

LAMPIRAN

**TABEL CARIES RISK ASSESSMENT OLEH AMERICAN ACADEMY OF
PEDIATRIC DENTISTRY PADA TAHUN 2014**

Table 3. Caries-risk Assessment Form for ≥6 Years Olds⁶⁰⁻⁶²
(For Dental Providers)

Factors	High Risk	Moderate Risk	Low Risk
Biological			
Patient is of low socioeconomic status	Yes		
Patient has >3 between meal sugar-containing snacks or beverages per day	Yes		
Patient has special health care needs		Yes	
Patient is a recent immigrant		Yes	
Protective			
Patient receives optimally-fluoridated drinking water			Yes
Patient brushes teeth daily with fluoridated toothpaste			Yes
Patient receives topical fluoride from health professional			Yes
Additional home measures (e.g., xylitol, MI paste, antimicrobial)			Yes
Patient has dental home/regular dental care			Yes
Clinical Findings			
Patient has ≥1 interproximal lesions	Yes		
Patient has active white spot lesions or enamel defects	Yes		
Patient has low salivary flow	Yes		
Patient has defective restorations		Yes	
Patient wearing an intraoral appliance		Yes	

Circling those conditions that apply to a specific patient helps the practitioner and patient/parent understand the factors that contribute to or protect from caries. Risk assessment categorization of low, moderate, or high is based on preponderance of factors for the individual. However, clinical judgment may justify the use of one factor (e.g., ≥1 interproximal lesions, low salivary flow) in determining overall risk.

Overall assessment of the dental caries risk: High Moderate Low

**DATA HASIL IDENTIFIKASI *CARIES RISK ASSESSMENT* PADA ANAK
BERKEBUTUHAN KHUSUS TUNANETRA DI SLB NEGERI 1 BANTUL
YOGYAKARTA**

No	Nama	Usia	Jenis kelamin	Risiko karies
1.	TN-1	8	Laki-Laki	Tinggi
2.	TN-2	26	Laki-Laki	Tinggi
3.	TN-3	18	Laki-Laki	Tinggi
4.	TN-4	18	Laki-Laki	Tinggi
5.	TN-5	15	Laki-Laki	Tinggi
6.	TN-6	11	Perempuan	Tinggi
7.	TN-7	9	Laki-Laki	Tinggi
8.	TN-8	20	Laki-Laki	Tinggi
9.	TN-9	17	Perempuan	Tinggi
10.	TN-10	12	Perempuan	Tinggi
11.	TN-11	10	Laki-Laki	Tinggi
12.	TN-12	21	Perempuan	Tinggi
13.	TN-13	9	Perempuan	Tinggi
14.	TN-14	15	Laki-Laki	Sedang
15.	TN-15	19	Laki-Laki	Rendah
16.	TN-16	12	Laki-Laki	Rendah
17.	TN-17	11	Laki-Laki	Rendah



SURAT KETERANGAN LOLOS UJI ETIK



UMY UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA
Unggul & Islami

FAKULTAS
KEDOKTERAN DAN
ILMU KESEHATAN

Nomor : 515/EP-FKIK-UMY/X/2018

KETERANGAN LOLOS UJI ETIK ETHICAL APPROVAL

Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden/subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Muhammadiyah Yogyakarta, with regards of the protection of human rights and welfare in research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"Evaluasi Caries Risk Assesment pada Anak Tunanetra Usia 6-12 Tahun di SLB N 1 Bantul Yogyakarta"

Peneliti Utama : Alfini Octavia
Principal Investigator : Desy Audira Shinta

Nama Institusi : Program Studi Kedokteran Gigi FKIK UMY
Name of the Institution

Negara : Indonesia
Country

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above-mentioned protocol.

Yogyakarta, 02 November 2018
Ketua

Chairperson

**Dr. dr. Titiek Hidayati, M.Kes.
FISPH., FISCM.**

***Peneliti Berkewajiban :**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos uji etik (1 tahun sejak tanggal terbit), penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*).
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada responden/subyek sebelum penelitian lolos uji etik.

