

Lampiran 1.

Jadwal Kegiatan Penelitian
“Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1:
Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi
Sensori Pendengaran di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024”

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan Kegiatan (Dalam Minggu)																			
		Januari				Februari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penyusunan Karya Tulis Ilmiah																				
2.	Seminar Karya Tulis Ilmiah																				
3.	Revisi Karya Tulis Ilmiah																				
4.	Pengurusan Izin Penelitian																				
5.	Pengumpulan Data																				
6.	Pengolahan Data																				
7.	Analisis Data																				
8.	Penyusunan Laporan																				
9.	Sidang Hasil Penelitian																				
10.	Revisi Hasil Penelitian																				
11.	Pengumpulan KTI																				

Keterangan: Warna Hitam (Proses Penelitian)

Lampiran 2.

Realisasi Anggaran Biaya

“Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024”

No	Keterangan	Biaya
A.	Tahap Persiapan	
	ATK untuk Proposal	Rp80.000,00
	Materai 10.000	Rp12.000,00
	Transport	Rp100.000,00
	Pengurusan Studi Penelitian	Rp100.000,00
	Pengurusan ETIK	Rp100.000,00
	Print Proposal Hitam Putih	Rp120.000,00
	Print Berwarna	Rp50.000,00
B.	Tahap Pelaksanaan	
	Lembar Pengumpulan Data	Rp50.000,00
	Konsumsi Responden	Rp50.000,00
C.	Tahap Akhir	
	ATK KTI	Rp80.000,00
	Laporan KTI	Rp500.000,00
	Revisi KTI	Rp80.000,00
	Jilid KTI	Rp200.000,00
	Total Keseluruhan	Rp1.522.000,00

Lampiran 3.

SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBYEK PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ipu
Tempat/tanggal Lahir : 31 Desember 1978
Pekerjaan : -
Alamat : -

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Putu Bagus Angga Pramudya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024". Saya mengerti data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan data ini dijamin legal dan aman, serta semua data yang ada diberkas ini akan dicantumkan pada subyek penelitian yang akan digunakan dalam data penelitian. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bangli, 19 April 2024


IPUL
(.....)

Lampiran 3.

SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBYEK PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Penny
Tempat/tanggal Lahir : 31 Desember 1975
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Putu Bagus Angga Pramudya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024". Saya mengerti data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan data ini dijamin legal dan aman, serta semua data yang ada diberkas ini akan dicantumkan pada subyek penelitian yang akan digunakan dalam data penelitian. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bangli, 19 April 2024


(.....PENNY.....)

Lampiran 3.

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBYEK
PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Edi
Tempat/tanggal Lahir : 31 Desember 1988
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Putu Bagus Angga Pramudya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024". Saya mengerti data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan data ini dijamin legal dan aman, serta semua data yang ada diberkas ini akan dicantumkan pada subyek penelitian yang akan digunakan dalam data penelitian. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bangli, 19 April 2024


(EDI)

Lampiran 3.

SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBYEK PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Supriyadi
Tempat/tanggal Lahir : 31 Desember 1969
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Putu Bagus Angga Pramudya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024". Saya mengerti data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan data ini dijamin legal dan aman, serta semua data yang ada diberkas ini akan dicantumkan pada subyek penelitian yang akan digunakan dalam data penelitian. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bangli, 9 April 2024



(Pande Made Sudwi Winanah)

Lampiran 3.

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBYEK
PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Prio
Tempat/tanggal Lahir : 31 Desember 1967
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Putu Bagus Angga Pramudya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024". Saya mengerti data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan data ini dijamin legal dan aman, serta semua data yang ada diberkas ini akan dicantumkan pada subyek penelitian yang akan digunakan dalam data penelitian. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bangli, 19 April 2024


(.....Prio.....)

Lampiran 4.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI SUBYEK PENELITIAN

Kepada
Yth. Saudara Calon Subyek Penelitian
Di-
Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
Dengan hormat,

Saya mahasiswa D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar semester VI bermaksud melakukan penelitian tentang “Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik Pada Pasien Skizofenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024”, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi Diploma Tiga Keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi subyek penelitian yang merupakan sumber informasi dan sampel bagi penelitian ini. Informasi yang saudara berikan akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terimakasih

Bangli, 19 April 2024

Peneliti



I Putu Bagus Arangga Pramudya
NIM.P07120121055

Lampiran 5.

