

LAMPIRAN

Lampiran 1 Instrumen Tanda dan Gejala : Halusinasi

No.	Tanda dan Gejala	Tanggal				
		18	20	22	23	24
	KOGNITIF (PIKIRAN)					
1.	Tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan tidak nyata	✓	✓			
2.	Melihat/mendengar/merasakan benda/orang/sesuatu yang tidak ada objeknya	✓	✓	✓	✓	✓
3.	Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	✓	✓	✓	✓	✓
4.	Respon verbal lambat					
5.	Disorientasi waktu, tempat, orang					
6.	Cepat berubah pikiran	✓	✓			
7.	Keyakinan terhadap realitas pada suara/benda/orang/sesuatu yang tidak ada objeknya					
8.	Sulit berkonsentrasi/berpikir					
	AFEKTIF / EMOSIONAL / SITUASIONAL					
9.	Curiga / paranoid					
10.	Takut	✓	✓	✓	✓	✓
11.	Khawatir	✓	✓			
12.	Jengkel					
13.	Mudah tersinggung					
14.	Cemas					
15.	Merasa terancam					
16.	Emosi cepat berubah					
	FISIK					
17.	Ekspresi tegang dan memerah					
18.	Peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah					
19.	Tremor					
20.	Banyak keringat					
21.	Respon verbal lambat					
	PERILAKU					
22.	Tersenyum dan bicara sendiri					
23.	Menutup mata/telinga/hidung					
24.	Menggerakan bibir tanpa suara					
25.	Gerakan mata yang cepat					
26.	Berbicara kacau dan tidak masuk akal	✓	✓			
27.	Marah-marah tanpa sebab					
28.	Bertindak seperti dipenuhi sesuatu yang menyakitkan					
29.	Tatapan mata pada tempat tertentu					
30.	Menunjuk ke arah tertentu					
31.	Sering melamun	✓	✓	✓		
32.	Tertawa sendiri					
33.	Berusaha menghindari orang lain					
34.	Panik					
35.	Takut tanpa sebab					
36.	Membanting benda					
37.	Agitasi dan defensif					
38.	Perilaku mengikuti perintah halusinasi					
	SOSIAL					
39.	Tidak tertarik dengan kegiatan sehari-hari	✓	✓			
40.	Tidak ada kontak mata	✓	✓	✓		

41.	Tidak ada respon dalam berkomunikasi					
42.	Menarik diri dari orang lain/menyendiri					
43.	Sulit berhubungan dengan orang lain					
44.	Tidak mampu mengikuti perintah orang lain					
45.	Jarang berkomunikasi dengan orang lain					
46.	Tidak aktif dalam kegiatan sosial					
47.	Tidak terlibat dalam aktivitas bersama orang lain					
Jumlah (47 Tanda Gejala) :		10	10	5	3	3

Sumber : Agusta, D., dkk. (2024); Aji, W. M. H. (2019); Amir, N., dkk. (2018); Azizah, L. dkk. (2016); Direja, A. D. H. S., dkk. (2011); Hazan, H., *et al.* (2025); Isaacson, M., *et al.* (2022); Moulisya, D. G., & Firnanda, D. L. (2023); Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017).

Lampiran 2 Format Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

NAMA MAHASISWA :

NAMA PASIEN/RUANGAN:

NO MEDREK :

HARI / TANGGAL :

HARI KE/PERTEMUAN KE:

FASE :

A. PROSES KEPERAWATAN

1. KONDISI KLIEN
(Gambar kondisi klien pada saat terakhir bertemu)
DO :
DS :
2. DIAGNOSA KEPERAWATAN
(Tuliskan diagnosa keperawatan yang akan diatasi pada pertemuan ini berdasarkan data di atas, tulis diagnosa ke berapa)
.....
3. TUJUAN KEPERAWATAN
(Tuliskan tujuan khusus keperawatan, yang akan dicapai pada pertemuan ini sesuai dengan diagnosa diatas)
.....
4. TINDAKAN KEPERAWATAN
(Tuliskan tindakan keperawatan secara teoritis dari tujuan keperawatan di atas yang akan diselesaikan pada pertemuan ini)
.....

B. STRATEGI KOMUNIKASI TERAPEUTIK
(Penjabaran dari semua tindakan keperawatan, buat semua dalam bentuk kalimat langsung)

- a. ORIENTASI
 - a. Salam terapeutik
 - b. Memperkenalkan diri
 - c. Membuka pembicaraan dengan topik umum
 - d. Evaluasi
 - e. Validasi kemampuan :
 - f. kontrak (topik, waktu, tempat)
- b. KERJA
(Penjabaran pengkajian dan tanda gejala, perencanaan, tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pertemuan dengan kalimat langsung)
.....
- c. TERMINASI
 - a. Evaluasi perasaan klien setelah pertemuan ini
.....
 - b. Evaluasi isi materi yang sudah dibicarakan pada pertemuan ini
.....
 - c. Tindak lanjut (dalam bentuk kalimat langsung)

(PR untuk klien) ----- diingat/ditulis dengan melihat hasil evaluasi. Bila klien belum bisa menyebutkan/faham, beri PR untuk mengingat/memahami (topic berikutnya masih ini). Bila klien sudah faham, beri PR berkaitan dengan topik yang akan dibahas pada pertemuan berikutnya.....

- d. Kontrak untuk pertemuan yang akan datang (topik, waktu, tempat)
.....

Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur Senam Aerobik Low Impact

Standar Operasional Prosedur Senam Aerobik Low Impact

Definisi	Senam <i>aerobik low impact</i> adalah bentuk latihan fisik yang dirancang untuk memberikan manfaat kardiovaskular dengan dampak minimal pada persendian. Pada pasien dengan halusinasi pendengaran, senam ini dapat berfungsi sebagai intervensi terapeutik untuk mengurangi gejala halusinasi.
Tujuan	1. Dapat mengontrol halusinasi. 2. Menurunkan frekuensi halusinasi.
Alat dan Bahan	Speaker
Manfaat	1. Penurunan Skor Halusinasi: Senam aerobik Low impact terbukti efektif dalam menurunkan skor halusinasi pada pasien, dengan hasil yang signifikan secara statistik. 2. Terapi Distraksi: Senam ini juga digunakan sebagai teknik distraksi yang membantu mengurangi tanda-tanda halusinasi, seperti yang terlihat pada penurunan skor dari 19 menjadi 8 dalam satu kasus. Senam aerobik low impact dapat menjadi intervensi yang efektif untuk mengurangi gejala halusinasi pada pasien dengan gangguan mental seperti skizofrenia. Ini dapat diterapkan sebagai bagian dari perawatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.
Prosedur Tindakan	1. Fase pra interaksi Menciptakan lingkungan nyaman dan aman. 2. Fase Orientasi a. Mengucapkan salam terapeutik. b. Memperkenalkan diri pada pasien. c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan. d. Menanyakan kesiapan dan persetujuan pasien. 3. Fase Kerja Memberikan intruksi pada pasien untuk berdiri. a. Pemanasan Gerakan yang dapat dilakukan saat melakukan pemanasan adalah: 1) Jalan ditempat yang diiringi dengan gerakan kepala menunduk, menengadahkan, menoleh kanan dan kiri, masing-masing dilakukan 8 hitungan. 2) Basic biceps Kedua tangan lurus ke bawah dengan bagian dalam lengan menghadap kedepan selanjutnya menekuk lengan bawah hingga menempel dengan lengan atas, dan dilakukan 2 x 8 hitungan. 3) Butterfly Telapak tangan menggenggam kedua tangan didepan wajah, lengan atas, lengan bawah ditekuk siku, kemudian membuka tangan ke samping sejauh mungkin. Dilakukan sebanyak 2 x 8 hitungan. b. Gerakan Inti 1) Single step Langkah kaki kanan kearah kanan lanjutkan dengan membawa kaki kiri ke arah kanan dan menutup langkah. 2) Double step

	Langkah kaki kanan ke arah kanan lanjutkan dengan membawa kaki kiri ke arah kaki kanan dan menutup langkah. Lakukan hitungan 1 sekali lagi / ke arah kanan. 3) V step atau langkah segitiga Langkah kaki kanan ke arah depan , langkah kaki kiri ke arah depan kiri, lalu bawa kembali kaki kanan ke posisi awal, dan bawa kaki kiri kembali ke posisi awal. 4) Berjalan / Single Diagonal Step Melangkah maju mundur. Hampir sama dengan double step, hanya dalam penggunaan langkah kaki kiri tidak menutup langkah kekiri kanan (pada hitungan pertama) melainkan bahwa kaki kiri di belakang kaki kanan. Salah menapak di lantai, kaki lainnya digunakan untuk mengangkat lutut. c. Pendinginan
Terminasi	a. Evaluasi hasil kegiatan. b. Kontrak pertemuan selanjutnya c. Berpamitan dengan pasien
Dokumentasi	Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur Kepatuhan Minum Obat

Standar Operasional Prosedur Kepatuhan Minum Obat

Tahap Pra-Interaksi	1. Mengecek program terapi pasien dan memastikan kebutuhan obat. 2. Menyiapkan obat dan alat bantu (buku jadwal kegiatan).
Tahap Orientasi	1. Memberi salam dan memanggil nama pasien. 2. Menanyakan perasaan pasien saat ini dan mengevaluasi latihan sebelumnya (menghardik). 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur latihan minum obat secara teratur.
Tahap Kerja	1. Edukasi Obat: Menjelaskan jenis obat (contoh: antipsikotik), manfaat (mengurangi suara-suara/halusinasi), dosis, waktu minum, dan efek samping (mulut kering, ngantuk, dll). 2. Prinsip 6 Benar: Memastikan pasien minum obat dengan benar (Tepat Pasien, Obat, Dosis, Waktu, Cara/Rute, dan Dokumentasi). 3. Motivasi: Menekankan pentingnya tidak menghentikan obat tanpa konsultasi dokter. 4. Latihan: Meminta pasien menyebutkan kembali cara dan waktu minum obat. 5. Jadwal: Memasukkan kegiatan minum obat ke dalam buku jadwal harian.
Tahap Terminasi	1. Menanyakan perasaan pasien setelah latihan. 2. Memberikan pujian atas keberhasilan pasien. 3. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya (contoh: bercakap-cakap saat halusinasi muncul).
Dokumentasi	Mencatat jenis obat, dosis, waktu, dan kepatuhan pasien dalam rekam medis.

Lampiran 5 Penjelasan Sebelum Pelaksanaan (PSP)

PENJELASAN SEBELUM PELAKSANAAN KTI / TA

Saya Rachel Rizkyani dengan NIM P20620123083 yang merupakan mahasiswa Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya Program Studi Keperawatan yang akan melakukan asuhan keperawatan, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam KTI/TA yang berjudul “Implementasi Terapi Aktivitas Fisik Senam *Aerobic Low Impact* dan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Halusinasi Pendengaran di Puskesmas Sambongpari”.

