

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 : Fathus Shofiyani

NIM : 202592059

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, Desember 2025

Fathus Shofiyani
202592059

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 pergunakan seperlunya.

Lamongan, Desember 2025

Mahasiswa

Responden

(Fathus Shofiyani)
NIM. 202592059

(.....)

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, Jan 2026

Calon akseptor

.....

.....

.....

Lampiran 4 Dokumentasi Pemeriksaan ANC dan Buku KIA

Pencatatan Pelayanan Kesehatan Ibu yang Sudah Diterima Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan mengisi data dan paraf sesuai layanan yang diberikan.

HPHT/Trimester HPL 10/12/25	I 12 Minggu Pertama	II 12 - 24 Minggu		III Di Atas 24 Minggu		
Kunjungan ke-	1	2	3	4	5	6
Tanggal dan Tempat						
Tanggal periksa	15/4/25	9/5/25	23/5/25	10/6/25	19/11/25	1/12/25
Tempat periksa	PKM TLOGGA ANC T-sadang	PKM T-sadang	PKM T-sadang	PKM T-sadang	PKM T-sadang	PKM T-sadang
Catatan Pemeriksaan						
Berat Badan	55	56	61	63	69	69
Tinggi Badan	160					
Lingkar Lengan Atas	29/23	23.5	24	24.5	25	25.5
Tekanan Darah	120/80	120/80	110/70	120/80	120/80	119/70
Tinggi Rahim	-	3 JF p pusat	15 cm	29 cm	31 cm	32 cm
Letak dan Denyut Jantung bayi	-	-	-	133	190	199
Status dan Imunisasi Tetanus	T5 15/4/25	T5	T5	T5	T5	T5
Konseling	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Skining Dokter	✓ kehamilan TMC		PE	-	✓ kehamilan TMC	
Tablet Tambah Darah	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tes Lab Hemoglobin (Hb)	12.2				12.2	
Tes Golongan Darah	G					
Tes Lab Protein Urine					Negatif	
Tes Lab Gula Darah				115		
USG	✓				✓	
Tripel Eliminasi (H/S/Hep B)						
Tata Laksana Kasus	Kontrol ulang	Kontrol ulang	Kontrol ulang	Kontrol ulang	Kontrol ulang	Kontrol ulang

45 Diinput dengan CamScanner

Lampiran 5 Dokumentasi Kehamilan



Lampiran 6 Dokumentasi Persalinan



Lampiran 7 Surat Keterangan Kelahiran

PENGUKURAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Ditisi oleh Tenaga Kesehatan

KETERANGAN LAHIR

No. 029/SKL/PM/XII/2025

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa:

Pada hari ini SELASA Tanggal 9-12-25 Pukul 09.00

Telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin Laki-laki/Perempuan

Jenis Kelahiran Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya

Anak ke- EMPAT Usia gestasi 40

Berat Lahir 3000 g Panjang Badan 49 cm Lingkar Kepala 33 cm

Di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/di
PUSKESMAS TLOGOSADANG

Alamat TLOGOSADANG

Diberi Nama

Dari Orang Tua;

Nama Ibu MI Umur 31 tahun

NIK 350

Nama Ayah MOH

NIK 350

Pekerjaan KAR. SWASTA

Alamat TLOGOSADANG RW/RW

Kecamatan PATIPATI Kab./Kota LAMONGAN

LAMONGAN Tanggal 9-12- 2025

Saksi I Saksi II Penolong Kelahiran

(S) (S) (P)

CS12 Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 8 Dokumentasi Kunjungan Nifas



Lampiran 9 Dokumentasi Kunjungan Neonatus



Lampiran 10 Dokumentasi Keluarga Berencana



LEMBAR BIMBINGAN



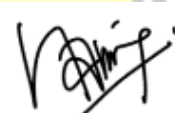
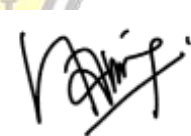
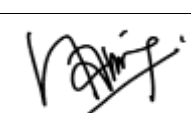
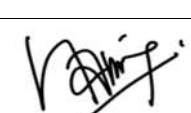
UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI
KEBIDANAN

Jalan Raya Jabon Km 6 Mojoanyar, Mojokerto

LEMBAR BIMBINGAN CONTINUITY OF CARE (COC)

NAMA : Fathus Shofiyani
 NIM : 202592059
 PEMBIMBING : Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes
 JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada NY. M Usia 31 Tahun di Puskesmas Tlogosadang Kecamatan Paciran Kabupaten Lamongan



NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	15 Nov 2025	➤ Pengajuan Judul dan Bab 1 ➤ Lanjut Bab 2	 Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes
2	08 Des 2025	➤ Konsul Bab 2 ➤ Lanjut Bab 3	 Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes
3	23 Des 2025	➤ Konsul Bab 3 ➤ Lanjut Bab 4	 Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes
4	30 Des 2025	➤ Konsul Bab 4 ➤ Revisi penatalaksanaan pada kunjungan KF4 ➤ Lanjut BAB 5	

			Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes Bd.,M.Kes
5	05 Jan 2026	➤Konsul Bab 5 ➤Lanjut Bab 6	 Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes
6	08 Jan 2026	➤Konsul Bab 6 ➤Lengkapi COC	 Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes
7	10 Jan 2026	➤Lakukan uji turnitin	 Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes
8	12 Jan 2026	➤Persiapan Ujian COC	 Naning Puji Suryantini., S.ST., 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 : Fathus Shofiyyani
 NIM : 202592059
 PEMBIMBING : Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes
 JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada NY. M Usia 31
 Tahun di Puskesmas Tlogosadang
 Kecamatan Paciran Kabupaten Lamongan



NO	Nama Penguji	URAIAN	PARAF
1	Penguji 1 : Naning Puji Suryantini., S.ST., Bd., M. Kes	1. Ada beberapa tulisan menggunakan calibri harus di ubah times now roman	
2	Penguji 2 : Asirotul Ma'rifah, SST., Bd., M.Kes	1. Pembuatan bab hanya 5 sesuai panduan penyusunan COC yang benar 2. Benahi font penulisan sesuai dengan panduan pembuatan COC	