

LAMPIRAN

Lampiran 1 Permohonan Menjadi Partisipan

PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Dengan hormat,

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

Nama : Eva Kris Wantiyah

NIM : 202592026

Dengan ini saya selaku mahasiswa yang akan mengadakan penelitian dengan judul “Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan, Persalinan, Nifas, Neonatus dan KB”. Untuk kepentingan di atas saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon ibu bersedia memberikan 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, 02 Desember 2025

Eva Kris Wantiyah
202592026

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN****(Informed Consent)**

Dengan hormat,

Nama :

Umur :

Alamat : Klayar

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

Demikian pernyataan ini dibuat untuk di gunakan seperlunya.

Lamongan, 02 Desember 2026

Mahasiswa

Responden

(Eva Kris Wantiyah)
NIM. 202592026

(.....)

Lampiran 3 Persetujuan Akseptor KB

PERSETUJUAN AKSEPTOR KB

(Informed Consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Adalah bertindak sebagai diri saya/Orangtua/Suami/Keluarga dari calon akseptor:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan dan pengertian tentang tindakan medis yang akan dilakukan berkaitan dengan KELUARGA BERENCANA dan segala resiko yang sudah dijelaskan, maka kami memutuskan untuk menggunakan metode kontrasepsi:

Pertanyaan ini kami buat dengan penuh kesadaran atas segala risiko yang mungkin terjadi.

Demikian pernyataan ini kami buat, agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Mahasiswa

Keluarga/Saksi

Lamongan, 22 Jan 2026

Calon akseptor

.....

.....

.....

Lampiran 4 Dokumentasi Pemeriksaan ANC dan Buku KIA

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: 15/3/25	Trimester I	Trimester II		Trimester III		
Tgl Periksa:	2/6/25	7/7/25	12/8/25	25/10/25	20/11/25	15/12/25
Tempat Periksa:						
Timbang BB	45	46	48	52	53	59
Pengukuran Tinggi Badan	145					
Ukur Lingkar Lengan Atas	24 cm					
Tekanan Darah	110/70	110/70	110/70	120/80		
Periksa Tinggi Rahim	21 cm	22 cm	22 cm	28 cm	29 cm	
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin	-	140 x/bw	150 x/bw	150	150	150
Status dan Imunisasi Tetanus	15					
Konseling	612	612	612			
Skrining Dokter	✓			✓	✓	✓
Tablet Tambah Darah	✓ 90	36	36	✓ 90	30	30
Test Lab Hemoglobin (Hb)	-					
Test Golongan Darah	-					
Test Lab Protein Urine						
Test Lab Gula Darah						
Pemeriksaan USG	-					
PPIA						
Tata Laksana Kasus						
Ibu Bersalin 22/12/25	Fasyankes:		Rujukan:			
Taksiran Persalinan:						
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:	21/12/25	27/12/25	17/1/26	28/1/26		
Tempat Periksa:	PKM	KF	PKM	PKM		
Periksa Payudara (ASI)	✓	✓	✓	✓		
Periksa Perdarahan	Loche merah	Loche sanguinolenta	L. serosa	L. alba		
Periksa Jalan Lahir	✓	✓	✓	✓		
Vitamin A	✓					
KB Pasca Persalinan	-	-	-	KBR		
Konseling	PH 612	PH	PH	KBR		
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						

Lampiran 5 Dokumentasi Kehamilan



Lampiran 6 Dokumentasi Persalinan



Lampiran 7 Surat Keterangan Kelahiran

KETERANGAN LAHIR

No : SD/SKL/Puk x 11/2025

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa;
 Pada hari ini Sabtu, tanggal 20-12-25, Pukul 10:00
 telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
 Jenis Kelahiran : Tunggal Kembar 2/Kembar 3/Lainnya
 Anak ke : 1 Usia gestasi: 39 wj
 Berat lahir : 3000 gr, Panjang Badan : 50 cm, Lingkar Kepala: 32 cm
 di Rumah Sakit, Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/di
Tlogosadang

Alamat : Ps Tlogosadang

Diberi nama :

Dari Orang Tua:

Nama Ibu : Nita Umur : 27 tahun
 NIK : 3521-12-1-1
 Nama Ayah : M-1
 NIK : 3525-12-1-1
 Pekerjaan : Nelayan
 Alamat : Ds. Pakuh
 Kecamatan : Pakuh
 Kab/Kota : Lamongan

Saksi I : Tlogosadang Saksi II : Tlogosadang Tanggal: 20-12-2025

Penolong persalinan : (Tlogosadang)

• Untuk pengurusan ke Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil setempat

CS Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 8 Dokumentasi Kunjungan Nifas



