

## DAFTAR PUSTAKA

- Bappenas. (2018). Rencana Aksi Nasional Dalam Rangka Penurunan Stunting. Rembuk Stunting: Jakarta.
- ACF International. Interactions of: Malnutrition, water sanitation and hygiene, infections, Paris: Technical Department, Action Against Hunger International Network. 2007: 1-47.
- Ernawati F. 2014. Hubungan Panjang badan lahir dengan anak usia 12 bulan. Jakarta.
- Candra,A. 2016. Suplementasi mikronutrien dan penanggulangan malnutrisi pada anak usia dibawah 5 tahun (balita), Semarang.
- Candra MA et al. 2016. Determinan kejadian stunting pada bayi usia 6 bulan di Kota Semarang. Jurnal Gizi Indonesia, Vol. 4, No. 2: 82 – 88.
- Hariyati et al, 2016. Hubungan Antara Riwayat Infeksi dan Tingkat Konsumsi dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 25-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember, Jawa Timur.
- Indrawati S, 2016. Hbungan pemberian ASI dengan Kejadian stunting pada anak usia 2-3 tahun di Desa Karangrejek Wonosari Gunungkidul, Yogyakarta.
- Irviani A. 2014. Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Keluarga dengan Kejadian Stunting Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar Tahun 2014

- Kementrian Kesehatan,2013. Situasi dan analisis Asi Eksklusif.
- Kementrian Desa,2017. Buku saku desa dalam penanganan Stunting.
- Kementrian Kesehatan, 2018. Situasi balita pendek(*Stunting*) di Indonesia
- Kusumawati,E. 2015. Model pengendalian *Stunting* pada anak usia dibawah 3 tahun. Jakarta.
- Lestari W. et all. 2014 Faktor risiko stunting pada anak umur 6-24 bulan di kecamatan Penanggalan kota Subulussalam provinsi Aceh, Aceh. Jurnal Gizi Indonesia; 3(1): 37-45
- Lourenco, Villamor, Augusto, & Cardoso. (2012). Determinant of Linear Growth from infancy to school-aged years: a population-based follow-up study in urban Amazonian Children. BMC Public health 12:265.
- Mediana S, 2016. Hubungan jumlah konsumsi susu formula standar pada kejadian Stunting pada anak usia 2-5 tahun, Jawa Tengah.
- Mugianti, Sri *et al.* 2018. Faktor penyebab anak Stunting usia 25-60 bulan di Kecamatan Sukorejo Kota Blitar. Jurnal Ners dan Kebidanan; Volume 5, Nomor 3: 268–278.
- Nova M & Afriyanti O. 2018. Hubungan Berat Badan, ASI Eksklusif, MP-ASI dan Asupan Energi dengan Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan di Puskesmas Lubuk Buaya. Jurnal Kesehatan Perintis; Vol.5, No.1: 47-53.

- Nadiyah; Briawan, Dodik; dan Martianto, Drajat. 2014. aktor Risiko Stunting Pada Anak Usia 0—23 Bulan di Provinsi Bali, Jawa Barat, Dan Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi dan Pangan*; 9(2): 125-132
- Nurmayasanti A & Mahmudiono T. 2019. Status Sosial Ekonomi dan Keragaman Pangan Pada Balita Stunting dan Non-Stunting Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas. *IAGIKMI*: 114-121.
- Paramashanti BA, Hadi H, Gunawan IMA. 2015. Pemberian ASI eksklusif tidak berhubungan dengan stunting pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*, Vol. 3, No. 3: 162-174.
- Ramli, et al (2009). Prevalence and Risk Factors For Stunting And Severe Stunting Among Under-Fives In North Maluku Province Of Indonesia. *BMC Pediatrics* 9: 64.
- Rahayu, L. S., & Sofyaningsih, M. (2011). Pengaruh BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) dan Pemberian ASI Eksklusif terhadap Perubahan Status Stunting pada Balita di Kota dan Kabupaten Tangerang Provinsi Banten. *Peran Kesehatan Masyarakat Dalam Pencapaian MDG's Di Indonesia*, (April 2011), 160–169
- Risikesdas Kemenkes (2018). Riset Kesehatan Dasar 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Setiawan, Eko; Machmud R, Masrul. 2018. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja

Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang Tahun 2018.  
Jurnal Kesehatan Andalas, 7(2).

Susanty NM, Margawati A. 2012. Hubungan derajat stunting, asupan zat gizi dan sosial ekonomi rumah tangga dengan perkembangan motorik anak usia 24-36 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bugangan, Semarang. J Nutr College 1(1):327-336.

Sutarto et al, 2018. Stunting, Faktor Resiko dan Pencegahannya, Lampung.

Vaozia S, Nuryanto. 2016. Faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 1-3 tahun (studi di Desa Menduran Kecamatan Brati Kabupaten Grobogan). Journal of Nutrition Colleg;5(4):314-20.

## Lampiran-lampiran

no	Stunting	Jenis kelamin	Prematur	MP-ASI	Pemberian ASI Eksklusif	Penyakit Kronis	Sosial Ekonomi
1	Tidak stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	tidak mampu
2	Tidak stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Ya	tidak mampu
3	Stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Tidak diberikan	Tidak	tidak mampu
4	Tidak stunting	Laki-laki	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	tidak mampu
5	Tidak stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
6	Tidak stunting	Laki-laki	tidak	Belum diberikan	Diberikan	Tidak	tidak mampu
7	Tidak stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
8	Tidak stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
9	Stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
10	Tidak stunting	Laki-laki	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
11	Stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
12	Tidak stunting	Laki-laki	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
13	Tidak stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Tidak diberikan	Tidak	mampu
14	Tidak stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
15	Stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
16	Tidak stunting	Laki-laki	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	tidak mampu
17	Tidak stunting	Laki-laki	tidak	Diberikan	Tidak diberikan	Tidak	tidak mampu
18	Tidak stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Ya	tidak mampu
19	Tidak stunting	Laki-laki	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
20	Tidak stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu
21	Stunting	Perempuan	Ya	Diberikan	Diberikan	Tidak	tidak mampu
22	Stunting	Laki-laki	tidak	Diberikan	Diberikan	Ya	tidak mampu
23	Stunting	Perempuan	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	tidak mampu
24	Stunting	Laki-laki	tidak	Diberikan	Diberikan	Tidak	mampu

**KUESIONER PENELITIAN**

**FAKTOR RISIKO STUNTING PADA ANAK USIA 6 – 60 BULAN DI  
POSYANDU KECAMATAN TALLO KOTA MAKASSAR**

Tanggal Wawancara :

Nama Pewawancara :

Waktu :

Identifikasi Keluarga Responden			Koding
IKR 1	Alamat lengkap		
IKR 2	No. Responden		<input type="text"/>
IKR 3	Nama kepala keluarga		
IKR 4	Nama responden (ibu)		
IKR 5	Tanggal Lahir Responden (ibu)		
IKR 6	Pekerjaan Kepala Keluarga	1. Tidak Bekerja 2. Sekolah 3. Jasa (ojek/supir)/bangunan 4. PNS/TNI/POLRI 5. Pegawai swasta 6. Dagang/ wiraswasta 7. Lainnya: _____	
IKR 7	Pekerjaan Responden (ibu)	1. Tidak Bekerja 2. Sekolah 3. Buruh Cuci 4. PNS/TNI/POLRI 5. Pegawai Swasta 6. Dagang/ wiraswasta 7. Lainnya: _____	
IKR 8	Pendapatan Rumah Tangga per Bulan		

<b>Identitas Anak</b>			
IB 1	Nama Balita		
IB 2	Tanggal Lahir Balita		
IB 3	Jenis Kelamin Balita	1. Laki-laki	2. Perempuan
<b>Pola ASUH ( Pemberian ASI Eksklusif dan MP-ASI)</b>			
A1	Apakah Ibu pernah menyusui (nama anak)?  1. Ya 2. Tidak -> lanjut ke A2		
A2.	Mengapa Ibu tidak memberikan ASI Eksklusif?  1. ASI tidak keluar 2. Anak sakit 3. Ibu sakit 4. Lainnya, sebutkan.....		
A3	Dalam 3 hari pertama setelah lahir, apakah(nama anak) diberi minuman/makanan selain ASI Eksklusif?  1. Ya 2. Tidak		
A4	Apa alasan diberikan makanan/minuman tambahan selain ASI Eksklusif tersebut dalam 3 hari pertama?  a. Ibu sakit b. ASI tidak/belum keluar c. Ibu bekerja d. Bayi tidak mau e. Bayi menangis terus f. ASI tidak mencukupi g. Nasehat dokter, bidan, perawat h. Nasehat orang tua i. lainnya, sebutkan.....		
A5	Apakah saat ini(nama anak) masih diberi ASI Eksklusif?		
A6	Pada usia berapa(nama anak) berhenti diberi ASI Eksklusif? ..... bulan		
A7	Apakah (nama anak) sudah diberi makanan/minuman tambahan selain ASI Eksklusif? 1. Ya 2. Tidak		
A8	Pada usia berapa(nama anak) mulai menerima makanan/minuman tambahan tersebut?.....bulan		

<b>B. Penyakit Infeksi</b>	
B1	Apakah (nama anak) pernah sakit? 1. Ya 2. Tidak
B2.	Penyakit apa yang pernah dialami oleh anak(nama anak)? Sebutkan. 1. _____ (Berapa lama sakitnya.....) 2. _____ (Berapa lama sakitnya.....)
B3	Apakah dalam 1 bulan terakhir anak Ibu mempunyai keluhan kesehatan seperti dibawah ini?  a. Penyakit Paru & diobati 6 bulan(TBC) b. Diare/ buang-buang air c. Leukemia d. Lainnya,sebutkan.....
<b>C. Antropometri</b>	
C1	Panjang badan anak _____ cm
C2	Tinggi badan anak _____ cm
C3	Berat badan anak _____ kg
<b>D. Riwayat Prematur anak</b>	
D1	Kapankah hari pertama haid terakhir ibu? ( _____ )
D2	Apakah kelahiran anak (nama anak) cukup bulan? (37 – 42 minggu) 1. Ya 2. Tidak





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 12 Makassar, Sulawesi Selatan 90045, Telp. (0411) 587435, Fax (0411) 586297

Nomor : 16038/UN4.6.8/DA.04.09/2019  
Lamp : ---  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Makassar, 16 Agustus 2019

Yth. :  
Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Provinsi Sulawesi Selatan  
Makassar

Dengan hormat, disampaikan bahwa mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin di bawah ini :

N a m a : Akita Dhianty  
N i m : C111 16 567

bermaksud melakukan penelitian di Posyandu Kecamatan Tallo dengan judul penelitian "Faktor Risiko Stunting pada anak usia 6-60 Bulan di Posyandu Kecamatan Tallo, Makassar".

Sehubungan hal tersebut kiranya yang bersangkutan dapat diberi izin untuk melakukan Penelitian dalam rangka penyelesaian studinya.

Demikian permohonan kami, atas bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Perwakilan Tah :  
I. Arsy



120101014212594

**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
**BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN**

Nomor : 22247/S.01/PTSP/2019  
Lampiran :  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.  
Wakil Kota Makassar

Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kedokteran UNHAS Makassar Nomor : 160388/UMH.6.8/DA.D4.09/2019 tanggal 16 Agustus 2019 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : AKITA DIBANTY  
Nomor Pokok : C11110567  
Program Studi : Pand. Dokter  
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)  
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

**" FAKTOR RISIKO STUNTING PADA ANAK USIA 6-60 BULAN DI POSYANDU KECAMATAN TALLO MAKASSAR "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 27 Agustus s/d 27 November 2019

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.

Diberikan di Makassar  
Pada tanggal : 27 Agustus 2019

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN  
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU  
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN  
Sebagai Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

**A. M. YAMIN, SE., MS.**

Pangkat : Pembina Utama Madya  
Np : 19610513 199002 1 002

Terselamatkan Yth  
1. Dekan Fak. Kedokteran UNHAS Makassar di Makassar  
2. Penggal



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111  
Telp +62411 – 3615867 Fax +62411 – 3615867  
Email : [Kesbang@makassar.go.id](mailto:Kesbang@makassar.go.id) Home page : <http://www.makassar.go.id>

Makassar, 30 Agustus 2019

**K e p a d a**

Nomor : 070 / 3603 -II/BKBP/VIII/2019  
Sifat :  
Perihal : Izin Penelitian

**Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA MAKASSAR**

**Di -**

**MAKASSAR**

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 22247/S.01/PTSP/2019 Tanggal 16 Agustus 2019, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama : **AKITA DHIANTY**  
NIM / Jurusan : C11116567 / Pend. Dokter  
Pekerjaan : Mahasiswa(S1) / UNHAS  
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar  
Judul : **"FAKTOR RISIKO STUNTING PADA ANAK USIA 6-60 BULAN DI POSYANDU KECAMATAN TALO MAKASSAR"**

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Skripsi* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **30 Agustus s/d 27 November 2019**.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat **menyetujui** dengan memberikan surat rekomendasi izin penelitian ini.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

  
**W. H. JAMAING, M.Sc**  
Rangkap : Pembina Tk. I  
NIP. : 19601231 198003 1 064

**Tembusan :**

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Prov. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Unit Pelaksana Teknis P2T Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prov. Sul Sel di Makassar;
3. Dekan Fak. Kedokteran UNHAS Makassar di Makassar;
4. Mahasiswa yang bersangkutan;
5. Arap

## BIODATA



1.	Nama Lengkap	Akita Dhianty		
2.	Jenis Kelamin	Perempuan		
3.	Program Studi	Pendidikan Dokter		
4.	NIM	C111 16 567		
5.	Tempat/Tanggal Lahir	Ujung Pandang, 14 April 1997		
6.	E-mail	akitady@yahoo.com		
7.	No Telepon/Hp	089638780707		
8.	Riwayat Pendidikan:			
	Jenjang	Nama Institusi	Jurusan	Tahun masuk-tahun lulus
	SD	SDN Mangkura III	-	2003-2009
	SMP	SMP Islam Athirah Kajaolalido	-	2009-2012
	SMA	SMAN 2 Makassar	IPA	2012-2015
	Perguruan Tinggi	Universitas Hasanuddin	Pendidikan Dokter	2016-sekarang