Tujuan dari penerapan terapi ini adalah untuk memberikan pemahaman mengenai cara mengatasi halusinasi Bapak/Ibu/Saudara yaitu, melalui penerapan terapi aktivitas senam *aerobic low impact* dan kepatuhan minum obat. Terapi ini dapat Bapak/Ibu/Saudara lakukan secara mandiri dan dapat dilakukan satu kali setiap hari secara rutin yang akan memberikan manfaat berupa meningkatkan pengetahuan dalam upaya meningkatkan kemandirian pasien halusinasi pendengaran melalui aktivitas senam *aerobic low impact* dan patuh minum obat. KTI/TA ini akan berlangsung selama 5 hari kunjungan pasien.

Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Terapi aktivitas senam *aerobic low impact* ini saya menjamin tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.

Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam KTI/TA ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.

Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan. saya akan menggunakan kode atau inisial. Selain itu, seluruh data yang diperoleh hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan tidak akan disebarluaskan kepada pihak lain.

Jika Bapak/Ibu/Saudara merasakan sesuatu yang buruk akibat dari tindakan asuhan keperawatan yang telah saya lakukan maka Bapak/Ibu/Saudara silakan menghubungi saya pada nomor HP : 0895383188471.

Setelah semuanya saya jelaskan, tanpa adanya keterpaksaan apakah Bapak/Ibu/Saudara bersedia untuk berpartisipasi dalam KTI saya? Jika iya mohon untuk tanda tangan di surat informed consent

Tasikmalaya, 18 April 2026

Pelaksana,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rachel Rizkyani Lyanaroos', with a stylized flourish at the end.

Rachel Rizkyani Lyanaroos

Lampiran 6 Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAMBONGPARI
KOTA TASIKMALAYA**

I. IDENTITAS KLIEN

Nama: Ny. R	Umur: 32 tahun
Tanggal Pengkajian: 18 April 2026	No. CM:
Alamat: Kp. Gadog, RT 01/RW 11, Kota Tasikmalaya.	Pendidikan: SMA
Status perkawinan: Cerai	Pekerjaan: tidak bekerja
Sumber data: Klien dan keluarga	
Bentuk tubuh: Sedang	

II. KONDISI SAAT PENGKAJIAN

Pada saat pengkajian klien mengatakan sering mendengar suara-suara tanpa wujud yang mengancam akan mendorong dirinya ke sumur. Klien mengatakan suara tersebut muncul tidak menentu, dapat muncul pagi, siang, sore maupun malam hari, tetapi lebih sering muncul ketika suasana sepi dan saat klien berada sendirian di rumah terutama di dekat sumur. Klien mengatakan merasa takut, cemas, dan terkadang hanya diam saat suara tersebut muncul. Klien juga mengatakan lebih memilih pergi ke rumah kakaknya untuk menghindari suara tersebut. Klien mengatakan sudah mengalami sakit kurang lebih 15 tahun dan pernah dirawat di rumah sakit jiwa. Klien juga mengatakan sering lupa dan malas meminum obat karena merasa obat yang diminum terlalu banyak. Saat pengkajian klien tampak kurang fokus, kadang melamun, kontak mata kurang, dan tampak berbicara sendiri.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

(☒) Ya, 15 tahun () Tidak

2. Pengobatan sebelumnya:

() Berhasil (☒) Kurang berhasil () Tidak berhasil

3. Trauma

	Pelaku/ Usia	Korban/ Usia	Saksi/ Usia
Aniaya Fisik			
Aniaya Seksual			
Penolakan			
Kekerasan dalam Keluarga			
Tindakan kriminal			

Jelaskan No. 1,2,3:

Klien pernah mengalami gangguan jiwa sejak kurang lebih 15 tahun yang lalu dan pernah menjalani perawatan di rumah sakit jiwa. Klien mengatakan sering kambuh karena tidak rutin minum obat. Klien juga mengatakan merasa takut ketika suara halusinasi muncul terutama di dekat sumur.

4. Adakah anggota keluarga mengalami gangguan jiwa?

(☒) Ya, ibu klien () Tidak

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan kehilangan seorang ibu merupakan satu satunya pengalaman yang tidak menyenangkan sepanjang hidupnya.

Masalah Keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

IV. PEMERIKSAAN FISIK

1. TD: 110/80 mmHg N: 82 x/menit S: 36,5°C R: 20x/menit

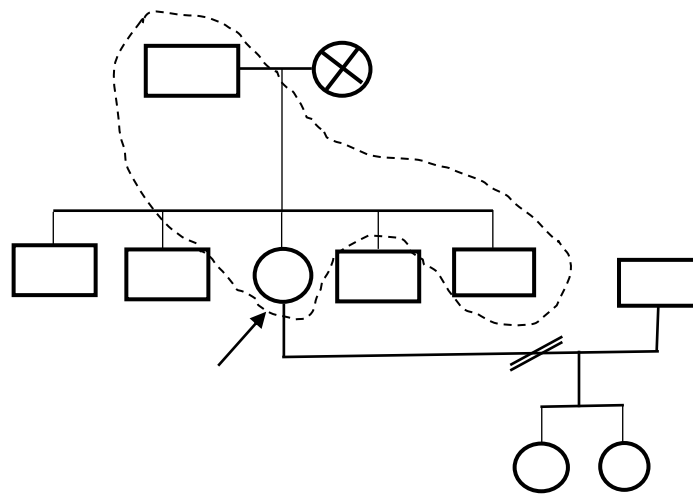
2. Berat Badan: 55 kg Tinggi badan: 158 cm

3. Keluhan fisik: Saat pengkajian klien mengatakan terkadang merasa lemas dan sulit tidur ketika suara halusinasi muncul.

