

Lampiran 1. Ijin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
DINAS KESEHATAN  
**SUKU DINAS KESEHATAN KOTA ADMINISTRASI JAKARTA BARAT**  
Jl. Raya Kembangan No. 2 Kelurahan Kembangan Selatan, Kembangan  
Telepon (021) 58356225 Fax 58356225  
Email kesehatanjb@jakarta.go.id kode pos : 11610  
JAKARTA

Nomor : 595 / 1177 25 Februari 2019  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Hal : Penelitian

Kepada  
Yth Kepala PKC. Grogol Petamburan

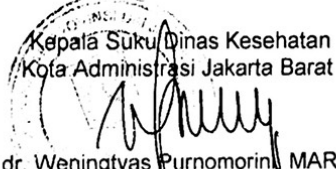
di -  
Jakarta

Sehubungan dengan surat dari Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara No. 073-Adm/FK/2019, tanggal 14 Januari 2019 perihal tersebut pada pokok surat, pada prinsipnya kami dapat memberikan izin penelitian di Puskesmas wilayah Kota Administrasi Jakarta Barat, dan laporan hasil penelitian agar dikirimkan ke Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Barat cq. Seksi Sumber Daya Kesehatan atau email ke [sdkjakartabarat@gmail.com](mailto:sdkjakartabarat@gmail.com). Kegiatan tersebut akan dilaksanakan pada:

Periode : Februari s.d. Maret 2019

| No. | Nama                   | Judul  |
|-----|------------------------|--|
| 1.  | Difania Leovanka Ongko | "Hubungan Berat Badan Lahir Rendah Dengan Stunting Pada Anak Usia Dibawah Dua Tahun di Puskesmas Kecamatan Grogol Petamburan". |

Demikian agar Saudara dan seluruh staf Puskesmas dapat membantu dalam proses penelitian, terima kasih atas perhatian dan kerjasamanya.

Kepala Suku Dinas Kesehatan  
Kota Administrasi Jakarta Barat  
  
dr. Weningtyas Purnomorini MARS  
NIP 197205142006042016

- Tembusan :
1. Ka. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
  2. Dekan Fakultas Kedokteran UNTAR

### **INFORMED CONSENT FORM**

Dengan hormat, Saya Difania Leovanka Ongko NIM 405160142 adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara. Berhubungan dengan tugas skripsi saya yang berjudul “Hubungan Berat Badan Lahir Rendah dengan Stunting pada Anak Usia Bawah Dua Tahun di Puskesmas Jakarta Barat” yang sedang saya kerjakan, maka saya sebagai peneliti memohon kesediaan Ibu untuk menjadi responden/subjek penelitian dalam kegiatan ini.

Apapun data hasil yang berhubungan dan diperoleh dari penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan diberikan kepada pihak lain selain pihak yang berkepentingan dalam penelitian ini. Oleh karena itu, sangat diharapkan agar bapak/ibu bersedia menjadi responden/subjek penelitian ini dan dapat memberikan informasi sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Demikian informasi yang saya sampaikan, atas kerjasamanya saya ucapkan terimakasih.

Peneliti,

Difania Leovanka

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

No telepon :

Nama anak :

Tanggal lahir anak :

Jenis kelamin anak :

Dengan ini menyatakan setuju untuk dijadikan responden penelitian ini, dan berusaha menjawab semampu saya dengan pernyataan yang benar dan sungguh-sungguh, dan saya bersedia mengikuti wawancara.

Demikian pernyataan yang saya buat dan saya tanda tangani dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, ..... 2019

(.....)

## KUESIONER PENELITIAN

Lokasi : .....

Tanggal : □□-□□-□□□□

### IDENTITAS RESPONDEN

- a. Nama Anak : .....
- b. Jenis Kelamin :  L<sup>1</sup>  P<sup>2</sup>
- c. Tempat/tanggal lahir : .....
- d. Umur : ..... tahun ..... bulan
- e. Anak ke : ..... dari..... bersaudara
- f. Nama Ibu : .....
- g. Umur Ibu : ..... tahun
- h. No telp. : .....
- i. Alamat : .....

