

Lampiran 1.

Jadwal Kegiatan Penelitian

Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Akibat Skizofrenia 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 Usulan Penelitian	■																			
2.	Seminar Usulan Penelitian												■								
3.	Revisi Usulan Penelitian												■	■							
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 2 Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Akibat Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali Tahun 2024

No	Keterangan	Biaya
Tahap Persiapan		
1	ATK untuk Proposal	Rp. 80.000,00
2	Print Berwarna	Rp. 20.000,00
3	Print Proposal Hitam Putih	Rp. 80.000,00
4	Materai 10.000	Rp. 12.000,00
5	Pengurusan Etik	Rp. 200.000,00
6	Pengurusan Studi Penelitian	Rp. 100.000,00
7	Transportasi	Rp. 100.000,00
Tahap Pelaksanaan		
1	Lembar Pengumpulan Data	Rp. 50.000,00
2	Kertas HVS	Rp. 80.000,00
3	Crayon	Rp. 140.000,00
4	Snack Responden	Rp. 100.000,00
Tahap Akhir		
1	ATK KTI	Rp. 80.000,00
2	Laporan KTI	Rp. 500.000,00
3	Revisi KTI	Rp. 80.000,00
4	Jilid KTI	Rp. 200.000,00
Total Keseluruhan		Rp. 1.822.000,00

Lampiran 3.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI SUBJEK PENELITIAN

Kepada

Yth. Saudara Calon Subjek 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 2 Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali”, 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, 21 April 2024

Peneliti



I Made Galang Sunarjaya
NIM.P07120121054

Lampiran 4.

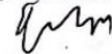
**SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBJEK
PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. E
Tempat/tanggal lahir : 31 Desember 1988
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Made Galang Sunarjaya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali". 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, 21 April2024



(.....EPI.....)

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBJEK
PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. S
Tempat/tanggal lahir : 31 Desember 1960
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Made Galang Sunarjaya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali". 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, 21 April2024



(...S.Y.P.R.A.D.,.....)

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBJEK
PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. I
Tempat/tanggal lahir : 31 Desember 1978
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Made Galang Sunarjaya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali". 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, 21 April2024



I P U L
(.....)


**SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBJEK
PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. P
Tempat/tanggal lahir : 31 Desember 1975
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Made Galang Sunarjaya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali". 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, 21 April2024


(.....Korany.....)

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBJEK
PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. P
Tempat/tanggal lahir : 31 Desember 1967
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh I Made Galang Sunarjaya Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: "Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali". 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, 21 April2024



(Pande Made Gdwi Winasby)

Lampiran 5.

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORM CONSENT)
SEBAGAI PESERTA PENELITIAN**

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/i, 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 2 Pada Pasien Skizofrenia Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali
Peneliti Utama	I Made Galang Sunarjaya
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 gangguan persepsi sensoris. Jumlah sampel/responden adalah lima orang.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi informasi yang lebih banyak tentang Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran.

Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara/i pada penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/i dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berhenti sebagai peserta penelitian

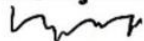
tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengobatan yang akan diberikan. Data yang diperoleh dari penelitian ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan akan tetap dijaga kerahasiaannya. Pada penelitian ini dilaksanakan tanpa ada konflik kepentingan antara peneliti dengan pihak lain.

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

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/i. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: I Made Galang Sunarjaya dengan no HP 081243186009.

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

Peserta/Subjek Studi Kasus



EDI

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Wali,

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengobatan yang akan diberikan. Data yang diperoleh dari penelitian ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan akan tetap dijaga kerahasiaannya. Pada penelitian ini dilaksanakan tanpa ada konflik kepentingan antara peneliti dengan pihak lain.

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

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/i. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: I Made Galang Sunarjaya dengan no HP 081243186009.

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

Peserta/Subjek Studi Kasus



SUPRIADI.
Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Wali,

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengobatan yang akan diberikan. Data yang diperoleh dari penelitian ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan akan tetap dijaga kerahasiaannya. Pada penelitian ini dilaksanakan tanpa ada konflik kepentingan antara peneliti dengan pihak lain.

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

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/i. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: I Made Galang Sunarjaya dengan no HP 081243186009.


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

Peserta/Subjek Studi Kasus

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Wali,


Rande Made Sadwi Winaech, C.Kp, Ns

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengobatan yang akan diberikan. Data yang diperoleh dari penelitian ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan akan tetap dijaga kerahasiaannya. Pada penelitian ini dilaksanakan tanpa ada konflik kepentingan antara peneliti dengan pihak lain.


