

Lampiran

Lampiran 1 Lembar Permohonan Partisipan

LEMBAR PERMOHONAN PARTISIPAN

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswa Program Studi Profesi Bidan Universitas Bina Sehat PPNI

Nama : Siti Roudhotul Jannah

NIM : 202592048

Akan melaksanakan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) yang berjudul "Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* Pada Ny "R" Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus dan KB di TPMB Ellys Yuli Astutik, S.Keb. Bdn Desa Jogoloyo Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang" untuk kepentingan di atas, maka saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi partisipan saya dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon ibu untuk bersedia diberikan asuhan kebidanan sesuai dengan jadwal yang di tentukan.

Identitas ibu dijamin kerahasiannya dan tidak perlu mencantumkan nama pada lembar laporan tugas akhir. Demikian permohonan saya, atas ketersediaan dan kerjasamanya, saya sampaikan terimakasih.

Jombang, 19 Desember 2025

Hormat saya,



(SITI ROUDHOTUL JANNAH)

Lampiran 2 Informed Consent

INFORMED CONSENT

Dengan ini saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny "R"
Umur : 25 Tahun
Pekerjaan : IRT
Alamat : Kedungpapar

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian yang diselenggarakan oleh mahasiswa Profesi Bidan Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto, maka saya (Bersedia / Tidak Bersedia*) menjadi partisipan Asuhan Kebidanan *Continuity of Care*.

Apabila ada sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat penelitian ini, maka saya akan bertanggungjawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

*) Coret yang tidak dipilih

Jombang, 19 Desember 2025

Saksi



Tn "Z"

Mahasiswa



Siti Roudhotul Jannah

Yang Menyatakan



Ny "R"

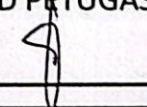
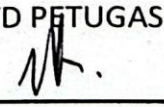
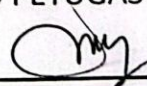
Lampiran 3 Catatan Kesehatan Ibu Hamil

PERNYATAAN IBU/ 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

HPHT: 28/3/25	Trimester I	Trimester II			Trimester III
Tgl Periksa:	26/5 25/7/25	5/8/25	23/10 24/10	8/12	19/12
Tempat Periksa:			KBM		
Timbang BB	45,9 48	ek	f	f	f
Pengukuran Tinggi Badan	158 158	ek	f	f	f
Ukur Lingkar Lengan Atas	21,5 22	ek			
Tekanan Darah	100/70 125/82	ek	f	f	f
Periksa Tinggi Rahim	-	-	f	f	f
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin	-	-	f	f	f
Status dan Imunisasi Tetanus	-	-	T5	T5	T5
Konseling	-	-	f	f	f
Skrining Dokter					
Tablet Tambah Darah			f	f	f
Test Lab Hemoglobin (Hb)					
Test Golongan Darah					
Test Lab Protein Urine					
Test Lab Gula Darah					
Pemeriksaan USG					
PPIA					
Tata Laksana Kasus			29/30 33/34	36/37	37/38
Ibu Bersalin 2/2026. Taksiran Persalinan:	Fasyankes:		Rujukan:		
Inisiasi Menyusu Dini					
Ibu Nifas (6 jam – sampai 42 hari setelah bersalin)	KF 1 (6-48 jam)	KF 2 (3-7 hari)	KF 3 (8-28 hari)	KF 4 (29-42 hari)	
Tanggal Periksa:					
Tempat Periksa:					
Periksa Payudara (ASI)					
Periksa Perdarahan					
Periksa Jalan Lahir					
Vitamin A					
KB Pasca Persalinan					
Konseling					
Tata Laksana Kasus					
Bayi baru lahir/ neonatus 0 - 28 hari	KN 1 (6-48 jam)	KN 2 (3-7 hari)	KN 3 (8-28 hari)		
Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak					

CHECKLIST ANC TERPADU
PUSKESMAS Jogonalora

Jombang, 17 - 8 - 2025

HT: 28-3-2025		SKRINING PE
TP: 2.01.2025		ROT: 12.
AT: -		MAP: 80/6
K1/K2/K3/K4		IMT: 19,2
KSPR: (2)		
G: 1 P: - A: - UK: 40		KONSELING GIZI:
Skreening PE PEMFIS:		S: ibu periksa hamil o: 19/4 baik, IMT: 19,2 lbk: 215 A: .. Hamil KEK, P: - Diet atika - kontrol kehamilan B/B - MMS: 19/4 TTD PETUGAS 
Skreening PE RIWAYAT KHUSUS:		
H10	STANDAR ANC	
T1	TB/BB = 158 / 48	
T2	TD MIRING: 125/92 TD TERLENTANG: 109/70	
T3	LILA: 219/50	
T4	TFU -	
T5	LETAK JANIN/ DJJ: - / -	
T6	STATUS TT: 1-1	
T7	TABLET TTD:	
T8	TES LAB: HB: 11,5 PPIA: GOLDA: B HbsAg: - RED/ALB: - / - GDA: 77	PEMERIKSAAN DOKTER:
T9	KONSELING:	g 8-2 hasil Biring (-) P/ B2 W2 by dhi A oedem ⊕
T10	TERAPI:	
POLI GIGI:		
EO: fa		
IO: Jan		
TTD PETUGAS 		TTD PETUGAS 