### PENGUKURAN ANTROPOMETRI

1. Berat badan lahir : gram
2. Panjang badan lahir : cm
3. Lingkar kepala lahir : cm
4. Panjang badan anak sekarang : gram
5. Berat badan anak sekarang : cm
6. Berat badan ibu : kg
7. Tinggi badan ibu : cm
8. Tinggi badan ayah: cm

### DATA SOSIAL EKONOMI

7. Jumlah anggota keluarga (yang ditanggung KK) : ..... orang
8. Pendidikan terakhir ibu :  SD/SMP<sup>1</sup>  SMA<sup>2</sup>  Diploma/Sarjana<sup>3</sup>
9. Pendidikan terakhir ayah:  SD/SMP<sup>1</sup>  SMA<sup>2</sup>  Diploma/Sarjana<sup>3</sup>
10. Pekerjaan ibu :  
 Pegawai negeri<sup>1</sup>  Pegawai swasta<sup>2</sup>  Wiraswasta<sup>3</sup>  Tidak bekerja<sup>4</sup>
11. Pekerjaan ayah :  
 Pegawai negeri<sup>1</sup>  Pegawai swasta<sup>2</sup>  Wiraswasta<sup>3</sup>  Tidak bekerja<sup>4</sup>
12. Penghasilan keluarga per bulan : Rp .....

### RIWAYAT PENYAKIT

13. Apakah ada masalah kesehatan pada saat bayi baru lahir?  
 Tidak<sup>1</sup>  Ya<sup>0</sup>, .....

14. Apakah anak pernah mengalami keluhan ini:

| Gejala         | Ada   | Lamanya  | Penyebab (menurut ibu)                        |  |  |
|----------------|---|--|---|--|--|
| a. Batuk       | <input type="checkbox"/> Tidak <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Ya <sup>0</sup> | <input type="checkbox"/> <3 hari <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> 3-7 hari <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> >7 hari <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Infeksi <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Alergi <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Tidak tahu <sup>3</sup> |
| b. Pilek       | <input type="checkbox"/> Tidak <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Ya <sup>0</sup> | <input type="checkbox"/> <3 hari <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> 3-7 hari <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> >7 hari <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Infeksi <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Alergi <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Tidak tahu <sup>3</sup> |
| c. Sesak napa  | <input type="checkbox"/> Tidak <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Ya <sup>0</sup> | <input type="checkbox"/> <3 hari <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> 3-7 hari <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> >7 hari <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Infeksi <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Alergi <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Tidak tahu <sup>3</sup> |
| d. Gatal-gatal | <input type="checkbox"/> Tidak <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Ya <sup>0</sup> | <input type="checkbox"/> <3 hari <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> 3-7 hari <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> >7 hari <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Infeksi <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Alergi <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Tidak tahu <sup>3</sup> |
| e. Demam       | <input type="checkbox"/> Tidak <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Ya <sup>0</sup> | <input type="checkbox"/> <3 hari <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> 3-7 hari <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> >7 hari <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Infeksi <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Alergi <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Tidak tahu <sup>3</sup> |
| f. BAB cair*   | <input type="checkbox"/> Tidak <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Ya <sup>0</sup> | <input type="checkbox"/> <3 hari <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> 3-7 hari <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> >7 hari <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Infeksi <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Alergi <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Tidak tahu <sup>3</sup> |
| g.             | <input type="checkbox"/> Tidak <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Ya <sup>0</sup> | <input type="checkbox"/> <3 hari <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> 3-7 hari <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> >7 hari <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Infeksi <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Alergi <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Tidak tahu <sup>3</sup> |

\*jika ada gejala BAB cair, berapa kali yang dianggap sering/diare : ..... kali/hari

a. Apakah keluhan tersebut muncul lagi setelah sembuh?