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

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/i. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: I Made Galang Sunarjaya dengan no HP 081243186009.

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

Peserta/Subjek Studi Kasus

Wali,



Ronny

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengobatan yang akan diberikan. Data yang diperoleh dari penelitian ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan akan tetap dijaga kerahasiaannya. Pada penelitian ini dilaksanakan tanpa ada konflik kepentingan antara peneliti dengan pihak lain.


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

Bila selama berlangsungnya penelitian ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/i. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: I Made Galang Sunarjaya dengan no HP 081243186009.

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

Peserta/Subjek Studi Kasus

Wali,



IPUL

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 Made Galang Sunarjaya
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.


I Ritu Pragus Anaga Prarnadya

Nama dan Tanda tangan saksi

23 April 2024

Tanggal

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

*coret yang tidak perlu

Lampiran 6.

SOP Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2: Menggambar

PROSEDUR TAK STIMULASI SENSORI SESI 2: MENGGAMBAR	
<i>Setting</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berjumlah 5 orang 2. Pasien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran 3. Ruangan nyaman dan tenang
Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kertas gambar 2. Crayon
Metode	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinamika kelompok 2. Diskusi
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingatkan kontrak dengan pasien yang telah mengikuti sesi 1 2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam terapeutik 2. Terapis dan pasien memakai papan nama 3. Menanyakan perasaan pasien saat ini 4. Menjelaskan tujuan kegiatan dan aturan dalam mengikuti terapi
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membagikan kertas dan crayon kepada pasien 2. Meminta pasien untuk mulai menggambar sesuai dengan keinginannya 3. Mengamati pasien selama mengikuti terapi dan berikan penguatan positif 4. Setelah selesai menggambar, terapis meminta masing-masing pasien untuk menyebutkan dan menceritakan makna gambar 5. Setiap keberhasilan pasien diberikan pujian berupa tepuk tangan
Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi: <ol style="list-style-type: none"> a. Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi aktivitas kelompok

	<ul style="list-style-type: none">b. Memberikan pujian atas keberhasilan kelompok2. Tindak lanjut:<ul style="list-style-type: none">a. Menganjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaan melalui gambar3. Kontrak waktu yang akan datang:<ul style="list-style-type: none">a. Menyepakati terapi aktivitas kelompok stimulasi sensasi sesi 3, yaitu menonton TVb. Menyepakati waktu dan tempat4. Dokumentasi
--	---

Lampiran 7.

**Lembar Observasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2:
Menggambar**

Kemampuan memberi respons terhadap menggambar

No	Aspek yang dinilai	Nama Pasien				
		1	2	3	4	5
1	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir					
2	Menggambar sampai selesai					
3	Menyebutkan apa yang digambar					
4	Menceritakan makna gambar					

Petunjuk:

1. Tulis nama panggilan pasien yang ikut terapi aktivitas kelompok pada kolom nama pasien.
2. Untuk tiap pasien, beri penilaian tentang kemampuan pasien mengikuti, menggambar, menyebutkan gambar, dan menceritakan makna gambar. Beri tanda (√) jika pasien mampu dan tanda (-) jika pasien tidak mampu.

