

Lampiran 1.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Dengan Hormat,

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

Nama : Kholifatul Faizah

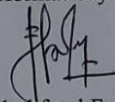
NIM : 202592027

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, aras ketersediaan dan kerjasamanya, saya ucapkan terimakasih.

Lamongan, 21 Oktober 2025

Hormat Saya



Kholifatul Faizah

NIM : 202592027

Lampiran 2.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN (INFORMED CONSENT)

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

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. F

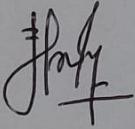
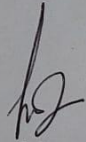
Umur : 29 tahun

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

Menyatakan dengan sesungguhnya setuju menjadi partisipan dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan yang meliputi Asuhan Khamilan, 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, 21 Oktober 2025

Mahasiswa	Partisipan	Saksi
		
<u>Kholifatul Faizah</u> NIM: 202592027	F	M

Lampiran 3.

KSPR

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

Nama : Fitri Umur Ibu : 28 Th.
 Hamil ke : 1 Haid terakhir tgl : 23/12 bl
 Pendidikan ibu : SL Perkiraan persalinan tgl : 23/12 bl
 Pekerjaan ibu : Guru Suami : Fitri

KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
I	1	Skor Awal ibu Hamil	2	2	2	2	2
	2	Terlalu muda, hamil ≤ 16 Th	4				
	a.	Terlalu lambat hamil 1, kawin ≥ 4 Th	4				
	b.	Terlalu tua, hamil 1 ≥ 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 Th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pemah gagal kehamilan	4				
II	9	Pemah Melahirkan dengan	4				
	a.	Tarikan tang/vakum	4				
	b.	Uri dirogoh	4				
	c.	Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pemah Operasi Sesar	8				
	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
	a.	Kurang darah	4				
	b.	Malaria	4				
	c.	TBC Paru	4				
	d.	Payah jantung	4				
III	e.	Kencing manis (Diabetes)	4				
	f.	Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tangkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hidraminon)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
20	pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8					
JUMLAH SKOR							

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN
~ RUJUKAN TERENCANA**

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

Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. lain-lain

Lampiran 4.

BUKU KIA

Identitas (Diisi oleh ibu)

Nama: [Redacted]
 No. UKM: [Redacted]
 Fasilitas Kesehatan TCI: [Redacted]
 Fasilitas Kesehatan: [Redacted]
 Tempat/Tanggal Lahir: [Redacted]
 Pendidikan: [Redacted]
 Pekerjaan: [Redacted]
 Alamat Rumah: [Redacted]
 Telepon: [Redacted]
 Anak ke: [Redacted]
 Nomor Akta Kelahiran: [Redacted]
 Golongan Darah: [Redacted]
 Pendidikan Lain: [Redacted]
 Akarasi Lain: [Redacted]
 Nomor: [Redacted]
 Tanggal Berhikmat: [Redacted]
 Fasilitas Pelayanan Kesehatan: [Redacted]
 Primer: [Redacted]
 Puskesmas Domisili: [Redacted]
 No. Reg. Kohort Ibu: [Redacted]
 No. Reg. Kohort Bayi: [Redacted]
 No. Reg. Kohort Balita dan anak Pra-Sekolah: [Redacted]
 Sekunder: [Redacted]
 No. Catatan Melahirkan: [Redacted]

Riwayat Singkat Kesehatan Ibu

Usia Ibu: 28 B
 Kehamilan ke: 1
 Jumlah Anak Lahir Hidup: -
 Riwayat Keguguran: -
 Riwayat Penyakit Ibu: -

Lihat selengkapnya di halaman 52

Evaluasi Kesehatan Ibu Hamil

Nama Dokter: [Redacted] Tanggal Periksa: 16/12/20
 Fasilitas Kesehatan: [Redacted]

Kontrol Kesehatan Ibu

10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30

Status Immunisasi TD

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Pemeriksaan Khusus

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Riwayat Penyakit Keluarga

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Riwayat Kehamilan dan Proses Melahirkan

