Umbulharjo

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Elida Isna Nurjanah

NIM : P07124113014

Program Studi : Diploma III Jurusan Kebidanan Poltekkes Kementerian Kesehatan Yogyakarta

Dengan ini memohon kesediaan anda berkenan berpartisipasi sebagai subjek dalam asuhan kebidanan kerbesinambungan saya yang berjudul "Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. S umur 29 tahun G₂P₁Ab₀Ah₁ umur kehamilan 31⁺⁵ minggu dengan riwayat SC, jarak kehamilan <2 tahun, dan anemia ringan di Puskesmas Umbulharjo I" dengan memberikan informasi dengan benar dan kami akan menjaga kerahasiaan dan semata-mata hanya untuk kepentingan asuhan komprehensif. Besar harapan saya atas terkabulnya permohonan ini. Atas partisipasi dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Yogyakarta, 25 Januari 2016

Elida Isna Nurjanah

Lampiran 4

LEMBAR INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ibu Superti
 Tempat / Tgl lahir : Boyolali, 10-11-1986
 Alamat : Pandeyan RT 40 RW 10,
 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.

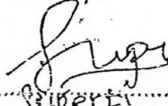
Demikian Surat Persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 20 Februari 2016

Mahasiswa


 Elida Irma

Pasien


 Superti

*) coret yang tidak perlu

*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 : Elida Isna Nurjanah
NIM : P07124113014
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 26 April 2016

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. S UMUR 29 TAHUN G2P1A60A0h1 HAMIL TRIMESTER TIGA DENGAN RIWAYAT SECTIO CAESAREA, JARAK KEHAMILAN KURANG DARI 2 TAHUN, DAN 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

Jadwal Penyusunan Tugas Akhir

No	Kegiatan						
		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1.	Pencarian pasien LTA						
2.	Penyusunan Laporan LTA						
3.	Konsultasi pembimbing						
4.	Seminar Proposal LTA						
5.	Revisi Proposal LTA						
6.	Pelaksanaan asuhan berkesinambungan						
7.	Penyusunan LTA						
8.	Konsultasi pembimbing						
9.	Seminar LTA						
10.	Revisi LTA						

Lampiran 7

Anggaran Biaya

NO	Kegiatan	Bahan dan Alat	Biaya
1.	Penyusunan proposal LTA	Studi pendahuluan, percetakan, transportasi, pengumpulan bahan pustaka	Rp. 250.000,00
2.	Seminar proposal LTA	Penggandaan proposal dan penjilidan	Rp. 50.000,00
3.	Revisi proposal LTA	Penggandaan, penjilidan	Rp. 150.000,00
4.	Persiapan asuhan	Persiapan bahan	Rp. 50.000,00
5.	Pelaksanaan asuhan	Transportasi, Biaya sovenir	Rp. 250.000,00
6.	Penyusunan Laporan LTA	Penggandaan	Rp. 100.000,00
7.	Sidang LTA	Penggandaan dan penjilidan	Rp. 100.000,00
8.	Revisi laporan LTA akhir	Penggandaan	Rp. 50.000,00
9.	Biaya Tak terduga		Rp. 100.000,00
Jumlah			Rp. 1.100.000,00

Lampiran 8

PARTOGRAF

/6

No. Register: [] [] [] [] [] []
 Nama Ibu: Ny. S Umur: 29 thn G: 2 P: 1 A: 0
 No. Puskesmas: [] [] [] [] [] []
 Nama Suami: Tn. E Alamat: Pandayan, Uluwatu, Bali
 No. Pendaftaran: [] [] [] [] [] []
 Tanggal persalinan: 19.00 8/10 13 WIB

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air Keluaran penyusutan

U	I	J
0	0	0

Peningkatan serviks (cm) sesuai asisa X

Turunya Kepala I

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

00:30 01:30 02:30 03:30

0,55 WIB Perut Lahir Spontan
 Menambah kuat
 BB 3200 gr
 PB 48 cm
 APGAR 7/8/10

Kontraksi tiap 10 menit

5	4	3	2	1
0	0	0	0	0

Oksitosin U/L

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C 36,8

Urin

Protein	Aseton	Volume

Makan terakhir : Jam WIB, Jenis :
 Minum terakhir : Jam WIB, Jenis :
 Porsi :
 Porsi :