Pemeriksaan Dokter Trimester 1 (Usia kehamilan < 12 minggu)

(Konsep : Anamnesa dan pemeriksaan dokter umum mengenai risiko kehamilan saat ini normal/ kehamilan berkomplikasi)

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum:

Konjungtiva	normal	tidak
Sklera	normal	tidak normal
Kulit	normal	tidak normal
Leher	normal	tidak normal
Gigi mulut	normal	tidak normal
THT	normal	tidak normal
Dada	Jantung	normal
	Paru	normal
Perut	normal	tidak normal
Tungkai	normal	tidak normal

Hasil USG

Coroid, kantung, intrauterine,
DJJ (+)

Uter: 11-12 kgg
TP: 02/01/2026

— Am,

USG Trimester I

HPHT 28/3/2025, Kehamilan 11.... minggu

GS (Gestational Sac)	5.93 cm
CRL (Crown-rump Length)	4.83 cm
DJJ (Denyut Jantung Janin)	(+) dpm
Sesuai usia kehamilan	11-12 minggu
Letak Kantong Kehamilan	intrauterin/ ekstrauterin
Taksiran Persalinan	02/01/2026

Pemeriksaan laboratorium (tanggal ... 02/01/2026)

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Hemoglobin	11.5 gr/dL	
Golongan darah & Rhesus	B	
Gula darah sewaktu	79 mg/dL	
PPIA		ANC TERPADU
• H	R/NR	
• S	R/NR	
• Hepatitis B	R/NR	
• Lain-lain		

Kesimpulan : G. Polio

Rekomendasi : -

(ANC dapat dilakukan di FKTP atau rujuk ke FKRTL)

Kosaliya.

Lembar Per
(Usia k)

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: Baik

Keadaan Umum	baik
Konjungtiva	
Sklera	
Leher	
Gigi mulut	
THT	
Dada	Jantung Paru
Perut	
Tungkai	

USG Trimester III

HPHT : 28/25 Kehamilan 34

Janin	<u>3</u> Hidup/ Tidak Hidup
Jumlah janin	<u>3</u> Tunggal/ Ganda
Letak janin	<u>Intrauterin/ ekstra</u> <u>Presentasi kepala</u> <u>Presentasi bokong</u> <u>Letak lintang</u>
Berat Janin	
Plasenta	Normal/ Tidak
Usia kehamilan	

• Lingkari pilihan yang sesuai

Keterangan:

BPD: Biparietal Diameter
HC: Head Circumferential

FL: Femur Length



Pemeriksaan laboratorium (tanggal / / 20)

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Hemoglobin	gr/dL	
Protein Urin	mg/dL	
Urin Reduksi	Negatif/ +1/ +2/ +3/ +4	

Rencana Konsultasi Lanjut:

Gizi	Kebidanan	Anak	Penyakit Dalam	Neurologi	THT	Psikiatri	Lain-lain
------	-----------	------	----------------	-----------	-----	-----------	-----------

Rencana Persalinan

Persalinan normal	Persalinan pervaginam berbantu	Scetio caesaria
-------------------	--------------------------------	-----------------

Pilihan Rencana Kontrasepsi

MAL	Pil	Suntik	AKDR	Implan	Steril	Belum memilih
-----	-----	--------	------	--------	--------	---------------

MAL: Metode Amenore Laktasi

AKDR: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

Konseling

Kebutuhan Konseling tidak ya

Jelaskan: 6 PKM UK 33-34 wgg

Lingkari pilihan yang sesuai

Kesimpulan: Rekomendasi tempat persalinan: FKTP/ FKRTL (coret salah satu)
(Persalinan dapat dilakukan di FKTP atau Rujuk ke FKRTL)



LAYANAN DOKTER

Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi		
Umur \geq 35 tahun		
Nulipara	✓	
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun		
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan		
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m ²)		
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		
Kehamilan multipel		
Diabetes dalam kehamilan		
Hipertensi kronik		
Penyakit ginjal		
Penyakit autoimun, SLE		
Anti phospholipid syndrome*		
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure > 90 mmHg **		
Proteinuria (urin celup > +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)		
Keterangan Sistem Skoring: Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya <ul style="list-style-type: none"> • 2 risiko sedang <input type="checkbox"/> dan atau, • 1 risiko tinggi <input type="checkbox"/> * Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUFD, kelahiran prematur ** MAP dihitung pada kehamilan < 20 minggu $MAP = \frac{(2SD) + S}{3}$		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : *risiko rendah pre eklamsia*

Bilamana ibu berisiko preeklampsia maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.

Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Skrining Diabetes Melitus Gestasional pada Usia Kehamilan 24-28 Minggu

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Gula darah puasa	mg/ dl	
Gula darah 2 jam post prandial	mg/ dl	

Dokter Pemeriksa,

(.....)

