

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Matriks Jadwal Penyusunan KTI

JADWAL PENELITIAN

Kegiatan																						
	Jan 2025				Feb 2025				Mar 2025					Apr 2025					Mei 2025			
	1	2	3	4	1	2	3	4	3	7	10	14	24	11	12	14	19	1	2	3	4	
Pengajuan Judul dan Pengesahan Judul																						
Penyusunan Proposal (BAB I, II, dan III)																						
Seminar Proposal Penelitian																						
Revisi Seminar Proposal																						
Pengambilan data																						
Pengolahan data dan penyusunan Laporan																						
Bimbingan BAB IV, V																						
Ujian sidang KTI																						

Lampiran 2 : Pengantar Penelitian

Kepada Yth.

...

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Satria Ziv Labdawara Putra

NIM : P17250223044

Alamat: Kelurahan Bangunsari, Kecamatan Dolopo, Kabupaten Madiun

Telp : 085857320412

Saya adalah mahasiswa prodi Diploma III Keperawatan Ponorogo Kampus 6 Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang sedang melaksanakan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Jaringan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Ponorogo”

Tujuan dari studi kasus ini untuk mengetahui pelaksanaan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan dan upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan dijaga. Jika terjadi hal-hal yang memberatkan maka pasien diperbolehkan mengundurkan diri dari kegiatan studi kasus ini dengan menghubungi penulis pada nomor yang tertera diatas. Apabila anda menyetujui maka saya mohon kesediaannya menandatangani lembar persetujuan. Atas kesediaan dan kerja samanya dalam studi kasus ini saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Satria Ziv Labdawara Putra

Lampiran 3 : Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA

A. BIODATA

1. Siapa nama anda?
2. Berapa usia anda?
3. Dimana alamat anda?
4. Apa agama anda?
5. Apa pendidikan terakhir anda?
6. Apa pekerjaan anda?
7. Apakah anda sudah menikah?

B. Riwayat Penyakit

1. Apa yang anda keluhkan saat ini?
2. Sejak kapan anda mengalami luka?
3. Apakah luka mengeluarkan darah/nanah?
4. Apakah anda merasakan nyeri?
5. Seberapa kuat nyeri yang anda rasakan bila ada rentang 1-10?
6. Apakah anggota keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit diabetes?
7. Sejak kapan anda memiliki penyakit diabetes?

C. RIWAYAT PENGobatan DAN PERAWATAN

1. Apakah selama ini anda mengkonsumsi obat rutin? Jika iya, obat apa?
2. Bagaimana cara anda mengontrol kesehatan?
3. Apakah anda sudah mengontrol kadar gula darah dengan diet diabetes?
4. Apakah anda rutin berolahraga?
5. Apa yang sudah anda lakukan terhadap luka tersebut?
6. Apakah anda menjaga luka agar luka tetap bersih?

Lampiran 4 : Lembar Observasi BJWAT

LEMBAR OBSERVASI BJWAT

NO	Luka Dorsal Pedis Sinistra	Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4	Hari ke 5	Hari ke 6	Hari ke 7
1	Ukuran	1	1	1	1	1	1	1
2	Kedalaman	2	2	2	2	2	2	2
3	Tepi	2	2	2	2	2	2	2
4	Melemahkan	1	1	1	1	1	1	1
5	Jenis Jaringan nekrotik	3	3	2	1	1	1	1
6	Jumlah Jaringan Nekrotik	2	2	2	1	1	1	1
7	Jenis Eksudat	3	3	3	3	2	2	2
8	Jumlah Eksudat	2	2	2	2	2	2	2
9	Warna Kulit	1	1	1	1	1	1	1
10	Edema	1	1	1	1	1	1	1
11	Indurasi	1	1	1	1	1	1	1
12	Granulasi	2	2	2	2	2	2	2
13	Epitelisasi	5	5	5	4	4	4	4
	Total Score	26	26	25	22	21	21	21