No	Tahun	BB (kg)	Proses Melahirkan	Persalinan Proses Melahirkan	Masalah
1	2014	14			
2					
3					

Lihat seluruh untuk ibu hamil di halaman 6-10

Pemeriksaan Dokter Trimester 1

Umur kehamilan: 12 minggu. Tanggal Periksa: 16/12/20

Pemeriksaan Fisik

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

USG Trimester I

Umur kehamilan: 12 minggu. Tanggal Periksa: 16/12/20

Pemeriksaan USG

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Lihat seluruh untuk ibu hamil pada masa trimester 1 di halaman 11-15

Pemeriksaan Dokter Trimester 3

Umur kehamilan: 32-36 minggu. Tanggal Periksa: 16/12/20

Pemeriksaan Fisik

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

USG Trimester III

Umur kehamilan: 32-36 minggu. Tanggal Periksa: 16/12/20

Pemeriksaan USG

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Lihat seluruh untuk ibu hamil pada masa trimester 3 di halaman 16-20

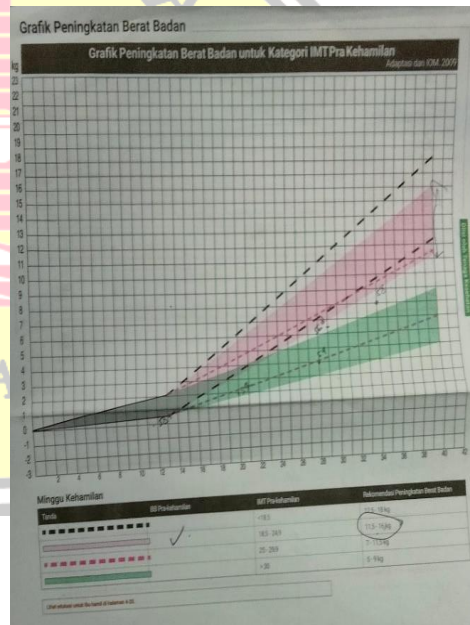
PENGIMUNAN & PELAYANAN IBU YANGA KEHAMILAN

Kategori dan Trimester Kehamilan

Catatan Pelayanan Kesehatan Ibu Trimester 3

Tanggal Pertama Kunjungan dan First
Rekam, Pemeriksaan, Tindakan dan Saran
Tanggal Kembali

26/07/2018
[Signature]
Konsultasi
Kt hamil p-ada TO 30/60
UG: Muka D3 Hxk, Uterus Cpt
Presentasi normal.
T/GRAHA cm 32 mss
P. Berat 1 kg 13 , Gdt .
MMS 1m.



Lampiran 5.

KARTU PENAPISAN IBU BERSALIN DAN PARTOGRAF



**Puskesmas
Tlogosadang**

08.1 Bersalin

Nama _____

Tanggal Lahir _____

NIK _____

No RM _____

Ruang _____

PENAPISAN IBU BERSALIN

DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

No	PENAPISAN	YA	TIDAK
1.	RIWAYAT BEDAH BESAR (SC)		✓
2.	PERDARAHAN PERVAGINAM		✓
3.	PERSALINAN KURANG BULAN (37 MINGGU)		✓
4.	KETUBAN PECAH DENGAN MEKONIUM YANG KENTAL		✓
5.	KETUBAN PECAH LAMA (LEBIH 24 JAM)		✓
6.	KETUBAN PECAH PADA PERSALINAN KURANG BULAN		✓
7.	IKTERUS		✓
8.	ANEMIA BERAT		✓
9.	TANDA ATAU GEJALA INFEKSI		✓
10.	PRE EKLAMSI ATAU HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN		✓
11.	TFU : 40 CM ATAU LEBIH		✓
12.	GAWAT DARURAT		✓
13.	PREMI PARA FASE AKTIF DENGAN PALPASI KEPALA JANIN 5/5		✓
14.	PRESENTASI BUKAN BELAKANG KEPALA		✓
15.	PRESENTASI KEPALA GANDA		✓
16.	KEHAMILAN GEMELI		✓
17.	TALI PUSAT MENUMBUNG		✓
18.	SYOK		✓

No. Register

RIS/Prokesman/RIS

Ketuban Pecah

Nama Ibu/Bapak: Y. Y. , M. M.

