

Lampiran 1.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Dengan Hormat,

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

Nama : Marisa Putri Insani

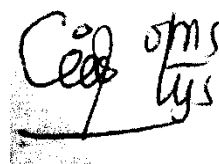
NIM : 202592031

Dengan ini saya selaku mahasiswa yang akan mengadakan penelitian dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Masa Hamil, Persalinan, Nifas, Neonatus, dan KB”. Untuk kepentingan di atas, saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon ibu untuk bersedia diberikan asuhan kebidanan sesuai dengan jadwal yang ditentukan. Identitas ibu dijamin keasliannya dan tidak perlu menyantumkan nama pada lembar laporan akhir.

Demikian permohonan saya, atas ketersediaan dan kerjasamanya, saya ucapkan terimakasih.

Lamongan, 18 November 2025

Hormat Saya



Marisa Putri Insani

Lampiran 2.

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. N

Umur : 28 tahun

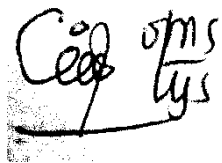
Alamat: Desa Banjarwati, Kec. Paciran, Kab. Lamongan

Menyatakan dengan sesungguhnya setuju menjadi partisipan dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan yang meliputi Asuhan Kehamilan, Asuhan Persalinan, Asuhan Nifas, Asuhan Bayi Baru Lahir, Asuhan Keluarga Berencana yang kemudian akan disusun sebagai Laporan COC dalam rangka menyelesaikan Laporan COC Program Studi Profesi Bidan Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto.

Demikian pernyataan ini di buat untuk di pergunakan seperlunya.

Lamongan, 18 November 2025

Mahasiswa



Marisa Putri Insani

Partisipan



N

Saksi



M

Lampiran 3.

KSPR

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

Nama : NY. N. Umur Ibu : 28 Th. 9/25
 Hamil ke : 2 Haid terakhir tgl : 1/12 bl
 Pendidikan : SD Perkiraan persalinan tgl : 12 bl
 Pekerjaan : Ibu Suami : M. (52)
 Pekerjaan : Ibu Suami : DOSEN

I KEL. F.R.	II NO.	III Masalah/Faktor Risiko	IV SKOR	Tribulan			
				I	II	III	IV
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 th	2	2	2	2	2
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
	3	b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 35 th	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	5	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	6	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	7	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	8	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	9	Pernah gagal kehamilan	4				
	10	Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tangkai/kakum b. Uti drogh c. Diberi infus/transusi	4				
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				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hydramion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	4				
	18	Letak miring	4				
	19	Pendarahan dalam kehamilan 3x	4				
	20	Pre eklampsia berat/Kepeng-keping	4				
III	21	Jumlah Skor					
	22						

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
≥12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Keamatan 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 :

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

RUJUKAN DARI :

1. Rujukan Dini Berencana (RDB)/ Rujukan Dalam Rahim 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Terlambat (RTt)

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
 3. Komplikasi Obstetrik
 4. Pendarahan postpartum
 5. Uti Tertinggal
 6. Persalinan Lama
 7. Panas Tinggi

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

PASCA PERSALINAN :

1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab :
 a. Perut b. Pre eklampsia/Eklampsia
 c. Perut lama d. Infeksi e. Lain-2

MACAM PERSALINAN :

1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2

BAYI :

1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan
 2. Lahir hidup : Appar Skor :
 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, /Sterilisasi
 2. Belum Tahu

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak
 Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan :

*** Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG**

Lampiran 4.

BUKU KIA

IDENTITAS			
	IBU	SUAMI/KELUARGA	ANAK
NAMA			
NIK			
PEMBUAYAAN			
NO. JKN			
FAKES TK 1			
FAKES RUJUKAN			
GOL. DARAH			
TEMPAT TANGGAL LAHIR	30-07-1997	21-5-1993	
PENDIDIKAN	SI	S2	
PEKERJAAN	Swasta	Dosen	
ALAMAT RUMAH	8-W 9/2		
TELEPON	0852 6499 5976		
NAMA ANAK			
ANAK KE			
NOMOR AKTE KELAHIRAN			
NIK			
TEMPAT/ TANGGAL LAHIR			
GOLONGAN DARAH			
JENIS PELAYANAN			
• JKN/ ASURANSI LAIN			
• NOMOR			
• TANGGAL BERLAKU			
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN:			
• PRIMER:			
• NOMOR REGISTRASI KOHORT BAYI:			
• NOMOR REGISTRASI KOHORT BALITA DAN ANAK PRA-SEKOLAH:			
• SEKUNDER:			
• NOMOR CATATAN MEDIK RS			
USKESMAS DOMISILI:			
Q. REGISTER KOHORT IBU:			

