

Lampiran 1. Ijin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS I.BUKOTA 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 /177 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/I/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. 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 197205242006042016

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

Lampiran 2 *Inform Consent* dan Kuesioner

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 : L¹ P²
- 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 6. Berat badan ibu : kg
2. Panjang badan lahir : cm 7. Tinggi badan ibu : cm
3. Lingkar kepala lahir : cm 8. Tinggi badan ayah: cm
4. Panjang badan anak sekarang : gram
5. Berat badan anak sekarang : cm

DATA SOSIAL EKONOMI

7. Jumlah anggota keluarga (yang ditanggung KK) : orang
8. Pendidikan terakhir ibu : SD/SMP¹ SMA² Diploma/Sarjana³
9. Pendidikan terakhir ayah: SD/SMP¹ SMA² Diploma/Sarjana³
10. Pekerjaan ibu :
 Pegawai negeri¹ Pegawai swasta² Wiraswasta³ Tidak bekerja⁴
11. Pekerjaan ayah :
 Pegawai negeri¹ Pegawai swasta² Wiraswasta³ Tidak bekerja⁴
12. Penghasilan keluarga per bulan : Rp

RIWAYAT PENYAKIT

13. Apakah ada masalah kesehatan pada saat bayi baru lahir?
 Tidak¹ Ya⁰,

14. Apakah anak pernah mengalami keluhan ini:

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

*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 bulan¹ Jawaban lain⁰

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

ASI saja¹ Susu formula² ASI+formula³

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

Ya¹, karena

Tidak⁰, karena

19. Kapan pertama kali ibu mulai menyusui bayi?

Segera setelah lahir¹ 5-7 hari setelah lahir⁴

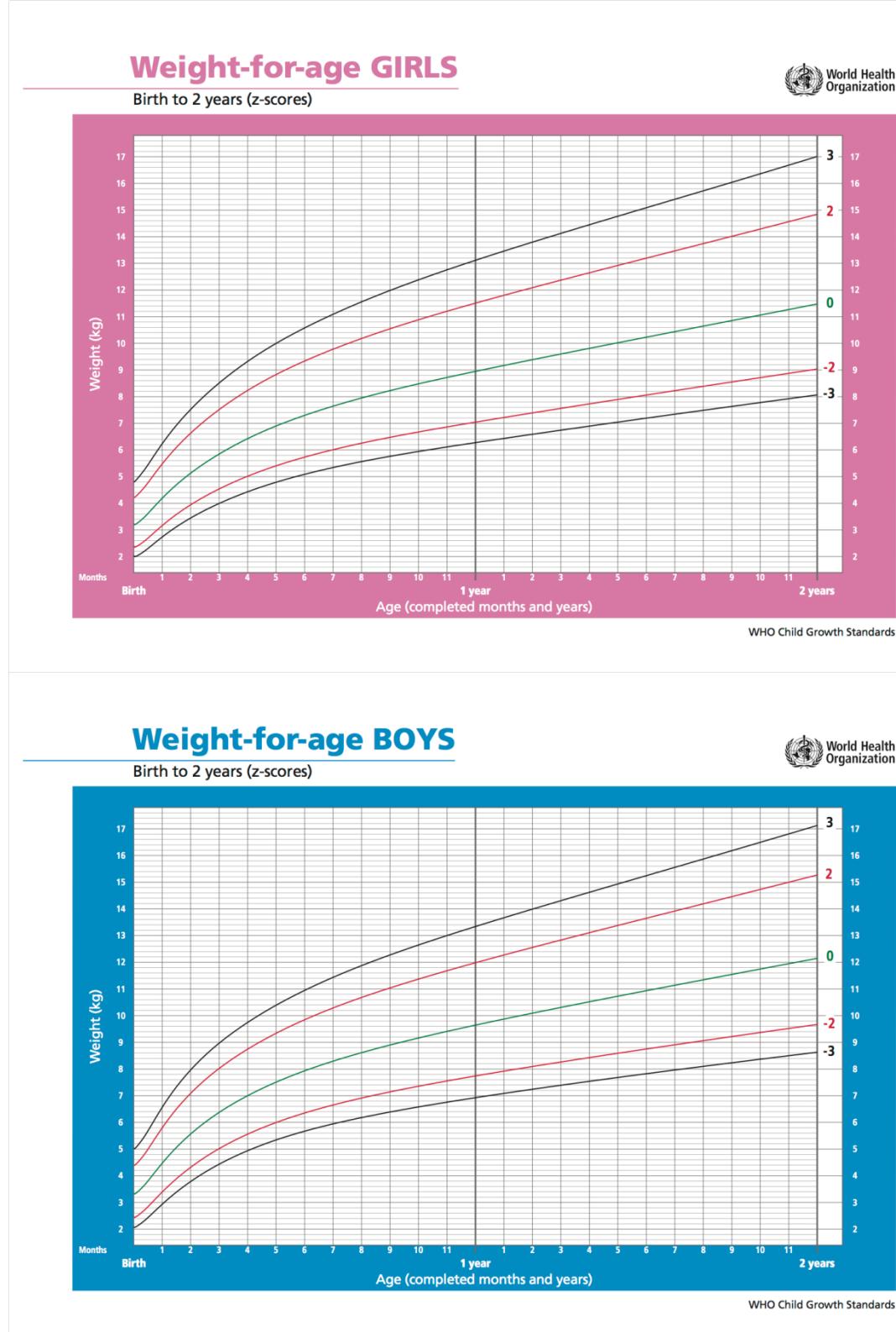
- <1 jam setelah lahir² >7 hari setelah lahir⁵
 2-4 hari setelah lahir³ Ibu tidak memberi ASI⁶
20. Apakah sampai sekarang ibu masih menyusui bayi?
 Ya¹ Tidak⁰
21. Apakah semua anak ibu disusui/mendapat ASI?
 Ya¹ Tidak⁰
22. Apakah ibu pernah GAGAL menyusui?
 Tidak¹ Ya⁰ → tanyakan penyebabnya :
 Produksi ASI sedikit atau tidak cukup¹
 Kurangnya waktu menyusui karena kesibukan ibu²
 Proses menyusui tidak nyaman³
 Ibu kurang gizi⁴
 Gaya hidup⁵
 Lain-lain,
23. Selain MPASI, apakah ada makanan/minuman lain yang diberikan?
 Biskuit¹ Susu formula²
 Susu UHT³ Lain-lain,
24. Bagaimana cara ibu memberikan makanan untuk anak?
 Disuapi dengan sendok¹ Diajari makan sendiri³
 Disuapi dengan tangan² Lain-lain,
25. Apakah ibu selalu mencuci tangan sebelum memberikan makanan untuk anak?
 Ya¹, dengan air + sabun Ya², dengan air saja
 Kadang-kadang lupa³ Tidak cuci tangan⁴
26. Apakah ibu selalu mencuci alat makan/minum anak dengan air + sabun?
 Ya¹ Tidak⁰
27. Apa sumber air minum yang digunakan ibu di rumah?
 Air sumur¹ Air PAM² Air isi ulang³ Lainnya,
28. Apakah anak ibu sudah mendapat imunisasi?
 Hep-B 0¹ Campak⁶
 BCG + Polio 1² MR⁷
 Pentavalen 1 + Polio 2³ Pentavalen⁸
 Pentavalen 2 + Polio 3⁴ Belum diimunisasi⁰
 Pentavalen 3 + Polio 4⁵

