

Lampiran 1 Lembar Observasi Tingkat Ansietas

1. Karakteristik responden

Nama : An. J

Umur : 5 Tahun

Jenis kelamin : Laki - laki

2. Respon kecemasan

N0.	Gejala Kecemasan	Nilai (Skor)				
		0	1	2	3	4
1.	Kecemasan Ringan a. Gelisah b. Berkeringat c. Muka merah atau pucat d. Tidak tenang e. Mengerutkan kening f. Tengukuk tegang		*	*		
2.	Kecemasan sedang a. Gemetar b. Suara bergetar c. Merasa tegang d. Sering menghela nafas e. Denyut jantung cepat f. Pernapasan meningkat					
3.	Kecemasan berat a. Denyut jantung cepat b. Sesak c. Badan gemetar					

Lampiran 2

Hasil Observasi Penerapan terapi bermain mewarnai gambar

Nama : An. J

Umur : 5 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

No. Rm : 326007

Jenis Tindakan : Penerapan terapi mewarnai gambar

Hasil Observasi							
No.	Pengamatan	Rabu		Kamis		Jumat	
		Sebelum	Sesudah	sebelum	sesudah	sebelum	sesudah
1.	Tingkat Ansietas	6	5	5	3	5	3
2.	Suhu Tubuh	37,5 C	37,5 C	37 C	36,8 C	36,2 C	36,5 C
3.	Frekuensi Nadi	120 x/menit	118 x/menit	115 x/menit	117 x/menit	109 x/menit	112 x/menit
4.	Frekuensi Pernapasan	22 x/menit	22 x/menit	22 x/menit	23 x/menit	23 x/menit	18 x/menit

Lampiran 3

SOP Terapi Bermain (Mewarnai Gambar)

Pengertian	<ol style="list-style-type: none">1. Cara alami bagi Anak untuk mengungkapkan konflik dirinya yang tidak di sadari (wong 2020)2. Bermain adalah kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang di timbulkannya tanpa hasil akhirnya (Hurlock : 2021)3. Kegiatan yang dilakukan sesuai dalam keinginan dalam mengatasi konflik dari dalam dirinya yang tidak di sadari serta dalam keinginan sendiri untuk memperoleh kesenangan (Roster : 2019)
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Meminimalisir tindakan keperawatan yang traumatis2. Mengurangi kecemasan3. Membantu mempercepat penyembuhan4. Sebagai fasilitas komunikasi5. Sarana untuk mengepresikan perasaan
Kebijakan	lakukan di Ruang Rawat Inap, Atau Poli tumbuh kembang atau Poli rawat jalan.
Petugas	Perawat
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none">1. Memberi salam2. Menyapa pasien dan keluarga pasien3. Menjelaskan tujuan terapi bermain

	4. Melakukan kontrak waktu
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rancanagn program bermain yang lengkap dan sistemastis 2. Alat bermain mewarnai (krayon, pensil, warnai dan buku gambar)
Prosedur Pelaksanaan	<p>Tahap Pra Interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kontrak waktu 2. Memastikan kesiapan anak dan orang tua 3. Menyiapkan alat <p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam kepada pasien dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan <p>Tahap Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi petunjuk anak cara bermain 2. Memepersilahkan anak untuk melakukan sensiri atau di bantu 3. Memotivasi keterlibatan keluarga dan klien dalam kegiatan 4. Memberi pujian pada anak bila dapat melakukan 5. Meminta anak untuk meceritakan apa yang di lakukan 6. Menanyakan perasaan anak setelah bermain 7. Menanyakan perasaan dan pendapat keluarga tentang permaian <p>Tahap Terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi sesuai dengan

	<p>tujuan</p> <ol style="list-style-type: none">2. Membersihkan kembali alat3. Berpamitan pada klien dan keluarga klien4. Mencuci tangan5. Mendokumentasikan jenis permainan dan respon dari pasien dan keluarga pasien6. Simpulkan hasil bermain meliputi7. Emosi, hubungan intervensional, psikometer dan anjuran untuk pasien dan keluarga pasien.
--	--

Lampiran 4

Informed Consent

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. P

Umur : 29 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : jln.