DAFTAR TILIK " DEDIKASI " DETEKSI DINI KASUS PREEKLAMPSIA IBU HAMIL USIA KEHAMILAN 0-28 MINGGU DI KABUPATEN JOMBANG

NAMA IBU : Rosaliga
 NAMA SUAMI : Zunanta
 DESA : KBO PAPA
 NO HP :

INDIKATOR SKRINING	DATA & HASIL SKRINING				DATA & HASIL SKRINING				DATA & HASIL SKRINING				DATA & HASIL SKRINING				DATA & HASIL SKRINING			
	UK	TGL	HASIL		UK	TGL	HASIL		UK	TGL	HASIL		UK	TGL	HASIL		UK	TGL	HASIL	
			RS	RT			RS	RT			RS	RT			RS	RT			RS	RT
1. ANAMNESIS	< 12	17/2025			12 - <16				16 - <20				20 - <24				24 - 28			
a. Multipara dgn kehamilan oleh pasangan baru																				
b. Kehamilan dgn induksi ovulasi, bayi tabung																				
c. Umur > 35 tahun																				
d. Nulipara		✓																		
e. Jarak kehamilan > 10 tahun																				
f. Riwayat PE pada ibu atau saudara perempuan																				
g. Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m ²)																				
h. Riwayat PE sebelumnya																				
i. Kehamilan kembar / multiple																				
j. Diabetes dalam kehamilan																				
INDIKATOR SKRINING	DATA & HASIL SKRINING				DATA & HASIL SKRINING				DATA & HASIL SKRINING				DATA & HASIL SKRINING				DATA & HASIL SKRINING			
	UK	TGL	HASIL		UK	TGL	HASIL		UK	TGL	HASIL		UK	TGL	HASIL		UK	TGL	HASIL	
			RS	RT			RS	RT			RS	RT			RS	RT			RS	RT
2. ANAMNESIS	< 12				12 - <16				16 - <20				20 - <24				24 - 28			
k. Hipertensi kronik																				
l. Penyakit ginjal																				
m. Penyakit autoimun, SLE																				
n. Antiphospholipid syndrome / APS*																				
3. PEMERIKSAAN FISIK																				
a. MAP > 90 mmHg																				
b. Proteinurine celup > +1																				
TOTAL SKORING			1																	
NAMA & TEMPAT PENGISI	yuli / logob																			

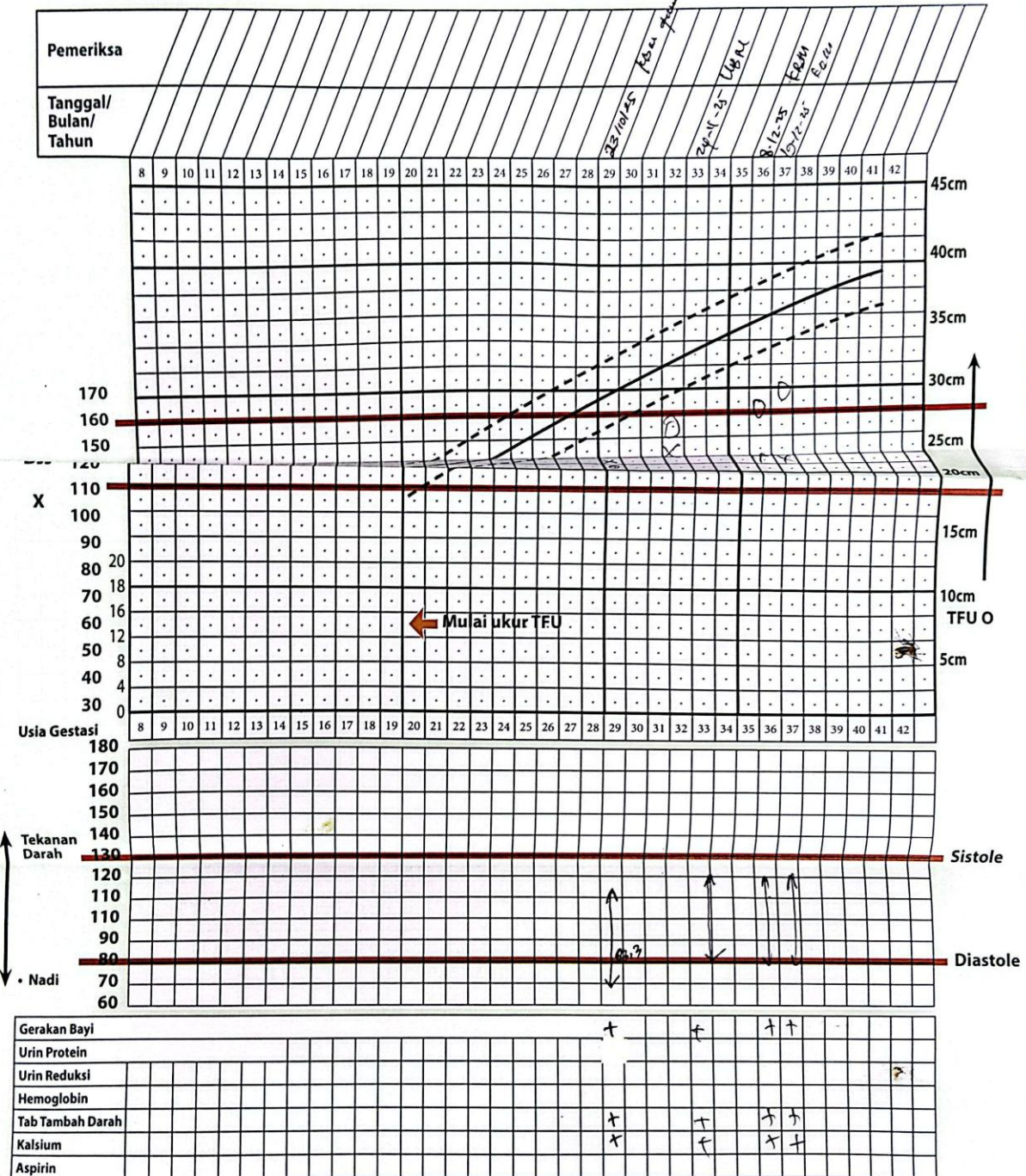
PETUNJUK PENGISIAN :

