

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

SURAT IJIN PENELITIAN



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 : 070/10409/DPMPPTSP-B/2019
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi

Kepada
Yth: Walikota Denpasar
cq. Kepala Badan Kesbang Pol
Kota Denpasar
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.04.03/031/1203.1-22/2019, tanggal 16 Desember 2019, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

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

Nama : IDA AYU KARINA CHINTYA ATMIKA
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Br. Tegeha Sempidi no. 22 Mengwi, Badung
Judul/bidang : HUBUNGAN PENERAPAN DIET GLUTEN FREE CASEIN FREE DENGAN PERKEMBANGAN MOTORIK DAN STATUS GIZI ANAK AUTIS DI PUSAT LAYANAN AUTIS KOTA DENPASAR
Lokasi Penelitian : PUSAT LAYANAN AUTIS KOTA DENPASAR
Jumlah Peserta : 5 Orang
Lama Penelitian : 6 Bulan (30 Dec 2019 s/d 31 Jul 2020)

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, 19 Desember 2019

a.n. GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PTSP PROVINSI BALI



IZIN INI DIKENAKAN
TARIF Rp 0,-



DEWA PUTU MANTERA
Pembina Utama Muda
NIP. 19621231198503 1 192

Tembusan kepada Yth :

1. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali
2. Yang Bersangkutan

LAMPIRAN 2

ETHICAL 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/ 0447 /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 :

HUBUNGAN PENERAPAN DIET *GLUTEN FREE CASEIN FREE* DENGAN PERKEMBANGAN MOTORIK DAN STATUS GIZI ANAK AUTIS DI PUSAT LAYANAN AUTIS KOTA DENPASAR

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

IDA AYU KARINA CHINTYA ATMIKA

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, 11 September 2019

Ketua,



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

LAMPIRAN 3
PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)
SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

Yang terhormat, Ibu/ Wali, 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	Hubungan Penerapan Diet <i>Gluten Free Casein Free (GFCCF)</i> dengan Perkembangan Motorik dan Status Gizi Anak Autis di Pusat Layanan Autis Kota Denpasar
Peneliti	Ida Ayu Karina Chintya Atmika
Institusi	Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Denpasar
Lokasi Penelitian	Pusat Layanan Autis (PLA) Kota Denpasar Jalan Mataram No. 3, Dauh Puri Kaja, Kec. Denpasar Utara
Sumber pendanaan	Swadana Mahasiswa

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan diet *Gluten Free Casein Free (GFCCF)* hubungannya dengan perkembangan motorik dan status gizi anak autis di Pusat Layanan Autis Kota Denpasar. Jumlah sampel sebanyak 43 orang dengan syaratnya yaitu, sampel didiagnosa mengalami autisme (*Autism Spectrum Disorder*), berusia 6-12 tahun, responden penelitian ini adalah ibu/ wali dari anak autis itu sendiri, mampu berkomunikasi serta membaca dan menulis dengan baik. Ibu/ wali sebagai responden penelitian akan diwawancarai mengenai penerapan diet *Gluten Free Casein Free (GFCCF)*, lalu perkembangan motorik dan status gizi sampel/subyek penelitian (anak autis) akan di observasi serta diukur berat badan dan tinggi badannya.

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta/ subyek penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Kepesertaan Ibu/ wali pada penelitian ini bersifat sukarela. Ibu/ wali dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi

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

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Ibu/ wali untuk kelanjutan kepesertaan dalam

penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Ibu/ wali. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: Ida Ayu Karina Chintya Atmika dengan No. telepon 089664758923

Tanda tangan Ibu/wali dibawah ini menunjukkan bahwa Ibu/ wali 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)

LAMPIRAN 4

FORM IDENTITAS SAMPEL DAN RESPONDEN

A. Identitas Sampel

Kode :

Nama :

Umur :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Agama :

Alamat :

Lama Mengikuti Terapi :

Menjalankan Diet : Ya/Tidak (**coret yang tidak perlu*)
Jika ya sebutkan

Berat Badan :(kg)

Tinggi Badan :(cm)

B. Identitas Responden

Kode :

Nama :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan :

Agama :

Alamat :

LAMPIRAN 5
KUESIONER PENERAPAN DIET GLUTEN FREE CASEIN FREE
(GFCF) PADA ANAK AUTIS DI PLA KOTA DENPASAR

Nama Ibu :

Nama Anak :

Tanggal Pengisian :

Kode :

Petunjuk pengisian : Berilah tanda centang (√) pada pertanyaan yang sesuai dengan apa yang diberikan pada anak

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Apakah anak diberikan makanan sumber karbohidrat dari tepung terigu, gandum atau oat?		
2.	Apakah anak diberikan makanan olahan seperti roti, kue-kue, mie, spageti, makaroni, biskuit, <i>pizza</i> , bolu, dll?		
3.	Apakah anak diberikan makanan yang bersumber dari susu sapi?		
4.	Apakah anak diberikan makanan olahan seperti keju, es krim, yogurt, dll?		
5.	Apakah anak diberikan makanan dengan sumber lemak seperti mentega dan cream?		