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

Yang terhormat Ibu/Bapak Saudara, kami meminta ketersediaannya untuk berpartisipasi dalam studi kasus ini. Keikutsertaan dari studi kasus ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan di bawah ini dengan seksama dan disilakan bertanya apabila ada belum dipahami.

Judul	Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024
Peneliti Utama	I Putu Bagus Angga Pramudya
Institusi	Politeknik Kesehatan Denpasar Program Studi D-III Keperawatan
Lokasi Penelitian	Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
Sumber Pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan respon stimulus pasien terhadap hal nyata dan mengontrol halusinasi. Jumlah sampel/responden adalah 1 orang.

Studi kasus ini dilaksanakan dalam satu kali pertemuan selama 20 menit. Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori sesi 1 : mendengar musik dilakukan oleh lima orang duduk bersama melingkar, kemudian sala satu pasien diberikan bola tenis, saat musik dihidupkan maka bola tenis dipindahkan antar pasien ke pasien lain, ketika musik berhenti maka pasien yang memegang bola akan memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal serta hobi. Hal ini dilakukan sampai semua pasien mendapat giliran. Selanjutnya pasien akan diputarkan musik kesukaan pasien dan setelah musik selesai maka terapis akan menanyakan bagaimana perasaan pasien setelah mendengarkan musik tersebut. Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini berupa jajan.

Penelitian ini menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Ibu/Bapak pada penelitian ini bersifat sukarela. Ibu/Bapak dapat menolak untuk menjawab pernyataan yang diajukan pada penelitian ini atau menghentikan kepesertaan dari penelitian ini kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Ibu/Bapak untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Ibu/Bapak diminta untuk menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian*/Ibu/Bapak/benar-benar memahami tentang penelitian ini. Ibu/Bapak akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Ibu/Bapak untuk kepesertaan dalam penelitian ini, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Ibu/Bapak.

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti:

I Putu Bagus Angga Pramudya
Mahasiswa Jurusan D-III Keperawatan
Hp. 081337554813

Tanda tangan Bapak/Ibu dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu telah membaca, telah memahami, dan telah mendapatkan kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan menyetujui untuk menjadi **peserta *peneliti/Wali**

Peserta/Subjek Studi Kasus

Wali,



Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Penelitian ini menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Ibu/Bapak pada penelitian ini bersifat sukarela. Ibu/Bapak dapat menolak untuk menjawab pernyataan yang diajukan pada penelitian ini atau menghentikan kepesertaan dari penelitian ini kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Ibu/Bapak untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Ibu/Bapak diminta untuk menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/*Ibu/Bapak/benar-benar memahami tentang penelitian ini. Ibu/Bapak akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Ibu/Bapak untuk kepesertaan dalam penelitian ini, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Ibu/Bapak.

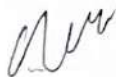
Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti:

I Putu Bagus Angga Pramudya
Mahasiswa Jurusan D-III Keperawatan
Hp. 081337554813

Tanda tangan Bapak/Ibu dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu telah membaca, telah memahami, dan telah mendapatkan kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan menyetujui untuk menjadi **peserta *peneliti/Wali**

Peserta/Subjek Studi Kasus

Wali,



EDI

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Penelitian ini menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Ibu/Bapak pada penelitian ini bersifat sukarela. Ibu/Bapak dapat menolak untuk menjawab pernyataan yang diajukan pada penelitian ini atau menghentikan kepesertaan dari penelitian ini kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Ibu/Bapak untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Ibu/Bapak diminta untuk menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian*/Ibu/Bapak/benar-benar memahami tentang penelitian ini. Ibu/Bapak akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Ibu/Bapak untuk kepesertaan dalam penelitian ini, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Ibu/Bapak.