- MANIFESTASI APS ANTARA LAIN KEGUGURAN BERULANG, IUFD, KELAHIRAN PREMATUR
- LAKUKAN ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK SESUAI INDIKATOR DI ATAS, ISI DAFTAR TILIK DENGAN TANDA CENTANG (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI DENGAN HASIL PEMERIKSAAN ATAU ANAMNESE.
- HASIL SKORING DIDAPATKAN DARI PENJUMLAHAN DATA PADA KOLOM RS (RISIKO SEDANG) DAN KOLOM RT (RISIKO TINGGI)
- HASIL SKRINING PREEKLAMPSIA DIKATAKAN POSITIF JIKA DIDAPATKAN MINIMAL 2 RISIKO SEDANG ATAU 1 RISIKO TINGGI
- IBU HAMIL DENGAN HASIL SKRINING PREEKLAMPSIA POSITIF DIRUJUK KE PUSKESMAS UNTUK MENDAPAT FOLLOW UP LEBIH LANJUT

Gula darah 2 jam post prandial mg/ dl

Dokter P

GRAFIK EVALUASI KEHAMILAN



*) $MAP = \frac{(2SD) + S}{3}$ *) $MAP > 90 \text{ mmHg}$ Rujuk

Lampiran 4 Dokumentasi Kunjungan Kehamilan

Lampiran 5 Lembar Menyambut Persalinan

AMANAT PERSALINAN



KEMENKES RI

MENYAMBUT PERSALINAN

(Agar Aman dan Selamat)

Saya : ROSALIYA
Alamat : kedung papar

Memberikan kepercayaan kepada nama-nama ini untuk membantu persalinan saya agar aman dan selamat, yang diperkirakan pada, Bulan:Tahun:



Fasyankes persalinan:

- 1. Dokter/Bidan: Nama Fasyankes
2. Dokter/Bidan: Nama Fasyankes

puskesmas PKU



Untuk dana persalinan akan menggunakan JKN/Jamkesda/ Asuransi swasta/biaya sendiri/ lainnya

JKN



Untuk kendaraan/ambulan desa oleh:

- 1. Ambulan desa HP
2. HP
3. HP



Metode kontrasepsi setelah melahirkan yang dipilih:

SUNTIK 3 Bulan

Untuk sumbangan darah (golongan darah: rhesus:) dibantu oleh:

- 1. Zunanta HP
2. ASNIAH HP
3. HP
4. HP



Bersedia dirujuk jika memiliki faktor risiko/ komplikasi/ kegawatdaruratan

..... 20.....

Persetujuan, Suami/ Orang Tua/ Keluarga

(.....)

Ibu Hamil

[Signature] ROSALIYA

(.....)

Bidan/Dokter

(.....)



Lampiran 6 Catatan Keterangan Lahir

KETERANGAN LAHIR

No : 1501 / 108 / 12 / 2025

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa;
 Pada hari ini Sabtu, tanggal 20-12-2025, Pukul 19.30 wib
 telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
 Jenis Kelahiran : Tunggal Kembar 2/Kembar 3/Lainnya
 Anak ke : 1 Usia gestasi: 38 w
 Berat lahir : 3085 gr, Panjang Badan : 46 cm, Lingkar Kepala: 33 cm
 di Rumah Sakit Puskesmas Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/di

Puskesmas Sunobito

Alamat : dl. Paya Sunobito No. 168

Diberi nama :

Dari Orang Tua:

Nama Ibu : NY. Rosalia Umur : 25 tahun
 NIK : 3517114211000004
 Nama Ayah : Tn. Zunanta Juli Pamungkas
 NIK : 3517120807000002
 Pekerjaan : Karyawan Susakta
 Alamat : Kedungpapur 1/1
 Kecamatan : Sunobito
 Kab/Kota : Jombang

Jombang, Tanggal 20-12-2025

Saksi I

Saksi II

(.....) (.....)



- Untuk pengurusan ke Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil setempat

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 20/12/2025 Pukul : 19.30
 Umur kehamilan : 38 Minggu
 Penolong persalinan : SpOG/ Dokter umum/ Bidan
 Cara persalinan : Normal/Tindakan
 Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
 Lokhia berbau/lain-lain)/
 Meninggal*
 KB Pasca persalinan :
 Keterangan tambahan :

* *Lingkari yang sesuai*

Bayi Saat Lahir

Anak ke : I
 Berat Lahir : 3085 gram
 Panjang Badan : 49 cm
 Lingkar Kepala : 33 cm
 Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan/tidak bisa ditentukan*

Kondisi bayi saat lahir:**

Segera menangis [] Anggota gerak kebiruan
 [] Menangis beberapa saat [] Seluruh tubuh biru
 [] Tidak menangis [] Kelainan bawaan:
 Seluruh tubuh kemerahan [] Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir **::

Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi
 Suntikan Vitamin K1
 Salep mata antibiotika profilaksis
 Imunisasi HBO

Keterangan tambahan:

* *Lingkari yang sesuai*

** *Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai*

Jika berat lahir < 2500 gram, atau Panjang lahir < 45 cm atau usia kehamilan ≤ 37 minggu bayi menggunakan Buku KIA Khusus Bayi Kecil



Lampiran 7 Pelayanan Nifas

RINGKASAN PELAYANAN NIFAS

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)	RESUME
Kunjungan Nifas 1 (KF1) (6-48 jam) Tanggal: Faskes:	Klasifikasi: KU Baik T : 100/70 N : 82 RR : 20 S 36.6°C Tindakan: TPU 3 ju k Pat. ke basis ket (-) Asi (+) supor (-) perdarahan 1/2 offset BAB/BAK (+) 1/2 Distasis Rech (-)
Kunjungan Nifas 2 (KF2) (3-7 hari) Tanggal: Faskes:	Klasifikasi: KU Baik, TD 110/70 S 36.5°C, RR 82x/mnt RR 20x/mnt TPU 1/2 pat -symp ket (-) Tindakan: Asi (+) lochea sanguinolenta Hc bersih jahitan baik
Kunjungan Nifas 3 (KF3) (8-28 hari) Tanggal: Faskes:	Klasifikasi: KU Baik, TD 110/70 S 36.5°C, RR 82x/mnt RR 22x/mnt TPU ≠ tenaka ket (-) Tindakan: Asi (+) lochea alba, Hc kering
Kunjungan Nifas 4 (KF4) (29-42 hari) Tanggal: Faskes:	Klasifikasi: KU Baik TD 110/70, S 36.1°C, RR 82x/mnt RR 20/mnt lochea alba Asi (+) Tindakan: Jahitan sudah kering. Rencana KB suntik 3 bulan.

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu**:

- Sehat
 Sakit
 Meninggal

Komplikasi Nifas:**

- Perdarahan
 Infeksi
 Hipertensi
 Lain-lain: Sebutkan

Keadaan Bayi:**

- Sehat
 Sakit
 Kelainan Bawaan:
 Meninggal

** Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

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

Kesimpulan:

.....

Lampiran 8 Dokumentasi Kunjungan Nifas 2



Dokumentasi Kunjungan Nifas 3




Dokumentasi Kunjungan Nifas 4



Lampiran 9 Pelayanan Kesehatan Neonatus

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

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

0 - 6 jam	6 - 48 jam (KN1)	3 - 7 hari (KN2) 27/25 /12	8 - 28 hari (KN3) 8/26 /1
Kondisi: <i>bugar</i> BB: 3085 gr PB: 49 cm LK: 33 cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: 20/12/2015 Jam: C 20 2406012 Nomor Batch:	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/ Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th : _____ Jam : _____ Nomor Batch : _____ BB: _____ gr PB: _____ cm LK: _____ cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input checked="" type="checkbox"/> *Bila belum diberikan 22/25 /12	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th : _____ Jam : _____ Nomor Batch : _____ Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan PPIA BB 3250 gr BAB / BAK (+) ASI (+)	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/>  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka. BB 3600 gr PPIA 1leferus (+) Masalah: BAB / BAK (+) ASI (+)
Masalah:	Masalah:	Masalah:	Masalah:
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama Tenaga Kesehatan: <i>[Signature]</i>	Nama Tenaga Kesehatan:	Nama Tenaga Kesehatan: <i>[Signature]</i>	Nama Tenaga Kesehatan: <i>[Signature]</i>

* Catatan penting:

.....

Nama tenaga kesehatan:

.....

** Beri tanda strip (-) jika tidak ada masalah/ tidak dirujuk

Lampiran 10 Dokumentasi Kunjungan Neonatus 2



Dokumentasi Kunjungan Neonatus 3



Lampiran 11 Catatan Imunisasi

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	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) No Batch:	20/12	2025	02-02-11 06012															
BCG No Batch:																		
Polio tetes 1 No Batch:																		
DPT-HB-Hib 1 No Batch:																		
Polio Tetes 2 No Batch:																		
Rota Virus (RV)1* No Batch:																		
PCV 1 No Batch:																		
DPT-HB-Hib 2 No Batch:																		
Polio Tetes 3 No Batch:																		
Rota Virus (RV)2 * No Batch:																		
PCV2 No Batch:																		
DPT-HB-Hib 3 No Batch:																		
Polio Tetes 4 No Batch:																		
Polio Suntik (IPV) 1 No Batch:																		
Rota Virus (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

Keterangan:

- 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 Kejar)
- Usia yang tidak diperbolehkan untuk pemberian Imunisasi

Lampiran 12 Informed Consent KB

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT) PELAYANAN KB

Nomor Kode Tindakan 02

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Faskes KB/Jaringan/Jejaring : PME Elys Yuli Astokle
 Kode Faskes KB/Jaringan/Jejaring :

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Ny. Rosalia
 Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETRI SEPENUHNYA PERIHAL ALAT/OBAT/CARA KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KB SESUAI STANDAR PROFESI berupa** :

- Suntikan 1 Bulanan Suntikan 3 Bulanan Implan 1 Batang Implan 2 Batang
 IUD CuT 380A IUD Lain-lain Tubektomi Vasektomi

PERSETUJUAN SUAMI/ISTRI KLIEN

N a m a : Tn. Lunanta

Selaku SUAMI/ISTERI *) Klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan KB tersebut. Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