Tidak  Ya, setiap ..... hari/minggu/bulan

#### RIWAYAT PEMBERIAN ASI

16. Apa yang dimaksud dengan ASI eksklusif?

Pemberian ASI saja dari sampai 0-6 bulan<sup>1</sup>  Jawaban lain<sup>0</sup>

17. Pada saat bayi berusia 0-6 bulan, apa yang ibu berikan?

ASI saja<sup>1</sup>  Susu formula<sup>2</sup>  ASI+formula<sup>3</sup>

18. Apakah ibu memberikan ASI yang pertama kali keluar pada bayi? Kenapa?

Ya<sup>1</sup>, karena .....

Tidak<sup>0</sup>, karena .....

19. Kapan pertama kali ibu mulai menyusui bayi?

Segera setelah lahir<sup>1</sup>  5-7 hari setelah lahir<sup>4</sup>

- <1 jam setelah lahir<sup>2</sup>                       >7 hari setelah lahir<sup>5</sup>  
 2-4 hari setelah lahir<sup>3</sup>                       Ibu tidak memberi ASI<sup>6</sup>
20. Apakah sampai sekarang ibu masih menyusui bayi?  
 Ya<sup>1</sup>                       Tidak<sup>0</sup>
21. Apakah semua anak ibu disusui/mendapat ASI?  
 Ya<sup>1</sup>                       Tidak<sup>0</sup>
22. Apakah ibu pernah GAGAL menyusui?  
 Tidak<sup>1</sup>  Ya<sup>0</sup> → tanyakan penyebabnya : .....  
 Produksi ASI sedikit atau tidak cukup<sup>1</sup>  
 Kurangnya waktu menyusui karena kesibukan ibu<sup>2</sup>  
 Proses menyusui tidak nyaman<sup>3</sup>  
 Ibu kurang gizi<sup>4</sup>  
 Gaya hidup<sup>5</sup>  
 Lain-lain, .....
23. Selain MPASI, apakah ada makanan/minuman lain yang diberikan?  
 Biskuit<sup>1</sup>                       Susu formula<sup>2</sup>  
 Susu UHT<sup>3</sup>                       Lain-lain, .....
24. Bagaimana cara ibu memberikan makanan untuk anak?  
 Disuapi dengan sendok<sup>1</sup>                       Diajari makan sendiri<sup>3</sup>  
 Disuapi dengan tangan<sup>2</sup>                       Lain-lain, .....
25. Apakah ibu selalu mencuci tangan sebelum memberikan makanan untuk anak?   
Ya<sup>1</sup>, dengan air + sabun                       Ya<sup>2</sup>, dengan air saja  
 Kadang-kadang lupa<sup>3</sup>                       Tidak cuci tangan<sup>4</sup>
26. Apakah ibu selalu mencuci alat makan/minum anak dengan air + sabun?  
 Ya<sup>1</sup>                       Tidak<sup>0</sup>
27. Apa sumber air minum yang digunakan ibu di rumah?  
 Air sumur<sup>1</sup>  Air PAM<sup>2</sup>  Air isi ulang<sup>3</sup>  Lainnya, .....
28. Apakah anak ibu sudah mendapat imunisasi?  
 Hep-B 0<sup>1</sup>                       Campak<sup>6</sup>  
 BCG + Polio 1<sup>2</sup>                       MR<sup>7</sup>  
 Pentavalen 1 + Polio 2<sup>3</sup>                       Pentavalen<sup>8</sup>  
 Pentavalen 2 + Polio 3<sup>4</sup>                       Belum diimunisasi<sup>0</sup>  
 Pentavalen 3 + Polio 4<sup>5</sup>

