



ETIKA PENELITIAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS
Jl. Perintis Kemerdekaan Padang 25127
Telepon: 0751 31746 Fax : 0751 32838 No. Reg : 036/KNEP/2008
e-mail: fk2unand@pdg.vision.net.id

No: 046/KEP/FK/2014

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
ETHICAL CLEARANCE

Tim Komite Etika Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subjek penelitian kedokteran/kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol penelitian dengan judul:

The Committee of the Research Ethics of the Faculty of Medicine, Andalas University, with regards of the protection of human rights and welfare in medical/health research, has carefully reviewed the research protocol entitled:

“Effect of Suturing Intrauterine Device for Continuity in Postpartum Contraception Postpartum Family Planning Trancaesarean Method”

Nama Peneliti Utama : dr. Ariadi, SpOG
Name of the Investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
Name of Institution

dan telah menyetujui protokol penelitian tersebut diatas.
and recommended the above research protocol.

Padang, 01 April 2014

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
Dean of Faculty of Medicine Andalas University

Ketua
Chairperson



Dr. dr.H. Masrul, MSc, Sp.GK
NIP. 1956 1226 1987 101 001

Prof. Dr. dr. Eryati Darwin, PA(K)
NIP. 1953 1109 1982 112 001

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Padang, Tanggal... Bulan....Tahun 2014

Saksi I:

Saya yang menyatakan

Suami/istri/ayah/keluarga*) penderita

(Penderita)

.....
Tanda tangan dan nama jelas

.....
Tanda tangan dan nama jelas

Saksi II

Peneliti

(Perawat)

dr. Ariadi, SpOG

.....
Tanda tangan dan nama jelas

Keterangan :*) coret yang tidak perlu

Lampiran 2

PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN/TINDAKAN MEDIS (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :th

Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan (coret yang tidak perlu)

Alamat :

Telepon :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk ikut penelitian ini dan dilakukan tindakan medis berupa pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (tidak diikat / diikat) terhadap diri saya*/istri*/ibu saya* dengan identitas sebagai berikut :

Nama :

Umur :th

Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan (coret yang tidak perlu)

Alamat :

Bukti diri/ KTP :

Dirawat di :

No rekam medis :

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut di atas, serta risiko yang dapat ditimbulkan telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.