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti:

I Putu Bagus Angga Pramudya
Mahasiswa Jurusan D-III Keperawatan
Hp. 081337554813

Tanda tangan Bapak/Ibu dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu telah membaca, telah memahami, dan telah mendapatkan kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan menyetujui untuk menjadi **peserta** *peneliti/Wali

Peserta/Subjek Studi Kasus

Wali,


prio

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Penelitian ini menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Ibu/Bapak pada penelitian ini bersifat sukarela. Ibu/Bapak dapat menolak untuk menjawab pernyataan yang diajukan pada penelitian ini atau menghentikan kepesertaan dari penelitian ini kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Ibu/Bapak untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Ibu/Bapak diminta untuk menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/*Ibu/Bapak/benar-benar memahami tentang penelitian ini. Ibu/Bapak akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Ibu/Bapak untuk kepesertaan dalam penelitian ini, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Ibu/Bapak.

Bila ada ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti:

I Putu Bagus Angga Pramudya

Mahasiswa Jurusan D-III Keperawatan

Hp. 081337554813

Tanda tangan Bapak/Ibu dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu telah membaca, telah memahami, dan telah mendapatkan kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan menyetujui untuk menjadi peserta *peneliti/Wali

Peserta/Subjek Studi Kasus

Wali,

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /


Pande Made Sadwi Winash, S.Kep.Ns.
Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Penelitian ini menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Ibu/Bapak pada penelitian ini bersifat sukarela. Ibu/Bapak dapat menolak untuk menjawab pernyataan yang diajukan pada penelitian ini atau menghentikan kepesertaan dari penelitian ini kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Ibu/Bapak untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Ibu/Bapak diminta untuk menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/*Ibu/Bapak/benar-benar memahami tentang penelitian ini. Ibu/Bapak akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Ibu/Bapak untuk kepesertaan dalam penelitian ini, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Ibu/Bapak.

Bila ada ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti:

I Putu Bagus Angga Pramudya
Mahasiswa Jurusan D-III Keperawatan
Hp. 081337554813

Tanda tangan Bapak/Ibu dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu telah membaca, telah memahami, dan telah mendapatkan kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan menyetujui untuk menjadi **peserta *peneliti/Wali**

Peserta/Subjek Studi Kasus

Wali,


RONNY

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

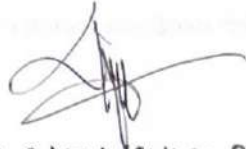
Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Hubungan Dengan Peserta/Subjek Penelitian

(Wali dibutuhkan bila peserta adalah anak < 14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang – koma)

Peneliti,



I PUTU BAGUS ANUGRA PRAMUDYA
Tanda Tangan dan Nama

23 April 2024
Tanggal

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir *Consent* ini hanya bila Peserta Penelitian memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/tidak dapat bicara atau buta.

Wali dari peserta penelitian tidak dapat membaca/tidak dapat bicara atau buta. Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian risiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive).

Catatan:

Saksi harus merupakan keluarga peserta penelitian, tidak boleh anggota tim penelitian.

Saksi:

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta penelitian atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela.

Galang Sinartaya

23 April 2024

Nama dan Tanda tangan saksi

Tanggal

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

*coret yang tidak perlu

Lampiran 6.

Tabel Rencana Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Diagnosis Keperawatan		Tujuan	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	
Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	Setelah dilakukan 4 kali kunjungan dalam 20 menit diharapkan persepsi sensori (L.09083) dengan kriteria hasil:	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi:	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi:	
Penyebab:				
1) Gangguan penglihatan	1) Gangguan penglihatan	1) Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi	1) Agar mengetahui perilaku yang terindikasi halusinasi	
2) Gangguan pendengaran	2) Gangguan pendengaran	2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan	2) Mengetahui respons pasien sesuai stimulus	
3) Gangguan penghiduan	3) Gangguan penghiduan	3) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)	3) Mengetahui isi halusinasi	
4) Gangguan perabaan	4) Gangguan perabaan	4) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)	4) Mengetahui isi halusinasi	
5) Hipoksia serebral	5) Hipoksia serebral	5) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)	5) Mengetahui isi halusinasi	
6) Penyalahgunaan zat	6) Penyalahgunaan zat	6) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)	6) Mengetahui isi halusinasi	
7) Usia lanjut	7) Usia lanjut	7) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)	7) Mengetahui isi halusinasi	
8) Pemajanan toksin lingkungan	8) Pemajanan toksin lingkungan	8) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)	8) Mengetahui isi halusinasi	
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:	
1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	
2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan	2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan	2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan	2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan	
Objektif:	Objektif:	Objektif:	Objektif:	
1) Distorsi sensori	1) Distorsi sensori	1) Distorsi sensori	1) Distorsi sensori	
2) Respons tidak sesuai	2) Respons tidak sesuai	2) Respons tidak sesuai	2) Respons tidak sesuai	