PELAYANAN DOKTER		Nama Dokter:		Faskes:	
EVALUASI KESEHATAN IBU HAMIL					
Kondisi Kesehatan Ibu		Status Imunisasi Td			
Tanggal pemeriksaan		TT ke- waktu perindungan			
18/07/2024		1 awal ✓			
2 1 bulan 3 tahun		3 6 bulan 5 tahun			
3 12 bulan 10 tahun		4 >25 tahun			
4 12 bulan		5 >25 tahun			
5 12 bulan		Kesimpulan: Status imunisasi Imunisasi lainnya: COVID-19/			
Riwayat Kesehatan Ibu Sekarang		Riwayat Perilaku Berisiko 1 Bulan sebelum hamil			
Hipertensi Asma		merokok pola makan berisiko aktivitas fisik kurang			
Jantung TB		alkohol obat teratogenik kosmetik yang mengandung zat berbahaya			
Tiroid Hepatitis B		Lingkungan berisiko: pestisida/ lainnya			
Alergi Jwa		Lingkupn pilihan yang sesuai			
Autoimun Sifilis		Lain-lain, jelaskan			
Diabetes		Lain-lain, jelaskan			
Lainnya: <i>tidak ada</i>		Lain-lain, jelaskan			
Riwayat Kehamilan dan Persalinan (termasuk Keguguran, Kembar, dan Lahir Mati)					
No	Tahun	berat lahir (gram)	persalinan	penolong persalinan	komplikasi
1	2021	3600	SP B/O	bidan	
2	Harus	174			
Riwayat Penyakit Keluarga					
Hipertensi	Diabetes	Sesak Nafas	Lain-lain, jelaskan		
Jantung	TB	Alergi	<i>tidak ada</i>		
Jwa	Kelainan Darah	Hepatitis B			
Lingkupn pilihan yang sesuai					
Pemeriksaan Khusus					
Inspeksi/ Inspeku	Vulva	normal	tidak normal	Shruiy <i>tidak ada</i>	
	Uretra	normal	tidak normal	edukasi	
	Vagina	normal	tidak normal		
	Fluksus +/-	Fluor +/-			
	Porsio	normal	tidak normal		

Pemeriksaan Fisik		Hasil USG	
Kardinalia	normal	tidak	
Sklera	normal	tidak normal	
Kulit	normal	tidak normal	
Leher	normal	tidak normal	
Gigit mulut	normal	tidak normal	
THIT	normal	tidak normal	
Dada	Jantung normal	tidak normal	
Paru	normal	tidak normal	
Perut	normal	tidak normal	
Tungkai	normal	tidak normal	
USG Trimester I			
HPHT	Kehamilan minggu		
GS (Gestational Sac)	cm		
CRL (Crown-rump Length)	cm		
DJI (Denyut Jantung Janin)	dpm		
Sesuai usia kehamilan	minggu		
Letak Kandung Kehamilan	intrauterin/ ektrauterin		
Taksiran Persalinan			
Pemeriksaan laboratorium (tanggal 21/7/2024)			
Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut	
Hemoglobin	12.7 gr/dL		
Golongan darah & Rhesus	A		
Gula darah sewaktu	141 mg/dL		
PPIA	R/NR		
• H	R/NR		
• S	R/NR		
• Hepatitis B			
• Lain-lain			
Kesimpulan : <i>kehamilan normal</i>			
Rekomendasi:			
(ANC dapat dilakukan di FKTP atau rujuk ke FKRTL)			

PERNYATAAN IBU/KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA				
(Bulatkan Kolom Pencatatan Hasil Pemeriksaan)				
ibu menulis tanggal, tempat pelayanan dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan				
HPHT: 25/7/24	Trimester I	Trimester II	Trimester III	
Tgl Periksa: 23/7/24	25/7		25/7	
Tempat Periksa: FKTP				
Timbang BB	59 kg		79 kg	
Pengukuran Tinggi Badan	159 cm		159 cm	
Ukur Lingkar Lengan Atas	37 cm		37 cm	
Tekanan Darah	110/70 mmHg		110/70 mmHg	
Periksa Tinggi Rahim	30 cm		30 cm	
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin	30 cm		30 cm	
Status dan Imunisasi Tetanus	✓		✓	
Konseling	✓		✓	
Skrining Dokter	✓		✓	
Tablet Tambah Darah	✓		✓	
Test Lab Hemoglobin (Hb)	12.4		12.4	
Test Golongan Darah	✓		✓	
Test Lab Protein Urine	✓		✓	
Test Lab Gula Darah	✓		✓	
Pemeriksaan USG	✓		✓	
PPIA	✓		✓	
Tata Laksana Kasus	✓		✓	
Ibu Bersalin	5/8/25	Fasyankes:	Rujukan:	
Taksiran Persalinan	21/7/24			
Inisiasi Menyusui 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				
8 Pasca Persalinan				
Konseling				
Tata Laksana Kasus				
Bayi baru lahir/ neonatus (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				

PELAYANAN DOKTER

Skining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu

Kriteria:

- Mutipara dengan kehamilan oleh pasangan baru
- Kehamilan dengan riwayat reproduksi berbantu: bayi lahir, atau induksi pascalahir
- Umur > 35 tahun
- Mutipara yang jarak kehamilannya > 10 tahun
- Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan
- Riwayat sebelum hamil (HT) > 30 kg/m²
- Obesitas dengan riwayat preeklampsia sebelumnya
- Mutipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya
- Kehamilan multipel
- Diabetes dalam kehamilan
- Diabetes kronik
- Penyakit ginjal
- Sistem imun, SLE
- Antifosfolipid 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 Skining:

Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya:

