

# LAMPIRAN

## Lampiran 1 Surat Pengambilan Data Awal



**Kementerian Kesehatan**  
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,  
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111  
(0380) 8800256  
<https://poltekkeskupang.ac.id>

Nomor : DP.04.03/F.XXXVII/20.4/ /2024  
Hal : Permohonan Data Awal

13 Januari 2024

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat  
di-

Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakan penyusunan proposal karya tulis ilmiah oleh Mahasiswa D.III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Waikabubak Tahun Akademik 2024/2025, maka kami mohon bapak berkenan membantu mahasiswa kami (nama terlampir) dalam pengambilan data awal yang berkaitan dengan Angka Kejadian Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular, ibu hamil, ibu melahirkan, bayi dan balita serta stunting dalam 3 (tiga) Tahun terakhir 2021 – 2024.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D III Keperawatan  
Waikabubak

Uly Agustine, S.Kp., M.Kep  
NIP.197508102001122001






Lanjutan

No	Nama	Status imunisasi(Balita)											Status Kesehatan saat ini						
		B C G	polio				DPT			Hepatitis				Campak					
			1	2	3	4	1	2	3	1	2	3							

**Genogram :**

1. Tipe Keluarga .....
2. Suku bangsa .....
3. Agama .....
4. Bahasa Sehari-hari .....

**Status Sosial Ekonomi Keluarga**

5. Penghasilan keluarga
  - a. < Rp. 1.000.000 / bln
  - b. Rp. 1.000.000 – Rp. 2.000.000
  - c. Rp. 2.000.000 – Rp. 3.000.000



13. Riwayat kesehatan keluarga inti :

N o.	Nama (status dalam keluarga)	Riwayat penyakit keturunan	Riwayat penyakit lain yang pernah di derita	Riwayat penyakit Alergi	Pelayanan kesehatan yang digunakan untuk mengatasi penyakit
1					
2					
3					
4					
5					

**Data Individu yang sakit (Terlampir)**

**Rumah dan Sanitasi Lingkungan**

Karakteristik rumah:

13. Status kepemilikan rumah

- Rumah sendiri
  Rumah dinas  
 Rumah kontrakkan
  Lain-lain .....

14. Type rumah :

- Permanen
  Semi permanen
  Tidak permanen

15. Ventilasi (10% luas lantai)

- Ya
  Tidak

16. Luas kamar tidur (syarat 3 x 3 untuk 2 orang) :

- Memenuhi syarat
  Tak memenuhi syarat

17. Pencayahaan rumah oleh cahaya matahari :

- Baik
  Cukup
  Kurang

18. Pemanfaatan pekarangan /halaman rumah :

- Ya
  Tidak

Jika ya pemanfaatan halaman rumah : .....

- Sayur-sayuran
  Buah-buahan  
 Toga
  Taman
  Tidak ditanami

Lainnya (jelaskan.....)

19. Penyediaan air bersih :

PDAM       Sumur       Sungai       PAH        
Mata Air       Lainnya

20. Apakah air minum dimasak :

Selalu       Kadang-kadang       Tidak pernah

21. Penyediaan jamban :

Ada       Tidak

22. Jenis jamban

Septic tank       Sumur       Sumur dengan resapan

Kalau tidak mempunyai jamban BAB / BAK dimana :

WC umum       Jamban tetangga       Lainnya

Sungai       Sawah

23. Jarak jamban dengan sumur / sumber air minum

< 10 m       > 10 m

24. Rasio Luas Bangunan Rumah dengan Jumlah Anggota Keluarga  $8 \text{ M}^2/\text{orang}$  :

Ya       Tidak

Bila tidak, berapa luas bangunan .....

**Denah Rumah :**

## PHBS di Rumah Tangga

25. Apakah di dalam keluarga ada Ibu Nifas?  
 Ya  Tidak
26. Apakah persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan :  
 Ya  Tidak  
Bila ya / Tidak, jelaskan .....
27. Apakah di dalam keluarga ada bayi,  
 Ya  Tidak
28. Apakah pemberian ASI eksklusif dilakukan:  
 Ya  Tidak, jelaskan.....
29. Apakah di dalam keluarga ada balita, bila YA berapa kali keluarga menimbang balita tiap bulan  
 Ya  Tidak  1 Kali  2 Kali  < 1 Kali bila tidak pernah / jarang menimbang jelaskan alasan.....
30. Apakah Menggunakan air bersih untuk makan & minum:  
 Ya  Tidak, jelaskan
31. Apakah Menggunakan air bersih untuk kebersihan diri:  
 Ya  Tidak, jelaskan.....
32. Mencuci tangan dengan air bersih & sabun :  
 Ya  Tidak, jelaskan.....
33. Melakukan pembuangan sampah pada tempatnya :  
 Ya  Tidak, jelaskan.....
34. Menjaga lingkungan rumah tampak bersih :  
 Ya  Tidak, jelaskan.....
35. Mengonsumsi lauk dan pauk tiap hari :  
 Ya  Tidak, jelaskan.....
36. Menggunakan jamban sehat :  
 Ya  Tidak, jelaskan.....
37. Memberantas jentik di rumah sekali seminggu :  
 Ya  Tidak, jelaskan.....
38. Makan buah dan sayur setiap hari :  
 Ya  Tidak,  
Bila ya jelaskan.....
39. Melakukan aktivitas fisik setiap hari :  
 Ya  Tidak,  
Bila ya jelaskan.....
40. Tidak merokok di dalam rumah :  
 Ya  Tidak,  
Bila ya jelaskan.....
41. Karakteristik tetangga dan komunitas :  
Adakah kegiatan di masyarakat (arisan, pengajian, kelompok doa, PKK, dll)



- Sewaktu-waktu
  - Bila ada masalah
48. Bagaimana cara keluarga membuat keputusan :
- Musyawarah seluruh anggota keluarga
  - Musyawarah dengan anggota keluarga tertentu
  - Tanpa musyawarah / secara sepihak (oleh siapa)
49. Bagaimana keluarga mengatasi masalah yang timbul:
- Musyawarah seluruh anggota keluarga
  - Musyawarah dengan anggota keluarga tertentu
  - Tanpa musyawarah/ secara sepihak (oleh siapa )
50. Adakah tradisi keluarga yang dipertahankan :
- Ada Jelaskan.....
  - Tidak ada
51. Bagaimana hubungan antara anggota keluarga
- Ada
  - Tidak ada

## **Fungsi keluarga**

52. Fungsi Afektif
- Bagaimana respon anggota keluarga apabila ada anggota keluarga yang berprestasi, berulang tahun, menikah dan lain-lain
- Acuh tak acuh
  - Biasa-biasa saja
  - Ikut merasakan
53. Bagaimana respon anggota keluarga apabila ada anggota keluarga yang mengalami masalah; sakit, mengalami kegagalan:
- Acuh tak acuh
  - Biasa-biasa saja
  - Ikut merasakan
54. Apakah keluarga memiliki norma-norma dalam melaksanakan interaksi antara anggota keluarga

Ada

Tidak ada

55. Fungsi sosialisai :

Apakah ada norma yang diberlakukan bagi setiap anggota keluarga

Ya

Tidak

Bila ada sebutkan .....

Apakah ada sanksi bila norma tersebut dilanggar oleh anggota keluarga ?

Ya

Tidak

Bila ya sebutkan .....

56. Fungsi perawatan kesehatan :

Apakah keluarga mengetahui masalah kesehatan yang sedang dihadapi keluarga?

Ya

Tidak

Bila ya, sebutkan .....

57. Apakah keluarga mengetahui cara mengatasi masalah kesehatan keluarga ?

Ya

Tidak

Bila ya upaya apa yang sudah dilakukan .....

58. Apakah keluarga mengetahui penyebab masalah kesehatan yang dialami keluarganya ?

Ya

Tidak

59. Apakah keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit ?

Ya

Tidak

Bila ya, bagaimana saudara merawat .....

