

LAMPIRAN



UNIVERSITAS ISLAM BANDUNG FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Taman Sari No. 22 Telp. (022) 4203368 (Hunting) Pes. 6905 Fax. (022) 4231213
Bandung 40116



Nomor : 283/Dek/FK-k/P-Skr/V/2019
Perihal : Permohonan Izin Penelitian & Pengambilan Data

27 April 2019

Kepada Yth.
Direktur RS Al-Islam
Di Tempat

Bismillahirrahmanirrahim
Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Semoga Allah Subhanahu Wata'ala senantiasa melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah Nya kepada kita semua, baik dalam melaksanakan tugas maupun di dalam melaksanakan ibadah sehari-hari. Amiin.

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi para Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung Tahun Akademik 2018/2019 yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Sarjana Kedokteran (S.Ked), dengan ini kami hadapkan Mahasiswa yang namanya tersebut di bawah ini :

Nama Mahasiswa	: Alvina Cita Utami B
NPM	: 10100116026
Program Studi	: Pendidikan Dokter
Judul Penelitian	: Hubungan Gangguan Pendengaran dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut Atas pada Anak di RS Al-islam Bandung Periode 2019.

Yang bersangkutan bermaksud melakukan Penelitian dan pengambilan data di RS Al-Islam yang Bapak/Ibu Pimpin. Berkenaan dengan hal tersebut kami mohon Bapak/Ibu dapat mengizinkan dan dapat membantu yang bersangkutan baik berupa data maupun informasi yang dibutuhkan berhubungan dengan penelitian tersebut.

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih. *"Jazakumullah khairan katsiran"*.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.
Dekan,

Prof. Dr. Ieva B. Akbar, dr., AIF.



YAYASAN RS ISLAM KSWI JAWA BARAT
RUMAH SAKIT AL-ISLAM BANDUNG
 Jl. Soekarno Hatta No. 644 Bandung 40286
 Telp. (022) 751 0583 - 88 (Hunting) Fax. (022) 756 3233, 750 0109
 www.rsislam.com email : rsaibdg@rsislam.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Bandung, 19 Juli 2019

Nomor : 2918 /RS AI/SDI/VII/2019
 Lamp. :
 Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth :
Dekan Fakultas Kedokteran Unisba
di Tempat

Assalamualaikum Wr. wb.

Semoga kita senantiasa mendapat rahmat dan lindungan Allah SWT serta sukses dalam menjalankan aktivitas kita sehari-hari.

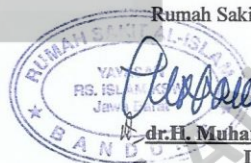
Berkenaan dengan surat Saudara No. :283/Dek/FK-k/P-Skr/V/2019 tertanggal 27 April 2019, perihal permohonan Izin Penelitian a.n Alvina Cita U mahasiswa Fak.Kedokteran Unisba di Bidang Pelayanan Rawat Jalan dan Gawat Darurat Rumah Sakit Al Islam Bandung, dengan ini kami sampaikan bahwa kami dapat **MENERIMA** permohonan tersebut. Pelaksanaan kegiatan dapat dimulai pada tanggal 29 Juli 2019 sampai dengan 29 Oktober 2019, dengan pembimbing lapangan : Arif Rahman,Skep.atau Supervisor Medical Rawat Jalan

Informasi teknis, tata tertib dan prosedur pelaksanaan, dapat menghubungi Bid. SDI (Renny Irawati) telp. (022) 7565588 ext. 667.

Demikian agar menjadi maklum. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Rumah Sakit Al Islam Bandung



[Signature]
dr.H. Muhammad Iqbal,Sp.PD
Direktur



RUMAH SAKIT AL ISLAM BANDUNG

Jl. Soekarno Hatta No. 644 Bandung 40286
Telp. 022-7510583 s/d 88 (Hunting) Fax: 022-7500109

INFORMED CONSENT PENELITIAN KESEHATAN

PEMBERIAN INFORMASI		
JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓) / PARAF
Peneliti	Alvina Cita Utami	
Pemberi Edukasi	Peneliti/Perawat	
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan	Orangtua Wali/Responden	
Manfaat Penelitian	Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk pedoman pencegahan ISPA bagian atas dengan gangguan pendengaran untuk masyarakat.	
Potensi ketidaknyamanan / Resiko	waktu terpakai mengisi kuisioner	
Alternatif yang dapat menolong	Meminta persetujuan/ <i>informed consent</i> kepada responden	
Prosedur Penelitian	Prosedur penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut : 1. melakukan survei ke tempat penelitian yaitu RS Al-islam Bandung; 2. mengajukan permohonan izin dari Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung; 3. mengajukan permohonan izin ke RS Al-islam; 4. mengambil data, melakukan pemilihan sesuai dengan kriteria inklusi; 5. informed consent, melakukan pengambilan data primer berupa kuisioner dan data sekunder berupa hasil pemeriksaan; 6. melihat apakah ada data yang tidak sesuai atau kurang dapat dilengkapi terlebih dahulu; 7. melaksanakan pengolahan data; 8. melakukan analisis data.	
Penolakan/Pengunduran diri	Diperbolehkan	
Kerahasiaan	Terjamin	
Lain-lain	-	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi		(.....) TTD & Nama Jelas

□

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda / paraf dikolom kanannya dan telah memahaminya.	(.....)
PERSETUJUAN TINDAKAN	
<p>Saya memahami perlunya dan manfaat penelitian tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk potensi ketidaknyamanan dan resiko yang mungkin timbul.</p> <p>Yang bertandatangan dibawah ini :</p> <p>Nama : Jenis Kelamin : Lk / Pr <i>(lingkari yang sesuai)</i></p> <p>Alamat :</p> <p>Dengan ini menyatakan : <input type="checkbox"/> PERSETUJUAN <input type="checkbox"/> PENOLAKAN Untuk terlibat dalam Penelitian</p> <p>Bandung, Pukul WIB</p> <p style="text-align: right;">Yang membuat pernyataan</p> <p style="text-align: right;">.....</p> <p style="text-align: right;">Tandatangan dan Nama Jelas</p>	

Keterangan: Diisi dengan memberikan tanda (-) pada kotak

TRM - IV - 2019

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada : Yth. Responden
di RS Al-Islam Bandung

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan maksud akan melakukan penelitian tentang :

" HUBUNGAN GANGGUAN PENDENGARAN DENGAN INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT ATAS PADA ANAK DI RS AL-ISLAM BANDUNG PERIODE 2019"

Dengan ini saya mohon kesediaan Sdr/i untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini. Segala hal yang bersifat rahasia akan saya rahasiakan dan saya gunakan hanya untuk kepentingan penelitian ini.

Apabila Sdr/i bersedia menjadi responden, maka saya mohon untuk mengisi dan menandatangani lembar persetujuan yang tersedia. Atas perhatian dan kesedian serta kerjasama dari Sdr/i, saya sampaikan terimakasih.

Bandung,2019
Peneliti,

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Wali :

Nama Anak :

Umur Anak :

Alamat :

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa saya telah mendapat penjelasan mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur dari penelitian ini dengan judul:

“HUBUNGAN GANGGUAN PENDENGARAN DENGAN INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT ATAS PADA ANAK DI RS AL-ISLAM BANDUNG PERIODE 2019”

Selanjutnya saya dengan ikhlas dan sukarela menyatakan ikut serta dalam penelitian ini sebagai responden. Dengan demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Bandung,
Yang menyatakan,

.....
(Nama Responden)

KUESIONER**"HUBUNGAN GANGGUAN PENDENGARAN DENGAN INFEKSI SALURAN
PERNAPASAN AKUT ATAS PADA ANAK DI RS AL-ISLAM BANDUNG PERIODE
2019"**Nomor Responden :

Identitas Responden		
A1.	Nama Orangtua/wali	
A2	Alamat	
Identitas Anak		
B1.	Nama Anak	
B2	Usia Anak	
B3.	Berat Badan	
B4	Jenis Kelamin	a. Laki-laki b. Perempuan
Gangguan Pendengaran		
Beri tanda x pada pilihan yang sesuai dengan pernyataan		
C1.	Apakah anda/anak anda pernah melakukan pemeriksaan pendengaran sebelumnya?	a. Ya, di b. Tidak
C2.	Apakah orang lain harus berteriak pada jarak 3meter agar anda/anak anda dapat mendengar?	a. Ya b. Tidak
C3.	Apakah anda/anak anda pernah menderita keluar cairan dari telinga hingga sakit telinga?	a. Ya. Jika iya... < 2bulan / > 2 bulan (lingkari salah satu) b. Tidak
C4.	Apakah anda/anak anda pernah mengeluhkan telinga gatal dan terasa penuh?	a. Ya b. Tidak

C5.	Apakah anda/anak anda pernah mengalami benturan/kecelakaan yang mempengaruhi pendengaran anak anda?	a. Ya b. Tidak
C6.	apakah anda/anak anda pernah mengalami operasi pembedahan telinga?	a. Ya b. Tidak
Riwayat Gangguan Saluran Pernapasan		
Apakah anda/anak anda menderita gangguan pernafasan satu bulan terakhir seperti dibawah ini? Beri tanda x pada pilihan yang sesuai dengan pernyataan.		
D1.	Batuk (lebih dari 5x sehari)	a. Ya b. Tidak
D2.	Bersin (lebih dari 5x sehari)	a. Ya b. Tidak
D3.	Pilek	a. Ya b. Tidak
D4.	Tidak bisa/sakit pada saat minum atau menelan	a. Ya b. Tidak
D5.	Batuk berdahak	a. Ya b. Tidak
D6.	Sakit telinga (berair/bernanah)	a. Ya b. Tidak
D7.	Demam	a. Ya b. Tidak
D8.	Sesak nafas/nafas cepat seperti terengah-engah	a. Ya b. Tidak

OUTPUT SPSS

Hasil deskriptif

Riwayat Gangguan ISPA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	47	58.8	58.8	58.8
Tidak	33	41.3	41.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Gangguan Pendegaran

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Normal	69	86.3	86.3	86.3
Terdapat Gangguan	11	13.8	13.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Hasil Chisquare

Riwayat Gangguan ISPA * Gangguan Pendegaran Crosstabulation

		Gangguan Pendegaran		Total	
		Normal	Terdapat Gangguan		
Riwayat Gangguan ISPA	Ya	Count	42	5	47
		% of Total	52.5%	6.3%	58.8%
Tidak	Count	27	6	33	
	% of Total	33.8%	7.5%	41.3%	
Total	Count	69	11	80	
	% of Total	86.3%	13.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.930 ^a	1	.335		
Continuity Correction ^b	.403	1	.526		
Likelihood Ratio	.915	1	.339		
Fisher's Exact Test				.347	.261
Linear-by-Linear Association	.919	1	.338		
N of Valid Cases	80				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,54.

b. Computed only for a 2x2 table