Kunjungan Nifas 1



Kunjungan Nifas 2

Lampiran 9 Dokumentasi Kunjungan Neonatus



Kunjungan Neonatus 1



Kunjungan Neonatus 2

Lampiran 10 Dokumentasi Keluarga Berencana



I. Kode Pasien KB (tanggal/ bulan/ tahun) 		II. Nomor Induk Kependudukan (NIK) 															
KARTU STATUS PESERTA KB																	
III. Nama Peserta KB IV. Nama Suami/Istri V. Alamat Peserta KB VI. Penggunaan Kontrasepsi		VII. Tgl Lahir/Umur Hari VIII. Pendidikan Terakhir IX. Pekerjaan Suami dan Istri															
X. Jumlah anak hidup XI. Status Peserta KB		XII. Umur anak terakhir yang masih hidup XIII. Alat/Obat/Cara KB terakhir															
IV. Penjelasan (dituliskan) untuk memastikan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB Perubahan Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya dituliskan dengan angka atau tanda centang (x) pada kotak yang tersedia. Penjelasan (dituliskan) hanya boleh diberikan oleh petugas kesehatan yang telah dilatih dalam pelayanan KB. Anamnesa <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 1. Post terakhir tanggal 2. Jumlah GRS (Gruka/Geraman/Gerak) 3. Menopause 4. Riwayat Penyakit Sebelumnya </td> <td style="width: 50%;"> 5. Hamil/Dilahirkan kembali 6. Riwayat Penyakit Lainnya </td> </tr> </table> Periksaan <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 7. Reaksi (umum) 8. Tekanan darah 9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau Tubektomi dilakukan pemeriksaan dalam 10. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon Vasektomi dan Tubektomi) </td> <td style="width: 50%;"> 11. Berat Badan 12. Postur Badan </td> </tr> </table> 13. Alat/Obat/Cara kontrasepsi yang boleh digunakan <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Kontrasepsi Balan</td> <td>Kontrasepsi Balan Kawat</td> <td>Kontrasepsi Balan Kawat</td> <td>Alat Kontrasepsi</td> <td>Obat Kontrasepsi</td> <td>Kontrasepsi Kawat</td> <td>Metode Kontrasepsi</td> <td>Metode Kontrasepsi</td> <td>Metode Kontrasepsi</td> <td>Metode Kontrasepsi</td> </tr> </table>				1. Post terakhir tanggal 2. Jumlah GRS (Gruka/Geraman/Gerak) 3. Menopause 4. Riwayat Penyakit Sebelumnya	5. Hamil/Dilahirkan kembali 6. Riwayat Penyakit Lainnya	7. Reaksi (umum) 8. Tekanan darah 9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau Tubektomi dilakukan pemeriksaan dalam 10. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon Vasektomi dan Tubektomi)	11. Berat Badan 12. Postur Badan	Kontrasepsi Balan	Kontrasepsi Balan Kawat	Kontrasepsi Balan Kawat	Alat Kontrasepsi	Obat Kontrasepsi	Kontrasepsi Kawat	Metode Kontrasepsi	Metode Kontrasepsi	Metode Kontrasepsi	Metode Kontrasepsi
1. Post terakhir tanggal 2. Jumlah GRS (Gruka/Geraman/Gerak) 3. Menopause 4. Riwayat Penyakit Sebelumnya	5. Hamil/Dilahirkan kembali 6. Riwayat Penyakit Lainnya																
7. Reaksi (umum) 8. Tekanan darah 9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau Tubektomi dilakukan pemeriksaan dalam 10. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon Vasektomi dan Tubektomi)	11. Berat Badan 12. Postur Badan																
Kontrasepsi Balan	Kontrasepsi Balan Kawat	Kontrasepsi Balan Kawat	Alat Kontrasepsi	Obat Kontrasepsi	Kontrasepsi Kawat	Metode Kontrasepsi	Metode Kontrasepsi	Metode Kontrasepsi	Metode Kontrasepsi								
IV. Alat/Obat/Cara kontrasepsi yang dipilih VI. Tanggal diberikan VII. Tanggal dikontrol VIII. Penanggungjawab Pelayanan KB																	

