

Lampiran 1

Jadwal Kegiatan Penelitian Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* Dengan *Chromotherapy* Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali

No	Kegiatan	Waktu Kegiatan (Dalam Minggu)															
		Maret				April				Mei				Juni			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan Judul KIAN																
2	Pengurusan Izin Penelitian																
3	Pengumpulan Data																
4	Pelaksanaan Asuhan Keperawatan																
5	Merangkum Hasil Asuhan Keperawatan																
6	Menganalisis Data																
7	Penyusunan Laporan																
8	Sidang Hasil Penelitian																
9	Revisi Laporan																
10	Pengumpulan KIAN																

Keterangan : ■ : warna hitam (proses penelitian)

Lampiran 2

Realisasi Anggaran Biaya Penelitian Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* Dengan *Chromotherapy* Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

Realisasi dana yang digunakan dalam penelitian ini dipaparkan sebagai berikut:

No	Kegiatan	Rencana Biaya
1	Tahap Persiapan	
	a. Pengurusan Studi Pendahuluan	Rp 50.000,00
	b. Pengurusan Izin penelitian	Rp 50.000,00
	c. Penyetakan <i>Informed Consent</i>	Rp 50.000,00
2	Tahap Pelaksanaan	
	a. Penggandaan Lembar Pengkajian	Rp 50.000,00
	b. APD Masker dan Hand Sanitizer	Rp 100.000,00
	c. Transportasi dan Akomodasi	Rp 100.000,00
3	Tahap Akhir	
	a. Penyusunan Laporan	Rp 100.000,00
	b. Penggandaan Laporan	Rp 200.000,00
	c. Presentasi Laporan	Rp 200.000,00
	d. Revisi Laporan	Rp 200.000,00
	e. Biaya Tidak Terduga	Rp 300.000,00
Jumlah		Rp 1.300.000,00

Lampiran 3

Lembar Permohonan Menjadi Responden

Kepada

Yth. Bapak/Ibu/Saudara/I Calon Responden

Di –

Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

Dengan Hormat,

Saya mahasiswa Prodi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar semester II bermaksud melakukan penelitian tentang **“Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* Dengan *Chromotherapy* Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali ”**, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Program Studi Profesi Ners. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara/i untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi penelitian ini. Informasi yang bapak/ibu/saudara/i berikan akan dijaga kerahasiannya.

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

Denpasar, April 2024

Peneliti

Maria Sholasticha Putu Erlina S
NIM. P07120323063

Lampiran 4

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

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

Judul	Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori <i>Auditory</i> Dengan <i>Chromotherapy</i> Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
Peneliti Utama	Maria Sholasticha Putu Erlina S
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar
Lokasi Penelitian	Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
Sumber Pendanaan	Swadana

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

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* Pada Pasien Yang Mengalami Skizofrenia Di Ruang Kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dengan jumlah responden sebanyak 1 orang dengan syarat yaitu, pasien skizofrenia yang berada di ruang kunti dan bersedia menjadi responden, mengalami gangguan persepsi sensori auditory.

Responden akan diberikan intervensi *Chromotherapy* dalam 4 kali pertemuan yang dilakukan 15 sampai 30 menit. Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara

langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian, akan tetapi secara bertahap. Kegiatan ini juga tidak berbahaya karena subyek penelitian hanya akan diajak mengikuti terapi sederhana serta untuk membantu masalah perawatan diri yang sedang dialami.

Peneliti menjamin kerahasiaan data peserta penelitian dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. 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. Bila selama berlangsungnya penelitian 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, silakan hubungi peneliti : Maria Sholasticha Putu Erlina S dengan No HP 085900201529.

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.**

Peserta/ Subyek Penelitian,

Wali,

.....

Tanggal : / /

.....

Tanggal : / /

Hubungan dengan Peserta/Subyek

.....

Peneliti,

.....