Yang memberi pelayanan konseling
 Dokter/Bidan/Pergawat *)
Elys Yuli Astokle

Klien,
Rosalia
 ROSALIA

Jombang, 2 Feb 2026

Suami/Istri Klien *)
Lunanta
 LUNANTA

Keterangan : *) coret yang tidak perlu
 **) beri tanda centang (v) pada salah satu kotak

JENIS TINDAKAN		
Tindakan	Jenis Metode	No.Kode
Pemberian	Suntikan 1 Bulanan	01
	Suntikan 3 Bulanan	02
Pemasangan	Implan 1 Batang	03
	Implan 2 Batang	04
	IUD CuT 380A	05
	IUD Lain-lain	06
Pencabutan dan Pemasangan	Implan 1 Batang	07
	Implan 2 Batang	08
	IUD CuT 380A	09
	IUD Lain-lain	10
Jenis Tindakan		
Tindakan	Jenis Metode	No.Kode
Operatif	Wanita (Tubektomi)	11
	Pria (Vasektomi)	12
Jenis Tindakan		
Tindakan	Jenis Metode	No.Kode
Pencabutan	Implan 1 Batang	13
	Implan 2 Batang	14
	IUD CuT 380A	15
	IUD Lain-lain	16
Rekanalisasi	Wanita	17
	Pria	18



CHECK LIST UNTUK PROVIDER

No	Pertanyaan yang dijawab sendiri oleh Provider (No. 1-6 : Berilah tanda centang (✓) pada salah satu kotak)	Ya	Tidak
1.	Untuk alat kontrasepsi Suntikan/IUD/implan/Tubektomi/Vasektomi *), apakah telah dijelaskan tentang :		
	a. Cara kerja	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Kontraindikasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Efek samping, Komplikasi dan Kegagalan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Keuntungan dan Kerugian Pemakaian	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Untuk tindakan /follow-up, apakah telah dijelaskan tentang :		
	a. Jadwal/waktu kunjungan ulang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Tempat pelayanan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Untuk Sterilisasi (Tubektomi/Vasektomi), apakah sudah dijelaskan mengenai :		
	a. Persyaratan Tubektomi/Vasektomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Persyaratan Rekanalisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Keberhasilan Rekanalisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Bagi calon peserta IUD/implan *), apakah sudah dijelaskan kapan jadwal pencabutan IUD/implan-nya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Untuk klien yang akan dicabut IUD/implan *), apakah sudah dijelaskan tentang resiko pencabutannya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bagi peserta IUD/implan yang akan menjalani pencabutan, apakah sudah ditanyakan kapan tanggal pencabutan yang seharusnya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kalau Ya, kapan ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Tanggal	Bulan Tahun
7.	Pencabutan ini termasuk dalam kategori ? (Berilah centang pada salah satu kotak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pencabutan dini	Pencabutan pada waktunya
			Pencabutan terlambat

CATATAN TINDAKAN DAN PERNYATAAN

Catatan seluruh tindakan yang dilakukan :

A. Metode : Suntikan 3 Bulan

B. Keberhasilan tindakan (apakah ditemukan adanya efek samping, komplikasi dan penyakit lainnya):
Pernyataan : -

Dengan ini saya menyatakan bahwa tindakan medik yang dilakukan, telah memenuhi standar mutu pelayanan yang ditetapkan.

Jombang, 2 Feb 2016

Yang Melaksanakan Tindakan,
Dokter/Bidan, [Signature]
N. SIK. 6 [Signature] 1538201

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 14 Dokumentasi Kunjungan KB



Lampiran 15 Leaflet Senam Hamil

SENAM HAMIL



4



3 UDUKLAH DENGAN NYAMAH DI ATAS MASTRAS YOGA, R APATKAN KEKUA TELAPA K KANG DI DEPAN TUBUH, LALU DORONG LUTUT MENGGA MENYENTUH LANTA L PA STIK AN PUNGUNG TETA P LURUS SELAMA MELAKUKANNYA, CONDO NGKA H TUBUH SEBENTIK E D EPAN HINGGA MERASA ADA R EGANGA H RIN GAN DE AREA PINGGUL DAN OT OT RN MA LA NGAN MENEK AN K ANG MENGG UNAKA N T ANGAN, T AMAN POSISI TERSEBUT SELAMA SETIAP NYA S DETIK, LALU K EMBALUKA N TUBUH KE POSI SI SEWALA

5



3 UDUK SELA D IN GAN PO SESI PUNG GUNG TEGAN. KEDUA TELAPAK KAKI SALING BER SIB TUNAH KEHUBA N TEKA N LUTUT HINGGA MENYENTUH LA NTA L T AMAN PO SESI H SELAMA SEKITAR 10-15 DETIK. K AHU DAPAT MEN GULAH Q BEBERAPA K ALI.

1



BERDIRI MENGG HADAP K E DIND ING, LEBAR KAN KAKI SELEBAR BAHU, LAL U LET AKKA N KEDUA TELAPAK TAN GAN DE DIND ING. SETELA H ITU, T EKUK KEDUA SIKU PERLAHA N-L AMAN SA HBL. HENCONO NGK AN TUBUH KE A RAH DEPAN, HINGGA MAJ AH MEN DEKATI DINDING. JAGA AGAR PUNGUNG TETA P LURUS, DAN K EMBALIK E POSISI SEWALA LAKUK AN GER AKAN SENAM HAMIL H IN SEBANYA 15 K TIK ALL

2



BERDIRI D IN GAN K ANG SELEBAR BAHU, KATUPKAN KEDUA TELA P K T ANGA H DI DEPAN DA DA, DAN T EKUK KEDUA LUT UT SECA RA PERLAHA N, HINGGA D ALAM POSI SI SETENGA H JONG KOK. LEPA SKAN PO SESI T ANGA H DA N LET AKK AN K EDUANYA D I AT AS LUT UT, BIRI SECIK IT EK ANAH PADA LUT UT, UNYK MEMBERI R UANG BA QI PERUT SEKAL I GUS MENJAGA KESEIMBANGA N T AMAN POSISI S I B MBAN G SELA MA 100 ETK DAN C ARLAH POSI SI SETEN GAH JONG KOK YANG NYAMAK S I TELA H ITU, K OMBALI BERDIRI SECARA PERLAHA N, DAN UL ANGG GERAK AN H IN BEBERAPA K ALI

3



POSISIK AN TUBUH SEPERTI SEDANG MERA NGKA K, LAL U EMBUSKAN NAPAS SA HBL. MEL ENKUN GUN PUNGUNG KE ATAS, DAN DEKATKAN DAGU KE ARA H DADA, KEHUBA N, TARKI NAPAS PER LAHA N DAN LENGK UNYK AN PUNGUNG K E BANA H SECARA BID SAHAAH SA HBL. MELHAT KE A RAH AT AS.

TIPS MENGEJAN YANG BAIK DAN BENAR

LA KUK AN SEPE RTIN GN BA S, TART U DO RO NGA N D I T UJUK AN UNYK AN ARA DA SAR PAN GGUL

BISA JUGA D IN G AN ME LH AT KI BAHAY PUSA R SE HING GA BUNDA LEBIH POK US KETIKA MEN GEJAN

MENGE JAN B DAN D BAR ENCI DE NGA N T E RBA KAN YA NG BEKLEBMA H DAN BK IN CEPAT LELAH

BA K TER UHAT D I T I L EHER YA NG MENEG ANG SEC ARA BER LEBMAH SA AT MENGE JAN

SA AT SEDANG B DAN MUNCU KO NT RA KSI / PA RA TIO AK PERLU MENGE JAN



POSISI MENGEJAN SAAT PERSALINAN



Posisi miring



Posisi terlentang



Posisi setengah duduk

Lampiran 16 Leaflet Nutrisi Sehat Ibu Hamil

Makanan bergizi Untuk ibu hamil

Setiap hari ibu hamil di anjurkan makan:

- Nasi/umbi → sumber tenaga.
- Lauk hewani & nabati (ikan, telur, tempe)
- Sayur & buah
- Susu ibu hamil

Mengapa ibu hamil perlu makan bergizi?

- Menambah tenaga ibu
- Membantu pertumbuhan janin
- Mencegah anemia dan KEK

NUTRISI SEHAT UNTUK IBU HAMIL

"Agar ibu sehat dan bayi tumbuh kuat"

KEK (Kekurangan Energi Kronis)

KEK (Kekurangan Energi Kronis) adalah kondisi ibu hamil yang kekurangan makanan bergizi dalam waktu lama

- Lingkar lengan kecil (LILA < 23,5 cm)
- Berat badan sulit naik
- Ibu cepat lelah

Bahaya KEK bagi ibu dan bayi

- Ibu mudah sakit & anemia
- Persalinan sulit
- Bayi lahir kecil (BBLR)
- Bayi mudah sakit

Pencegahannya:

- Makan 3 kali sehari + 2 kali selingan
- Minum;
- Tablet tambah darah setiap hari
- Perika kehamilan secara rutin
- Istirahat yang cukup

Lampiran 18 Leaflet Asi Eksklusif

CARA MENINGKATKAN PRODUK ASI

1. Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu
2. Ketentraman jiwa dan fikiran ibu
3. Melakukan Peawatan Payudara
4. Pemberian Asi secara Terjadwal

KANDUNGAN ASI

1. Kolostrum : ASI pertama berwarna kuning kental, kaya antibodi, protein, dan zat imun.
2. Foremilk : ASI encer yang keluar di awal menyusui, kaya cairan untuk menghilangkan haus
3. Hindmilk : ASI kental yang keluar di akhir menyusui, kaya lemak dan energi.



SEJAK LAHIR HINGGA 6 BULAN, ASI SAJA

APA SIH ASI EKSKLUSIF ITU?

ASI eksklusif yaitu memberikan hanya ASI saja tanpa memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai berumur 6 bulan



ASI EKSKLUSIF

“ASI Optimal, Masa Depan Gemilang”





DAMPAK TIDAK DIBERIKAN ASI

- Bayi lebih rentan terkena penyakit (diare, ISPA).
- Pertumbuhan dan perkembangan bayi tidak optimal.
- Risiko gizi kurang atau gizi buruk meningkat.
- Biaya ekonomi keluarga lebih besar untuk susu formula.

FAKTOR PENDUKUNG KEBERHASILAN ASI EKSKLUSIF

1. Dukungan keluarga (suami, orang tua, lingkungan).
2. Konseling laktasi dari tenaga kesehatan.
3. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) setelah bayi lahir.
4. Menghindari pemberian dot dan empeng.
5. Pola makan ibu seimbang dan cukup cairan.



