

LAMPIRAN

Lampiran 1

Informed Consent Continuity Of Care
Pendampingan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Identitas pendamping atau mahasiswa :

Nama : Sujianti
NIM : 202592013
Institusi : Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto

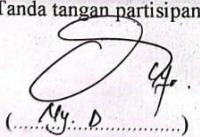
Identitas partisipan :

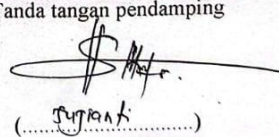
Nama : Ny. D
Usia : 26 Th.
Alamat : Ngingsar 001/003 Ngartemi. Bangsal.

Saya memahami bahwa saya akan diberikan pendampingan asuhan kebidanan yang meliputi masa kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir (neonatus), dan keluarga berencana dengan mengedepankan hak dan kewajiban partisipan berupa kerahasiaan, kesukarelaan dan keamanan.

Dengan ini, saya bersedia menjadi partisipan dalam asuhan kebidanan berkelanjutan.

Mojokerto, 17 Desember 2025

Tanda tangan partisipan

(..... Ny. D)

Tanda tangan pendamping

(..... Sujianti)

CS dipindai dengan CamScanner

Lampiran 2

Hasil Pemeriksaan ANC terpadu

PEMERINTAH KABUPATEN MOJOKERTO
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS BANGSAL
Jl. Raya Puloarti No. 01 Kec. Bangsal Mojokerto Kode Pos 61381 Jawa Timur
Telp. (0321) 327960, Email : puskesmasbangsal67@yahoo.co.id

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Tanggal : 3/06/2015
Nama Pasien : DINDA
Jenis Kelamin : L/P
Bahan : Urine / Darah / Sputum

| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal | Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal |
|----------------------|---------|--------------|-------------------|-------|--------------|
| URINE LENGKAP | | | | | |
| 1 Albumin | Negatif | | IMONOLOGI | | |
| 2 Reduksi | Negatif | | Rapid Tes HIV | | |
| 3 Bilirubin | Negatif | | Rapid Tes Hb SAg | | |
| 4 Urobilin | Negatif | | Rapid Tes HCV Ab | | |
| 5 pH | Negatif | | Rapid Tes Typhoid | | |
| 6 Nitrit | Negatif | | Rapid Tes Malaria | | |
| 7 Keton | Negatif | | Rapid Syphilis | | |
| 8 B ₂ | Negatif | | DARAH | | |
| 9 Warna | Negatif | | Golongan Darah | | |
| 10 Sedimen | Negatif | | Hemoglobin | | |
| Leucocyt | Negatif | | Gula Darah | | |
| Erythrocyt | Negatif | | SPUTUM | | |
| Epitel | Negatif | | TCM | | |
| Lain-Lain | Negatif | | BTA | | |
| | | | PLANO YES | | |

PJ Laboratorium : dr. Winda Nur Octavia NIP. 19911012 202203 2 003
Pemeriksa : dr. H. Nurmuhammad S.T. Kes NIP. 19841226 201001 2 014

PEMERINTAH KABUPATEN MOJOKERTO
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS BANGSAL
Jl. Raya Puloarti No. 01 Kec. Bangsal Mojokerto Kode Pos 61381 Jawa Timur
Telp. (0321) 327960, Email : puskesmasbangsal67@yahoo.co.id

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Tanggal : 27/11/15
Nama Pasien : DINDA
Jenis Kelamin : L/P
Bahan : Urine / Darah / Sputum

| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal | Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal |
|----------------------|---------|--------------|-------------------|-------|--------------|
| URINE LENGKAP | | | | | |
| 1 Albumin | Negatif | | IMONOLOGI | | |
| 2 Reduksi | Negatif | | Rapid Tes HIV | | |
| 3 Bilirubin | Negatif | | Rapid Tes Hb SAg | | |
| 4 Urobilin | Negatif | | Rapid Tes HCV Ab | | |
| 5 pH | Negatif | | Rapid Tes Typhoid | | |
| 6 Nitrit | Negatif | | Rapid Tes Malaria | | |
| 7 Keton | Negatif | | Rapid Syphilis | | |
| 8 B ₂ | Negatif | | DARAH | | |
| 9 Warna | Negatif | | Golongan Darah | | |
| 10 Sedimen | Negatif | | Hemoglobin | | |
| Leucocyt | Negatif | | Gula Darah | | |
| Erythrocyt | Negatif | | SPUTUM | | |
| Epitel | Negatif | | TCM | | |
| Lain-Lain | Negatif | | BTA | | |
| | | | PLANO YES | | |

PJ Laboratorium : dr. Winda Nur Octavia NIP. 19911012 202203 2 003
Pemeriksa : dr. H. Nurmuhammad S.T. Kes NIP. 19841226 201001 2 014

