

Lampiran 1

**Jadwal Kegiatan Penelitian Studi Kasus
Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2:
Menghardik Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi
Sensori Di RSJ Provinsi Bali**

No	Kegiatan	Waktu Kegiatan (Dalam Seminggu)																					
		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 KTI	■																					
2	Seminar usulan KTI					■																	
3	Revisi usulan KTI									■													
4	Pengurusan izin penelitian													■									
5	Pengumpulan data													■									
6	Pengolahan data													■									
7	Analisis data													■									
8	Penyusunan laporan													■				■					
9	Sidang KTI													■				■					
10	Revisi KTI													■				■					
11	Pengumpulan KTI													■				■					

Keterangan : Warna Hitam (Proses Penelitian)

Lampiran 2

Realisasi Biaya Penelitian
Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2:
Menghardik Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi
Sensori Di RSJ Provinsi Bali

No	Keterangan	Biaya
1	Tahap Persiapan	
	Penyusunan Proposal	Rp. 150.000,00
	Revisi Proposal	Rp. 50.000,00
	Jilid Proposal	Rp. 60.000,00
	Pengurusan ETIK	Rp. 150.000,00
	Pengurusan Studi Peneliiian	Rp. 200.000,00
	Kuota Internet	Rp 100.000,00
	Materai	Rp. 12.000,00
2	Tahap Pelaksanaan	
	Lembar pengumpulan data	Rp. 50.000,00
3	Tahap akhir	
	Laporan KTI	Rp. 500.000,00
	ATK KTI	Rp. 80.000,00
	Revisi KTI	Rp. 80.000,00
	Jilid KTI	Rp. 200.000,00
	Biaya Tambahan	
	Transportasi	Rp. 100.000,00
	Biaya tak terduga	Rp. 400.000,00
		Rp. 2.132.000,00

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Calon Responden

Di -

RSJ Provinsi Bali 2024

Dengan hormat,

Saya mahasiswa D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar semester VI bermaksud melakukan penelitian tentang “ **Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Di RSJ Provinsi Bali**”, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan salah satu syarat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi penelitian ini. Informasi yang saudara berikan akan dijaga kerahasiaannya.

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

Bangli, 29 April 2024

Peneliti



Ni Putu Siska Ratna Yanti

NIM. P07120121082

Lampiran 4

Lembar Persetujuan Responden

Judul Penelitian : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali

Peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti

NIM : P07120121082

Pembimbing : 1. I Wayan Candra, S.Pd.,S.Kep.,Ns.,M.S
2. I Gusti Ayu Harini, SKm.M.Kes

Saya telah diminta memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian **“Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali”** yang dilakukan oleh Ni Putu Siska Ratna Yanti. Data saya akan diambil oleh peneliti dan saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang tercantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

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

Bangli, 23 April 2024

Responden



(.....PORTINI.....)

Lampiran 4

Lembar Persetujuan Responden

- Judul Penelitian : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali
- Peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti
- NIM : P07120121082
- Pembimbing : 1. I Wayan Candra, S.Pd.,S.Kep.,Ns.,M.S
2. I Gusti Ayu Harini, SKm.M.Kes

Saya telah diminta memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian **“Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali”** yang dilakukan oleh Ni Putu Siska Ratna Yanti. Data saya akan diambil oleh peneliti dan saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang tercantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

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

Bangli, 29 April 2024

Responden

Maya

(.....
MAY/A)

Lampiran 4

Lembar Persetujuan Responden

- Judul Penelitian : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali
- Peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti
- NIM : P07120121082
- Pembimbing : 1. I Wayan Candra, S.Pd.,S.Kep.,Ns.,M.S
2. I Gusti Ayu Harini, SKm.M.Kes

Saya telah diminta memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian **“Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali”** yang dilakukan oleh Ni Putu Siska Ratna Yanti. Data saya akan diambil oleh peneliti dan saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang tercantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

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

Bangli, 29 April 2024

Responden



(..S. R. I. A. D. I.....)