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta memahami penelitian yang dilakukan dengan, GAMBARAN PENERAPAN TERAPI BERMAIN (MEWARNAI GAMBAR) PADA ANAK ISPA DI RUANG RAWAT MAWAR RSUD KOTA KENDARI, dengan ini menyatakan bersedia untuk berperan serta menjadi subyek penelitian dan bersedia melakukan terapi sesuai data yang diperlukan. Demikian pernyataan ini di buat dengan penuh kesadaran dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.



Yang membuat surat pernyataan



Responden

Lampiran 5

Format pengkajian anak

 FORMAT PENGKAJIAN ANAK POLTEKKES KEMENKES KENDARI 				
IDENTITAS PASIEN		IDENTITAS ORANG TUA		
Nomor RM : 326007 Nama : An. J Tempat, Tanggal Lahir : 09 April 2019 Jenis Kelamin : Laki-laki Pendidikan : belum sekolah Alamat : Tanggal Masuk RS : 15 juni 2024 Tanggal Pengkajian : 18 Juni 2024 jam: 10 WITA Diagnosis Medis : ISPA		Identitas Nama Usia Pekerjaan Pendidikan Alamat Suku Agama	Ayah Tn. H 31 Tahun Arsitektur S1 Bugis Islam	Ibu Ny. A 29 Tahun IRT S1 Tolaki Islam
Identitas Saudara Kandung				
No	Nama	Usia	Hub. keluarga	Status Kesehatan
1				
2				
3				
4				
5				
Keluhan Utama : Klien datang ke Poli anak dengan keluhan deman selama 2 Hari				

Riwayat Kelahiran

1. Prenatal

- Usia Ibu saat hamil : 20-35 tahun
- Kenaikan BB selama Kehamilan 6 Kg
- Persepsi kehamilan : Kehamilan direncanakan
- Antenatal Care : Tidak Ya, jumlah kunjungan
- Keluhan Ibu selama kehamilan: Tidak Ya (perdarahan PHS infeksi ngidam demam)
- Konsumsi obat selama kehamilan:
- Riwayat injury selama kehamilan: Tidak Jatuh Kecelakaan Lainnya
- Riwayat hospitalisasi : Tidak Ya
- Pernah ada riwayat : Terkena sinar X, Menerima terapi perlindungan penyakit, Melakukan meditasi selama kehamilan
- Pemeriksaan penunjang kehamilan: Tidak Ya: (Rubella Hepatitis CMV GO Herpes HIV Lainnya:)
- Imunisasi : Tidak Ya : (Jenis Imunisasi: ,Jumlah Pemberian: Usia kehamilan:
- Golongan Darah Ibu: ,Golongan Darah Ayah:

2. Intranatal

- d. Tempat Pesalinan : RS klinik rumah
- e. Riwayat persalinan : Spontan SC Dengan alat bantu
- f. Lama persalinan :
- g. Penolong Persalinan : Dokter Bidan Lainnya:
- h.....Usia kelahiran minggu
- i. Komplikasi :

3. Postnatal

- 6.
ertumbuhan bayi saat lahir: BBL.....gram, PB.....cm, LK:.....cm, LP:.....cm, LD cm
- 7. APGAR Score:
- 8. Pengeluaran Meconium: <24 Jam >24 Jam
- 9. Kelainan Kongenital: Tidak Ya
- 10. Penyakit yang dialami bayi: ikterus kebiruan kemerahan problem menyusui BB tidak stabil Lainnya:
Apakah bayi meninggalkan RS dengan ibunya: Ya Tidak

--

Riwayat Penyakit Terdahulu (Untuk semua usia)

