

LAMPIRAN

Lampiran 1.Lembar Pengajuan *Ethical Clearence*



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI

Jalan Kolonel Sularto No. 132 Surakarta Kode Pos 54-7126 Telp (0271) 634634
Faksimile (0271) 637412, Email : rsmoewardi@jatengprov.go.id
Website : rsmoewardi.jatengprov.go.id

BUKTI PENGAJUAN KELAIKAN ETIK

Yang Bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa data yang saya isikan adalah benar.

Peneliti : Berliana Wulandari
Judul Penelitian : Identifikasi dan Uji Sensitivitas Antibiotik terhadap Bakteri Escherichia coli pada Urine Penderita Infeksi Saluran Kemih (ISK) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta
Lokasi Tempat Penelitian : Laboratorium Mikrobiologi RSUD Dr. Moewardi Surakarta



1:180743N-1238

Mengetahui
Peneliti

le
20/6

Surakarta, 20
48 Juni 2022
Peneliti

(Berliana Wulandari)
1180743N

Lampiran 2. Lembar *Ethical Clearance*

8/28/22, 3:04 PM

KEPK-RSDM



HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Dr. Moewardi General Hospital
RSUD Dr. Moewardi

ETHICAL CLEARANCE KELAIKAN ETIK

Nomor : 880 / VI / HREC / 2022

The Health Research Ethics Committee Dr. Moewardi
Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Moewardi

after reviewing the research design, hereby to certify
setelah menelaah rancangan penelitian yang diusulkan, dengan ini menyatakan

That the research proposal with topic:
Bahwa usulan penelitian dengan judul

Identifikasi dan Uji Sensitivitas Antibiotik terhadap Bakteri *Escherichia coli* pada Urine Penderita Infeksi Saluran Kemih (ISK) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Principal Investigator : Berliana Wulandari
Peneliti Utama : 11180743N

Location of research : Laboratorium Mikrobiologi RSUD Dr. Moewardi
Lokasi Tempat Penelitian : Surakarta

Is ethically approved
Dinyatakan layak etik



Lampiran 3. Surat Pengajuan Penelitian



Nomor : 142N/H6-4/17.06.2022
 Lamp. : -
 Hal : Pengujian Sampel dan Permohonan Data

Kepada Yth. :
Direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta
Di tempat

Dengan Hormat,
 Guna memenuhi persyaratan untuk keperluan penyusunan Tugas Akhir (TA) bagi Mahasiswa Semester Akhir Program Studi D4 Analis Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Setia Budi terkait bidang yang ditekuni, dalam melaksanakan kegiatan tersebut bersamaan dengan ini kami mohon ijin penelitian bagi mahasiswa kami :

NAMA : Berliana Wulandari
NIM : 11180743N
PROGDI : D4 Analis Kesehatan
JUDUL : "Identifikasi dan Uji Sensitivitas Antibiotik terhadap Bakteri *Escherichia coli* pada Urine Penderita Infeksi Saluran Kemih (ISK) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta"

Untuk dapat melakukan pengujian sampel dan memperoleh data hasil uji sampel pada laboratorium mikrobakteriologi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Demikian atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Surakarta, 17 Juni 2022

Dekan,



Dr. Marsetyawan HNE Soesatyo, M.Sc., Ph.D.

Lampiran 4. Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI

Jalan Kelenteng Soelara No. 132 Surakarta Kode Pos 57126 Telepon (0271) 634634
Faksimile: (0271) 837412, Email: rsudmoewardi@jatengprov.go.id
Situs web: rsudmoewardi.jatengprov.go.id

SURAT IZIN

Nomor: 045 / 6.050 / 2022

Tentang

Pelaksanaan Penelitian

Dasar : a. Surat dari Dekan FIK- Univ. Setia Budi Surakarta nomor 142N/H6-4/17.06.2022 tanggal 30 Juni 2022 perihal permohonan Penelitian
b. Ethical Clearance, Nomor B80 / VI / HREC / 2022, tanggal 28 Juni 2022

Memberikan izin kepada:

Nama : BERLIANA WULANDARI
NIM/NIP/NIK : 11180743N
Institusi : D.IV Analis Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Setia Budi Surakarta
Judul Penelitian : Identifikasi dan Uji Sensitivitas Antibiotik terhadap Bakteri *Escherichia coli* pada Urine Penderita Infeksi Saluran Kemih (ISK) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta
Untuk : Melaksanakan Penelitian dalam rangka penyusunan Skripsi
Lahan Penelitian : Instalasi Laboratorium Mikrobiologi & Parasitologi Klinik
Masa Berlaku Izin : 05 Juli 2022 sampai dengan 05 November 2022

Peneliti harus patuh dan tunduk terhadap ketentuan berikut:

1. Peneliti menyerahkan Surat Izin Penelitian kepada penanggung jawab lahan sebelum melaksanakan penelitian.
2. Penelitian dilaksanakan selama jam kerja.
3. Penelitian tidak mengganggu pelayanan.
4. Biaya yang timbul akibat pelaksanaan penelitian menjadi tanggung jawab peneliti.
5. Penelitian dilaksanakan dengan menaati Panduan Penelitian dan Tata Tertib Penelitian yang berlaku di RSUD Dr. Moewardi.

Atas perhatian dan kerja sama Saudara, diucapkan terima kasih.