Lampiran 8. Validasi SIAK

10/07/24, 12.08

Data Skripsi Mahasiswa

Edit

Data Skripsi Mahasiswa

N I M : P07120121054
 Nama Mahasiswa : I MADE GALANG SUNARJAYA
 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	Perbaiki dan siapkan data dukung masalah	8 Jan 2024	✓
2	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan BAB I	Perbaiki dan lengkapi sesuai koreksi	9 Jan 2024	✓
3	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Revisi BAB I	Lanjutkan BAB berikut	11 Jan 2024	✓
4	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	BAB II dan BAB III	Perbaiki dan lengkapi sesuai koreksi	5 Feb 2024	✓
5	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Revisi BAB II dan BAB III	Perbaiki dan lengkapi susunan USPEL	9 Feb 2024	✓
6	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Susunan BAB I, BAB II, dan BAB III	Perbaiki dan lengkapi sesuai koreksi	15 Feb 2024	✓
7	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Lembar dan lampiran-lampiran	- cek kembali semua isi/susunan USPEL - Acc maju seminar - Siapkan admin seminar	20 Feb 2024	✓
8	196510081986031001 - I WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	judul : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran di RSJ Provinsi Bali	acc judul: Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran di RSJ Provinsi Bali	8 Jan 2024	✓
9	196510081986031001 - I WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	BAB I: - latar belakang - rumusan masalah - tujuan studi kasus - manfaat studi kasus	pada latar belakang perbaiki kronologi masalah	10 Jan 2024	✓
10	196510081986031001 - I WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Perbaikan BAB I: Latar belakang	Lanjutkan BAB II Tinjauan Pustaka	12 Jan 2024	✓
11	196510081986031001 - I WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	BAB II: konsep asuhan keperawatan, konsep terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori sesi 2, konsep skizofrenia, konsep gangguan persepsi sensoris	perbaiki tata tulis dan kutipan, perbaiki diagnosis keperawatan sesuai PES,perbaiki pengkajian pada persepsi	6 Feb 2024	✓
12	196510081986031001 - I WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	perbaikan BAB II: konsep asuhan keperawatan, konsep terapi aktivitas kelompok stimulasi sensoris sesi 2, perbaikan kutipan	perbaiki dan gunakan rentang respons dari Stuart, lanjutkan BAB III Metode Studi Kasus	12 Feb 2024	✓
13	196510081986031001 - I WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	BAB III : metode studi kasus	perbaiki jenis studi kasus, kriteria inklusi dan eksklusi, definisi operasional, instrument studi kasus, analisis dan penyajian data	15 Feb 2024	✓
14	196510081986031001 - I WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	perbaikan BAB III: jenis studi kasus, definisi operasional, analisis dan penyajian data	pada instrument studi kasus tambahkan isi dari lembar observasi terapi aktivitas kelompok stimulasi sensoris sesi 2: menggambar, lanjutkan lampiran	16 Feb 2024	✓
15	196510081986031001 - I WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	daftar pustaka dan lampiran-lampiran	perbaiki daftar pustaka, tambahkan URL pada sumber jurnal, perbaiki lampiran	23 Feb 2024	✓
16	196510081986031001 - I WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	kelengkapan proposal usulan penelitian	ACC, siap seminar proposal	26 Feb 2024	✓
17	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan BAB IV Hasil dan Pembahasan	Perbaiki sesuai koreksi	13 Mei 2024	✓
18	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Revisi BAB IV Hasil dan Pembahasan	Lengkapi dan lanjutkan	14 Mei 2024	✓
19	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan BAB V Penutup	Perbaiki sesuai koreksi	15 Mei 2024	✓
20	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Revisi BAB V Penutup	Lengkapi dan lanjutkan	16 Mei 2024	✓
21	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Pengajuan Abstrak dan Ringkasan Penelitian	Perbaiki dan lengkapi	17 Mei 2024	✓

https://sim.poltekkes-denpasar.ac.id/siakad/siakad/index.php?page=data_ta

1/2

Lampiran 9. Lembar Persyaratan Administrasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Denpasar

Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya,
Denpasar Selatan, Bali 80224
(0361) 710447
<https://poltekkes-denpasar.ac.id>

**BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KARYA TULIS
ILMIAHPRODI D III KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES
DENPASAR**

Nama Mahasiswa : I Made Galang Sunarjaya
NIM : P07120121054

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	17 Mei 2024		Rai Sukerni
2	Perpustakaan	17 Mei 2024		I Made Galang Sunarjaya
3	Laboratorium	17 Mei 2024		Sunandini
4	HMJ	17 Mei 2024		Pasu
5	Keuangan	17 Mei 2024		I. A. Subandi
6	Administrasi umum/ perlengkapan	17 Mei 2024		I Made Galang Sunarjaya

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian Karya Tulis Ilmiah jika seluruh persyaratan di atas terpenuhi.

Denpasar, 17 Mei 2024
Ketua Jurusan Keperawatan,

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

Lampiran 10. Hasil Turnitin

IMPLEMENTASI TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK STIMULASI
SENSORI SESI 2 PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI
SENSORI PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA DI RSJ
PROVINSI BALI

ORIGINALITY REPORT

27% SIMILARITY INDEX	23% INTERNET SOURCES	3% PUBLICATIONS	17% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	------------------------------

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	10%
2	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	4%
3	pdfcoffee.com Internet Source	2%
4	eprints.umpo.ac.id Internet Source	2%
5	perawat.org Internet Source	1%
6	darsananursejiwa.blogspot.com Internet Source	1%
7	wir-nursing.blogspot.com Internet Source	1%
8	repository.itekes-bali.ac.id Internet Source	1%

Handwritten signature and date:
10/12/2022

Lampiran 11. Surat Izin Penelitian RSJ Provinsi Bali



SURAT IJIN

Nomor : B.41.000.9.2/5465/PENJNONMED/RSJ

Sesuai dengan Surat Rekomendasi No: B.30.070/111/IZIN-E/DPMPPTSP, tanggal 01 April 2024 yang dikeluarkan oleh Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali. Dengan ini diberikan Ijin Penelitian kepada:

- Peneliti : I Made Galang Sunarjaya
- Judul Penelitian : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 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 (03 April 2024 – 05 Mei 2024)

Penelitian diwajibkan untuk memenuhi persyaratan sebagai berikut :

- Menyerahkan laporan perkembangan penelitian yang disyaratkan oleh Komite Etik Peneliti (KEP) Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali disertai daftar Rekam Medik dari sampel penelitian
- Memperhatikan protokol kesehatan selama melaksanakan penelitian.
- Mengumpulkan hasil penelitian (*Hard Copy*) ke Bagian Instalasi Diklit Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali untuk arsip Perpustakaan
- Pendamping penelitian dari Rumah Sakit : Made Rima Andriani, 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



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



Lampiran 12. Surat Izin Rekomendasi Penelitian



Nomor : B.30.070/111/IZIN-E/DPMPMPTSP

Bali, 01 April 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.13/1005/2024, tanggal 18 Maret 2024, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Bersama ini memberikan Rekomendasi Penelitian Kepada :

Nama : I MADE GALANG SUNARJAYA

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : DUSUN JEROKAPAL DESA GELGEL

Judul / Materi : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 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 (03 April 2024 - 05 Mei 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 dihentikan.
- 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 dpmpmsp@baliprov.go.id

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



Tembusan kepada Yth

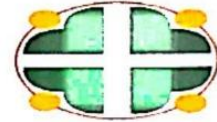
1. Pj. Gubernur Bali Sebagai Laporan
2. Arsip



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



ပိမိၵ်ႈႁူၵ်းပိၵ်ႈႁူၵ်း
 PEMERINTAH PROVINSI BALI
 ၵိၵ်ႈႁူၵ်းပိၵ်ႈႁူၵ်း
 DINAS KESEHATAN
 ၵူၼ်းႁူၵ်းပိၵ်ႈႁူၵ်း
RUMAH SAKIT JIWA



ၵူၼ်းႁူၵ်းပိၵ်ႈႁူၵ်း ၵူၼ်းႁူၵ်းပိၵ်ႈႁူၵ်း (ၵူၼ်းႁူၵ်းပိၵ်ႈႁူၵ်း-ၵူၼ်းႁူၵ်း)
 Jalan Kusuma Yudha Nomor 29 Bangli 80613, Telepon (0366) 91073-91074
 Laman : www.rsjiwa.baliprov.go.id Pos-el : admin.rsjiwa@baliprov.go.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
 (ETHICAL CLEARANCE)
 No : B.41.000.9.2/5480/PENJNONMED/RSJ**

Komite Etik Penelitian Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, setelah mempelajari dengan seksama rancangan penelitian yang diusulkan, dengan ini menyatakan bahwa penelitian dengan judul:

"Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di RSJ Provinsi Bali"

Peneliti Utama : I Made Galang Sunarjaya

Tempat Penelitian : Ruang Abimanyu Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

Dinyatakan Laik Etik. Surat Keterangan ini berlaku selama satu tahun sejak ditetapkan. Adapun jenis laporan yang harus disampaikan kepada komite etik :

1. *Progress report* setiap 1 bulan
2. *Final report*

Komite Etik Penelitian Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

Ketua

Ida Bagus Vendra Wiraya, M.Psi
 NIP. 19920517.201903 1 016



Lampiran 14. Surat Pernyataan Persetujuan Publikasi Repository

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : I Made Galang Sunarjaya
NIM : P07120121054
Program Studi : D-III Keperawatan
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2023-2024
Alamat : Dusun Jerokapal Desa Gelgel
Nomor HP/Email : 081243186009/galangbjr01@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Tulis Ilmiah berupa tugas akhir dengan judul:
Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 2 Pada Pasien
Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Akibat Skizofrenia di RSJ
Provinsi Bali

1. Dan menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialih mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan publikasinya di internet atau di 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 tulis ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Dengan surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar,

Yang menyatakan



I Made Galang Sunarjaya

NIM.P07120121054