1. Penyakit yang pernah dialami :
2. Riwayat Operasi : Tidak Ya,
3. Riwayat Penggunaan obat : Tidak Ya, Jenis obat...
4. Riwayat Injury/kecelakaan : Tidak Ya, sebutkan...
5. Riwayat Alergi : Tidak Ya, sebutkan...
6. Riwayat Hospitalisasi : Tidak Ya,
7. Reaksi Hospitalisasi :

Riwayat Kesehatan Keluarga

--

1. penyakit keturunan dalam keluarga:.....
2. Penyakit pada anggota keluarga: alergi asma TBC hiperetensi
penyakit jantung stroke
 anemia hemopilia arthritis migrain DM kanker dan
gangguan emosional.
3. Bagan genogram

Riwayat Imunisasi

- BCG
- DPT 1 DPT 2 DPT 3
- Hepatitis 1 Hep 2 Hep 3 Hep 4
- Polio 1 Polio 2 Polio 3 Polio 4
- Campak
- Lainnya

Riwayat Perkembangan Tiap Tahap

- Usia anak saat:
- a) Berguling Bulan
 - b) Duduk Bulan
 - c) Merangkak Bulan
 - d) Berdiri Bulan
 - e) Berjalan Bulan
 - f) Senyum kepada orang lain pertama kali Bulan
 - g) Bicara pertama kali Bulan
 - h) Berpakaian tanpa bantuan Bulan
- Perkembangan anak dibanding dengan saudara: Lebih cepat Lebih lambat

Riwayat Nutrisi

- 1. Pemberian ASI**
 - Pertama kali disusui : Lansung
 - Cara pemberian : menyusui langsung
 - Lama pemberian : 2 tahun
 - ASI diberikan sampai usia : 2 tahun
- 2. Pemberian Susu Formula**
 - Alasan pemberian :
 - Jumlah pemberian :
 - Cara Pemberian : Dot Sendok
- 3. Pemberian Makanan Tambahan**
 - Pertama kali diberikan usia :
 - Jenis :

Riwayat Psikososial

.....

.....

.....

.....

.....

Riwayat Spiritual

.....

.....

.....

.....

.....

RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

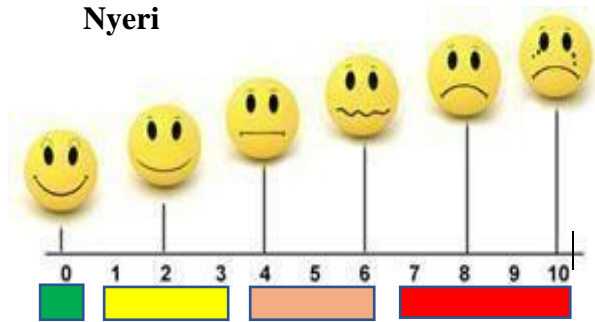
1. Waktu timbulnya penyakit : Hari/tanggal
.....jam.....
2. Awal munculnya keluhan : tiba-tiba Berangsur-angsur
3. Keadaan penyakit : membaik bertambah parah sama dengan sebelumnya
4. Usaha yang dilakukan untuk mengurangi keluhan :
.....
5. Kondisi saat dikaji :
P
:.....
.....
Q
:.....
.....
R
:.....
.....
S
:.....
.....
T
:.....
.....

Aktivitas Sehari-Hari		
1. Nutrisi		
Keterangan	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Jenis makanan	Laki-laki	
Cara pemberian	Di suap	
Frekuensi makan	2 kali	
Porsi yang dihabiskan	1 porsi	
Komposisi menu	Saru dan daging	
Pantangan		
Kesulitan Makan	Tidak ada	
2. Cairan		
Keterangan	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Jenis minuman	susu	
Frekuensi minum	3-4 kali	
Kebutuhan cairan dalam 24 jam		
3. Eliminasi		
BAB	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Cara (melalui anus/stoma)	Ya	Ya
Frekuensi	2-3 kali	2 kali
Konsistensi		
Warna/bau		
Kesulitan	Tidak	Sedikit Sulit
Upaya menangani		
BAK	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Cara (spontan/kateter)	Spontan	Spontan
Frekuensi	3-4 kali	3 kali
Warna/bau		
Kesulitan		
Upaya menangani		
4. Aktivitas dan Istirahat		
Istirahat dan tidur	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Lama tidur	Siang: 2-3 jam	Siang: 3-4 jam

