

Jadwal Penelitian Kegiatan
Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia
Di UPTD Puskesmas Gianyar 2

No	Kegiatan	Bulan																				
		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 proposal		■	■	■	■																
2	Pengumpulan proposal					■																
3	Ujian proposal					■																
4	Perbaikan proposal					■	■															
5	Pengurusan izin penelitian								■													
6	Pengumpulan data									■	■	■	■									
7	Pengolahan Data													■								
8	Penyusunan laporan													■	■							
9	Pengumpulan laporan															■						
10	Ujian hasil penelitian KTI															■	■					
11	Perbaikan laporan KTI																	■				
12	Penyerahan laporan KTI																		■			

Lampiran 2

Realisasi Anggaran Biaya Penelitian Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2 Tahun 2021

Alokasi dana yang diperlukan dalam penelitian ini direncanakan sebagai berikut:

No	Kegiatan	Rencana Biaya
1	Tahap Persiapan a. Penyusunan proposal b. Penggandaan proposal c. Presentasi proposal d. Revisi proposal	Rp 300.000,00 Rp 200.000,00 Rp 100.000,00 Rp 100.000,00
2	Tahap Pelaksanaan a. Pengurusan izin penelitian b. Penggandaan lembar pengumpulan data c. Penggandaan media pengumpulan data d. Pemberian masker e. Pemberian hand sanitizer f. Pemberian face shield g. Transportasi dan akomodasi h. Pengolahan data dan analisis data	Rp 200.000,00 Rp 150.000,00 Rp 200.000,00 Rp 60.000,00 Rp. 25.000,00 Rp. 10.000,00 Rp 150.000,00 Rp 150.000,00
3	Tahap Akhir a. Penyusunan laporan b. Penggandaan laporan c. Presentasi laporan d. Revisi laporan e. Biaya tidak terduga	Rp 200.000,00 Rp 200.000,00 Rp 200.000,00 Rp 150.000,00 Rp 200.000,00
Jumlah		Rp 2.945.000,00

Lampiran 3

Lembar Permohonan Menjadi Responden

Kepada

Yth. Bapak/Ibu Calon Responden

Di -

UPTD Puskesmas Gianyar 2

Dengan hormat,

Saya mahasiswa Diploma Tiga Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar semester VI bermaksud melakukan penelitian tentang **“Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2”**, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi Diploma Tiga Keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi penelitian ini. Informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijaga kerahasiannya.

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Gianyar, 2021

Peneliti

Ni Putu Sugi Dharmayani

NIM. P07120018080

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Umur :

Saya telah diminta memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian **“Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2”** yang dilakukan oleh Ni Putu Sugi Dharmayani. Oleh peneliti, saya diminta menjadi responden dan saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang dicantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

Saya mengerti bahwa saya berhak menolak untuk berperan serta dalam penelitian ini atau mengundurkan diri dari penelitian saetiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Gianyar, 2021
Responden

(.....)

Lampiran 5

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(*INFORMED CONSENT*)

Yang terhormat Bapak/Ibu, kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2
Peneliti Utama	Ni Putu Sugi Dharmayani
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar
Penelitian Lain	-
Lokasi Penelitian	UPTD Puskesmas Gianyar 2
Sumber pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2. Jumlah peserta sebanyak 36 orang dengan syaratnya. Peserta akan diberi kuisisioner yang berisikan pertanyaan seputar tingkat perawatan diri pada pasien skizofrenia.

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

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

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

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silahkan hubungi peneliti : Ni Putu Sugi Dharmayani (083119645569)

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

Peserta/Subyek Penelitian,

Peneliti

Tanggal : / /

Tanggal : / /

Saksi :

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

Saksi

Tanggal : / /

Lampiran 6

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2

Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan dalam kuesioner dengan teliti dan benar.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang menurut Bapak/Ibu benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai kondisi yang dialami ooleh Bapak/Ibu dengan cara memberikan centang (√) pada pililah jawaban yang dipilih.