Masalah Keperawatan: Gangguan pola tidur

V. PSIKOSOSIAL

Genogram



Keterangan genogram:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Laki-laki yang meninggal
-  : Perempuan yang meninggal
-  : Pasien
-  : Pertalian darah
-  : Pertalian perkawinan
-  : Cerai
-  : Tinggal 1 rumah

Keterangan:

Klien merupakan seorang perempuan berusia 32 tahun, pernah menikah dan saat ini berstatus cerai. Klien tinggal bersama ayah dan adik bungsunya. Ayah klien sedang sakit dan adik klien bekerja setiap

hari sehingga klien sering berada sendiri di rumah. Hubungan klien dengan keluarga cukup baik namun dukungan keluarga dalam pengawasan minum obat belum optimal. Yang berperan mengambil keputusan di dalam rumah klien yaitu ayahnya.

VI. KONSEP DIRI

Citra Tubuh: Klien mengatakan tidak ada masalah dengan bentuk tubuhnya

Identitas: Klien adalah seorang perempuan berusia 32 tahun dengan pendidikan terakhir SMA dan tidak bekerja.

Ideal Diri: Klien mengatakan ingin sembuh dan ingin dapat menjalani kehidupan normal tanpa mendengar suara-suara lagi.

Harga Diri: Klien mengatakan terkadang cemas dan takut ketika berinteraksi dengan orang lain saat sakitnya sedang kambuh.

Masalah Keperawatan: Isolasi sosial

1. Hubungan Sosial

Orang yang berarti: klien mengatakan bahwa orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah ayah dan adiknya yang berada di rumah

Peran serta dalam kehidupan masyarakat/kelompok: klien masih mampu berinteraksi secara sederhana, seperti menjawab pertanyaan dari tetangga ketika diajak berbicara.

Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: klien mengalami hambatan dalam menjalin hubungan sosial secara optimal karena adanya rasa cemas dan takut kambuh saat berinteraksi.

Masalah Keperawatan: Isolasi Sosial

2. Spiritual

Nilai dan keyakinan: Klien meyakini bahwa ini merupakan ujian dari Tuhan bagi dirinya dan yakin suatu saat nanti akan sembuh

Kegiatan ibadah: klien mengatakan sudah jarang melaksanakan ibadah karena halusinasi nya sering muncul

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah

VII. STATUS MENTAL

1. Penampilan

(✓) tidak rapi () penggunaan pakaian yang tidak sesuai

() cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan: Pada saat pengkajian penampilan klien tampak kurang rapi, rambut kurang tersisir, dan kontak mata kurang.

Masalah Keperawatan: Defisit perawatan diri

2. Pembicaraan

() cepat	() keras	() gagap	(✓) inkoheren
() apatis	() lambat	() membisu	() tidak mampu memulai percakapan

Jelaskan:

Klien berbicara pelan dan terkadang tidak fokus saat menjawab pertanyaan.

Masalah Keperawatan: Gangguan komunikasi verbal

3. Aktivitas Motorik

(✓) lesu	() tik	() gelisah	() tremor
() tegang	() grimasem	() agitasi	() kompulsif

Jelaskan:

Pada saat pengkajian klien tampak lesu dan tidak banyak bicara.

Masalah Keperawatan: Isolasi sosial

4. Alam Perasaan

() sedih	() khawatir	() gembira berlebihan	(✓) ketakutan	() putus asa
-----------	--------------	------------------------	-----------------	---------------

Jelaskan: Klien merasa takut ketika mendengar suara yang mengancam akan mendorong dirinya ke sumur.

Masalah Keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

5. Afek

() labil	(✓) datar	() tumpul	() tidak sesuai
-----------	-------------	------------	------------------

Jelaskan:

Eksresi wajah klien tampak datar dan kadang melamun.

Masalah Keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

6. Interaksi selama wawancara

☐ bermusuhan	☐ defensif	☐ curiga	☐ tidak kooperatif	☐ mudah tersinggung
-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---	--

Jelaskan:

Klien cukup kooperatif tetapi klien tidak fokus dan mudah teralihkan dengan hal hal yang ada disekitarnya.

7. Persepsi: Halusinasi

☐ pengecap	☒ pendengaran	☐ perabaan	☐ penglihatan	☐ penciuman
-----------------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Jelaskan:

Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam akan mendorong dirinya ke sumur. Suara muncul ketika sendiri dan suasana sepi.

Masalah Keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

8. Isi pikir

☒ obsesi	☐ depersonalisasi	☐ pikiran magis
☐ phobia	☐ ide yang kuat	☐ hipokondria

Jelaskan: klien sangat terobsesi terhadap pria tampan sehingga terkadang klien mengatakan bahwa yang berbisik-bisik adalah pria tampan yang bernama Kakang Rai.

Masalah Keperawatan: Halusinasi pendengaran

Waham

☐ agama	☐ nihilistik	☒ curiga	☐ kontrol pikir
☐ somatik	☐ sisip pikir	☐ kebesaran	☐ siar pikir

Jelaskan: Klien merasa takut dan curiga ketika suara halusinasi muncul.

Masalah Keperawatan: Isolasi sosial

9. Proses berpikir

☐ sirkumsial	☐ flight of idea	☐ perseverasi
☐ tangensial	☐ blocking	☐ kehilangan asosiasi

Jelaskan: klien mampu menjawab pertanyaan namun terkadang klien sangat mudah teralih dan tidak fokus

Masalah Keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

10. Tingkat kesadaran

☐ bingung	☐ stupor	☐ disorientasi orang
☐ sedasi	☐ disorientasi waktu	☐ disorientasi tempat

Jelaskan: Kesadaran compos mentis dan klien mampu mengenali orang, tempat, dan waktu.