60. Apakah keluarga mengetahui tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya :

Ya

Tidak

61. Apakah keluarga mengetahui akibat masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya bila tidak diobati/dirawat :

Ya

Tidak

62. Keyakinan keluarga tentang masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya:  Tidak perlu ditangani karena akan sembuh sendiri biasanya  
 Perlu berobat ke fasilitas yankes  Tidak terpikir
63. Apakah keluarga melakukan upaya peningkatan kesehatan yang dialami anggota keluarganya secara aktif :  
 Ya  Tidak,  
 Bila ya jelaskan .....
64. Apakah keluarga mengetahui kebutuhan pengobatan masalah kesehatan yang dialami yang dialami anggota keluarganya :  
 Ya  Tidak ,  
 Bila ya Jelaskan.....
65. Apakah keluarga dapat melakukan pencegahan masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya:  
 Ya  Tidak,  
 Bila ya jelaskan.....
66. Apakah keluarga mampu menggali dan memanfaatkan sumber di masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya :  
 Ya  Tidak,  
 Bila ya jelaskan.....
67. Apakah keluarga mampu memelihara atau memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan :  
 Ya  Tidak  
 Bila ya bagaimana anda memelihara lingkungan .....
68. Apakah keluarga mampu menggunakan fasilitas / pelayanan kesehatan di masyarakat  
 Ya  Tidak  
 Bila ya pelayanan kesehatan apa yang saudara gunakan  
 RS  PKM  Dokter Praktek  lainnya,  
 Jelaskan.....



Bagaimana keluarga mengetahui masalah yang dihadapi .....

75. Strategi adaptasi disfungsional :

Apakah keluarga menggunakan cara-cara yang tidak bermanfaat dalam mengatasi masalah ?

Ya

Tidak

Bila ya bagaimana cara mengatasi .....

### **Pemeriksaan Fisik**

Melakukan pemeriksaan fisik terhadap seluruh anggota keluarga

No	Nama Anggota Keluarga	TD	RR	Nadi	Suhu

### **Harapan Keluarga**

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada ?

**PENGAJIAN FISIK KELUARGA**  
( Sesuaikan dg kasusnya)

Nama Individu yang sakit:

Sumber dana kesehatan:

Usia :

Fasilitas kesehatan yang digunakan:

**A. I. RIWAYAT KESEHATAN MEDIS**

1. Penyakit yang pernah diderita : .....
2. Penyakit yang diderita sekarang : .....
3. Tindakan kesehatan untuk menanganinya :.....  
.....  
.....  
.....

**II. PEMERIKSAAN FISIK ( Pada keluarga yang sakit )**

1. Tanda – tanda vital
  - Tekanan darah : ..... MmHg
  - Nadi : ..... x / menit
  - Pernafasan : ..... x / menit
  - Suhu : ..... Derajat celcius
  - Berat Badan : ..... Kg
  - Tinggi Badan : ..... Cm
2. Kulit
  - Warna : .....
  - Gatal : ( ) ada ( ) tidak ada  
Kalau ada bagian mana .....
  - Luka : ( ) ada ( ) tidak ada  
Kalau ada bagian mana .....
  - Petechiae : ( ) ada ( ) tidak ada
  - Perubahan pada kuku
    - Cianosis ( )
    - Clubbing ( )
    - Keadaan rambut ;
    - Rambut rontok : ( ) ya ( ) tidak
    - Warna rambut : .....

- Kekebalan : .....
- Alopecia ( ) botak ( ) ketombe ( ) lesi ( ) kutu
- Lain - lain .....

3. Mata

	Kanan	Kiri
a. Kelopak Mata		
- Sembab	( )	( )
- Peradangan	( )	( )
- Koreng	( )	( )
- Lain – lain .....		
b. Konjuctiva dan sklera		
	Kanan	Kiri
- Peradangan	( )	( )
- Anemis	( )	( )
- Ikteri	( )	( )
- Lain – lain .....		
c. Kornea		
	Kanan	Kiri
- Peradangan	( )	( )
- Lain – lain .....		
d. Pergerakan Bola Mata		
	Kanan	Kiri
- Eksotalmus	( )	( )
- Endotalmus	( )	( )
- Strabismus	( )	( )
- Nistasmus	( )	( )
- Lain – lain .....		

4. Telinga

	Kanan	Kiri
- Pendengaran : .....		
- Tinnitus	( )	( )
- Purulen	( )	( )
- Seruman	( )	( )
- Nyeri	( )	( )
- Lain – lain, sebutkan .....		

5. Hidung dan Sinus

	Kanan	Kiri
- Kelainan bentuk	( )	( )
- Epistaksis	( )	( )
- Sinusitis	( )	( )
- Nyeri	( )	( )
- Alergi	( )	( )
- Lain – lain, sebutkan .....		

6. Mulut, faring dan laring

- Gusi berdarah	( )	- Bau mulut	( )
- Nyeri	( )	- Bentuk bibir	( )
- Carries	( )	- Peradangan	( )
- Lidah kotor	( )	- Kesulitan menelan	( )
- Sakit kerongkongan	( )		

7. Payudara

	Kanan	Kiri
- Nyeri	( )	( )
- Keluar cairan	( )	( )
- Bernanah	( )	( )
- Sinusitis	( )	( )
- Tumor	( )	( )

8. Abdomen

- Bentuk permukaan : .....			
- Keadaan kulit perut :			
- Tegang	( )	- Striae	( )
- Tipis	( )	- Benjolan	( )
- Edema	( )	- Asites	( )
- Licin	( )	- Lesi	( )

9. Ekstremitas

- Adakah kelainan bentuk atau luka .....

10. Thorak

a. Jantung

- Bunyi jantung : .....

b. Paru – paru

- Ronchi ( )  
- Stidor ( )

- Whezing ( )
- Krepitasi ( )
- Kelainan lain : .....

11. Struktur dan bentuk tulang belakang

- Kifosis ( )
- Lordosis ( )
- Skoliosis ( )
- Tidak ada kelainan ( )

12. Lain - Lain

.....  
.....  
.....  
.....

## B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

### I. Analisis dan sintesis data

No	Data	Masalah	Penyebab
1	Subjektif :  Objektif :		
2	Subjektif :  Objektif :		
3	Subjektif :  Objektif :		

### II. Perumusan diagnosis keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (PES)
1	
2	
3	
4	

### III. Penilaian (scoring) diagnosis keperawatan

No	Kriteria	Skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah				
	a. Aktual	3	1		
	b. Resiko	2			
	c. Potensial	1			

2.	Kemungkinan masalah dapat di ubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2		
3.	Potensial untuk dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1		
4.	Menonjolnya masalah a. Segera b. Tidak perlu segera c. Tidak dirasakan	2 1 0	1		
	<b>Total</b>				
No	Kriteria	Skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah d. Aktual e. Resiko f. Potensial	3 2 1	1		
2.	Kemungkinan masalah dapat di ubah d. Mudah e. Sebagian f. Tidak dapat	2 1 0	2		
3.	Potensial untuk dicegah d. Tinggi e. Cukup f. Rendah	3 2 1	1		

4.	Menonjolnya masalah	2	1			
	d. Segera					
	e. Tidak perlu segera	1				
	f. Tidak dirasakan	0				
	<b>Total</b>					

Prioritas Diagnosis Keperawatan

Prioritas	Diagnosis keperawatan	Skor
1		
2		
3		

**C. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA**

Diag. keperawatan : .....

Tujuan	Kriteria	Hasil / standar	Intervensi

**D. IMPLEMENTASI**

No. tanggal & waktu	Diag. keperawatan	Implementasi
	1	

	2	
	3	

**E. EVALUASI**

Tanggal & waktu	No. diag, kep	Evaluasi
	1	S : O : A : P :
	2	S : O : A : P :

**MENGETAHUI :**

Nama perawat		Tanggal/ Tandatangan	
--------------	--	----------------------	--

Catatan :

Pada setiap tahap perlu dituliskan dengan jelas dan benar tentang tempat, tanggal, nama perawat sebagai bukti identifikasi.

## **Lampiran 3 SAP (Satuan Acara Penyuluhan)**

### **SATUAN ACARA PENYULUHAN MALARIA**

#### **I. PENGANTAR**

Nama Pemateri : Julian Christine malingara

Topik : Penyakit Malaria

Sasaran : Masyarakat

Tempat : Puskesmas puuweri

#### **II. TUJUAN UMUM**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan tentang Malaria selama 20 menit, diharapkan:

masyarakat mampu memahami penyakit malaria

#### **III. TUJUAN KHUSUS**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan tentang Malaria selama 20 menit, diharapkan

Masyarakat dapat mengetahui tentang:

1. memahami tentang Pengertian Malaria
2. Memahami tentang Penyebab Malaria
3. Memahami tentang Gejala Malaria
4. Memahami tentang Pencegahan dan Penanganan

#### **IV. MATERI**

- a. Pengertian malaria
- b. Penyebab malaria
- c. Cara pencegahan malaria
- d. Cara penanganan malaria

## V. MEDIA

- 1) Leaflet

## VI. METODE

1. Penyuluhan
2. Tanya jawab

## VII. KEGIATAN PEMBELAJARAN

Nomor	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan peserta
1	2 menit	Pembukaan :  1. Memberi salam 2. Menjelaskan tujuan penyuluhan 3. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan
2	10 menit	Pelaksanaan :  • Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur. Materi :  1. Pengertian Malaria 2. Penyebab Malaria 3. Gejala Malaria 4. Dampak & Komplikasi yang terjadi	1. Menyimak dan memperhatikan

		5.Pencegahan dan Penanganan	
3	10 menit	Evaluasi :  1.Menyimpulkan inti penyuluhan 2.Menyampaikan secara singkat materi penyuluhan 3.Memberi kesempatan untuk bertanya	1. Menyimak dan mendengarkan
4	3 menit	Penutup :  1 Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan 2.Menyampaikan terimakasih atas perhatian dan waktu yang telah di berikan kepada peserta 3.Mengucapkan salam	1. Menjawab salam

## VIII. LAMPIRAN MATERI

### A. Pengertian malaria

Malaria merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit ( protozoa) dari genus Plasmodium yang hidup pada manusia dan sering ditemukan pada sel darah merah trombosit manusia.

### B. Penyebab Malaria

Malaria disebabkan oleh parasit Plasmodium yang ditularkan melalui gigitan nyamuk Anopheles betina.

### **C. Tanda dan Gejala Malaria**

- 1.pusing/sakit kepala
- 2.mual muntah
- 3.kulit kemerahan
- 4.panas tinggi dan menggigil
- 5.kejang-kejang

### **D. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya malaria**

- 1.vektor nyamuk
- 2.lingkungan
- 3.kebersihan lingkungan
- 4.kebiasaan manusia

### **D. Cara pencegahan dan perawatan malaria**

- a.hindari berada diluar rumah pada malam hari
- b.tidur memakai kelambu anti nyamuk
- c.menjauhkan kandang ternak dari rumah
- d.apabila keluar rumah sebaiknya memakai pakaian yang tertutup (menggunakan baju lengan Panjang).

## Lampiran 4 Lembar Konsul Karya Tulis Ilmiah

**BUKU REVISI  
KARYA TULIS ILMIAH**



Nama mahasiswa : JULIAH CHRISTINE MALINGARA

Nim : 205303212220439

Judul KTI : Implementasi kompres hangat pada pasien malaria dengan masalah keperawatan hipertermia untuk menurunkan suhu tubuh

Dosen Pembimbing : Andrias tarawatu Ota, S.lem. m-bes

Dosen Penguji : Maresa m.e. sagnu, Sikep. Ns. m-bes

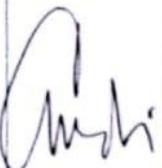
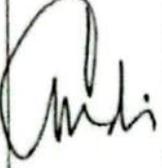
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PRODI KEPERAWATAN WAIKABUBAK**

2025

I FMBAR REVISI KARYA TULIS ILMIAH

NO	Hari/tanggal	Materi konsultasi	Saran yang diberikan	Nama & paraf pembimbing
1.	Kamis, 16 Januari 2025	Membuat Kontrak/kese- pakatan selama Proses Bimbingan		Andi
2.	Jumat, 17 Januari 2025	Bab I - Latar belakang - Rumusan Masalah - Tujuan - Manfaat		Andi
3.	24 Januari 2025 Jumat.	Bab I - latar belakang		Andi
4.	31/Januari 2025 Jumat.	bab I - latar belakang - Rumusan masalah		Andi
5.	Jumat, 7 Februari 2025	BAB III metode penelitian	Lanjutkan ke bab III	Andi

6.	Jumat, 21 Februari 2025.	BAB III A. Rancangan Study kasus		
7.	Rabu, 26. Februari 2025.	Revisi BAB 3.		
8.	Jumat 28 Februari 2025.	Acc Lanjutan Ujian Proposal.		
9.	Selasa 27, Maret 2025	Konsul. BAB IV. Revisi Proposal.		
10.	Senin, 27 April 2025.	Konsul BAB IV.		

11.	Senin 2 Juni 2025	Konsul Bab IV Revisi		
12.	Selasa 3 Juni 2025.	konsul Bab IV. Revisi.		
13.	Rabu, 4 Juni 2025	Konsul Bab IV		
14.	Rabu, 11 Juni 2025	Konsul Bab IV Revisi.		
15.	Senin, 16 Juni 2025.	ACC		
16.				

## Lampiran 5 Poster

# MALARIA

## 1 PENGERTIAN

Malaria merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit (protozoa) dari genus Plasmodium yang hidup pada manusia dan sering ditemukan pada sel darah merah trombosit manusia.



## 2 PENYEBAB MALARIA

Malaria disebabkan oleh parasit Plasmodium yang ditularkan melalui gigitan nyamuk Anopheles betina.

## 3 TANDA & GEJALA MALARIA

- pusing/sakit kepala
- mual muntah
- kulit kemerahan
- panas tinggi dan menggigil
- kejang-kejang



## 4 Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya malaria

- vektor nyamuk
- lingkungan
- kebersihan lingkungan
- kebiasaan manusia

## 5 Cara pencegahan dan perawatan malaria

- Hindari berada diluar rumah pada malam hari
- Tidur memakai kelambu anti nyamuk
- Menjauhkan kandang ternak dari rumah
- Apabila keluar rumah sebaiknya memakai pakaian yang tertutup (menggunakan baju lengan Panjang)



## 6 LANGKAH-LANGKAH KOMPRES HANGAT

1. Siapkan air hangat dengan suhu sekitar 40°C–45°C.
2. Basahi kain bersih dengan air hangat.
3. Peras kain agar tidak terlalu basah.
4. Letakkan kain pada bagian tubuh yang sakit.
5. Lakukan kembali ketika kain sudah kering atau suhu kain mulai dingin.
6. Kompres selama 15–20 menit

## Lampiran 6 Informed Consent

### PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : An. D. K. T.

Umur : 15 Tahun

Jenis kelamin : Laki-Laki

Pekerjaan : Pelajar

Alamat : Bogor watu

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui manfaat dan risiko penelitian berjudul "implementasi terapi komplementer pemberian jus mentimun pada pasien hipertensi untuk menurunkan tekanan darah". Menyatakan SETUJU/TIDAK SETUJU di ikut sertakan dalam penelitian, dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa di rugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Saya jamin informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya.

Waikabubak, 23 April .....2025

Responden



( AN. D. K. T. )

PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN  
(INFORMED CONSENT)

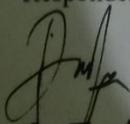
Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : An. R.T.N.  
Umur : 13 Tahun  
Jenis kelamin : Laki-Laki  
Pekerjaan : pelajar  
Alamat : Patiala Bawa

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui manfaat dan risiko penelitian berjudul "implementasi terapi komplementer pemberian jus mentimun pada pasien hipertensi untuk menurunkan tekanan darah". Menyatakan SETUJU/TIDAK SETUJU di ikut sertakan dalam penelitian, dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa di rugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Saya jamin informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya.

Waikabubak, 23 April .....2025

Responden

  
( AN. R.T.N )

## Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN SUMBA BARAT  
DINAS PENANAMAN MODAL  
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan Weekarou Nomor :- Waikabubak  
Telepon / Faks : (0387) 2525264 email : [dpmpstp.sbkb@gmail.com](mailto:dpmpstp.sbkb@gmail.com)

### SURAT IZIN PENELITIAN

NOMOR : DPMPSTP.243.4/59/53.12/04/2025

- Dasar :
- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
  - Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2019 tentang Sistem Nasional Ilmu Pengetahuan dan Teknologi;
  - Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian;
  - Peraturan Bupati Sumba Barat Nomor 19 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Perizinan dan Non Perizinan di Kabupaten Sumba Barat;
  - Peraturan Bupati Sumba Barat Nomor 17 Tahun 2020 tentang Pendelegasian Wewenang Bupati kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu untuk menandatangani Perizinan dan Non Perizinan Tertentu di lingkungan Pemerintah Kabupaten Sumba Barat;
  - Memperhatikan :
    - Surat Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang Nomor : PP.06.02/F.XXIX.19.4/426/2025 tanggal 11 April 2025 perihal Permohonan Ijin Penelitian a.n. Julian Christine Malingara;
    - Telah dipenuhi syarat-syarat sebagaimana yang dipersyaratkan.