Lampiran 4

Lembar Persetujuan Responden

Judul Penelitian : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali

Peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti

NIM : P07120121082

Pembimbing : 1. I Wayan Candra, S.Pd.,S.Kep.,Ns.,M.S
2. I Gusti Ayu Harini, SKm.M.Kes

Saya telah diminta memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian “Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali” yang dilakukan oleh Ni Putu Siska Ratna Yanti. Data saya akan diambil oleh peneliti dan saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang tercantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

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

Bangli, 29 April 2024

Responden



(..YUNI.TB.....)

Lampiran 4

Lembar Persetujuan Responden

Judul Penelitian : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali

Peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti

NIM : P07120121082

Pembimbing : 1. I Wayan Candra, S.Pd.,S.Kep.,Ns.,M.S
2. I Gusti Ayu Harini, SKm.M.Kes

Saya telah diminta memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian **“Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Provinsi Bali”** yang dilakukan oleh Ni Putu Siska Ratna Yanti. Data saya akan diambil oleh peneliti dan saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang tercantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

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

Bangli, 23 April 2024

Responden



(.....)

Lampiran 5

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

Yang Terhormat Bapak/Ibu/Saudara/Adik, Kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari kegiatan ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan di bawah ini dengan seksama dan silahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul Penelitian Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Di RSJ Provinsi Bali

Peneliti Utama Ni Putu Siska Ratna Yanti

Institusi Politeknik Kesehatan Denpasar Jurusan Keperawatan

Lokasi Penelitian RSJ Provinsi Bali

Sumber Pendanaan Pribadi

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Di RSJ Provinsi Bali.

Jumlah peserta sebanyak 5 orang subjek. Penelitian ini memiliki syarat yaitu memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut :

- 1) Responden merupakan pasien yang dirawat di ruang Drupadi RSJ Provinsi Bali serta bersedia menjadi responden dengan telah menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
- 2) Pasien dengan skizofrenia yang mengalami gangguan halusinasi.
- 3) Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan mengikuti prosedur penelitian hingga akhir. Peserta akan diberikan implementasi menghardik halusinasi.

Kebersertaan dalam penelitian ini secara tidak langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberikan gambaran informasi yang lebih banyak tentang implementasi menghardik halusinasi.

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan berupa hadiah sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Kompensasi lain yaitu peneliti akan menanggung biaya perawatan yang diberikan selama menjadi peserta penelitian ini berupa pemberian konsumsi (snack) selama penelitian berlangsung. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pelayanan 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 diminta untuk menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan" (Informed Consent) Sebagai Peserta Penelitian/Wali setelah Bapak/Ibu/Saudara benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani.

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti (082145588127).

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

Bangli, 29 April 2024

Peserta/ Subyek Penelitian, Wali,

Maya

MAYA

Tanda Tangan Dan Nama

Tanda Tangan dan Nama

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan berupa hadiah sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Kompensasi lain yaitu peneliti akan menanggung biaya perawatan yang diberikan selama menjadi peserta penelitian ini berupa pemberian konsumsi (snack) selama penelitian berlangsung. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pelayanan 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 diminta untuk menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan" (Informed Consent) Sebagai Peserta Penelitian/Wali setelah Bapak/Ibu/Saudara benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani.

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti (082145588127).

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

Bangli, 27 April 2024

Peserta/ Subyek Penelitian, Wali,


SRIADI

Tanda Tangan Dan Nama

Tanda Tangan dan Nama

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan berupa hadiah sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Kompensasi lain yaitu peneliti akan menanggung biaya perawatan yang diberikan selama menjadi peserta penelitian ini berupa pemberian konsumsi (snack) selama penelitian berlangsung. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

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

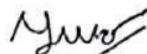
Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara diminta untuk menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan" (Informed Consent) Sebagai Peserta Penelitian/Wali setelah Bapak/Ibu/Saudara benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara akan diberi Salinan persetujuan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

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti (082145588127).

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

Bangli, 29 April 2024

Peserta/ Subyek Penelitian, Wali,



YUNITA
Tanda Tangan Dan Nama

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (Wajib Diisi)

Tanggal (Wajib Diisi)

**Hubungan dengan Peserta/Subyek
Penelitian:**

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

Peneliti



Ni Putu Siska Ratna Yanti
Tanda Tangan Dan Nama

29 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 resiko 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.

Nama dan Tanda Tangan saksi

Tanggal

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

* Coret yang tidak perlu

Lampiran 6

**FORMULIR EVALUASI TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK STIMULASI
PERSEPSI SESI 2: MENGHARIK HALUSINASI**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NAMA PASIEN				
1	Menyebutkan cara yang selama ini digunakan mengatasi halusinasi					
2	Menyebutkan efektifitas cara					
3	Menyebutkan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik					
4	Mempragakan menghardik halusinasi					

STANDARD OPERATING PROCEDURE (SOP) TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK) STIMULASI PERSEPSI:HALUSINASI Sesi 2: Menghardik Halusinasi		
1	TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi 2. Klien dapat memahami cara menghardik halusinasi 3. Klien dapat memperagakan cara menghardik halusinasi
2	PERSIAPAN SETTING & ALAT	<p>Setting</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran 2. tempat tenang dan nyaman <p>Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spidol 2. Papan tulis/<i>flipchart/whiteboard</i> 3. Jadwal kegiatan klien <p>Metode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dan tanya jawab 2. Bermain peran/simulasi
3	CARA BEKERJA	<p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Salam terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1) Salam dari terapis kepada klien 2) Klien dan terapis pakai papan nama b. Evaluasi/validasi <ol style="list-style-type: none"> 1). Menanyakan perasaan klien saat ini 2). Menanyakan pengalaman halusinasi yang terjadi: isi, waktu, situasi, dan perasaan c. Kontrak <ol style="list-style-type: none"> 1) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu dengan latihan satu cara mengontrol halusinasi

		<p>2) Terapis menjelaskan aturan main berikut: Jika ada peserta yang akan meninggalkan kelompok, harus meminta ijin kepada terapis, lama kegiatan 45 menit, setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai</p> <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis meminta klien menceritakan apa yang dilakukan pada saat mengalami halusinasi, dan bagaimana hasilnya. b. Berikan pujian kepada klien selesai bercerita c. Terapis menjelaskan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik halusinasi saat halusinasi muncul d. Terapis memperagakan cara menghardik halusinasi e. Terapis meminta klien untuk memperagakan cara menghardik halusinasi f. Beri pujian pada klien yang melakukan dengan baik <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi <ol style="list-style-type: none"> 1). Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK 2). Memberikan pujian dan penghargaan atas jawaban yang benar b. Rencana tindak lanjut <ol style="list-style-type: none"> 1) Terapis menganjurkan klien untuk menerapkan cara yang telah dipelajari jika halusinasi muncul 2) Memasukkan kegiatan menghardik dalam jadwal kegiatan harian klien . Kontrak yang akan datang <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyepakati TAK yang akan datang, yaitu cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan 2) Menyepakati waktu dan tempat
--	--	--

4	EVALUASI	<p>Evaluasi dilakukan menggunakan formulir di bawah ini pada saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAK stimulasi persepsi halusinasi sesi 2, kemampuan yang diharapkan adalah mengatasi halusinasi dengan menghardik. Formulir evaluasi sebagai berikut:</p> <p style="text-align: center;">Sesi 2 : TAK Stimulasi persepsi : Halusinasi Kemampuan menghardik halusinasi</p> <table border="1" data-bbox="699 831 1409 1339"> <thead> <tr> <th data-bbox="705 831 785 1182">No</th> <th data-bbox="785 831 880 1182">Nama Klien</th> <th data-bbox="880 831 1034 1182">Menyebutkan cara yang digunakan mengatasi halusinasi</th> <th data-bbox="1034 831 1145 1182">Menyebutkan cara efektifitas cara</th> <th data-bbox="1145 831 1299 1182">Menyebutkan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik</th> <th data-bbox="1299 831 1409 1182">Memperagakan menghardik halusinasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Petunjuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Di bawah judul nama klien, tulis nama panggilan klien yang ikut TAK 2. Untuk tiap klien, beri penilaian akan kemampuan menyebutkan : cara yang biasa digunakan untuk mengatasi halusinasi, keefektivannya, cara menghardik halusinasi, dan memperagakannya. Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika ditemukan pada klien atau tanda X jika tidak ditemukan 	No	Nama Klien	Menyebutkan cara yang digunakan mengatasi halusinasi	Menyebutkan cara efektifitas cara	Menyebutkan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik	Memperagakan menghardik halusinasi																		
No	Nama Klien	Menyebutkan cara yang digunakan mengatasi halusinasi	Menyebutkan cara efektifitas cara	Menyebutkan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik	Memperagakan menghardik halusinasi																					
5	DOKUMENTASI	<p>Dokumentasikan kemampuan yang klien miliki ketika TAK pada catatan proses keperawatan. Contoh catatan:</p>																								

		<p>Klien mengikuti sesi 2 TAK stimulasi persepsi halusinasi.</p> <p>Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi.</p> <p>Anjurkan klien menggunakannya jika halusinasi muncul, khusus pada malam hari (buat jadwal).</p>
--	--	---

Lampiran 8

Identitas Subjek Penelitian

Tanggal Penelitian: 29 – 30 April 2024

Karakteristik Subjek Penelitian	Subjek Penelitian 1	Subjek Penelitian 2	Subjek Penelitian 3	Subjek Penelitian 4	Subjek Penelitian 4
Nama	Ny. P	Ny. M	Ny. S	Ny. Y	Ny. J
Tanggal Pengkajian	Senin, 29 April 2024 09.00 WITA	Senin, 29 April 2024 09.10 WITA	Senin, 29 April 2024 09.20 WITA	Senin, 29 April 2024 09.30 WITA	Senin, 29 April 2024 09.40 WITA
Usia	54 tahun	53 tahun	53 tahun	38 tahun	30 tahun
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan	Perempuan	Perempuan	Perempuan
Agama	Hindu	Hindu	Hindu	Hindu	Islam
Pendidikan terakhir	SD	SD	SD	SD	SMP
Status perkawinan	Menikah	Menikah	Menikah	Menikah	Menikah
Diagnosa medis	Skizofrenia	Skizofrenia	Skizofrenia	Skizofrenia	Skizofrenia

Perencanaan Keperawatan
Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2:
Menghardik Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi
Sensori Di RSJ Provinsi Bali

Diagnosis	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan persepsi sensoris (D.0085)	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan ...x ... jam diharapkan persepsi sensoris (L.09083) membaik.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun 6. Distorsi sensoris menurun 	<p>INTERVENSI UTAMA</p> <p>Manajemen Halusinasi (I.09288)</p> <p>A. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 10. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 11. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) <p>B. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pertahankan lingkungan yang aman 6. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 7. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi

	<p>8. Perilaku halusinasi menurun</p> <p>9. Menarik diri menurun</p> <p>10. Melamun menurun</p> <p>11. Curiga menurun</p> <p>12. Mondar mandir menurun</p> <p>13. Respons sesuai stimulus membaik</p> <p>14. Konsentrasi membaik</p> <p>15. Orientasi membaik</p>	<p>8. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</p> <p>C. Edukasi</p> <p>5. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</p> <p>6. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</p> <p>7. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)</p> <p>8. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</p> <p>D. Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas, jika perlu.</p>
--	---	---

Lampiran 10 Surat Studi Pendahuluan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali



PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA



Jalan Kusuma Yudha Nomor 20, Telepon (0306) 91073-01074 BANGLI 80013
Website : www.rsjiwa.baliprov.go.id Email : admin.rsjiwa@baliprov.go.id

Nomor : B.38.420/ 15150 /ADUM/RSJ
Sifat : Biasa
Lampiran : 1 (satu) gabung
Hal : Jawaban Surat Permohonan Studi
Pendahuluan

Bangli, 28 Desember 2023
Kepada
Yth: Bapak/Ibu Ketua Jurusan
Keperawatan Poltekes
Kemenkes Denpasar
Di -
Denpasar

Dengan Hormat,

Menindaklanjuti surat dari Poltekes Kemenkes Denpasar dengan nomor : KH.03.03/F.XXXII.13/0569.2/2023 tertanggal 21 Desember 2023 Hal : Mohon Ijin Melakukan Studi Pendahuluan atau Pengambilan Data di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, atas nama

Nama : Ni Putu Siska Ratna Yanti
NIM : P07120121082
Jenis Data : Angka Kejadian Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi 3 Tahun Terakhir dan Tahun Sekarang dan Tindakan Apa Yang Di Implementasikan Pada Pasien Skizofrenia

Pada dasarnya kami menyetujui permohonan tersebut, dengan rincian administrasi sesuai PERGUB Nomor 16 Tahun 2020, tentang tarif Pelayanan pada BLUD Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Untuk lebih jelasnya saudara dapat menghubungi I Wayan Suarjaya S.Kep.,Ns (Kepala Instalasi Diklit) dengan nomor WA.087.758.188.197

Demikian kami sampaikan untuk dapat diketahui dan terima kasih atas perhatian serta kerjasamanya.

Ditandatangani secara elektronik oleh :
Plt. DIREKTUR
I Dewa Gede Basudewa
NIP. 19620802 198103 1 003



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





Pemerintah Provinsi Bali
PEMERINTAH PROVINSI BALI
 Dinas Kesehatan
RUMAH SAKIT JIWA



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

Bali, 26 April 2024

Nomor : B.41.000.9.2/5463/PENJNONMED/RSJ
 Sifat : Biasa
 Lampiran : 1 (satu) gabung
 Hal : Jawaban Ijin Penelitian

Yth: Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes
 Denpasar
 di -
 Denpasar

Menindaklanjuti surat dari Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Denpasar
 Nomor : PP.08.02/F.XXXII.13/21/2024 tanggal 27 Maret 2024 Perihal Mohon Ijin
 Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali atas Nama :

Peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti
 Judul Penelitian : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi
 Persepsi Sesi 2 Menghardik Halusinasi Pada Pasien
 Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori
 Di RSJ Provinsi Bali

Pada dasarnya kami menyetujui permohonan tersebut, dengan memperhatikan
 protokol kesehatan, dengan rincian administrasi sesuai Peraturan Gubernur Nomor
 11 tahun 2022, tentang tarif Pelayanan pada BLUD Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
 terlampir. Untuk lebih jelasnya saudara dapat menghubungi staf kami I Wayan
 Suarjaya, S.Kep.Ns, (WA.087758188197).

Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dalam memberikan pelayanan tidak menerima
 pemberian dalam bentuk apapun baik kepada perorangan maupun lembaga diluar
 ketentuan tarif berlaku. Apabila ada penyimpangan yang dilakukan oleh pegawai kami
 saat memberikan layanan, agar melaporkan dengan dilengkapi bukti otentik melalui
www.lapor.go.id

Demikian kami sampaikan untuk dapat diketahui dan terima kasih atas perhatian
 serta kerjasamanya.

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



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



Lampiran 11 Rekomendasi Penanaman Modal



Nomor : B.30.070/114/IZIN-E/DPMTSP
 Lampiran : -
 Hal : Rekomendasi Penelitian

Bali, 03 April 2024
 Kepada
 Yth. Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
 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.13/1122/2024, tanggal 27 Februari 2024, Perihal Permohonan Izin Penelitian.
- ii. Bersama ini memberikan Rekomendasi Penelitian Kepada :
- Nama : NI PUTU SISKA RATNA YANTI
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Alamat : BR.DINAS KALANGANYAR
 Judul / Materi : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Di RSJ Provinsi Bali
 Lokasi Penelitian : Ruang Drupadi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
 Jumlah Peserta : 1 Orang
 Lama Penelitian : 1 Bulan (08 April 2024 - 12 April 2024)
- iii. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :
- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang.
 - b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang / judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan maka segala kegiatannya diberhentikan.
 - c. Mentaati segala ketentuan perundang- undangan yang berlaku serta menghormati adat istiadat dan budaya setempat.
 - d. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, agar pemohon mendaftar 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 dpmptsp@baliprov.go.id