UPTD PKM BANGSAL

Dep't. Mode Whole Para

Gender : Female Age : 10.58

Ref range

| Test | Result | Ref range | Test | Result | Ref range |
|------|---------------------------|-------------|--------|---------|---------------|
| WBC | 11.3 x 10 ⁹ /L | 4.0 - 10.0 | MCV | 77.0 fL | 80.0 - 100.0 |
| RBC | 3.7 x 10 ¹² /L | 0.0 - 4.0 | MCH | 24.4 % | 27.0 - 34.0 |
| Hb | 11.4 g/dL | 0.1 - 5.5 | MCHC | 31.6 % | 32.0 - 36.0 |
| Hct | 32.5 % | 0.0 - 40.0 | RDW-CV | 12.5 % | 11.0 - 16.0 |
| PLT | 159 x 10 ⁹ /L | 100 - 400 | RDW-SD | 15.0 fL | 35.0 - 56.0 |
| MPV | 10.4 fL | 8.0 - 12.0 | PCT | 0.152 % | 0.105 - 0.262 |
| PDW | 12.1 g/dL | 11.0 - 17.0 | | | |
| PCT | 4.37 x 10 ⁻¹ | 3.60 - 6.80 | | | |
| MPV | 35.6 % | 37.0 - 54.0 | | | |

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

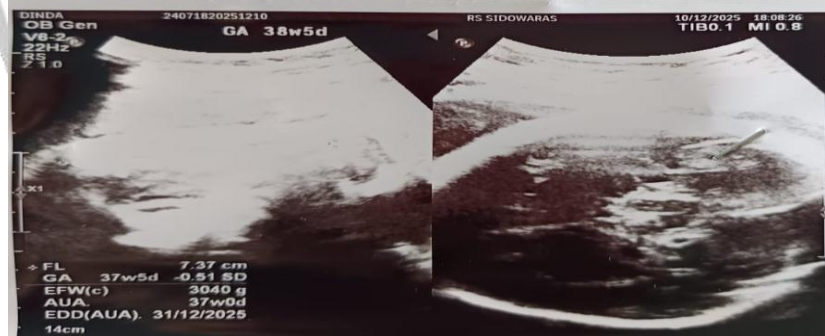
Tanggal : 27/11/15
Nama Pasien : DINDA
Jenis Kelamin : L/P
Bahan : Urine / Darah / Sputum

| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal | Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal |
|----------------------|---------|--------------|-------------------|-------|--------------|
| URINE LENGKAP | | | | | |
| 1 Albumin | Negatif | | IMONOLOGI | | |
| 2 Reduksi | Negatif | | Rapid Tes HIV | | |
| 3 Bilirubin | Negatif | | Rapid Tes Hb SAg | | |
| 4 Urobilin | Negatif | | Rapid Tes HCV Ab | | |
| 5 pH | Negatif | | Rapid Tes Typhoid | | |
| 6 Nitrit | Negatif | | Rapid Tes Malaria | | |
| 7 Keton | Negatif | | Rapid Syphilis | | |
| 8 B ₂ | Negatif | | DARAH | | |
| 9 Warna | Negatif | | Golongan Darah | | |
| 10 Sedimen | Negatif | | Hemoglobin | | |
| Leucocyt | Negatif | | Gula Darah | | |
| Erythrocyt | Negatif | | SPUTUM | | |
| Epitel | Negatif | | TCM | | |
| Lain-Lain | Negatif | | BTA | | |
| | | | PLANO YES | | |

PJ Laboratorium : dr. Winda Nur Octavia NIP. 19911012 202203 2 003
Pemeriksa : dr. H. Nurmuhammad S.T. Kes NIP. 19841226 201001 2 014

Lampiran 3

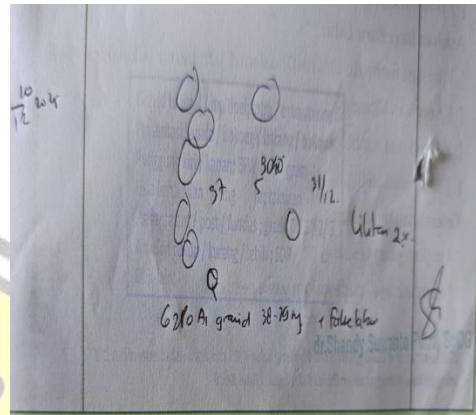
Hasil Pemeriksaan USG



Lampiran 4

Hasil Pemeriksaan USG

| Periksa, Stamp, dan Paraf | Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan, Saran | Tanggal Kembali |
|-------------------------------|--|-----------------|
| 25 NOV 2025 116/32 70-3 | Janin (unggal / Gemelli / Hidup / Mati) Letak Kepala / Sungsang / Lintang BPD: mg FL 86,9 mg Cairan Ketuban Kurang / Cukup / Banyak Placenta di: CDP Grade: CP 2x dileter Sex: LCP Taksiran Persalinan: 20/12/25 Taksiran Berat Janin: 2.815 gram Dij: 46x31 dr. Dian Kurniawati, Sp. OG Dokter Spesialis Kandungan | ANC K3-2 |



REKAM RANIBU/KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA
(Bukan Kolom Pencatatan Hasil Pemeriksaan)
Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

| 19-3-25 HPHT: 27/12/25 | Trimester I | Trimester II | Trimester III |
|--|-------------|----------------|----------------|
| Tgl Periksa: 12/12/25 | 25/12/25 | 20/1/26 | 25/1/26 |
| Tempat Periksa: PUSTU | | Ran Banyuwangi | Ran Banyuwangi |
| Timbang BB | 62,7 | 62,5 | 64,7 |
| Pengukuran Tinggi Badan | 155 | | 152 |
| Ukur Lingkar Lengan Atas | 28 | 28 | 28 |
| Tekanan Darah | 120/80 | 110/60 | 120/80 |
| Periksa Tinggi Rahim | | 23 cm | 23 cm |
| Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin | | Buku (+) | 152 x/m |
| Status dan Imunisasi Tetanus | 15 | | |
| Konseling | ✓ | ✓ | + |
| Skrining Dokter | | | + |
| Tablet Tambah Darah | | ✓ | + |
| Test Lab Hemoglobin (Hb) | | | + |
| Test Golongan Darah | | | + |
| Test Lab Protein Urine | | | + |
| Test Lab Gula Darah | | | + |
| Pemeriksaan USG | | | + |
| PPIA | G2 Po An | G2 Po An | G2 Po An |
| Tata Laksana Kasus | ANC Terjadi | ANC Terjadi | ANC Terjadi |