Kebiasaan sebelum tidur	Menonton	
Kesulitan tidur	Tidak ada	Sulit saat demam naik

Aktivitas	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Aktivitas (mandiri/dibantu)	Mandi dan bantuan	Bantuan
Pergerakan (Bebas/terbatas)	Bebas	Butuh bantuan
Masalah Pergerakan	Tidak ada	

Penilaian Nyeri

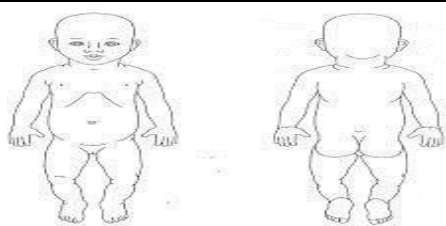


Tidak Nyeri Nyeri Sangat Nyeri
 Nyeri Ringa
 Sedang

- Skala nyeri :
- Lokasi :
- Durasi :
- Frekuensi :
- Karakteristik :
- Nyeri hilang, bila :
 - Minum obat
 - Mendengarkan music
 - Berubah posisi/tidur
 - Lain-lain, sebutkan:.....
 -

PEMERIKSAAN FISIK		
Kesadaran		Tanda-Tanda Vital
GCS	E:M: V:	- TD : mmHg - S: °C - N : x/menit - SaO2: % - P : x/menit
Kesadaran	<input type="checkbox"/> Compos Mentis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor Koma <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Koma	
Antropometri	BB: , PB: cm , LK: cm , LLA: cm, LP: LD:	
1. Kepala	- Bentuk kepala : <input type="checkbox"/> Normocephali <input type="checkbox"/> Mikrocephali <input type="checkbox"/> Makrocephali - Keadaan rambut : hitam - Bentuk wajah : normal - Lainnya : -	
Mata	- Bentuk : Simetris - Konjungtiva : <input type="checkbox"/> Anemis <input type="checkbox"/> Merah muda - Sklera ikterik : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Kelopak mata : <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> edema - Refleks cahaya : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada - Lainnya :	
Telinga	- Bentuk : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Sekret - Lainnya :	
Hidung	- Bentuk : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - Mukus : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Pernafasan cuping hidung: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Lainnya	
Mulut	- Bentuk : <input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Bibir Sumbing <input type="checkbox"/> Stomatitis - Mukosa Bibir : <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Lembab - Lainnya:	
Leher	- Pembesaran Kelenjar Tiroid : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Pembesaran Jugularis Vena Pressure : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Tonsil : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembesaran - Lainnya :	

2. Dada dan Paru-paru	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> • Bentuk : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pigeon Chest Barel Chest <input type="checkbox"/> Turner Chest • Pergerakan dinding dada: <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris • Retraksi: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Respirasi: <input type="checkbox"/> Spontan tanpa alat bantu Dengan alat bantu - Palpasi : Vocal Fremitus <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - Perkusi : <input type="checkbox"/> Sonor <input type="checkbox"/> Hipersonor <input type="checkbox"/> Dullness - Auskultasi : <input type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Ronkhi <input type="checkbox"/> Wheezing
3. Jantung	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi: - Palpasi: - Auskultasi: <input type="checkbox"/> BJ 1 & BJ 2 Normal <input type="checkbox"/> Murmur <input type="checkbox"/> Gallop - Perkusi: - Lainnya:
4. Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - Inpeksi <ul style="list-style-type: none"> • Tali Pusat: <input type="checkbox"/> Basah <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Berbau <input type="checkbox"/> Berdarah <input type="checkbox"/> Keluaran Cairan..... • Distensi Abdomen : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Bentuk: • Lainnya: - Auskultasi : Bising usus = x/menit

