

LAMPIRAN



UNAIC
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

**FAKULTAS
ILMU KESEHATAN**

Jl. Cerme No.24 Cilacap 53223
Telp. (0282) 532975
humas@universitalirsyad.ac.id
www.universitalirsyad.ac.id

Nomor : 4917 / 234 / 03.3.1.7
Lampiran : -
Perihal : **Pemohonan Pengambilan Data Penelitian**

Cilacap, 2 Desember 2024

Kepada Yth.
Kepala PMB Ima Susyani, A.Md.Keb.
di -

Tempat

Assalaamu'alaikum Wr.Wb.

Sehubungan dengan dilaksanakannya tugas praktik Mahasiswa Program Studi Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap Tahun Akademik 2024/2025, yaitu :

Nama : **Nikmatul Muvidati**
NIM : 41221241003
Judul : "Karya Tulis Ilmiah : *Continuity of Care (CoC)* Ny. A di PMB Ima Susyani, A.Md.Keb."

Maka dengan ini kami mohon izin agar mahasiswa tersebut dapat melaksanakan pengambilan data penelitian di **PMB Ima Susyani, A.Md.Keb.**

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian serta kerjasama yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Wassalaamu'alaikum Wr.Wb.

Dekan
Fakultas Ilmu Kesehatan

Sohimah, S.ST., Bdn., M.Keb.
NP.10310 03 469



UNAIC
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS
ILMU KESEHATAN

Jl. Cermee No.24 Cilacap 53223
Telp. (0282) 532975
humas@universitasalirsyad.ac.id
www.universitasalirsyad.ac.id

Nomor : 4917 / 234 / 03.3.1.7
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Pengambilan Data Penelitian**

Cilacap, 2 Desember 2024

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Cipari
di -
Tempat

Assalaamu'alaikum Wr.Wb.

Sehubungan dengan dilaksanakannya tugas praktik Mahasiswa Program Studi Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap Tahun Akademik 2024/2025, yaitu :

Nama : **Nikmatul Muvidati**
NIM : 41221241003
Judul : "Karya Tulis Ilmiah : *Continuity of Care (CoC)* Ny. A di PMB Ima Susyani, A.Md.Keb."

Maka dengan ini kami mohon izin agar mahasiswa tersebut dapat melaksanakan pengambilan data penelitian di **Puskesmas Cipari**.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian serta kerjasama yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Wassalaamu'alaikum Wr.Wb.

Dekan
Fakultas Ilmu Kesehatan

Sohimah, S.ST., Bdn., M.Keb.
NP.10310 03 469



PEMERINTAH KABUPATEN CILACAP
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN
KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MAJENANG

JL. DR. SOETOMO NO. 54, TELP (0280) 621012-621343 FAX (0280) 621519
Website: rsmajenang.cilapkab.go.id, email: rsudmajenang@yahoo.com



RSUD MAJENANG

Kode Pos 53257

Nomor : 800 / 0519.1 / 65
Lampiran : -
Perihal : **Surat Izin Penelitian**

Majenang, 25 April 2025

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Al Irsyad Cilacap
Jl. Cerme No. 24 Cilacap

Dasar Surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Al Irsyad Cilacap
Nomor : 1062/234/03.3.1.7, tanggal 22 April 2025 perihal Permohonan Izin
Pengambilan data Penelitian di RSUD Majenang, bahwa pada dasarnya kami tidak
keberatan :

Nama : NIKMATUL MUVIDATI
NIM : 41221241003
Mahasiswa/i : Program Studi Profesi Bidan
Fakultas Kesehatan Universitas Al Irsyad Cilacap

Untuk melaksanakan Penelitian dalam Wilayah Kabupaten Cilacap dengan judul :
"KARYA TULIS ILMIAH : CONTINUITY OF CARE (CoC) PADA NY. A DI PMB
IRNA SUSYANI."

Dengan ketentuan :

1. Pelaksanaan Penelitian tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu ;
2. Pelaksanaan Penelitian hanya untuk kepentingan Akademis dan tidak dipublikasikan ;
3. Setelah selesai melaksanakan Penelitian, supaya menyerahkan hasil Penelitian kepada RSUD Majenang.

Demikian untuk menjadikan periksa dan guna seperlunya.

a.n DIREKTUR RSUD Majenang
Kepala Bagian Umum



OC FENI SUSIYA AFRIANTO, M.M.R.
Pejabat Negeri
NIP. 19850110 201502 1004

Tembusan :

1. Kabag Umum ;
2. Kabid Keperawatan ;
3. Kabid Pelayanan ;
4. Ketua Diklat ;
5. Peneliti yang bersangkutan.

Lampiran 5

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Apriliana Dwi Lestari

Usia : 28 tahun

Alamat : Desa Cipari RT 04 RW 05, Kecamatan Cipari, Kabupaten Cilacap

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa :

Setelah memperoleh penjelasan sepenuhnya menyadari, mengerti dan memahami tentang tujuan, manfaat dan resiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dan membatalkan dari ke ikut sertaannya maka saya **setuju/tidak setuju** di ikutsertakan dan bersedia berperan serta dalam penelitian berjudul :

Karya Tulis Ilmiah : *Continuty Of Care* (CoC) Pada Ny. A Di PMB Irna Susyani

Demikian surat persetujuan ini kami buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan.

2024
Cilacap, 30 Oktober

Mengetahui ,
Penanggung Jawab

Yang menyatakan
Responden,

(Nikmatul Muvidati)

(Apriliana Dwi Lestari)

Lampiran 6

Dokumentasi Kunjungan

[illegible]













Lampiran 7

KEGIATAN BIMBINGAN

JUDUL

: KARYA TULIS ILMIAH : *CONTINUTY OF CARE*
(COC) PADA NY. A DI PMB IRNA SUSYANI
KECAMATAN CIPARI KABUPATEN CILACAP TAHUN
2025

NAMA MAHASISWA
NIM

: NIKMATUL MUVIDATI
: 41221241003

No.	Tanggal Bimbingan	Kegiatan/Saran Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	29/10-24	Ace. pengumpulan materi. Ny. A uk. 14 th ag.	f.
2.	23/1-25	Sesuaikan ask. hasil. TM I, 2.	f.
3.	25/4-25	Sesuaikan ask. permasalahan. bbl, kigas.	f.
4.	28/4-25	Sesuaikan ask. KB.	f.
5.	29/4-25	tabalaka bab. IV, V, DP.	f.
6.	14/5-25	lengkap cover - lampiran	f.
7.	10/6-25	Ace. usulan coc.	f.

DOSEN PEMBIMBING

(Tri Budianti, S.ST.,Bdn.,M.KM