A. Data Demografi Responden

1. Inisial Responden :
2. Umur Responden : tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan : SD SMP
 SMA Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan : IRT Wiraswasta/Pedagang
Pensiunan PNS Lain-lain....

B. Tingkat Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia

Petunjuk :

Pertanyaan di bawah ini mengenai tingkat perawatan diri pada pasien skizofrenia (seperti mandi, berpakaian/berhias, makan, dan BAB/BAK (*toileting*) yang dilakukan Bapak/Ibu di rumah dalam satu minggu terakhir (7 hari yang lalu), yaitu tanggal..... s/d.....

Jika Bapak/Ibu mengalami sakit dalam 1 minggu terakhir ini maka silahkan Bapak/Ibu mengingat tentang pertanyaan ini yang terjadi 1 minggu sebelumnya.

Lampiran 7

KUISIONER DEFISIT PERAWATAN DIRI

Berikan centang sesuai kondisi yang anda rasakan saat ini.

N o	Pertanyaan	Mand iri total	Tergantu ng paling ringan	Tergantu ng ringan	Tergantu ng sedang	Tergantu ng berat	Tergantu ng paling berat	Tergantu ng total
1.	Apakah bapak/ibu menyediakan peralatan mandi dan melakukan perawatan mandi sendiri?							
2.	Apakah bapak/ibu menyiapkan pakaian dan membuka pakaian sendiri?							
3.	Apakah bapak/ibu memakan makanan yang telah disiapkan?							
4.	Apakah bapak/ibu pernah menyisir rambut, mencuci rambut, dan menggosok gigi?							
5.	Apakah bapak/ibu dapat mengontrol buang air							

	besar dengan baik?							
6.	Apakah bapak/ibu dapat mengontrol buang air kecil dengan baik?							
7.	Apakah bapak/ibu dapat membersihkan bokong setelah buang air besar di WC?							
8.	Apakah bapak/ibu dapat mengenakan pakaian sendiri?							
9.	Apakah bapak/ibu dapat membersihkan daerah kemaluan setelah buang air kecil?							
10.	Apakah bapak/ibu dapat mengancingkan baju ataupun celana sendiri?							

Sumber : sumber kuisisioner ini di adopsi dari penelitian Sri Adnyani (2012)

Lampiran 8

**MASTER TABEL PENGUMPULAN DATA
GAMBARAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI UPTD PUSKESMAS GIANYAR 2 TAHUN 2021**

	Jenis Kelamin		Usia			Pendidikan			Status Perkawinan				Skor	Tingkat Kemampuan Perawatan Diri
	L	P	30-45	46-55	56-70	Dasar	mene- ngah	ting- gi	Meni- kah	Belu- m meni- kah	Janda	Duda		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
01		√	√					√	√				57	1
02		√	√			√			√				49	1
03		√	√					√		√			60	1
04		√	√					√	√				57	1
05		√	√					√	√				60	1
06		√	√				√		√				60	1

07		√	√					√	√				60	1
08		√	√				√		√				55	1
09		√	√					√		√			55	1
10		√	√				√				√		50	1
11		√	√					√	√				57	1
12		√	√				√				√		52	1
13	√		√					√		√			60	1
14		√	√				√		√				43	1
15	√		√					√	√				60	1
16		√	√					√	√				35	1
17		√	√					√	√				60	1
18		√	√					√	√				60	1
19		√	√					√	√				58	1
20		√	√				√		√				53	1
21		√	√					√	√				54	1
22		√	√				√		√				58	1
23		√	√					√		√			35	1
24	√		√					√		√			54	1
25	√		√					√		√			33	1
26	√		√				√			√			59	1
27	√		√			√			√				59	1

28		√	√					√		√			60	1
29		√	√					√		√			60	1
30	√				√			√				√	60	1
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
31	√			√			√		√				25	2
32		√		√				√	√				30	2
33		√			√		√		√				56	2
34	√			√				√		√			40	2
1	2	3	4	5	6	7	8	11	12	13		14	15	16
35		√			√		√		√				20	3

Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lembar Permohonan Menjadi Responden

Kepada

Yth. Bapak/Ibu Calon Responden

Di -

UPTD Puskesmas Gianyar 2

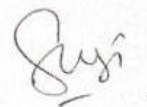
Dengan hormat,

Saya mahasiswa Diploma Tiga Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar semester VI bermaksud melakukan penelitian tentang **“Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2”**, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi Diploma Tiga Keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi penelitian ini. Informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijaga kerahasiannya.