NO	Luka Area Malleolus Lateralis Sinistra	Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4	Hari ke 5	Hari ke 6	Hari ke 7
1	Ukuran	2	2	2	2	2	2	2
2	Kedalaman	2	2	2	2	2	2	2
3	Tepi	2	2	2	2	2	2	2
4	Melemahkan	1	1	1	1	1	1	1
5	Jenis Jaringan nekrotik	3	3	3	3	2	1	1
6	Jumlah Jaringan Nekrotik	2	2	2	2	2	1	1
7	Jenis Eksudat	3	3	3	3	3	3	3
8	Jumlah Eksudat	3	3	3	3	2	2	2
9	Warna Kulit	1	1	1	1	1	1	1
10	Edema	1	1	1	1	1	1	1
11	Indurasi	1	1	1	1	1	1	1
12	Granulasi	2	2	2	2	2	2	2
13	Epitelisasi	5	5	5	5	5	4	4
	Total Score	28	28	28	28	26	23	23

Keterangan : Kontinum status luka

1-8 : Kesehatan Jaringan

9 : Sembuh

13-14 : Regenerasi Luka

15-65 : Degenerasi Luka

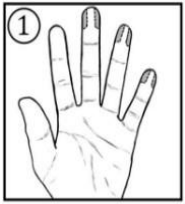
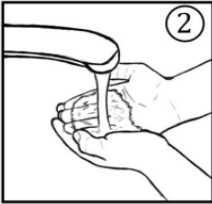
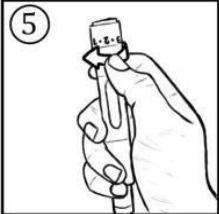
Lampiran 5 : Lembar Observasi Kadar Gula Darah

LEMBAR OBSERVASI KADAR GULA DARAH

Hari ke-	Kadar Gula Darah Puasa
1	170 g/dL
3	142 g/dL
5	126g/dL
7	114g/dL

Lampiran 6 : SOP Pemeriksaan Gula Darah

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN GLUKOSA DARAH	
Pengertian	Pemeriksaan kadar glukosa darah secara berkala yang dilakukan dengan glukometer
Indikasi	1. Menggunakan insulin. 2. Pada kondisi khusus (penderita berencana hamil/selama kehamilan, kejadian hipoglikemia berulang, sakit berat yang dapat mempengaruhi kadar glukosa darah, neuropati berat, puasa, terapi steroid/lainnya, pekerjaan fisik berat atau pekerjaan yang dapat membahayakan penderita dan orang lain). 3. Menggunakan obat glikemik oral (OHO). 4. Terkendali tanpa obat hanya pengaturan nutrisi dan aktifitas fisik.
Tujuan	1. Menjaga keselamatan penderita diabetes melitus A. Mendiagnosis episode hipoglikemia B. Mencegah resiko hipoglikemia saat beraktivitas yang dapat membahayakan penderita dan orang lain C. Mengidentifikasi hipoglikemia dan hiperglikemia pada penderita yang berpuasa D. Memantau kadar glukosa darah dalam kondisi khusus seperti kehamilan dan rawat jalan 2. Membantu upaya merubah gaya hidup 3. Membantu dalam pengambilan keputusan 4. Membantu menyesuaikan dosis obat hiperglikemik oral (OHO) yang diberikan bersama steroid
Frekuensi dan Waktu Pemeriksaan	Frekuensi dan waktu pemeriksaan ditentukan berdasarkan kesepakatan dan advice oleh dokter/tenaga kesehatan ahli dengan mempertimbangkan tipe diabetes, pola pengobatan, prioritas klinis, kemampuan/dukungan keluarga dan finansial, serta tingkat pendidikan dan perilaku.
Persiapan tempat dan alat	1. Glukometer 2. Lanset 3. Handscone 4. Alcohol swab/kapas
Persiapan Pasien	Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
Persiapan lingkungan	1. Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien 2. Jaga privasi klien

Prosedur Pelaksanaan	1. Memilih area penusukan di tepi ujung jari (bagian lateral ujung jari), terutama pada jari ke-3, 4, 5 karena kurang menimbulkan nyeri. 2. Apabila tidak memungkinkan dapat diperiksa pada telapak tangan pangkal ibu jari. Namun, pada kondisi tertentu seperti luka bakar 3. pada kedua tangan penusukan dapat dilakukan di lengan bawah, paha, dan telapak tangan.	
	1. Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun, lalu keringkan 2. Bersihkan area penusukan dengan alkohol 76% atau kapas beralkohol. Lakukan pemijatan ringan sebelum ditusuk. 3. Gunakan lanset tipis dan tajam untuk menghindari rasa nyeri A. Gunakan 1 lanset 1 kali pemakaian untuk mencegah transmisi bakteri patogen, atau infeksi kulit lainnya. B. Atur pengaturan kedalaman penusukan dengan mengaturnya melalui angkat-angka yang terdapat pada lanset sesuai kebutuhan pengguna C. Lakukan penusukan dengan lanset sesuai kebutuhan masing-masing penderita D. Gunakan tetesan darah pertama E. Teteskan darah pada ujung strip sesuai dengan syarat penggunaan glukometer yang digunakan F. Apabila pemeriksaan telah selesai, bersihkan darah pada ujung jari dengan alkohol swab/kapas G. Lakukan pencatatan hasil dan waktu pemeriksaan pada lembar observasi harian.	    

Referensi	Perkeni. (2021). Pedoman Pemantauan Glukosa Darah Mandiri. Jakarta: PB Perkeni.
-----------	---

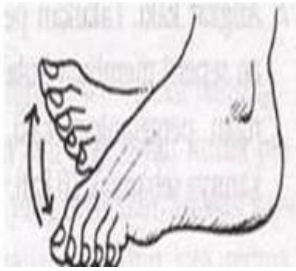
Lampiran 7 : SOP Perawatan Luka

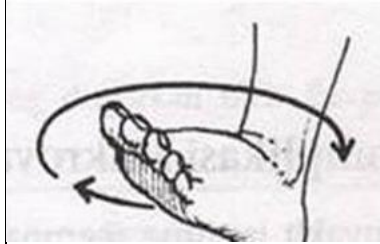
Standar Operasional Prosedur	Pelaksanaan Perawatan Luka
Tujuan	1. Mencegah Infeksi 2. Mempercepat penyembuhan luka 3. Mengaplikasikan salep dalam perawatan luka 4. Mencegah komplikasi luka 5. Meningkatkan harga diri klien
Alat dan Bahan	Bahan : 1. Salep 2. Sabun rendah ph (khusus luka) 3. Nacl 4. Kassa steril 5. Kassa gulung 6. Cutisorb 7. Hepafix 8. Handscoon 9. Air mineral/ air matang 10. Foam dressing 11. Kantung sampah Alat : 1. Pinset anatomis 2. Gunting iris lurus 3. Gunting perban 4. Bengkok 5. Bak instrumen 6. Com kecil 7. Under pad
Prosedur Pelaksanaan	Tahap Pra Intraksi 1. melakukan verifikasi program terapi 2. pastikan identitas dan kondisi klien 3. mempersiapkan alat dan bahan Tahap Orientasi 1. mengucapkan salam dan menyapa Klien 2. menjelaskan tujuan, dan prosedur tindakan 3. melakukan kontrak waktu 4. menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan 5. beri kesempatan bertanya pada klien Tahap kerja 1. Bawa peralatan ke dekat klien 2. Periksa program perawatan luka/ penggantian balutan yang direkomendasikan. 3. Letakkan under pad di bawah area

	luka. 4. Atur posisi klien sesuai lokasi luka dan memudahkan prosedur perawatan. 5. Tempatkan kantung sampah di dekat area kerja. 6. Cuci tangan secara medikal aseptis. 7. Pakai schort (gown) atau apron dan gloves pada kedua tangan 8. Gunakan Nacl 0,9% pada plester balutan yang menempel di kulit pasien. 9. Lepaskan/angkat perekat balutan secara hati-hati. 10. Basahi kasa (balutan primer) dengan normal saline bila kasa lengket di dasar luka. 11. Buang kasa pembalut luka ke dalam kantung sampah. 12. Lepaskan gloves jika kotor buang ke kantung sampah. 13. Kenakan gloves baru yang bersih. 14. Bilas luka dengan NaCl 0,9% dan gosok jaringan nekrosis secara lembut dengan ujung jari sampai bersih dengan menggunakan sabun cuci luka 15. Keringkan luka dengan cara di tekan ringan dan lembut (bukan digosok) dengan kasa. 16. Kaji jumlah, jenis, viskositas dan bau exudate; warna dasar luka; ukuran luka; jaringan granulasi/fibrorik, dan tanda infeksi. 17. Bersihkan kulit sekitar luka sampai radius $\pm$ 5 cm dari tepi luka 18. Mengambil foto untuk mengetahui Perubahan luka 19. Aplikasin salep atau pada luka dan diberi foam dressing atau cutisorb diatas salep yang sudah diaplikasikan untuk menampung cairan atau eksudat pada luka kemudian luka tutup atau balut dengan balutan modern
--	--

Lampiran 8 : SOP Senam Kaki DM

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR SENAM KAKI DIABETIK	
Pengertian	Latihan menggerakkan kaki, telapak kaki, dan jari-jari kaki yang ditujukan pada penderita diabetes mellitus
Indikasi	Senam kaki ini dapat diberikan kepada seluruh penderita diabetes mellitus dengan tipe 1 maupun tipe 2. Namun sebaiknya diberikan sejak pasien didiagnosa menderita diabetes mellitus sebagai tindakan pencegahan dini
Tujuan	Memperbanyak/memperbaiki sirkulasi darah Memperkuat otot-otot kecil Mencegah terjadinya kelainan Meningkatkan kekuatan otot betis dan paha Mengatasi keterbatasan gerak sendi Meningkatkan kebugaran klien diabetes mellitus
Persiapan tempat dan alat	Kertas koran 2 lembar Kursi (bila tindakan dilakukan dalam posisi duduk) Handscone
Persiapan Pasien	Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
Persiapan lingkungan	Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien

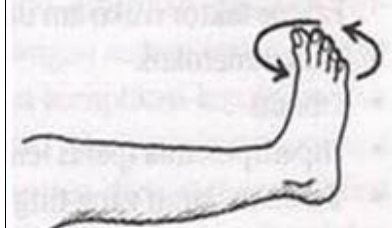
	Perawat cuci tangan Bila dilakukan dengan duduk maka posisikan penderita duduk tegak diatas bangku dengan kaki menyentuh lantai  Dengan meletakkan tumit dilantai, jari-jari kedua belah kaki diluruskan ke atas lalu dibengkokkan kembali ke bawah seperti cakar ayam sebanyak 10x 
	Dengan meletakkan tumit salah satu kaki dilantai, angkat telapak kaki keatas. Pada kaki lainnya, jari-jari kaki diletakkan di lantai dengan tumit kaki dingkat ke atas. Cara ini dilakukan bersamaan pada kaki kiri dan kanan secara bergantian dan diulang sebanyak 10x.  Tumit diletakkan di lantai. Bagian ujung kaki diangkat ke atas dan buat gerakan memutar dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10x



Jari-jari kaki diletakkan di lantai. Tumit diangkat dan buat gerakan memutar dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10x.



Kaki diangkat ke atas dengan meluruskan lutut, buat putaran 360 derajat dengan pergerakan kaki, sebanyak 10 kali



Lutut luruskan, lalu ayunkan kembali kebawah sebanyak 10 kali. Ulangi langkah ini untuk kaki sebelumnya



9. Letakkan sehelai kertas surat kabar, bentuk kertas itu menjadi bola dengan kedua belah kaki, kemudian buka bola itu menjadi lembaran seperti semula menggunakan kedua belah kaki. Cara ini dilakukan sekali saja.



Dokumentasi	Kaji respon klien Tindakan yang dilakukan klien sesuai atau tidak dengan prosedur Kemampuan klien melakukan senam kaki
Indikator Pencapaian	Respon Verbal Klien mengatakan kaki lebih ringan, dan rasa kesemutan dikaki berkurang Respon non verbal Klien berjalan dengan ringan
Referensi	Kurnia, E. & Prawesti, D., 2018. Foot Exercise Improve Plantar Reflex and Prevent Ulcers on Diabetes Mellitus Patient. International Conferences, pp. 250-259. Sakitri, G. & Kusuma, R., 2018. Pelatihan Deteksi Dini Berdasarkan Faktor Risiko Diabetes Mellitus Kader Dukuh Sonosewu. Jurnal Keperawatan.

Lampiran 9 : Indikator penilaian *Bates Jensen Wound Assesment Tool*

	ITEMS	PENGKAJIAN
1.	Ukuran	0 = Sembuh, luka teratasi 1 = Panjang x lebar < 4 2 = Panjang x lebar 4 sampai < 16 cm ² 3 = Panjang x lebar 16,1 hingga < 36 cm ² 4 = Panjang x lebar 36,1 hingga < 80 cm ² 5 = Panjang x lebar > 80 cm ²
2.	Kedalaman	0 = Sembuh, luka sembuh 1 = Everthema non-balanchele pada kulit utuh 2 = Hilangnya sebagian ketebalan kulit yang melibatkan epidermis &/atau dermis 3 = Kehilangan seluruh ketebalan kulit yang melibatkan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan, dapat meluas ke bawah tetapi tidak melalui fasia di bawahnya, dan atau campuran sebagian dan ketebalan penuh dan atau lapisan jaringan tertutup oleh jaringan granulasi 4 = Tertutup oleh nekrosis 5 = Kehilangan seluruh ketebalan kulit dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan atau kerusakan pada otot, tulang atau struktur pendukung
3.	<i>Tepi</i>	0 = Sembuh, luka sembuh 1 = Tidak jelas, menyebar, tidak ada yang terlihat jelas 2 = Jelas, garis terlihat jelas, melekat, bahkan dengan dasar luka 3 = Terdefinisi dengan baik, tidak melekat pada dasar luka 4 = Berbatas tegas, tidak menempel pada alas, digulung ke bawah, menebal

		5 = Berbatas tegas, fibrotik, scar atau hyperkeratosis
4.	<i>Melemahkan</i>	0 = Sembuh, luka sembuh 1 = Tidak ada 2 = Merusak <2 cm di area manapun 3 = Melemahkan 2-4 cm yang melibatkan < 50% margin luka 4 = Melemahkan 2-4 cm yang melibatkan ➤ 50% margin luka 5 = Merusak > 4 cm atau membuat terowongan di area manapun
5.	<i>Jenis jaringan nekrotik</i>	1 = Tidak ada yang terlihat 2 = Jaringan putih/abu-abu yang tidak dapat hidup &/atau lapisan kuning yang tidak melekat 3 = Kulit kuning yang sangat lengket 4 = Patuh, lembut, eschar hitam 5 = Melekat kuat, keras, blak eschar
6.	<i>Jumlah jaringan nekrotik</i>	1 = Tidak ada yang terlihat 2 = <25% dari dasar luka tertutup 3 = 25% hingga 50% luka sembuh 4 = >50% dan <75% luka tertutup 5 = 75% hingga 100% luka tertutup

7.	<i>Jenis eksudat</i>	1 = Tidak ada 2 = Berdarah 3 = Serosanguinous, tipis, berair, merah pucat/merah muda 4 = Serosa: tipis, berair, jernih 5 = Purulen : tipis atau kental, buram, cokelat/kuning, dengan atau tanpa bau
8.	<i>Jumlah Eksudat</i>	1 = Tidak ada, luka kering 2 = Sedikit, luka lembab tetapi tidak ada eksudat yang terlihat 3 = Kecil 4 = Sedang 5 = Besar
9.	<i>Warna kulit - luka bulat</i>	1 = Pink atau normal untuk etnik 2 = Merah terang&atau pucat saat disentuh 3 = Putih atau abu-abu pucat atau hipopigmentasi 4 = Merah tua atau ungu &/ atau tidak pucat 5 = Hitam atau hiperpigmentasi

10.	<i>Edema jaringan perifer</i>	1 = Tidak ada oedema 2 = Edema non pitting meluas <4 cm 3 = Edema non-pitting memanjang >4 cm di sekitar luka 4 = Pitting edema meluas <4cm di sekitar luka 5 = Krepitasi dan/atau pitting edema meluas >4cm di sekitar luka
11.	<i>Indurasi jaringan perifer</i>	1 = Tidak ada 2 = Indurasi <2 cm di sekitar luka 3 = Indurasi 2-4 cm memanjang <50% di sekitar luka 4 = Indurasi 2-4 cm memanjang >50% di sekitar luka 5 = Indurasi >4cm di area sekitar luka
12	<i>Jaringan granulasi</i>	1 = Kulit utuh atau sebagian ketebalan luka 2 = Cerah, merah gemuk, 75% hingga 100% luka terisi &/atau jaringan tumbuh berlebihan 3 = Cerah, merah gemuk, <75% sampai > 25% luka terisi 4 = Merah muda, &/atau kusam, merah kehitaman &/atau mengisi <25% luka 5 = Tidak ada jaringan granulasi

13	<i>Epitelisasi</i>	1 = 100% luka tertutup, permukaan utuh 2 = 75% sampai <100% luka tertutup &/atau jaringan epitel meluas >0,5 cm ke dasar luka 3 = 50% sampai <75% luka tertutup &/atau jaringan epitel meluas >0,5 cm ke dasar luka 4 = 25% hingga <50% luka tertutup 5 = <25% luka tertutup
----	--------------------	---

Tabel 2.6 Sumber : (Limited, 2021) Kontinum status luka

1-8 : Kesehatan Jaringan

9 : Sembuh

13-14 : Regenerasi Luka 15-65 : Degenerasi Luka

Lampiran 10 : Observasi Peningkatan Jaringan Perifer

OBSERVASI PENINGKATAN PERFUSI JARINGAN PERIFER (SLKI)**Hari Pertama**

NO	Instrumen	Nilai	
		YA	TIDAK
1.	Tidak terjadi perubahan warna kulit disekitar area luka	✓	
2.	Tidak terjadi sensasi mati rasa atau kesemutan		✓
3.	Tidak terjadi Perubahan suhu pada area luka (lebih dingin atau lebih hangat dari seharusnya)		✓
4.	Tidak terjadi nekrosis		✓
5.	Tidak terjadi perubahan tekstur kulit	✓	
6.	Tidak terjadi kekeringan pada area luka	✓	
TOTAL		3	

Hari ketujuh :

NO	Instrumen	Nilai	
		YA	TIDAK
1.	Tidak terjadi perubahan warna kulit disekitar area luka	✓	
2.	Tidak terjadi sensasi mati rasa atau kesemutan		✓
3.	Tidak terjadi Perubahan suhu pada area luka (lebih dingin atau lebih hangat dari seharusnya)	✓	
4.	Tidak terjadi nekrosis	✓	
5.	Tidak terjadi perubahan tekstur kulit	✓	
6.	Tidak terjadi kekeringan pada area luka	✓	
TOTAL		5	

Tabel 2.7 peningkatan perfusi jaringan perifer

YA = 1

TIDAK = 0

Apabila score peningkatan perfusi jaringan kurang dari 5, maka perubahan perfusi jaringan pada pasien tersebut buruk dan perlu evaluasi lebih lanjut

Lampiran 11 : Dokumentasi Penelitian



Lampiran 12



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS JETIS

Jalan Jendral Sudirman Nomor 51, Jetis, Ponorogo, Jawa Timur 63473,
Telepon 0352-312100, Whatsapp 085333528928,
Laman puskesmas_jetis@ponorogo.go.id. Pos-el puskesmasjetisponorogo@gmail.com

SURAT IJIN PENELITIAN

Nomor : 400.7/KH/ 517 /405.09.21/2025

Menindaklanjuti surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, tanggal 17 April 2025, Nomor : 400.7/KRP/133/405.097/2025, perihal Rekomendasi Ijin Penelitian.

