

LAMPIRAN

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Desti Nuranggraini

NIM : 1615371004

Alumni : Sarjana Terapan Kebidanan Metro Tahun Ajaran 2019/2020

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia atau mengizinkan hasil penelitian saya yang berjudul "Pengaruh Teknik *Deep Back Massage* Dengan *Abominal Lifting* Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Pada Ibu Bersalin Kala 1 Fase Aktif Di PMB Dwi Sri Isnawati dan PMB Lolita Puspita Kabupaten Lampung Tengah" untuk dipublikasikan pada Jurnal Metro Sai Wawai Prodi Kebidanan Metro.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Metro, Mei 2020

Mengetahui,
Ketua Prodi Sarjana Terapan
Kebidanan Metro,



MARUJANI FAIRUS, S.Kep.,M.Sc
NIP.19700802 199003 2 002

Yang membuat pernyataan,



Desti Nuranggraini
NIM. 1615371025

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLTEKKES TANJUNGPURAT

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.111/KEPK-TJK/H/2020

Protokol penelitian yang diajukan oleh:
The research protocol prepared by

Penciri utama : Danti Nuraggrini
Principal Investigator

Nama institusi : sarana kesehatan pusat kesehatan umum,
Name of the Institution poltekkes tanjung purat

Dengan judul:
Title

"PENGARUH TEKNIK DEEP BACK MASSAGE DENGAN ABDOMINAL LIFTING
TERHADAP PENURUNAN NYERI PERSALINAN PADA IBU BERSALIN KALA I FASE
AKTIF DI PMB DWI SRI ISNAWATI DAN DI PMB LOLITA PUSPITA KABUPATEN
LAMPUNG TENGAH"

"TECHNICAL EFFECT OF DEEP BACK MASSAGE WITH ABDOMINAL LIFTING TO DECREASED
MATERNITY PAIN IN MATERNITY MOTHERS AT I PHASE ACTIVE IN PMB DWI SRI ISNAWATI
AND IN PMB LOLITA PUSPITA KABUPATEN LAMPUNG TENGAH"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Penentuan Manfaat dan Risiko, 4) Risiko, 5) Manfaat/Keuntungan, 6) Kerahasiaan dan Privasi, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Permission/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 12 Februari 2020 sampai dengan tanggal 12 Februari 2021.

This declaration of ethics applies during the period February 12, 2020 until February 12, 2021.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNG KARANG
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN METRO

INFORM CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Saya menyatakan bahwa saya mendapat penjelasan dan memahami informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan manfaat penelitian, maka dengan ini saya menyatakan bersedia diikut sertakan dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Teknik Deep Back Massage Dengan Abdominal Lifting Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Pada Ibu Bersalin Kala 1 Fase Aktif Di PMB Dwi Sri Isnawati dan PMB Lolita Puspita Kecamatan Lampung Tengah Tahun 2020”

Lampung tengah ,2020

Peneliti

Responden

(Desti Nuranggraini)

(_____)

**LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN PENGARUH TERAPI ABDOMINAL
LIFTING DALAM MENGURANGI INTENSITAS NYERI PERSALINAN
KALA I FASE AKTIF DI PMB DWI SRI ISNAWATI DAN LOLITA
PUSPITA LAMPUNG TENGAH**

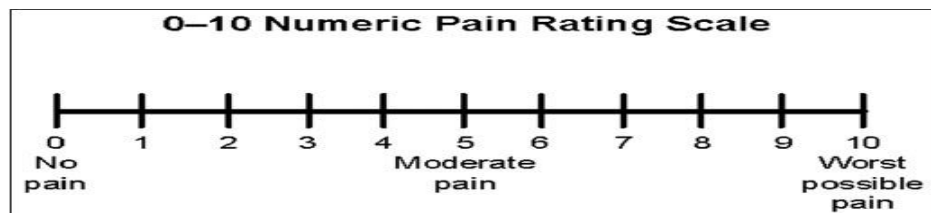
Tanggal :

Pukul :

A. Data Identitas

1. Nama Ibu :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Status Pernikahan :
5. Usia kehamilan :
6. HPHT :
7. HTP :

B. Data skala pengukuran intensitas nyeri



SKALA NYERI SEBELUM DILAKUKAN TINDAKAN										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SKALA NYERI SESUDAH DILAKUKAN TINDAKAN										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*ceklist yang dipilih

[illegible]

TABULASI DATA RESPONDEN HASIL PENELITIAN TERAPI DEEP BACK MASSAGE

No.		Nama	Umur	Alamat	Usia Kehamilan	HPHT	Intensitas nyeri	
							pre	Post
1	02-03-2020	Tia	25	Punggur	39 minggu	06-06-2019	6	6
2	25-02-2020	Putri	27	Punggur	38 minggu	30-05-2019	6	6
3	19-02-2020	Puah	30	Punggur	39 minggu	25-05-2019	6	5
4	29-01-2020	Andreana	28	Punggur	39 minggu	26-04-2019	5	5
5	06-02-2020	Nur	27	Mojopahit	40 minggu	01-05-2019	6	6
6	24-01-2020	Iis	25	Punggur	39 minggu	20-04-2019	5	5
7	07-02-2020	Putri	25	Mojopahit	40 minggu	04-05-2019	6	6
8	23-02-2020	amanda	19	Punggur	38 minggu	01-06-2019	6	6

TABULASI DATA RESPONDEN HASIL PENELITIAN TERAPI DEEP BACK MASSAGE

No.	Tanggal datang	Nama	Umur	Alamat	Usia Kehamilan	HPHT	Intensitas nyeri	
							pre	Post
1	15-01-2020	Ulan	19	Mojopahit	38 minggu	16-04-2019	6	6
2	08-01-2020	Siti	30	Punggur	39 minggu	08-04-2019	5	6
3	13-01-2020	Tukijem	32	mojopahit	39 minggu	15-04-2020	6	5
4	18-02-2020	Ambar	32	Punggur	39 minggu	21-05-2019	6	6
5	21-02-2020	Dewi	28	Punggur	40 minggu	15-05-2019	5	6
6	03-03-2020	Era	25	mojopahit	39 minggu	04-06-2019	6	6
7	02-01-2020	Lusi	25	Punggur	38 minggu	09-04-2019	6	5
8	29-03-2020	mia	30	Punggur	38 minggu	01-07-2019	5	5

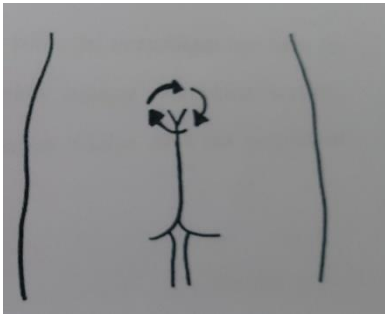
CHECKLIST ABDOMINAL LIFTING

NO.	Langkah-langkah abdominal lifting	Ya	Tidak
1	Inform consent		
2	PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN a. Cairan antiseptic pencuci tangan b. Baby oil c. Handuk / tisu		
3	Mencuci tangan dengan 6 langkah efektif		
4	Memposisikan ibu dengan telentang dan menganjurkan ibu tetap rileks selama dilakukan terapi deep back massage		
5	Pasien pada posisi telentang dengan posisi kepala agak tinggi. Letakkan kedua telapak tangan pada pinggang belakang pasien, kemudian secara bersamaan lakukan usapan yang berlawanan kearah puncak perut tanpa menekan kearah dalam, kemudian ulangi lagi. 		
6	Evaluasi respon ibu baik verbal maupun non verbal selama dilakukan teknik abdominal lifting		
7	Mencuci tangan dengan 6 langkah efektif		

Keterangan :

Berikan tanda ceklist pada kolom “ya” jika peneliti melakukan tindakan dan beri tanda ceklist pada kolom “tidak” jika peneliti tidak melakukan tindakan

CEKLIST DEEP BACK MASSAGE

NO	LANGKAH-LANGKAH DEEP BACK MASSAGE	YA	TIDAK
1	Inform consent		
2	PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN a. Cairan antiseptic pencuci tangan b. Baby oil c. Handuk / tisu		
3	Mencuci tangan dengan 6 langkah efektif		
4	Memposisikan ibu dengan posisi miring dan menganjurkan ibu tetap rileks selama dilakukan terapi deep back massage		
5	Melakukan terapi deep back massage pada bagian sacrum ibu menggunakan telapak tangan selama 10 menit selama kontraksi dilakukan sesuai irama pernapasan ibu 		
6	Evaluasi respon ibu baik verbal maupun non verbal selama dilakukan teknik deep back massage		
7	Mencuci tangan dengan 6 langkah efektif		

Keterangan :

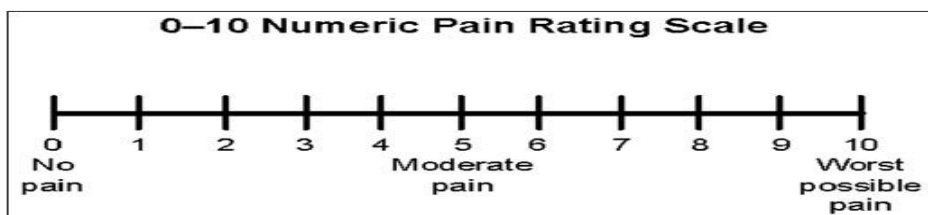
Berikan tanda ceklist pada kolom “ya” jika peneliti melakukan tindakan dan beri tanda ceklist pada kolom “tidak” jika peneliti tidak melakukan tindakan

SKALA PENGUKURAN INTENSITAS NYERI

Pentunjuk pengisian :

Pilihlah salah satu angka di bawah ini yang menggambarkan tingkatan nyeri yang ibu rasakan saat ini

Skala Intensitas Nyeri Numeric 1-10



Keterangan :

Skala	Karakteristik nyeri
0	Tidak nyeri
1	Sangat sedikit gangguan, terasa seperti tusukan kecil
2	Sedikit gangguan, terasa seperti tusukan yang lebih dalam
3	Gangguan cukup dihilangkan dengan pengalihan perhatian
4	Nyeri dapat di abaikan dengan beraktifitas / melakukan pekerjaan dan masih dapat di alihkan
5	Rasa nyeri tidak bisa diabaikan lebih dari 30 menit
6	Rasa nyeri tidak bisa diabaikan untuk waktu yang lama, tapi masih bisa bekerja dan melakukan aktifitas
7	Sulit untuk berkonsentrasi, dengan diselanghi istirahat/tidur, masih bisa bekerja dengan sedikit usaha
8	Beberapa aktifitas fisik terbatas, masih bisa berbicara dengan usaha, merasakan mual dan sakit kepala (pusing)
9	Tidak bisa berbicara, menangis, mengerang dan merintih. Tidak dapat dikendalikan, penurunan kesadaran samapi mengigau
10	Tidak sadarkan diri/ pingsan