

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792
Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

Nomor : PP.08.02/6.3/337/2022
Lampiran : -
Hal : Surat Izin Penelitian

Malang, 2 Februari 2022

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Malang
Di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester IV Prodi D3 Asuransi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2020/2021, maka bersama ini kami harapkan Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama :

Nama : ANNISA FITRI HARDIYANTI
NIM : P17430193040

Untuk melakukan survey pendahuluan dan penelitian di instansi yang Bapak/Ibu pimpin dengan Topik / Judul : *Persepsi Peserta Prolanis Terhadap Program Pengelolaan Penyakit Kronis Di Puskesmas Wonokerto.*

Pada : Februari – April 2022.

Adapun data yang akan diambil adalah *Data Primer Dan Data Sekunder.*

Demikian surat ini kami buat. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi
Asuransi Kesehatan

Ngesti W. Triam, S.Kn, M.Pd
6801181992032001

Tembusan :

1. Kepala Bakesbangpol Kab Malang
2. Kepala Puskesmas Wonokerto



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792

Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

Nomor : PP.08.02/6.3/337/2022
Lampiran : -
Hal : Surat Ijin Penelitian

Malang, 2 Februari 2022

Kepada
Yth. Kepala Puskesmas Wonokerto
Kabupaten Malang
Di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester IV Prodi D3 Asuransi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2020/2021, maka bersama ini kami harapkan Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama :

Nama : ANNISA FITRI HARDIYANTI
NIM : P17430193040

Untuk melakukan survey pendahuluan dan penelitian di instansi yang Bapak/Ibu pimpin dengan Topik / Judul : *Persepsi Peserta Prolanis Mengenai Program Pengelolaan Penyakit Kronis Di Puskesmas Wonokerto.*

Pada : Februari – April 2022.

Adapun data yang akan diambil adalah *Data Primer Dan Data Sekunder.*

Demikian surat ini kami buat. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi
Asuransi Kesehatan

Ngesti Wicakanti, S.Kn, M.Pd
NIP. 196801181992032001

Tembusan :

1. Kepala Bakesbangpol Kab Malang
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab Malang

Lampiran 2 Surat Balasan Izin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG DINAS KESEHATAN



Jln. Panji No.120 Kepanjen Telp (0341) 393730-391621, Fax. (0341) 393734
Email : dinkes@malangkab.go.id website : <http://dinkes.malangkab.go.id>
KEPANJEN - 65163

Kepanjen, 9 Februari 2022

Nomor : 070/707 /35.07.103/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada :
Yth. Ketua Prodi D3 Asuransi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Malang
Di -

TEMPAT

Menindaklanjuti Surat dari Ketua Prodi D3 Asuransi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang Nomor PP.08.02/6.3/337/2022 tanggal 02 Februari 2022 tentang Penelitian, dengan ini kami TIDAK KEBERATAN dilaksanakan kegiatan tersebut oleh :

Nama : Annisa Fitri Hardiyanti
NIM : P17430193040
Judul : *Persepsi Peserta Prolanis Mengenai Program Pengelolaan Penyakit Kronis*
Tempat Kegiatan : Puskesmas Wonokerto Kab. Malang
Waktu Kegiatan : 08 Februari 2022 - 08 April 2022

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati peraturan / ketentuan yang berlaku.
2. Sesampainya ditempat kegiatan untuk melaporkan dan berkoordinasi kepada Pejabat yang terkait.
3. Melakukan **Inform consent** secara tertulis sebelum dilakukan kegiatan kepada yang bersangkutan
4. Harus memegang azas rahasia (tanpa nama / identitas responden)
5. Mempresentasikan dan menyampaikan hasil penelitian di tempat penelitian
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan untuk melaporkan kembali kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Cq. Diklat Litbang Dinas Kesehatan Kab Malang.
7. Surat ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


DINAS KESEHATAN
Kabupaten Malang
Dinas Kesehatan
Dra. KRISNA MINTOROWATI, MM
Pembina Tingkat I
NIP. 19711102 199602 2 001

Tembusan:

- Yth. Sdr.
1. Kepala UPT Puskesmas Wonokerto Kab. Malang
 2. Annisa Fitri Hardiyanti



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Panji No. 158 Telp. (0341) 392031 Fax. (0341) 392031
Email: bakesbangpol@malangkab.go.id – Website: <http://www.malangkab.go.id>
KEPANJEN--65163

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 072/564/35.07.207/2022

Untuk melakukan Survey/Reserch/Penelitian/PKL/Magang

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Malang dengan ini menerangkan bahwa:

Berdasarkan surat dari : Ketua Progam Studi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Nomor : PP.08.02/6.3/337/2022
Tanggal : 2 Februari 2022
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Dapat Diberikan Surat Keterangan Penelitian Kepada:

NO	NAMA	NIM	JURUSAN
1	Annisa Fitri Hardiyanti	P17430193040	Asuransi Kesehatan

Judul Penelitian : Persepsi Peserta Prolanis Terhadap Program Pengelolaan Penyakit Kronis Di Puskesmas Wonokerto
Lokasi Penelitian : UPT Puskesmas Wonokerto

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan – ketentuan / Peraturan yang berlaku;
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada pejabat setempat;
3. Berlaku mulai bulan Februari s/d April 2022.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepanjen, 07 Februari 2022

a.n. **Pt. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK** ap
KABUPATEN MALANG



Sekretaris

YULI SUWITANINGSIH, S.Sos., M.M

Pembina (IVa)

NIP. 19640709 198803 2 007

Tembusan disampaikan Yth. :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang;
2. Ketua Progam Studi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang;
3. Kepala Puskesmas Wonokerto;
4. Mahasiswa/ yang bersangkutan.

Lampiran 3 Surat Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS WONOKERTO**

Jl. Raya Wonokerto Dsn Gumukmojo RT.53 RW.11 Wonokerto Kec. Bantur
Telp (0341) 879495 email: pkmwonokerto@gmail.com
BANTUR 65179

SURAT KETERANGAN

Nomer : 070/ 2081 / 35.07.103.115 / 2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : drg.PUTRI LESTARI
NIP : 19801111 201101 2 006
Pangkat : Pembina / IV a
Jabatan : Kepala UPT Puskesmas Wonokerto

Menerangkan bahwa orang tersebut di bawah ini :

Nama : ANNISA FITRI HARDIYANTI
N I M : P17430193040
Asal Sekolah : Prodi D3 Asuransi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang

Secara nyata telah melakukan Penelitian dengan Judul Persepsi Peserta Prolanis
Mengenai Program Pengelolaan Penyakit Kronis pada tanggal 08 Februari 2022 – 08 April
2022.

Demikian surat keterangan diberikan untuk bisa dipergunakan sebagaimana
mestinya.

Wonokerto, 5 September 2022

Kepala UPT Puskesmas Wonokerto



drg. PUTRI LESTARI

NIP.19801111 201101 2 006

Lampiran 4 Informed Consent

INFORMED CONSENT

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi D3 Asuransi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang:

Nama : Annisa Fitri Hardiyanti

NIM : P17430193040

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul **“Persepsi Peserta Prolanis Mengenai Program Penyakit Kronis di Puskesmas Wonokerto”**. Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, Saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Responden penelitian bersifat sukarela tanpa ada paksaan. Bapak/Ibu ikut berpartisipasi dengan cara mengisi kuesioner. Peneliti akan meminta sedikit waktu Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner. Jawaban Bapak/Ibu akan saya jamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu berkenan mengisi kuesioner, mohon kiranya Bapak/Ibu terlebih dahulu bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Demikianlah permohonan Saya, atas perhatian serta kerjasama Bapak/Ibu dalam penelitian ini, Saya ucapkan terimakasih.

Malang,.....

Peneliti,

Responden,

(Annisa Fitri Hardiyanti)

(.)

Lampiran 5 Kuisisioner Penelitian

Kuisisioner Penelitian

I. Identitas Responden (Ariana et al., 2020)

1. Usia : Tahun
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
3. Pendidikan Terakhir : 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Lainnya
4. Pekerjaan : 1. Tidak Bekerja 2. PNS 3. Pegawai Swasta 4. Lainnya
5. Status Perkawinan : 1. Menikah 2. Janda 3. Duda 4. Belum Menikah
6. Diagnosa Penyakit : 1. Hipertensi 2. Diabetes Melitus
7. Lama Keanggotaan : 1. > dari 6 Bulan 2. < dari 6 Bulan

Berikut ini adalah kuisisioner yang berkaitan mengenai persepsi Anda tentang program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis). Berkaitan tanda (√) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan Anda.

Keterangan:

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

II. Daftar Pertanyaan

Persepsi Keseriusan					
No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Saya percaya kondisi penyakit saya akan semakin buruk jika saya tidak mengikuti prolanis				
2.	Jika saya tidak mengikuti prolanis, kadar gula darah atau tekanan darah saya tidak terkontrol				
3.	Jika saya tidak teratur mengikuti prolanis, maka penyakit saya tidak akan terkontrol				

4.	Saya merasa takut terjadi komplikasi penyakit lain jika tidak mengikuti prolanis dengan teratur				
5.	Komplikasi penyakit dapat terjadi bila tidak mengikuti prolanis				
6.	Komplikasi seperti luka pada kaki atau stroke dapat berdampak pada kecacatan				
7.	Saya tidak mengetahui perkembangan penyakit saya jika tidak mengikuti prolanis				
8.	Rutin mengikuti prolanis membuat penyakit saya semakin buruk				

Persepsi Manfaat					
No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Mengikuti prolanis, mengurangi resiko komplikasi dari penyakit				
2.	Jika saya mengikuti prolanis, secara teratur dapat membantu saya mengontrol keadaan penyakit saya				
3.	Kegiatan prolanis dapat membuat keadaan penyakit saya semakin memburuk				
4.	Pentingnya penyuluhan dari dokter, perawat dan petugas kesehatan lainnya untuk menambah wawasan saya mengenai penanganan penyakit yang benar				
5.	Kegiatan prolanis membuat saya lelah				
6.	Kegiatan prolanis membuat saya menjadi lebih baik				
7.	Saya merasa prolanis membuat kondisi saya bertambah buruk				
8.	Kegiatan prolanis yang saya ikuti tidak dipungut biaya				

Persepsi Hambatan					
No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Tidak sulit bagi saya untuk mengikuti kegiatan prolanis				
2.	Kegiatan prolanis banyak menyita waktu saya				
3.	Mengikuti prolanis hanya membuang waktu saya				
4.	Keluarga tidak mau mengantar saya untuk mengikuti prolanis				
5.	Kegiatan prolanis membuat saya lelah				
6.	Keluarga selalu mengantar saya untuk mengikuti prolanis				
7.	Saya malas mengikuti prolanis karena jauh dari rumah				
8.	Kegiatan prolanis tidak mengganggu waktu saya				
9.	Saya bisa meluangkan waktu untuk mengikuti kegiatan prolanis				
10.	Saya dapat mengikuti arahan dari petugas kesehatan dengan baik				

Berikan tanda (√) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan Anda pada pertanyaan di bawah ini.

Keterangan:

SY = Sangat Yakin

Y = Yakin

TY = Tidak Yakin

STY = Sangat Tidak Yakin

Keyakinan Diri					
No	Pertanyaan	SY	Y	TY	STY
1.	Saya dapat mengikuti prolanis dengan rutin				
2.	Saya kesulitan untuk mengikuti prolanis				
3.	Saya tidak sanggup mengikuti prolanis terus menerus				
4.	Saya dapat menyempatkan waktu untuk mengikuti prolanis walaupun sibuk dengan pekerjaan rumah ataupun pekerjaan lain				
5.	Saya dapat mengikuti prolanis ketika kondisi kesehatan saya kurang optimal				
6.	Saya dapat mengikuti prolanis sesuai jadwal				
7.	Sulit bagi saya menerapkan prolanis di kehidupan sehari-hari saya				
8.	Saya tetap mengikuti prolanis walaupun keadaan saya sudah Membaik				
9.	Saya tetap mengikuti kegiatan prolanis walaupun sendiri				
10.	Kegiatan prolanis akan berdampak positif bagi penyakit saya				
11.	Kegiatan prolanis tidak ada manfaatnya terhadap penyakit saya				
12.	Saya mampu melaksanakan arahan dari petugas kesehatan dengan Baik				