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Gianyar, 15 Mei 2021

Peneliti



Ni Putu Sugi Dharmayani

NIM. P07120018080

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Nyoman Niki

Alamat : Bawah, Gianyar

Umur : 55 tahun

Saya telah diminta memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian "Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2" yang dilakukan oleh Ni Putu Sugi Dharmayani. Oleh peneliti, saya diminta menjadi responden dan saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang dicantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

Saya mengerti bahwa saya berhak menolak untuk berperan serta dalam penelitian ini atau mengundurkan diri dari penelitian saetiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Gianyar, 15 Mei 2021

Responden



(.....)

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang terhormat Bapak/Ibu, kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2
Peneliti Utama	Ni Putu Sugi Dharmayani
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar
Penelitian Lain	-
Lokasi Penelitian	UPTD Puskesmas Gianyar 2
Sumber pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2. Jumlah peserta sebanyak 36 orang dengan syaratnya. Peserta akan diberi kuisioner yang berisikan pertanyaan seputar tingkat perawatan diri pada pasien skizofrenia.

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

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

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

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silahkan hubungi peneliti :
Ni Putu Sugi Dharmayani (083119645569)

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

Peserta/Subyek Penelitian,



Tanggal : 15 / 5 / 2021

Peneliti



Tanggal : 15 / 5 / 2021

Saksi :

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

Saksi



Tanggal : 15 / 5 / 2021

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2

Kode Responden : 2

Tanggal Pengisian : 15 Mei 2021

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan dalam kuesioner dengan teliti dan benar.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang menurut Bapak/Ibu benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai kondisi yang dialami oleh Bapak/Ibu dengan cara memberikan centang (√) pada pilihan jawaban yang dipilih.

A. Data Demografi Responden

1. Inisial Responden : Ny - Nl
2. Umur Responden : tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan : SD SMP
 SMA Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan : IRT Wiraswasta/Pedagang
 Pensiunan PNS Lain-lain...

B. Tingkat Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia

Petunjuk :

Pertanyaan di bawah ini mengenai tingkat perawatan diri pada pasien skizofrenia (seperti mandi, berpakaian/berhias, makan, dan BAB/BAK (*toileting*) yang dilakukan Bapak/Ibu di rumah dalam satu minggu terakhir (7 hari yang lalu), yaitu tanggal 9/5/21 s.d. 15/5/21

KUISIONER DEFISIT PERAWATAN DIRI

Berikan centang sesuai kondisi yang anda rasakan saat ini.

No	Pertanyaan	Mandi total	Tergantung paling ringan	Tergantung ringan	Tergantung sedang	Tergantung berat	Tergantung paling berat	Tergantung total
1.	Apakah bapak/ibu menyediakan peralatan mandi dan melakukan perawatan mandi sendiri?			✓				
2.	Apakah bapak/ibu menyiapkan pakaian dan membuka pakaian sendiri?	✓						
3.	Apakah bapak/ibu memakan makanan yang telah disiapkan?			✓				
4.	Apakah bapak/ibu pernah menyisir rambut, mencuci rambut, dan menggosok gigi?	✓						
5.	Apakah bapak/ibu dapat mengontrol		✓					

	buang air besar dengan baik?							
6.	Apakah bapak/ibu dapat mengontrol buang air kecil dengan baik?		✓					
7.	Apakah bapak/ibu dapat membersihkan bokong setelah buang air besar di WC?		✓					
8.	Apakah bapak/ibu dapat mengenakan pakaian sendiri?	✓						
9.	Apakah bapak/ibu dapat membersihkan daerah kemaluan setelah buang air kecil?	✓						
10	Apakah bapak/ibu dapat mengancingkan baju ataupun celana sendiri?	✓						

