

Lampiran-2

PERMOHONAN MENJADI PASIEN KELOLAAN

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap maka yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : HESTI SULASTRI

NIM : 41121232024

No. HP : 0812-2887-7631

Judul Studi Kasus : Penerapan Tindakan Terapi Generalis SP 1-4 pada Klien Schizophrenia dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran di Desa Candirenggo Kecamatan Ayah Kabupaten Kebumen

Bermaksud akan melakukan kegiatan penelitian sebagai rangkaian studi saya Program Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap. Dalam penelitian ini, peneliti tidak bekerja sendiri melainkan dibantu oleh asisten penelitian. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk MENERAPKAN terapi generalis SP 1-4 pada klien schizophrenia dengan masalah keperawatan halusinasi.

Peneliti mohon kesediaan ibu untuk menjadi pasien kelolaan dalam studi kasus ini. Tindakan ini semata-mata hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan saja tanpa maksud lain dan akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian penjelasan saya sampaikan, atas bantuan, dukungan dan kesediaan ibu, peneliti ucapkan terima kasih.

Peneliti

HESTI SULASTRI
NIM. 41121232024

Lampiran-3

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : HESTI SULASTRI

NIM : 41121232024

Untuk mengisi daftar pertanyaan penelitian yang diajukan oleh mahasiswa Program Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap tanpa prasangka dan paksaan. Jawaban yang diberikan hanya semata-mata untuk keperluan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan kami buat.

Cilacap, 2024
Pasien Kelolaan

.....

Lampiran-4 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI HALUSINASI

Tanggal Penilaian :

Petunjuk Pengisian:

Berikan tanda^v (*checklist*) untuk setiap pernyataan berikut yang sesuai dengan yang dirasakan selama bekerja, pada kolom:

- STS : Sangat Tidak Setuju
TS : Tidak Setuju
S : Setuju
SS : Sangat Setuju

No	Pertanyaan	Mampu	Tidak mampu
1	Mengenal jenis halusinasi		
2	Mengenal isi halusinasi		
3	Mengenal waktu halusinasi		
4	Mengenal frekuensi halusinasi		
5	Mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi		
6	Menjelaskan respon terhadap halusinasi		
7	Mampu menghindarik halusinasi		
8	Patuh minum obat		
9	Melakukan bercakap-cakap jika terjadi halusinasi		
10	Membuat jadwal kegiatan harian		
11	Melakukan kegiatan sesuai jadwal		
12	Jumlah frekuensi halusinasi		