#### RIWAYAT KEHAMILAN

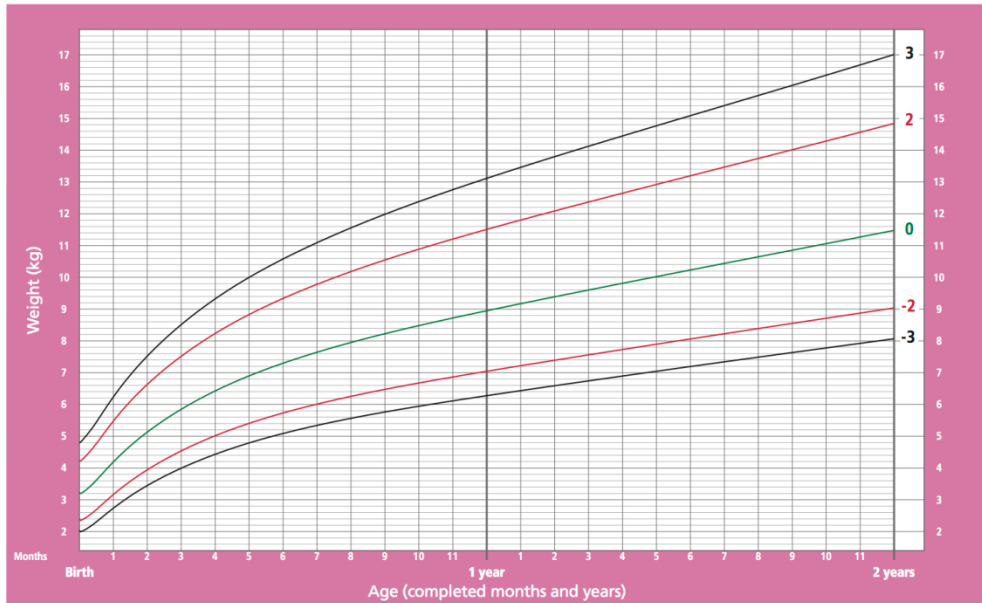
29. Berat badan ibu sebelum hamil : ..... kg  
30. Kenaikan berat badan ibu selama hamil : ..... kg  
31. Usia kehamilan saat bayi lahir : ..... minggu

32. Apakah ada masalah kesehatan selama hamil?  
 Tidak<sup>1</sup>  Ya<sup>0</sup>, .....
33. Apakah ada gejala anemia (pucat, lemah, Hb rendah) selama hamil?  
 Tidak<sup>1</sup>  Ya<sup>2</sup>
34. Kebiasaan makan ibu selama hamil:  
 Bertambah<sup>1</sup>  Berkurang<sup>2</sup>  Seperti biasa saja<sup>3</sup>
35. Konsumsi suplemen selama hamil:  
 Tablet tambah darah (Fe + asam folat)<sup>1</sup>  Multivitamin<sup>2</sup>  Susu hamil<sup>3</sup>
36. Apakah ibu memeriksakan kehamilan / ANC?  
 Tidak<sup>0</sup>  Ya<sup>1</sup>, ..... kali
37. Apakah ibu mendapat konseling saat ANC?  
 Tidak<sup>0</sup>  Ya<sup>1</sup>, tentang .....
38. Apakah ibu kontrol setelah bersalin / PNC?  
 Tidak<sup>0</sup>  Ya<sup>1</sup>, ..... kali
39. Apakah ibu mendapat konseling saat PNC?  
 Tidak<sup>0</sup>  Ya<sup>1</sup>, tentang .....
40. Berapa jarak kelahiran anak yang terakhir dengan sebelumnya?...tahun...bulan
41. Apakah ibu pernah atau masih merokok?  Tidak<sup>1</sup>  Ya<sup>2</sup>
42. Apakah ada anggota keluarga yang merokok?  Tidak<sup>1</sup>  Ya

