

## 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 : Erni Wihartiningsih

NIM : 202592034

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.

Mojokerto, 08 Desember 2025

Erni Wihartiningsih

NIM. 202592034

**Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan**

**Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan**

*(Informed Consent)*

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat:

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 (KB) yang kemudian akan disusun sebagai Laporan COC dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto.

Demikian Pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Mojokerto, 08 Desember 2025

Mahasiswa

Responden

Erni Wihartiningsih  
202592034

.....

**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 resiko yang mungkin terjadi.

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

Mojokerto, ... Januari 2026

Mahasiswa

Keluarga/Saksi

Calon akseptor

Erni Wihartiningsih

NIM. 202592034

.....

.....

# Lampiran 4 Dokumentasi Asuhan

**PERNYATAAN IBU KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA**  
(Bukan Kolom Pencatatan Hasil Pemeriksaan)  
Ibu menuliskan tanggal, tempat pelayanan dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

HPHT: 7-3-21	Trimester I	Trimester II	Trimester III
Tgl Periksa:	20/4/25	19/6/25	23/8/25
Tempat Periksa:	PAH CVH	PAH CVH	PAH CVH
Timbang BB	58 kg	60 kg	64 kg
Pengukuran Tinggi Badan	166		
Ukur Lingkar Lengan Atas	27		
Tekanan Darah	110/70	120/80	110/70
Periksa Tinggi Rahim	-	24 cm	30 cm
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin	-	-	-
Status dan Imunisasi Tetanus	75		
Konseling	YA	YA	YA
Skriming Dokter	YA		
Tablet Tambah Darah	YA (30)	YA (30)	YA (30)
Test Lab Hemoglobin (Hb)	YA (13,7)		
Test Golongan Darah	YA (AB)		
Test Lab Protein Urine	YA		
Test Lab Gula Darah	YA (98)		
Pemeriksaan USG	YA		
PPIA			
Tata Laksana Kasus			
Ibu Bersalin (A-12-102)	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)
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

**KETERANGAN LAHIR**  
No: 43/Skel/Plun/Kli/2025

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa:  
Pada hari ini ....., tanggal 13-12-2025, Pukul 06.00 WIB telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan  
Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya  
Anak ke : ....., Usia gestasi: .....,  
Berat lahir : 3220 gr, Panjang Badan : 50 cm, Lingkar Kepala: 33 cm  
di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/di .....

Alamat : Ds. Tugasaday Rt 7/2  
Diberi nama : .....

Dari Orang Tua:  
Nama Ibu : ....., Umur : 27 tahun  
NIK : .....,  
Nama Ayah : .....,  
NIK : .....,  
Pekerjaan : Karyawan Swasta  
Alamat : Ds. Tugasaday Rt 7/2  
Kecamatan : Pacoran  
Kab/Kota : Lamongan

Tanggal: 13/12/2025

Saksi I (Konselor) : ....., Saksi II (Konselor) : .....

**RINGKASAN PELAYANAN NIFAS**

Pelayanan Kesehatan (Ibu Nifas (KF))	RESUME
Kunjungan Nifas 1 (KF1) (6-48 jam) Tanggal: 18/12/2025 Faskes: Plun Tugasaday	Klasifikasi: - Menanyakan tanda dan perubahan - ulu beres-beres dg bayi Tindakan: - mensusui, TTV: 110/70 - mendidam tubuh uteri pd bay Faskes: - menanyakan ibu jalan keluar - bersalin 30 hari (LSC base)
Kunjungan Nifas 2 (KF2) (3-7 hari) Tanggal: 20/12/2025 Faskes: Plun	Klasifikasi: - menanyakan keluhan keluhan - keluhan dengan normal Tindakan: - skrining selok: 3 bentuk infeksi - menanyakan ibu mendapatkan - asupan gizi dan istirahat cukup
Kunjungan Nifas 3 (KF3) (8-28 hari) Tanggal: 01/1/2025 Faskes: Polindes	Klasifikasi: - As. Lamen, Uterus 30cm, serviks - jalan keluar bersih: rasa 12bb kuning Tindakan: - asuphs spm 3x - Uterus 30cm - Uterus 30cm
Kunjungan Nifas 4 (KF4) (29-42 hari) Tanggal: 22/1/2025 Faskes: Polindes	Klasifikasi: - As. Lamen, Uterus 30cm, serviks - jalan keluar normal, TTV normal tidak teraba Tindakan: - Uterus 30cm - Uterus 30cm - Uterus 30cm

**Kesimpulan Akhir Nifas**  
Keadaan Ibu: [X] Sehat [ ] Sakit [ ] Meninggal  
[ ] Perdarahan [ ] Infeksi [ ] Hipertensi [ ] Lain-lain: Sebutkan .....