11. Memori

☐ gang. daya ingat jangka panjang	☐ gang. daya ingat saat ini
☐ gang. daya ingat jangka pendek	☐ konfabulasi

Jelaskan: klien masih mampu mengingat identitas diri dan keluarganya.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

☐ mudah beralih	☒ tidak mampu berkonsentrasi	☐ tidak mampu berhitung sederhana
--	--	--

Jelaskan: klien tampak kurang fokus saat wawancara dan mudah terdistraksi.

Masalah Keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

13. Kemampuan penilaian

☐ gangguan ringan ☐ gangguan bermakna

Jelaskan: Kemampuan penilaian klien masih cukup baik.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

14. Daya tilik diri

() mengingkari penyakit yang diderita	() menyalahkan hal-hal diluar dirinya
---------------------------------------	---------------------------------------

Jelaskan: Klien menyadari dirinya mengalami gangguan jiwa dan membutuhkan pengobatan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

VIII. ACTIVITY DAILY LIFE (ADL)

	Bantuan Total	Bantuan Minimal
1. Makan		✓
2. BAB/BAK		✓
Jelaskan: Klien mampu makan dan BAB/BAK secara mandiri, namun perlu diingatkan untuk mandi, berpakaian rapi, dan minum obat secara teratur. Masalah Keperawatan: Defisit perawatan diri		
3. Mandi:		✓
4. Berpakaian/berhias:		✓
5. Istirahat dan tidur a. Tidur siang: Klien mengatakan tidak melakukan tidur siang b. Tidur malam: Klien mengatakan sulit tidur ketika suara halusinasi muncul. c. Kegiatan sebelum/sesudah tidur: klien selalu melamun dan tiba tiba tertidur		
6. Penggunaan obat:		✓
7. Pemeliharaan kesehatan: a. Perawatan lanjutan: Klien selalu kontrol ke RS sesuai dengan jadwal kontrol atau saat kambuh b. Sistem pendukung: Klien mengatakan adiknya yang terakhir yang selalu mengantarnya ke RS		
8. Kegiatan di dalam rumah: a. Mempersiapkan makan: klien mengatakan makannya terkadang disiapkan oleh adiknya atau adik iparnya.		

b. Menjaga kerapihan rumah: klien kurang menjaga kerapihan rumah c. Mencuci pakaian: klien mengatakan selalu mencuci pakaiannya sendiri saat mandi d. Pengaturan keuangan: klien tidak mampu mengatur keuangan karena pada saat ini klien tidak memiliki penghasilan		
9. Kegiatan di luar rumah: a. Belanja b. Transportasi	✓	
Jelaskan: klien cenderung berdiam diri di dalam rumah sendirian karena takut jika sedang berinteraksi dengan orang lain penyakitnya kambuh. Masalah Keperawatan: Isolasi sosial		

IX. MEKANISME KOPING

Koping Adaptif:

- Bicara dengan orang lain
Klien lebih sering mengobrol dengan ayahnya atau adiknya yang pertama jika sedang berkunjung ke rumah.
- Mampu menyelesaikan masalah:
Klien mengatakan belum mampu menyelesaikan masalah yang dihadapinya secara mandiri, klien masih harus diingatkan untuk meminum obat.
- Teknis relaksasi :
Klien mengatakan sudah mengetahui teknik relaksasi nafas dalam dan dapat melakukannya.
- Aktivitas konstruktif
Sehari-hari klien hanya diam dirumah, terkadang keluar untuk membeli makan ke warung dan ke rumah adiknya.
- Olahraga
Klien mengatakan tidak pernah olahraga dan sehari-hari hanya diam didalam rumah dan tiduran.

Koping Maladaptif

- Minum alkohol
Klien mengatakan tidak pernah meminum alkohol

- Reaksi lambat/berlebih
Klien terkadang berperilaku berlebihan salah satunya selalu minum dan makan dengan cepat.
- Bekerja berlebihan
Saat ini klien tidak bekerja dan lebih banyak menghabiskan waktu di rumah dengan berbaring atau diam.
- Menghindar
Klien mengatakan semenjak sakit dirinya hanya dirumah untuk menghindari keramaian karena klien merasa takut jika penakitnya kambuh depan orang lain.
- Mencederai diri
Klien mengatakan dirinya tidak pernah berpikir untuk mencederai diri sendiri ataupun orang lain tetapi keluarga klien mengatakan klien pernah mau menjatuhkan diri ke dalam sumur yang ada dirumahnya.

Masalah Keperawatan: Isolasi sosial

X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, uraikan: Klien mengatakan keluarga mendukung pengobatan namun pengawasan minum obat belum optimal.
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, uraikan:
Klien takut berada dekat sumur karena suara halusinasi sering muncul.
- Masalah dengan pendidikan, uraikan:
Klien sekolah sampai SMA dan tidak ada masalah dalam pendidikannya.
- Masalah dengan pekerjaan, uraikan:
Klien saat ini sudah tidak bekerja.
- Masalah dengan perumahan, uraikan:
Saat ini klien tinggal di rumah yang masih belum sepenuhnya selesai, karena belum cukup uang untuk menyelesaikannya.