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : M. D. Umur Ibu : 26 Th. 05/21
 Hamil ke : 2 Haid Terakhir tgl : 03 Perkiraan Persalinan tgl : 12/01
 Pendidikan : Ibu SMA Suami SMA
 Pekerjaan : Ibu IRT Suami Wiraswasta

| I | II | III | IV | | | | |
|-------------|-----|---|-----------------------|------|----------|-----|----|
| | | | | SKOR | Tribulan | | |
| KEL. F.R. | NO. | Masalah / Faktor Risiko | SKOR | I | II | III | IV |
| | | Skor Awal Ibu Hamil | 2 | | | | 2 |
| I | 1 | Terlalu muda, hamil < 16 th | 4 | | | | |
| | 2 | a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th | 4 | | | | |
| | | b. Terlalu tua, hamil I > 35 th | 4 | | | | |
| | 3 | Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th) | 4 | | | | |
| | 4 | Terlalu lama hamil lagi (> 10 th) | 4 | | | | |
| | 5 | Terlalu banyak anak, 4 / lebih | 4 | | | | |
| | 6 | Terlalu tua, umur > 35 tahun | 4 | | | | |
| | 7 | Terlalu pendek < 145 Cm | 4 | | | | |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | 4 | | | | 4 |
| | 9 | Pernah melahirkan dengan : a. Tindakan tang / vakum b. Urif dirogoh c. Diberi infus/Transfusi | 4 4 4 | | | | |
| | 10 | Pernah Operasi Sesar | 8 | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual | 4 4 4 4 4 | | | | |
| | 12 | Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi | 4 | | | | |
| | 13 | Hamil kembar 2 atau lebih | 4 | | | | |
| | 14 | Hamil kembar air (Hydramnion) | 4 | | | | |
| | 15 | Bayi mati dalam kandungan | 4 | | | | |
| | 16 | Kehamilan lebih bulan | 4 | | | | |
| | 17 | Letak Sungsang | 8 | | | | |
| | 18 | Letak Lintang | 8 | | | | |
| III | 19 | Pendarahan dalam kehamilan ini | 8 | | | | |
| | 20 | Preeklampsia Berat / Kojang-2 | 8 | | | | |
| JUMLAH SKOR | | | | | | | 6 |

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

| JML. SKOR | KEL. RISIKO | PEPA WATAN | RUJUKAN | TEMPAT | PENG. LONGG | RUJUKAN | | |
|-----------|-------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|---------|-----|-----|
| | | | | | | RDB | RTW | RTI |
| 2 | KRB | BIDAN | TDKX DIRUJUK | RUMAH POLINDES | BIDAN | | | |
| 6-10 | KRT | BIDAN DOKTER | BIDAN PKM | POLINDES PKM/RS | BIDAN DOKTER | | | |
| > 12 | KPST | DOKTER | RUMAH SAKIT | RUMAH SAKIT | DOKTER | | | |

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : 12/1/2025

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTI)

Gawat Obstetrik : Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik : Kel. Faktor Risiko III
 1. Pendarahan antepartum
 2. Eklampsia
 • **Komplikasi Obstetrik**
 3. Pendarahan postpartum
 4. Uri Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-2
MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN : **IBU :** 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab : a. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2
TEMPAT KEMATIAN IBU : 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2
BAYI : 1. Berat lahir 3000 gram, Laki/Perempuan 2. Lahir hidup : Apgar Skor : 8-9 3. Lahir mati, penyebab : 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab : 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati penyebab :
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya UD / Sterilisasi
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Lampiran 6

Penapisan Ibu bersalin



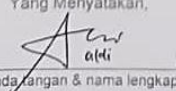
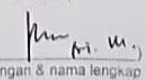
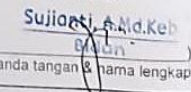
PENAPISAN IBU BERSALIN

DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

| | YA | TIDAK |
|---|------------------------------|---|
| 1. Riwayat bedah sesar | 1. <input type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Perdarahan Pervaginam | 2. <input type="checkbox"/> | 2. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Persalinan kurang bulan (< 37 minggu) | 3. <input type="checkbox"/> | 3. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental | 4. <input type="checkbox"/> | 4. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Ketuban pecah lama (lebih 24 jam) | 5. <input type="checkbox"/> | 5. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 27 minggu) | 6. <input type="checkbox"/> | 6. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Ikterus | 7. <input type="checkbox"/> | 7. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Anemia berat | 8. <input type="checkbox"/> | 8. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. Tanda /gejala infeksi | 9. <input type="checkbox"/> | 9. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. Pre eklampsia / hipertensi dalam kehamilan | 10. <input type="checkbox"/> | 10. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. TFU 40 cm atau lebih | 11. <input type="checkbox"/> | 11. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. Gawat janin | 12. <input type="checkbox"/> | 12. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13. Primi para fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5 | 13. <input type="checkbox"/> | 13. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. Presentasi bukan belakang kepala | 14. <input type="checkbox"/> | 14. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. Presentasi kepala ganda | 15. <input type="checkbox"/> | 15. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16. Kehamilan gemeli | 16. <input type="checkbox"/> | 16. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17. Tali pusat menubung | 17. <input type="checkbox"/> | 17. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18. Syok | 18. <input type="checkbox"/> | 18. <input checked="" type="checkbox"/> |


