

## **LAMPIRAN**

Lampiran 1: Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

## PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (INFORMED CONSENT) SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

Yang terhormat Ibu/Saudara, kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela atau tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan di bawah dengan seksama dan dipersilakan untuk bertanya bila ada yang belum dimengerti.

| Judul             | Hubungan Usia Pemberian dan Pola MP-ASI dengan        |
|-------------------|---|
|                   | Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan di Kelurahan Sesetan |
|                   | Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Selatan            |
| Peneliti Utama    | Ni Luh Suniathi Antari                                |
| Institusi         | Jurusan Gizi Poltekkes Denpasar                       |
| Lokasi Penelitian | Kelurahan Sesetan                                     |
| Sumber Pendanaan  | Swadana   |

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana hubungan usia pemberian dan pola MP-ASI yang diberikan dengan status gizi anak usia 6-24 bulan di Kelurahan Sesetan wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Selatan. Syarat peserta dalam penelitian ini adalah : anak berusia 6 - 24 bulan beserta ibunya dan bersedia menjadi peserta penelitian.

Peneliti menjamin kerahasiaan semua data dan informasi peserta penelitian ini. Semua data dan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Ibu/Saudara pada penelitian ini bersifat sukarela. Peserta penelitian dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada denda atau sanksi. Keputusan Ibu/Saudara untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan kelanjutan pelayanan kesehatan yang diberikan.

Setelah Ibu/Saudara benar-benar memahami tentang penelitian ini dan setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Ibu/Saudara diminta untuk

menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) sebagai \*Peserta Penelitian/ \*Wali".

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Ibu/Saudara untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, maka peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Ibu/Saudara.

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Ni Luh Suniathi Antari dengan No. HP 082236284754.

Tanda tangan Ibu/Saudara di bawah ini menunjukkan bahwa Ibu/Saudara telah membaca, memahami, dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan menyetujui untuk menjadi peserta penelitian/wali.

| Peserta/ Subjek Penelitian,  | Wali,  |
|--|--|
|  |  |
| Tanda Tangan dan Nama  | Tanda Tangan dan Nama                                    |
| Tanggal:   |  |
|  | Hubungan dengan peserta:                                 |
| (Wali dibutuhkan bila calon pese<br>grahita, pasien dengan kesadaran k | erta adalah anak <14 tahun, lansia, tuna<br>kurang-koma) |
| Peneliti   |  |
|  |  |
| Tanda Tangan dan Nama  |  |
| Tanggal:   |  |

## Lampiran 2: Form Identitas Sampel

# Hubungan Usia Pemberian dan Pola MP-ASI dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan di Kelurahan Sesetan Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Selatan

|    | Identitas Sampei   |             |             |  |
|----|--------------------|-------------|-------------|--|
| 1  | Kode Sampel        |             |             |  |
| 2  | Nama Anak          |             |             |  |
| 3  | Jenis Kelamin      | 1.Laki-laki | 2.Perempuan |  |
| 4  | Tanggal lahir/umur |             |             |  |
| 5  | Berat Badan        |             | kg          |  |
| 6  | Nama Ibu           |             |             |  |
| 7  | Pendidikan Ibu     |             |             |  |
| 8  | Pekerjaan Ibu      |             |             |  |
| 9  | Alamat             |             |             |  |
| 10 | Telepon            |             |             |  |