- Masalah ekonomi, uraikan:
Sejak sakit klien tidak bekerja dan menurut klien sehari hari klien dapat makan seadanya dari adiknya.
 - Masalah dengan pelayanan kesehatan, uraikan:
Klien tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan, klien mengatakan senang saat dikunjungi terus menerus dari pihak kesehatan karena merasa ada teman untuk mengobrol
- Masalah Keperawatan:** Isolasi sosial

XI. KURANG PENGETAHUAN TENTANG:

- Penyakit jiwa
Klien mengetahui bahwa dirinya sedang mengalami sakit jiwa yaitu halusinasi
 - Faktor Predisposisi
Klien mengetahui dirinya sering kambuh ketika tidak minum obat
 - Koping
Klien belum optimal dalam mengontrol halusinasi.
 - Sistem pendukung
Klien mengetahui keluarga membantu proses pengobatan.
 - Penyakit fisik
Klien kurang memahami kondisi fisik yang dialaminya yaitu tangannya kaku tidak bisa diangkat sepenuhnya.
 - Obat-obatan
Klien mengetahui obat harus diminum rutin tetapi sering malas minum obat.
- Masalah Keperawatan:** Defisit pengetahuan

XII. ASPEK MEDIK

Diagnosa Medik : Skizofrenia

Terapi Medik : Terapi lanjutan kontrol rutin ke RS

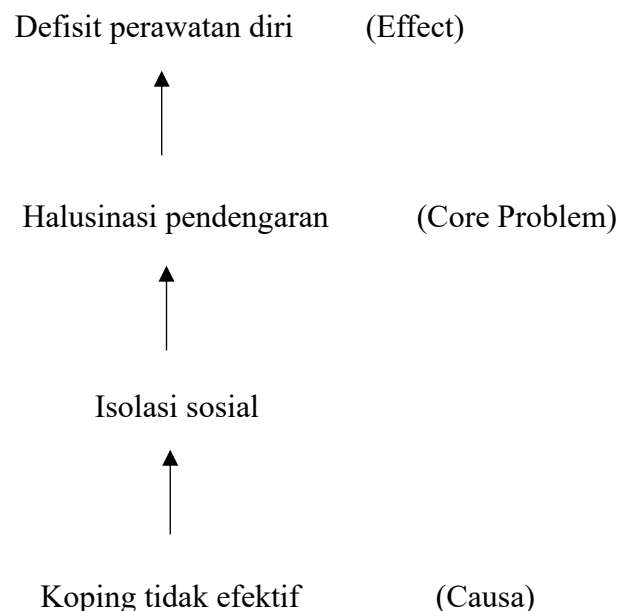
XIII. DAFTAR MASALAH

1. Gangguan persepsi sensor: Halusinasi pendengaran

XIV. ANALISA DATA

DATA	MASALAH
DS: Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam akan mendorong dirinya ke sumur dan suara muncul saat sendiri serta suasana sepi, suara sering muncul ketika pagi, siang, dan malam terutama saat klien ke toilet. DO - Klien tampak melamun - kurang fokus - Tampak ketakutan - Cepat berubah pikiran	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

XV. POHON MASALAH



XVI. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran b.d ketidakseimbangan neurotransmitter d.d klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dan tampak melamun.

XVII. NURSING CARE PLAN (NCP)

Diagnosa : Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
Pasien mampu: 1. Mengenali halusinasi yang dialaminya 2. Mengontrol halusinasinya 3. Mengikuti program pengobatan	Setelah 1x pertemuan, pasien dapat menyebutkan: 1. Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan 2. Mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi	SP I 1. Bantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) 2. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Tahapan tindakannya meliputi: a. Jelaskan cara menghardik halusinasi b. Peragakan cara menghardik c. Minta pasien memperagakan ulang d. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien e. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
	Setelah 1x pertemuan, pasien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) 2. Tanyakan program pengobatan 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4. Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program 5. Jelaskan akibat bila putus obat 6. Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat 7. Jelaskan pengobatan (5B) 8. Latih pasien minum obat 9. Masukkan dalam jadwal harian pasien
	Setelah 1x pertemuan pasien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan 2) 2. Latih berbicara / bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
	Setelah 1x pertemuan, pasien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya	SP 4 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2&3) 2. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul Tahapannya : a. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi b. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien c. Latih pasien melakukan aktivitas senam <i>aerobic low impact</i> d. Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam)

		e. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku pasien yang (+)
Keluarga mampu : Merawat pasien di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien	Setelah 1x pertemuan keluarga mampu menjelaskan tentang halusinasi	SP 1 1. Identifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien 2. Jelaskan tentang halusinasi : 3. Pengertian halusinasi 4. Jenis halusinasi yang dialami pasien 5. Tanda dan gejala halusinasi 6. Cara merawat pasien halusinasi (cara berkomunikasi, pemberian obat & pemberian aktivitas kepada pasien) 7. Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau 8. Bermain peran cara merawat 9. Rencana tindak lanjut keluarga, jadwal keluarga untuk merawat pasien
	Setelah 1x pertemuan keluarga mampu : 1. Menyelesaikan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara merawat pasien	SP 2 1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1) 2. Latih keluarga merawat pasien 3. RTL keluarga / jadwal keluarga untuk merawat pasien
	Setelah 1x pertemuan keluarga mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara merawat pasien serta mampu membuat RTL	SP 3 1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 2) 2. Latih keluarga merawat pasien 3. RTL keluarga / jadwal keluarga untuk merawat pasien
	Setelah 1x pertemuan keluarga mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Melaksanakan Follow Up rujukan	SP 4 1. Evaluasi kemampuan keluarga 2. Evaluasi kemampuan pasien 3. RTL Keluarga : 4. Follow Up 5. Rujukan

XVIII. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama Pasien: Ny. R

Nomor CM:

Jenis Kelamin: Perempuan

Diagnosis Medis: Skizofrenia

Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan Nama
DS: Klien mengatakan sering mendengar suara yang mengancam akan mendorong dirinya ke sumur. Suara muncul ketika sendiri dan suasana sepi terutama dekat sumur. Klien mengatakan merasa takut dan sulit tidur saat suara muncul. DO: Klien tampak melamun, kontak mata kurang, tampak takut, dan kurang fokus DX: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran	18 April 2026 pukul 09.30 SP 1: 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Mengidentifikasi isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus dan respon terhadap halusinasi. 3. Mendiskusikan perasaan klien saat halusinasi muncul. 4. Mengajarkan teknik menghardik. 5. Memotivasi klien memperagakan cara menghardik. 6. Memasukkan latihan menghardik ke jadwal harian. SP 2: 1. Menanyakan program pengobatan 2. Menjelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 3. Menjelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program 4. Menjelaskan akibat bila putus obat 5. Menjelaskan pengobatan (5B) 6. Melatih pasien minum obat SP 4: Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul yaitu dengan aktivitas senam <i>aerobic low impact</i>	18 April 2026 pukul 10.10 S: Klien mengatakan sudah mengetahui cara menghardik halusinasi, cara minum obat yang baik dan benar serta bisa mengikuti gerakan senam O: - Klien mampu menyebutkan isi dan waktu munculnya halusinasi serta mampu memperagakan teknik menghardik - klien mampu menyebutkan manfaat dari program pengobatan - Klien mampu membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakan latihan senam <i>aerobic low impact</i> A: Masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran teratasi sebagian P: - Evaluasi SP 1,2 dan 4 - Latih kembali SP 2 dan 4 - Memasukkan kegiatan dalam jadwal harian	Rachel R.L

	RTL 1. Evaluasi SP 1,2 dan 4 2. Latih kembali SP 2 dan 4 3. Memasukan kegiatan dalam jadwal harian		
--	---	--	--

Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan Nama
DS: Klien mengatakan suara masih muncul pada malam hari dan klien terkadang malas minum obat karena merasa obat terlalu banyak DO: Klien tampak lesu, kurang fokus dan masih sering melamun saat wawancara. DX: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran	20 April 2026 pukul 08.30 SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2,4) 2. Menanyakan kepatuhan minum obat 3. Menjelaskan kembali pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4. Menjelaskan kembali pengobatan (5B) 5. Melatih pasien minum obat 6. Memasukkan dalam jadwal harian pasien SP 4: Melatih kembali kegiatan agar halusinasi tidak muncul yaitu dengan aktivitas senam <i>aerobic low impact</i> RTL 1. Evaluasi SP 2 dan 4 2. Latih SP 3 (bercakap-cakap) 3. Memasukan kegiatan dalam jadwal harian	20 April 2026 pukul 09.00 S: Klien mengatakan sering terlewat minum obat malam hari dan terkadang malas untuk minum obat tetapi akan diusahakan untuk patuh minum obat O: 1. Klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Klien mampu menyebutkan manfaat dari program pengobatan dan 5 benar minum obat. A: Halusinasi masih ada P: 1. Evaluasi SP 2 dan 4 2. Latih SP 3 (bercakap-cakap) 3. Memasukan kegiatan dalam jadwal harian	Rachel R.L

Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan Nama
DS: Klien mengatakan suara masih terkadang muncul tetapi sudah berkurang DO: Klien tampak lebih kooperatif, lebih fokus dan lebih tenang saat diajak berbicara. DX: Gangguan persepsi sensoris: Halusinasi pendengaran	22 April 2026 pukul 08.30 SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu 2. Menanyakan kepatuhan minum obat 3. Melatih kembali pasien minum obat SP 4 Melatih kembali kegiatan agar halusinasi tidak muncul yaitu dengan aktivitas senam <i>aerobic low impact</i> SP 3 Melatih berbicara / bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul RTL: - Evaluasi kegiatan sebelumnya - Latih SP 2 dan 4 - Memasukan kegiatan dalam jadwal harian	22 April 2026 pukul 09.00 S: Klien mengatakan saat bercakap-cakap suara menjadi berkurang, klien mengatakan sudah patuh minum obat sesuai jadwal dan merasa lebih baik dan lebih ceria O: - Klien mampu memperagakan cara bercakap-cakap dengan baik - Klien tampak lebih ceria - klien mengikuti senam dengan baik A: Masalah teratasi sebagian P: - Evaluasi kegiatan sebelumnya - Latih SP 2 dan 4 - Memasukan kegiatan dalam jadwal harian	Rachel R.L

Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan Nama
DS: Klien mengatakan suara akan berkurang jika berbicara dengan orang lain dan klien mulai mencoba berbicara dengan keluarga, klien juga mengatakan merasa lebih rileks setelah melakukan	23 April 2026 pukul 09.00 SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu 2. Mengevaluasi kepatuhan minum obat SP 4: Melatih kembali kegiatan agar halusinasi tidak muncul yaitu dengan aktivitas senam <i>aerobic low impact</i>	23 April 2026 pukul 09.25 S: Klien mengatakan sudah minum obat sesuai jadwal, klien mengatakan merasa nyaman setelah senam dan suara menjadi berkurang O: Klien mampu mengikuti aktivitas senam dan menjalankan jadwal aktivitas harian sederhana.	

