

LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Persetujuan Melakukan Penelitian



FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PAREPARE

Alamat : Jln. Muhammadiyah No. 08 Tlp. 0421-21608 Parepare
: Jln. Jend. Ahmad Yani Km. 06 Tlp. 0421-22757 Parepare

FORMAT PERSETUJUAN MELAKUKAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dosen Pembimbing dan Dosen Penanggap dari Mahasiswa:

Nama : Nurhasanah
NIM : 2202A0003
Tempat/Tgl Lahir : Labulo bulo 31 Oktober 1999
Alamat : Labulo bulo, Desa Sidlo, Kecamatan Soppeng Raya, Kabupaten Barru
No.HP/Email : 082 291 037 899
Konsentrasi : Epidemiologi
Judul Penelitian : Positive Deviance kejadian Stunting pada keluarga miskin di Desa Sidlo, kec. Soppeng Raya, kab. Barru
Tanggal Seminar : 17 Februari 2024
Dosen Pembimbing : 1. Fitriani Umar, SKM, M.Kes
2. Sukmauwati Thasim, S.Gz, M.Kes
Dosen Penanggap : 1. Rini Angraeny, skm, M.Kes
2. Dr. Rahmi Amir, S.Si, M.Kes

Menerangkan bahwa Mahasiswa tersebut di atas telah memenuhi syarat untuk melakukan penelitian atau pengumpulan data.

Parepare,2024

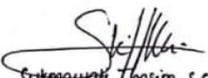
Dosen Pembimbing I


Fitriani Umar, skm, M.Kes

Dosen Penanggap I


Rini Angraeny, skm, M.Kes

Dosen Pembimbing II


Sukmauwati Thasim, S.Gz, M.Kes

Dosen Penanggap II


Dr. Rahmi Amir, S.Si, M.Kes

Lampiran 2 Surat Rekomendasi Dari LPPM UM Parepare



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PAREPARE LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (RESEARCH INSTITUTE AND COMMUNITY SERVICES)

Alamat : Gedung F3.19 Kampus II UMPAR, Jl. Jend. Ahmad Yani KM. 6 Kota Parepare, Kode Pos 91113, e-mail : lppm@umpar.ac.id

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Nomor : 0171/LPPM/IL.3.AU/IP/2024
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada Yth.
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP PROV. SULSEL
di-
Makassar

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Muhammadiyah Parepare, menerangkan bahwa:

Nama : Nurhasanah
NIM : 220 240 003
Fakultas/Prodi : Ilmu Kesehatan/Kesehatan Masyarakat

Adalah Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Parepare yang bermaksud untuk melakukan penelitian dengan judul **“Positive Deviance Kejadian Stunting Pada Keluarga Miskin di Desa Siddo Kec. Soppeng Riaja Kab. Barru.”**

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin penelitian kepada Mahasiswa tersebut selama 1 (satu) Bulan di

- 1. Desa Siddo Kecamatan Soppeng Riaja Kabupaten Barru.**
- 2. UPT Puskesmas Mangkoso Kec. Soppeng Riaja Kab. Barru.**

Atas Perhatian dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Parepare, 23 Februari 2024


Dr. Iradha Tullah Rahim, M.P.
NIDN 0926117601

Terselamatkan Yth.

1. Ketua BPH UMPAR
2. Wakil Rektor I UMPAR
3. Wakil Rektor II UMPAR
4. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UMPAR
5. Seksi, Nurhasanah
6. Arsip

Lampiran 3 Surat Izin Penelitian DPMPTSP Provinsi Sulawesi Selatan


PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : <http://simap-new.sulselprov.go.id> Email : ptsp@sulselprov.go.id
Makassar 90231

Nomor	: 4370/S.01/PTSP/2024	Kepada Yth.
Lampiran	: -	Bupati Barru
Perihal	: <u>izin penelitian</u>	

di-
Tempat

Berdasarkan surat Ketua LPPM Univ. Muhammadiyah Parepare Nomor : 0171/LPPM/II.3.AU/IP/2024 tanggal 23 Februari 2024 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a	: NURHASANAH
Nomor Pokok	: 220240003
Program Studi	: Kesehatan Masyarakat
Pekerjaan/Lembaga	: Mahasiswa (S1)
Alamat	: Jl. Jend. Ahmad Yani Km. 06 Parepare

PROVINSI SULAWESI SELATAN

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka menyusun SKRIPSI, dengan judul :

" Positive Deviance Kejadian Stunting Pada Keluarga Miskin di Desa Siddo Kec. Soppeng Riaja Kab. Barru "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **04 Maret s/d 04 April 2024**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada Tanggal 24 Februari 2024

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN**

	ASRUL SANI, S.H., M.Si. Pangkat : PEMBINA TINGKAT I Nip : 19750321 200312 1 008
---	--

Tembusan Yth

1. Ketua LPPM Univ. Muhammadiyah Parepare;
2. *Pertinggal*

Lampiran 4 Surat Izin Penelitian DPMPTSP Kabupaten Barru



PEMERINTAH KABUPATEN BARRU DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Mal Pelayanan Publik Masiga Lt. 1-3 Jl. Iskandar Unru Telp. (0427) 21662, Fax (0427) 21410
<http://dpmptspk.barrukab.go.id> : e-mail : barrudpmptspk@gmail.com .Kode Pos 90711

Nomor : 099/IP/DPMPTSP/II/2024
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Barru, 27 Februari 2024
Kepada
Yth. 1. Kepala UPT Puskesmas Mangkoso
2. Kepala Desa Siddo

di -
Tempat

Berdasarkan Surat dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 4370/S.01/PTSP/2024 perihal tersebut di atas, maka Mahasiswa di bawah ini :

Nama : NURHASANAH
Nomor Pokok : 220240003
Program Studi : KESEHATAN MASYARAKAT
Perguruan Tinggi : UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PAREPARE
Pekerjaan : MAHASISWI (S1)
Alamat : LABULOBULO, DESA SIDDO, KEC. SOPPENG RIAJA, KAB. BARRU

Diberikan izin untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Wilayah/Kantor Saudara yang berlangsung mulai tanggal **4 Maret 2024 s/d 4 April 2024**, dalam rangka penyusunan **Skripsi** dengan judul :

POSITIVE DEVIANCE KEJADIAN STUNTING PADA KELUARGA MISKIN DI DESA SIDDO KECAMATAN SOPPENG RIAJA KABUPATEN BARRU

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

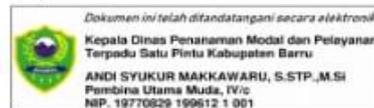
1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan melapor kepada Kepala SKPD (Unit Kerja) / Camat, apabila kegiatan dilaksanakan di SKPD (Unit Kerja) / Kecamatan setempat;
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan;
3. Mentaati semua Peraturan Perundang Undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat;
4. Menyerahkan 1 (satu) eksemplar copy hasil penelitian kepada Bupati Barru Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Barru;
5. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Untuk terlaksananya tugas penelitian tersebut dengan baik dan lancar, diminta kepada Saudara (i) untuk memberikan bantuan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperluhnya.



Kepala Dinas,



TEMBUSAN : disampaikan Kepada Yth.

1. Bapak Bupati (sebagai laporan);
2. Kepala Bappeltbangda Kab. Barru;
3. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Barru;
4. Camat Soppeng Riaja Kab. Barru;
5. Ketua LPPM Univ. Muhammadiyah Parepare.
6. Mahasiswa yang bersangkutan.

- UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1
Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah
- Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat yang diterbitkan BSE



Lampiran 5 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN BARRU
KECAMATAN SOPPENG RIAJA
DESA SIDDO**

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
No.000.9.6.1/296/Desa Siddo

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : KHAIRUL RIJAL, ST
Jabatan : Kepala Desa Siddo

Menerangkan bahwa :

Nama : Nurhasanah
NIM : 220240003
Fakultas : Ilmu Kesehatan
Prodi : Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi : Epidemiologi
Alamat : Congko,Desa Siddo,Kecamatan Soppeng Riaja,Kab.Barru

Bahwa nama tersebut diatas benar-benar telah melaksanakan penelitian dan pengambilan data di Desa Siddo,Kecamatan Soppeng Riaja,Kabupaten Barru.
Demikian Surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Siddo, 24 April 2024
Kepala Desa Siddo

KHAIRUL RIJAL, ST

Lampiran 6 Panduan Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*INDEPTH INTERVIEW*)

INFORMAN (IBU BALITA)

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :
3. Pekerjaan :
4. Pendidikan :
5. Jumlah anak :

B. IDENTITAS BALITA

1. Nama :
2. Jenis kelamin : 1. Laki-laki / 2. Perempuan
3. Tanggal lahir :
4. Umur :
5. Berat badan : (Kg)
Berat badan lahir : (Gr)
6. Tinggi badan lahir : (Cm)
Panjang badan lahir : (Cm)

C. KARAKTERISTIK KELUARGA

1. Jumlah keluarga (siapa saja) :
2. Pendapatan keluarga :

D. RIWAYAT PEMBERIAN ASI

1. Saat anak dilahirkan apakah dilakukan IMD pada anak ?
2. Selama enam bulan pertama sejak lahir apakah anak ibu diberi ASI full tanpa makanan dan minuman tambahan ?
3. Mengapa ibu mau memberikan ASI ?
4. Apakah anak masi menyusui sekarang ?
5. Sampai umur berapa anak disusui?
6. Jika ibu bekerja bagaimana cara ibu memberikan ASI pada anak ?

E. PEMBERIAN MP-ASI

1. Umur berapa anak mulai MP-ASI ?

2. Bagaimana MP-ASI yang diberikan kepada anak ?
3. Bagaimana frekuensi MP-ASI anak ibu ?
4. Komposisi apa saja yang terdapat pada MP-ASI yang disajikan ?
5. Apakah ada prioritas pemberian makan pada anak ?

F. PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN

1. Apakah setiap bulan anak ibu ditimbang ?
2. Jika berat badan anak ibu turun apa yang ibu lakukan ?
3. Pada saat apa ibu membawa anak ibu ketempat pelayanan kesehatan ?
4. Apakah anak ibu mendapat imunisasi dasar lengkap ? (jika tidak karena apa)
5. Jika balita sakit apa yang ibu lakukan ?

G. PERILAKU HIDUP BERSIH

1. Bagaimana ibu menerapkan pola hidup bersih dan sehat pada anak ?
2. Bagaimana ibu menerepkan pola hidup bersih terhadap lingkungan tempat tinggal ?
3. Jenis air apa yang ibu gunakan?
4. Jenis jamban apa yang ibu gunakan?
5. Apakah ada anggota keluarga yang merokok di dalam rumah ?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*INDEPTH INTERVIEW*)

INFORMAN (KADER POSYANDU)

A. IDENTITAS KADER

1. Nama :
2. Umur :
3. Pendidikan :
4. Pekerjaan selain kader :
5. Lokasi/ nama posyandu :
6. Lama menjadi kader :

B. PERTANYAAN

1. Menurut anda apa peran kader dalam mendukung keluarga miskin untuk menghindari atau mengatasi *stunting* ?
2. Apakah ada pendampingan terhadap balita yang berasal dari keluarga miskin ?
3. Apakah sering mengadakan penyuluhan terkait pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI ?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*INDEPTH INTERVIEW*)

INFORMAN (PETUGAS GIZI)

A. IDENTITAS PETUGAS GIZI

1. Nama :
2. Umur :
3. Pendidikan :
4. Lokasi/nama Puskesmas :
5. Lama menjadi petugas gizi :

B. PERTANYAAN

1. Menurut anda apa peran petugas gizi dalam mendukung keluarga miskin untuk menghindari atau mengatasi *stunting* ?
2. Apakah ada pendampingan terhadap balita yang berasal dari keluarga miskin ?
3. Apakah sering mengadakan penyuluhan terkait pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI ?

Lampiran 7 Informed Consent

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa sesungguhnya telah SETUJU untuk menjadi subjek penelitian dengan suka rela dan tanpa paksaan pada

Judul Penelitian : *Positive Deviance* Kejadian *Stunting* pada Keluarga Miskin di Desa Siddo Kecamatan Soppeng Riaja Kabupaten Barru

Nama Peneliti : Nurhasanah

Tempat Penelitian : Desa Siddo Kecamatan Soppeng Riaja Kabupaten Barru

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Peneliti,

Informan,

Nurhasanah

.....

Lampiran 8 Dokumentasi



Gambar 1 Pengukuran Tinggi Badan/Panjang Badan Balita



Gambar 2 Penandatanganan Informed Consent



Gambar 3 Wawancara Penelitian