Lampiran 7

Persetujuan Tindakan Persalinan Normal

|  Rumah Sakit Sido Waras Jl. Raya Pasar Sawahan Km.10 Kec. Bangsal, Kab. Mojokerto, Jawa Timur, Indonesia 61381 ☎ (0321) 808623 ☎ Emergency 0811 356 7711 ✉ siwa@rsidowaras.com 🌐 www.rsidowaras.com | | DINDA WAHYU DWL Ny. 050345 23-09-1999, 26 Th 3516106311990001 NGINGAS 01/03 | |
|---|--|--|---|
| PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS / PENGOBATAN | | | |
| Tanggal pemberian informasi : 21-12-2025 Jam : 20.00 | | | |
| PEMBERIAN INFORMASI | | | |
| Dokter Pelaksana Tindakan | | dr. Shandy Spob. | |
| Pember Informasi | | dr. Shandy Spob. | |
| Penerima Informasi | | Tn. Aldi Agung - p. (suami) | |
| NO | JENIS INFORMASI | ISI INFORMASI | TANDA (✓) |
| 1 | Diagnosis Kerja dan atau Diagnosis Banding | G2P0000 ut 35-40 Minggu lap. kala I dr. aktif | ✓ |
| 2 | Dasar Diagnosis | Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang | ✓ |
| 3 | Tindakan Medis / Pengobatan *) | Persalinan normal | ✓ |
| 4 | Indikasi Tindakan | lap. kala I dr. aktif | ✓ |
| 5 | Tata Cara | Seuai Sp | ✓ |
| 6 | Tujuan | Melahirkan bayi | ✓ |
| 7 | Risiko | perdarahan | ✓ |
| 8 | Komplikasi | perluasan daerah ketiak | ✓ |
| 9 | Prognosis | | |
| 10 | Alternatif dan resiko | | |
| 11 | Lain - lain | | |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi Shandy Suprianto, dr., Sp.Ob SIP. 445/1581/2022/416-102.0/2022 | | | |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda/ paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya. | | | Tanda tangan  |
| * Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat. Sesuai yang tertera di general consent. | | | |
| PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS / PENGOBATAN *) | | | |
| Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, nama <u>Aldi Agung Pratama</u> umur <u>26</u> tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat <u>Ngingas 001/003 Ngingas - Bangsal</u> | | | |
| Dengan ini menyatakan setuju untuk dilakukannya tindakan medis / pengobatan *) <u>Persalinan normal</u> terhadap saya <u>ICPA</u> saya* | | | |
| Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan medis / pengobatan*) tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan. Saya bertanggungjawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut. | | | |
| Mojokerto, 21-12-2025 Jam : 20.00 | | | |
| Yang Menyatakan,  Tanda tangan & nama lengkap | | Saksi 1,  Tanda tangan & nama lengkap | |
| | | Saksi 2,  Tanda tangan & nama lengkap | |
| *) Coret yang tidak perlu | | | |

Lampiran 8

Persetujuan Tindakan Pemasangan IUD Pasca Plasenta



**Rumah Sakit
Sido Waras**
Jl. Raya Pasar Sawahan Km.10 Kec. Bangsal,
Kab. Mojokerto, Jawa Timur, Indonesia 61281
☎ (0321) 828223 📞 Emergency call 199 771
📧 rsidw@rsidwaras.com 🌐 www.rsidwaras.com

DINDA WAHYU DWI, Ny.
050345
21-09-1999, 26 Th
3516106311990001
NGINGAS 01/03

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS / PENGOBATAN

Tanggal pemberian informasi : 21 / 6 / 2025 Jam : 20.00

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan : dr. Shandy Spob
 Pembem Informasi : dr. Shandy Spob
 Penerima Informasi : Tn. Aldi Agung P (suami)

| NO | JENIS INFORMASI | ISI INFORMASI | TANDA (✓) |
|----|--|---|-----------|
| 1 | Diagnosis Kerja dan atau Diagnosis Banding | G2P0000 utk 28-39 Minggu lep. fata l fe akta | ✓ |
| 2 | Dasar Diagnosis | Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penung | ✓ |
| 3 | Tindakan Medis / Pengobatan *) | IUD pasca plasenta | ✓ |
| 4 | Indikasi Tindakan | Untuk Menengah Kehamilan | ✓ |
| 5 | Tata Cara | Sesuai sup | ✓ |
| 6 | Tujuan | Menunda Kehamilan lagi | ✓ |
| 7 | Risiko | Ekspulsi | ✓ |
| 8 | Komplikasi | | |
| 9 | Prognosis | | |
| 10 | Alternatif dan resiko | | |
| 11 | Lain - lain | | |

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda/ paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.

* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat. Sesuai yang tertera di general consent.

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS / PENGOBATAN *)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, nama Aldi Agung Pratama umur 26 tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat Ngingas 001/003 Ngasteluri Bangsal.

Dengan ini menyatakan setuju untuk dilakukannya tindakan medis / pengobatan *) IUD terhadap saya / lelaki saya*.

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan medis / pengobatan*) tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan.

Saya bertanggungjawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

Mojokerto, 21 / 6 / 2025
Jam : 20.00

Tanda tangan

Shandy Syahanto P, dr., Sp.OC
SIP 4451581/RS-416-102/G/2023

Tanda tangan

Yang Menyatakan,

Aldi

Tanda tangan & nama lengkap

Saksi 1,

En. W

Tanda tangan & nama lengkap

Saksi 2,


Sujesti A, Md. Keb

Tanda tangan & nama lengkap

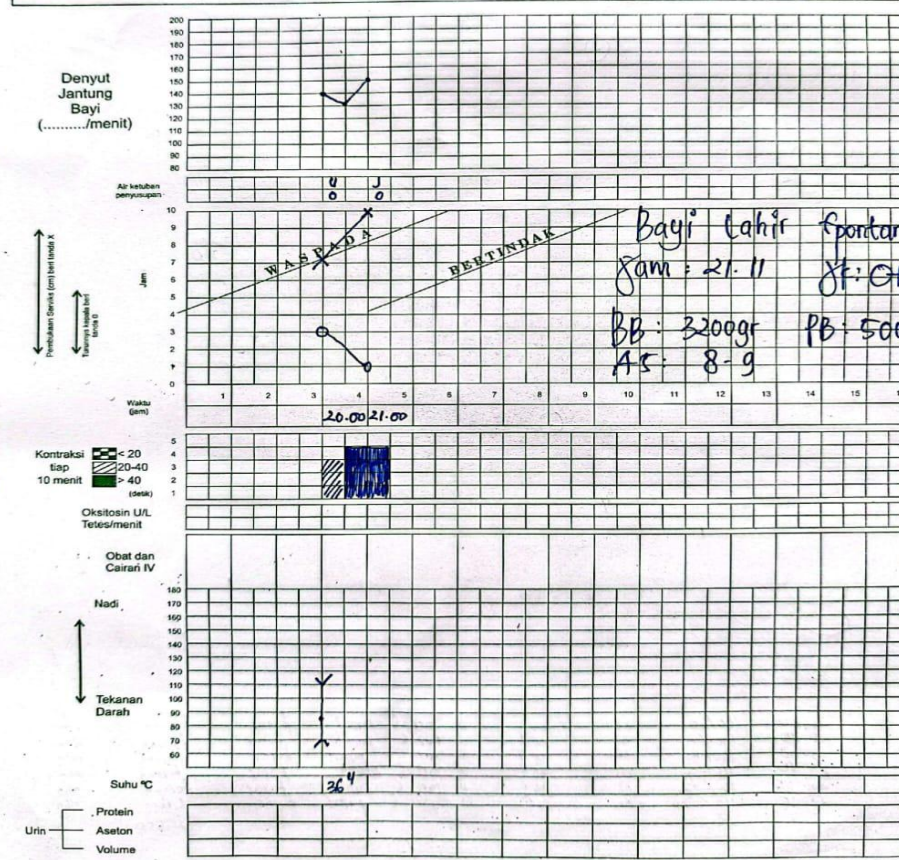
*) Coret yang tidak perlu RM 040a/RSSW/2022 - Rev 040a/2017

Lampiran 9

Partograf Depan

| | |
|--|--|
|  RS. SIDO WARAS Jl. Raya Pasar Sawahan Km.10 Kec Bangsal, Kab. Mojokerto Telp. 0321-598623 Fax : 0321-598624/590620 Emergency Call : 0321-598999 e_mail : rssidowaras@gmail.com | DINDA WAHYU DWI, Ny. 050345 23-09-1999, 26 Th 3516106311990001 NGINGAS.01/03 |
| | PARTOGRAF |

| | |
|-----------------------------|---|
| Nama : <i>Ny. Dinda W.</i> | Umur : <i>26 Th</i> |
| Tanggal : <i>27.11.2015</i> | Jam : <i>20.00</i> |
| G : <i>2</i> P : <i>0</i> | A : <i>1</i> |
| Ketuban Pecah | Sejak jam : <i>-</i> Mules sejak jam : <i>05.00</i> |



RM 093/RSSW/2016

Partograf Belakang

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal 21. 8. 2015
 2. Nama bidan Ja
 3. Tempat persalinan Rt. 11/0 Warai
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya Mojokerto
 4. Alamat tempat persalinan Bangkal. Mojokerto
 5. Catatan : rujuk kala : I / II / III / IV
 6. Alasan merujuk :
 7. Tempat rujukan :
 8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Patograf melewati garis waspada : Y
 10. Masalah lain, sebutkan :
 11. Penatalaksanaan masalah tsb : ---
 12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya indikasi
 Tidak ---
 14. Pendamping pada saat persalinan :
 Suami --- Dukun
 Keluarga Tidak ada
 Teman Tidak ada
 15. Gawat janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
 c.
 Tidak ---
 16. Gawat janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
 c.
 Tidak
 17. Masalah lain, sebutkan :
 18. Penatalaksanaan masalah tersebut : ---
 19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : 1 menit
 21. Pemberian Oksitosin 10 U 1M?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan :
 22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 Ya, alasan :
 Tidak ---
 23. Penegangan tali pusat terkendali?
 Ya ---
 Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