- 2 risiko sedang
- 1 risiko tinggi
- Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUFD, kelahiran prematur
- MAP dihitung pada kehamilan < 20 minggu
- MAP = (2XDB) ÷ 3

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan:

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

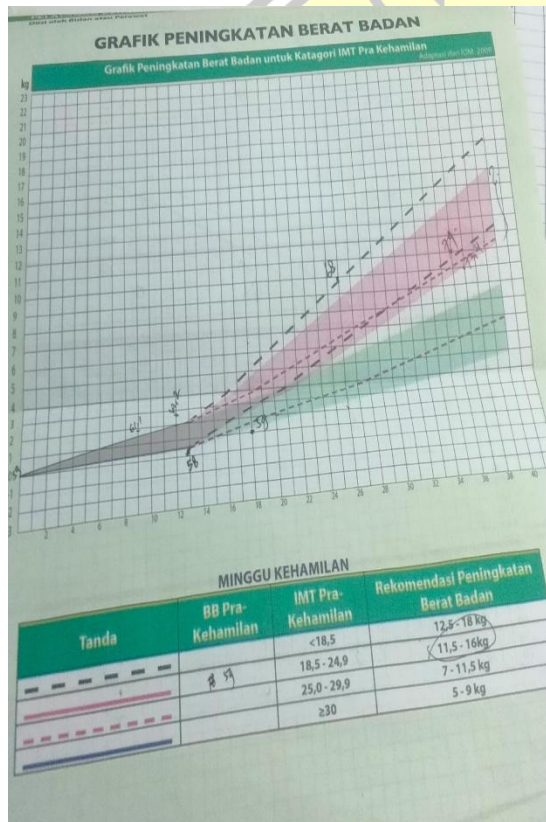
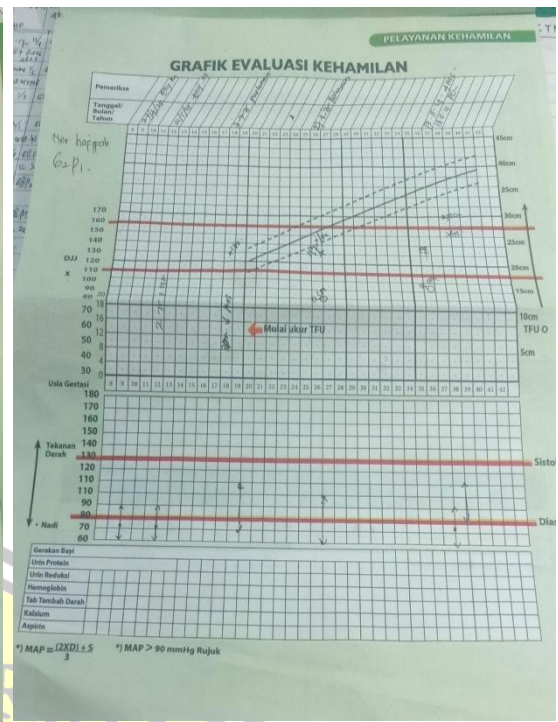
Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu imputu)

Skining 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:

Tanggal: 26/8/2025



PELAYANAN DOKTER

Lembar Pemeriksaan Dokter Trimester 3 (Usia kehamilan 32-36 minggu)

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: baik, sedang, buruk

Keadaan Umum: baik, sedang, buruk

Konjungtiva: baik, sedang, buruk

Sikula: baik, sedang, buruk

Leher: baik, sedang, buruk

Gigitan mulut: baik, sedang, buruk

THT: baik, sedang, buruk

Dada: baik, sedang, buruk

Perut: baik, sedang, buruk

Tungkai: baik, sedang, buruk

USG Trimester III

HPHT: 38 minggu

Janin: 319 cm

Jumlah janin: 1

Letak janin: 334

Berat janin: 3360 gram

Plasenta: 334

Usia kehamilan: 38 minggu

Keterangan:

AC: Abdominal Circumferential

FL: Femur Length

SDP Cairan Ketuban: Single Deepest Pocket

Pemeriksaan laboratorium (tanggal 18/11/2025)

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Hemoglobin	12,4 g/dl	
Protein Urin	26 mg/dl	
Urin Reduksi	Negatif / +1 / +2 / +3 / +4	

Rencana Konsultasi Lanjut:

Rencana Persalinan:

Persalinan normal

Persalinan perservasi berbantu

Setio caesaria

Pilihan Rencana Kontrasepsi:

MAL: Metode Amnion Laktasi

Konseling:

Kebutuhan Konseling: tidak, ya

elaskan:

Ingkari pilihan yang sesuai

Kesimpulan: Rekomendasi tempat persalinan: FKTP / FKRTL (coret salah satu)

Persalinan dapat dilakukan di FKTP atau Rujuk ke FKRTL

Tanggal Periksa, Stamp, dan Paraf	Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan, Saran	Tanggal Kembali
24/26 /7	BB: 36.1 kg Tinggi: 150 cm BB: 30-4-2020 ♀	
09/09/2020	S: fcl 7aa. O: f/u cukup. TD: 90/70 Tensi: 15 cm A: 6.16.10 uk. 27-28 m30. P: 1x lanjut.	
15/2/21	Tanggal: 15/2/21 TD: 70/50 mmHg S: 36.5 °C Jenis: Tunggal / gemelli Letak: Kepala / bungsang / letang / oblique Fundus: Fundus / C. anterior / C. posterior / Flaccida: Letak rendah / manduk / Air Ketuban: cukup / kurang / banyak EPD: AC: 1 EPW: 1 Perkiraan Lahir: 30-11-2020 ♀	

