

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)
SEBAGAI PESERTA PENELITIAN**

Yang terhormat Bapak/ Ibu/Saudara/Adik, Kami meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Perbedaan Kepuasan Bayi Menyusu sebelum dan Sesudah Dilakukan Pijat Oksitosin Pada Ibu Nifas Di Klinik Bersalin Anugerah Tahun 2021
Peneliti Utama	Putu Cindya Gora Sasmita
Institusi	Mahasiswa Afiliasi Kebidanan
Peneliti Lain	-
Lokasi Penelitian	Klinik Bersalin Anugerah Singaraja
Sumber pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kepuasan bayi menyusu sebelum dan sesudah dilakukan pijat oksitosin pada ibu nifas di Klinik Bersalin Anugerah Singaraja.

Jumlah peserta sebanyak 34 orang dengan syaratnya yaitu kriteria inklusinya adalah ibu yang bersedia sebagai responden, Ibu nifas hari ke 1 hingga hari ke 3 yang melahirkan normal di klinik bersalin anugerah singaraja, Ibu nifas yang bersedia menjadi responden, Ibu nifas yang sudah menikah sah. Kemudian kriteria eksklusinya adalah ibu yang tidak bersedia sebagai responden, Ibu nifas dengan kontraindikasi menyusui, Ibu nifas yang mengalami KEK., Bayi dengan kontraindikasi. Peserta akan diberikan informasi mengenai tujuan, manfaat, efek samping, dan prosedur pelaksanaan. Pelaksanaan akan dilakukan sesuai dengan SOP

dan Observasi akan dilakukan dengan Lembar Observasi sesuai dengan protokol kesehatan saat ini.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi informasi yang lebih banyak tentang manfaat Pijat Oksitosin. Pijat Oksitosin akan menimbulkan rasa nyaman dan rileks pada ibu setelah melahirkan. Bagi peserta akan memperlancar pengeluaran ASI sehingga kepuasan menyusui pada bayi terpenuhi.

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Kompensasi lain yaitu peneliti akan menanggung biaya perawatan yang diberikan selama menjadi peserta penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara/Adik pada penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/Adik dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/ kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara/Adik diminta untuk menandatangani formulir 'Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/ *Wali' setelah Bapak/Ibu/Saudara/Adik benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara/Adik akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk kelanjutan

kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/Adik

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Putu Cindya Gora Sasmita. **dengan no HP 082340212810**

Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara/Adik dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara/Adik telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta *penelitian/Wali.**

Peserta/ Subyek Penelitian,

Wali,

Tanda Tangan dan Nama
Nama

Tanggal (wajib diisi): / /
diisi): / /

Tanda Tangan dan

Tanggal (wajib

Hubungan dengan Peserta/

Subyek Penelitian:

(Wali dibutuhkan bila calon peserta adalah anak < 14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang – koma)

Peneliti

Putu Cindya Gora Sasmita

Tanggal

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir Consent ini hanya bila

- Peserta Penelitian memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Wali dari peserta penelitian tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian resiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive)

Catatan:

Saksi harus merupakan keluarga peserta penelitian, tidak boleh anggota tim penelitian.

Saksi:

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta penelitian atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela.

Nama dan Tanda tangan saksi

Tanggal

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

* coret yang tidak perlu

Lampiran 2

SOP PIJAT OKSITOSIN

Nama Pasien :

Tanggal Pemberian :

KEGIATAN
1. Mencuci tangan
2. Menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan di ruang persiapan yang terdiri dari: <ul style="list-style-type: none">• Minyak kelapa/VCO/baby oil secukupnya• Handuk kecil 2 buah• Waskom berisi air hangat dan air dingin
3. Mencuci tangan
4. Mengucapkan salam kepada pasien dan atau anggota keluarga
5. Memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama
6. Melakukan identifikasi pasien dengan menanyakan dua identitas yaitu nama dan tanggal lahir kemudian dicocokkan dengan gelang identitas pasien dan nomor rekam medis
7. Memberikan penjelasan terkait tujuan, prosedur, lama kegiatan dan efek samping serta hal-hal yang harus diwaspadai
8. Memberikan kesempatan pasien dan atau keluarga bertanya terkait prosedur tindakan yang akan dilakukan
9. Mencuci tangan sebelum melakukan perawatan pada payudara dengan produksi ASI sedikit
10. Mengatur posisi pasien untuk duduk dengan nyaman dan rileks
11. Meminta pasien untuk membuka pakaian atas

12. Memasang handuk pada pangkuan ibu
13. Melakukan kompres hangat dan dingin secara bergantian pada payudara (2-3 menit)
14. Memberikan sentuhan ringan pada kedua payudara dan pada semua area edngan ujung-ujung jari
15. Membimbing dan memposisikan pasien untuk duduk, bersandar kedepan, melipat lengan diatas meja didepannya, dan meletakkan kepala diatas lengannya
16. Membiarkan payudara tergantung lepas tanpa pakaian
17. Meletakkan satu buah handuk kecil diatas bahu pasien
18. Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak kelapa atau baby oil
19. Melakukan pijatan disepanjang kedua sisi tulang belakang pasien
20. Melakukan pijatan menggunakan dua kepalan dengan ibu jari menunjuk kedepan, tekan kuat-kuat membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil dengan kedua ibu jarinya
21. Melakukan pijatan kearah bawah pada kedua sisi tulang belakang dari leher kearah tulang belikat
22. Melakukan gerakan ini selama 2 sampai 3 menit
23. Membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan mengeringkan payudara pasien dengan handuk
24. Merapikan pasien
25. Menyarankan pasien menyusui sesering mungkin
26. Menyampaikan kegiatan sudah selesai
27. Mengucapkan terimakasih atas kerjasama pasien
28. Mencuci tangan setelah tindakan perawatan payudara
29. Melakukan pendokumentasian

Tanggal.....

.....

Bidan

.....

Lampiran 3

LEMBAR OBSERVASI (Pretest)

Berilah tanda checklist (√) pada kolom-kolom dibawah ini :

Nama Ibu/Bayi :

Umur /Tgl Lahir Bayi :

Alamat :

No HP Orang Tua :

Hari/ Tanggal l/pukul	Tanda Kepuasan Bayi Umur 24 Jam						Skala Ukur
	BAK		BAB		Frek Menyusu/ hari	Ekspresi bayi	
	Kuning jernih	≥2	Kehijauan	≥2	≥8	Tidak rewel	Puas (>4) Tdk Puas (≤4)

Singaraja,
Bidan

()

LEMBAR OBSERVASI (Postest)

Berilah tanda checklist (√) pada kolom-kolom dibawah ini :

Nama Ibu/Bayi : _____

Umur /Tgl Lahir Bayi : _____

Alamat : _____

No HP Orang Tua : _____

Hari/ Tanggal l/pukul	Tanda Kepuasan Bayi Umur 72 Jam						Skala Ukur
	BAK		BAB		Frek Menyusu/ hari	Ekspresi bayi	
	Kuning jernih	≥10	Kehijauan/ Keemasan	≥3	≥8	Tidak rewel	
							Puas (>4) Tdk Puas (≤4)

Singaraja,
Bidan

()

Lampiran 5

RENCANA ANGGARAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Uraian			Jumlah
1	Belanja konsumsi	116	OK	Rp 16,000	Rp 1,856,000
2	Belanja penggandaan	1,050	lembar	Rp 250	Rp 262,500
3	Belanja jasa cetak	5	buku	Rp 35,000	Rp 175,000
4	Belanja perjalanan dinas	126	liter	Rp 8,500	Rp 1,071,000
		Total			Rp 3,364,500



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEBIDANAN**



Alamat : Jl. Raya Puputan No. 11 A Denpasar Telp. (0361) 235014, Fax. : (0361) 233077
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id

26 Maret 2021

Nomor : PP. 04.03/024/ *0768* 2021
Lampiran : -
Hal : **Mohon Ijin Melaksanakan Penelitian**

Yth. : Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali
Jalan Raya Puputan, Dangin Puri Klod, Denpasar

Dalam rangka menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Afiliasi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar Tahun Akademik 2020-2021, mahasiswa diwajibkan melakukan suatu penelitian serta menyusun laporannya dalam bentuk Skripsi. Sehubungan dengan hal tersebut bersama ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk berkenan memberikan ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama : Putu Cindya Gora Sasmita
NIM : P07124220166
Judul Penelitian : Perbedaan Kepuasan Bayi Menyusu Sebelum dan Sesudah dilakukan Pijat Oksitosin pada Ibu Nifas di Klinik Bersalin Anugerah tahun 2021.
Lokasi Penelitian : Klinik Bersalin Anugerah Singaraja.
Waktu Pelaksanaan : April – Mei 2021

Demikian permohonan kami sampaikan, atas perhatian dan kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.

A/n. Direktur Poltekkes Denpasar
Ketua Jurusan

[Signature]
Dr. Ni Nyoman Budiani, S.SiT., M.Biomed
NIP. 19700218 1989 02 2002

Tembusan kepada Yth. :
Direktur Poltekkes Denpasar (sebagai laporan)



PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU

Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235
Telp. (0361) 243804, Fax. (0361) 256905, website : www.dpmptsp.baliprov.go.id
e-mail : dpmptsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/2441/IZIN-C/DISPMPT
Lampiran

Lampiran : -

Hal : Surat Keterangan Penelitian /
Rekomendasi Penelitian

Kepada
Yth. Bupati Buleleng
cq. Kepala DPMPTSP Kabupaten Buleleng
di -
Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 63 Tahun 2019 tanggal 31 Desember 2019 Tentang Standar Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Kepala Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar Nomor PP.04.03/024/0768/2021, tanggal 26 Maret 2021, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada:

Nama : Putu Cindya Gora Sasmita

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Sukasada

Judul/bidang : Perbedaan Kepuasan Bayi Menyusu Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pijat Oksitosin Pada Ibu Nifas di Klinik Bersalin Anugerah Tahun 2021

Lokasi Penelitian : Klinik Bersalin Anugerah Singaraja

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lama Penelitian : 2 Bulan (26 April 2021 - 26 Juni 2021)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang.
- b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian agar ditujukan kepada instansi pemohon.

IZIN INI DIKENAKAN
TARIF RP 0,-

Bali, 27 April 2021
a.n GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS
DEWA PUTU MANTERA
NIP. 19621231 198503 1 192

Tembusan kepada Yth

1. Kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali di Denpasar
2. Yang Bersangkutan



Balai
Sertifikasi
Elektronik

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik
menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSrE



PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU

Jalan Ngurah Rai No. 72 Telepon (0362) 22063 - (0362) 27719

Nomor : 503/328/REK/DPMPTSP/2021

Kepada :

Lamp : -

Yth. Kepala Klinik Bersalin Anugerah Singaraja

Perihal : Rekomendasi

di -

Tempat

I. Dasar :

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor : 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor : 138 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Daerah
3. Surat dari Kepala Dinas Penanaman Modal & PTSP Provinsi Bali Nomor 070/2441/IZIN-C/DISPMT Tanggal 27 April 2021 Perihal Surat Keterangan Penelitian/Rekomendasi Penelitian

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi Kepada :

Nama : Putu Cindya Gora Sasmita

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Br. Dinas Babakan, Gg. Jeruk Bali, Desa Sambangan, Kec. Sukasada, Kab. Buleleng

Bidang / Judul : Perbedaan Kepuasan Bayi Menyusu Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pijat Oksitosin Pada Ibu NIFAS di Klinik Bersalin Anugerah Tahun 2021

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lokasi : Klinik Bersalin Anugerah Singaraja

Lamanya : 2 Bulan (26 April 2021 - 26 Juni 2021)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum mengadakan kegiatan agar melapor kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Buleleng atau Pejabat yang Berwenang;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/ judul dimaksud, apabila melanggar ketentuan akan dicabut ijinnya dan menghentikan segala kegiatannya;
3. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat;
4. Apabila masa berlaku Rekomendasi / Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai maka perpanjangan Rekomendasi / Ijin agar ditujukan kepada Instansi pemohon;
5. Menyerahkan 1 (satu) buah hasil kegiatan kepada Pemerintah Kabupaten Buleleng, melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Buleleng.

Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN : SINGARAJA

PADA TANGGAL : 04 MEI 2021

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP
KABUPATEN BULELENG



Tembusan ini disampaikan kepada Yth:

1. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Prov. Bali
2. Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Buleleng
3. Camat Setempat
4. Yang Bersangkutan
5. Arsip