| Jam ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi | Temperatur | Tinggi fundus uteri | Kontraksi uterus | Kandung kemih | Perdarahan |
|--------|-------|---------------|------|------------|---------------------|------------------|---------------|------------|
| 1 | 21.30 | 100/60 | 88 | 36.4 | 2 jari 6 pusat | keras | terang | dbn |
| | 21.45 | 100/60 | 88 | 36.4 | 2 jari 6 pusat | keras | terang | dbn |
| | 22.00 | 100/70 | 86 | 36.4 | 2 jari 6 pusat | keras | terang | dbn |
| | 22.15 | 110/70 | 86 | 36.4 | 2 jari 6 pusat | keras | terang | dbn |
| 2 | 22.45 | 110/70 | 88 | 36.4 | 2 jari 6 pusat | keras | terang | dbn |
| | 23.15 | 110/80 | 86 | 36.4 | 2 jari 6 pusat | keras | terang | dbn |

Masalah Kala V :
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut : ---
 Bagaimana hasilnya?

24. Masase fundus uteri?
 Ya ---
 Tidak, alasan :
 25. Plasenta lahir lengkap (intact) : Y Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
 26. Plasenta tidak lahir >30 menit : Ya --- Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
 27. Laserasi : Mutosa vagina. kulit perineum
 Ya dimana
 Tidak
 28. Jika laserasi perineum derajat 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan dengan / tanpa anestesi
 Tidak jahit, alasan :
 29. Atonia uteri :
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 Tidak ---
 30. Jumlah perdarahan : 1 + 200 ml
 31. Masalah lain, sebutkan
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
 33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan 3200 gram
 35. Panjang 50 cm
 36. Jenis kelamin : L P
 37. Penilaian bayi baru lahir baik ada penyulit
 38. Bayi lahir :
 Normal tindakan :
 Meringkakan ✓
 Menghangatkan ✓
 Rangsangan taktil ✓
 Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu ✓
 Tindakan pencegahan infeksi mata ✓
 Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, tindakan :
 Meringkakan Menghangatkan
 Rangsangan taktil
 Bebaskan jalan napas
 Bungkus bayi dan
 Tempatkan disisi ibu
 Catat bawaan, sebutkan :
 Hipotermia, tindakan :
 a.
 b.
 c.
 39. Pemberian ASI
 Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan :
 40. Masalah lain, sebutkan : ---
 Hasilnya :

Penapisan KB

U-8

PENAPISAN KLIEN

Tabel 2-1: Daftar Tilik Penapisan Klien. Metode Reversibel

| Metode Hormonal: (pil kombinasi, pil progesteron, suntikan dan susuk) | YA | TIDAK |
|---|----|-------|
| Hari Pertama Haid Terakhir 7 hari yang lalu atau lebih. | | |
| Menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan ^{1,2} . | | |
| Perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah sanggama. | | |
| Ikterus pada kulit atau mata. | | |
| Nyeri kepala hebat atau gangguan visual. | | |
| Nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema). | | |
| Tekanan darah di atas 160 mm Hg (sistolik) atau 90 mm Hg (diastolik). | | |
| Massa atau benjolan pada payudara. | | |
| Sedang minum obat-obatan Anti Kejang (epilepsi) ³ . | | |
| AKDR (sarinun jaita pelepas lembaga dan progestin) | | |
| Hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu. | | ✓ |
| Klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain. | | ✓ |
| Infeksi menular seksual (IMS). | | ✓ |
| Penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik. | | ✓ |
| Haid banyak (lebih 1 - 2 pembalut tiap 4 jam) ⁴ . | | ✓ |
| Haid lama (lebih dari 8 hari). | | ✓ |
| Dismenorea berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring. | | ✓ |
| Perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah sanggama. | | ✓ |
| Gejala penyakit jantung valvular atau kongenital. | | ✓ |

Lampiran 12

Kartu KB

K/1/KB/20

KARTU PESERTA KB

NOMOR INDUK KEPENDUDUKAN : **3516106311990001**

NAMA PESERTA KB : **Ng. Dinda**

TANGGAL LAHIR/UMUR ISTRI : **23 09 99** / TAHUN

ALAMAT : **Ngingar 01/03**

PENGGUNAAN ASURANSI : BPJS Kesehatan Lainnya Tidak

NAMA FASKES KB/JARINGAN/ JEJARING : _____

KODE FASKES KB/JARINGAN/ JEJARING :

PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN KB

Shandy Suwandi P.,dr.,Sp.OG
SIP. 445/1581 WDS/416-102.C/2022
NIP. _____

Halaman Depan



ALAT/OBAT/CARA KONTRASEPSI :

Suntikan 1 Bulanan Pil Kombinasi Implan 1 Batang Tubektomi

Suntikan 3 Bulanan Kombinasi Pil Progestin Implan 2 Batang Vasektomi

Suntikan 3 Bulanan Progestin Kondom IUD

TGL/BLN/THN MULAI DIPAKAI : **21 12 25**

TGL/BLN/THN DICABUT/DILEPAS (KHUSUS IMPLAN/IUD) : **21 12 30**

| TANGGAL KUNJUNGAN ULANG | KETERANGAN | PARAF |
|-------------------------|--|-------|
| 30-01-2026 | TD : 100/80. Teraba benang WD | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Lampiran 13

