LAMPIRAN

Lampiran 1

Etical Clearance

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

PERSETUJUAN ETIK /
ETHICAL APPROVAL
Nomor : LB.02.03/EA/KEPK/ 0333 /2018

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 ANTARA TINGKAT KONSUMSI ZAT GIZI, STATUS GIZI DAN KADAR HEMOGLOBIN DARAH PADA REMAJA PUTRI SMAN 1 UBUD GIANYAR

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana/Peneliti Utama :
IDA AYU KADE ESYATI

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 kajl etik penelitian (amandemen protokol)

Denpasar, 3 Desember 2018
Ketua,

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

Lampiran 2

Surat Rekomendasi Kesbangpol

PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235
Telp./Fax (0361) 243804/258905
website: www.dpmptsp.baliprov.go.id e-mail: dpmptsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/04035/DPMPTSP-B/2018
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi

Kepada
Yth. Bupati Gianyar
cq. Kepala Badan Kesbang Linmas Kabupaten Gianyar
di -
Tempat

I. Dasar
1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 32 Tahun 2017 Tanggal 25 April 2017 Tentang Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Peraturan Gubernur Bali Nomor 36 Tahun 2017 Tanggal 26 April 2017 Tentang Tata Cara/Prosedur Penerbitan Perizinan dan NonPerizinan pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Direktur Poltekkes Denpasar Nomor PP.04.03/031/886.12/2018, tanggal 29 Agustus 2018, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

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

Nama	IDA AYU KADE ESYATI
Pekerjaan	Mahasiswa
Alamat	LINGKUNGAN KARANGSOKONG SUBAGAN KARANGASEM
Judul/bidang	Hubungan antara Tingkat Konsumsi Zat Gizi, Status Gizi dan Kadar Hemoglobin Darah Pada Remaja Putri SMAN 1 Ubud Gianyar
Lokasi Penelitian	SMAN 1 Ubud Gianyar
Jumlah Peserta	5 Orang
Lama Penelitian	6 Bulan (01 Dec 2018 s/d 30 Jun 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 kaitanya 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, 03 September 2018
a.n. GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP PROVINSI BALI

IDA BAGUS MADE PARWATA, S.E., M.SI.
PEMBINA UTAMA MADYA
NIP. 19561231 198510 1 003

IZIN INI DIKENAKAN TARIF Rp 0,-

Tembusan kepada Yth :
1. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali
2. Yang Bersangkutan

Lampiran 3

Informed Concent

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	Hubungan antara Tingkat Konsumsi Zat Gizi, Status Gizi dan Kadar Hemoglobin Darah pada Remaja Putri SMAN 1 Ubud Gianyar
Peneliti Utama	Ida Ayu Kade Esyati
Institusi	Politeknik Kesehatan Denpasar
Peneliti Lain	-
Lokasi Penelitian	SMAN 1 Ubud
Sumber pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat konsumsi zat gizi, status gizi dan kadar hemoglobin darah pada remaja putri SMAN 1 Ubud Gianyar. Jumlah peserta sebanyak 83 sampel dengan syarat yaitu :

1) Kriteria Inklusi
   a) Siswi yang masih tercatat sebagai pelajar kelas X dan XI di SMAN 1 Ubud
   b) Siswi berumur > 14 tahun dan mampu berkomunikasi
   c) Sudah mengalami menstruasi
   d) Bersedia menjadi sampel
2) Kriteria Eksklusi
   a) Siswi sedang sakit
   b) Siswi sedang mengalami menstruasi

Responden pada saat wawancara akan ditanyakan mengenai keterangan diri atau identitas diri, kemudian responden akan diwawancarai tentang asupan zat gizinya dengan metode menanyakan kembali konsumsi makanan sampel sehari sebelumnya sebanyak 2 x 24 jam. Setelah itu dilanjutkan dengan kegiatan menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan responden. Terakhir, melakukan tes kadar hemoglobin dengan mengambil sedikit darah pada ujung jari, responden akan merasakan sedikit sakit seperti digigit semut. . Pemeriksaan kadar hemoglobin dilakukan oleh tenaga ahli yaitu lulusan analis kesehatan.Waktu yang tersita untuk melakukan wawancara serta pengukuran pengetahuan diperkirakan selama 30 menit. Pengambilan data akan dilakukan satu kali selama penelitian.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang hubungan antara tingkat konsumsi zat gizi, status gizi dan kadar hemoglobin darah pada remaja putri.

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

Kepesertaan Saudara/Adik pada penelitian ini bersifat sukarela. Saudara/Adik dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi, sehingga dianggap sebagai sampel drop out dan dicarikan sampel baru yang bersedia di cek kadar Hemoglobinnya.

Jika setuju untuk menjadi peserta peneltian ini, Saudara/Adik diminta untuk menandatangani formulir ‘Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/ *Wali’ setelah Saudara/Adik benar-benar memahami

tentang penelitian ini. Saudara/Adik akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.

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

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, dapat hubungi peneliti :

Ida Ayu Kade Esyati
Mahasiswa Jurusan Gizi Prodi DIV
Hp. 087860396632
Email dayuesyati@gmail.com

Tanda tangan Saudara/Adik dibawah ini menunjukkan bahwa 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 Penelitian,

_____

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

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/guru/wali kelas/kepala sekolah 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 4

Kuisioner Pengumpulan Data

A. Identitas Sampel

Kode Sampel	
Nama Sampel	
Tempat/Tanggal Lahir	
Alamat	
Umur	
Kelas	
No. Hp	

B. Antropometri

1. Berat Badan ☐☐, ☐ kg
2. Tinggi Badan ☐☐☐, ☐ cm
3. Indeks Massa Tubuh ☐☐, ☐ kg/m^2
4. IMT/U ☐☐, ☐ SD
5. Status Gizi ☐

C. Biokimia

1. Kadar Hemoglobin ☐☐, ☐ g/dl

D. Suplemen Vitamin C

Suplemen Vitamin C	
Apakah Anda pernah mengonsumsi salah satu suplemen Vitamin C di bawah ini dalam 1 minggu terkahir ?	
a. Vitacimin	e. UC 1000mg Vitamin C
b. Xon-Ce	f. Enervon C
c. Redoxon	g. Ester C
d. CDR	
Anda mengonsumsinya sejumlah …….. dalam …. hari	

Lampiran 5

Formulir *Recall* 24 Jam Konsumsi Sampel

FORM RECALL 24 JAM

Nama Sampel : Hari Ke :

Kode Sampel : Tanggal :

Waktu Makan	Nama Hidangan	Bahan Makanan		
		Jenis	Banyaknya	
			URT	gram
Pagi				
Selingan Pagi				
Siang				
Selingan Siang				
Malam				

Gianyar,….....……2019

(……..)
Enumerator