### Lampiran 3. Kurva WHO Indeks Berat Badan Menurut Umur

#### Weight-for-age GIRLS

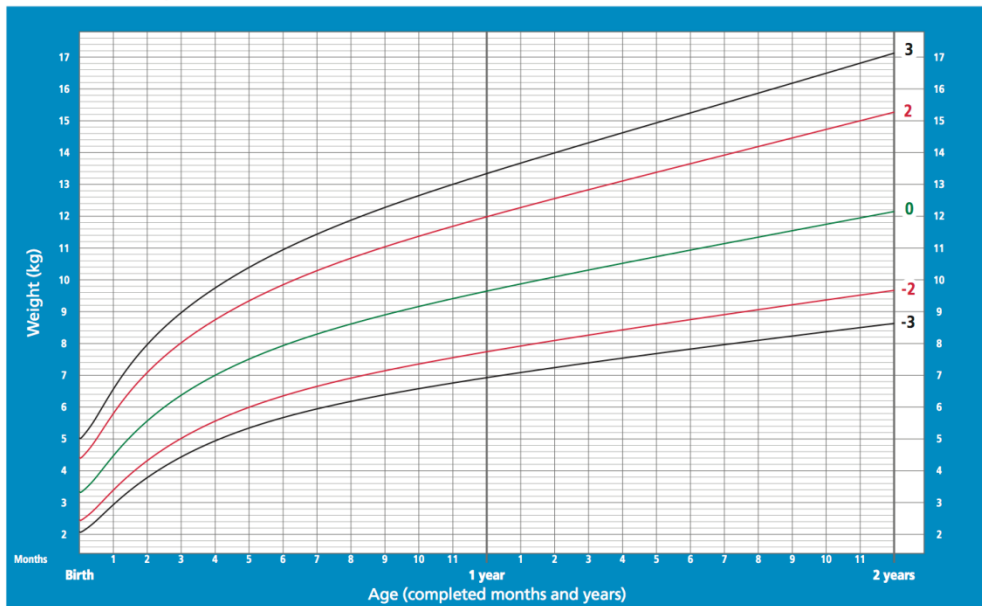
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