Lampiran 9

Lembar Partograf bagian belakang

1. Tanggal: 3/3/15
 2. Nama Bidan: _____
 3. Tempat persalinan: I
 Rumah Ibu Puskesmas Klinik Swasta
 Polindes Rumah Sakit Lainnya
 4. Alamat tempat persalinan: Kotagede YK
 5. Catatan: rujuk, kala: I/II/III/IV
 6. Alasan merujuk: _____
 7. Tempat rujukan: _____
 8. Pendamping pada saat merujuk:
 Bidan Keluarga Dukun
 Suami Teman Tidak ada
 9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 Gawat darurat Perdarahan HDK Infeksi PMTC
KALA I
 10. Partograf melewati garis waspada: Y
 11. Masalah lain, sebutkan: _____
 12. Penatalaksanaan masalah tsb.: _____
 13. Hasilnya: _____
KALA II
 14. Episiotomi:
 Ya, indikasi _____
 Tidak
 15. Pendamping pada saat persalinan:
 Suami Keluarga Teman Dukun Tidak ada
 16. Gawat janin:
 Ya, tindakan: a. _____
 b. _____
 Tidak
 17. Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II,
 Hasilnya: 100
 18. Disosia Bahu:
 Ya, tindakan yang dilakukan: _____
 Tidak
 19. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb. dan hasilnya: _____
KALA III
 20. Inisiasi Menyusui Dini
 Ya
 Tidak, alasannya: _____
 Lama Kala III: 15 menit
 Pemberian Oksitosin, 10 U ini?
 Ya, waktu: _____ menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan: _____
 Penjepit tali pusat: _____ menit setelah bayi lahir
 Pemberian ulang Oksitosin (2X)?
 Ya, alasan: _____
 Tidak
 Ponegangan tali pusat terkendali?
 Ya
 Tidak, alasan: _____
 24. Masase fundus uteri:
 Ya
 Tidak, alasan: _____
 25. Plasenta lahir lengkap (atas) (Ya) Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan: _____
 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit:
 Tidak
 Ya, tindakan: _____
 27. Laserasi:
 Ya, dimana: Mukosa
 Tidak
 28. Jika laserasi perineum, derajat (Y) 2/3/4
 Tindakan: Penjahitan dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan: _____
 29. Aloni Uteri:
 Ya, tindakan: _____
 Tidak
 30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan: ± 100 ml
 31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tsb.: _____
KALA IV
 32. Kondisi ibu: KU: baik TD: _____ mmHg
 Nadi: x/mnt Napas: _____ x/m
 33. Masalah dan penatalaksanaan masalah BAYI BARU LAHIR
 34. Berat badan: 3200 gram
 35. Panjang badan: 49 cm
 36. Jenis kelamin: L / P
 37. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
 38. Bayi lahir:
 Normal, tindakan:
 Mengeringkan Vit. K
 Menghangatkan Salep mata
 Rangsang Taktil HB Neo
 Memastikan IMD atau naluri menyusui segera
 Aspiksia ringan / pucat / biru / lemas, tindakan:
 Mengeringkan Menghangatkan
 Rangsang Taktil Debaskan jalan nafas
 Pakain/selimut bayi dan tempatkan disisi ibu
 Lain-lain, sebutkan: _____
 Cacat bawaan, sebutkan:
 a. _____
 b. _____
 c. _____
 39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 Ya, waktu: _____ jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan: _____
 40. Masalah lain, sebutkan: _____
 Hasilnya: _____

PEMANTAUAN KALA IV

Umur Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Darah yang keluar
I	03.35	110/70 mmHg	84	36.6	1 jr ↓ Pst	keras	kosong	± 5 cc
	03.40	110/70 mmHg	82		1 jr ↓ Pst	keras	kosong	± 5 cc
	03.55	110/70 mmHg	82		1 jr ↓ Pst	keras	kosong	
II	04.10	110/60 mmHg	83		2 jr ↓ Pst	keras	kosong	
	05.10	110/70 mmHg	80		2 jr ↓ Pst	keras	kosong	± 5 cc