

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN

DINAS KESEHATAN

Jalan Mustafa Kemal Nomor 06 Kalianda Kode Pos 35513

Telepon (0727) 322059, Faks (0727) 322059

dinkeskablampungselatan@gmail.com, dinkes.lampungselatankab.go.id

Kalianda, 18 Maret 2025

Nomor : 800.14.1/1364 /IV.03/2025 Yth Kepada
Lampiran : - Ka. UPTD Puskesmas Sukadamai
Penhal : Izin Penelitian Di Tempat

Menindaklanjuti Surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan TanjungKarang Nomor PP.01.04/F XXXV/1334/2025 Tanggal 17 Maret 2025, perihal izin Penelitian, adapun izin tersebut diberikan kepada:

Nama : Kurnia Ardyan Insani
NIM : 2213411086
Pekerjaan : Mahasiswa Diploma III Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Tanjung Karang
Judul : "Gambaran Asupan Zat Gizi dan Status Gizi Pada Anak Umur 6-23 Bulan Di Puskesmas Sukadamai"
Lokasi : UPTD Puskesmas Sukadamai
Tujuan : Mengadakan Penelitian dalam penyusunan tugas akhir

Sehubungan perihal tersebut di atas kepada Saudara Ka. UPTD Puskesmas untuk dapat menerima dan memfasilitasi kegiatan penelitian, apabila kegiatan tersebut telah selesai agar dapat memberikan laporan hasil kepada kami.

Demikian disampaikan untuk dapat di laksanakan.

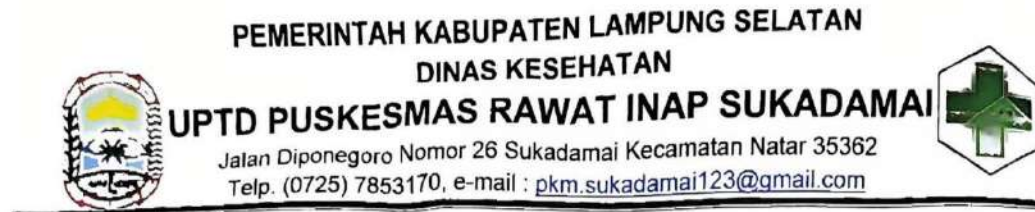


Dr. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Lampung Selatan

Haris Wijaya, S.KM., M.M
Pembina Tk 1/IV.b
NIP. 19740220 199402 1 001

Tembusan Disampaikan Kepada Yth
1. Bupati Lampung Selatan (Sebagai Laporan)
2. Direktur Politeknik Kesehatan Tanjung Karang

Lampiran 2. Surat Balasan Penelitian



Sukadamai, 10 April 2025

Nomor : 445/ B / IV.03/IV/ 2025
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Penelitian

Menindaklanjuti Surat dari Poltekkes Tanjungkarang Nomor: PP.01.04 / F.XXXV /1334 / 2025, Tanggal 17 Maret 2025, Perihal Izin Penelitian, Adapun Izin tersebut diberikan kepada :

Nama : Kurnia Ardyan Insani
 NPM : 2213411086
 Pekerjaan : Mahasiswa Diploma III Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Tanjung Karang
 Judul : "Gambaran Asupan Zat Gizi dan Status Gizi Pada Anak Umur 6-23 Bulan Di Puskesmas Sukadamai"
 Tujuan : Mengadakan Penelitian dalam rangka penyusunan Tugas Akhir

Sehubungan perihal tersebut diatas, kami memberikan izin untuk melakukan penelitian guna mendapatkan keterangan / bahan / data yang diperlukan oleh yang bersangkutan.

Demikian surat izin ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : SUKADAMAI
 PADA TANGGAL : 10 April 2025

Mengetahui
 Kepala : UPTD Puskesmas Rawat Inap
 Sukadamai
 (Stempel: PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN UPTD PUSKESMAS RAWAT INAP SUKADAMAI)
 No Rudy Hendriyanto, S.Kep
 NIP. 197411131993021001

Lampiran 3. Informed Consent

Assalamualaikum wr.wb

Nama : Kurnia Ardyan Insani

Pekerjaan : Mahasiswa Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

Saya akan melakukan pengumpulan data tentang **“Gambaran Asupan Zat Gizi dan Status Gizi pada anak umur 6-23 bulan di Wilayah Puskesmas Sukadamai”**. Tujuan penelitian ini untuk melihat gambaran asupan dan kecukupan zat gizi anak usai 6-23 bulan.

Untuk itu dibutuhkan kerjasama yang baik antara peneliti dan ibu responden. Identitas ibu dan semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian ini. Apabila ibu bersedia dan menyetujui untuk menjadi rsponden dalam penelitian ini, agar kiranya dapat menda tangani formulir ini sebagai tanda persetujuan. Atas kerjasama yang baik dari semua pihak saya ucapkan terimakasih.

Lampiran 4. Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat:

Menyatakan bahwa bersedia untuk dijadikan sebagai responden penelitian Mahasiwa Jurusan Gizi Poltekkes Tanjungkarang dengan judul penelitian “Gambaran Asupan Zat Gizi dan Status Gizi pada anak umur 6-23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukadamai”.

Demikian Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya dan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bandar Lampung,2025

Peneliti

Yang menyatakan,

Kurnia Ardyan Insani

(.....)

Lampiran 5. Lembar Karakteristik**Lembar Karakteristik Anak**

Nama :
Nama Anak :
Umur Anak :
Jenis Kelamin :
Alamat (RT/RW) :
Desa/Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten :

Lampiran 7. Form Recall 2 x 24 jam**LEMBAR KUISIONER
FORMULIR RECALL 24 JAM (HARI KE 2)**

Nama Responden :

Pewawancara :

Tanggal :

WAKTU	MENU	BAHAN MAKANAN	Berat (gr)	URT

Lampiran 8. Dokumentasi



Lampiran 9. Hasil Analisis Data

		Status Gizi BB/U			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Berat badan sangat kurang (severely underweight) <-3 SD	5	4.2	4.2	4.2
	Berat badan kurang (underweight) -3 SD sd <-2 SD	27	22.5	22.5	26.7
	Berat badan normal -2 SD sd +1 SD	86	71.7	71.7	98.3
	Resiko berat badan lebih >+1 SD	2	1.7	1.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	