

## LAMPIRAN

Lampiran 1 Master Tabel

No	Inisial Responden	Tingkat Pendidikan Ibu	Tingkat Pendapatan Keluarga	Tingkat Konsumsi Energi	Tingkat Konsumsi Protein	Tingkat Konsumsi Lemak	Tingkat Konsumsi Karbohidrat	Tingkat Konsumsi Vitamin A	Tingkat Konsumsi Zat Besi	Kategori Stunting
1.	ZR	SMP	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Baik	Sangat pendek
2.	QA	SMP	Sedang	Sedang	Baik	Baik	Rendah	Baik	Rendah	Sangat pendek
3.	CD	SMP	Rendah	Rendah	Baik	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Pendek
4.	QY	SMA	sedang	Rendah	Baik	Rendah	Baik	Rendah	Rendah	Sangat pendek
5.	MH	SMA	Baik	Rendah	Baik	Rendah	Baik	Baik	Rendah	Pendek
6.	MP	S1	Sedang	Rendah	Baik	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Sangat pendek
7.	AS	SD	Rendah	Sedang	Baik	Baik	Rendah	Rendah	Rendah	Pendek
8.	ND	SD	baik	Rendah	Baik	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Pendek
9.	M	SMA	Baik	Rendah	Baik	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Sangat pendek
10.	DN1	SMA	Sedang	Rendah	Baik	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Sangat pendek
11.	EA	SMA	Sedang	Rendah	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Sangat pendek
12.	AU	SMA	Sedang	Rendah	Baik	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Pendek
13.	BN	SMA	Baik	Rendah	Baik	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Pendek
14.	MI	SMA	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Baik	Rendah	Pendek
15.	MZ	SD	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Defisit berat	Rendah	Rendah	Sangat pendek

16.	S	SD	Sedang	Rendah	Baik	Rendah	Defisit berat	Rendah	Rendah	Pendek
17.	A	SMA	Rendah	Rendah	Baik	Baik	Defisit berat	Rendah	Rendah	Pendek
18.	PA	SMA	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Defisit berat	Rendah	Rendah	Pendek
								Rendah	Rendah	

## Lampiran 2 Surat Izin Penelitian



### Kementerian Kesehatan Poltekkes Malang

Jl. Besar Ijen No.77C Malang 65112  
(0341) 566075, 571388, Fax. (0341) 556746  
<http://www.poltekkes-malang.ac.id>

Nomor : DP.02.01/F.XXI.17/ 3449 /2024  
Lampiran : -  
Perihal : Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan  
Pengambilan Data Dalam Memenuhi  
Penyusunan Tugas Akhir KTI

Malang, 26 September 2024

Kepada Yth.

1. Kepala Bakesbangpol Kabupaten Malang
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang

Di

Tempat

Dalam rangka pemenuhan Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah, bersama ini kami hadapkan Khofifah Indah Puspita, (NIM.P17110221007) Mahasiswa Program Studi D3 Gizi Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Mahasiswa yang bersangkutan dapat diijinkan untuk melakukan Ijin Pengambilan Data, pada:

Tanggal : 21 Oktober sd 09 November 2024  
Waktu : 08.00 – selesai  
Tempat : Puskesmas Tajinan

Dengan judul :

Faktor Resiko yang memengaruhi kejadian Stunting pada Balita di  
Desa Purwosekar, Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.

Data yang diambil :

1. Data Balita Stunting
2. Data Ibu Balita

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami sampaikan terima kasih.