Lampiran 3: Kuesioner Pola MP-ASI

Pola MP-ASI

## Petunjuk Pengisian : Berilah tanda ceklist $(\sqrt{})$ untuk jawaban anda dan sesuai dengan usia anak

|    |  |  | U   | mur  |  |        |
|----|--|--|---|--|--|--------|
| No | Pernyataan   | 6 bulan  | 6 – 9 bulan   | 9 – 12<br>bulan  | 12 – 24<br>bulan   | Alasan |
| 1  | Apakah jenis MP-<br>ASI yang diberikan<br>kepada anak?                           | a. Bubur<br>kental<br>b. Makanan<br>lumat<br>c. Lainnya    | a. Makanan lumat b. Makanan cincang c. Lainnya  | a. Makanan<br>cincang<br>b. Makanan<br>keluarga<br>c. Lainnya  | a. Makanan<br>keluarga<br>b. Makanan<br>lumat<br>c. Lainnya  | •      |
| 2  | Berapa banyak atau<br>porsi MP-ASI yang<br>dikonsumsi anak<br>setiap kali makan? | a. 2 – 3 sdm<br>b. ½<br>mangkuk<br>250 ml<br>c. Lainnya    | a. ½<br>mangkuk<br>250 ml<br>b. ¾<br>mangkuk<br>250 ml<br>c. Lainnya                            | a. ½ - ¾ mangkuk 250 ml b. 1 mangkuk 250 ml c. Lainnya   | a. 3/4 - 1<br>mangkuk<br>250 ml<br>b. 1/2<br>mangkuk<br>250 ml<br>c. Lainnya   |        |
| 3  | Berapa kali anak<br>diberikan MP-ASI<br>dalam sehari?                            | a. 2-3 kali<br>makan<br>b. 1-2 kali<br>makan<br>c. Lainnya | a. 2-3 kali<br>makan +<br>1-2 kali<br>makanan<br>selingan<br>b. 3-4 kali<br>makan<br>c. Lainnya | a. 3-4 kali<br>makan +<br>1-2 kali<br>makanan<br>selingan<br>b. 2-3 kali<br>makan +<br>1-2 kali<br>makanan<br>selingan | a. 3-4 kali<br>makan +<br>1-2 kali<br>makanan<br>selingan<br>b. 2-3 kali<br>makan +<br>1-2 kali<br>makanan<br>selingan |        |

| c. Lainnya | c. Lainnya |  |
|------------|------------|--|

Lampiran 4: Kuesioner Usia Pemberian MP-ASI

## Usia Pemberian MP-ASI

| No | Pernyataan   | Jawaban |
|----|--|---------|
| 1  | Umur berapa ibu mulai memberikan MP-ASI pada anak?   |         |
| -  | Cina Companie in inches in |         |

### Lampiran 5: Perhitungan Sampel

Jumlah Sampel di Masing-Masing Banjar:

2. Br. Pembungan = 
$$31$$
  
 $-----$  x 80 = 6,17 = 6 orang

3. Br. Pegok = 
$$27$$
  
 $-\frac{27}{402}$  x 80 = 5,37 = 5 orang

6. Br. Lantang Bejuh = 
$$\frac{29}{402}$$
 x 80 = 5,77 = 6 orang

7. Br. Taman Suci = 
$$\frac{29}{402}$$
 x 80 = 5,77 = 6 orang

$$-$$
 x 80 = 5,17 = 5 orang

9. Br. Taman Sari = 
$$24$$
  
 $-402$  x 80 = 4,78 = 5 orang

10. Br. Gaduh = 
$$\frac{24}{402}$$
 x 80 = 4,78 = 5 orang

14. Kampung Bugis = 
$$\frac{21}{402}$$
 x 80 = 4,18 = 4 orang

15. TNI - AL = 
$$\frac{21}{402}$$
 x 80 = 4,18 = 4 orang

Lampiran 6: Ijin Penelitian Dinas Penanaman Modal Provinsi Bali



ပိမ်ကိန္တႏုပ္ရာပိရပိကလို႔ PEMERINTAH PROVINSI BALI ထိုအပါပ်အာစခရိုင္နတက်ပြဲအရပြဲကယ္သာရရိ ဖြဲပရမအုပိန္တန

DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU ການສົງກພງງເສສີ - ສີເສີຍວາງກາ (ປະຕຸກອາ) າງສາງນາວທີ (ເອກະຕາ) ການກູບເຈຖ JALAN RAYA PUPUTAN NITI MANDALA (80235), TELEPON (0361)243804 WEBSITE: www.dpmptsp.baliprov.go.id, Email: dpmptsp@baliprov.go.id

