Lampiran 1

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

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

Judul	Gambaran Demensia Berdasarkan Status Gizi Pada Lansia Di Desa Tista Kecamatan Kerambitan Kabupaten Tabanan
Peneliti Utama	Ida bagus Made Kresna Dwipayana
Institusi	Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Denpasar
Peneliti Lain	Tulis peneliti anggota (sesuai dengan jumlahnya)
Lokasi Penelitian	Desa Tista, Kecamatan Kerambitan, Kabupaten Tabanan
Sumber pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran demensia berdasarkan status gizi pada lansia di Desa Tista Kecamatan Kerambitan Kabupaten Tabanan. Jumlah peserta sebanyak 43 orang dengan syaratnya yaitu criteria inklusi meliputi Berusia 55-64 tahun, Bersedia menjadi sampel dan menanda tangani *inform concent*, Mandiri dan dapat berkomunikasi dan criteria eksklusi meliputi Sampel tidak datang ke posyandu lansia, Sampel sakit, Mengalami gangguan pendengaran dan gangguan bicara. peserta akan diukur status gizi serta status demensianya.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang
gambaran demensia berdasarkan status gizi pada lansia.

Atas kesedian 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 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/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 peneltian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/ kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta peneltian 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 ditanda tangani 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 : Ida Bagus Made Kresna Dwipayana **dengan no HP 087861898417**

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 (wajib diisi): / / *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 2

SURAT PENGANTAR PENELITIAN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN GIZI
Jl. Gemitir No.72 Denpasar Timur 80237
Telp : (0361) 462641, Fax : (0361) 465232

No : PP.04.03/031/1061.1/2019 19 Nopember 2019
Lamp : -
Hal : Mohon Ijin informasi data untuk penyusunan proposal

Kepada Yth.
KEPALA DESA TISTA

Di
Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka menunjang dan memantapkan penyusunan proposal Karya Tulis Ilmiah pada mahasiswa semester V Prodi DIII Jurusan Gizi Poltekkes Denpasar bersama ini kami mohon Bapak/Ibu untuk berkenan memberikan izin pengambilan data awal sebagai data penunjang penyusunan proposal tersebut di instansi/wilayah kerja yang Bapak/Ibu pimpin kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama	:	I.B MD KRESNA DWIPAYANA
NIM	:	P07131017024
Judul Penelitian	:	GAMBARAN DEMENSIA BERDASARKAN STATUS GIZI PADA LANSIA
Data Yang diinginkan	:	DATA LANSIA

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerja sama yang baik kami ucapkan terimakasih.

An. Direktur Politeknik Kesehatan Denpasar
Plt. Ketua Jurusan Gizi,

Anak Agung Nanak Antarini, SST, MP
NIP. 19670820 199003 2 002

Lampiran 3

SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
MENJADI SAMPEL PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……

Tempat/ tanggal lahir : ……

Umur : ……

Jenis Kelamin : ……

Alamat : ……...

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi sampel penelitian dan akan memberikan informasi yang akan diperlukan berkaitan dengan penelitian yang akan di lakukan oleh Ida Bagus Made Kresna Dwipayana, mahasiswa Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar dengan penelitian yang berjudul : Gambaran Demensia Berdasarkan Status Gizi Pada Posyandu Lansia di Desa Tista Kecamatan Kerambitan Kabupaten Tabanan, setelah mendengar tentang maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan.

Tabanan,……..2019

Yang membuat pernyataan

(……...)

Lampiran 4

Identitas Sampel		
Kode Sampel	:	
Nama Sampel	:	
Jenis Kelamin	:	*) 1. Perempuan 2. Laki-laki
Tanggal Lahir/Umur	:	
Alamat	:	

Lampiran 5

KUISIONER MINI NUTRITION ASSESSMENT (MNA)

Nama:
Usia/ jenis kelamin:
Berat badan:
Tinggi badan:
Tanggal:

Skrining	
A	Apakah asupan makan berkurang selama 3 bulan terakhir karena kehilangan nafsu makan, gangguan pencernaan, kesulitan mengunyah atau menelan ? 0 = asupan makanan sangat berkurang 1 = asupan makanan agak berkurang 2 = asupan makanan tidak berkurang ☐
B	Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir 0 = penurunan berat badan lebih dari 3 kg 1 = tidak tau 2 = penurunan berat badan antara 1 hingga 3 kg 3 = tidak ada penurunan berat badan ☐
C	Mobilitas 0 = terbatas ditempat tidur atau kursi 1 = mampu bangun dari tempat tidur/kursi tetapi tidak berpergian ke luar rumah 2 = dapat berpergian ke luar rumah ☐
D	Menderita tekanan pisikologis atau penyakit yang berat dalam 3 bulan terakhir 0 = ya 1 = tidak ☐
E	Gangguan neuropsikologis 0 = depresi berat atau kepikunan berat 1 = kepikunan ringan 2 = tidak ada gangguan pisikologis ☐
F1	Indeks Massa Tubuh (IMT) (berat badan dalam kg) (tinggi badan dalam m)^2 0 = IMT kurang dari 19 (IMT < 19) 1= IMT 19 hingga kurang dari 21 (IMT : 19 hingga <21) 2 = IMT 21 hingga kurang dari 23 (IMT : 21 hingga <23) 3= IMT 23 atau lebih (IMT ≥ 23) ☐

BILA DATA IMT TIDAK ADA, GANTI PERTANYAAN F1 DENGAN PERTANYAAN F2. BAIKAN PERTANYAAN F2 BILA PERTANYAAN F1 SUDAH TERISI

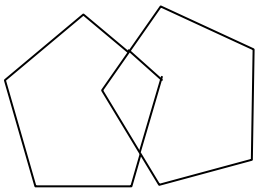
F2	Lingkar betis (cm) 0 = lingkar betis kurang dari 31 (lingkar betis <31) 1 = lingkar betis sama dengan atau lebih besar daripada 31 (lingkar betis ≥31) ☐

Kategori skor: 12-24 : Status gizi normal, 8-11 : Beresiko malnutrisi, 0-7 : Malnutrisi

Lampiran 6

Nama Responden dan Umur:

Kuisioner Mini Mental State Exmination (MMSE)

No	Tes	Nilai max	Nilai
	Orientasi		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan/tanggal), (hari) apa?	5	
2	Kita berada di mana? (Negara), (Provinsi), (Kota), (Desa), (Banjar)	5	
	Registrasi		
3	Sebutkan 3 buah nama benda (bola, melati, kursi) tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tersebut dengan benar dan catat jumlah pengulangan.	3	
	Atensi dan Kalkulasi		
4	Hitunglah berturut-turut selang 7 mulai dari 100 ke bawah, berilah 1 angka setiap jawaban yang benar. Berhentisetelah 5 hitungan (93, 86, 79, 72, 65). Atau ejalah kata “dunia” dari akhir ke awal (a-i-n-u-d)	5	
	Mengingat		
5	Tanyakanlah kembali nama ke3 benda yang telah disebutkan diatas. Berilah 1 angka untuk setiap jawaban yang benar	3	
	Bahasa		
6	Sampel disuruh menyebutkan nama benda (pensil dan buku)	2	
7	Pasien disuruh mengulang kata-kata, (namun, tanpa, bila)	1	
8	sampel disuruh melakukan perintah ini “peganglah kertas ini dengan tangan kananmu,lipatlah kertas itu pada pada pertengahan kemudian letakan di lantai”	3	
9	Bacalah dan laksanakan perintah berikut, “PEJAMKAN MATA ANDA”	1	
10	Tulislah sebuah kalimat.	1	
11	Pasien diminta menggambar bentuk dibawah ini: 	1	
	Total	30	

Kategori skor: 24-30 normal, 17-23 probable gangguan kognitif, 0-16 definite gangguan kognitif

Lampiran 7

PERSETUJUAN ETIK/ETHICAL APPROVAL

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/ 0052 /2020

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 DEMENSIA BERDASARKAN STATUS GIZI PADA LANSIA DI DESA TISTA KECAMATAN KERAMBITAN KABUPATEN TABANAN

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

IDA BAGUS MADE KRESNA DWIPAYANA

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, 6 Maret 2020
Ketua,

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

Lampiran 8

Dokumentasi