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?
 Tidak¹ Ya⁰,
33. Apakah ada gejala anemia (pucat, lemah, Hb rendah) selama hamil?
 Tidak¹ Ya²
34. Kebiasaan makan ibu selama hamil:
 Bertambah¹ Berkurang² Seperti biasa saja³
35. Konsumsi suplemen selama hamil:
 Tablet tambah darah (Fe + asam folat)¹ Multivitamin² Susu hamil³
36. Apakah ibu memeriksakan kehamilan / ANC?
 Tidak⁰ Ya¹, kali
37. Apakah ibu mendapat konseling saat ANC?
 Tidak⁰ Ya¹, tentang
38. Apakah ibu kontrol setelah bersalin / PNC?
 Tidak⁰ Ya¹, kali
39. Apakah ibu mendapat konseling saat PNC?
 Tidak⁰ Ya¹, tentang
40. Berapa jarak kelahiran anak yang terakhir dengan sebelumnya?...tahun...bulan
41. Apakah ibu pernah atau masih merokok? Tidak¹ Ya²
42. Apakah ada anggota keluarga yang merokok? Tidak¹ Ya

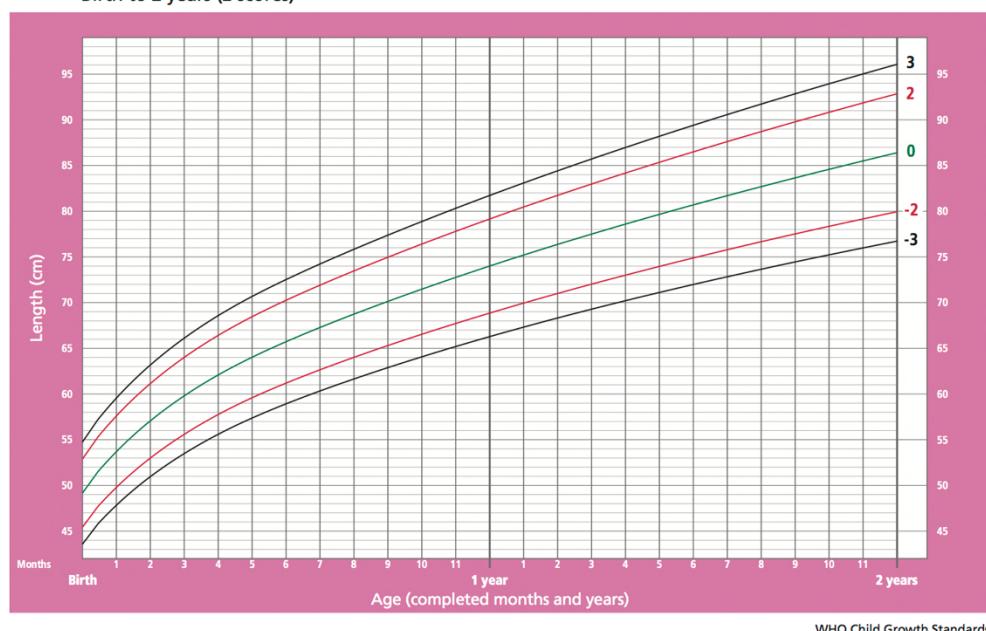
Lampiran 3. Kurva WHO Indeks Berat Badan Menurut Umur