#### Weight-for-age BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



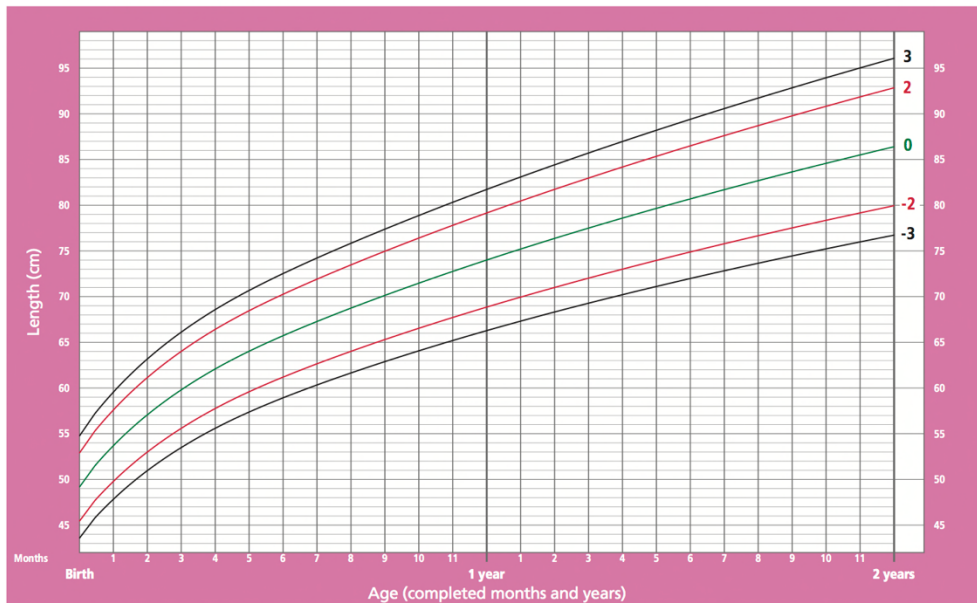
WHO Child Growth Standards



## Lampiran 4. Kurva WHO Indeks Panjang Badan Menurut Umur

### Length-for-age GIRLS

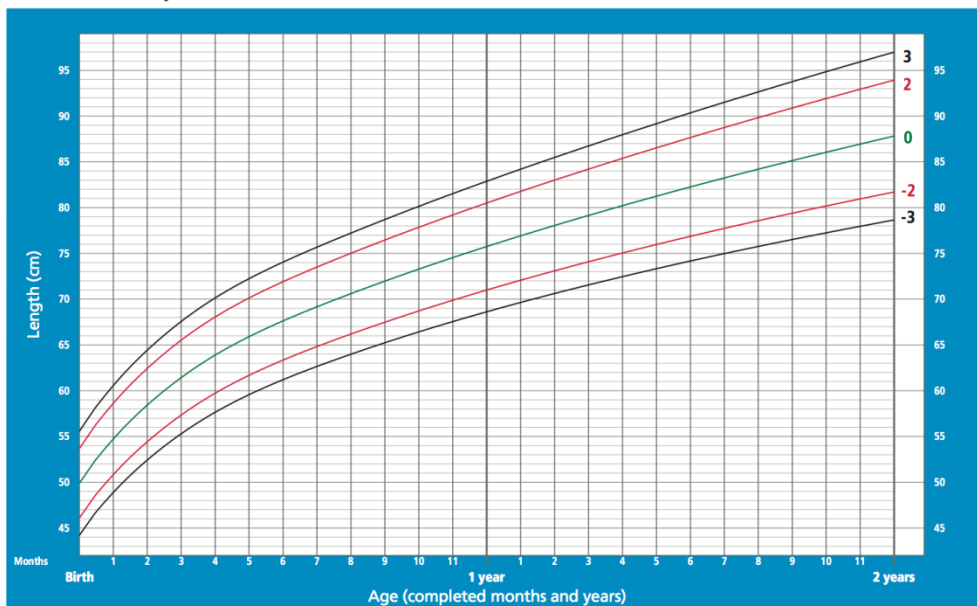
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

### Length-for-age BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

## Lampiran 5 Kurva WHO Indeks Berat Badan Menurut Panjang Badan

### Weight-for-length GIRLS

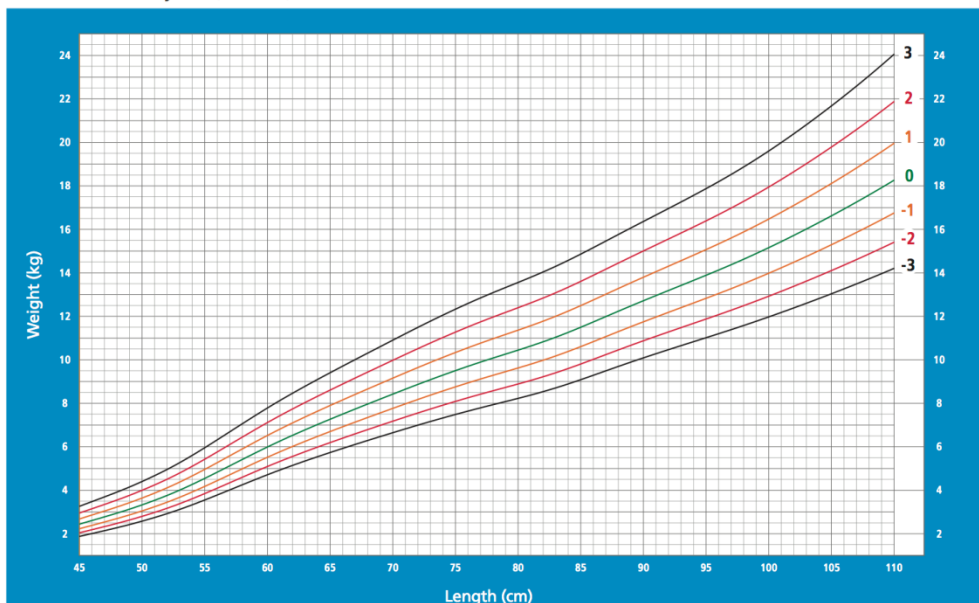
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

### Weight-for-length BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Lampiran 6. Dokumentasi



Lampiran 7. Riwayat Hidup Peneliti

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Difania Leovanka Ongko  
NIM : 405160142  
Tempat / Tgl Lahir : Trenggalek, 30 Juli 1998  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Tarumanagara

Riwayat Pendidikan

SD : SDK Santa Maria Blitar : Tamat tahun 2010  
SMP : SMPN 1 Blitar : Tamat tahun 2013  
SMA : SMAK Kolese Santo Yusuf Malang : Tamat tahun 2016

Pengalaman Organisasi:

1. Panitia acara Dyslexia Awareness day tanggal 8 November 2017
2. Panitia acara Gerakan Masyarakat tanggal 12 Mei 2018
3. Panitia Seminar FK Untar tanggal 26 Mei 2018