

**LAMPIRAN**

**RENCANA KEGIATAN PENELITIAN**  
**HUBUNGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK) PADA IBU HAMIL DENGAN KEJADIAN STUNTING DI**  
**WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAGELARAN KABUPATEN PRINGSEWU TAHUN 2025**

[illegible]

**INSTRUMEN PENELITIAN**

**HUBUNGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK) PADA IBU HAMIL  
DENGAN KEJADIAN STUNTING DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
PAGELARAN KABUPATEN PRINGSEWU  
TAHUN 2025**

Nama Responden : .....

Nama Bayi/ Balita : .....

Tanggal Lahir : .....

Jenis Kelamin Anak : Laki – Laki / Perempuan \*)

No. Hp/ Telp : .....

Alamat : .....

LiLa Ibu Saat Hamil : .....

Berat Lahir Bayi/Balita : .....

Panjang Badan Lahir Bayi : .....

Berat Sekarang : .....

Tinggi Badan Sekarang : .....

\*) Coret yang tidak Perlu

### **A. Informasi Demografis**

1. Nama Ibu : .....
2. Usia Ibu : .....
3. Pendidikan Terakhir
  - a. Tidak Sekolah
  - b. SD
  - c. SMP
  - d. SMA
  - e. Perguruan Tinggi
4. Pekerjaan Ibu
  - a. Ibu Rumah Tangga
  - b. Bekerja (Sebutkan) : .....
  - c. Tidak Bekerja
5. Jumlah Anggota Keluarga: .....

### **B. Status Gizi Ibu Hamil**

6. Apakah Anda mengalami LILA <23,5 selama kehamilan?
  - a. Ya
  - b. Tidak
7. Apakah anda mengonsumsi karbohidrat selama kehamilan (Nasi, Gandum, atau oatmeal)
  - a. Setiap hari
  - b. Kadang kadang
  - c. Jarang
  - d. Tidak konsumsi
8. Konsumsi buah dan sayur selama kehamilan:
  - a. Setiap hari
  - b. Kadang kadang
  - c. Jarang
  - d. Tidak konsumsi

9. Apakah Anda mengonsumsi suplemen (zat besi, asam folat, dll.) selama kehamilan?
  - a. Ya
  - b. Tidak
  - c. Jika Ya, Sebutkan jenis suplemen :.....
10. Apakah Anda Mengonsumsi sumber protein hewani selama kehamilan (Misalnya daging, ikan, telur dan Ayam )?
  - a. Setiap hari
  - b. Kadang kadang
  - c. Jarang
  - d. Tidak konsumsi
11. Apakah anda mengonsumsi sumber protein nabati selama kehamilan (Tempe, tahu, kacang kacangan dan biji bijian)?
  - a. Setiap hari
  - b. Kadang kadang
  - c. Jarang
  - d. Tidak konsumsi

### **C. Informasi tentang Anak**

12. Nama Anak : .....
13. Usia Anak : ..... Bulan
14. BB saat ini : ..... Gram
15. Status Stunting Anak (berdasarkan pengukuran tinggi badan):
  - a. Normal
  - b. Stunting
16. Apakah anak Anda mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama?
  - a. Ya
  - b. Tidak
17. Apakah Anda memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) setelah memasuki usia 6 bulan?
  - a. Ya
  - b. Tidak

18. Apakah Anda memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) berupa Karbohidrat (nasi, gandum, atau oatmeal)?
- a. Ya
  - b. Tidak
19. Apakah Anda memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) Protein hewani dan nabati (daging ayam, daging sapi, telur, tahu, tempe, kacang polong, dan kacang merah)?
- a. Ya
  - b. Tidak
20. Apakah Anda memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) Lemak sehat (buah alpukat atau minyak zaitun)?
- a. Ya
  - b. Tidak
21. Apakah Anda memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) Zat besi (hati ayam, hati sapi, atau sayur bayam)?
- a. Ya
  - b. Tidak
22. Apakah Anda memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) Asam folat (buah pisang dan berbagai sayuran berdaun hijau gelap)?
- a. Ya
  - b. Tidak

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Ibu : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No. Responden : ..... (diisi oleh petugas)\*

Dengan ini menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang yang bernama Dira Meilia, dengan judul:

**“Hubungan Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Pagelaran Kabupaten Pringsewu Tahun 2025”**

Saya memahami bahwa penelitian ini bertujuan untuk kepentingan akademis peneliti dalam menyelesaikan skripsi dan bahwa partisipasi saya dalam penelitian ini tidak akan merugikan saya dalam segi apapun. Saya juga menyadari bahwa semua jawaban dan informasi yang saya berikan akan dijaga kerahasiaannya.

Persetujuan ini saya buat secara sukarela dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Dengan ini, saya memberikan izin untuk menggunakan informasi yang diberikan dalam penelitian ini sesuai dengan tujuan yang telah dijelaskan.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pringsewu, .....2025

Responden

(.....)

# LAYAK ETIK



**Kementerian Kesehatan**  
**Poltekkes Tanjungkarang**

📍 Jalan Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Lampung 35145  
☎ (0721) 783852  
🌐 <https://poltekkes-tjk.ac.id>

## **KETERANGAN LAYAK ETIK** **DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL** **"ETHICAL APPROVAL"**

No.043/Perst.E/KEPK-TJK/IV/2025

Protokol penelitian versi 1 yang diusulkan oleh :  
*The research protocol proposed by*

Peneliti utama : Dira Meilia  
*Principal In Investigator*

Nama Institusi : Poltekkes tanjungkarang  
*Name of the Institution*

Dengan judul:  
*Title*

**"HUBUNGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK) PADA IBU HAMIL DENGAN KEJADIAN STUNTING  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAGELARAN KABUPATEN PRINGSEWU TAHUN 2025"**

**"THE RELATIONSHIP BETWEEN CHRONIC ENERGY DEFICIENCY (CED) IN PREGNANT WOMEN WITH THE  
INCIDENCE OF STUNTING IN THE WORK AREA OF PAGELARAN COMMUNITY HEALTH CENTER, PRINGSEWU  
DISTRICT IN 2025"**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

*Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.*

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 17 April 2025 sampai dengan tanggal 17 April 2026.

*This declaration of ethics applies during the period April 17, 2025 until April 17, 2026.*



Chairperson,

Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes



## PENGAMBILAN DATA AWAL



**PEMERINTAH KABUPATEN PRINGSEWU**  
**DINAS KESEHATAN**  
UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH PUSKESMAS PAGELARAN  
Jln. Raya Panutan Gg. Pelita Pekon Panutan Kecamatan Pagelaran  
Kabupaten Pringsewu, Kode Pos 35375, Telf (0729) 7081227



### SURAT IZIN PENGAMBILAN DATA AWAL

Nomor : R/1130/D.02.76/III/2025

Sehubungan dengan surat dari Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjung Karang Nomor PP.01.04/F.XIII/6477/2024 Tanggal 13 September 2025 perihal Permohonan Izin Pengambilan Data Awal, maka dengan ini Saya yang bertandatangan di bawah ini :

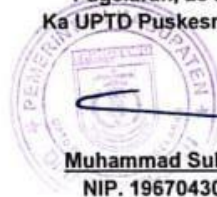
Nama : Muhammad Subagja, SKM, MM  
NIP : 19670430 198710 1 001  
Pangkat/ Golongan : Pembina/ IV.a  
Jabatan : Ka UPTD Puskesmas Pagelaran

Memberikan izin kepada mahasiswa :

Nama : Dira Meilia  
NIM : 2115301051  
Pendidikan : Sarjana Terapan Kebidanan

Untuk melaksanakan pengambilan data awal tentang Hubungan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil Dengan Kejadian Stunting.  
Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pagelaran, 25 Maret 2025  
Ka UPTD Puskesmas Pagelaran



Muhammad Subagja, SKM,MM  
NIP. 19670430 198710 1 001

## SURAT IZIN PENELITIAN



**Kementerian Kesehatan**  
**Poltekkes Tanjungkarang**

Jalan Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Lampung 35145  
(0721) 783852  
<https://poltekkes-tjk.ac.id>

Nomor : PP.01.04/F.XXXV/2425/2025  
Lampiran : 1 eks  
Hal : Izin Penelitian

25 April 2025

Yth, Kepala UPT Puskesmas Pagelaran  
Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Tingkat IV Program Studi Kebidanan Tanjungkarang Program Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang Tahun Akademik 2024/2025, maka dengan ini kami mengajukan permohonan izin penelitian bagi mahasiswa di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Adapun mahasiswa yang melakukan pengambilan data awal penelitian adalah sebagai berikut:

No	NAMA	JUDUL PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Dira Meilia NIM: 2115301051	Hubungan Kekurangan Energi Kronik (Kek) Pada Ibu Hamil Dengan Kejadian Stunting	UPT Puskesmas Pagelaran

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian  
Kesehatan TanjungKarang,



**Dewi Purwaningsih, S.SiT., M.Kes**

Tembusan:

1. Ka. Jurusan Kebidanan
2. Ka. Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu
3. Ka. Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Kabupaten Pringsewu

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



## SURAT IZIN PENELITIAN PUSKESMAS



**PEMERINTAH KABUPATEN PRINGSEWU**  
**DINAS KESEHATAN**  
UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH PUSKESMAS PAGELARAN  
Jln.Raya Panutan Gg.Pelita Pekon Panutan Kecamatan Pagelaran  
Kabupaten Pringsewu, Kode Pos 35375, Telf (0729) 7081227



### SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : R/1905/D.02.76/VI/2025

Sehubungan dengan surat dari Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjung Karang Nomor PP.01.04/F.XXXV/2425/2025 Tanggal 25 April 2025 perihal Izin Penelitian, maka dengan ini Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : dr. Rizky Septiawan  
NIP : 19880925 202203 1 002  
Pangkat/ Golongan : Penata Muda Tk I/ III.b  
Jabatan : Kepala UPTD Puskesmas Pagelaran


Memberikan izin kepada mahasiswa :

Nama : Dira Meilia  
NIM : 2115301051  
Pendidikan : Sarjana Terapan Kebidanan

Untuk melaksanakan penelitian tentang Hubungan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil Dengan Kejadian Stunting.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pagelaran, 8 Mei 2025  
Kepala UPTD Puskesmas Pagelaran



dr. Rizky Septiawan  
NIP. 19880925 202203 1 002



## DOKUMENTASI