Tanggal Periksa, Stamp, dan Paraf	Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan, Saran	Tanggal Kembali
24/26 /7	BB: 36.1 kg Tinggi: 150 cm BB: 30-4-2020 ♀	
09/09/2020	S: fcl 7aa. O: f/u cukup. TD: 90/70 Tensi: 15 cm A: 6.16.10 uk. 27-28 m30. P: 1x lanjut.	
15/2/21	Tanggal: 15/2/21 TD: 70/50 mmHg S: 36.5 °C Jenis: Tunggal / gemelli Letak: Kepala / bungsang / letang / oblique Fundus: Fundus / C. anterior / C. posterior / Flaccida: Letak rendah / manduk / Air Ketuban: cukup / kurang / banyak EPD: AC: 1 EPW: 1 Perkiraan Lahir: 30-11-2020 ♀	



Lampiran 5.

KARTU PENAPISAN IBU BERSALIN DAN PARTOGRAF

PENAPISAN IBU BERSALIN DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT		Ya	Tidak
1. Riwayat bedah besar		☐	☒
2. Perilaku pervaginam		☐	☒
3. Kehamilan kurang bulan		☐	☒
4. Ketuban pecah dengan mekonium hental		☐	☒
5. Ketuban pecah lama (> 24 jam)		☐	☒
6. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan		☐	☒
7. Ikterus		☐	☒
8. Anemia berat		☐	☒
9. Tanda/gejala infeksi (demam > 38°C)		☐	☒
10. Pre-eclampsia berat		☐	☒
11. Tinggi Fundus Uteri > 40 sm/markesomi, kehamilan kembar		☐	☒
12. Gawat janin		☐	☒
13. Primi Para dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5		☐	☒
14. Presentasi bukan belakang kepala		☐	☒
15. Tali pusat menumbung		☐	☒
16. Presentasi inajemuk		☐	☒
17. Kehamilan gemeli		☐	☒
18. Syok		☐	☒

PARTOGRAF		Lembar partograf bagian belakang		CATATAN PERSALINAN																																																																																																								
Register: Nama Ibu/Bapak: <u>Nurhikmah Nur Hafidza</u> Umur: <u>28, 32</u> A2 P1 A2 Hamil <u>32</u> minggu RS/Puskesmas/RB: <u>28/10</u> Masuk Tanggal: <u>28/10</u> Pukul: <u>06:00</u> WIB Ketuban Pecah sejak pukul: <u>01:00</u> WIB Mules sejak pukul: <u>01:00</u> WIB Alamat: <u>Bataviaan padan (L)</u>		Tanggal: <u>28-11-2015</u> Perorang Persalinan: <u>Eny Nurhikmah</u> Tempat persalinan: () rumah () Puskesmas () Klinik Swasta () Lainnya: <u>RS</u> Alamat tempat persalinan: <u>Kelurahan Bataviaan, Kecamatan Bataviaan</u>		KALA I [] Partograf melewati garis waspada [] Lain-lain, sebutkan: <u>—</u> Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut: <u>—</u> Bagaimana hasilnya? <u>—</u>																																																																																																								
KALA II Lama Kala II: <u>38</u> menit. Episiotomi: <u>[]</u> Ya. Indikasi: <u>—</u> Pendamping pada saat persalinan: () suami () keluarga () teman () dukun () tidak ada Gawat Janin: () meninggal ibu ke alat vital () mata ibu merah merah () episiotomi Obstetika Bantu: () Manuver Mc Robert () Bu merangkang () Lainnya: <u>—</u> Penatalaksanaan untuk masalah tersebut: <u>—</u> Bagaimana hasilnya? <u>—</u>		KALA III Lama Kala III: <u>38</u> menit. Jumlah Perdarahan: <u>100</u> ml a. Pembenturan Oksitosin 10 U IU < 2 menit? <u>[]</u> Ya <u>[]</u> Tidak, alasan: <u>—</u> b. Pemberian Oksitosin ulang (2nd)? <u>[]</u> Ya <u>[]</u> Tidak, alasan: <u>—</u> c. Pemegangan tali pusat terkendali? <u>[]</u> Ya <u>[]</u> Tidak, alasan: <u>—</u> d. Memase fundus uteri? <u>[]</u> Ya <u>[]</u> Tidak, alasan: <u>—</u> e. Lesiasi perineum cepat? <u>[]</u> Ya <u>[]</u> Tidak, alasan: <u>—</u> f. Lesiasi lain: <u>[]</u> Ya <u>[]</u> Tidak, alasan: <u>—</u> Atoria uteri: () Kompresi bimanual interna () Metil Ergometrin 0.2 mg IM () Oksitosin drip Lain-lain, sebutkan: <u>—</u> Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut: <u>—</u> Bagaimana hasilnya? <u>—</u>		BAYI BARU LAHIR Berat Badan: <u>3200</u> gr Panjang: <u>45</u> cm Jenis Kelamin: <u>♂</u> Nilai APGAR: <u>1</u> / <u>10</u> Pemberian ASI < 4 jam: <u>[]</u> Ya <u>[]</u> Tidak, alasan: <u>—</u> Bayi baru lahir: <u>—</u> () mengeringkan () menghangatkan () bebasakan jalan napas () stimulasi rangsang alat () Lain-lain, sebutkan: <u>—</u> [] Lain-lain, sebutkan: <u>—</u> Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut: <u>—</u> Bagaimana hasilnya? <u>—</u>																																																																																																								
KONTROL Kontrol: <u>20</u> 20-40 40-60 60-80 80-100 100-120 120-140 140-160 160-180 180-200 Obat dan cairan IV: <u>—</u> Nadi: <u>—</u> Tekanan darah: <u>—</u> Temperatur: <u>36.6</u> Urine: Protein <u>—</u> Aseton <u>—</u> Volume <u>—</u> Makan terakhir: Pukul: <u>—</u> Jenis: <u>—</u> Porsi: <u>—</u> Minum terakhir: Pukul: <u>—</u> Jenis: <u>—</u> Porsi: <u>—</u> Penolong: <u>—</u>		PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jam</th> <th>Pukul</th> <th>Tekanan Darah</th> <th>Nadi</th> <th>Suhu</th> <th>Tinggi Fundus Uteri</th> <th>Kontraksi Uterus</th> <th>Kandung Kemih</th> <th>Perdarahan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>10:35</td> <td>110/70</td> <td>98</td> <td>36.6</td> <td>27-30</td> <td>Baru</td> <td>Kandung</td> <td>200 cc</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>11:05</td> <td>110/70</td> <td>98</td> <td>36.6</td> <td>27-30</td> <td>Baru</td> <td>Kandung</td> <td>200 cc</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11:35</td> <td>110/70</td> <td>98</td> <td>36.6</td> <td>27-30</td> <td>Baru</td> <td>Kandung</td> <td>200 cc</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>12:05</td> <td>110/70</td> <td>98</td> <td>36.6</td> <td>27-30</td> <td>Baru</td> <td>Kandung</td> <td>200 cc</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>12:35</td> <td>110/70</td> <td>98</td> <td>36.6</td> <td>27-30</td> <td>Baru</td> <td>Kandung</td> <td>200 cc</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>13:05</td> <td>110/70</td> <td>98</td> <td>36.6</td> <td>27-30</td> <td>Baru</td> <td>Kandung</td> <td>200 cc</td> </tr> </tbody> </table> Masalah Kala IV: <u>—</u> Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut: <u>—</u> Bagaimana hasilnya? <u>—</u>		Jam	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan	1	10:35	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc	2	11:05	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc	3	11:35	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc	4	12:05	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc	5	12:35	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc	6	13:05	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc	KIE <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tanggal</th> <th>Materi</th> <th>Pelaksana</th> <th>Keterangan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>28-11-2015</td> <td>• Semua nifas</td> <td>Eny M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>28-11-2015</td> <td>• Breast care</td> <td>Eny M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>28-11-2015</td> <td>• ASI</td> <td>Eny M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>28-11-2015</td> <td>• Perawatan Tali Pusat</td> <td>Eny M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>28-11-2015</td> <td>• KL</td> <td>Eny M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>28-11-2015</td> <td>• Glis</td> <td>Eny M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>28-11-2015</td> <td>• Imunisasi</td> <td>Eny M</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Bidan: <u>—</u> Bidan: <u>—</u> Bidan: <u>—</u> Bidan: <u>—</u>		No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan	1	28-11-2015	• Semua nifas	Eny M		2	28-11-2015	• Breast care	Eny M		3	28-11-2015	• ASI	Eny M		4	28-11-2015	• Perawatan Tali Pusat	Eny M		5	28-11-2015	• KL	Eny M		6	28-11-2015	• Glis	Eny M		7	28-11-2015	• Imunisasi	Eny M	
Jam	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan																																																																																																				
1	10:35	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc																																																																																																				
2	11:05	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc																																																																																																				
3	11:35	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc																																																																																																				
4	12:05	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc																																																																																																				
5	12:35	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc																																																																																																				
6	13:05	110/70	98	36.6	27-30	Baru	Kandung	200 cc																																																																																																				
No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan																																																																																																								
1	28-11-2015	• Semua nifas	Eny M																																																																																																									
2	28-11-2015	• Breast care	Eny M																																																																																																									
3	28-11-2015	• ASI	Eny M																																																																																																									
4	28-11-2015	• Perawatan Tali Pusat	Eny M																																																																																																									
5	28-11-2015	• KL	Eny M																																																																																																									
6	28-11-2015	• Glis	Eny M																																																																																																									
7	28-11-2015	• Imunisasi	Eny M																																																																																																									

Lampiran 6.