Lampiran 4. Kurva WHO Indeks Panjang Badan Menurut Umur

Length-for-age GIRLS

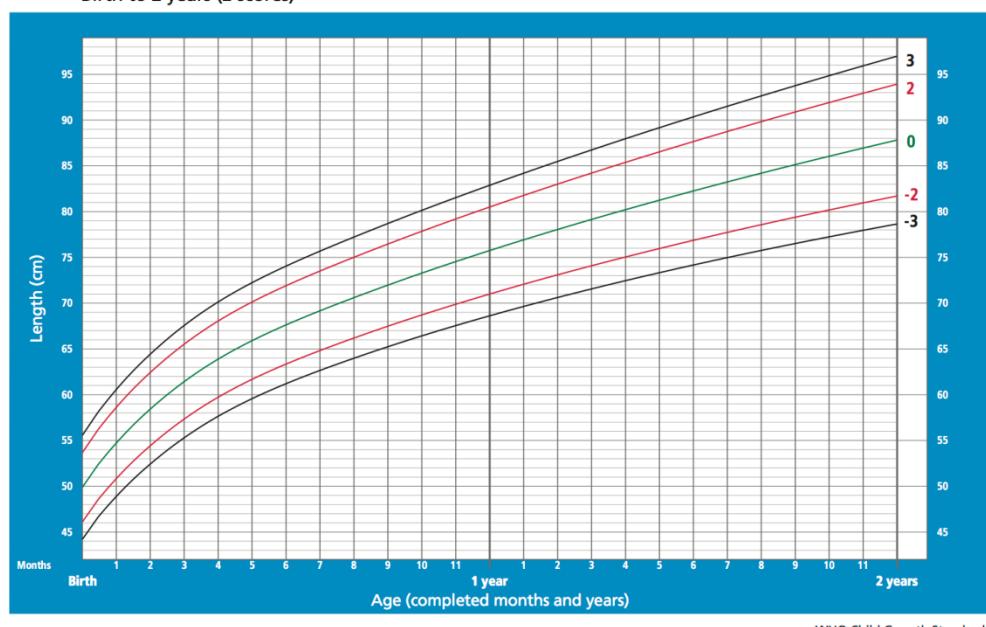
Birth to 2 years (z-scores)



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

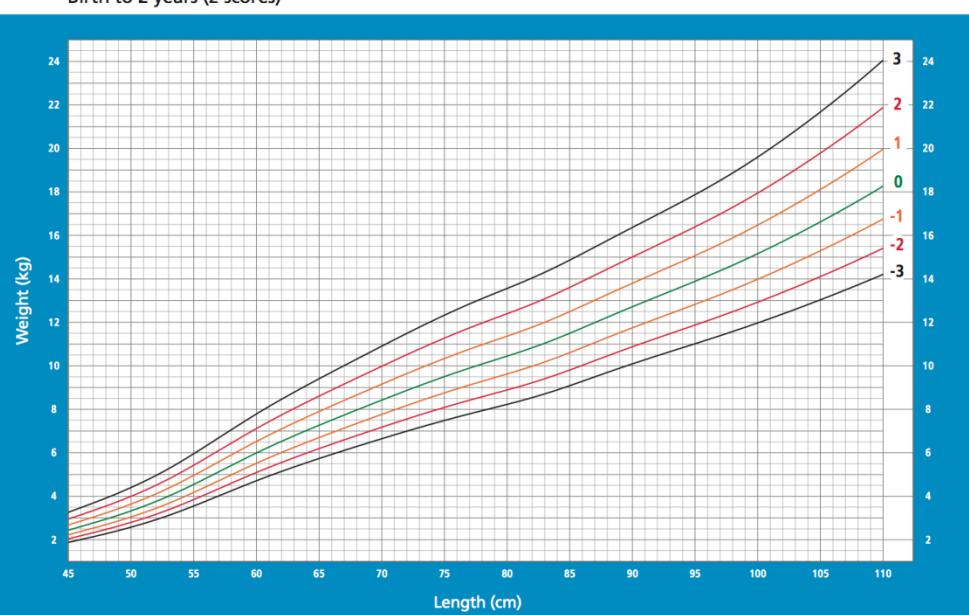
Weight-for-length GIRLS

Birth to 2 years (z-scores)



Weight-for-length BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



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