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 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 5

Standar Prosedur Operasional (SPO) Terapi Okupasi Personal Higiene

Personal Hygiene Occupational Therapy

		STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SPO) CHROMOTHERAPY
Pengertian	<p>Suatu terapi penyembuhan sebuah penyakit dengan mengaplikasikan warna – warna yang tepat untuk penyembuhan dalam bentuk yang lebih terpusat dibandingkan dengan sinar matahari.</p>	
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meminimalisasi interaksi pasien dengan dunianya sendiri. 2. Mengeluarkan pikiran, perasaan atau emosi yang selama ini mempengaruhi perilaku yang tidak disadarinya. 3. Memberikan motivasi dan kegembiraan serta hiburan. 4. Mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami sehingga pasien tidak terfokus pada halusinasinya. 	
Persiapan (Pra interaksi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat atau ruangan yang sesuai dengan kegiatan (teras, ruang pertemuan, ruang aktivitas) 2. Kertas HVS warna ungu atau kertas gambar 3. Pensil warna atau crayos (jika dibutuhkan) 4. Buku catatan 	
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam pembuka 2. Menanyakan pasien apakah masih mengingat nama perawat 3. Menjelaskan kegiatan secara singkat 	

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya 5. Mengambil peralatan yang telah disiapkan
Tahap Kerja	<p>Melakukan terapi okupasi personal higiene : mandi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privasi klien 2. Lakukan cuci tangan 3. Atur pasien pada posisi yang nyaman dan sesuai dengan kebutuhan 4. Berikan kertas HVS pada pasien untuk dipegang / dilihat 5. Mengintruksikan pasien untuk menutup mata sambil membayangkan warna ungu selama 5 menit 6. Membuka mata kemudian melihat kertas HVS berwarna ungu yang di pegang pasien 7. Ulangi hal tersebut sebanyak 2 kali
Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil terapi 2. Berikan umpan balik positif 3. Membersihkan alat – alat 4. Cuci tangan
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hasil kegiatan dan perkembangan pasien dalam buku catatan.

(Sumber : Pitriani , 2021)

Nomor : KH.03.03/F.XXXII.13/ /2024 26 April 2024
Hal : Mohon ijin Pengambilan Data Studi PendahuluanYth. Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
di-

Tempat

Sehubungan dengan pembuatan tugas Karya Ilmiah Akhir mahasiswa Program Studi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan, kami mohon perkenannya untuk memberikan ijin pengambilan data pendukung/studi pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

NAMA	NIM	DATA YANG DIAMBIL
Maria Sholasticha Putu Erlina S	P07120323063	1. Pengambilan data pada pasien dengan gangguan jiwa di RSJ Provinsi tahun 2019-2024 2. Pengambilan data pada pasien dengan Gangguan jiwa dengan skizofrenia yang mengalami Halusinasi Pendengaran di RSJ Provinsi Bali tahun 2019-2024

Demikian kami sampaikan atas perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Tembusan :







1. Ka Diklat Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

Ketua Jurusan Keperawatan

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






BLANKO BIMBINGAN KIAN

NAMA MAHASISWA : Maria Sholachita Putu Erlina S
 NIM : P09120323063
 PROGRAM STUDI : Profesi NERS
 JUDUL KIAN : Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori
 Auditori Dengan Chromotherapy Pada Pasien Skizofrenia
 di Ruang Fungsi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
 PEMBIMBING I/II : I Gusti Ayu Harini, S.FM., M. Kes.

No	HARI TANGGAL	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	5 April 2024	Bimbingan Sudul	ACC Sudul	
2.	5 April 2024	Bimbingan Latar belakang	<ul style="list-style-type: none"> - tambahkan masalah & data - penelitian terkait 	
3.	6 Mei 2024	Bimbingan BAB I	<ul style="list-style-type: none"> - perbaiki pada tujuan dan manfaat - perhatikan tata tulis 	
4.	16 Mei 2024	Bimbingan revisi Sudul	<ul style="list-style-type: none"> - ACC sudul - perbaiki latar belakang - lanjut bab isi 	
5.	21 Mei 2024	Bimbingan BAB 1-ii	<ul style="list-style-type: none"> - tambahkan surral pada pembahasan dan pendapat peneliti - perhatikan tata tulis 	
6.	22 Mei 2024	Bimbingan KIAN lengkap	<ul style="list-style-type: none"> - ACC Kian revisi 	

BLANKO BIMBINGAN KIAN

NAMA MAHASISWA : Maria Sholasticha Putu Elnira S
 NIM : P07120323063
 PROGRAM STUDI : Profesi NERS
 JUDUL KIAN : Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori
Auditory dengan Chemotherapy pada Pasien
Skizofrenia di Ruang Kunih Puruh Sekel Jawa Prov. Bali
 PEMBIMBING #1 : I Nengah Sumirta, SST, S. Kep., Ns., M. Si

No	HARI TANGGAL	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	13 Mei 2024	Bimbingan judul & Latar belakang	- Mengganti terapi dg terapi inovasi lainnya	
2.	15 Mei 2024	Bimbingan revisi judul dan BAB I	- ACC judul dan perbaiki Latar belakang	
3.	16 Mei 2024	Bimbingan BAB 1-IV	- tambahkan masalah, - perbaiki susunan khusus - tambahkan jurnal terdaktulu - perbaiki foto tulis	
4.	21 Mei 2024	Revisi bimbingan BAB 1-IV	- perbaiki pengisian dalam bentuk tabel - Lanjutkan bab V dan VI	
5.	22 Mei 2024	Bimbingan KIAN Lengkap	- perbaiki foto tulis - perbaiki cetak miring - ACC usulan	

Data Skripsi Mahasiswa	
N I M *	P07120323063
Nama Mahasiswa	Maria Sholasticha Putu Erlina S
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Program Studi Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi
	Semester : 2

Bimbingan					
No	Dosen	Topik	Masukan Dosen	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan Judul	ACC Judul	3 April 2024	✓
2	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan Latar Belakang	Tambahkan masalah, data, dan jumlah penelitian terkait	5 April 2024	✓
3	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan BAB I	Perbaiki penulisan pada tujuan khusus dan manfaat penelitian	6 Mei 2024	✓
4	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Bimbingan Judul dan Latar belakang	Mengganti Terapi dengan Terapi inovasi lainnya	13 Mei 2024	✓
5	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Bimbingan Revisi Judul dan BAB I	ACC judul dan perbaiki latar belakang	15 Mei 2024	✓
6	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Bimbingan BAB 1-4	tambahkan masalah, perbaiki tujuan khusus, tambahkan jurnal, perbaiki tata tulis	16 Mei 2024	✓
7	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan Revisi Judul	ACC judul dan lanjut bab 4	18 Mei 2024	
8	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi Bimbingan Bab 1-4	Perbaiki pengkajian Bab 4 menggunakan tabel, lanjut kerjakan bab 5-6	21 Mei 2024	✓
9	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan BAB 1-6	Perbaiki tata tulis, tambahkan jurnal penelitian pada pembahasan dan pendapat peneliti	21 Mei 2024	✓
10	196412311985032011 - I GUSTI AYU HARINI, SKM,M.Kes	Bimbingan Kian lengkap	perbaiki tata tulis, tambahkan pendapat peneliti dan jurnal, tambahkan lampiran yang kurang, ACC maju ujian	22 Mei 2024	✓
11	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Bimbingan Kian Lengkap	perbaiki tata tulis, perbaiki cetak miring, tambahkan lampiran yang kurang, ACC maju ujian	22 Mei 2024	✓

BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIAN
PRODI PROFESI KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES DENPASAR

NAMA MAHASISWA : Maria Sholasticha Putu Erlina S

NIM : P07120323063

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	AKADEMIK	27 Mei 2024		Rai Suberni
2	PERPUSTAKAAN	27 Mei 2024		Jawa Triwijaya
3	LABORATORIUM	27 Mei 2024		Sunardi
4	HMJ	27 Mei 2024		Anisa
5	KEUANGAN	27 Mei 2024		I.A Suandi - B
6	ADMINISTRASI UMUM/PERLENGKAPAN	27 Mei 2024		MYM SUDIRA

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian KIAN jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

 Denpasar, 27 Mei 2024
 Ketua Jurusan Keperawatan,

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

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI AUDITORY DENGAN CHROMOTHERAPY PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUANG KUNTI RSJ PROVINSI BALI

ORIGINALITY REPORT



PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	16%
2	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	3%
3	akperpelni-choerudin.blogspot.com Internet Source	<1%
4	docplayer.info Internet Source	<1%
5	Submitted to Universitas Muhammadiyah Semarang Student Paper	<1%
6	Ira Bariyah, Dewi Rahayu, Aila Karyus, Noviansyah Noviansyah, Endang Budiati. "ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA PASIEN SKIZOFRENIA", Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada, 2024	<1%

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Sholasticha Putu Erlina S
NIM : P07120323063
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2023/2024
Alamat : Jalan Pulau Bungin No 11B Denpasar Selatan
Nomor HP/Email : 085900201529 / mariasolastika17@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Ilmiah Akhir Ners berupa tugas akhir dengan judul:

Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Auditory Dengan Chromotherapy Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Kunti 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, 25 November 2024



enyatakan,

Maria Sholasticha Putu Erlina

NIM. P07120323063