Pemeriksaan SHK, CAH dan G6PD

Isilah setiap lingkaran dengan satu tetesan/ bercak darah hingga menyerap / tembus bagian belakang

PROGRAM SKRINING BAYI BARU LAHIR

Nama Kab/Kota : CAMONGAN Provinsi : JAWA TIMUR
 Nama Fasyankes : PUSKESMAS TUGOSADANG
 No. Rek. Medis : _____
 Nama Bayi : BY NY NORHAFAH
 Kelahiran : ☒ Tunggal ☐ Kembar 2 ☐ Kembar > 2
 Umur Kehamilan : 39 Minggu Berat Badan : 3200 gram
 Jenis Kelamin : ☐ L ☒ P Prematur /BBLR ☐ Ya ☒ Tidak
☐ Ambigu

Tgl	Bln	Thn	Jam
28	11	2025	09:38

Lahir : _____ Darah diambil dari : ☒ Tumit ☐ Vena
 Spesimen : 30 11 2025 09:10

Keterangan

Transfusi Darah : ☐ Ya, Tgl, / / ☒ Tidak
 Ibu minum obat anti tiroid : ☐ Ya ☒ Tidak
 Bayi dengan kelainan bawaan : ☐ Ya ☒ Tidak
 Sebutkan _____
 Bayi dengan wajah mongoloid : ☐ Ya ☒ Tidak
 Bayi sakit : ☐ Ya ☒ Tidak
 Sebutkan _____
 Obat untuk bayi : ☐ Ya ☒ Tidak
 Sebutkan _____

Nama Ibu : _____
 Nama Ayah : _____
 Alamat : BANJARANYAR PACIRAN CAMONGAN
 No. Telepon/HP : _____
 Unit Pengirim : DINKES CAMONGAN
 Nama Pengambil Sample : ENI MARUPAH
 Dokter Penanggung Jawab : Dr. WAHYUNI RAFFLESIA
 No. Telepon/HP : 082-362-381-963

Io. Lab : _____
 lama : BY NY NORHAFAH
 gl Lhr : 28-11-2025 (09:38)

Jenis Pemeriksaan : ☒ SHK ☐ CAH ☐ G6PD

No. Skrining : _____
 No. Lab. : _____

Sumber Pembiayaan : ☐ Pribadi ☒ APBN
☐ Asuransi Swasta ☐ APBD I
☐ APBD II ☐ DAK NON FISIK
☐ Lainnya

Instruksi Singkat Pengambilan Darah :

1. Pastikan tumit hangat (gosok - gosok dengan tangan)
2. Bersihkan dengan alkohol
3. Keringkan
4. Pijat daerah sekitar tumit
5. Lakukan tusukan pada area yang ditentukan (lihat gambar)
6. Hapus tetesan pertama
7. Buat tetesan kedua sampai bulat besar dan menggantung
8. Jatuhkan satu tetes pada lingkaran kertas saring

Boleh
 Tidak
 Boleh

Catatan:

Lampiran 7.

CATATAN KUNJUNGAN MASA NIFAS DAN SKRINING EPDS

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Ringkasan Pelayanan Nifas Diisi oleh Tenaga Kesehatan

6 Jam - 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 dan Tempat				
Tanggal Periksa	30-11-2025	03-12-2025	09-12-2025	27-12-2025
Tempat Periksa	Pkm Tlogowadung Pkm Tlogowadung Pkm Tlogowadung Pkm Tlogowadung			
Catatan Pemeriksaan				
Periksa Payudara (ASI)	N	N	N	N
Periksa Pendarahan	N	N	N	N
Periksa Jalan Lahir	luka balok	luka jahitan sudah menutup	luka jahitan telah kering	luka jahitan penamun sidi kering
Vitamin A	2X dg dosis 20000 IU diberikan mers. segera setelah pers. dan 34 jam PP	-	-	-
KB Pasca Melahirkan	-	-	-	Ibu memilih implan.
Skrining Kesehatan Jiwa	melalui epos. 3	-	-	-
Konseling	-melayani -Asi eksklusif -gizi keluarga	-bisa sembuh -Asi eksklusif -taman bakunya kiper	-tetap suka bayi -taman bakunya kiper	-kesehatan jend. alkon.
Tata Laksana Kasus				

Kesimpulan Akhir Nifas

Kondisi Ibu*	Kondisi Bayi*	Masalah Nifas*
☒ Sehat	☒ Sehat	☒ Pendarahan
☐ Sakit	☐ Sakit	☐ Infeksi
☐ Meninggal	☐ Kelainan Bawaan	☐ Hipertensi
	☐ Meninggal	☐ Lainnya,

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

Tabel : EPDS

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Nama: Ny. N. Alamat: D. wati

Tanggal Lahir: 28.11.

Tanggal kelahiran Bayi: 30-11-25 No. Telepon: -

Sebagaimana kesehatan atau proses persalinan yang baru saja anda alami, kami ingin mengetahui bagaimana perasaan anda saat ini. Mohon memilih jawaban yang paling mendekati keadaan perasaan anda **DALAM 7 HARI TERAKHIR**, bukan hanya perasaan anda hari ini.

Dibawah ini ialah contoh pertanyaan yang telah disertai oleh jawabannya.

Saya merasa bahagia:

☐ Ya, setiap saat

☐ Ya, hampir setiap saat

☒ Tidak, tidak terlalu sering

☐ Tidak pernah sama sekali

Arti jawaban diatas ialah: "saya merasa bahagia di hampir setiap saat" dalam satu minggu terakhir ini. Mohon dilengkapi pertanyaan lain dibawah ini dengan cara yang sama.

Dalam 7 hari terakhir:

- Saya mampu tertawa dan merasakan hal-hal yang menyenangkan
 - ☒ Sebahayak yang saya bisa
 - ☐ Tidak terlalu banyak
 - ☐ Tidak banyak
 - ☐ Tidak sama sekali
- Saya melihat segala sesuatu yang kedepan sangat menyenangkan
 - ☒ Sebahayak sebelumnya
 - ☐ Agak sedikit kurang dibandingkan dengan sebelumnya
 - ☐ Kurang dibandingkan dengan sebelumnya
 - ☐ Tidak pernah sama sekali
- Saya menyalahkan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagaimana mestinya
 - ☐ Ya, setiap saat
 - ☐ Ya, kadang-kadang
 - ☒ Tidak terlalu sering
 - ☐ Tidak pernah sama sekali
- Saya merasa cemas atau merasa kuatir tanpa alasan yang jelas
 - ☒ Tidak pernah sama sekali
 - ☐ Jarang-jarang
 - ☐ Ya, kadang-kadang
 - ☐ Ya, sering sekali
- Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas
 - ☐ Ya, cukup sering
 - ☐ Ya, kadang-kadang
 - ☐ Tidak terlalu sering
 - ☒ Tidak pernah sama sekali
- Segala sesuatu terasa sulit untuk dikerjakan
 - ☐ Ya, hampir setiap saat saya tidak mampu menanganinya
 - ☐ Ya, kadang-kadang saya tidak mampu menanganinya seperti biasanya
 - ☒ Tidak terlalu, sebagian besar berhasil saya tangani
 - ☐ Tidak pernah, saya mampu mengerjakan segala sesuatu dengan baik
- Saya merasa tidak bahagia sehingga mengalami kesulitan untuk tidur
 - ☐ Ya, setiap saat
 - ☐ Ya, kadang-kadang
 - ☐ Tidak terlalu sering
 - ☒ Tidak pernah sama sekali
- Saya merasa sedih dan merasa diri saya menyedihkan
 - ☐ Ya, setiap saat
 - ☐ Ya, cukup sering
 - ☐ Tidak terlalu sering
 - ☒ Tidak pernah sama sekali
- Saya merasa tidak bahagia sehingga menyebabkan saya menangis
 - ☐ Ya, setiap saat
 - ☐ Ya, cukup sering
 - ☐ Disaat tertentu saja
 - ☒ Tidak pernah sama sekali
- Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri
 - ☐ Ya, cukup sering
 - ☐ Kadang-kadang
 - ☐ Jarang sekali
 - ☒ Tidak pernah sama sekali

Diperiksa/ditandatangani oleh: _____ Tanggal: 30-11-25 Kawat : 3

Lampiran 8.

CATATAN KUNJUNGAN NEONATUS

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN			
Pelayanan Kesehatan Bayi Umur 0 - 28 Hari (Neonatus)			
Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur < 2 bulan.			
0 - 6 jam	6 - 48 jam KN1	3 - 7 hari KN2	8 - 28 hari KN3
Kondisi <i>baik</i> Menangis <i>kuat</i> Kulit <i>kemerahan</i> BB <i>3.300</i> g PB <i>51</i> cm LK <i>31</i> cm Inisiasi Menyusu ☒ Dini (IMD) ☒ Vit K1 ☒ Salep/Tetes Mata ☒ Imunisasi HB	BB <i>3.300</i> g PB <i>51</i> cm LK <i>31</i> cm ☒ Menyusu ☒ Tali Pusat ☐ Vit K1* ☐ Salep/Tetes Mata* ☐ Imunisasi HB* ☒ Skrining Hipotiroid Kongenital (dilakukan setelah 24 jam) ☒ Skrining Penyakit jantung bawaan kritis 24-48 jam. Hasil <i>tanpa kelainan</i> Tgl/Bln/Th <i>28-12-25</i> Jam <i>08.10</i> No. Batch <i>C202405001</i>	☒ Menyusu ☒ Tali Pusat ☒ Tanda Bahaya ☒ Identifikasi Kuning ☐ Imunisasi HB* ☐ Skrining Hipotiroid Kongenital (bila belum diberikan) Tgl/Bln/Th <i>09-12-25</i> Jam <i>08.00</i> No. Batch	☒ Menyusu ☒ Tali Pusat ☒ Tanda Bahaya ☒ Identifikasi Kuning ☐ Skrining Hipotiroid Kongenital s.d usia 14 hari (bila belum diberikan)  Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka. Tgl/Bln/Th <i>09-12-25</i> Jam <i>08.00</i> No. Batch
Tgl/Bln/Th <i>28/12/25</i> Jam <i>12.00 WIB</i> No. Batch <i>C202405001</i> Tripel Eliminasi H S Hep B	Tgl/Bln/Th <i>30-12-25</i> Jam <i>08.10</i> No. Batch Tripel Eliminasi H S Hep B	Tgl/Bln/Th <i>09-12-25</i> Jam <i>08.00</i> No. Batch Tripel Eliminasi H S Hep B	Tgl/Bln/Th <i>09-12-25</i> Jam <i>08.00</i> No. Batch Tripel Eliminasi H S Hep B
Masalah	Masalah	Masalah	Masalah
Dirujuk ke**	Dirujuk ke**	Dirujuk ke**	Dirujuk ke**
Nama Tenaga Kesehatan <i>eny ma'ripah</i>	Nama Tenaga Kesehatan <i>eny ma'ripah</i>	Nama Tenaga Kesehatan <i>manra putri l</i>	Nama Tenaga Kesehatan <i>manra putri l</i>