Jonu Fajar, S.KM. M.Kes.,RD  
NIP. 196601011981989031001

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Puskesmas Tajinan Kabupaten Malang



**PEMERINTAH KABUPATEN MALANG**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Panji No. 158 Telp. (0341) 392031 Fax. (0341) 392031  
Email: [bakesbangpol@malangkab.go.id](mailto:bakesbangpol@malangkab.go.id) – Website: <http://www.malangkab.go.id>  
**KEPANJEN – 6 5 1 6 3**

**SURAT KETERANGAN**  
NOMOR : 072/1100/35.07.406/2024

Untuk melakukan Survey/Reserch/Penelitian/PKL/Magang  
Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Malang  
dengan ini menerangkan bahwa:

Berdasarkan surat dari : **Ketua Jurusan Gizi Kemenkes Poltekkes Malang**  
Nomor : DP.02.01/F.XXI.17/3449/2024  
Tanggal : 26 September 2024  
Perihal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan Pengambilan Data Dalam Memenuhi Penyusunan Tugas Akhir KTI

Dapat Diberikan Surat Keterangan Kepada:

NAMA	NIM	PRODI
Khoffiah Indah Puspita	P17110221007	D3 Gizi

Untuk Kegiatan : **Pengambilan Data**  
Lokasi : **Puskesmas Tajinan Kabupaten Malang**

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan dan adat istiadat yang berlaku di wilayah tersebut;
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada pejabat setempat.

Berlaku pada tanggal **21 Oktober 2024 s.d 9 November 2024**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepanjen, 11 Oktober 2024

a.n. **KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
**KABUPATEN MALANG**  
Kabid **Kewaspadaan Nasional dan Penanganan Konflik**



Tembusan disampaikan Yth. :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang;
2. Kepala Puskesmas Tajinan Kabupaten Malang;
3. Ketua Jurusan Kemenkes Poltekkes Malang;
4. Mhs/Yang bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN MALANG  
DINAS KESEHATAN**

Jln. Panji No.120 Kepanjen Telp (0341) 393730-391621, Fax. (0341) 393731  
Email : dinkes@malangkab.go.id website : http// dinkes.malangkab.go.id  
KEPANJEN - 65163

Kepanjen, 16 Oktober 2024

Nomor : 000.9.2/09/35.07.302/2024  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Studi Pendahuluan Pengambilan Data

Kepada :  
Yth. Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Malang  
di-  
**TEMPAT**

Menindaklanjuti Surat dari Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Malang Nomor DP.02.01/F.XXI.17/3449/2024 tanggal 11 Oktober 2024 tentang Studi Pendahuluan Pengambilan Data , dengan ini kami TIDAK KEBERATAN dilaksanakan kegiatan tersebut oleh :

N a m a : Khofifah Indah Puspita  
N I M : P17110221007  
Judul : *Pengambilan Data*  
Tempat Kegiatan : Puskesmas Tajinan Kab. Malang  
Waktu Kegiatan : 21 Oktober 2024 - 09 November 2024

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati peraturan / ketentuan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat kegiatan untuk melaporkan dan berkoordinasi kepada Pejabat yang terkait.
3. Memberikan informasi sebelum yang bersangkutan melakukan kegiatan
4. Harus memegang azas rahasia (tanpa nama / identitas responden)
5. Mempresentasikan dan menyampaikan hasil penelitian di tempat penelitian
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan untuk melaporkan kembali kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.
7. Surat ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN



**PUSLI HADI PRASTYO, SE**  
Pembina

NIP. 19670511 198811 1 002

Tembusan:

- Yth. Sdr. 1. Kepala UPT Puskesmas Tajinan Kab. Malang  
2. Khofifah Indah Puspita

### Lampiran 3 Form Kuisisioner

#### GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB STUNTING PADA BALITA DI DESA PURWOSSEKAR, KECAMATAN TAJINAN, KABUPATEN MALANG

##### FORM KUESIONER BALITA DAN IBU BALITA

1. Hari/Tanggal Wawancara : 27 Oktober 2024
2. Tempat Wawancara : Ds. Purwosekar Kab. Malang
3. Pewawancara : Khepifah Indah Puspita



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG  
JURUSAN GIZI  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III GIZI  
2024