MANFAAT ASI BAGI IBU

- ♥ Mencegah Pendarahan pasca persalinan
- ♥ Mem percepat pengidlan alat kandungan
- ♥ Dapat digunakan sebagai alat kb sementara
- ♥ Dapat digunakan sebagai alat kb sementara
- ♥ Mengurangi resiko kanker ovarium dan kanker payudara
- ♥ Mempertahat turunya berat badan seperti semula

MANFAAT ASI BAGI BAYI

- ♥ Dapat membantu memulai kehidupannya dengan baik
- ♥ Mengandung Antibodi
- ♥ Membuat rasa nyaman dan aman pada bayi dan adanya ikatan antara ibu dan bayi
- ♥ ASI meningkatkan kecerdasan bayi

Lampiran 19 Leaflet Pijat Oksitosin

PIJAT OKSITOSIN

MANFAAT

1. Mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta.
2. Mencegah terjadinya perdarahan postpartum.
3. Dapat mempercepat proses involusi uterus.
4. Meningkatkan produksi asi.
5. Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui.
6. Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga.

Cara Pijat Oksitosin

- 1 






Anjurkan mama untuk melepas baju dan bra, kemudian mengambil posisi duduk sambil membungkukkan tubuh dengan sandaran meja atau sandaran kursi. Gunakan bantal untuk menopang bagian depan tubuh agar posisi lebih nyaman.

Note: Sebelum melakukan pijatan, cuci kedua telapak tangan kemudian keringkan lalu olesi telapak tangan dengan baby oil, VCO atau minyak zaitun.

Pengertian

Pijat oksitosin adalah pijat punggung yang ditujukan untuk memperlancar pengeluaran ASI. Pijat ini menekankan pada bagian tulang belakang yang mampu merangsang produksi hormon oksitosin dalam tubuh.



- 2 
- 3 
- 4 
- 5 
- 6 

Setelah rileks, usap seluruh bagian punggung dengan sentuhan yang nyaman.


Mulai dari titik pijat bagian leher dan tulang belakang. Pijat dengan ibu jari yang digerakkan secara melingkar hingga turun ke pangkal tulang belakang. Lakukan selama 1 menit.

Pijat punggung dengan ibu jari dengan gerakan memutar sepanjang tulang belakang dari atas hingga ke bawah. Setelah itu, ulangi dari arah bawah ke atas.

Gunakan kepalan tangan untuk memijat seluruh punggung, leher dan bahu dengan tekanan yang lembut.

Usap bagian tubuh yang telah dipijat dengan gerakan ke luar secara perlahan.

TERIMA KASIH



Lampiran 20 Lembar Konsultasi

LEMBAR BIMBINGAN
LAPORAN ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN
PRODI PEND. PROFESI BIDAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN (FIKES)
UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO

Nama : Siti Roudhotul Jannah
 NIM : 202592048
 Dosen Pembimbing : Ariu Dewi Yanti., S,ST.,Bd., M.Kes
 Judul : Asuhan Kebidanan Continuity of Care Pada Ny "R"
 Masa Hamil sampai Dengan Masa KB dan Neonatus
 di TPMB Ellys Yuli Astutik, S.Keb. Bdn Desa
 Jogoloyo Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang



No	Hari / Tanggal	Hasil Bimbingan	TTD
1.	18 Desember 2025	Bimbingan Penulisan Laporan Tugas Akhir sesuai Buku Pedoman	
2.	31 Desember 2025	Revisi BAB 1 (Latar Belakang sesuai Kasus, Spesifik membahas Kasus)	
3.	2 Januari 2026	ACC BAB 1 Revisi BAB 2 (Sesuaikan dengan Buku Pedoman, Sitasi terbaru)	
4.	12 Januari 2026	ACC BAB 2 Revisi Kerangka Asuhan	
5.	20 Januari 2026	Revisi Jadwal Asuhan	
6.	29 Januari 2026	ACC BAB 3 Lanjutkan BAB 4 Asuhan	
7.	4 Februari 2026	BAB 4 (Revisi Prolog Asuhan Persalinan, Sesuaikan dengan Kasus)	
8.	23 Februari 2026	ACC BAB 4 s.d 6 Lanjutkan Uji CoC	

Lampiran 21 Daftar Riwayat Hidup Penulis

DAFTAR RIWAYAT HIDUP IDENTITAS DIRI

Nama : Siti Roudhotul Jannah., S.S.T Keb., M.Tr.Keb
 Tempat & Tanggal Lahir : Jombang, 26 April 1992
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Status Perkawinan : Kawin
 Agama : Islam
 Alamat Rumah : Ngrumek 01/01 Nglele Sumobito Jombang
 Nomor HP : 08563648888
 Alamat *e-mail* : roudho.26@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN PERGURUAN TINGGI			
Tahun Lulus	Program pendidikan (Diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doctor)	Perguruan Tinggi	Jurusan/Program Studi
2018	S2 Terapan Kebidanan	Poltekkes Kemenkes Semarang	Kebidanan
2014	DIV Kebidanan Pendidik	Stikes Karya Husada Semarang	Kebidanan
2013	DIII Kebidanan	FIK Unipdu Jombang	Kebidanan