**Keadaan Bayi:**  
[X] Sehat [ ] Sakit [ ] Kelainan Bawaan: ....., [ ] Meninggal

**Komplikasi Nifas:**  
[ ] Perdarahan [ ] Infeksi [ ] Hipertensi [ ] Lain-lain: Sebutkan .....

**\*\* Beri tanda [X] pada kolom yang sesuai**

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

Kesimpulan: .....

**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)	8-28 hari (KN3)
Kondisi: Sejahter Pemeriksaan: Berat 3220 gr PB: 50 cm LK: 33 cm	Menyusu [X] Tali Pusat [X] Vitamin K1 [X] Salep/Tetes Mata* [X] Imunisasi HB* [X] Tgl/bh/Th: 13/12/25 Jam: 08.00 WIB Nomor Batch: C20240508	Menyusu [X] Tali Pusat [X] Tanda bahaya [X] Identifikasi kuning [X] Imunisasi HB* [X] Tgl/bh/Th: ....., Jam: ....., Nomor Batch: .....	Menyusu [X] Tali Pusat [X] Tanda bahaya [X] Identifikasi kuning [X] Imunisasi HB* [X] Tgl/bh/Th: ....., Jam: ....., Nomor Batch: .....
Inisiasi Menyusu Dini (IMD) [X] Vitamin K1 [X] Salep/Tetes Mata [X] Imunisasi HB [X]	BB: 3220 gr PB: 50 cm LK: 33 cm Skrining Hipotiroid Kongenital* [X] "jika belum diberikan"	Skrining Hipotiroid Kongenital* [X] "jika belum diberikan"	Skrining Hipotiroid Kongenital* [X] "jika belum diberikan"
PPIA [X]	PPIA [X]	PPIA [X]	PPIA [X]
Masalah: tna	Masalah: tna	Masalah: tna	Masalah: tna
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama Tenaga Kesehatan: Erwin	Nama Tenaga Kesehatan: Erwin	Nama Tenaga Kesehatan: Erwin	Nama Tenaga Kesehatan: Erwin

**Catatan penting:** [X] Beri tanda strip jika tidak ada masalah tidak dirujuk

Nama tenaga kesehatan: .....

**\*\* Beri tanda strip jika tidak ada masalah tidak dirujuk**













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

**LEMBAR BIMBINGAN CONTINUITY OF CARE (COC)**

NAMA : Erni Wihartiningsih  
NIM : 202592034  
PEMBIMBING : Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes  
JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny "R" Usia 25  
Tahun di Puskesmas Tlogosadang Kecamatan  
Paciran Kabupaten Lamongan



NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	20 Nov 2025	➤ Pengajuan Judul dan Bab 1 ➤ Lanjut Bab 2	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
2	10 Des 2025	➤ Konsul Bab 2 ➤ Lanjut Bab 3	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
3	29 Des 2025	➤ Konsul Bab 3 ➤ Lanjut Bab 4	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
4	4 Jan 2026	➤ Konsul Bab 4 ➤ Lanjut Bab 5	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes

5	16 Jan 2026	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Konsul Bab 5</li> <li>➤ Lanjut Bab 6</li> </ul>	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
6	19 Jan 2026	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Konsul Bab 6</li> <li>➤ Lengkapi lampiran</li> </ul>	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
7	24 Jan 2026	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lakukan Uji Similarity</li> </ul>	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes
8	2 Feb 2026	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Persiapan Sidang</li> </ul>	 Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd.,M.Kes




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

**LEMBAR REVISI CONTINUITY OF CARE (COC)**

NAMA : Erni Wihartiningsih  
NIM : 202592034  
PEMBIMBING : Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes  
JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny "R" Usia 25 Tahun di Puskesmas Tlogosadang Kecamatan Paciran Kabupaten Lamongan



NO	Nama Penguji	URAIAN	PARAF
1	Penguji 1 : Rina Mardiyana, SST.,Bd,.M.Kes	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lengkapi lembar keabsahan peneliti</li><li>2. Lembar ketersediaan menguji</li><li>3. Lembar pengesahan</li><li>4. Ringkasan harus sesuai IMRAD</li><li>5. Asuhan yang diberikan saat kehamilan trimester III, Kunjungan Neonatus dan KB sesuai dengan teori</li><li>6. Pembahasan harus berisi F-T-O</li></ol>	<u>ACC</u> <u>Tgl 11 Mei</u> <u>2026</u> 
2	Penguji 2 : Lida Khalimatus Sa'diyah, SSiT., Bd,.M.Kes	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Buat Alur piker</li><li>2. Sesuaikan dengan bukun Panduan COC 2026</li></ol>	