Masuk Tanggal: 05-10-2005

Mulas sejak pukul: 09.00 WIB

Umur: 29/30 21.8.84 Hamid 82 minggu

Pukul: 04.00 WIB

Alamat: Pekalongan Tenggiling

air ketuban penyusutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Perubahan suhu (°C) Mulas 10 menit

Suhu 37°C

Waktu (Pukul)

Kontrol Mulas 10 menit

Klap Mulas 10 menit

10 menit Mulas 10 menit

(kiri) Mulas 10 menit

(kanan) Mulas 10 menit

Obat dan cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Temperatur °C

Urine

Protein

Akutan

Volume

Makan terakhir : Pukul Pukul :

Minum terakhir : Pukul Pukul :

[illegible]

Lampiran 6.

Pemeriksaan SHK, CAH, G6PD, dan PJB



BINA SEHAT PPNI

Lampiran 7.

CATATAN KUNJUNGAN MASA NIFAS DAN SKRINING EPDS

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Ringkasan Pelayanan Nifas Isi 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	07-12-2025	10-12-2025	16-12-2025	03-01-2026
Tempat Periksa	PKM Tlogosari	PKM Tlogosari	PKM Tlogosari	PKM Tlogosari
Catatan Pemeriksaan				
Periksa Payudara (ASI)	M	M	M	M
Periksa Pendarahan	M	M	M	M
Periksa Jalan Lahir	luka basah	luka jahit, luka sudah kering	luka jahit, luka sudah kering	luka jahit, luka sudah kering
Vitamin A	2X dg dosis 200000 IU diberikan sesuai dengan skema dosis dan 24 jam PP			
KB Pasca Melahirkan				Ibu Memilih Implant
Skrining Kesehatan Jiwa	Melalui EPDS			
Konseling	- Motivasi - As. keluarga - As. lingkungan	- kanker payudara - As. keluarga - As. lingkungan	- kanker payudara - kanker payudara - kanker payudara	- kanker payudara - kanker payudara - kanker payudara
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.

Kesimpulan

* Beri tanda ✓ (centang) pada kolom yang sesuai

Lihat edisi untuk ibu setelah melahirkan di halaman 26-33.

Nama : RY F
Alamat : wero
Dan Tgl : 07-12-2025

Instrument yang digunakan dalam Skrining Kesehatan Jiwa bagi Ibu Hamil dan Pascamelahirkan

INSTRUMEN EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Karena Anda saat ini hamil, kami ingin mengetahui bagaimana perasaan anda sekarang. Silakan memilih jawaban yang paling mirip dengan perasaan anda selama 7 hari terakhir, tidak hanya perasaan anda hari ini.