ADDRESS

Kampus Terpadu UMY Gd. Siti Walidah LT.3
Jl. Brawijaya (Lingkar Selatan)
Tamantirto - Kasihan - Bantul
D.I.Yogyakarta 55183

CONTACT

Phone : (0274) 387656 ext. 213
Fax : (0274) 387658
Email : fkik@umy.ac.id
www.fkik.umy.ac.id

SURAT IZIN PENELITIAN BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK DIY PADA DIKPORA DIY



PEMERINTAH DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Jenderal Sudirman No 5 Yogyakarta – 55233
Telepon (0274) 551136, 551275, Fax (0274) 551137

Yogyakarta, 28 November 2018

Nomor : 074/11376/Kesbangpol/2018
Perihal : Rekomendasi Penelitian

Kepada Yth :
Kepala Dinas Pendidikan, Pemuda, dan
Olahraga DIY
di Yogyakarta

Memperhatikan surat :

Dari : Ketua Program Studi Kedokteran Gigi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Nomor : 4445/C.2-II/PSKG FKIK-UMY/XI/2018
Tanggal : 12 November 2018
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Setelah mempelajari surat permohonan dan proposal yang diajukan, maka dapat diberikan surat rekomendasi tidak keberatan untuk melaksanakan riset/penelitian dalam rangka penyusunan skripsi dengan judul proposal : "EVALUASI *CARIES RISK ASSESSMENT* PADA ANAK TUNANETRA USIA 6-12 TAHUN DI SLB NEGERI 1 BANTUL YOGYAKARTA" kepada:

Nama : DESY AUDIRA SHINTA
NIM : 20150340057
No HP/Identitas : 081289909090/8171016907960001
Prodi/Jurusan : Kedokteran Gigi
Fakultas : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Lokasi Penelitian : SLB Negeri 1 Bantul
Waktu Penelitian : 1 Desember 2018 s.d 28 Februari 2019
Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan / fasilitas yang dibutuhkan.

Kepada yang bersangkutan diwajibkan:

1. Menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di wilayah riset/penelitian;
2. Tidak dibenarkan melakukan riset/penelitian yang tidak sesuai atau tidak ada kaitannya dengan judul riset/penelitian dimaksud;
3. Menyerahkan hasil riset/penelitian kepada Badan Kesbangpol DIY selambat-lambatnya 6 bulan setelah penelitian dilaksanakan.
4. Surat rekomendasi ini dapat diperpanjang maksimal 2 (dua) kali dengan menunjukkan surat rekomendasi sebelumnya, paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sebelum berakhirnya surat rekomendasi ini.

Rekomendasi Ijin Riset/Penelitian ini dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian untuk menjadikan maklum.



Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Gubernur DIY (sebagai laporan)
2. Ketua Program Studi Kedokteran Gigi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,
3. Yang bersangkutan.

SURAT IZIN PENELITIAN DINAS DIKPORA DIY

Surat Izin Penelitian - Pengajuan Ijin Penelitian Online- Dinas Di... http://dikpora.jogjaprov.go.id/izinpenelitian/users/cetak_surat_izin/397



PEMERINTAH DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
DINAS PENDIDIKAN, PEMUDA, DAN OLAAHRAGA
Jalan Cendana No. 9 Yogyakarta, Telepon (0274) 550330, Fax. 0274 513132
Website : www.dikpora.jogjaprov.go.id, email : dikpora@jogjaprov.go.id, Kode Pos 55166

Nomor : 070/13632
Lamp : -
Hal : Rekomendasi Penelitian

Yogyakarta, 28 November 2018
Kepada Yth.

