



YAYASAN WAKAF UMI UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA

Berilmu Amaliah, Beramal Ilmiah, Berakhlakul Karimah dan Berdaya Saing Tinggi

TERAKREDITASI INSTITUSI "UNGGUL" dari BAN-PT No. 859/SK/BAN-PT/AK-ISK/PT/IX/2021



Rektorat : Gedung Menara UMI Lt.9 Jl. Urip Sumoharjo Km.05 Telp. (0411) 455666 - 455696 Fax. (0411) 455695 Makassar 90231

Kampus II : Jl. Urip Sumoharjo Km. 05 Telp. (0411) 453818 - 449775 - 453308 Fax. (0411) 453009 Makassar 90231

Website : www.umi.ac.id Email : umi@umi.ac.id & humas.umi@gmail.com

KLARIFIKASI LEKTOR KEPALA

Nomor:3595 /H.06/UMI/X/2023

Dengan Rahmat Allah SWT, sehubungan dengan hasil penolakan usulan yang dikeluarkan tim penilai angka kredit (tim PAK) DIKTI tanggal 7 Oktober 2023 oleh Saudari Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM., M.Epid yang harus dilengkapi adalah: *URL bukti pendukung Karil untuk ethical approval dan informed consent belum tersedia. Kesimpulan: Belum Disetujui diproses ke lektor kepala. Solusi: AK sudah memenuhi, namun Mohon klarifikasi pengusul untuk melengkapi bukti informed consent atau ethical clearance untuk dokumen karil khusus*, maka dengan ini saya selaku Plt Rektor Universitas Muslim Indonesia menerangkan bahwa:

Nama : Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM., M.Epid

NIPS/NIDN : 115 02 0777/ 0902047306

Pangkat/Gol : Penata/ III. C

Jabatan : Lektor

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

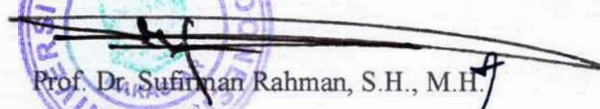
Unit kerja : Universitas Muslim Indonesia

Telah melengkapi dan mengklarifikasi hasil penolakan usulan Lektor Kepala yang telah disampaikan oleh tim oleh tim penilai Angka Kredit DIKTI (dengan bukti terlampir).

Demikian klarifikasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 24 Oktober 2023

Plt. Rektor


Prof. Dr. Sufirman Rahman, S.H., M.H.



Bukti Lampiran

bukti informed consent atau ethical clearance untuk dokumen karil khusus

<https://drive.google.com/drive/folders/1xU87FGwpezdDaJ2dOmtdccWwhxh8456I?usp=sharing>



Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Universitas Muslim Indonesia dan Rumah Sakit Ibnu Sina YW-UMI
(KEPK UMI dan RSIS YW-UMI Makassar)
Jalan Urip Sumoharjo Gedung Menara UMI lantai 3 Telp. & Fax. (0411) 428075 Makassar 90231
Website: www.umi.ac.id; Email: www.kepk@umi.ac.id



REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK (*Expedited*)

Nomor : 221/A.1/KEPK-UMI/V/2022

Berdasarkan Pemeriksaan Protokol dan Dokumen yang berhubungan dengan Protokol Penelitian:

Nama Peneliti : Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM, M.Epid

Judul Penelitian : Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Konsumsi Antiretroviral Pengidap HIV/AIDS di kota Makassar

No Register :

U	M	1	0	1	2	2	0	7	2	4	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Telah di review secara (*Expedited*) oleh tim reviewer KEPK UMI dan Rumah Sakit Ibnu Sina dengan

No Versi : 1

No PSP : 0

Berdasarkan hasil pemeriksaan reviewer, maka Pengurus KEPK UMI dan Rumah Sakit Ibnu Sina memberikan **Persetujuan / Rekomendasi Etik** untuk Pelaksanaan Penelitian tersebut di atas sampai dengan Tanggal **22 Mei 2022**.

Dalam melaksanakan penelitian ini, Peneliti diminta untuk menjaga dan menghormati martabat makhluk hidup (Manusia / Hewan Coba) yang menjadi subyek / responden / informan dalam penelitian ini. Dengan demikian diharapkan masyarakat luas dapat memperoleh manfaat yang baik dari penelitian ini.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK UMI dan RSIS YW-UMI Makassar. Jika ada perubahan protokol dan atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (Amandemen Protokol).

Makassar, 22 Mei 2022

Wakil Ketua KEPK dan RSIS YW-UMI



Dr. Muchlis Alwi, M.Kes

Lampiran 1

Naskah Penjelasan untuk Mendapatkan Persetujuan dari Subyek Penelitian

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Saya yang bernama Fatmah Afrianty Gobel NIDN 0902047306 adalah Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia. Saat ini saya sedang melakukan penelitian yang berjudul ” Faktor yang berhubungan dengan Kepatuhan Konsumsi Antiretroviral Pengidap HIV/AIDS di Kota Makassar”. Penelitian ini merupakan penelitian Internal Unggulan Fakultas.