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

Catatan Penting

Nama Tenaga Kesehatan

Samsung Galaxy A05

INFORMED CONSENT DAN KARTU KB

LEMBAR SURVEYAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KONTRASEPSI

Nomor Kode Tindakan: 1111

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Fasilitas KB/RST/Praktik Dokter/Praktik Bidan Mandiri: PTM Tlogowarung
Nomor Kode Fasilitas KB: 000000
Nomor Klien / Nomor Seri Kartu (Sesuai dengan KAV/KB): 000000
Kode Keluarga Indonesia (KKI): 000000000000000000

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: Mu N
Umur: 28 Tahun, Jenis Kelamin: Laki-laki (terpilih)
Alamat lengkap: Jalan Pajenejo RT RW Kelurahan/Desa Banyuwati Kecamatan Paciran Kabupaten/Kota Lamongan Provinsi Jawa Timur Kode Pos 61051

Setelah mendapat penjelasan dan MENDERTI SEPENUHNYA PERILAH KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DIUKURAKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI dan/atau:

☐ SUNTEKAN ☐ IUD ☒ IMPLAN ☐ MOW ☐ MOP

PERSETUJUAN SUAMI/ISTERI KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: M N
Umur: 28 Tahun, Jenis Kelamin: Laki-laki (terpilih)
Alamat lengkap: Jalan Pajenejo RT RW Kelurahan/Desa Banyuwati Kecamatan Paciran Kabupaten/Kota Lamongan Provinsi Jawa Timur Kode Pos 61051

Selaku SUAMI/ISTERI (*) Klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medis dan atau pelayanan kontrasepsi tersebut

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan dibuktikan

Yang membuat pelayanan konseling Dokter/Bidan/Perawat: M N
Keterangan: *) coret yang tidak perlu
*) terlanjur

Klien: H M N
Suami/Isteri Klien: M N

Lang 27-12-2025

[illegible][illegible]

Lampiran 10.

**DOKUMENTASI ASUHAN
KUNJUNGAN ANC TERPADU 2**



KUNJUNGAN NIFAS 1, 2, 3, 4 SERTA KB



KUNJUNGAN NEONATUS 1, 2 DAN 3



BINA SEHAT PPNI

Lampiran 11.

LEMBAR BIMBINGAN



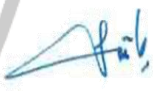
**UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI
KEBIDANAN**

Jalan Raya Jabon Km 6 Mojoanyar, Mojokerto

LEMBAR BIMBINGAN CONTINUITY OF CARE (COC)

NAMA : Marisa Putri Insani
NIM : 202592031
PEMBIMBING : Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny "N" Usia 28 Tahun $G_2P_1A_0$ Masa Kehamilan, Persalinan, Nifas, Neonatus serta KB di Puskesmas Tlogosadang Kabupaten Lamongan



NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	15 Nov 2025	➤ Pengajuan Judul dan Bab 1 ➤ Lanjut Bab 2	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
2	08 Des 2025	➤ Konsul Bab 2 ➤ Lanjut Bab 3	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
3	23 Des 2025	➤ Konsul Bab 3 ➤ Lanjut Bab 4	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes

4	30 Des 2025	➤Konsul Bab 4 ➤Revisi penatalaksanaan pada kunjungan KF4 ➤Lanjut BAB 5	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes
5	05 Jan 2026	➤Konsul Bab 5 ➤Lanjut Bab 6	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes
6	08 Jan 2026	➤Konsul Bab 6 ➤Lengkapi COC	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes
7	10 Jan 2026	➤Lakukan uji turnitin	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes
8	12 Jan 2026	➤Persiapan Ujian COC	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes



UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI
KEBIDANAN
Jalan Raya Jabon Km 6 Mojoanyar, Mojokerto

LEMBAR REVISI CONTINUITY OF CARE (COC)

NAMA : Marisa Putri Insani
NIM : 202592031
PEMBIMBING : Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd., M.Kes
JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny "N" Usia 28
Tahun $G_2P_1A_0$ Masa Kehamilan, Persalinan,
Nifas, Neonatus serta KB di Puskesmas
Tlogosadang Kabupaten Lamongan



NO	Nama Penguji	URAIAN	PARAF
1	Penguji 1 : Rina Mardiyana, SST., Bd., M.Kes	1. Lengkapi lembar keabsahan peneliti 2. Lembar ketersediaan menguji 3. Lembar pengesahan 4. Ringkasan harus sesuai IMRAD 5. Asuhan yang diberikan saat kehamilan trimester III, Kunjungan Neonatus dan KB sesuai dengan teori 6. Pembahasan harus berisi F-T-O	<u>ACC</u> <u>Tgl 11 Mei</u> <u>2026</u> 
2	Penguji 2 : Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd., M.Kes	1. Buat Alur pikir 2. Sesuaikan dengan buku Panduan COC 2026	