Surakarta, 06 Juli 2022
a.n. DIREKTUR RSUD Dr. MOEWARDI
PROVINSI JAWA TENGAH
PLT.-Wakil Direktur Umum
Wakil Direktur Pelayanan


dr. Heri Dwi Purwono, Sp.An
Pembina Tingkat I
NIP. 19661013 200604 1 001

Tembusan:

1. Ketua Tim Pengawas Penelitian
2. Ketua KEPK RSUD Dr. Moewardi
3. Ka Instalasi Laboratorium Mikrobiologi & Parasitologi Klinik
4. Arsip

Lampiran 5. Lembar Checklist Pengawasan Penelitian

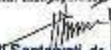


PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI
 Jalan Kolonel Sutarto 132 Surakarta Kodepos 57126 Telp (0271) 634 634,
 Faksimile (0271) 637412 Email : rsmoewardi@jaterprov.go.id
 Website : rsmoewardi.jaterprov.go.id

CHECKLIST PENGAWASAN
PENELITIAN KLINIS/UJI KLINIS DENGAN SUBYEK MANUSIA
DI RSUD Dr. MOEWARDI

Nama : Bertiana Wulandari
 NIM/NIP/NRP : 0110074174
 Institusi : Universitas Setia Budi Surakarta
 Judul : Identifikasi dan Uji Sensitivitas Antibiotik terhadap bakteri E. coli pada Urin penderita Infeksi Saluran Kemih (ISK) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta
 Tanggal Penelitian : 20 Juni 2022 s.d. 18 Juli 2022

NO	URAIAN	ADA	TIDAK
1	Peneliti Menunjukkan Identitas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Peneliti mengenakan pakaian yang sopan (bukan kaos & jeans) dan bersepatu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Kelengkapan dokumen penelitian:		
	a. Surat Izin Penelitian	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Fotokopi <i>Ethical Clearance</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Form pemberian informasi penelitian klinis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	d. Form Persetujuan <i>Informed Consent</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	e. Foto pengunduran diri sebagai subyek penelitian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	f. Foto pernyataan selesi pengambilan data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Peneliti sudah memberikan informasi & melengkapi formulir informasi penelitian klinis / uji klinis yang berisi tentang:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Tujuan penelitian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	b. Prosedur penelitian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	c. Manfaat yang akan diperoleh	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	d. Kemungkinan terjadinya ketidaknyamanan dan risiko	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	e. Prosedur alternatif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	f. Menjaga kerahasiaan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	g. Kompensasi bila terjadi kealasan dalam penelitian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	h. Partisipasi berdasarkan kesukarelaan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	i. Proses persetujuan keikutsertaan sebagai subyek penelitian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	j. Proses penarikan sebagai subyek penelitian dan pengunduran diri sebagai subyek penelitian sebelum penelitian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	k. Insentif bagi subyek penelitian bila ada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	l. Kemungkinan timbul biaya bagi penjamin akibat keikutsertaan sebagai subyek penelitian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	m. Apabila subyek mengundurkan diri dari keikutsertaan dalam penelitian, maka tidak akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Penelitian sudah berjalan sesuai dengan protokol penelitian	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jika "tidak" sebutkan		
6	Peneliti memberikan penjelasan kepada subyek penelitian, keluarga atau wali dengan baik dan sopan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Apakah Penelitian berpotensi membahayakan subyek	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Jika "ya" sebutkan		
8	Apakah terjadi KTD pada penelitian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Jika "ya" sebutkan		

Surakarta, 18 Juli 2022
 Tim Pengawas Penelitian
 Ka. Inst. RS/UK/RSing:

 Leti Saptajanti, dr. (Sp. MK) (K)
 (... NP : 33724.57131/05/02/449.1/0117/04/2018)

Lampiran 6. Surat Pernyataan Selesai Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI

Jalan Kolonel Sutarto 132 Surakarta Kodepos 57126 Telp (0271) 634 634,
Faksimile (0271) 637412 Email : ramoewardi@jatengprov.go.id
Website : ramoewardi.jatengprov.go.id

SURAT PERNYATAAN SELESAI PENGAMBILAN DATA

yang bertanda-tangan di bawah ini *~~Ko. bag / Ko. bid / Ko. KSM / Ko. Instalasi /~~
Ka. ~~Ruang,~~ Laboratorium Mikrobiologi RSUD Dr. Moewardi Menyatakan bahwa peneliti
/mahasiswa tersebut dibawah:

Nama : Berliana Wulandari
NIM/NRP : 118019311
Institusi : Universitas Setia Budi Surakarta
Judul : Identifikasi dan Uji Sensitivitas Antibiotik terhadap
Bakteri E. Coli pada urin penderita infeksi Saluran Kemih
(ISK) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Telah selesai menjalankan penelitian dan pengambilan data dengan *(Baik / Cukup)
Mulai 20 Juni 2022 s/d 18 Juli 2022 dalam rangka penulisan (KTI /
PKL / TA / Skripsi / Tesis / Desertasi/Umum)

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan dalam keadaan
sadar, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 18 Juli 2022

Yang Menyatakan,

Lili Saptawati dr. Sp.MK (K)
SIP : 33724.57131/05/02/449.1/0217/04/2018

Catatan:

* Coret yang tidak perlu