

LAMPIRAN 1

JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Bulan ke-												
		2022			2023									
		10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	Penyusunan proposal		X	X	X	X								
2.	Penyusunan Instrument					X								
3.	Seminar proposal						X							
4.	Perbaikan proposal											X		
5.	Persiapan lapangan											X		
6.	Pengumpulan data											X		
7.	Pengolahan data											X	X	
8.	Penyusunan laporan												X	
9.	Uji sidang KTI												X	
10.	Perbaikan laporan KTI													X

LAMPIRAN

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Kepada Yth.

Lansia di posyandu lansia RW 11 Kec. Lowokwaru Kota Malang.

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi Keperawatan Institut Kesehatan Sains dan Kesehatan dr. Soepraoen Malang.

Nama : Ananda Fithrotuzzahro Kharisma Putri

NIM : 20.1.101

Sebagai syarat tugas akhir mahasiswa Program Studi Keperawatan Institut Kesehatan Sains dan Kesehatan dr. Soepraoen Malang, saya akan melakukan penelitian dengan judul "Gambaran Gejala Penyakit Gout Artritis Di Posyandu Lansia Kec. Lowokwaru Kota Malang". Untuk keperluan tersebut saya mohon kesediaan para lansia untuk menjadi subjek dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon lansia untuk memberikan informasi dengan kejujuran dan apa adanya, jawaban akan dijamin kerahasiaannya.

Demikian atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terima kasih.

Malang,

.....

Ananda Fithrotuzzahro Kharisma Putri

NIM. 20.1.101

LAMPIRAN

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Pekerjaan : Sudah Bekerja / Tidak Bekerja

Setelah mendapat informasi dan penjelasan dari peneliti, maka bersedia/tidak bersedia* menjadi responden penelitian, dalam penelitian yang berjudul "Gambaran Gejala Penyakit Gout Arthritis Di Posyandu Lansia Kec. Lowokwaru Kota Malang". Demikian pernyataan ini sebagai bukti keikutsertaan saya dalam pemberian asuhan keperawatan.

Malang,

(.....)

NB: *Coret yang tidak perlu

LAMPIRAN

KISI – KISI ANGKET

Variabel	Indikator	Jumlah soal
Gejala penyakit Gout Atritis	Monoartikuler berupa bengkak, merah, dan hangat	5 No soal : 1-5
	Kerusakan pada sendi dan tulang di sekitarnya	5 No soal : 6-10
	Kelelahan yang menyertai rasa sakit pada sendi dan tulang	5 No soal : 11-15

LAMPIRAN 5

LEMBAR CHECKLIST

GAMBARAN GEJALA PENYAKIT GOUT ARTRITIS PADA LANSIA DI POSYANDU LANSIA RW 11 BALEAN BARAT KEC. LOWOKWARU KOTA MALANG.

IDENTITAS RESPONDEN

A. Data Umum Responden

- Usia < 60 tahun > 60 tahun
- Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan
- Tingkat Pendidikan SD SMP SMA D3/S1
- Tingkat Pendapatan < 3200.000 > 3200.000 = 3200.000
- Status Perkawinan Kawin Belum kawin Duda Janda
- Status Pekerjaan Wiraswasta Swasta Pensiun
 Petani Buruh Tidak bekerja
- Riwayat Penyakit Asam Urat <3 bulan >3 bulan
- Riwayat Pengobatan Mengonsumsi obat-obatan rutin
 Tidak mengonsumsi obat-obatan

B. Data Khusus

Jawablah dengan memberikan tanda ceklist (v) pada kotak pilihan anda

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1.	Apakah anda pernah mengalami nyeri pada sendi jari tangan/kaki?		
2.	Apakah disertai dengan bengkak?		
3.	Apakah ada nyeri tekan pada daerah sendi yang bengkak?		
4.	Apakah disertai dengan rasa hangat dan kemerahan?		
5.	Pada saat kambuh disertai dengan keluhan kaki tidak bisa berjalan?		
6.	Apakah ada kekakuan pada sendi saat beraktivitas?		
7.	Apakah ada benjolan/thofus pada sendi tangan dan kaki ?		
8.	Apakah ada pengecilan pada tangan/kaki?		
9.	Jika kaki di tekuk terlalu lama apakah lutut terasa sakit?		
10.	Jika sendi terasa sakit apakah berlangsung lama?		
11.	Apakah anda merasa mampu mempertahankan aktivitas rutin?		
12.	apakah jika anda beraktivitas terjadi nyeri pada sendi kaki/tangan?		
13.	jika anda mengangkat beban berat apakah sendi terasa sakit?		
14.	Apakah anda merasa berdiri tidak stabil saat selesai beraktivitas yang berat?		
15.	Jika berjalan telalu jauh apakah anda merasa lelah yang berlebih?		

TERIMAKASIH ATAS PARTISIPASINYA

Lampiran 6

**REKAPITULASI DATA UMUM RESPONDEN TENTANG GEJALA
PENYAKIT GOUT ARTRITIS PADA LANSIA DI POSYANDU LANSIA
RW 11 BALEAN BARAT KOTA MALANG**

nama	usia	jenis kelamin	tingkat pendidikan	tingkat pendapatan	status perkawinan	status pekerjaan	riwayat penyakit asam urat	riwayat pengobatan
TN.M	2	1	4	2	1	3	2	1
NY.W	2	2	1	1	1	6	2	1
NY.A	2	2	4	2	1	3	2	1
NY.Z	2	2	4	2	1	3	2	1
NY.V	2	2	4	2	1	3	2	1
TN.L	2	1	1	1	3	5	2	1
NY.N	1	2	3	1	1	6	1	2
NY.U	2	2	2	2	1	3	2	1
TN.D	1	1	3	1	1	1	2	1
NY.S	2	2	2	2	1	3	2	1
NY.C	2	2	2	1	1	6	2	2
TN.I	2	1	1	1	1	1	1	1
NY.P	2	2	2	1	4	1	2	1
NY.A	2	2	2	1	4	1	2	1
NY.W	2	2	4	2	4	3	1	1
TN.D	1	1	3	2	1	2	2	1
NY.T	1	2	3	2	1	1	2	1
NY.E	2	2	3	1	1	2	1	2
TN.K	2	1	2	1	1	1	2	1
NY.N	2	2	3	1	4	1	2	2
TN.S	2	1	4	2	1	3	2	1

NY.O	2	2	3	2	1	1	2	1
NY.I	2	2	1	1	1	6	2	1
NY.F	2	2	2	2	1	1	2	1
NY.M	2	2	1	1	4	6	2	1
NY.N	2	2	1	1	1	6	2	1
TN.B	2	1	4	3	1	3	2	1
NY.E	2	2	1	1	4	6	2	1
NY.N	2	2	4	3	1	3	1	1
NY.R	2	2	3	1	1	1	2	1
NY.B	2	2	4	2	1	3	2	1
TN.A	2	1	4	2	1	3	2	1
TN.S	2	1	1	1	1	1	1	2
TN.B	2	1	4	2	1	3	1	1
NY.R	2	2	2	1	1	6	2	1
TN.Y	2	1	3	3	1	1	2	1
TN.H	2	1	4	2	1	3	2	1
NY.B	2	2	3	1	1	6	2	1
NY.P	2	2	1	2	1	1	2	1
NY.A	2	2	4	2	1	3	2	1

**REKAPITULASI DATA KHUSUS RESPONDEN TENTANG PENYAKIT GOUT ARTRITIS DI POSYANDU LANSIA RW 11
BALEAN BARAT KEC.LOWOKWARU KOTA MALANG**

nama	Monoartikuler					Kerusakan pada sendi dan tulang					Kelelahan yang menyertai rasa sakit				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
TN.M	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.W	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.A	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.Z	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
NY.V	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1
TN.L	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1
NY.N	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
NY.U	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
TN.D	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0
NY.S	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1
NY.C	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0
TN.I	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0
NY.P	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
NY.A	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0
NY.W	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
TN.D	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0
NY.T	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1

NY.E	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0
TN.K	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.N	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0
TN.S	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0
NY.O	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.I	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.F	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.M	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.N	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
TN.B	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
NY.E	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.N	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
NY.R	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1
NY.B	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1
TN.A	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
TN.S	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0
TN.B	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.R	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1
TN.Y	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1
TN.H	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
NY.B	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
NY.P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
NY.A	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1
TOTAL	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
YA	40	24	17	20	27	27	15	2	36	32	39	29	32	8	27
TIDAK	0	16	23	20	13	13	25	38	4	8	1	11	8	32	13

Lampiran 7

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS DAN KESEHATAN RS dr. SOEPRAOEN


Malang, 02 Agustus 2023

Nomor : B / 255/ VIII / 2023
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Ketua Posyandu Lansia Balean Barat
di
Kota Malang

1. Dasar:
 - a. Kurikulum Nasional DIII Keperawatan Tahun 2019 tentang Penyusunan KTI dan UAP; dan
 - b. Kalender Akademik Program Studi Keperawatan Institut Teknologi, Sains Dan Kesehatan RS dr. Soepraoen TA. 2022/2023 tentang jadwal penyusunan KTI dan UAP.
2. Sehubungan hal tersebut di atas, dengan ini diajukan permohonan ijin pengambilan data penelitian untuk mahasiswa Program Studi Keperawatan Institut Teknologi, Sains Dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang TA. 2022/2023 a.n. Ananda Fitriuzzahro Kharisma Putri NIM. 201101 dengan judul "GAMBARAN GEJALA PENYAKIT GOUT ARTRITIS PADA LANSIA DI POSYANDU LANSIA RW 11 BALEAN BARAT KEC. LOWOKWARU KOTA MALANG
3. Demikian mohon dimaklumi.

Rektor
Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen


Anief Firdaus, S.M.P., S.Bi.Ady., S.Kep., Ners., M.M., M.Kes
NIDK 8807901019

REKTOR

TAKSA SUJATI UTAMASARI

RS DR. SOEPRAOEN KESDAM VIBAWA

Dipindai dengan CamScanner

PENGURUS POSYANDU LANSIA RW 11
KECAMATAN LOWOKWARU KOTA MALANG

Jalan Balean Barat Rw 11-Lowokwaru-kode pos 65141

SURAT BALASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, ketua posyandu RW 11-Kelurahan
Lowokwaru Kecamatan Lowokwaru.

Dengan ini memberikan IZIN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN DI POSYANDU
LANSIA WILAYAH RW 11 KELURAHAN LOWOKWARU.Kepada:

Nama : Ananda Fithrotuzzahro Kharisma Putri

Nim : 201101

Prodi : D3 KEPERAWATAN

Kampus : ITSK Rs Dr.Soepraoen Kesdam V/Brw


Alamat: Jalan Balean Barat Rw 11 Kelurahan Lowokwaru Kecamatan Lowokwaru

Dengan ketentuan,

1. Menaati ketentuan-ketentuan /peraturan yang berlaku
2. Sesampai ditempat wajib melapor kepada kader posyandu lansia
3. Surat keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut.

Demikian surat izin ini dikeluarkan agar dapat di pergunakan dengan semestinya.

Lowokwaru, 5 Agustus 2023.


Ketua posyandu lansia

Lampiran 8

Dokumentasi Penelitian



Menjelaskan cara pengisian kuesioner



Membagikan kuesioner dan pendampingan pengisian