FORMULIR *FOOD RECALL*

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

Denpasar,.....2020

LAMPIRAN 7

PERHITUNGAN KEBUTUHAN ENERGI ANAK

Penentuan kebutuhan energi dapat dihitung dengan cara sebagai berikut :

Menentukan kebutuhan energi pada anak sebaiknya dihitung secara individual berdasarkan BB ideal sesuai TB aktual dikalikan dengan AKG sesuai usia tinggi. Yang dimaksud dengan :

- BB ideal = BB berdasarkan TB aktual pada median WHO 2005 (untuk usia 0 – 5 tahun) atau = BB berdasarkan TB aktual pada persentil 50 grafik CDC (untuk anak usia > 5 tahun) – usia tinggi = usia sesuai TB aktual bila berada pada median.

Cara perhitungan :

Kebutuhan Energi = BB ideal x Kebutuhan Energi berdasarkan AKG sesuai Usia tinggi

Tabel Angka Kecukupan Energi dan Protein yang dianjurkan untuk Bayi dan Anak (per orang per hari)

Umur	BB (kg)*	TB (cm)*	Energi (kcal)	Energi (kcal/kg BB)	Protein (g)	Protein (g/kg BB)	Faktor Koreksi Protein**
0-6 bulan	6	61	550	91	12	2	1.1
7-11 bulan	9	71	725	80.5	18	2	1.3
1-3 tahun	13	91	1125	86.5	26	2	1.5
4-6 tahun	19	112	1600	84.2	35	1.8	1.5
7-9 tahun	27	130	1850	68.5	49	1.8	1.5
Laki-laki							
10-12 tahun	34	142	2100	61.8	57	1.7	1.5
13-15 tahun	46	158	2475	53.8	72	1.6	1.5
16-18 tahun	56	166	2675	47.8	66	1.2	1.3
Perempuan							
10-12 tahun	36	145	2000	55.6	60	1.7	1.5
13-15 tahun	46	155	2125	46.2	69	1.5	1.5
16-18 tahun	50	158	2125	42.5	59	1.2	1.3

(Sumber: PERMENKES RI 2013 dalam Penuntun Diet Anak)

LAMPIRAN 8
KUESIONER PERKEMBANGAN MOTORIK ANAK AUTIS
DI PUSAT LAYANAN AUTIS KOTA DENPASAR

Nama Anak :

Nama Enumerator :

Tanggal Pengisian :

Kode :

Petunjuk pengisian : Berilah tanda centang (√) pada pernyataan yang sesuai dengan keadaan anak.

No	Pernyataan	Deskripsi	Jawaban
A.	Motorik Kasar		
1.	Anak mampu mendorong sesuatu	Gerakan dengan menggunakan otot lengan yang dapat menggerakkan benda untuk maju	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2.	Anak mampu menarik benda	Gerakan dengan menggunakan otot lengan yang dapat menggerakkan benda untuk mundur atau untuk mendekatkan benda	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3.	Anak mampu membungkuk-an badan	Gerakan menunduk yang melengukkan punggung ke bawah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4.	Anak mampu berjalan dengan baik	Melangkahkan kaki bergerak maju	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5.	Anak mampu berlari	Gerakan memindahkan tubuh	<input type="checkbox"/> Ya

		dari titik satu ke titik lainnya dengan menggunakan kaki secara bergantian dan langkah kaki melayang	<input type="checkbox"/> Tidak
6.	Anak mampu melompat	Gerakan mengangkat tubuh dari satu titik ke titik lain yang lebih jauh atau tinggi dengan menumpu satu kaki dan mendarat dengan kaki/anggota tubuh lainnya dengan keseimbangan yang baik	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
7.	Anak mampu melempar dan menangkap sesuatu (misalnya bola)	Gerakan tangan untuk mengarahkan benda dengan cara mengayunkan tangan ke arah tertentu dan menghentikan benda yang ada di dekatnya	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
B.	Motorik Halus		
8.	Anak mampu melipat (misalnya kertas, baju, dll)	Gerakan untuk menghasilkan suatu bentuk dengan menggunakan berbagai media	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
9.	Anak mampu menggambar atau mengikuti pola garis	Kegiatan meniru atau membentuk wujud	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

		gambar	
10.	Anak mampu menggunting	Kegiatan memotong atau memangkas dengan menggunakan gunting	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
11.	Anak mampu mengancing baju	Kegiatan menutupkan baju dengan kancing	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
12.	Anak mampu memegang pensil atau sendok dengan benar	Kegiatan memaut benda dengan jari tangan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak