

## **LAMPIRAN**

## LAMPIRAN

Lampiran 1 Matriks Penyusunan Karya Tulis Ilmiah

| Kegiatan                                            | Bulan        |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
|-----------------------------------------------------|--------------|---|---|---|---------------|---|---|---|------------|---|---|---|------------|---|---|---|----------|---|---|---|-----------|---|---|---|
|                                                     | Januari 2026 |   |   |   | Februari 2026 |   |   |   | Maret 2026 |   |   |   | April 2026 |   |   |   | Mei 2026 |   |   |   | Juni 2026 |   |   |   |
|                                                     | 1            | 2 | 3 | 4 | 1             | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 |
| Pengesahan judul dan konfirmasi judul ke pembimbing |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Penyusunan proposal (BAB I, II, III)                |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Seminar Proposal                                    |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Revisi Seminar                                      |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Pengurusan izin                                     |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Pengambilan dan pengumpulan data                    |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Analisa data                                        |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Bimbingan BAB IV dan V                              |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Ujian Sidang KTI                                    |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Revisi KTI                                          |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |
| Pengumpulan hasil KTI                               |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |

## **SURAT PENGANTAR**

Kepada Yth.

Tn/Ny.

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Nazwa Azzahra

NIM : P17250233035

Alamat : Pringkuku, Pacitan, Jawa Timur

Telp : 081236976145

Saya adalah mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Ponorogo Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang sedang melaksanakan penelitian deskriptif dengan judul “GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWATAN KAKI PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS PULUNG”.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui penelitian yang sudah dilakukan dan upaya meningkatkan mutu penelitian. Kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan akan dijaga. Jika terjadi hal hal yang memberatkan maka anda diperbolehkan mengundurkan diri dari kegiatan ini dengan menghubungi penulis pada nomor yang tercantum diatas.

Apabila anda menyetujui maka saya mohon kesediannya menandatangani lembar persetujuan. Atas kesediaan dan kerjasamanya dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Ponorogo, ..... 2026

Hormat Saya

**Nazwa Azzahra Rianto**  
NIM P17250233035

### Lampiran 3 Lembar Persetujuan

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
(*Informal Consent*)

Saya yang berandatangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi bekerjasama dalam Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "GAMBARAN DEFISIT PENGETAHUAN PERAWATAN KAKI PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS PULUNG".

Setelah membaca dan memahami surat pengantar persetujuan maka saya menyatakan bersedia bekerjasama dalam kegiatan ini. Saya menyadari bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk keperluan Karya Tulis dan pengembangan ilmu keperawatan. Saya juga memahami bahwa kegiatan ini akan memberikan manfaat pada peningkatan pelayanan keperawatan.

Ponorogo, 28 Maret 2026  
Responden

(  )

## Lampiran 4 SAP

### A. Pengantar

Materi : Perawatan Kaki Pada Pasien Diabetes

Melitus Hari/ Tanggal :

Waktu : 30 menit

Tempat : Prolanis

Sasaran : Pasien Diabetes Melitus

### B. Tujuan

#### 1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan Klien dapat mengetahui dan melakukan perawatan kaki dengan mandiri

#### 2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 30 menit, klien diharapkan dapat menjelaskan kembali tentang

- a. Definisi perawatan kaki
- b. Tujuan perawatan kaki
- c. Langkah-langkah perawatan kaki

### C. Materi

Terlampir

### D. Media

- Powerpoint
- Leaflet
- Vidio youtube

### E. Metode

- Ceramah
- Tanya jawab
- Diskusi

F. Kegiatan Penyuluhan

| No. | Kegiatan Penyuluhan                                                                                                                                                                                                                           | Respon Peserta                   | Waktu    |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|
| 1.  | Pembukaan <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Memberi salam</li> <li>➤ Menjelaskan tujuan penyuluhan</li> <li>➤ Menyebutkan materi / pokok bahasan yang akan disampaikan</li> </ul>                                                      | Menjawab salam, menyimak         | 5 menit  |
| 2.  | Pelaksanaan<br>Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur                                                                                                                                                                     | Menyimak dan memperhatikan       | 15 menit |
| 3.  | Evaluasi <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Menyimpulkan inti penyuluhan</li> <li>➤ Menyampaikan secara singkat materi penyuluhan</li> <li>➤ Memberikan kesempatan klien untuk bertanya</li> </ul>                                      | Memperhatikan dan bertanya       | 5 menit  |
| 4.  | Penutup <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan</li> <li>➤ Menyampaikan terimakasih atas perhatian dan waktu yang telah diberikan kepada klien</li> <li>➤ Mengucapkan salam</li> </ul> | Menyimak, mendengarkan, menjawab | 5 menit  |

## G. Materi

### Perawatan Kaki pada Pasien Diabetes Melitus

#### a. Definisi Perawatan Kaki

Perawatan kaki adalah elemen penting dalam pengelolaan diabetes melitus yang mencakup identifikasi awal risiko kaki yang berkaitan dengan diabetes, tindakan pencegahan dan perawatan kaki, serta latihan yang berfokus pada kaki. Setiap hari, individu yang mengalami diabetes perlu melakukan perawatan kaki untuk menghindari terjadinya masalah kaki diabetik.

#### b. Tujuan Perawatan Kaki

Tujuan perawatan kaki diabetes untuk mengetahui ada kelainan sedini mungkin, menjaga kebersihan kaki dan mencegah perlukaan kaki yang dapat menimbulkan resiko infeksi dan amputasi (Dramawan, 2017).

#### c. Langkah – langkah perawatan kaki

##### a) Memeriksa keadaan kaki setiap hari

- Melihat dan perhatikan keadaan kaki setiap hari. Periksa adanya luka, lecet, cairan abnormal, kemerahan, bengkak atau masalah pada kuku.
- Bila terdapat tanda-tanda tersebut segera hubungi dokter

##### b) Menjaga kebersihan kaki

- Bersihkan dan mencuci kaki setiap hari dengan menggunakan air hangat (bukan air panas)
- Bersihkan menggunakan sabun lembut sampai ke sela-sela jari kaki
- Keringkan kaki menggunakan kain atau handuk bersih yang lembut sampai ke sela jari kaki
- Berikan pelembab pada kaki, tetapi tidak pada celah jari-jari kaki. Pemberian bertujuan untuk mencegah kulit kering.

##### c) Memotong kuku kaki dengan benar apabila kuku panjang

- Memotong kuku lebih mudah dilakukan sesudah mandi, sewaktu kuku lembut.

- Bila terdapat kuku kaki yang menusuk jari kaki dan kapalan segera hubungi dokter.
- d) Memilah dan memakai alas kaki
- Memakai sepatu atau alas kaki yang sesuai dan nyaman dipakai
  - Gunakan kaos kaki saat memakai alas kaki. Hindari pemakaian kaos kaki ketat karena mengurangi atau mengganggu sirkulasi, jangan menggunakan kaos kaki tebal karena dapat mengiritasi kulit. Sepatu harus terbuat dari bahan yang baik untuk kaki tidak keras.
- e) Pencegahan Cedera
- Selalu memakai alas kaki baik di dalam ruangan maupun di luar ruangan.
  - Selalu memeriksa bagian dalam sepatu atau alas kaki sebelum memakainya.
  - Selalu mengecek suhu air ketika akan membersihkan kaki.
  - Memeriksa diri secara rutin ke dokter dan memeriksa kaki setiap kontrol

#### ➤ Leaflet



## Lampiran 5 Kuisisioner

Kerangka Pengembangan Perawatan Kaki pada Pasien Diabetes Mellitus

Kuisisioner ini terdiri dari 18 pertanyaan yang sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu/Anda dan diri. Selanjutnya, Bapak/Ibu/Anda diminta untuk menjawab dengan cara memberi tanda centang (✓) pada salah satu jawaban yang paling sesuai dengan apa yang Bapak/Ibu/Anda lakukan dalam merawat kaki. Isilah sesuai dengan keadaan diri Bapak/Ibu/Anda yang sesungguhnya.

A. Identitas Responden

Nama Responden : Abd. M.

Umur : 57 tahun

Jenis Kelamin : ☒ Laki-laki ☐ Perempuan

Lama Menderita DM : 1 tahun

Tingkat Pendidikan : SMA

B. Kuisisioner

Berilah tanda centang (✓) pada salah satu jawaban yang Anda anggap benar. Jawaban salah dan benar (B) dan Salah (S).

| No. | Pertanyaan                                                                                | Benar                               | Salah                               |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Perawatan kaki adalah salah satu cara mengurangi komplikasi kaki pada penderita diabetes. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2.  | Perawatan kaki tidak perlu dilakukan setiap hari pada penderita diabetes.                 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.  | Pemeriksaan kaki adalah salah satu perawatan kaki dan dilakukan pada kaki.                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 4.  | Perawatan kaki tidak berhubungan dengan perawatan anggota.                                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5.  | Penderita diabetes perlu memelihara kondisi kaki setiap hari.                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 6.  | Jika terdapat luka atau luka pada kaki sebaiknya segera dirawat karena bisa berakibat.    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

| No. | Pertanyaan                                                                | Benar                               | Salah                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 7.  | Kaki sebaiknya dirawat setiap hari menggunakan air hangat.                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 8.  | Air panas digunakan untuk mencuci kaki penderita diabetes.                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9.  | Sebelum mencuci kaki harus dibersihkan terutama pada sela-sela jari kaki. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 10. | Kaki kaki sebaiknya dipotong sesuai ukuran agar tidak terlalu panjang.    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 11. | Memotong kaki kaki tidak boleh dilakukan sendiri sendiri.                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 12. | Penderita diabetes dianjurkan memakai alas kaki yang nyaman.              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 13. | Kaki kaki yang terdapat luka atau diabetik ulcers sebaiknya dirawat.      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 14. | Alas kaki yang kotor dan sempit baik digunakan oleh penderita diabetes.   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. | Penderita diabetes tidak dianjurkan tanpa alas kaki di dalam rumah.       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 16. | Sebelum memakai sepatu sebaiknya memastikannya bagian dalam sepatu.       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 17. | Sebaiknya memelihara kaki agar selalu nyaman kaki.                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 18. | Pemeriksaan kaki ke tenaga kesehatan tidak perlu dilakukan secara rutin.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

### Kisi – kisi kuesioner

| No. | Variabel                             | Indikator                            | Nomer Item         | Jenis Pertanyaan                    |
|-----|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Pengetahuan perawatan kaki pasien DM | Pengertian dan tujuan perawatan kaki | 1, 2, 3, 4         | Positif : 1,3<br>Negatif : 2,4      |
| 2.  | Pengetahuan perawatan kaki pasien DM | Pemeriksaan kondisi kaki             | 5, 6               | Positif : 5, 6                      |
| 3.  | Pengetahuan perawatan kaki pasien DM | Cara membersihkan kaki               | 7, 8, 9, 17        | Positif : 7,9,17<br>Negatif : 8     |
| 4.  | Pengetahuan perawatan kaki pasien DM | Perawatan kuku kaki                  | 10, 11             | Positif : 10, 11                    |
| 5.  | Pengetahuan perawatan kaki pasien DM | Penggunaan alas kaki dan kaos kaki   | 12, 13, 14, 15, 16 | Positif: 12,13,16<br>Negatif: 14,15 |
| 6.  | Pengetahuan perawatan kaki pasien DM | Pemriksaan kaki ke tenaga kesehatan  | 18                 | Negatif : 18                        |

## Lampiran 6 Surat Permohonan Izin Uji Etik



**Kementerian Kesehatan**  
**Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan**  
Poltekkes Kemenkes Malang  
Jalan Besar Ijen 77C Malang, Jawa Timur 65112  
(0341) 566075  
<https://www.poltekkes-malang.ac.id>

Ponorogo, 9 Maret 2026

Nomor : PP.06.02/F.XIII.15.6/164/2026  
Hal : Permohonan Izin Uji Etik (Ethical Clearance)

Yth. Direktur RSUD dr. Harjono S  
Kabupaten Ponorogo

Dengan hormat,

Sesuai dengan kurikulum Poltekkes Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan (Kampus Kab. Ponorogo) bahwa mahasiswa tingkat III semester VI tahun akademik 2025/2026 diharapkan memiliki kompetensi penyusunan laporan tugas akhir berupa Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan subyek penelitian pasien dan atau keluarga pasien sesuai judul penelitian atau studi kasus yang dilakukan mahasiswa.

Sehubungan dengan hal tersebut maka kami mengajukan permohonan agar mahasiswa tingkat III semester VI tahun akademik 2025/2026 untuk melaksanakan uji Etik (*Ethical Clearance*) di RSUD dr. Harjono S Ponorogo.

Adapun nama mahasiswa dan judul studi kasus adalah sebagai berikut :

Nama : Nazwa Azzahra Rianto  
NIM : P17250233035  
Judul : Gambaran Defisit Pengetahuan Perawatan Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Pulung

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo  
Poltekkes Kemenkes Malang,



**ENDANG PURWANINGSIH, S.Kep, Ns, M.Kep.**  
NIP 197104171998032006

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



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 7 Surat Keterangan Lolos Uji Etik

**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
*HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE*  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARJONO S. PONOROGO**  
*REGIONAL GENERAL HOSPITALS Dr. HARJONO S. PONOROGO*

**KETERANGAN LOLOS UJI ETIK**  
*DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL*

**“ ETHICAL APPROVAL “**

NOMOR : 0054213502111112026033000031 / IV / KEPK/ 2026

Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*Health Research Ethics Committee RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo in the effort to protect the rights and welfare of research subjects of health, has reviewed carefully the protocol entitled :*

**“Gambaran Defisit Pengetahuan Perawatan Kaki pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Pulung”**

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Peneliti Utama</b>                             | : Nazwa Azzahra Rianto                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nama Program Studi</b><br><i>Name of Major</i> | : D3 Keperawatan Poltekkes Malang                                                                                                                                                                               |
| <b>Nama Penguji</b><br><i>Name of examine</i>     | : 1. dr. Andri Nurdiana Sari, Sp.KJ<br>2. dr. Rizta Mazida Sholihin, Sp.U<br>3. Muhammadiyah Nawa Adi, S.Kom<br>4. Wahyu Rini Wijayanti, S.Gz<br>5. Evy Njoman EW, S.Tr.Keb<br>6. Agus Suryono, S.Kep.Ns,MM.Kes |

**Dan telah menyetujui protocol di atas**  
*And approved the above-mentioned protocol.*

Ponorogo, 9 April 2026

KETUA  
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARJONO S.  
KABUPATEN PONOROGO

  
**dr. ANDRI NURDIYANA SARI, Sp.KJ**  
NIP. 19791205 200604 2 029

## Lampiran 8 Surat Keterangan Izin Rekomendasi Penelitian



**Kementerian Kesehatan**  
**Direktorat Jenderal**  
**Sumber Daya Manusia Kesehatan**  
Politeknik Kesehatan Malang  
Jalan Besar 5km 77C  
Malang, Jawa Timur 65112  
☎ (0341) 566075  
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

Ponorogo, 1 April 2026

Nomor : PP.06.02/F.XIII.15.6/234/2026  
Hal : Permohonan Ijin Rekomendasi Penelitian

Yth : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo

Dengan hormat,

Sesuai dengan kurikulum Poltekkes Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan (Kampus Kab. Ponorogo) bahwa mahasiswa tingkat III semester VI tahun akademik 2025/2026 diharapkan memiliki kompetensi penyusunan laporan tugas akhir berupa Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan subyek penelitian pasien dan atau keluarga pasien sesuai judul penelitian yang dilakukan mahasiswa.

Sehubungan dengan hal tersebut maka kami mengajukan permohonan agar mahasiswa tingkat III semester VI tahun akademik 2025/2026 mendapatkan rekomendasi untuk melaksanakan penelitian di Puskesmas Pulung, yang akan dilaksanakan pada bulan **April 2026** sesuai target kompetensi yang akan dicapai. Adapun nama mahasiswa dan judul penelitian adalah sebagai berikut:

| No | Nama                                               | NIM          | Judul                                                                                        |
|----|----------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Nazwa Azzahra Rianto<br><u>No HP. 081236976145</u> | P17250233035 | Gambaran Defisit Pengetahuan Perawatan Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Pulung |

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo  
Poltekkes Kemenkes Malang,



**ENDANG PURWANINGSIH, S.Kep, Ns, M.Kep.**  
NIP 197104171998032006

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://whs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://te.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Besar Sertifikasi Elektronik (B2E), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 9 Surat Keterangan Izin Penelitian Puskesmas Pulung

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO</b><br/><b>DINAS KESEHATAN</b><br/>Jl. Basuki Rahmad Gedung Terpadu Graha Bhakti Praja II, 1 dan 2 Ponorogo, Jawa Timur Kode Pos 63418<br/>Telepon 0352-481438 Faximile 0352-484550<br/>Laman <a href="http://dinkes.ponorogo.go.id">dinkes.ponorogo.go.id</a>, Pos-el <a href="mailto:dinkes@ponorogo.go.id">dinkes@ponorogo.go.id</a></p> |
| <p style="text-align: right;">9 April 2026</p>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Nomor : 400.7/KRP/84/405.09/2026<br/>Sifat : Biasa/Terbuka<br/>Perihal : Permohonan Izin Penelitian</p>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Yth. Kepala Puskesmas Pulung<br/>Kabupaten Ponorogo</p>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Menindaklanjuti surat dari Poltekkes Kemenkes Malang Nomor: "PP.06.02/F.XIII.15.6/234/2026" tanggal 1 April 2026 perihal Permohonan Studi Pendahuluan Kegiatan Penelitian, maka bersama ini diberikan Puskesmas Pulung Kabupaten Ponorogo sebagai tempat pengambilan izin penelitian kepada mahasiswa berikut</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| nama                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | : Nazwa Azzahra Rianto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| NIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | : P17250233035                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| judul                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | : "Gambaran Defisit Pengetahuan Perawatan Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Pulung"                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| pelaksana                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | : 2 (Dua) Bulan (Menyesuaikan Jadwal Puskesmas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Demikianlah rekomendasi ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya, atas kerja sama Saudara, kami ucapkan terima kasih.</p>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Ditandatangani secara elektronik oleh :<br/>Kepala Dinas Kesehatan</p> <p>Dr. Dyah Ayu Puspitaningarti, SKM,M,Kes<br/>Pembina Utama Muda (IV/c)<br/>NIP. 197602062002122012</p>                                                                                                                                                                                              |
| <p style="text-align: center;">Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSSE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).</p>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## Lampiran 10 Surat Balasan Puskesmas Pulung



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO

DINAS KESEHATAN

**PUSKESMAS PULUNG**

Jalan Dr. Sutomo No.33 - Pulung Telp.(0352) 571118 Kode Pos 63481  
Laman puskesmaspulung.ponorogo.go.id Pos-el puskesmas\_pulung@ponorogo.go.id

Ponorogo, 21 April 2026

Nomor : 400.7/KRP/822/405.09.16/2026  
Sifat : Biasa/Terbuka  
Lampiran : -  
Perihal : Balasan Permohonan Izin Penelitian

Yth. Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ponorogo

Menindaklanjuti surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo Nomor :  
400.7/KRP/84/405.09/2026 tanggal 9 April 2026, Perihal Izin Penelitian, pada mahasiswa :

Nama : Nazwa Azzahra Rianto  
NIM : P17250233035  
Judul : "Gambaran Defisit Pengetahuan Perawatan Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus di  
Wilayah Kerja Puskesmas Pulung"  
Pelaksanaan : 2 (Dua) Bulan (Menyesuaikan Jadwal Puskesmas)

Dengan ini kami menyatakan tidak keberatan atas permohonan yang dimaksud.  
Untuk pelaksanaan kegiatan selanjutnya, mahasiswa yang bersangkutan diharapkan  
dapat berkoordinasi dengan pihak Puskesmas Pulung serta menyesuaikan dengan jadwal  
dan ketentuan yang berlaku di Puskesmas Pulung.



Ditandatangani secara elektronik oleh :  
Kepala Puskesmas Pulung

dr. Endah Purwati  
Pembina Tk I (IV/b)  
NIP197610012007012013

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik  
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

## Lampiran 11 Surat Keterangan Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO

DINAS KESEHATAN

**PUSKESMAS PULUNG**

Jalan Dr. Sutomo No.33 - Pulung Telp.(0352) 571118 Kode Pos 63481  
Laman puskesmaspulung.ponorogo.go.id Pos-el puskesmas\_pulung@ponorogo.go.id

### SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor: 400.7.22.1/KH/929/405.09.16/2026

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Endah Purwati  
NIP : 197610012007012013  
Jabatan : Kepala Puskesmas Pulung

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Nazwa Azzahra Rianto  
NIM : P17250233035  
Judul : "Gambaran Defisit Pengetahuan Perawatan Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Pulung"

Telah melaksanakan kegiatan penelitian di Puskesmas Pulung Kabupaten Ponorogo yang dilaksanakan Selama 2 (dua) bulan untuk memperoleh data dalam rangka penyusunan tugas akhir.

Dengan ini kami menyatakan bahwa yang bersangkutan telah menyelesaikan kegiatan penelitian dengan baik dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Puskesmas Pulung Kabupaten Ponorogo.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ponorogo, 29 April 2026

Ditandatangani secara elektronik oleh :  
Kepala Puskesmas Pulung



dr. Endah Purwati  
Pembina Tk I (IV/b)  
NIP197610012007012013

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikasi elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

## Lampiran 12 Dokumentasi



### Lampiran 13 Lembar Konsultasi

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Nazwa Azzahra Rianto  
 NIM : P17250233035  
 Dosen Pembimbing : Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.  
 Judul KTI : Gambaran Pengetahuan Perawatan Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Pulung

| No. | Tanggal        | BAB | Rekomendasi Pembimbing                                                                                                                                               | TTD                                                                                   |
|-----|----------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | 1 Januari 2026 |     | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Konsultasi Judul<br>2. ACC Judul                                                             |    |
| 2.  | 2 Januari 2026 | I   | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Memperbaiki latar belakang masalah<br>2. Tambahkan kronologi DM, dan justifikasi             |    |
| 3.  | 2 Januari 2026 | I   | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. ACC BAB I<br>2. Lanjut BAB II                                                                |    |
| 4.  | 5 Januari 2026 | II  | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Tambahkan konsep DM, perawatan kaki DM<br>2. Perbaiki kerangka konsep                        |  |
| 5.  | 6 Januari 2026 | II  | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. ACC BAB II<br>2. Lanjut BAB III                                                              |  |
| 6.  | 7 Januari 2026 | III | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Perbaiki desain penelitian<br>2. Perbaiki kerangka kerja<br>3. Perbaiki definisi operasional |  |
| 7.  | 8 Januari 2026 | III | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Memperbaiki kuisioner perawatan kaki DM<br>2. Memperbaiki definisi operasional               |  |

|     |                 |       |                                                                                                                                                                          |                                                                                       |
|-----|-----------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.  | 9 Januari 2026  | III   | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Lengkapi:<br>- Lembar kuisioner perawatan kaki DM<br>- referensi                                 |    |
| 9.  | 12 Januari 2026 | III   | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. ACC BAB III<br>2. Siap Seminar Proposal                                                          |    |
| 10. | 14 Januari 2026 | I-III | Oleh ketua penguji:<br><b>Heru Wiratmoko S. Kp. M.Kep</b><br>1. Tambahkan batasan masalah<br>2. Perbaiki definisi operasional<br>3. Perbaiki kuisioner perawatan kaki DM |    |
| 11. | 3 Maret 2026    | I-III | Oleh ketua penguji:<br><b>Heru Wiratmoko S. Kp. M.Kep</b><br>1. ACC revisi proposal KTI                                                                                  |    |
| 12. | 4 Maret 2026    | I-III | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. ACC revisi proposal KTI oleh dosen pembimbing<br>2. Lanjutkan pengambilan data                   |   |
| 13. | 23 April 2026   | 4     | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Tambahkan tabel demografi<br>2. Tambahkan tabel tabulasi silang                                  |  |
| 14. | 24 April 2026   | 4     | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Memperbaiki tabel tabulasi silang                                                                |  |
| 15. | 29 April 2026   | 4     | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Memperbaiki tabel tabulasi silang<br>2. Pembahasan harus mencakup fakta, teori, opini            |  |
| 16. | 6 Mei 2026      | 1-5   | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. Memperbaiki tabulasi silang<br>2. Memperbaiki pembahasan<br>3. Tambahkan abstrak                 |  |

|     |                 |     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |
|-----|-----------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 17. | 8 Mei<br>2026   | 1-5 | Oleh dosen pembimbing:<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. ACC KTI<br>2. Siap sidang seminar hasil                                                                                                                 |  |
| 18. | 11 Mei<br>2026  | 4   | Oleh ketua penguji:<br><b>Heru Wiratmoko S. Kp. M.Kep</b><br>1. Memperbaiki judul kti<br>2. Memperbaiki jumlah kata dalam abstrak<br>3. Tambahkan keterangan dalam tabel tabulasi silang<br>4. Memperbaiki spasi daftar pustaka |  |
| 19. | 10 Juni<br>2026 | 4-5 | Oleh ketua penguji:<br><b>Heru Wiratmoko S. Kp. M.Kep</b><br>1. ACC revisi KTI                                                                                                                                                  |  |
| 20. | 11 Juni<br>2026 | 4-5 | Oleh dosen pembimbing :<br><b>Agung Eko H, S.Kep., Ns., M.Kep.</b><br>1. ACC revisi KTI                                                                                                                                         |  |