

LAMPIRAN

Lampiran 1.

Rumus Jumlah Sampel dan Besar Sampel

$$n = \frac{z^2 \alpha \cdot p(1-p)}{e^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

$z^2 \alpha$ = nilai z pada tingkat kepercayaan 95%

p = estimasi proporsi

e = presisi

Sehingga jumlah sampel pada penelitian ini adalah

$$\begin{aligned} n &= \frac{z^2 \alpha \cdot p(1-p)}{e^2} \\ n &= \frac{1,960^2 * 0,5 * 0,5}{0,1^2} \\ n &= 96,04 \end{aligned}$$

Penambahan 20% sampel untuk mengantisipasi hal – hal yang tidak diinginkan

$$n = 96,04 + 20\%$$

$$n = 115$$

Jumlah sampel 115 anak

Proporsional Sampel di setiap Posyandu

$$n = \frac{\text{Jumlah anak di posyandu}}{\text{jumlah seluruh anak}} \times \text{jumlah sampel}$$

Tabel 12.
Proporsi Sampel di setiap Posyandu

No.	Nama Desa	Jumlah Baduta (12 – 23 bulan)	Jumlah Sampel
1.	Busungbiu	81	31
2.	Kekeran	24	9
3.	Pelapuan	28	11
4.	Bengkel	37	14
5.	Umajero	37	14
6.	Kedis	18	7
7.	Tinggar Sari	48	18
8.	Subuk	11	4
9.	Titab	9	3
10.	Telaga	10	4
Total		303	115

Lampiran 2

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/ 0639 /2021

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 STATUS ASI EKSKLUSIF DAN POLA PEMBERIAN MPASI DENGAN STATUS GIZI PADA ANAK BADUTA DI WILAYAH KEJA PUSKESMAS BUSUNGBIU 1

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

KADEK MEITA CAHYA NINGSIH

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, 29 Juli 2021

Ketua,

Dr. Agus Sri Lestari,S.ST.,M.Erg



Lampiran 3
Ijin Penelitian Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Provinsi Bali



PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
JALAN RAYA PUPUTAN NITI MANDALA (80235), TELEPON (0361)243804
WEBSITE: www.dpmpfsp.baliprov.go.id, Email: dpmpfsp@baliprov.go.id

Nomor : B.30.070/3475.E/IZIN-C/DISPMPT
Lampiran :
Lampiran : -
Hal : Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian

Kepada
Yth. Bupati Buleleng
cq. Kepala DPMPTSP Kabupaten Buleleng
di -
Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 63 Tahun 2019 tanggal 31 Desember 2019 Tentang Standar Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Politeknik Kesehatan Denpasar Nomor PP.02.01/031/0549/2021, tanggal 28 Juni 2021, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

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

Nama : Kadek Meita Cahya Ningsih
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Menaka Giri No. 6 Busungbiu, Buleleng, Bali
Judul/bidang : Hubungan Status ASI Eksklusif dan Pola Pemberian MPASI dengan Status Gizi pada Anak Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Busungbiu 1

Lokasi Penelitian : Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Busungbiu 1

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lama Penelitian : 5 Bulan (02 Agustus 2021 - 30 Desember 2021)

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 Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Mintaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian agar ditujukan kepada instansi pemohon.

IZIN INI DIKENAKAN
TARIF RP 0,-

Ditandatangani secara elektronik oleh :
a.n. GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS
Anak Agung Ngurah Oka Sutha Diana
NIP. 19631022 199108 1 001

Tembusan kepada Yth

1. Gubernur Bali Sebagai Laporan
2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali di Denpasar
3. Yang Bersangkutan



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSRE

Lampiran 4
Ijin Penelitian Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Buleleng



PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU

Jalan Ngurah Rai No. 72 Telepon (0362) 22063 - (0362) 27719

Nomor : 503/477/REK/DPMPTSP/2021 Kepada :
Lamp : - Yth. Ketua Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas
Perihal : Rekomendasi Busungbiu I

di -
Tempat

I. Dasar :

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor : 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor : 138 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Daerah
3. Surat dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Prov. Bali Nomor B.30.070/3475.E/IZIN-C/DISMPT Tanggal 28 Juni 2021 Perihal Surat Keterangan Penelitian/Rekomendasi Penelitian

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

Nama : Kadek Meita Cahya Ningsih

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Br. Dinas Kaja, Desa Busungbiu, Kecamatan Busungbiu, Kab. Buleleng

Bidang / Judul : Hubungan Status ASI Ekslusif dan Pola Pemberian MPASI Dengan Status Gizi Pada Anak Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Busungbiu I

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lokasi : Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Busungbiu I

Lamanya : 5 Bulan (02 Agustus 2021 - 30 Desember 2021)

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

1. Sebelum mengadakan kegiatan agar melapor kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Buleleng atau Pejabat yang Berwenang;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/ judul dimaksud, apabila melanggar ketentuan akan dicabut ijinnya dan menghentikan segala kegiatannya;
3. Memtaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat;
4. Apabila masa berlaku Rekomendasi / Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai maka perpanjangan Rekomendasi / Ijin agar ditujukan kepada Instansi pemohon;
5. Menyerahkan 1 (satu) buah hasil kegiatan kepada Pemerintah Kabupaten Buleleng, melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Buleleng.

Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN : SINGARAJA
PADA TANGGAL : 09 AGUSTUS 2021

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP
KABUPATEN BULELENG



Tembusan ini disampaikan kepada Yth:

1. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Prov. Bali
2. Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Buleleng
3. Camat Setempat
4. Yang Bersangkutan
5. Arsip

Lampiran 5
PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

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

Judul	Hubungan Status ASI Eksklusif Dan Pola Pemberian MP-ASI Dengan Status Gizi Pada Anak Baduta Di Wilayah Kerja Puskesmas Busungbiu I
Peneliti Utama	Kadek Meita Cahya Ningsih
Institusi	Politeknik Kesehatan Denpasar
Lokasi Penelitian	Wilayah Kerja Puskesmas Busungbiu I
Sumber Pendanaan	Pribadi

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan status ASI eksklusif dan pola pemberian MP-ASI dengan status gizi pada anak baduta. Terdapat syarat yang dipergunakan sebagai penentuan sampel yaitu:

- A. Kriteria inklusi

1. Anak umur 12 – 23 bulan (12 bulan 0 hari – 23 bulan 29 hari).
2. Bersedia dilakukan wawancara dengan narasumber ibu atau pengasuh atau wali yang merawat dan berada pada tempat pelaksanaan penelitian.
3. Dapat dilakukan pengukuran berat badan dengan dacin atau timbangan injak dan pengukuran panjang badan dengan infant ruler.
4. Sampel harus tercatat di buku register posyandu dan memiliki buku KIA atau KMS

B. Kriteria Eksklusi

1. Anak umur 0 – 11 bulan 29 hari atau anak umur lebih dari 24 bulan 0 hari.
2. Anak yang tidak hadir di tempat penelitian.
3. Ibu atau pengasuh atau wali tidak bersedia diwawancara dan tidak bersedia menjadi responden.
4. Anak tidak dapat diukur berat badan dan /atau tinggi badannya dengan dacin atau timbangan injak dan/atau infant ruler.
5. Sampel tidak tercatat di buku register posyandu dan tidak memiliki buku KIA atau KMS.
6. Anak memiliki penyakit yang dapat mengganggu pengukuran.

Anak diukur berat badan dan tinggi badannya kemudian ibu atau wali anak diwawancara mengenai pola pemberian MP-ASI yang meliputi jumlah, jenis, dan frekuensi pemberian MP-ASI yang dibantu dengan menggunakan form kuesioner

SQ FFQ dan pendataan status ASI eksklusif pada buku KIA atau KMS yang dibantu oleh enumerator. Waktu yang dihabiskan dalam wawancara ± 20 menit.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang hubungan status ASI eksklusif dan pola pemberian MP-ASI dengan status gizi. Tidak ada resiko besar yang merugikan peserta karena seluruh kegiatan dilakukan berdasarkan SOP. 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/Ibu dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Ibu/Saudari untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak mempengaruhi mutu dan akses pelayanan kesehatan yang diberikan.

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

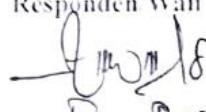
Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu untuk kelanjutan kepescertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: Kadek Meita Cahya Ningsih Mahasiswa Jurusan Gizi Prodi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika.

No HP: 081936527329

Email: meitacahyaningsih12@gmail.com

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

Responden/Wali


Putu Pertiwi

(Tanda Tangan dan Nama/Tanggal (wajib diisi))

Hubungan dengan Peserta/Subyek Penelitian:

Ibu kandung

Peneliti


Kadek Meita Cahya Ningsih 14 - 12 - 2021

(Tanda Tangan dan Nama)

Tanggal

Tanda tangan saksi diperlukan pada *formulir consent* ini hanya bila:

- 1. Responden/Wali Peserta memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca tidak dapat bicara atau buta.
- 2. Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian risiko tinggi atau prosedur penelitian invasif).

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 waliya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela.


Ni Luh Wiliani

19 - 12 - 2021

Name dan Tanda tangan saksi:

Janggut

Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibatalkan
kemudian.

Untuk tanda tidak perlu

Lampiran 6.

Form Kuesioner Penelitian

A. IDENTITAS

I. Identitas Anak		
1	Kode sampel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Nama Sampel	<input type="text"/>
3	Jenis Kelamin	1. Perempuan 2. Laki - laki <input type="checkbox"/>
4	Agama	1. Hindu 2. Islam 3. Protestan 4. Katolik 5. Buddha 6. Konghucu <input type="checkbox"/>
5	Tanggal Lahir/Umur	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bulan
6	Status ASI Eksklusif	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
7	Anak ke	<input type="text"/>

II. Data Antropometri dan Klinik Anak		
1	Berat badan	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Kg
2	Tinggi Badan	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm
3	Status Gizi (IMT/U).	1.Gizi Buruk 2. Gizi Kurang 3.Gizi Baik 4. Berisiko Gizi Lebih 5.Obesitas <input type="checkbox"/>

Petunjuk:

Berilah tanda ceklist (✓) pada satu kotak jawaban yang menurut anda paling tepat sesuai dengan keadaan yang dialami dan jawablah pertanyaan di bawah pada isian yang telah disediakan.

B. Form SQ FFQ

No Responden : _____

Nama : _____

Umur : _____

Tinggi Badan : _____ cm

Berat Badan : _____ kg

Tanggal : _____

No	Bahan Makanan	Ukuran Standar	Frekuensi								Besaran Porsi			Konsumsi per Hari
			TP	1-3/bln	1x/mg	2-3/mg	4-6/mg	1x/hari	2-3x/hari	4-5/hari	K	S	B	
1	Nasi (50 gr)	3/4 gls												
2	Roti (25 gr)	1 Potong												
3	Mie Basah (40 gr)	2 sdm												
4	Jagung Pipil (20 gr)	2 sdm												
5	Kentang (50 gr)	1/2 bj sedang												
6	Biskuit (20 gr)	2 bh besar												

7	Ubi (50 gr)	1/2 bj sedang											
8	Bihun (40 gr)	2 sdm											
9	Crackers (25 gr)	2 bh besar											
10	Tepung Beras (25 gr)	4 sdm											
11	Tepung Terigu (25 gr)	5 sdm											

Protein Hewani

No	Bahan Makanan	Ukuran Standar	Frekuensi							Besaran Porsi			Konsumsi per Hari
			TP	1-3/bln	1x/mg	2-3/mg	4-6/mg	1x/hari	2-3x/hari	4-5/hari	K	S	B
12	Daging Ayam (25 gr)	1 ptg sedang											
13	Daging Sapi (20 gr)	1/2 ptg sedang											
14	Daging babi (25 gr)	1/2 ptg sedang											
15	Ikan tawar (20 gr)	1/2 ptg sedang											
16	Ikan Laut (20 gr)	1/2 ptg sedang											

Protein Nabati

Sayuran

Susu

No	Bahan Makanan	Ukuran Standar	Frekuensi								Besaran Porsi			Konsumsi per Hari
			TP	1-3/bln	1x/mg	2-3/mg	4-6/mg	1x/hari	2-3x/hari	4-5/hari	K	S	B	

Minyak

TOTAL

**C. KUESIONER PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING AIR SUSU
IBU (MP-ASI)**

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Iya	Tidak
1.	Apakah ibu memberikan MP-ASI mulai usia 6 bulan?		
2.	Apakah ibu memberikan MP-ASI sebelum usia 6 bulan?		
3.	Apakah anak diberikan MP-ASI sebanyak 3 – 4 kali dalam sehari?		
4.	Apakah anak diberikan makanan selingan 1 – 2 kali dalam sehari?		
5.	Apakah anak diberikan makanan sebanyak $\frac{3}{4}$ mangkok dalam sekali makan?		
6.	Apakah anak diberikan MP-ASI yang mengandung zat gizi lengkap (karbohidrat, protein, dan lemak)?		

Lampiran 7 **Dokumentasi Penelitian**



Kegiatan Wawancara dengan Responden



Kegiatan Penandatanganan PSP oleh Responden



Kegiatan Wawancara dengan Responden



Kegiatan Wawancara dengan Responden



Kegiatan Pengukuran Berat Badan Sampel