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

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

- Tembusan kepada Yth
1. Pj. Gubernur Bali Sebagai Laporan
 2. Arsip



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

Lampiran 12 Surat Izin Penelitian



SURAT IJIN

Nomor : B.41.000.9.2/5463/PENJNONMED/RSJ

Sesuai dengan Surat Rekomendasi No: B.30.070/114/IZIN-E/DPMPSTP, tanggal 03 April 2024 yang dikeluarkan oleh Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali. Dengan ini diberikan Ijin Penelitian kepada:

- Peneliti : Ni Putu Siska Ratna Yanti
- Judul Penelitian : Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2 : Menghardik Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Di RSJ Provinsi Bali
- Lokasi Penelitian : Ruang Drupadi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
- Waktu Penelitian : 1 Bulan (08 April 2024 – 12 April 2024)

Penelitian diwajibkan untuk memenuhi persyaratan sebagai berikut :

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

Demikian Surat ijin ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bali, 26 April 2024



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



Lampiran 13 Blangko Bimbingan


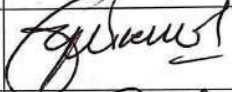




Nama Mahasiswa		NI PUTU SISKA RATNA YANTI			
Info Akademik		Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Semester : 6			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> Bimbingan Jurnal Ilmiah Seminar Proposal Syarat Sidang Sidang Skripsi </div>					
Bimbingan					
No	Dosen	Topik	Hasil	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Implementasi menghadik halusinasi pada pasien skizofrenia di nj provinsi Bali 2024	Acc judul sesuai pedoman lanjut bab 2	8 Jan 2024	✓
2	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Pengajuan bab 1 Latar belakang, rumusan masalah, tujun studi kasus, manfaat studi kasus	Perbaiki pengetikan sesuai pedoman, urutkan alinea kronologis.lans besar masalah	12 Jan 2024	✓
3	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Perbaiki bab 1 Latar belakang, manfaat studi kasus	Acc bab 1 Lanjut bab 2.	16 Jan 2024	✓
4	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Pengajuan bab 2 Konsep aspek, terapi menghadik skizofrenia	Perbaiki dibagian konsep aspek dan perhatikan pengetikan sesuai peduan	12 Feb 2024	✓
5	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Perbaikan bab 2 Konsep aspek	Konsep aspek keperawatan sudah acc bab 2, lanjut bab 3	13 Feb 2024	✓
6	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Pengajuan bab 3 Jenis studi kasus, subyek studi kasus, fokus studi kasus	Jenis studi kasus sesuaikan dengan panduan, objek studi kasus tentukan ruangan dan lalain waktu yang spesifik	15 Feb 2024	✓
7	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Perbaikan bab 3 Jenis studi kasus, langkah-langkah pelaksanaan, definis oprasional, lampiran dan daftar pustaka	Perbaiki langkah-langkah pelaksanaan, jenis studi kasus sesuaikan dengan panduan	21 Feb 2024	✓
8	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Perbaikan bab 3 Jenis studi kasus, lampiran dan daftar pustaka	Jenis studi kasus sudah sesuai panduan, lala tula sudah diperbaiki bab 3 acc	23 Feb 2024	✓
9	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Melengkapi proposal	Acc, siapkan diri untuk seminar proposal	26 Feb 2024	✓
10	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	Pengajuan judul	Acc judul lanjut bab 1	8 Jan 2024	✓
11	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	Pengajuan bab 1	Perbaiki pengetikan	5 Feb 2024	✓
12	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	Revisi bab 1	Acc bab 1 Lanjut bab 2	7 Feb 2024	✓
13	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	Pengajuan bab 2 dan bab 3	Perbaiki tata tulis bab 2 dan bab 3	12 Feb 2024	✓
14	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	Revisi bab 2 dan bab 3	Acc bab 2 dan bab 3	14 Feb 2024	✓
15	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	Kelengkapan susunan usulan proposal	Perbaiki tata penulisan dan tata maigin	20 Feb 2024	✓
16	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	Revisi keseluruhan	Acc, persiapan diri untuk seminar proposal	4 Mar 2024	✓
17	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	BAB IV hasidn pembahasan	lengkapi diagnosis keperawatan perbaiki intervensi, tambahkan aspek yang di evaluasi	13 Mei 2024	✓
18	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	BAB V simpulan dan saran	perbaiki simpulan dan saran, saran mengacu kepada simpulan	15 Mei 2024	✓
19	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	abstrak	perbaiki kata kunci	20 Mei 2024	✓
20	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	perbaiki BAB IV hasil dan pembahasan	tambahlah penelitian terkait pembahasan,perbaiki pembahasan diagnosis	14 Mei 2024	✓
21	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	lampiran- lampiran	lengkapi lampiran	16 Mei 2024	✓
22	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	pengajuan BAB IV	perbaiki dan lengkapi	13 Mei 2024	✓
22	196510061986031001-1 WAYAN CANDRA, S.Pd, M.Si	Pengajuan KTI lengkap	Acc, siapkan diri untuk ujian	21 Mei 2024	✓
23	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	Revisi BAB IV	lanjutkan dan lengkapi	14 Mei 2024	✓
24	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	revisi BAB V	perbaiki dan lengkapi	15 Mei 2024	✓
25	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	abstrak dan rancangan penelitian	perbaiki dan lanjutkan	17 Mei 2024	✓
26	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	abstrak dan rancangan penelitian	perbaiki dan lanjutkan	17 Mei 2024	✓
27	196412311965032011-1 GUJTI AYU HARINI, SKM.M.Kes	lampiran	Acc, maju ujian	20 Mei 2024	✓

Lampiran 14 Dokumentasi Kegiatan Penelitian



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


Nama Mahasiswa : Ni Putu Siska Ratna Yanti
 NIM : P07120121082

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	16 Mei 2024		Rai Sukerni
2	Perpustakaan	16 Mei 2024		Dewa Tri Ni Jayo
3	Laboratorium	16 Mei 2024		Suwardani
4	HMJ	16 Mei 2024		Pasuk
5	Keuangan	16 Mei 2024		I. A. Suabdi. B
6	Administrasi umum/ perlengkapan	16 Mei 2024		I. A. kt Alit

Keterangan :

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

Denpasar..16 Mei 2024.....
 Ketua Jurusan Keperawatan,


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

Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Di RSJ Provinsi Bali

ORIGINALITY REPORT

27%
SIMILARITY INDEX

22%
INTERNET SOURCES

4%
PUBLICATIONS

14%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	10%
2	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	7%
3	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	5%
4	nurseberkarya.blogspot.com Internet Source	1%
5	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	1%
6	repository.bku.ac.id Internet Source	1%
7	eprints.ums.ac.id Internet Source	<1%
8	jurnal.poltekkespalembang.ac.id Internet Source	<1%

A. Rahuman

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Putu Siska Ratna Yanti
NIM : P07120121082
Program Studi : Diploma 3
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2023-2024
Alamat : Jln. Pura Pucak Kaler, Banjar Kalanganyar, Desa
Gegelang, Kecamatan Manggis, Kabupaten Karangasem.
Nomor HP/Email : 082145588127/tusiska03@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Tulis Ilmiah berupa tugas akhir dengan judul
"Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 2: Menghardik
Halusinasi Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien 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 skripsi 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, 12 Juli 2024

Yang menyatakan

Siska

Ni Putu Siska Ratna Yanti

NIM.P07120121082