### MEMBERIKAN IZIN

Kepada : Nama : Julian Christine Malingara  
NPP : POS30321220439  
Prodi : Keperawatan  
Instansi / Lembaga : Program Studi DIII Keperawatan Waikabubak Poltekkes Kemenkes Kupang

Untuk melaksanakan penelitian dengan rincian sebagai berikut :

Judul Penelitian : **IMPLEMENTASI KOMPRES HANGAT DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN PADA PASIEN MALARIA DENGAN HIPERTEMIA DI PUSKESMAS KABUKARUDI**

Lokasi Penelitian : Puskesmas Kabukarudi Kabupaten Sumba Barat

Waktu Pelaksanaan

- Mulai : 11 April 2025
- Berakhir : 30 Mei 2025

Dengan ketentuan yang harus ditaati sebagai berikut :

- Sebelum melakukan kegiatan penelitian, terlebih dahulu melaporkan kedatangannya kepada Kepala Kesbangpol Kabupaten Sumba Barat dan Kepala Wilayah Administrasi setempat yang akan dijadikan obyek penelitian;
- Mematuhi ketentuan peraturan yang berlaku di daerah / wilayah / lokus penelitian;
- Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang materinya bertentangan dengan topik / judul penelitian sebagaimana dimaksud diatas;
- Peneliti wajib melaporkan hasil penelitian kepada Bupati Sumba Barat Cq. Kepala DPMPSTP Kabupaten Sumba Barat;
- Surat Ijin Penelitian dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian Izin Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Waikabubak, 11 April 2025

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN  
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
KABUPATEN SUMBA BARAT,

**DEDY SUKATNO, S.TP**  
PEMBINA UTAMA MUDA - IV/c  
NIP. 196705311999031003

PARAF HIERARKI	
ANALIS KEBIJAKAN AHLI MADYA BIDANG PERIZINAN	
ANALIS KEBIJAKAN AHLI MUDA BIDANG PERIZINAN	

Tembusan :

- Bupati Sumba Barat di Waikabubak;
- Wakil Bupati Sumba Barat di Waikabubak;
- Sekretaris Daerah Kabupaten Sumba Barat di Waikabubak;
- Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Sumba Barat di Waikabubak;
- Pimpinan Instansi/Lembaga yang bersangkutan;

## Lampiran 8 Surat Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN SUMBA BARAT  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN  
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan Weekarou Nomor - Waikabubak  
Telepon / Faks : (0387) 2525264 email : dpmpstsp.sb.kab@gmail.com

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : DPMPSTSP. 243.4/104/53.12/05/2025

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dedy Suyatno, S.TP  
NIP : 19670531 199903 1 003  
Jabatan : Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Sumba Barat  
Alamat : Waikabubak - Sumba Barat

Dengan ini menerangkan bahwa yang bersangkutan tersebut dibawah ini :

Nama : Julian Christine Malingara  
NIM : PO5303212220439  
Jurusan/Prodi : Keperawatan  
Instansi/Lembaga : Program Studi DIII Keperawatan Waikabubak Poltekkes Kemenkes Kupang  
Kebangsaan : Indonesia

Benar yang bersangkutan telah menyelesaikan Penelitian dengan JUDUL :

**"IMPLEMENTASI KOMPRES HANGAT DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN PADA PASIEN MALARIA DENGAN HIPERTEMIA DI PUSKESMAS KABUKARUDI "**

Pelaksanaan tugas mulai 11 April 2025 s.d. 21 Mei 2025

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan seperlunya.

Waikabubak, 22 Mei 2025

Kepala Dinas Penanaman Modal Dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten Sumba Barat,

**DEDY SUYATNO, S.TP**  
PEMBINA UTAMA MUDA - IV/c  
NIP. 19670531 199903 1 003

PARAF HIERARKI	
ANALIS KEBERAKAAN AHLI MADYA BIDANG PERIZINAN	<input checked="" type="checkbox"/>
ANALIS KEBERAKAAN AHLI MUDA BIDANG PERIZINAN	<input checked="" type="checkbox"/>

Tembusan :

1. Bupati Sumba Barat di Waikabubak;
2. Wakil Bupati Sumba Barat di Waikabubak;
3. Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Sumba Barat di Waikabubak ;
4. Pimpinan Instansi/Lembaga yang bersangkutan;
5. Yang bersangkutan di tempat;

**Lampiran 9 Dokumentasi**