**A. IDENTITAS IBU DAN BALITA**

<b>I. Identitas Ibu</b>	
1. Nama ibu	Ghisna Adinda Putri
2. Usia	23 Tahun
3. BB	56, 1 Kg
4. TB	151, 8 cm
5. LILA	24 cm
6. Alamat	Dusun Tubo, RT 01, RW 01
7. Agama	Islam
8. Pendidikan	SMA
9. Jumlah Anggota Keluarga	4 Orang
10. Pekerjaan	
a. Suami	Petani
b. Istri	ibu rumah tangga
c. Lain-lain	
11. Pendapatan Keluarga (Rata-rata pendapatan utama dan sampingan perbulan)	
a. Suami	2 juta
b. Istri	-
c. Lain-lain	
<b>II. Identitas Balita</b>	
1. Nama	Alhafariz Rafasa Abasyi
2. Jenis Kelamin	Laki-laki
3. Tanggal Lahir	14 11 2022
4. Umur (bulan)	17 Bulan
5. Bayi/Baduta/Balita ke	1
6. Jumlah Saudara	1
7. Berat Badan Lahir	10, 2 Kg
8. Tinggi Badan Lahir	51 <del>44</del> , cm
9. Berat Badan Sekarang	10, 2 Kg
10. Tinggi Badan Sekarang	75 cm
11. Lingkar Kepala Sekarang	44, 2 cm

DATA KELUARGA	
1.	Nama ayah balita : <i>Tegar Pratomo</i> Pendidikan terakhir, sebutkan! <i>smp</i>
2.	Apakah di rumah ada yang bekerja selain ibu dan ayah? a. <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Jika ada, sebutkan dan sertakan jumlah pendapatannya dalam satu bulan!
ASI EKSKLUSIF	
3.	Apakah balita diberikan ASI hingga usia 2 tahun? <input checked="" type="checkbox"/> Iya <input type="checkbox"/> Tidak Jika tidak, sebutkan alasannya!
STATUS IMD (INISIASI MENYUSUI DINI)	
4.	Apakah balita sudah mendapatkan imunisasi lengkap? <input checked="" type="checkbox"/> Sudah <input checked="" type="checkbox"/> Belum lengkap Jika belum lengkap, sebutkan alasannya! <i>bulan ini masih sakit demam</i>
PENYAKIT INFEKSI	
5.	Apakah balita pernah mengalami sakit dalam 1 tahun terakhir? <input checked="" type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak pernah Jika pernah, sakit apa yang pernah diderita oleh balita? Sebutkan! <i>diare</i>
6.	Bagaimana berat badan balita dalam 2 bulan terakhir? a. <input type="checkbox"/> Naik b. <input type="checkbox"/> Turun <input checked="" type="checkbox"/> Tetap
TABLET TAMBAH DARAH (TTD) SAAT HAMIL	
7.	Apakah selama kehamilan, Ibu mengonsumsi kapsul penambah darah/ TTD? <input checked="" type="checkbox"/> Iya <input type="checkbox"/> Tidak Jika tidak, sebutkan alasannya!
8.	Berapa kali dalam 1 bulan ibu mengonsumsi TTD? <input checked="" type="checkbox"/> < 30x <input type="checkbox"/> ≥ 30x Sebutkan berapa kali mengonsumsinya dalam 1 bulan! <i>20x</i>
PENGETAHUAN	
9.	Apakah ibu sudah pernah mendapatkan edukasi gizi terkait stunting? <input checked="" type="checkbox"/> Sudah pernah <input type="checkbox"/> Belum pernah

FORMULIR FOOD RECALL 24 JAM

Waktu Makan	Nama Masakan	Bahan Makanan		
		Jenis	Banyaknya	
			URT	gram
Pagi (08.00)	- nasi - ladah - telur ceplok - asi	- beras - tahu siam - telur	$\frac{1}{2}$ ctg 1 cdx sayur $\frac{1}{2}$ butir 80 ml	
Selingan pagi siang	- semangka - nasi - bening bayam - telur goreng	- semangka - beras - bayam - telur	1 pig selang $\frac{1}{2}$ ctg 1 cdx sayur $\frac{1}{2}$ butir	
Malam	- nasi - abon ayam	- beras - abon ayam	- $\frac{1}{2}$ ctg - 5 cdx	

## Lampiran 4 Dokumentasi