Nomor

B.30.070/3596.E/IZIN-C/DISPMPT

Lampiran

Kepada Yth. Walikota Denpasar

cq. Kepa Denpasar Kepala Badan Kesbangpol Kota

Surat Keterangan Penelitian / Hal Rekomendasi Penelitian

di -

Peraturan Gubernur Bali Nomor 63 Tahun 2019 tanggal 31 Desember 2019 Tentang Standar Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
 Surat Permohonan dari Politeknik Kesehatan Denpasar Nomor PP.02.01/031/054.1/2021, tanggal 21 Juni 2021, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada:

: Ni Luh Suniathi Antari

Pekerjaan

Alamat : Jalan Kebo Iwa Perum. Swamandala I Blok C Padangsambian Kaja

: HUBUNGAN USIA PEMBERIAN DAN POLA MP ASI DENGAN STATUS GIZI ANAK 6-24 BULAN DI KELUARAHAN SESETAN WILAYAH KERJA PUSKESMAS I DENPASAR SELATAN Judul/bidang

Lokasi Penelitian : PUSKESMAS I DENPASAR SELATAN

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lama Penelitian : 1 Bulan (15 Juli 2021 - 30 Juli 2021)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut : a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang. b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitanya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila

melanggar ketentuan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan

budaya setempat

d. Apabila masa berlaku Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian agar ditujukan kepada instansi pemohon.

IZIN INI DIKENAKAN

Ditandatangani secara elektronik oleh a.n. GUBERNUR BALI KEPALA DINAS

Anak Agung Ngurah Oka Sutha Dian

Tembusan kepada Yth

1. Gubernur Bali Sebagai Laporan

2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali di Denpasar

3. Yang Bersangkutan





Lampiran 7: Ijin Etik Penelitian



#### KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN



POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) Alamat : Jl. Sanitasi No 1 Sidakarya Denpasar Selatan Telp : (0361) 710447 Faximili : (0361) 710448 Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id

### PERSETUJUAN ETIK / ETHICAL APPROVAL

Nomor: LB.02.03/EA/KEPK/ 0623 /2021

Yang bertandatangan di bawah ini Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Denpasar, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

HUBUNGAN USIA PEMBERIAN DAN POLA MP-ASI DENGAN STATUS GIZI ANAK 6-24 BULAN DI KELURAHAN SESETAN WILAYAH KERJA PUSKESMAS I DENPASAR SELATAN

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana/Peneliti Utama :

#### NI LUH SUNIATHI ANTARI

LAIK ETIK. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa maksimum selama 1 (satu) tahun

Pada akhir penelitian, peneliti menyerahkan laporan akhir kepada KEPK-Poltekkes Denpasar. Dalam pelaksanaan penelitian, jika ada perubahan dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kaji etik penelitian (amandemen protokol)

Denpasar, 7 Juli 2021

10

Agus Sti Lestari, S.ST., M.Erg



#### KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN (KENE)



POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) Alamat : Jl. Sanitasi No 1 Sidakarya Denpasar Selatan Telp : (0361) 710447 Faximili : (0361) 710448 Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id

## Lampiran Ethical Approval No : LB.02.03/EA/KEPK/ 0623 /2021

#### SARAN REVIEWER

|                           | Judul  | Saran Tindak lanjut   |            |
|---------------------------|--|---|------------|
| Nama Peneliti             |  | Reviewer 1  | Reviewer 2 |
| NI LUH SUNIATHI<br>ANTARI | HUBUNGAN USIA PEMBERIAN<br>DAN POLA MP-ASI DENGAN<br>STATUS GIZI ANAK 6-24<br>BULAN DI KELURAHAN<br>SESETAN WILAYAH KERJA<br>PUSKESMAS I DENPASAR<br>SELATAN | Lanjutkan<br>penelitian dan<br>lakukan protokol<br>kesehatan dengan<br>baik |            |

Denpasar, 7 Juli 2021

Agus Sri Lestari, S.ST., M.Erg

DIAN KE Kelya,

BLIKIND