Kunjungan ANC



Lampiran 14

Dokumentasi INC



KF- 1 dan KN-1 (6 jam post partum)



Lampiran 15

KF-2 Dan KN-2 (7 hari post partum)



KF-3 Dan KN-3 (20 hari post partum)



Lampiran 16

KF-4 (40 hari post partum)



Foto Buku KIA Ringkasan Pelayanan Nifas

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Ringkasan Pelayanan Nifas

| 6 Jam - 42 Hari Setelah Bersalin | KF 1 6 - 48 Jam | KF 2 3 - 7 Hari | KF 3 6 - 28 Hari | KF 4 29 - 42 Hari |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------|
| Tanggal dan Tempat | 22/8/2022 | 22/8/2022 | 10/01/2023 | 30/01/2023 |
| Tanggal Periksa | 22/8/2022 | 22/8/2022 | 10/01/2023 | 30/01/2023 |
| Tempat Periksa | Pt. SMC Waru | Pemah Ny. D | Pemah Ny. D | Pemah Ny. D |
| Catatan Pemeriksaan | | | | |
| Periksa Payudara (ASI) | kolostrum (+) | ASI lancar | ASI lancar | ASI lancar |
| Periksa Pendarahan | dbn | loekia sanguinolenta | loekia alba | loekia alba |
| Periksa Jalan Lahir | Terdapat benang jahitan | tidak ada jahitan | tidak ada jahitan | tidak ada jahitan |
| Vitamin A | (-) | | | |
| KB Pasca Melahirkan | UD pada plasenta | UD | UD | UD |
| Skrining Kesehatan Jiwa | (-) | - | (-) | |
| Konseling | - nutrisi - cara menyusui | Tanda bahaya kejar kontrol UD | | cara menyusui benang UD |
| Tata Laksana Kasus | personal hygiene. | | | |

Kesimpulan Akhir Nifas

| | | |
|--|---|--|
| Keadaan Ibu* <input checked="" type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Meninggal | Keadaan Bayi* <input checked="" type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Meninggal | Masalah Nifas* <input type="checkbox"/> Pendarahan <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Lainnya. |
|--|---|--|

Pastikan bayi mendapat pelayanan kesehatan neonatal (KN) dan catat hasil pemeriksaan pada lembar anak.

Kesimpulan

* Beri tanda ✓ (centang) pada kolom yang sesuai

116 Lihat edukasi untuk ibu setelah melahirkan di halaman 26-33.

Lampiran 17


Foto Buku KIA Ringkasan Pelayanan Kesehatan Bayi

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Pelayanan Kesehatan Bayi Usia 0 - 28 Hari (Neonatus)

Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda usia < 2 bulan.

| 0 - 6 jam | 6 - 48 jam KN1 | 3 - 7 hari KN2 | 8 - 28 hari KN3 |
|--|---|--|--|
| Kondisi <u>baik</u> BB <u>3200</u> g PB <u>50</u> cm LK <u>34</u> cm BB <u>3200</u> g PB <u>50</u> cm LK <u>34</u> cm Inisiasi Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Din (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi Hepatitis B0 | BB <u>3200</u> g PB <u>50</u> cm LK <u>34</u> cm <input checked="" type="checkbox"/> Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi Hepatitis B0* <input checked="" type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital (dilakukan setelah 24 jam) <input checked="" type="checkbox"/> Skrining Penyakit jantung bawaan kritis 24-48 jam Hasil <u>Spa : 80%</u> | <input checked="" type="checkbox"/> Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda Bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi Kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi Hepatitis B0* <input type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital (bila belum dilakukan) | <input checked="" type="checkbox"/> Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda Bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi Kuning <input type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital s.d usia 14 hari (bila belum dilakukan) |
| Tgl/Bln/Th <u>22/12/2025</u> Jam <u>04.00</u> No. Batch | Tgl/Bln/Th <u>22/12/2025</u> Jam <u>07.00</u> No. Batch | Tgl/Bln/Th <u>28/12/2025</u> Jam <u>16.00</u> No. Batch |  Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka. |
| Tripel Eliminasi | Tripel Eliminasi | Tripel Eliminasi | Tripel Eliminasi |
| H ----- S ----- Hep B ----- | H ----- S ----- Hep B ----- | H ----- S ----- Hep B ----- | H ----- S ----- Hep B ----- |
| Masalah | Masalah | Masalah | Masalah |
| ----- ----- ----- | ----- ----- ----- | ----- ----- ----- | ----- ----- ----- |
| Dirujuk ke** | Dirujuk ke** | Dirujuk ke** | Dirujuk ke** |
| ----- ----- ----- | ----- ----- ----- | ----- ----- ----- | ----- ----- ----- |
| Nama Tenaga Kesehatan | Nama Tenaga Kesehatan | Nama Tenaga Kesehatan | Nama Tenaga Kesehatan |
| ----- ----- ----- | ----- ----- ----- | ----- ----- ----- | ----- ----- ----- |

(*) Bila belum dilakukan (**) Beri tanda (strip) jika tidak ada masalah/tidak dirujuk