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan terapi antiretroviral pengidap HIV/AIDS di Kota Makassar.

Adapun manfaat yang dapat diperoleh subyek penelitian yaitu, pengidap HIV mempunyai referensi ilmiah yang menjadi bahan pertimbangan agar tetap patuh mengikuti terapi ARV untuk menjaga kualitas hidup dan derajat kesehatannya.

Maksud kedatangan saya, yaitu hendak mengajak Bapak/Ibu/ Saudara (i) untuk ikut serta dalam penelitian ini. Apabila Bapak/Ibu/ Saudara (i) bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka anda merupakan subyek atau sampel dalam penelitian ini dan kami berharap Bapak/Ibu/ Saudara (i) menandatangani lembar persetujuan ini rangkap dua, satu untuk disimpan, dan satu untuk saya sebagai peneliti. Prosedur selanjutnya setelah disetujui dan ditandatangani maka saya diizinkan untuk mengambil data dalam hal ini kami akan mewawancarai Bapak/Ibu/ Saudara (i). Pada penelitian ini tidak ada resiko yang akan terjadi, kecuali kami meminta waktunya dalam mengisi kuesioner dan atau diwawancarai oleh enumerator kami.

Semua data data informasi yang telah kami dapatkan yang berkaitan dengan identitas subyek penelitian akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh peneliti. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas subyek penelitian.

Dalam Penelitian ini Bapak/Ibu/ Saudara (i) bebas memilih mengizinkan saya dalam proses pengambilan data langsung pada penelitian ini tanpa ada paksaan. Bila Bapak/Ibu/ Saudara (i) sudah memutuskan untuk menyetujui, Bapak/Ibu/ Saudara (i) juga bebas untuk menolak atau berubah pikiran jika ada yang kurang sesuai dalam penelitian ini tanpa dikenai denda atau pun sanksi apapun. Apabila anda menolak maka tidak perlu menandatangani lembar perjanjian ini dan tidak dijadikan sebagai sampel pada penelitian ini.

Semua biaya yang timbul pada saat penelitian ini akan ditanggung oleh saya sendiri. Bapak/Ibu/ Saudara (i) diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila membutuhkan penjelasan lebih lanjut, anda dapat menghubungi saya selaku peneliti utama.

Demi memenuhi etika dalam penelitian ini, saya memohon agar Bapak/Ibu/ Saudara (i) menandatangani lembar persetujuan ini. Atas kesediaan dan kerjasamanya saya mengucapkan terima kasih.

Makassar, 9 Desember 2021

Identitas Peneliti :

Nama : Fatmah Afrianty Gobel
Alamat : Graha Sentosa Blok B No.34 Kota Makassar
Telepon : 0811449033

Peneliti



(Fatmah Afrianty Gobel)

Responden



(Ayu)

Identitas Peneliti :

Nama : Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM., M.Epid
Alamat : Graha Sentosa Blok B No. 34 Kota Makassar
Telepon : 0811449033

DISETUJUI OLEH KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA DAN RS IBNU SINA YW-
UMI

Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Judul : Faktor yang berhubungan dengan Kepatuhan Konsumsi Antiretroviral Pengidap HIV/AIDS di Kota Makassar

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Ayu
Umur : 32 tahun
Alamat : Makassar
No Telp : 085352729871

Setelah mendengar/membaca dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai tujuan, manfaat apa yang akan dilakukan pada penelitian ini, saya menyatakan setuju untuk ikut dalam penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan.

Saya mengerti bahwa dari semua hal yang dilakukan oleh peneliti dan timnya kepada saya termasuk pengambilan darah yang bisa menimbulkan masalah, saya percaya kemungkinan tersebut sangat kecil karena dilakukan secara bebas hama oleh petugas yang terlatih.

Saya tahu bahwa keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa kehilangan hak saya untuk mendapat layanan pendidikan. Juga saya berhak bertanya atau meminta penjelasan pada peneliti bila masih ada hal yang belum jelas atau masih ada hal yang ingin saya ketahui tentang penelitian ini.

Saya juga mengerti bahwa semua biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan penelitian ini, akan ditanggung oleh peneliti. Demikian juga biaya perawatan dan pengobatan bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan akibat penelitian ini, akan dibiayai oleh peneliti.

Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data penelitian akan terjamin dan saya dengan ini menyetujui semua data saya yang dihasilkan pada penelitian ini untuk disajikan dalam bentuk lisan maupun tulisan.

Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari kami akan menyelesaikannya secara kekeluargaan.

Penanggung Jawab Penelitian :

Nama : Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM., M.Epid
Alamat : Graha Sentosa Blok B No. 34
Telepon : 0811449033

Penanggung jawab Medis :

Nama : Dr. dr. Muh. Khidri Alwi, M.Kes
Alamat : Jl. Bontotanga 2 No. 52 Makassar
Telepon : 08124296905