	<ul style="list-style-type: none"> - Palpasi <ul style="list-style-type: none"> • Supel : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Hepatomegali : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Spleenomegali : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Teraba Masa : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Turgor Kulit : <input type="checkbox"/> Lambat <input type="checkbox"/> Cepat - Perkusi : <input type="checkbox"/> Tympani <input type="checkbox"/> Hypertimpani 			
5. Anus dan Genitalia	<ul style="list-style-type: none"> - Laki-Laki : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Perempuan : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Anomalirectal : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Kebersihan : <input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kurang Bersih - Abnormalitas lain : Sebutkan 			
6. Ekstremitas dan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> - Kelainan tulang: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan..... - Spina bifida <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, sebutkan - Kekuatan otot: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; border: none;"> <tr> <td style="border: none; padding-right: 10px;">_____</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; padding-left: 10px;">_____</td> </tr> </table> - Lainnya: 	_____		_____
_____		_____		
7. Kulit dan kuku	<ul style="list-style-type: none"> - Warna Kulit : <input type="checkbox"/> Pink <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> kulit tipis nampak pembuluh darah <input type="checkbox"/> Mottled - Sianosis : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi - Ptekie : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi - Kemerahan : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi - Tanda lahir : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi - Turgor Kulit : <input type="checkbox"/> Elastis <input type="checkbox"/> Tidak elastis - Edema : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Lokasi - CRT detik - Lainnya : 			
8. Kebersihan Diri	<ul style="list-style-type: none"> - Mandi : Frekuensi : <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dengan bantuan - Sikat Gigi : Frekuensi : <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dengan bantuan - Keramas : Frekuensi : <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dengan bantuan 			
9. Luka	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; text-align: center;">  </div> <div style="flex: 1; padding-left: 20px;"> <p>Beri tanda (arsir) pada lokasi luka</p> </div> </div>			

	Karakteristik luka:.....
10. Respon Inflamasi	<ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi - Bengkak : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi - Panas : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi - Bau : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi - Pengeluaran : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi - Penurunan Fungsi : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi -
PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN	
<p>Dengan menggunakan DDST atau KPSP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motorik Kasar : - Motorik Halus : - Bahasa : - Personal Sosial : 	

HOSPITALISASI	
1. Dampak Hospitalisasi - Anak - Orangtua	<input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Cemas
2. Pengasuh	<input type="checkbox"/> Ayah <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Nenek <input type="checkbox"/> Orang Lain
3. Hubungan dengan pengasuh	<input type="checkbox"/> Harmonis <input type="checkbox"/> Tidak harmonis
4. Sumber Dukungan Lain	<input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Keluarga Lain Teman sebaya
5. Keterlibatan Orangtua Saat Anak Dirawat	<input type="checkbox"/> Merawat <input type="checkbox"/> Menggendong Berkunjung <input type="checkbox"/> Berbicara
6. Kebiasaan/keyakinan keluarga yang mempengaruhi kesehatan	
7. Pengetahuan keluarga terhadap penyakit	Cemas / ansietras
PEMERIKSAAN PENUNJANG	
TERAPI SAAT INI	

Tanggal,..... Pukul	
Perawat Yang Mengkaji	Mengetahui CI Ruangan
Adioktara Poo320021050	

Lampiran 6



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI

Jalan Jend. A.H Nasution No. G. 14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401)390492 Fax. (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



Nomor : PP.08.02/F.XXXVII/4422/2023
2023
Sifat : BIASA
Lampiran : -
Hal : Izin Pengambilan Data

28 Desember

Yth. RSUD Kota Kendari
Di

Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya pengambilan data penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Adi Oktara
NIM : P00320021050
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Gambaran Penerapan Terapi Bermain (Mewarnai) Terhadap Tingkat Ansietas Akibat Hospitalisasi Anak Dengan Diagnosa ISPA di RSUD Kota Kendari

Mohon kiranya dapat diberikan izin pengambilan data awal penelitian di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Kendari,



Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM

Hari pertama

Lampiran 7



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH

Alamat : Jl. Mayjend S. Parman No. 03 Kendari 93121

Website : <https://brida.sultra prov.go.id> Email: bridaprovsultra@gmail.com

Kendari, 11 Juni 2024

Nomor : 070/ 2149 / VI /2024
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Yth. Direktur RSUD Kota Kendari
di –
Tempat

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari Nomor : PP.06.02/F.XXXVII/2034/2024 tanggal, 3 Juni 2024 perihal tersebut, dengan ini menerangkan bahwa Mahasiswa atas nama :

Nama : ADI OKTARA
NIM : P00320021050
Prog. Studi : D-III Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data pada wilayah sesuai Lokasi penelitiannya, dalam rangka penyusunan *Skripsi*, dengan judul, "*Gambaran Penerapan Terapi Bermain (Mewarnai Gambar) Terhadap Tingkat Ansietas Pada Anak Ispa Di Ruang Mawar RSUD Kota Kendari*".

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 11 Juni 2024 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya menyetujui pelaksanaan penelitian dimaksud dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara hanya menerbitkan izin penelitian sekali untuk setiap penelitian
3. Menyerahkan 1 (satu) rangkap copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulawesi Tenggara Cq. Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.
4. Surat izin akan dibatalkan dan dinyatakan tidak berlaku apabila di salah gunakan.

Demikian surat Izin Penelitian ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

KEPALA BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH



Dra. Hj. ISMA, M.SI

Pembina Utama Madya, Gol. IV/d

Nip. 19660306 198603 2 016

Tembusan:

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Tempat;
3. Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
4. Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Tempat;
6. Yang Bersangkutan.-;

Lampiran 8



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kendari

📍 Jalan A.H Nasution No.G-14 Anduonohu,
Kendari, Sulawesi Tenggara 93231
☎️ (0401) 3190492
🌐 <https://poltekkeskendari.ac.id>

SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI

Nomor: PP.04.03/F.XXXVI.10/ /2024

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Adi Oktara
Nim : P00320021050

Benar-benar telah telah melunasi SPP Semester I s.d VI yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut:

1. Slip Pembayaran SPP Semester I s.d Semester VI

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 15 Mei 2024
Ketua Jurusan Keperawatan

Abdul Syukur Bau, S.Kep. Ns, MM
NIP.197312081998031001

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Lampiran 9



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kendari

Jalan A.H Nasution No.G-14 Anduonaha,
Kendari, Sulawesi Tenggara 93231
(0401) 3190492
<https://poltekkeskendari.ac.id>

SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA
NO: KM.06.02/1/ 079 /2024

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Adi Oktara
NIM : P00320021050
Tempat Tgl. Lahir : Lakombulo, 14 Oktober 2003
Jurusan : D-III Keperawatan
Alamat : Morowali

Dengan ini Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut bebas dari peminjaman buku maupun administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2024.

Kendari, 25 Juni 2024

Kepala Unit Perpustakaan Terpadu
Politeknik Kendari



Imayanti Tahir, S.I.K
NIP. 197509141999032001

Lampiran 10



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI
Jl. Brigjend L.A. Sugianto No.39 Kendari
Email: info@kemdari.go.id

SURAT PENGANTAR PENELITIAN

Kepada Yth.
Kepala..... Pungan mever.....
Di_
Tempat

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa,

Nama : AD. DEARA
NIM : P020221050
Jurusan/ Prodi : DIII Keperawatan
Institusi : Poltekkes Sembika Kendari
Judul penelitian : GAMBARAN PENERAPAN TERAPI MELARUSI
GAMBAR TERHADAP TINGKAT ANSITAS PSDA
ANAK UPA DI REBANGAN MAWAR RSUD KOTA
KENDARI

Telah memenuhi prosedur/persyaratan untuk melaksanakan penelitian di RSUD Kota Kendari.

Demikian surat pengantar ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 13 Juni2024



Lampiran 11 dokumentasi kegiatan

Hari pertama



Hari kedua



Hari ketiga