Catatan Penting

Nama Tenaga Kesehatan

122 Lihat edukasi untuk bayi baru lahir di halaman 39-48.

Lampiran 18

Tabel pemberian Imunisasi

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

An. Zaira Lya Alanda
 Pelayanan Imunisasi \uparrow HK (4) Dilisi oleh Tenaga Kesehatan

| Usia | Bulan | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 18 | 23 | 23-59 |
| Jenis Vaksin | Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis B (<24 Jam) | 22/05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | 10/05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| BCG | 19/05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polio tetes 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DPT-HB-Hib 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polio Tetes 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rotavirus (RV)1* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PCV 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DPT-HB-Hib 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polio Tetes 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rotavirus (RV)2 * | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PCV2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DPT-HB-Hib 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polio Tetes 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polio Suntik (IPV) 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rotavirus (RV) 3* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campak -Rubella (MR) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polio Suntik (IPV) 2* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Japanese Encephalitis (JE) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PCV3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DPT-HB-Hib Lanjutan | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campak Rubella (MR) Lanjutan | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Batch: | | | | | | | | | | | | | | | | |

* imunisasi JE baru diberikan di beberapa provinsi dan kabupaten/kota percontohan

Usia Tepat Pemberian Imunisasi
 Usia yang masih diperbolehkan untuk melengkapi Imunisasi Bayi dan Baduta (Bawah Dua Tahun)
 Usia Pemberian imunisasi bayi dan baduta yang belum lengkap (Imunisasi Keju)
 Usia yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi

125

Lembar BIM



YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA PERAWATAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA
UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

<http://www.ubs-ppni.ac.id> 0321-390203
fikes@ubs-ppni.ac.id Jln. Raya Jabon KM.06 Mojoanyar Mojokerto

Lembar Bimbingan COC

Nama Mahasiswa : Sujianti

NIM : 202592013





Judul COC : Laporan Stase *Continuity Of Care*

Asuhan Kebidanan Pada Ny."D" Usia 26 Tahun

Di Rumah Sakit Sido Waras Mojokerto

Pembimbing : Rina Mardiyana.,SST., M.,Kes



| No | Tanggal | Uraian Bimbingan | Tanda Tangan |
|----|------------|--|---|
| 1. | 03-12-2025 | - Revisi bab 1 - Perbaiki isi bab 1 sesuai dengan panduan - Data yang dicantumkan yang terbaru - Lanjut bab II |  |
| 2. | 02-01-2026 | - ACC bab 1 - Judul disesuaikan dengan asuhan komprehensif - Rumusan masalah kurang lengkap menyeluruh - Kata pengantar disesuaikan (karena dekan sudah berganti) - Bab 2 tambahi dengan jadwal kunjungan ANC TM 3 - Dalam penulisan SOAP, penulisan waktu pengkajian saja tanpa penulisan waktu pasien MRS - Penetalaksanaan dikasih evaluasi pasien - Kerangka alur sesuaikan dan jangan dikasih garis "putus-putus" karena ini asuhan komprehensif yang berkelanjutan dan sesuaikan dengan asuhan - Selesaikan dan lengkapi bab 4 |  |
| 3. | 20-01-2026 | - ACC bab 2, bab 3 - Lanjut bab 4, bab 5 |  |
| 4. | 11-02-2026 | - Prinsip ACC - Lengkapi lampiran - Segera uji similarity |  |



YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA PERAWATAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA
UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

<http://www.ubs-ppni.ac.id>
likes@ubs-ppni.ac.id

0321-390203
Jln. Raya Jabon KM.06 Mojoanyar Mojokerto

Lembar Revisi Ujian COC

Nama Mahasiswa : Sujianti
NIM : 202592013
Judul COC : Laporan Stase *Continuity Of Care*
Asuhan Kebidanan Pada Ny."D" Usia 26 Tahun
Di Rumah Sakit Sido Waras Mojokerto
Tanggal Ujian : 11 Maret 2026



Dengan Revisi Sebagai Berikut :

| No | Nama Penguji | Uraian Bimbingan | Tanda Tangan |
|----|---|--|--------------|
| 1 | Penguji I: Naning Puji Suryantini,SST.,Bd.,M.Kes | 1. Tata penulisan sesuaikan dengan buku panduan (Ada penulisan yang salah) 2. Penulisan abstrak ditambahkan 3. Untuk kunjungan nifas pertama, tidak harus 6 jam, sesuaikan dengan pengkajian yang sesungguhnya 4. Untuk kunjungan neonatus pertama, tidak harus 6 jam, sesuaikan dengan pengkajian yang sesungguhnya 5. Untuk penatalaksanaan kunjungan nifas pertama, sesuaikan dengan asuhan. Karena responden sudah menggunakan KB IUD pasca plasenta | |
| 2 | Penguji II: Rina Mardiyana,SST.,Bd.,M.,Kes | 1. Tata penulisan sesuaikan dengan buku panduan (Ada penulisan yang salah) 2. Penulisan abstrak ditambahkan 3. Untuk kunjungan nifas pertama, tidak harus 6 jam, sesuaikan dengan pengkajian yang sesungguhnya 4. Untuk kunjungan neonatus pertama, tidak harus 6 jam, sesuaikan dengan pengkajian yang sesungguhnya 5. Untuk penatalaksanaan kunjungan nifas pertama, sesuaikan dengan asuhan. Karena responden sudah menggunakan KB IUD pasca plasenta | |