

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Informed Consent*

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

Saya Rian Hermawan mahasiswa kedokteran gigi universitas Muhammadiyah Yogyakarta, saya bermaksud melakukan penelitian mengenai “Efektifitas obat Hemostatik Topikal (*Hemiseal Mouth Rinse*) dengan kandungan *feracrylum 1%* dalam menghentikan perdarahan pasca pencabutan gigi di RSGM-P Universitas Muhammadiyah Yogyakarta”.

Saya berharap Saudara/i bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini dimana Saudara/i akan diberikan obat kumur Hemostatik Topikal yang berfungsi mempercepat penghentian perdarahan setelah dilakukan pencabutan gigi.

Setelah Saudara/i membaca maksud dan kegiatan penelitian di atas, maka saya mohon untuk mengisi data dan tanda tangan di bawah ini.

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap :

Tgl lahir :

Alamat :

Menyatakan bersedia dan tidak berkeberatan berpartisipasi dalam penelitian yang bertempat di RSGM-P Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Surat pernyataan persetujuan ini saya buat dengan kesadaran saya sendiri tanpa tekanan maupun paksaan darimanapun.

Yogyakarta, 2014

.....

Tabel data

Nama Responden	:
Tempat / tanggal lahir	:
Elemen gigi	:
Jenis kelamin	:
Alamat	:
Diagnosa	:
Pencabutan	:	Sederhana
Premedikasi	:	Ya / Tidak
Terdapat komplikasi	:	Ya / Tidak
	Jika ya, sebutkan	: 1.
		2.
Lama pencabutan	:
Lama penghentian perdarahan		
Waktu perdarahan setelah aplikasi <i>Hemiseal</i>	Darah berhenti < 30 detik	Darah berhenti > 30 detik

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS)

PEMBERIAN INFORMASI			
No	JENIS INFORMASI	SUDAH*	
		Operator	Pasien
1	Operator dan pasien sudah diberikan informasi tentang obat hemostat yang akan diberikan		
2	Operator dan pasien sudah diberikan informasi dan mengerti prosedur tindakan yang akan dilakukan		
3	Operator dan pasien sudah diberikan informasi dan mengerti mengenai dampak dan komplikasi yang mungkin terjadi		
4	Operator dan pasien sudah diberikan informasi dan mengerti mengenai prognosis terhadap tindakan		
Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau/bisa menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali/keluarga terdekat			
PERNYATAAN			
<p>Yang bertandatangan di bawah ini saya nama : th, Umur : th, Laki-laki / Perempuan, Alamat : Telp :</p> <p>Dengan ini menyatakan SETUJU / MENOLAK untuk berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilakukan Rian Hermawan mahasiswa kedokteran gigi universitas Muhammadiyah Yogyakarta terhadap : diri saya sendiri** / suami** / istri** / anak** / ayah** / ibu** saya, dengan</p> <p>Nama : Usia : tahun Jenis kelamin : Laki-laki** / Perempuan** Alamat : Telp. / Ponsel : No. RM :</p> <p>yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut di atas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya dan upaya mengatasinya telah cukup dijelaskan dokter dan saya telah mengerti sepenuhnya. Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan pihak manapun.</p> <p style="text-align: right;">Yogyakarta,2014 Yang membuat pernyataan,</p> <p style="text-align: center;">Operator</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p>			
<p style="text-align: right;">(.....)</p>			

NB : * Beri tanda centang bila sudah dilakukan

** Lingkari dan coret yang lain

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS)

PEMBERIAN INFORMASI			
No	JENIS INFORMASI	SUDAH*	
		Operator	Pasien
1	Operator dan pasien sudah diberikan informasi dan mengerti prosedur tindakan yang akan dilakukan		
2	Operator dan pasien sudah diberikan informasi dan mengerti mengenai dampak dan komplikasi yang mungkin terjadi		
3	Operator dan pasien sudah diberikan informasi dan mengerti mengenai prognosis terhadap tindakan		
Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau/bisa menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali/keluarga terdekat			
PERNYATAAN			
<p>Yang bertandatangan di bawah ini saya nama : Umur : th, Laki-laki / Perempuan, Alamat : Telp :</p> <p>Dengan ini menyatakan SETUJU / MENOLAK untuk berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilakukan Rian Hermawan mahasiswa kedokteran gigi universitas Muhammadiyah Yogyakarta terhadap : diri saya sendiri** / suami** / istri** / anak** / ayah** / ibu** saya, dengan</p> <p>Nama : Usia : tahun Jenis kelamin : Laki-laki** / Perempuan** Alamat : Telp. / Ponsel : No. RM :</p> <p>yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut di atas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya dan upaya mengatasinya telah cukup dijelaskan dokter dan saya telah mengerti sepenuhnya. Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan pihak manapun.</p> <p style="text-align: right;">Yogyakarta,2014 Yang membuat pernyataan,</p> <p style="text-align: center;">Operator</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p>			
<p style="text-align: right;">(.....)</p>			

NB : * Beri tanda centang bila sudah dilakukan

** Lingkari dan coret yang lain

Lampiran 2. Foto Jalannya Penelitian

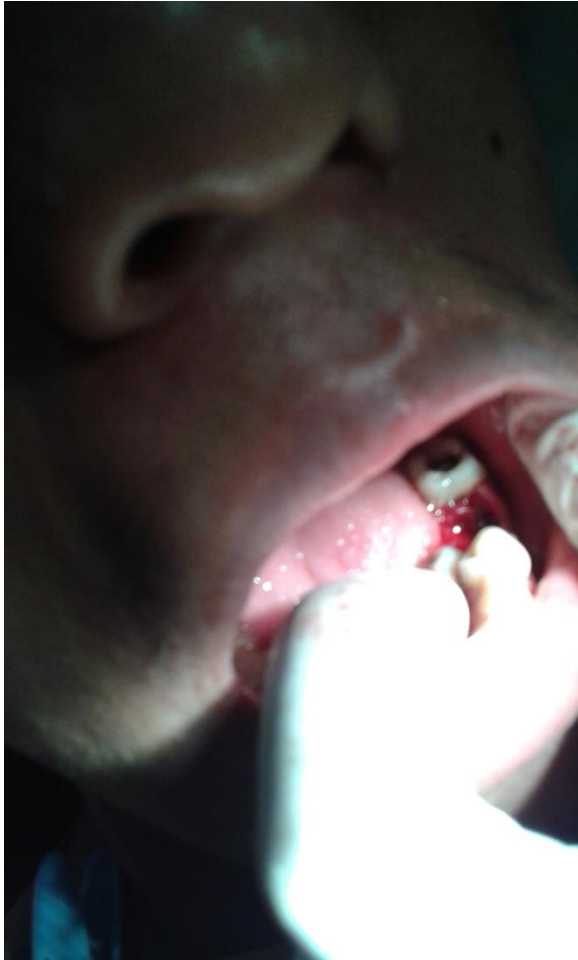
Gambar 1. Bahan penelitian (*Hemiseal Mouth Rinse*)



Gambar 2. Pengambilan takaran bahan penelitian sebanyak 10 ml



Gambar 3. Aplikasi bahan penelitian pada pasien



Gambar 4. Jendalan yang terbentuk setelah aplikasi obat kumur *Hemiseal Mouth Rinse*

Deskriptif Frequencies

Statistics

		Kelompok Aplikasi Hemiseal	Kelompok Tanpa Aplikasi Hemiseal
N	Valid	16	16
	Missing	0	0
Mean		25.0069	225.3038
Std. Error of Mean		1.41068	23.24128
Median		26.9300	203.9300
Mode		14.70 ^a	104.07 ^a
Std. Deviation		5.64272	92.96513
Variance		31.840	8642.516
Range		21.38	323.44
Minimum		14.70	104.07
Maximum		36.08	427.51
Sum		400.11	3604.86

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

Kelompok Aplikasi Hemiseal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 30 detik	15	93.8	93.8	93.8
	>= 30 detik	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Kelompok Tanpa Aplikasi Hemiseal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>= 30 detik	16	100.0	100.0	100.0

Uji Normalitas Explore

Tests of Normality

	Kolmogorov -Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kelompok Aplikasi Hemiseal	.250	16	.008	.905	16	.096
Kelompok Tanpa Aplikasi Hemiseal	.137	16	.200*	.930	16	.241

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Uji Homogenitas Oneway

Test of Homogeneity of Variances

Waktu Perdarahan

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
25.264	1	30	.000

ANOVA

Waktu Perdarahan

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	320950.7	1	320950.705	74.000	.000
Within Groups	130115.3	30	4337.178		
Total	451066.0	31			

Uji Independent T-Test

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Waktu Perdarahan	Aplikasi Hemiseal	16	25.0069	5.64272	1.41068
	Tanpa Aplikasi Hemiseal	16	225.3038	92.96513	23.24128

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Waktu Perdarahan	Equal variances assumed	25.264	.000	-8.602	30	.000	-200.29687	23.28406	-247.849	-152.744
	Equal variances not assumed			-8.602	15.111	.000	-200.29687	23.28406	-249.894	-150.700