PERATURAN

1. Kartu yang tidak diisi yang tidak akan diterima.

2. Kartu yang tidak diisi akan diberikan nilai nol.

KIPUS 15/3/25 - 27/12/25

PARTOGRAF

No. Register

--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Ibu

Jihan Rusydi

27.4

G

U

P

2

A

0

No. Puskesmas

--	--	--	--	--	--	--	--

Tanggal

20/12/25

Jam

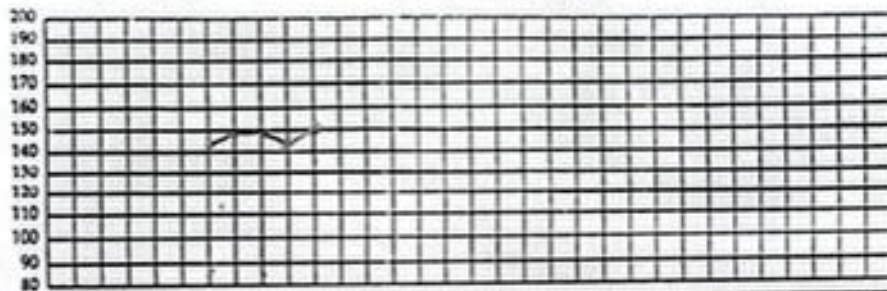
12.00

Ketuban pecah

sejak jam

Mulut sejak jam

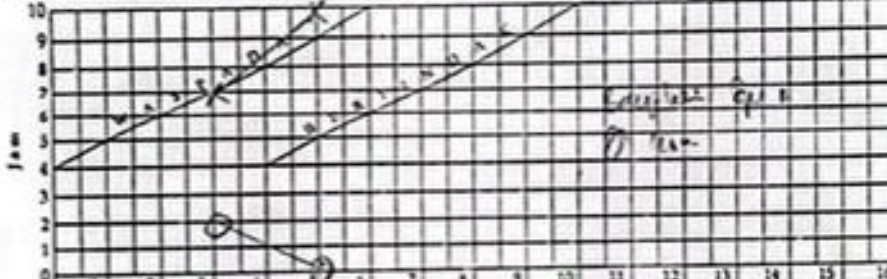
20/12/25 jam 15.00

Deyut
Jantung
Janin
(/ menit)Air ketuban
penyusupan

--	--	--	--	--	--	--	--

Perubahan serviks (cm) ket. lundak K

Tumbuhnya Kepala ket. lundak O

Waktu
(jam)

07.15.15

Kontrol
nap
10 menit

< 30

20-40

> 40

(detik)

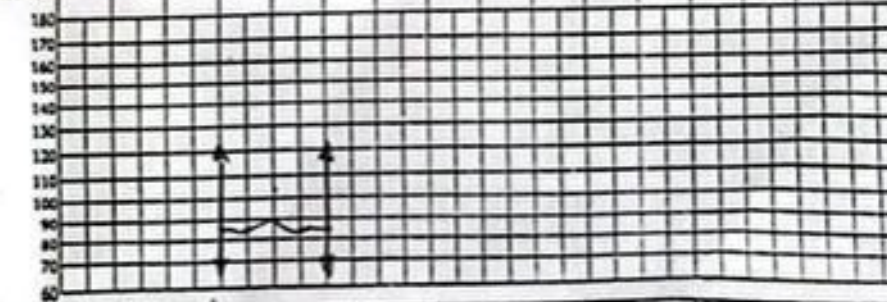
ekskresi U/L
mm / menit

--	--	--	--	--	--	--	--

Obat dan
Cairan IV

--	--	--	--	--	--	--	--

Nadi

Tekanan
darah

Suhu °C

36

Urin

Protein
Asam
Volume

--	--	--	--	--	--	--	--

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 : Eva Kris Wantiyah
 NIM : 202592026
 PEMBIMBING : Naning Puji Suryantini, SST., Bd., M.Kes
 JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny "J" Usia 27 Tahun G3P2A0 di Puskesmas Tlogosadang Kabupaten Lamongan



NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	12 Nov 2025	➤ Pengajuan Judul dan Bab 1 ➤ Lanjut Bab 2	 Naning Puji Suryantini, SST., Bd., M.Kes
2	10 Des 2025	➤ Konsul Bab 2 ➤ Lanjut Bab 3	 Suryantini, SST., Bd., M.Kes
3	24 Des 2025	➤ Konsul Bab 3 ➤ Lanjut Bab 4	 Naning Puji Suryantini, SST., Bd., M.Kes

4	31 Des 2025	➤Konsul Bab 4 ➤Revisi penatalaksanaan pada kunjungan KF4 ➤Lanjut BAB 5	 Naning Puji Suryantini,SST.,Bd.,M.Kes
5	14 Jan 2026	➤Konsul Bab 5 ➤Lanjut Bab 6	 Naning Puji Suryantini,SST.,Bd.,M.Kes
6	20 Jan 2026	➤Konsul Bab 6 ➤Lengkapi COC	 Naning Puji Suryantini,SST.,Bd.,M.Kes
7	26 Feb 2026	➤Lakukan uji turnitin	 Naning Puji Suryantini,SST.,Bd.,M.Kes
8	28 Feb 2026	➤Persiapan Ujian COC	 Naning Puji Suryantini,SST.,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 : Eva Kris Wantiyah
 NIM : 202592026
 PEMBIMBNG : Naning Puji Suryantini, SST., Bd., M.Kes
 JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny "J" Usia 27
 Tahun G3P2A0 di Puskesmas Tlogosadang
 Kabupaten Lamongan



NO	Nama Penguji	URAIAN	PARAF
1	Penguji 1 : Asirotul Ma'rifah, SST., Bd., M.Kes	1. Sesuaikan dengan buku panduan COC tahun 2026 2. Ringkasan harus sesuai IMRAD 3. Pada Lembar Jadwal Asuhan harus dilengkapi tgl/bln/th 4. Landasan Teori yang dicantumkan harus yang benar-benar dilakukan 5. Pembahasan harus berisi F-T-O 6. Pada Saran harus disebutkan secara berurutan	
2	Penguji 2 : Naning Puji Suryantini, SST., Bd., M.Kes	1. Dilengkapi lembar Partograf 2. Lampiran ditambah lembar Kartu KB 3. Sesuaikan dengan buku panduan COC tahun 2026	