1. Saya dapat tertawa dan melihat sisi lucu dari hal-hal tertentu:	0 1 2 3	4. Ya, hampir selalu	0 1 2 3
a. Seperti biasanya	0	b. Ya, kadang-kadang	1
b. Sialan, tidak terlalu sering	1	c. Tidak, tidak sering	2
c. Sialan, agak jarang	2	d. Tidak, tidak pernah	3
d. Tidak sama sekali	3		
2. Saya merasa sedih untuk melakukan sesuatu dengan penuh semangat:	0 1 2 3	5. "Saya merasa sedih atau sedih"	0 1 2 3
a. Seperti sebelumnya	0	a. Ya, hampir selalu	3
b. Agak sedikit kurang dibandingkan dengan sebelumnya	1	b. Ya, kadang-kadang	2
c. Kurang dibandingkan dengan sebelumnya	2	c. Tidak, tidak sering	1
d. Tidak pernah sama sekali	3	d. Tidak, tidak pernah	0
3. "Saya menyalahkan diri jika ada sesuatu yang tidak berjalan dengan baik:	0 1 2 3	6. "Saya merasa sangat sedih sehingga saya menangis"	0 1 2 3
a. Ya, hampir selalu	3	a. Ya, hampir selalu	3
b. Ya, kadang-kadang	2	b. Ya, kadang-kadang	2
c. Tidak, tidak sering	1	c. Hanya sekali-kali	1
d. Tidak, tidak pernah	0	d. Tidak pernah	0
4. Saya merasa cemas atau merasa khawatir tanpa alasan:	0 1 2 3	7. "Perasaan cemas menyakitkan dan saya sendiri sering menangis"	0 1 2 3
a. Tidak pernah sama sekali	0	a. Ya, hampir selalu	3
b. Hampir tidak pernah	1	b. Ya, kadang-kadang	2
c. Ya, kadang-kadang	2	c. Hampir selalu-kali	1
d. Ya, sering sekali	3	d. Tidak pernah	0
5. "Saya merasa takut atau takut tanpa alasan:	0 1 2 3	8. "Saya merasa takut atau takut tanpa alasan"	0 1 2 3
a. Ya, sering sekali	3	a. Ya, hampir selalu	3
b. Ya, kadang-kadang	2	b. Ya, kadang-kadang	2
c. Tidak terlalu sering	1	c. Hampir selalu-kali	1
d. Tidak pernah sama sekali	0	d. Tidak pernah	0

Instrument EPDS versi Bahasa Indonesia yang sudah divalidasi oleh Dewi Nirmala Sari tahun 2022

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 <u>baik</u> Menangis kuat Buli kewanjiran	BB <u>3.100</u> g PB <u>50</u> cm LK <u>31</u> cm	☒ Menyusu ☒ Tali Pusat ☒ Tanda Bahaya ☐ Identifikasi Kuning ☐ Imunisasi HB* ☐ Skrining Hipotiroid Kongenital (bila belum diberikan)	☒ Menyusu ☒ Tali Pusat ☒ Tanda Bahaya ☒ Identifikasi Kuning ☐ Skrining Hipotiroid Kongenital s.d usia 14 hari (bila belum diberikan)
BB <u>3.100</u> g PB <u>50</u> cm LK <u>31</u> 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 <u>tanpa tanda 98</u> <u>baik</u> <u>Fin 99</u>		
Inisiasi Menyusu ☒ Dini (IMD) ☒ Vit K1 ☒ Salep/Tetes Mata ☒ Imunisasi HB			
Tgl/Bln/Th <u>05/12/2025</u> Jam <u>12.00 WIB</u> No. Batch <u>C202405001</u>	Tgl/Bln/Th <u>07-12-2025</u> Jam <u>08.00</u> No. Batch	Tgl/Bln/Th <u>10-12-2025</u> Jam <u>00.00</u> No. Batch	
Tripel Eliminasi H _____ S _____ Hep B _____	Tripel Eliminasi H _____ S _____ Hep B _____	Tripel Eliminasi H _____ S _____ Hep B _____	Tripel Eliminasi H _____ S _____ Hep B _____
Masalah _____ _____ _____	Masalah _____ _____ _____	Masalah _____ _____ _____	Masalah _____ _____ _____
Dirujuk ke** _____ _____ _____	Dirujuk ke** _____ _____ _____	Dirujuk ke** _____ _____ _____	Dirujuk ke** _____ _____ _____
Nama Tenaga Kesehatan <u>Kholifahul Falzah</u>	Nama Tenaga Kesehatan <u>Kholifahul Falzah</u>	Nama Tenaga Kesehatan <u>Kholifahul Falzah</u>	Nama Tenaga Kesehatan <u>Kholifahul Falzah</u>

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

Catatan Penting

Nama Tenaga Kesehatan _____

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

INFORMED CONSENT DAN KARTU KB

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS (RIFORMED CASEWORK)
PELAYANAN KONTRASERVISI

Nama Pasien (KIR/SPV/PAK): Pustekoms Tlogosondoro

Daftar/Pasien Dalam Mandiri

Nomor Kode Pasien KIR :

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu (Sesuai dengan KIR/SPK) :

Kode Kabupaten Indonesia (KIR) :

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang beranda tangan di bawah ini:

Nama : Mu. F

Umur : 29 Tahun, Jenis Kelamin : Laki dan Wewu

Alamat lengkap : Jalan Kecamatan Paciran RT RW Kalsipandika Kabupaten Lamongan Provinsi Jawa Timur

Kode Pos : 62132

Selaku PELAYANAN KONTRASERVISI saya telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medis dan atau pelayanan kesehatan tersebut.

