

# LAMPIRAN



**UNAIC**  
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS  
ILMU KESEHATAN

Jl. Cerme 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 PMB Irma 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 Irma Susyani, A.Md.Keb."

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

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

**Wassalaamu'alaikum Wr.Wb.**





**UNAIC**  
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

**FAKULTAS  
ILMU KESEHATAN**

Jl. Cerme 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 ucapan terima kasih.

**Wassalaamu'alaikum Wr.Wb.**





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.cilacapkab.go.id, email: rsudmajenang@yahoo.com



RSUD MAJENANG

Kode Pos 53257

Majenang, 25 April 2025

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

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 salah 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.



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.

Cilacap, 30 Oktober  
2024

Mengetahui ,

Yang menyatakan

Penanggung Jawab

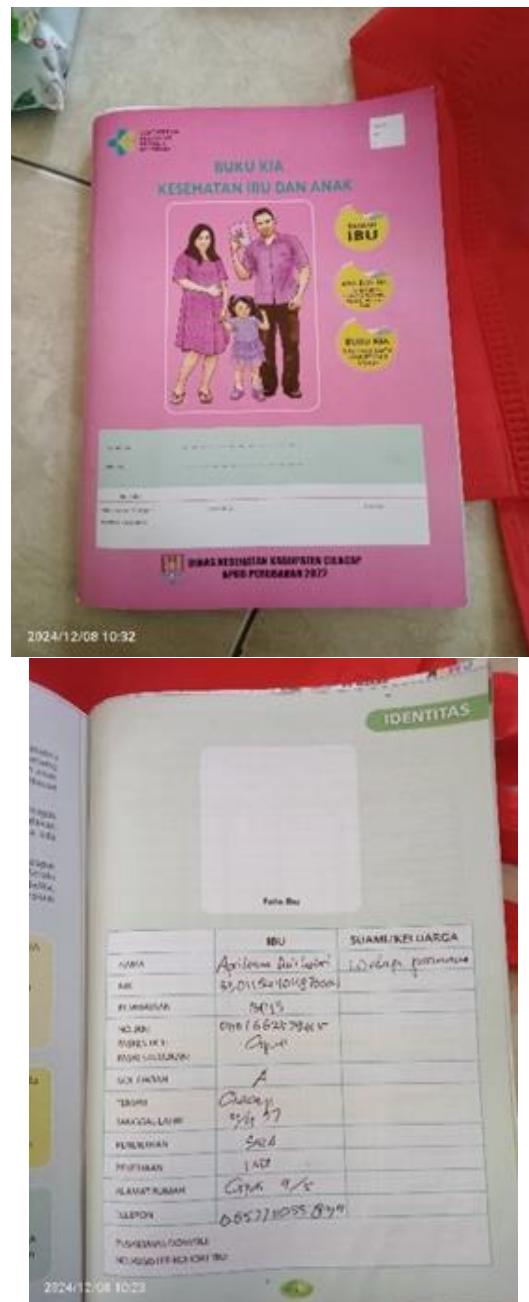
Responden,

( Nikmatul Muvidati )

( Apriliana Dwi Lestari )

## Lampiran 6

### Dokumentasi Kunjungan















Lampiran 7

**KEGIATAN BIMBINGAN**

**JUDUL**

: KARYA TULIS ILMIAH : *CONTINUITY 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. pengambilan paten.<br>Ny. A uk. 14 <sup>th</sup> ag. | ✓                       |
| 2.  | 23/1 - 25         | Sesuaikan skr. hasil.<br>TM I, 2.                         | ✓                       |
| 3.  | 25/1 - 25         | Sesuaikan skr. persalinan.<br>bbi, tifas.                 | ✓                       |
| 4.  | 28/1 - 25         | Sesuaihan skr. KB.  | ✓                       |
| 5.  | 29/1 - 25         | terbalikkan bab. IV, V,<br>DP.                            | ✓                       |
| 6.  | 14/5 - 25         | lengkapi cover - lajurkan                                 | ✓                       |
| 7.  | 10/6 - 25         | Ace. ujian coc.   | ✓                       |

DOSEN PEMBIMBING

✓

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