1	2	3	4
3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu	6) Distorsi sensori menurun 7) Perilaku halusinasi menurun 8) Menarik diri menurun 9) Melamun menurun 10) Curiga menurun 11) Mondar-mandir menurun 12) Respons sesuai stimulus membaik 13) Konsentrasi membaik 14) Orientasi membaik	2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3) Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas, terapi relaksasi) 4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, <i>jika perlu</i> . Intervensi Pendukung: Pemberian terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori sesi 1: mendengar musik selama 20 menit 1 kali pertemuan	1) Agar pasien dapat memonitor secara mandiri 2) Agar pasien dapat mengungkapkan perasaannya 3) Agar pasien tidak berfokus pada halusinasinya 4) Agar pasien dan keluarga mampu mengontrol halusinasi yang dialami pasien Kolaborasi: 1) Untuk mengurangi gejala psikosis
Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1) Menyatakan kesal Objektif: 1) Menyendiri 2) Melamun 3) Konsentrasi buruk 4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5) Curiga 6) Melihat ke satu arah 7) Mondar-mandir 8) Bicara sendiri			

Lampiran 7.

SOP Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik

11) Tujuan

- a) Klien mampu mengenali music yang didengarkan
- b) Klien mampu memberi respons terhadap musik
- c) Klien mampu menceritakan perasaannya setelah mendengar musik

2) *Setting*

- a) Terapis dan klien duduk Bersama dalam lingkaran
- b) Ruangan nyaman dan tenang

3) Alat

- a) *Tape recorder/CD player*
- b) Kaset/CD lagu

4) Metode

- a) Diskusi
- b) *Sharing* persepsi

4) Langkah Kegiatan

a) Persiapan

- (1) Membuat kontrak dengan klien yang sesuai dengan indikasi
- (2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

b) Orientasi

- (1) Salam terapeutik: Salam dari terapi pada klien
- (2) Evaluasi/validasi: Menanyakan perasaan klien saat ini
- (3) Kontrak

- (a) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu mendengarkan musik

(b) Terapis menjelaskan aturan main yaitu: Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis, lama kegiatan selama 45 menit, dan setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

c) Tahap kerja

(8) Terapis mengajak klien untuk saling memperkenalkan diri (nama lengkap dan nama panggilan) dimulai dari terapis secara berurutan searah jarum jam

(9) Setiap kali seorang klien selesai memperkenalkan diri, terapis mengajak semua klien untuk bertepuk tangan

(10) Terapis dan klien memakai papan nama

(11) Terapis menjelaskan bahwa akan diputar lagu, klien boleh tepuk tangan atau berjoget sesuai dengan irama lagu. Setelah lagu selesai, klien menceritakan perasaannya setelah mendengar lagu

(12) Terapis memutar lagu, klien mendengar, boleh berjoget atau tepuk tangan (kira-kira 15 menit). Musik yang diputar boleh diulang beberapa kali. Terapis mengobservasi respons klien terhadap musik.

(13) Secara bergiliran, klien diminta menceritakan perasaannya. Sampai semua klien mendapat giliran

(14) Terapis memberikan pujian, setiap klien selesai menceritakan perasaannya, dan mengajak klien lain bertepuk tangan

d) Tahap terminasi

(1) Evaluasi

(c) Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.

(d) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.

(2) Tindak Lanjut

Terapis menganjurkan klien untuk mendengarkan musik yang disukai dan bermakna dalam kehidupannya

(3) Kontrak yang akan datang

(c) Menyepakati TAK yang akan datang, yaitu menggambar

(d) Menyepakati waktu dan tempat

e) Evaluasi

(5) Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

(6) Memberi respons (ikut bernyanyi/menari/berjoget/menggerakkan tangan-kaki dagu sesuai irama)

(7) Memberi pendapat tentang musik yang didengar

Menjelaskan perasaan setelah mendengar lagu

5) Evaluasi dan Dokumentasi

Lampiran 8.

**Lembar Evaluasi dan Dokumentasi Terapi Aktivitas Kelompok
Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar Musik**

Kemampuan memberi respons pada musik

No	Aspek yang dinilai	Nama Pasien				
		Tn.I	Tn.E	Tn.P	Tn.S	Tn.R
5.	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir	√	√	√	√	√
6.	Memberi respons (ikut bernyanyi/menari/joget/menggerakkan tangan, kaki, dagu sesuai irama)	√	√	√	√	√
7.	Memberi pendapat tentang musik yang didengar	-	-	√	√	√
8.	Menjelaskan perasaan setelah mendengar lagu	-	-	√	√	√



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR

Alamat : Jalan Sanitasi No. 1 Sidakarya, Denpasar

Telp : (0361) 710447, Faksimile : (0361) 710448

Laman (Website) : <https://www.poltekkes-denpasar.ac.id/>

Email : info@poltekkes-denpasar.ac.id



Nomor : KH.03.03/F.XXXII.13/2023

15 November 2023

Hal : Mohon ijin Pengambilan Data Studi Pendahuluan

Yth. Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

Di-

Tempat

Sehubungan dengan pembuatan tugas akhir pada mahasiswa Program Studi D.III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan keperawatan, kami mohon perkenannya untuk memberikan ijin pengambilan data pendukung/study pendahuluan penelitian kepada mahasiswa an:

NO	NAMA	NIM	DATA YG DIAMBIL
1.	I Putu Bagus Angga Pramudya	P07120121055	Data Kasus Mengenai Pasien Dengan Halusinasi Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

Demikian kami sampaikan atas perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Keperawatan

I Made Sukarja, S.Kep.Ners., M.Kep

NIP: 196812311992031020

Tembusan :

1. Kepala Komkordik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
2. Arsip

Lampiran 10.

VALIDASI BIMBINGAN

Data Skripsi Mahasiswa

N I M	P07120121055
Nama Mahasiswa	I PUTU BAGUS ANGGA PRAMUDYA
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Semester : 6

Skripsi
Bimbingan
Jurnal Ilmiah
Seminar Proposal
Syarat Sidang
Sidang Skripsi

Bimbingan					
No	Dosen	Topik	Hasil	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan judul dan latar belakang	perbaikan latar belakang, penulisan, dan lanjut pengajuan BAB 1	2 Jan 2024	✓
2	196502251986031002 - I NENGGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan judul dan latar belakang	Revisi latar belakang dengan menambahkan kasus skizofrenia dan okupasi penelitian	2 Jan 2024	✓
2	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan BAB 1	Revisi pada manfaat dan tujuan studi kasus. Lanjut BAB II	4 Jan 2024	✓
3	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan BAB 1 dan BAB 2	Revisi penulisan dan penambahan teori konsep penyakit. Lanjut BAB III	9 Jan 2024	✓
3	196502251986031002 - I NENGGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan BAB 1	Revisi pada manfaat penelitian dan lanjut BAB II	4 Jan 2024	✓
4	196502251986031002 - I NENGGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan BAB I dan BAB II	Revisi penulisan dan lanjut BAB III	8 Jan 2024	✓
4	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan BAB I,II,III	lanjut melengkapi lampiran - lampiran	12 Jan 2024	✓
5	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan BAB I,II,III dan lampiran - lampiran	Revisi pada penulisan lampiran, dan lanjut menyiapkan lampiran usulan penelitian lengkap	5 Feb 2024	✓
5	196502251986031002 - I NENGGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan BAB I,II,III	Revisi pada bagian definisi operasional, penomoran halamn, dan subjek studi kasus	12 Jan 2024	✓
6	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan Usulan Penelitian	ACC dan lanjut seminar proposal	6 Feb 2024	✓
6	196502251986031002 - I NENGGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan BAB I,II,II dan lampiran -lampiran	ACC dan lanjut melengkapi berkas usulan penelitian lengkap	5 Feb 2024	✓
7	196502251986031002 - I NENGGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan Usulan Penelitian	ACC dan lanjut seminar proposal	6 Feb 2024	✓

IMPLEMENTASI TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK STIMULASI SENSORI SESI 1: MENDENGAR MUSIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI PENDENGARAN DI RSJ PROVINSI BALI

ORIGINALITY REPORT

28%

SIMILARITY INDEX

25%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

9%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repository.poltekkes-denpasar.ac.id

Internet Source

13%

2

Submitted to Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan

Student Paper

5%

3

pdfcoffee.com

Internet Source

1%

4

wir-nursing.blogspot.co.id

Internet Source

1%

5

kesdam-17.blogspot.com

Internet Source

1%

6

jurnal.unimus.ac.id

Internet Source

1%

7

jurnal.unismuhpalu.ac.id

Internet Source

<1%

8

nasrialbanjari.blogspot.com

Internet Source

<1%

Handwritten signature:
Ace
Dul
Arisman

9	perpus.fikumj.ac.id Internet Source	<1 %
10	meongnoque.blogspot.com Internet Source	<1 %
11	repository.stikesmukla.ac.id Internet Source	<1 %
12	docplayer.info Internet Source	<1 %
13	jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id Internet Source	<1 %
14	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
15	repository.pkr.ac.id Internet Source	<1 %
16	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya Student Paper	<1 %
17	darsananursejiwa.blogspot.com Internet Source	<1 %
18	files.osf.io Internet Source	<1 %
19	idoc.tips Internet Source	<1 %

†

20

Ni Kadek Ayu Desi Dian Wulandari,
Mochamad Heri, G. Nur Widya Putra, Ni Made
Dwi Yunica Astriani, Putu Indah Sintya Dewi.
"Analisis Asuhan Keperawatan dengan
Intervensi Terapi Aktivitas Kelompok pada
Pasien dengan Masalah Keperawatan
Halusinasi Pendengaran", Journal of
Telenursing (JOTING), 2023

Publication

<1 %

21

Submitted to Universitas Muhammadiyah
Surakarta

Student Paper

<1 %

22

pt.scribd.com

Internet Source

<1 %

A

Exclude quotes On

Exclude matches < 20 words

Exclude bibliography On

PERSETUJUAN ETIK/ ETHICAL APPROVAL
Nomor : DP.04.02/F.XXXII.25/ 0355 /2024

Yang bertandatangan di bawah ini Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Denpasar, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1 : Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana/Peneliti Utama :

I Putu Bagus Angga Pramudya

LAIK ETIK. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa maksimum selama 1 (satu) tahun

Pada akhir penelitian, peneliti menyerahkan laporan akhir kepada KEPK-Poltekkes Denpasar. Dalam pelaksanaan penelitian, jika ada perubahan dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kaji etik penelitian (amandemen protokol)

Denpasar, 03 April 2024

Ketua Komisi Etik Poltekkes Kemenkes Denpasar



Dr. Ni Komang Yuni Rahyani, S.Si.T., M.Kes

Lampiran Ethical Approval

Nomor : DP.04.02/F.XXXII.25/ 0355 /2024

Tanggal : 03 April 2024

SARAN REVIEWER

Nama Peneliti	Judul	Saran Tindak lanjut	
		Reviewer 1	Reviewer 2
I Putu Bagus Angga Pramudya	Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1 : Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali	Cek tata tulis	Perhatikan pada saat memberikan PSP, kalo bisa didampingi oleh Wali atau Perawat

Ketua Komisi Etik Poltekkes Kemenkes Denpasar



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ni Komang Yuni Rahyani'.

Dr. Ni Komang Yuni Rahyani, S.Si.T., M.Kes



பிப்ரவரி 2024
PEMERINTAH PROVINSI BALI
இந்தியா-இலங்கை நண்பமைச்சு
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
கனகாபுரம்-நிதிமண்டலம் (80235), TELEPON (0361)243804
JALAN RAYA PUPUTAN NITI MANDALA (80235), TELEPON (0361)243804
WEBSITE: www.dpmtsp.baliprov.go.id, Email: dpmtsp@baliprov.go.id

Nomor : B.30.070/95/IZIN-E/DPMTSP

Bali, 25 Maret 2024

Lampiran : -

Kepada
Yth. Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

Hal : Rekomendasi Penelitian

di -
Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 64 tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 114).
2. Peraturan Gubernur Bali Nomor 46 Tahun 2022 Tentang Penyelenggaraan Perizinan dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2022 Nomor 47).
3. Surat Permohonan dari POLTEKKES KEMENKES DENPASAR Nomor PP.08.02/F.XXXII.13/1034/2024, tanggal 20 Maret 2024, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Bersama ini memberikan Rekomendasi Penelitian Kepada :

Nama : I PUTU BAGUS ANGGA PRAMUDYA
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA
Alamat : BANJAR DAUH PASAR, DESA PERGUNG, KECAMATAN MENDOYO, KABUPATEN JEMBRANA, PROVINSI BALI
Judul / Materi : IMPLEMENTASI TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK STIMULASI SENSORI SESI 1 : MENDENGAR MUSIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI PENDENGARAN DI RSJ PROVINSI BALI

Lokasi Penelitian : RUANG ABIMANYU RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI BALI

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lama Penelitian : 1 Bulan (01 April 2024 - 22 April 2024)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang.
- b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang / judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan maka segala kegiatannya diberhentikan.
- c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta menghormati adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, agar pemohon mendaftarkan ulang permohonan penelitian secara online ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali.
- e. Peneliti wajib mengirim Laporan Hasil Penelitian Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali melalui dpmtsp@baliprov.go.id

IZIN INI DIKENAKAN
TARIF RP 0,-



Ditandatangani secara elektronik oleh :
KEPALA DINAS
Dr. Drs. I Wayan Sumarajaya, M.Si
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP. 19680224 198903 1 005

Tembusan kepada Yth

1. Pj. Gubernur Bali Sebagai Laporan
2. Arsip



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik
menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR



பெரமெந்தா ப்ரவின்சி பாலி
PEMERINTAH PROVINSI BALI
தெசுதா திசுதாபாலகி
DINAS KESEHATAN
ආපදා සෞඛ්‍ය දිප
RUMAH SAKIT JIWA



රුමාකි සුසුමා භූමා ආපදා සෞඛ්‍ය දිපයේ ප්‍රධාන කාර්යාලය (0366) 91073-91074
Jalan Kusuma Yudha Nomor 29 Bangli 80613, Telepon (0366) 91073-91074
Laman : www.rsjiwa.baliprov.go.id Pos-el : admin.rsjiwa@baliprov.go.id

SURAT IJIN

Nomor : B.41.000.9.2/5464/PENJNONMED/RSJ

Sesuai dengan Surat Rekomendasi No: B.30.070/95/IZIN-E/DPMPTSP, tanggal 25 Maret 2024 yang dikeluarkan oleh Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali. Dengan ini diberikan Ijin Penelitian kepada:

Peneliti : I Putu Bagus Angga Pramudya

Judul Penelitian : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1 Mendengar Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali

Lokasi Penelitian : Ruang Abimanyu Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

Waktu Penelitian : 1 Bulan (01 April 2024 – 22 April 2024)

Penelitian diwajibkan untuk memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1. Menyerahkan laporan perkembangan penelitian yang disyaratkan oleh Komite Etik Peneliti (KEP) Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali disertai daftar Rekam Medik dari sampel penelitian
2. Memperhatikan protokol kesehatan selama melaksanakan penelitian.
3. Mengumpulkan hasil penelitian (*Hard Copy*) ke Bagian Instalasi Diklit Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali untuk arsip Perpustakaan
4. Pendamping penelitian dari Rumah Sakit : Pande Made Sadwi Winasih, S.Kep.,Ns

Demikian Surat ijin ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bali, 26 April 2024

Ditandatangani secara elektronik oleh :
DIREKTUR
dr. Ni Wayan Murdani, M.A.P
Pembina (IV/a)
NIP. 19760714 200902 2 003



Balai
Sertifikasi
Elektronik

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR



SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : I Putu Bagus Angga Pramudya
NIM : P07120121055
Program Studi : Diploma Tiga
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2023/2024
Alamat : Jl. Pendidikan, Gg. Mayang Sari, Desa Sidakarya
No. HP : 081337554813

Dengan ini menyerahkan karya tulis ilmiah berupa Tugas Akhir dengan judul :
Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengar
Musik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori
Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali

Dan menyetujui menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta
memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan
mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikannya di internet
atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan
nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.

1. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 12 Juni 2024
Mahasiswa Bersangkutan


I Putu Bagus Angga Pramudya
NIM. P07120121055