Pernyataan ini kami buat dengan kesadaran penuh atas segala resiko tindakan medis yang akan diberikan.

Responsible, _____

Yang menerima pelayanan konseling
Dokter/Perawat *)

Klien

Suami/istri Klien *)

Keterangan: *) coret yang tidak perlu

[illegible][illegible]

Lampiran 10.

**DOKUMENTASI ASUHAN
KUNJUNGAN ANC TERPADU 2**

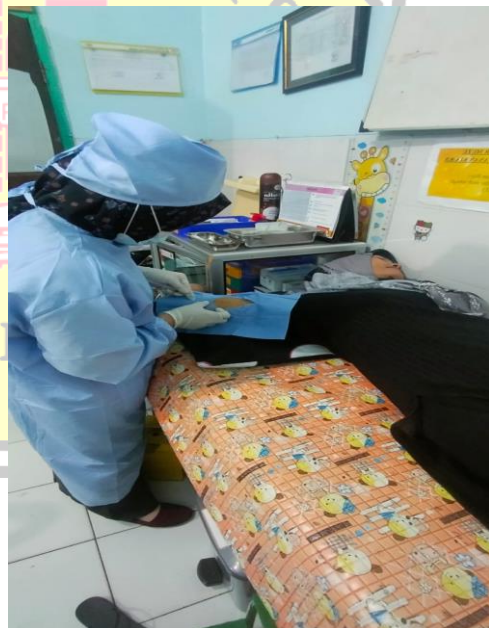


BINA SEHAT PPNI

KUNJUNGAN PERSALINAN



KUNJUNGAN NIFAS 1, 2, 3, 4 SERTA KB



KUNJUNGAN NEONATUS 1, 2 DAN 3



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 : Kholifatul Faizah
NIM : 202592027
PEMBIMBING : Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny "F" Usia 29 Tahun $G_1P_0A_0$ Masa Kehamilan, Persalinan, Nifas, Neonatus serta KB di Puskesmas Tlogosadang Kabupaten Lamongan



NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	02 Des 2025	➤ Pengajuan Judul dan Bab 1 ➤ Lanjut Bab 2	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
2	27 Des 2025	➤ Konsul Bab 2 ➤ Lanjut Bab 3	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
3	30 Des 2025	➤ Konsul Bab 3 ➤ Lanjut Bab 4	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes

4	09 Jan 2025	➤Konsul Bab 4 ➤Revisi penatalaksanaan pada kunjungan KF4 ➤Lanjut BAB 5	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes
5	15 Jan 2025	➤Konsul Bab 5 ➤Lanjut Bab 6	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes
6	23 Jan 2025	➤Konsul Bab 6 ➤Lengkapi COC	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes
7	14 Feb 2025	➤Lakukan uji turnitin	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes
8	25 Feb 2025	➤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 : Kholifatul Faizah
NIM : 202592027
PEMBIMBING : Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd., M.Kes
JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny "F" Usia 29
Tahun $G_1P_0A_0$ 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 Halaman depan : Lembar keabsahan peneliti Lembar ketersediaan menguji Lembar pengesahan 2. Ringkasan harus sesuai IMRAD 3. Lengkapi teori Jadwal dan Asuhan Kunjungan Kehamilan dan KB 4. Pembahasan harus berisi F-T-O	
2	Penguji 2 : Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd., M.Kes	1. Buat Alur piker 2. Lengkapi pencatatan di SOAP asuhan komplementer yang diberikan 3. Sesuaikan dengan buku Panduan COC 2026	