Lampiran 9



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33 Pedungan, Denpasar
Telp/Faksimile : (0361) 725273 / 724563
Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id



Nomor : KH.03.02/020/ 0213.1/2021
Hal : Mohon ijin Pengambilan Data

1 Maret 2021

Yth: Kepala UPTD Puskesmas Gianyar II
Jl. Madangan Kaja, Ds.Petak,Kecamatan Gianyar,Kabupaten Gianyar
(0361) 954274

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

NO	NAMA	NIM	DATA YG DIAMBIL
1	Ni Putu Sugi Dharmayani	P07120018080	Jumlah pasien gangguan jiwa

Demikian kami sampaikan atas perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Keperawatan



Ners. I Made Sukarja,S.Kep,M.Kep
NIP : 196812311992031020

Lampiran 10 Surat Ijin Penelitian Provinsi



PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU

Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235
Telp. (0361) 243804, Fax. (0361) 256905, website : www.dpmptsp.baliprov.go.id
e-mail : dpmptsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/2316/IZIN-C/DISPMPPT
Lampiran : -
Hal : Surat Keterangan Penelitian /
Rekomendasi Penelitian

Kepada
Yth. Bupati Gianyar
cq. Kepala DPMPTSP Kabupaten Gianyar
di - Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 63 Tahun 2019 tanggal 31 Desember 2019 Tentang Standar Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar Nomor PP.02.02/020/0167/2021, tanggal 09 Februari 2021, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada:

Nama : Ni Putu Sugi Dharmayani
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl.pasekan,gg Bumi Rahayu, No.9, Batubulan Kangin,gianyar,bali
Judul/bidang : Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2 Tahun 2021
Lokasi Penelitian : UPTD Puskesmas Gianyar 2
Jumlah Peserta : 1 Orang
Lama Penelitian : 1 Bulan (01 April 2021 - 30 April 2021)

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 Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian agar ditujukan kepada instansi pemohon.

**IZIN INI DIKENAKAN
TARIF RP 0,-**

Bali, 19 April 2021
a.n GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS
DEWA PUTU MANTERA
NIP. 19621231 198503 1 192

Tembusan kepada Yth

1. Kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali di Denpasar
2. Yang Bersangkutan



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

Lampiran 11 Surat Ijin Penelitian Kabupaten



PEMERINTAH KABUPATEN GIANYAR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jalan Ngurah Rai No. 5-7 Telp (0361) 942230
Website : <https://dpmptsp.gianyarkab.go.id> email : dpmptsp@gianyarkab.go.id
instagram @dpmptsp_gianyar
GIANYAR



SURAT KETERANGAN PENELITIAN/REKOMENDASI

NOMOR : 070/0344/DPMPSTP/IP/2021

- I. Dasar
1. Keputusan Bupati Gianyar Nomor 608/E-13/HK/2020 Tentang Standar Pelayanan Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Gianyar.
 2. Surat dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali, Nomor : 070/2316/IZIN-C/DISPMP, Tanggal 19 April 2021, Perihal Surat Keterangan Penelitian/Rekomendasi Penelitian,
 3. Surat permohonan yang bersangkutan nomor : 0344/DPMPSTP/IP/2021 tanggal 30 April 2021.
- II. Setelah Mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dipandang perlu memberikan Rekomendasi Kepada :
- | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama | : Ni Putu Sugi Dharmayani |
| Pekerjaan | : Mahasiswa |
| Alamat | : Jl.Pasekan, Gg.Bumi Rahayu, No.9, Batubulan Kangin, Gianyar |
| Judul Penelitian | : Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di UPTD Puskesmas Gianyar 2 Tahun 2021 |
| Lokasi Penelitian | : UPTD Puskesmas Gianyar 2 |
| Jumlah Peserta | : 1 Orang |
| Lama Penelitian | : 1 April 2021 s/d 30 April 2021 |
- III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan memenuhi ketentuan sebagai berikut :
1. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Camat setempat atau pejabat yang berwenang
 2. Dilarang melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan judul kegiatan. Apabila melanggar ketentuan, maka Surat Keterangan/Rekomendasi akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
 3. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku, serta mengindahkan norma adat istiadat dan budaya setempat.
 4. Apabila masa berlaku Surat Keterangan/Rekomendasi ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Surat Keterangan/Rekomendasi agar ditujukan kepada instansi pemohon.
 5. Menyerahkan hasil kegiatan kepada Bupati Gianyar, melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Gianyar
 6. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penerbitan Surat Keterangan/Rekomendasi ini maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.