Dengan ini Kepala Puskesmas Jetis Kabupaten Ponorogo memberikan ijin Penelitian kepada :

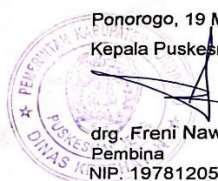
Nama Peneliti : **SATRIA ZIV LABDAWARA P**
(Mhs.Prodi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes
Kemenkes Malang)
Alamat : Jl Adil Makmur RT 09/RW 02 Desa Bangunsari Kec Dolopo
Kab Madiun
Tema : **"Asuhan Keperawatan pada Pasien Ulkus Diabetikum
dengan Gangguan Integritas Jaringan Otot di Puskesmas
Jetis Kabupaten Ponorogo"**
Tempat dilakukan Survey/
Pengumpulan Data : Puskesmas Jetis Kab.Ponorogo
Tujuan Penelitian : Karya Tulis Ilmiah
Tanggal/Lama Penelitian : Tanggal 18 April – 18 Mei 2025 / 1 (satu) Bulan
Status Penelitian : Baru
Nama Penanggungjawab/
Koordinator Penelitian : Endang Purwaningsih, S.Kep,Ns.M.Kep
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes
Kemenkes Malang
Nama Lembaga : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Dengan ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

1. Mengajukan Proposal Penelitian
2. Mematuhi Peraturan yang ada di Puskesmas Nailan
3. Absensi Kehadiran sesuai jadwal penelitian
4. Setelah selesai penelitian melaporkan kepada Kepala Puskesmas.
5. Mengumpulkan laporan hasil Penelitian

Demikian surat ijin ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Ponorogo, 19 Mei 2025
Kepala Puskesmas Jetis

Tembusan Yth:

1. Ketua Program Studi D-III Keperawatan
2. Yang Bersangkutan
3. Arsip

drg. Freni Nawang Wulan R
Pembina
NIP. 197812052010012001



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS JETIS

Jalan Jendral Sudirman Nomor 51, Jetis, Ponorogo, Jawa Timur 63473,
Telepon 0352-312100, Whatsapp 085333528928,
Laman puskesmas_jetis@ponorogo.go.id. Pos-el puskesmasjetisponorogo@yahoo.com

SURAT KETERANGAN
No. 400.7/KH/ 517 /405.09.21/2025

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : drg. Freni Nawang Wulan R
NIP : 197812052010012001
Jabatan : Kepala Puskesmas Jetis

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Satria Ziv Labdawara P
Kampus : Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D-III Keperawatan
Ponorogo

Telah secara nyata melakukan penelitian di Puskesmas Jetis Kabupaten Ponorogo ,
dengan judul **"Asuhan Keperawatan pada Pasien Ulkus Diabetikum dengan
Gangguan Integritas Jaringan Otot di Puskesmas Jetis Kabupaten Ponorogo"**
dan dinyatakan telah selesai.

Demikianlah surat keterangan ini di buat dengan sebenarnya, agar dipergunakan
sebagaimana mestinya.

Ponorogo, 19 Mei 2025
Kepala Puskesmas Jetis



drg. Freni Nawang Wulan R
Pembina
NIP. 19781205 201001 2 001

Lampiran 13

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Satria Ziv Labdawara Putra
Tempat, Tanggal Lahir : Ngawi, 12 September 2003
Alamat : Jln. Adil Makmur RT 09/RW 02 Kel. Bangunsari
Kec. Dolopo Kab Madiun
Nama Ayah : Emma Agus Putranto
Nama Ibu : Kentri Handayani
Email : Satrialabdawara@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Bangunsari 1 Dolopo Madiun
2. SMPN 1 Dolopo
3. SMAN 1 Geger
4. Sedang menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Kampus
Kab. Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang