

## LAMPIRAN 1

### PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

#### (INFORMED CONSENT)

#### SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/Adik, Kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Gambaran Tingkat Konsumsi Zat Gizi Makro Dan Status Gizi Pasien Hipertensi Komplikasi Jantung Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Umum Bangli
Peneliti Utama	Ni Nengah Murniasih
Institusi	Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Denpasar
Peneliti Lain	1. Ni Kadek Mila Utami Dewi 2. Ni Kadek Devi Ratna Sari 3. I Gusti Ayu Widianitri 4. I Gust Agung Mirah Wiratmini 5. Cindy Anna Inayah
Lokasi Penelitian	Rumah Sakit Umum Bangli, yang beralamat di Jl. Brigjen Ngurah Rai No. 10, Kawan, Kabupaten Bangli
Sumber pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Tingkat Konsumsi Zat Gizi Makro Dan Status Gizi Pasien Hipertensi Komplikasi Jantung Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Umum Bangli. Jumlah peserta sebanyak 37 orang dengan syaratnya yaitu semua pasien rawat inap yang berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan yang memiliki riwayat penyakit Hipertensi Komplikasi Jantung, mampu berkomunikasi dengan baik dan tidak buta huruf, tidak mengalami sesak

nafas/menggunakan alat bantu pernafasan, bersedia berpartisipasi. Peserta akan diwawancara mengenai pasien tentang Tingkat Konsumsi Zat Gizi Makro Dan Status Gizi Pasien Hipertensi Komplikasi Jantung Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Umum Bangli.

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

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

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara/Adik diminta untuk menandatangani formulir 'Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai \*Peserta Penelitian/ \*Wali' setelah Bapak/Ibu/Saudara/Adik benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara/Adik akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

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

Bapak/Ibu/Saudara/Adik Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Ni Nengah Murniasih **dengan no HP 082144340952**

Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara/Adik dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara/Adik telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta \*penelitian/Wali.**

**Peserta/ Subyek Penelitian**

**Wali,**

\_\_\_\_\_

*Tanda Tangan dan Nama*

\_\_\_\_\_

*Tanda Tangan dan Nama*

*Tanggal :*

*Tanggal :*

*Hubungan dengan peserta/subyek penelitian :*

*Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir Consent ini hanya bila*

Peserta Penelitian memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta

Wali dari peserta penelitian tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta

Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian resiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive)

Catatan:

Saksi harus merupakan keluarga peserta penelitian, tidak boleh anggota tim penelitian.

Saksi:

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta penelitian atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela.

\_\_\_\_\_

*Nama dan Tanda Tangan Sanksi*

\_\_\_\_\_

*Tanggal*

*(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)*

\* coret yang tidak perlu

## LAMPIRAN 2



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR**  
**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)**



Alamat : Jl. Sanitasi No 1 Sidakarya Denpasar Selatan  
Telp : (0361) 710447 FAX : (0361) 710448  
Website: [www.poltekkes-denpasar.ac.id](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)

### PERSETUJUAN ETIK /

### ETHICAL APPROVAL

Nomor : LB.02.03/EA/KEPK/ 0109 /2019

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

GAMBARAN TINGKAT KONSUMSI ZAT GIZI MAKRO DAN STATUS GIZI PASIEN PENDERITA HIPERTENSI KOMPLIKASI JANTUNG YANG DIRAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM BANGLI

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

NI NENGAH MURNIASIH

**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, 8 Pebruari 2019  
Ketua,  
  
I Dewa Purnama, Putra Yasa, S.Kp, M.Kep, Sp.MB



## LAMPIRAN 3

**PEMERINTAH PROVINSI BALI**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235  
Telp./Fax (0361) 243804/256905  
website: www.dpmpptsp.baliprov.go.id e-mail: dpmpptsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/06043/DPMPPTSP-B/2019  
Lampiran : -  
Perihal : Rekomendasi

Kepada  
Yth: Bupati Bangli  
cc. Kepala DPMPPTSP  
Kabupaten Bangli  
di -  
Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 33 Tahun 2018 Tanggal 15 Mei 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Peraturan Gubernur Bali Nomor 45 Tahun 2018 Tanggal 21 Juni 2018 Tentang Tata Cara Penerbitan Perizinan dan Non Perizinan pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari DIREKTUR POLTEKKES DENPASAR Nomor PP.04.03/031/102.3/2019, tanggal 24 Februari 2019, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

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

Nama : NI NENGAH MURNIASIH  
Pekerjaan : MAHASISWA  
Alamat : BANJAR YANGAPI, Desa YANGAPI, Kecamatan.TEMBUKU  
Judul/bidang : GAMBARAN TINGKAT KONSUMSI ZAT GIZI MAKRO DAN STATUS GIZI PASIEN PENDERITA HIPERTENSI KOMPLIKASI JANTUNG YANG DI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM BANGLI

Lokasi Penelitian : RUMAH SAKIT UMUM BANGLI  
Jumlah Peserta : 3 Orang  
Lama Penelitian : 6 Bulan (31 Jan 2019 s/d 31 Jul 2019)

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 kaitannya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Rekomendasi/Ijin akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi/Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Rekomendasi/Ijin agar ditujukan kepada instansi pemohon.
- e. Menyerahkan hasil kegiatan kepada Pemerintah Provinsi Bali, melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali

Denpasar, 25 Februari 2019  
a.n. GUBERNUR BALI  
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL  
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

  
DEWA PUTU MANITRA, SH., MH.  
Panglima Utama Widyadarmas  
NIP. 19521231 198503 1 192

  
**IZIN INI DIKENAKAN  
TARIF Rp 0,-**

Tembusan kepada Yth.:

1. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali
2. Yang Bersangkutan



## LAMPIRAN 5



PEMERINTAH KABUPATEN BANGLI  
RUMAH SAKIT UMUM BANGLI

e-mail : rsud@banglikab.go.id  
JL. Brigjen NGurah Rai No.30 Bangli TLP. 0366-91521-91002



No : 445/376/Pely/2019  
Lamp :-  
Perihal : Peretujuan Permohonan Data

Bangli, 25 Maret 2019  
Kepada:  
Yth. Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Denpasar  
di-  
Denpasar

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat dari Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Denpasar,  
Nomor :PP.04.03/031/0060//2019, Tanggal : 15 Januari 2019, Prihal :  
Permohonan Data, sebagai bahan dalam penyusunan proposal yang diberikan  
kepada mahasiswa Jurusan Gizi Poltekkes Denpasar :

Nama : Ni Nengah Murniasih  
NIM : P07131016003  
Judul penelitian :

Gambaran tingkat konsumsi zat gizi makro dan  
status gizi pasien penderita hipertensi komplikasi  
jantung yang dirawat inap di RSUD Bangli

Pada prinsipnya dapat kami setujui sepanjang sesuai dengan ketentuan  
yang berlaku.

Demikian surat ini dibuat, agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.



Direktur RSUD Bangli

dr. L Wawan Sudiana, M.Kes  
BIA/Bina Utama Muda (IV/c)  
NIP. 19661129199703104

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Dewan Pengawas RSUD Bangli
2. SPI RSUD Bangli
3. Wadir Pelayanan RSUD Bangli
4. Wadir Umum, Keuangan, dan SDM RSUD Bangli
5. Wadir Penunjang dan SARPRAS RSUD Bangli
6. Kabid. Keperawatan RSUD Bangli
7. Kasie. Keperawatan Rawat Jalan dan Rawat Inap RSUD Bangli
8. Kasie. Keperawatan Gawat Darurat, Unit Khusus dan Operatif
9. Ka. Instalasi Rawat Inap RSUD Bangli
10. Ka. Instalasi Gizi RSUD Bangli
11. Karu. Cempaka, Anggrek RSUD Bangli
12. A r s i p.

**LAMPIRAN 6**

**FORM IDENTITAS SAMPEL**

**I. Identitas Sampel**

Kode Sampel : .....

Nama : .....

Jenis Kelamin : .....

Tempat/Tgl Lahir : .....

Umur : .....

Alamat : .....

Pekerjaan : .....

Pendidikan Terakhir : .....

Bulan Diagnosis Hipertensi Komplikasi Jantung:

.....

Tanggal MRS : .....

**II. Status Gizi**

Berat Badan : .....

Tinggi Badan : .....

IMT : .....

Status Gizi : .....

Bangli,.....2019

Enumerator

(.....)



No Urut Hidangan	Waktu Makan	Urutan Waktu (jam)	Nama Hidangan/Makanan/ Minuman	Rincian Bahan Makanan/Minuman	URT dan Berat Rincian Bahan Makanan/Minuman yang dikonsumsi			
					Jml	URT	Matang (gr)	Mentah (gr)
1	2	3	4	5	6	7	8	9