



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)

Nomor : LB.02.01/KEPK/ 0038 /2019  
Lampiran : 1 (satu) lembar  
Perihal : Penyerahan *Ethical Approval*

Kepada Yth :  
NI LUH NITA SEPTIANA  
di-  
Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini kami menyerahkan Persetujuan Etik/*Ethical Approval* Nomor : LB.02.03/EA/KEPK/00087/2019 tertanggal 8 Pebruari 2019.

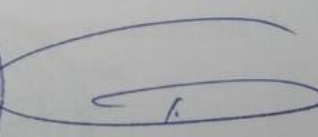
Hal-hal yang perlu diperhatikan :

1. Setelah selesai penelitian wajib menyerahkan 1 (satu) copy hasil penelitiannya.
2. Jika ada perubahan yang menyangkut dengan hal penelitian tersebut mohon melaporkan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Denpasar.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Denpasar, 8 Pebruari 2019  
Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Poltekkes  
Denpasar



  
Dewa Putu Gede Putra Yasa, S.Kp, M.Kep, Sp.MB  
NIP. 197108141994021001

Tembusan Yth :  
1. Arsip



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/ 0087 /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 POLA KONSUMSI ZAT GIZI MAKRO DAN STATUS GIZI PENDERITA HIPERTENSI DI PUSKESMAS DAWAN I KABUPATEN KLUNGKUNG

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

NI LUH NITA SEPTIANA

**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 Februari 2019  
Ketua,  
  
I Dewa Rupa Gede Putra Yasa, S.Kp, M.Kep, Sp.MB



**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.dpmpmsp.baliprov.go.id](http://www.dpmpmsp.baliprov.go.id) e-mail: [dpmpmsp@baliprov.go.id](mailto:dpmpmsp@baliprov.go.id)

Nomor : 070/05544/DPMPSTSP-B/2019  
Lampiran : -  
Perihal : Rekomendasi

Kepada  
Yth: Bupati Klungkung  
cq. Kepala DPMPSTSP  
Kabupaten Klungkung  
di -  
Tempat

I. Dasar

- 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.
- Surat Permohonan dari DIREKTUR POLTEKKES DENPASAR Nomor PP.04.03/031/102.25/2019, tanggal 28 Januari 2019, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

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

Nama : NI LUH NITA SEPTIANA  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Dusun Dlod Buug, Desa Dawan Klod, Kabupaten Klungkung  
Judul/bidang : GAMBARAN POLA KONSUMSI ZAT GIZI MAKRO DAN STATUS GIZI PENDERITA HIPERTENSI DI PUSKESMAS DAWAN I KABUPATEN KLUNGKUNG  
Lokasi Penelitian : PUSKESMAS DAWAN I KABUPATEN KLUNGKUNG  
Jumlah Peserta : 6 Orang  
Lama Penelitian : 6 Bulan (28 Jan 2019 s/d 31 Jul 2019)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut:

- Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang
- Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Rekomendasi/Ijin akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- Apabila masa berlaku Rekomendasi/Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Rekomendasi/Ijin agar ditujukan kepada instansi pemohon.
- 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, 04 Februari 2019

a.n. GUBERNUR BALI

PIR. KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL  
DAN P.TSP PROVINSI BALI

  
I DEWA PUTU SUNARTHA, SE, M.Si  
PEMBINA UTAMA MADYA  
NIP. 19850430 199112 1 002



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

Tembusan kepada Yth :

- Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali
- Yang Bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN KLUNGKUNG**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
JL. R.A. KARTINI NO. 33 TELP. (0366) 23969  
**SEMARAPURA**

**SURAT BUPATI KLUNGKUNG**  
**NOMOR : 503/95/RP/DPMPSTP/2019**

**TENTANG :**

**REKOMENDASI**

- Dasar :
1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 10 Tahun 2005 tanggal 9 Mei tentang Rekomendasi Penelitian/Ijin Penelitian, Survey, KKL/KN, Study Banding, Kerbaksos, PKL, Pengabdian Masyarakat bagi Mahasiswa/I Dosen, Instansi Pemerintah, Swasta dan Orang Asing;
  2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014, tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
  3. Peraturan Gubernur Bali Nomor 30 tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Gubernur Bali Nomor 45 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
  4. Surat Rekomendasi dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali Nomor : 070/05544/DPMPSTP-B/2019, tanggal 04 Februari 2019

**MEMBERIKAN REKOMENDASI**

Kepada :

Nama : NI LUH NITA SEPTIANA  
Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa  
Alamat : Dusun Dlod Buug, Desa Dawan Kelod, Kabupaten Klungkung  
Judul/Bidang : GAMBARAN POLA KONSUMSI ZAT GIZI MAKRO DAN STATUS GIZI PENDERITA HIPERTENSI DI PUSKESMAS DAWAN I KABUPATEN KLUNGKUNG  
Lokasi Kegiatan : UPT. Puskesmas Dawan I  
Jumlah Peserta : 6 Orang  
Lama Kegiatan : 6 Bulan ( 28 Januari 2019 s/d 31 Juli 2019 )

Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan memenuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada pejabat yang ditunjuk.
- b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan Bidang Judul Kegiatan dimaksud. Apabila melanggar ketentuan, ijin yang diberikan akan dicabut dan harus menghentikan segala kegiatannya.
- c. Mentaati semua ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat/aturan-aturan yang berlaku di lingkungan lokasi penelitian.
- d. Apabila masa berlaku ijin ini telah berakhir sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan permohonan ijin agar ditujukan kepada instansi pemohon.
- e. Menyerahkan 2 (dua) buah hasil kegiatan kepada Pemerintah Kabupaten Klungkung melalui Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Klungkung.

Ditetapkan di : Semarapura  
Pada Tanggal : 13 Mei 2019

Ath Bupati Klungkung :  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten Klungkung.

I Made Sudiakarya, S.IP, MM  
NIP. 097204131991011001

**IZIN INI TIDAK  
DIPUNGUT BIAYA**

**Tembusan disampaikan kepada Yth :**

1. Gubernur Bali Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Prov. Bali di Denpasar
2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Klungkung untuk maklum dan mohon Pengawasannya
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Klungkung um, dan mohon pengawasannya
4. Kapolsek Dawan um, dan mohon pengawasannya
5. Danranmil Dawan um, dan mohon pengawasannya
6. Camat Dawan um, dan mohon pengawasannya
7. Kepala UPT. Puskesmas Dawan I um, dan mohon pengawasannya

**Persetujuan Setelah Penjelasan  
(Informed Consent)  
Sebagai Peserta Penelitian**

Yang terhormat Bapak/ Ibu, Kami meminta kesediannya 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 Pola Konsumsi Zat Gizi Makro dan Status Gizi Penderita Hipertensi di Puskesmas Dawan I
Peneliti Utama	Ni Luh Nita Septiana
Institusi	Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Denpasar
Peneliti Lain	1. I Gusti Ayu Widianitri 2. Ni Wayan Vera Sri Marta 3. Putu Diartamasari Bendri 4. Ni Kadek Wulan Dwi Kusuma 5. Ni Kadek Pingky Pebriana
Lokasi Penelitian	Puskesmas Dawan I
Sumber pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk Mengetahui pola konsumsi zat gizi makro dan status gizi pada pasien hipertensi di puskesmas Dawan I kabupaten Klungkung. Jumlah sampel sebanyak 43 orang dengan syarat yaitu bersedia diteliti dan menandatangani surat pernyataan bersedia menjadi sampel; Berkomunikasi dengan baik; Memiliki tekanan darah tinggi yaitu  $\geq 140/90$  mmHg; Telah terdiagnosa oleh dokter menderita penyakit hipertensi; Mengonsumsi obat anti hipertensi yang telah diresepkan oleh tenaga kesehatan; Terdaftar sebagai pasien hipertensi di puskesmas Dawan I. Peserta akan diukur tinggi badan dan berat badannya serta diukur pola konsumsi zat gizi makronya.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang status gizi dan pola konsumsi zat gizi makro peserta.

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Kompensasi lain yaitu peneliti akan menanggung biaya perawatan yang diberikan jika terjadi kecelakaan selama menjadi peserta penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

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

Jika setuju untuk menjadi peserta peneltian ini, Bapak/Ibu diminta untuk menandatangani formulir ‘Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai \*Peserta Penelitian/ \*Wali’ setelah Bapak/Ibu benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibuakan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Ni Luh Nita Septiana **dengan no HP 083114130465**

Tanda tangan Bapak/Ibu dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu 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*  
*Tanggal (wajib diisi): / /*

\_\_\_\_\_  
*Tanda Tangan dan Nama*  
*Tanggal (wajib diisi): / /*

***Hubungan dengan Peserta/ Subyek Penelitian:***

\_\_\_\_\_  
***(Wali dibutuhkan bila calon peserta adalah anak < 14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang – koma)***

**Peneliti**

\_\_\_\_\_  
*Tanda Tangan dan Nama*

\_\_\_\_\_  
*Tanggal*

***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 saksi*

*Tanggal*

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

\* coret yang tidak perlu

## Lampiran Formulir Identitas Sampel

### IDENTITAS SAMPEL

#### A. Identitas Sampel

1. Nomor Sampel :
2. Nama :
3. Umur :
4. Tempat/ Tanggal Lahir :
5. Jenis Kelamin :
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan
6. Agama :
7. No Telepon :
8. Alamat :
9. Pendidikan Terakhir :
10. Pekerjaan :

#### B. Data Obyektif

1. Berat Badan :
2. Tinggi Badan :
3. Indeks Masa Tubuh :
4. Status Gizi :

#### C. Data Fisik/ Klinis

1. Tekanan Darah :
2. Penyakit Penyerta :

Klungkung, .....2019

Enumerator