Di Keluarkan di Gianyar
Pada Tanggal 4 Mei 2021
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Gianyar



I Dewa Gede Alit Mudiarta, SE.,MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19650810 198503 1 005

Tembusan kepada Yth. :

1. Kepala UPTD Puskesmas Gianyar 2
2. Kepala DPM-PTSP Prov. Bali
3. Kepala Badan Kesbangpol Prov. Bali
4. Kepala Badan Kesbangpol Kab. Gianyar
5. Instansi Terkait di lingkungan Pemerintah Kabupaten Gianyar sesuai keperluan penelitian

Dokumen ini telah disahkan dengan tanda tangan elektronik yang tersertifikasi

Lampiran 12 Surat Ijin Tempat Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN GIANYAR
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS GIANYAR II



Jalan Raya Petak, B- Madangan Kaja, Desa Petak, Gianyar Telp. 0361-954274

Nomor : 800/III-1/Pusk. GR II/2021
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Gianyar, 3 April 2021
Kepada :
Yth. Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Denpasar
di-
tempat

Dengan hormat,

Memindaklanjuti surat Nomor : PP.02.02/020/0167/2021 perihal: Permohonan Ijin Penelitian atas nama Ni Putu Sugi Dharmayani tanggal 9 Pebruari 2021, kami tidak keberatan dan memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian sepanjang kegiatan tersebut tidak mengganggu pelayanan di UPTD Puskesmas Gianyar II dan menerapkan protocol kesehatan.

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

UPTD Puskesmas Gianyar II



UPTD PUSKESMAS
GIANYAR II
51.04.0302
Ir. Pandu Irma Yustini
Nip. 19680715 200212 2 010

Lampiran 13 Surat Persetujuan Etik



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
(KEPK)



Alamat : Jl. Sanitasi No 1 Sidakarya Denpasar Selatan
Telp : (0361) 710447 Faximili : (0361) 710448
Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id

PERSETUJUAN ETIK / *ETHICAL APPROVAL*

Nomor : LB.02.03/EA/KEPK/ 0472 /2021

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

GAMBARAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI UPTD PUSKESMAS GIANYAR 2 TAHUN 2021

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan
Ketua

Pelaksana/Peneliti Utama :

NI PUTU SUGI DHARMAYANI

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, 19 Mei 2021



Ketua,

Dr. Agus Sri Lestari, S.ST., M.Erg

Lampiran 14 Bukti Validasi Bimbingan

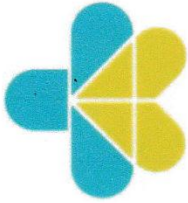
Edit

Data Skripsi Mahasiswa

N I M	P07120018080
Nama Mahasiswa	Ni Putu Sugi Dharmayani
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi D-III Keperawatan Semester : 6

Skripsi
Bimbingan
Jurnal Ilmiah
Seminar Proposal
Syarat Sidang

Bimbingan				
No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Mengajukan judul beserta latar belakang	8 Jan 2021	✓
2	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Mengajukan judul untuk proposal	19 Jan 2021	✓
3	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Mengganti judul karena sudah ada dipenelitian sebelumnya	19 Jan 2021	✓
4	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Mengajukan judul untuk proposal	19 Jan 2021	✓
5	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Mengajukan judul beserta latar belakang	20 Jan 2021	✓
6	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Masukan mengenai variabel penelitian	20 Jan 2021	✓
7	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Mengajukan judul untuk proposal	22 Jan 2021	✓
8	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Masukan mengenai judul penelitian	22 Jan 2021	✓
9	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Menunjukkan hasil pembuatan proposal bab 1	25 Jan 2021	✓
10	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Memberikan masukan mengenai tata cara penulisan yang benar dan mengoreksi isi masalah	27 Jan 2021	✓
11	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Mengajukan hasil pembuatan proposal bab 2 dan revisi bab 1	2 Feb 2021	✓
12	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Memberikan koreksi dan masukan mengenai masalah	5 Feb 2021	✓
13	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Mengirim revisi bab 1 dan 2 serta menunjukkan hasil pembuatan proposal bab 3	8 Feb 2021	✓
14	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Menunjukkan hasil pembuatan proposal bab 1,2,3	11 Feb 2021	✓
15	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Memberikan koreksi dan masukan mengenai masalah	12 Feb 2021	✓
16	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Menunjukkan hasil pembuatan proposal bab 4	15 Feb 2021	✓
17	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Memberikan koreksi dan masukan mengenai masalah pada bab 4	17 Feb 2021	✓
18	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Mengirim proposal yang telah direvisi	20 Feb 2021	✓
19	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	ACC Proposal	23 Feb 2021	✓
20	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	ACC Proposal	23 Feb 2021	✓
21	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Bimbingan Bab 5	17 Mei 2021	
22	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan Bab 5	17 Mei 2021	✓
23	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Menyetor hasil revisi bab 5 dan mengirim hasil bab 6	18 Mei 2021	✓
23	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Menyetor hasil revisi bab 5 dan mengirim hasil bab 6	18 Mei 2021	✓
24	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Bimbingan bagian abstrak	19 Mei 2021	✓
24	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan bagian abstrak	19 Mei 2021	✓
25	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Perbaiki pada kata pengantar	20 Mei 2021	✓
25	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan pada ringkasan penelitian	20 Mei 2021	✓
26	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Menyetorkan hasil Lampiran-lampiran	20 Mei 2021	✓
26	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Bimbingan bab 1 sampai bab 5	20 Mei 2021	✓
27	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	Perbaikan tata penulisan	20 Mei 2021	✓
27	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan bab 1 sampai bab 6	20 Mei 2021	✓
28	195805201979101001 - I GEDE WIDJANEGARA, SKM. M.Fis	ACC KTI	21 Mei 2021	✓
28	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	ACC KTI	21 Mei 2021	✓



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KARYA TULIS
ILMIAH PRODI D III KEPERAWATAN POLTEKKES DENPASAR

Nama Mahasiswa : Ni Putu Sugi Dharmayani
NIM : P07120018080

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	29-04-21		Suratiah, S.Kep., Ners., M.Biomed
2	Perpustakaan	27-04-21		ABDUL RAHMAN
3	Laboratorium	27-04-21		ANU KRESNA
4	HMJ	27-04-21		DEWA MADE ADI KRISNA MUKTI
5	Keuangan	27-04-21		NI WIY PERIKATI
6	Administrasi umum/ perlengkapan	27-04-21		Nym. Sudira W

Keterangan :

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian Karya Tulis Ilmiah jika seluruh persyaratan diatasterpenuhi.

Denpasar, 30 April 2021.....

Ketua Jurusan Keperawatan,



Ners. I Made Sukarja, S.Kep., M.Kep.
NIP.196812311992031020

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Putu Sugi Dharmayani
NIM : P07120018080
Program Studi : Diploma III
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2020/2021
Alamat : Jln. Bumi Rahayu No.9 Batubulan Kangin
Nomor HP/Email : 083119645569 / putusugi12@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Gambaran Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia di UPTD
Puskesmas Gianyar 2 Tahun 2021

1. Dan Menyetujuinya 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.
2. 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, 25 Mei 2021
Yang menyatakan,



Ni Putu Sugi Dharmayani
P07120018080