1. Kepala SLB Negeri 1
Bantul Yogyakarta

Dengan hormat, memperhatikan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 074/11378 /kesbangpol/2018 tanggal 28 November 2018 perihal Rekomendasi Penelitian, kami sampaikan bahwa Dinas Pendidikan, Pemuda, dan Olahraga DIY memberikan izin rekomendasi penelitian kepada:

Nama : Desy Audira Shinta
NIM : 20150340057
Prodi/Jurusan : Kedokteran gigi
Fakultas : Fakultas kedokteran dan ilmu kesehatan
Universitas : Universitas muhammadiyah yogyakarta
Judul : EVALUASI CARIES RISK ASSESSMENT PADA ANAK TUNANETRA USIA 6-12 TAHUN DI SLB NEGERI 1 BANTUL YOGYAKARTA
Lokasi : SLB Negeri 1 Bantul Yogyakarta,
Waktu : 01 Desember 2018 s.d 28 Februari 2019

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Ijin ini hanya dipergunakan untuk keperluan ilmiah, dan pemegang ijin wajib mentaati ketentuan yang berlaku di lokasi penelitian.
2. Ijin yang diberikan dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila pemegang ijin ini tidak memenuhi ketentuan yang berlaku.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami menyampaikan terimakasih.

a.n Kepala
Kepala Bidang Perencanaan
dan Standarisasi

Didik Wardaya, S.E., M.Pd.
NIP 19660530 198602 1 002



*Scan kode untuk cek validnya surat ini.

Tembusan Yth :

1. Kepala Dinas Dikpora DIY
2. Kepala Bidang Dikmenti Dikpora DIY

Catatan:

PERNYATAAN PERSETUJUAN PENELITIAN

(*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Orang tua/ wali dari :

Menyatakan bahwa anak saya bersedia / tidak bersedia* untuk menjadi responden penelitian “Identifikasi Caries Risk Assessment Pada Anak Tunanetra di SLB Negeri 1 Bantul Yogyakarta”

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan agar dipergunakan sebaik-baiknya.

Yogyakarta,2018

Tanda Tangan Orangtua / Wali

.....

*lingkari pada pernyataan yang disetujui

Identifikasi *Caries Risk Assessment* pada Anak Tunanetradi SLB Negeri 1 Bantul

Yogyakarta

Wawancara

Nama :

Umur :

JenisKelamin :

Alamat :

Pertanyaan	Lingkari salah satu jawaban yang tepat	
1. Berapakah pendapatan anda perbulan?	< Rp. 1.500.000	
	Rp. 1.500.000 – Rp. 2.499.000	
	Rp.2.500.000 – Rp. 3.499.000	
	> Rp.3.500.000	
2. Apakah anak anda mengkonsumsi snack camilan yang mengandung gula lebih dari 3 kali dalam sehari?	Ya	Tidak
3. Apakah dalam setahun ini anak anda menjadi seorang imigran?	Ya	Tidak
4. Darimana sumber air minum yang anda konsumsi sehari-hari?	Air kemasan	Air sumur
5. Jika dari air kemasan, merk apa yang digunakan?	

6. Jika dari air sumur, apakah anda menambahkan tablet <i>fluoride</i> ?	Ya	Tidak
7. Apakah anak anda menyikat gigi setiap hari menggunakan pasta gigi?	Ya	Tidak
8. Apakah anak anda pernah diberikan perawatan tambahan oleh dokter gigi untuk pengolesan fluor seperti <i>topical application fluoride</i> atau <i>fluoride varnish</i> ?	Ya	Tidak
9. Apakah anak anda memperoleh perlindungan tambahan untuk gigi selain yang disebutkan diatas, seperti mengunyah xylitol, obat kumur, dll?	Ya	Tidak
10. Apakah anak anda rutin ke dokter gigi untuk melakukan perawatan?	Ya	Tidak

Identifikasi *Caries Risk Assessment* Pada Anak Tunanetra

Di SLB Negeri 1 Bantul Yogyakarta

Formulir Pemeriksaan Berdasarkan *American Academy of Pediatric Dentistry*

(diisi oleh peneliti)

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Pemeriksaan	Lingkari salah satu jawaban yang tepat	
	Ya	Tidak
1. Pasien memiliki ≥ 1 lesi interproksimal pada gigi	Ya	Tidak
2. Pasien memiliki lesi <i>white spot</i>	Ya	Tidak
3. Pasien memiliki aliran saliva yang rendah	Ya	Tidak
4. Pasien memiliki tumpatan yang rusak	Ya	Tidak
5. Pasien menggunakan alat <i>intraoral</i>	Ya	Tidak