senam aerobik low impact dan suara mulai jarang muncul. DO: Klien tampak lebih bersemangat, mengikuti gerakan senam dengan baik dan tidak terlalu banyak melamun. DX: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran	RTL: - Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan - Latih SP 4 dan evaluasi SP 2 - Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) - Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku pasien yang (+)	A: Masalah teratasi sebagian P: - Evaluasi SP 1, 2, 3 dan 4 - Latih SP 4 dan evaluasi SP 2 - Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) - Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku pasien yang (+)	Rachel R.L
--	--	--	------------

Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan Nama
DS: Klien mengatakan suara akan berkurang jika berbicara dengan orang lain dan klien mulai mencoba berbicara dengan keluarga, klien juga mengatakan merasa lebih rileks setelah melakukan senam aerobik low impact dan suara mulai jarang muncul. DO: Klien tampak lebih bersemangat, mengikuti gerakan senam dengan baik dan tidak terlalu banyak melamun.	24 April 2026 pukul 08.45 SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu 2. Mengevaluasi kepatuhan minum obat SP 4: Melatih kembali kegiatan agar halusinasi tidak muncul yaitu dengan aktivitas senam <i>aerobic low impact</i>	24 April 2026 pukul 09.30 S: Klien mengatakan mampu mengontrol halusinasi dan merasa lebih nyaman O: Klien tampak lebih tenang, fokus meningkat dan mampu mengikuti instruksi dengan baik. A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan secara mandiri	Rachel R.L

DX: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran			
---	--	--	--

Lampiran 7 Lembar Observasi Klien

LEMBAR OBSERVASI HARIAN

Keterangan:

Beri tanda ceklis (✓) pada kotak yang tersedia dengan ketentuan sebagai berikut:

- A. Menceklis (YA) apabila responden melakukan teknik Cognitive Behavior Therapy (CBT)
- B. Menceklis (TIDAK) apabila klien tidak melakukan teknik Cognitive Behavior Therapy (CBT)
- C. Menulis kata (M/D) apabila responden melakukan Cognitive Behavior Therapy
 M : Mandiri
 B : Dibantu

No	Hari/Tanggal	Senam		Minum obat	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Sabtu, 18 April 2026	✓		✓	
2.	Senin, 20 April 2026	✓			✓
3.	Rabu, 22 April 2026	✓		✓	
4.	Kamis, 23 April 2026	✓		✓	
5.	Jum'at, 24 April 2026	✓		✓	

Lampiran 8 Inform Consent

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai KTI / TA yang akan dilakukan oleh : Rachel Rizkyani Lyanaroos dengan judul : IMPLEMENTASI TERAPI AKTIVITAS SENAM *AEROBIC LOW IMPACT* DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN DI PUSKESMAS SAMBONGPARI

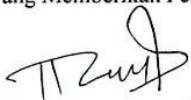
Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada KTI / TA ini secara sukarena tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama studi kasus KTI / TA ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Tasikmalaya, 14 April 2026

Pelaksana,

Yang Memberikan Persetujuan


Rachel Rizkyani


Reihmi, R

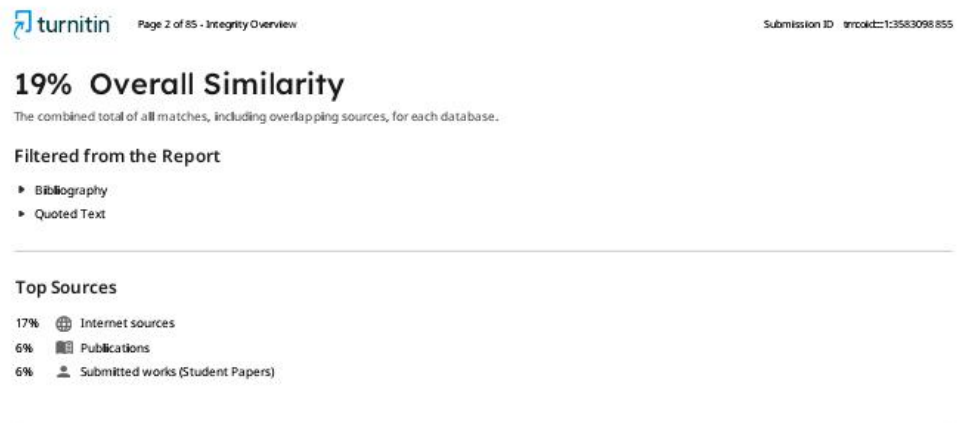
Saksi,


Abil. R

Lampiran 9 Dokumentasi Penelitian



Lampiran 10 Hasil Pengecekan Plagiarisme



Lampiran 11 Data Riwayat Hidup

RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Rachel Rizkyani Lyanaroos
 NIM : P2.06.20.12.3083
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Tempat Tanggal Lahir : Jepara, 04 April 2004
 Alamat : Kp. Sindanggalih, Kelurahan Gnunggede,
 Kecamatan Kawalu, Kota Tasikmalaya

B. Riwayat Pendidikan

1. 2011 – 2016 : SDN Karsamenak
 2. 2016 – 2019 : SMPN 12 Kota Tasikmalaya
 3. 2019 – 2022 : SMAN 7 Kota Tasikmalaya
 4. 2023 – sekarang : Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

C. Riwayat Organisasi

1. Anggota Paduan Suara SMPN 12 Kota Tasikmalaya
 2. Anggota Pramuka SMPN 12 Kota Tasikmalaya
 3. Anggota Paduan Suara SMAN 7 Kota Tasikmalaya
 4. Sekretaris Paskibra SMAN 7 Tasikmalaya
 5. Anggota Kepengurusan Paskibraka Kota Tasikmalaya
 6. Anggota UKM Paduan Suara Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya