



KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA SKIZOFRENIA PARANOID DIRUMAH SAKIT JIWA PROF. DR. M. ILDREMEDAN

Febi Auliani¹, Erita Gustina², Muchti Yuda Pratama³

¹Akademi Keperawatan Kesdam I/BB Medan

²Akademi Keperawatan Kesdam I/BB Medan

³Akademi Keperawatan Kesdam I/BB Medan

E-mail : febiauliani1102@gmail.com

Article History:

Received: 10-09-2024

Revised: 04-10-2024

Accepted: 09-10-2024

Keywords:

Kesehatan Jiwa,
Skizofrenia, Halusinasi
Pendengaran.

Abstract: Kesehatan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara termasuk Indonesia. **Skizofrenia** merupakan kondisi seseorang yang mengalami keretakan jiwa kronis, yang menyebabkan perilaku psikotik dan akan menunjukkan emosi yang ditandai pikiran kacau, delusi, halusinasi dan perilaku aneh. **Halusinasi pendengaran** merupakan kondisi dimana seseorang mendengar suara-suara aneh sehingga tidak dapat mengendalikan antara suara kehidupan nyata dan kehidupan palsu. **Desain penelitian** ini merupakan penelitian deskriptif, menggunakan 2 subjek dengan diagnosa dan masalah yang sama, yaitu Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan. Asuhan keperawatan yang dilakukan mulai dari pengkajian sampai evaluasi dengan menggunakan strategi pelaksanaan yaitu SP 1 sampai SP 4. **Hasil penelitian** dengan Asuhan Keperawatan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, melakukan kegiatan dan sudah mau meminum obat secara teratur. Setelah melakukan penelitian, peneliti dapat mengambil **kesimpulan**, dimana kedua klien memiliki beberapa kesamaan yaitu pada klien 1 dan klien 2 dapat menerima stimulus yang diberikan perawat, dapat berespon verbal.

© 2024 SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa merupakan suatu penyakit yang disebabkan karena adanya kekacauan pikiran, persepsi, tingkah laku dan tidak mampu menyesuaikan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Naomi, 2022).

Skizofrenia merupakan penyakit yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk : berfikir, berkomunikasi, menerima, menafsirkan realitas, merasakan dan termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi dan perilaku aneh (Pardede & Ramadia, 2021).

Perilaku kekerasan merupakan bentuk perilaku agresif yang menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, mempunyai respon marah, diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Perilaku ini dapat menyebabkan cedera terhadap diri pasien maupun orang lain disekitarnya. Komunikasi terapeutik yang diterapkan oleh perawat menjadi salah satu pilihan intervensi bagi pasien dengan perilaku kekerasan (Jatmika, 2020).

Komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa. Terapeutik merupakan segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien. Pelaksanaan komunikasi terapeutik dapat meningkatkan interaksi antara perawat dengan pasien, dimana perawat bisa menjadi teman pasien untuk berbagi cerita tentang permasalahan yang dihadapi pasien sehingga secara tidak langsung pasien memiliki ikatan emosional dengan perawat. Hal ini bisa menjadi salah satu cara untuk mengendalikan emosi sehingga dapat menurunkan risiko perilaku kekerasan dan diharapkan perawat untuk dapat lebih meningkatkan komunikasi terapeutik dan agar dapat dilaksanakan secara terus menerus supaya pasien dengan risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan perilaku maupun sikap yang lebih baik (VS Putri, 2018).

Menurut Jamika, dkk, (2020) sebanyak 35 orang pasien (51,5%) menerima komunikasi terapeutik yang cukup baik dari perawat, dan sebagian sebanyak 37 orang (54,4%) menunjukkan resiko perilaku kekerasan kategori sedang. Dengan demikian diharapkan perawat dapat melatih teknik komunikasi terapeutik dan mengembangkan intervensi keperawatan lainnya untuk perbaikan kondisi pasien sehingga perilaku kekerasan pada pasien dapat berkurang.

World Health Organization (2019), skizofrenia adalah gangguan jiwa mental kronis dan parah yang mempengaruhi 20 juta orang disleuruh dunia. Skizofrenia di tandai dengan distorsi dalam berfikir, persepsi, emosi, bahasa, rasa diri dan perilaku.

Data Riskesdas (2018), didapatkan estimasi prevalensi orang yang pernah menderita *skizofrenia* di Indonesia sebesar 1,8 per 1.000 penduduk. Prevalensi *skizofrenia* Sumatra Utara sebanyak 13.991 orang.

Berdasarkan data yang didapatkan dari RSJ Prof. M. Ildrem Provsu Medan tahun 2018 total pasien 4.341 orang dan yang mengalami resiko perilaku kekerasan sebanyak 3,6% (155 orang) dari tota keseluruhannya (Pardede, 2020).

LANDASAN TEORI

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang memiliki arti terpisah/batu pecah dan *phren* yang berarti jiwa. Secara umum skizofrenia diartikan sebagai pecahnya/ketidakteraturan anatara efek, kognitif, dan perilaku. Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni antara proses pikir, afek atau emosi. Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya. (Melinda Hermawan (2008).

Adapun tipe *skizofrenia* menurut DSM V (2013) antara lain :

1. Paranoid

Merupakan subtype yang paling umum dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu merasa dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

2. Disorganisasi (heberfrenik)

Ciri-cirinya adalah :

- a. Memenuhi kriteria umum skizofrenia.
- b. Biasanya terjadi pada umur 15-44 tahun.
- c. Perilaku tidak bertanggungjawab dan tidak diramalkan kecenderungan untuk selalu menyendiri serta perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan.
- d. Afek tidak wajar sering disertai cekikikan dan perasaan puas diri, senyum-senyum, tertawa, dan lain-lain.
- e. Proses berfikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

3. Katatonik

Gangguan psikomotor terlihat menonjol sering kali muncul bergantian antara mobilitasi motoric dan aktivitas berlebihan. Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya :

- a. Strupor; kehilangan semangat hidup dan senang diam dalam posisi kaku tertentu sambil membisu dan menatap dengan pandangan kosong.
- b. Gaduh gelisah; tampak jelas aktivitas motoric yang tak bertujuan yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal
- c. Menampilkan posisi tubuh tertentu; secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh.
- d. Negativism tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah seperti menolak untuk membetulkan posisi badannya menolak untuk makan, mandi dan lain-lain.

4. Skizofrenia residual

Ciri-cirinya adalah :

- a. Gejala negative dari skizofrenia menonjol seperti pelambanan psikomotorik, aktivitas menurun, afek tidak wajar, pembicaraan inkohoren.
- b. Ada Riwayat psikotik yang jelas seperti waham dan halusinasi di masa lampau (minimal telah berlalu satu tahun) yang memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
- c. Tidak terdapat gangguan mental organic.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus dengan tujuan untuk mengetahui gambaran “ komunikasi terapeutik terhadap risiko perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa skizofrenia paranoid di Rumah sakit jiwa Prof Dr. Muhammad Ildrem tahun 2022” .

1. Pengkajian

Peneliti pengumpulan data secara auto dan allo anamnesa baik yang bersumber dari responden/pasien, keluarga pasien, maupun lembar status pasien.

2. Diagnosis Keperawatan

Peneliti melakukan analisis terhadap semua data yang diperoleh sehingga didapatkan diagnose keperawatan yang diangkat yaitu halusinasi pendengaran.

3. Intervensi Keperawatan

Peneliti menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan mengontrol halusinasi pendengaran.

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan rencana Tindakan yang telah disusun.

5. Evaluasi Keperawatan

Peneliti melakukan penilaian dari hasil yang telah dilaksanakan dalam mengatasi masalah yang terjadi.

HASIL DAN PEMBAHASAN**Tabel 1 Hasil Observasi, Pemeriksaan Fisik**

Psikososial	Klien 1	Klien 2
Tanda-tanda vital	Tekanan Darah : 120/80 Nadi : 20 x/i Suhu : 37 Respirasi : 80 x/i	Tekanan Darah : 110/70 Nadi : 18 x/i Suhu : 36 Respirasi : 90 x/i
Ideal Tubuh	Tinggi badan : 162 Berat badan : 65	Tinggi badan : 165 Berat badan : 65
Hubungan social	1. Orang yang berarti: Ibunya karena ibu yang selalu mengerti keadaan klien 2. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: Klien mengatakan jarang atau tidak pernah berinteraksi atau ikut serta dalam kegiatan kelompok /masyarakat disekitar rumahnya. 3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: Klien mengatakan lebih senang sendiri.	1. Orang yang berarti: klien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya. 2. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: klien kooperatif selalu mengikuti kegiatan dan selalu ikut rehabilitasi. 3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: klien tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.
Spiritual	1. Nilai dan keyakinan: Klien mengatakan beragama Kristen protestan. 2. Kegiatan ibadah: klien selalu menjalankan ibadahnya.	1. Nilai dan keyakinan: klien yakin kalau tuhan itu ada. 2. Kegiatan ibadah: klien selalu menjalankan ibadahnya
Penampilan	Penampilan klien bersih dan rapi.	Penampilan klien gigi kuning, baju tampak bersih dan rapi
Pembicaraan	Cara berbicara cepat dan dapat di pahami dan cepat tersinggung.	Lancar dan selalu menjawab jika ditanya.
Aktivitas motoric	Klien jarang melakukan kegiatan sehari-hari di dalam ruangan	Gelisah karena klien ingin cepat sembuh. melakukan aktivitas diruangan
Alam perasaan	Sedih karena di rawat dirumah sakit.	Khawatir karena suara-suara tidak jelas dan tidak ada wujudnya itu selalu mengganggu klien.

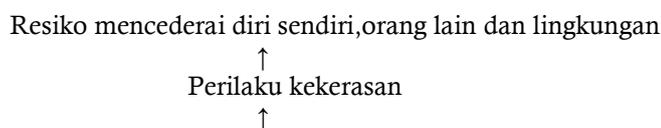
Psikososial	Klien 1	Klien 2
Afek	Klien dapat merespon sesuai dengan stimulus yang di berikan.	Labil disaat ada suara bisikan klien berbicara sendiri, senyum-senyum sendiri, dan kadang gelisah.
Interaksi selama wawancara	Selama wawancara kontak mata kurang, dan suka menunduk, bicara sendiri, mulut komat kamit tidak mengerti.	Kooperatif dan mau menjawab pertanyaan-pertanyaan.
Persepsi	Klien marah-marrah jika kenyamananya terganggu.	Pendengaran, isi: mendengar suara bisikan menyuruh untuk berbicara dengan durasi ± 2 menit, waktu: disaat pagi hari dan malam hari.
Mekanisme Koping	Klien tidak suka diganggu dan lebih suka diam saat mengalami masalah.	Ketika ada masalah klien suka menyendiri dan tidak mau diganggu.

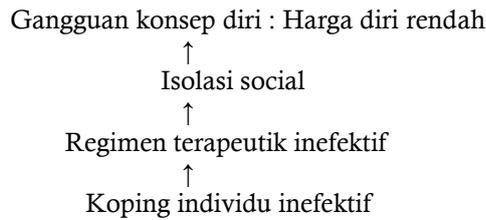
Tabel 2 Analisa Data

No.	Data	Masalah Keperawatan
1.	<p>Klien 1 Data Subjektif : 1. Klien marah-marrah jika ada masalah berbicara kasar dan suka mengancam orang disekitarnya. 2. Klien mengancam dan berbicara kasar. Data Objektif : 1. Klien berbicara sendiri mulut komat kamit. 2. Tangan mengepal</p>	Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
2	<p>Klien 2 Data Subjektif : 1. Pasien sering marah-marrah, mau memukul ayahnya, mengamuk, mudah tersinggung, merusak barang-barang, berbicara kasar, dan suka mengancam orang lain dan lingkungan. Data Objektif : 1. Pasien tidak bias mengontrol emosinya, kadang marah dan mau memukul temannya, jika diganggu.</p>	Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

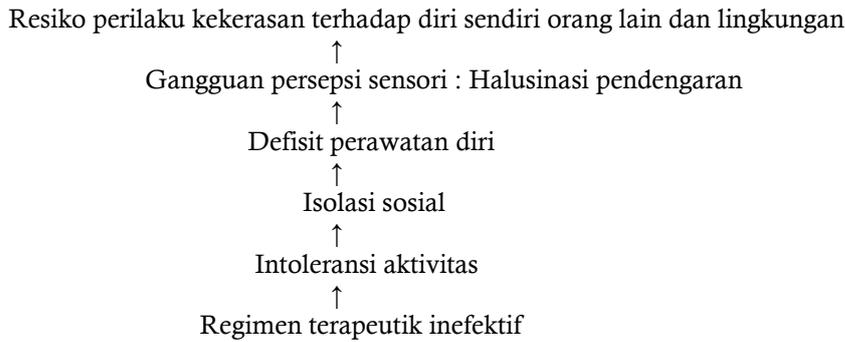
Tabel 4 Pohon Masalah

Kasus 1





Kasus 2



Tabel 5 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Klien 1	Klien 2
Daftar diagnosa keperawatan	Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.	Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Tabel 6 Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa Klien 1

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana keperawatan	Rasional
1.	Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan	Tujuan Umum : klien dapat mengenali, mengontrol marah Tujuan Khusus : SP 1 : perawat dapat membina hubungan saling percaya dengan klien	Setelah dilakukan pertemuan, klien dapat berinteraksi dan berkomunikasi dengan perawat. Evaluasi : klien mau diajak berinteraksi oleh perawat.	1. Bina hubungan saling percaya dengan cara : a. Sapa klien dengan sopan, ramah baik secara verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan. c. Tanyakan nama klien dan nama panggilan klien yang di sukai. d. Jelaskan tujuan dilakukan kontak atau pertemuan dengan klien. 2. Perhatikan kebutuhan dasar klien.	1. Akan membantu mempermu dah kerjasama agar klien lebih kooperatif.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
				3. Identifikasi jenis, isi, dan frekuensi halusinai. 4. Identifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi. 5. Identifikasi respon klien terhadap halusinasi. 6. Latih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.	
		SP 2 : Mengidentifikasi peristiwa yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran otomatis negatif	Setelah dilakukan pertemuan, klien dapat mengetahui cara mengontrol marahnya	1. Adakan kontak sering dan singkat dengan klien. 2. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya. 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain . 4. Bimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian. 5. Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya.	1. Untuk mengurangi waktu kosong bagi klien sehingga klien dapat mengurangi frekuensi marah.
		SP 3 : klien dapat mengendalikan marah dengan kegiatan yang bisa dilakukan.	Setelah dilakukan pertemuan, klien dapat menyebutkan tindakan yang bisa mengendalikan /mengatasi marahnya	1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya. 2. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan bila halusinasi terjadi. 3. Bersama klien merencanakan kegiatan sehari-hari untuk mencegah terjadinya halusinasi. 4. Dorong klien untuk memilih cara yang akan digunakan dalam mengendalikan halusinasi. 5. Dorong klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan cara yang telah dipilih klien untuk mengendalikan halusinasi.	2. Untuk mempermudah klien mengendalikan marahnya dengan teknik yang telah dipilih oleh klien.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
				6. Diskusikan dengan klien hasil upaya yang telah dilakukan.	
		SP 4 : Klien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan marah.	Setelah dilakukan pertemuan klien menyebutkan manfaat dan kerugian minum obat.	1. Evaluasi masalah dan latihannya sebelumnya. 2. Diskusikan dengan klien tentang obat yang akan dikonsumsi untuk mengendalikan halusinasinya. 3. Bantu klien minum obat karena sudah sesuai dengan anjuran dokter. 4. Bantu klien menggunakan obat sesuai 5 prinsip (benar obat, benar dosis, benar klien, benar pemberian dan benar waktu)	1. Meningkatkan kesadaran klien akan pentingnya obat dan kesembuhannya.

Tabel 7 Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa Klien 2

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Rasional
1.	Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.	Tujuan Umum : klien dapat mengenali, mengontrol marah Tujuan Khusus : SP 1 : perawat dapat membina hubungan saling percaya dengan klien	Setelah dilakukan pertemuan, klien dapat berinteraksi dan berkomunikasi dengan perawat. Evaluasi : klien mau diajak berinteraksi oleh perawat.	1. Bina hubungan saling percaya dengan cara : a. Sapa klien dengan sopan, ramah baik secara verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan. c. Tanyakan nama klien dan nama panggilan klien yang disukai. d. Jelaskan tujuan dilakukan kontak atau pertemuan dengan klien. e. Bersikap jujur dan menepati janji. 2. Perhatikan kebutuhan dasar klien.	1. Akan membantu mempermudah kerja sama agar klien lebih kooperatif.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
				3. Identifikasi jenis, isi, dan frekuensi halusinasi. 4. Identifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi. 5. Identifikasi respon klien terhadap halusinasi. 6. Latih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.	
		SP 2 : Mengidentifikasi peristiwa yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran otomatis negative.	Setelah dilakukan pertemuan, klien dapat mengetahui cara mengontrol marahnya	1. Adakan kontak sering dan singkat dengan klien. 2. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya. 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain . 4. Bimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian. 5. Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya.	1. Untuk mengurangi waktu kosong bagi klien sehingga klien dapat mengurangi frekuensi marah.
		SP 3 : klien dapat mengendalikan marah dengan kegiatan yang bisa dilakukan.	Setelah dilakukan pertemuan, klien dapat menyebutkan tindakan yang bisa mengendalikan/mengatasi marahnya	1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya. 2. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan bila halusinasi terjadi. 3. Bersama klien merencanakan kegiatan sehari-hari untuk mencegah terjadinya halusinasi. 4. Dorong klien untuk memilih cara yang akan digunakan dalam mengendalikan halusinasi. 5. Dorong klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan cara yang	1. Untuk mempermu dah klien mengendalikan marahnya dengan teknik yang telah dipilih oleh klien.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
				telah dipilih klien untuk mengendalikan halusinasi. 6. Diskusikan dengan klien hasil upaya yang telah dilakukan.	
		SP 4 : Klien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan marah.	Setelah dilakukan pertemuan klien menyebutkan manfaat dan kerugian minum obat.	1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya. 2. Diskusikan dengan klien tentang obat yang akan dikonsumsi untuk mengendalikan halusinasinya. 3. Bantu klien untuk minum obat karena sudah sesuai dengan anjuran dokter. 4. Bantu klien menggunakan obat sesuai 5 prinsip (benar obat, benar dosis, benar klien, benar pemberian dan benar waktu)	1. Meningkatkan kesadaran klien akan pentingnya obat dan kesembuhannya.

Tabel 8 Implementasi dan Evaluasi Klien 1

No	Hari/Tanggal	Jam	No.Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Senin	08.00 wib	Klien 1 Dx. 1	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih ingat dengan perawat. Klien mengatakan senang berbincang-bincang dengan perawat. Klien mengatakan mau melakukan cara mengontrol marah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Saat berbicara klien sopan dan mau berjabat tangan ekspresi wajah tenang, klien terkesan terbuka. Klien lebih terbuka membicarakan apa yang telah terjadi padanya dari pada masalah pribadinya. Klien mau mengungkapkan perasaannya. Klien mau mengikuti cara mengontrol risiko perilaku kekerasan yang dipraktikkan. <p>A:</p> <p>SP 1 tercapai, klien percaya dan mau terbuka dengan perawat serta klien mau melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan.</p> <p>P:</p>	Febi

No	Hari/Tanggal	Jam	No.D x	Catatan Perkembangan	Paraf
				1. Intervensi dilanjutkan pada diagnosa 1, SP 2 melatih cara mengontrol marah dengan menyebutkan cara menontrol risiko perilaku kekerasan.	
2.	Selasa	10.00 wib		<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih ingat dan mengerti cara mengontrol marah dengan menarik nafas dalam dan memukul bantal/kasur. Klien mengatakan senang bisa berbincang dengan orang lain <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mampu mempraktekkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam. Klien memasukkan latihan ke dalam jadwal harian. Klien mau berbincang dengan orang lain. <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> SP 2 tercapai, klien mengerti dan mampu mempraktekkan cara mengontrol marah dengan nafas dalam dan memukul bantal/kasur. <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> Intervensi dilanjutkan pada diagnosa 1, SP 3 dengan topik mengontrol marah dengan nafas dalam dan memukul bantal/Kasur. 	Febi
3.	Rabu			<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mengerti cara mengontrol secara verbal meminta dengan baik menolak dengan baik mengungkapkan perasaan kesal. Klien mampu menyebutkan cara melakukan marah secara verbal dengan menyebutkannya. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak tenang berbicara dengan perawat. <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> SP 3 tercapai, klien melakukan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol marah. <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> Intervensi dilanjutkan pada diagnosa 1, SP 4 dengan topik manfaat mengkonsumsi obat untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan. 	Febi
4.	Kamis			<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mengerti dengan penjelasan obat berdasarkan warna. Klien mengatakan bisa minum obat teratur. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mau meminum obat secara teratur pagi dan sore hari. <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> SP 4 tercapai, klien mau meminum obat secara teratur di saat pagi dan sore hari. <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> Intervensi dilanjutkan pada diagnosa 1. 	Febi

Tabel 9 Implementasi dan Evaluasi Klien 2

No	Hari/Tanggal	Jam	No.Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Senin	08.00 wib	Klien 2 Dx. 1	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih ingat dengan perawat. 2. Klien mengatakan senang berbincang-bincang dengan perawat. 3. Klien mengatakan mau melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat berbicara klien sopan dan mau berjabat tangan ekspresi wajah tenang, klien terkesan terbuka. 2. Klien lebih terbuka membicarakan apa yang telah terjadi padanya dari pada masalah pribadinya. 3. Klien mau mengungkapkan perasaannya. 4. Klien mampu menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan. <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SP 1 tercapai, klien percaya dan mau terbuka dengan perawat serta klien mau melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan. <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervensi dilanjutkan pada diagnosa 1, SP 2 melatih cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal/Kasur. 	Febi
2.	Selasa	10.00 wib		<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan menarik nafas dalam dan memukul bantal/Kasur. 2. Klien mengatakan tidak ada rasa timbul marah sampai hari ini. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat mampu mempraktekkan cara mengontrol marah dengan menarik nafas dalam dan memukul bantal/Kasur. 2. Klien memasukkan latihan ke dalam jadwal harian. <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SP 2 tercapai, klien mengerti dan mau melakukan tarik nafas dalam dan memukul bantal/kasur. <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervensi dilanjutkan pada diagnosa 1, SP 3 dengan topik mengontrol secara verbal. 	
3.	Rabu			<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mengerti cara mengontrol marah secara verbal meminta adegan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan kesal. 2. Klien mampu melakukan cara mengontrol verbal dengan menyebutkannya. 	Febi

No	Hari/Tanggal	Jam	No.Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
				O : 1. Klien mau melakukan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol marah.	
				A : 1. SP 3 tercapai, klien melakukan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol marah.	
				P : 1. Intervensi dilanjutkan pada diagnosa 1, SP 4 dengan topik manfaat mengkonsumsi obat untuk risiko perilaku kekerasan.	
4.	Kamis			S : 1. Klien mengatakan mengerti dengan penjelasan obat berdasarkan warna. 2. Klien mengatakan bisa minum obat teratur.	Febi
				O : 1. Klien mau meminum obat secara teratur pagi dan sore hari.	
				A : 1. SP 4 tercapai, klien mau meminum obat secara teratur di saat pagi dan sore hari.	
				P : 1. Intervensi dilanjutkan pada diagnosa .	

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pengkajian kedua responden memiliki beberapa kesamaan yaitu pada klien 1 dan klien 2 berjenis kelamin laki-laki, beragama Kristen, tamatan SMA dan SMK, beberapa perbedaan pada klien 1 berumur 42 tahun, suku batak, alamat Medan, tidak bekerja dan klien 2 berumur 30 tahun, suku batak, alamat Medan, mengalami kesedihan pada saat ayahnya menikah lagi.

Diagnosa keperawatan

Berdasarkan dari diagnosa keperawatan didapatkan hasil kedua responden memiliki diagnosa keperawatan yang sama yaitu risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Intervensi dan Implementasi

Hasil dari rencana dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu kedua responden memiliki rencana dan tindakan keperawatan yang sama sesuai dengan SOP dengan memberikan SP 1 (membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi, melatih cara mengontrol marah dengan baik). SP 2 (mengevaluasi SP 1, melatih cara mengontrol marah dengan komunikasi terapeutik dan melatih cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur). SP 3 (mengevaluasi SP 1 dan 2, melatih klien mengendalikan marah dengan kegiatan yang bias dilakukan memasukkan kedalam jadwal), SP 4 (mengevaluasi SP 1, 2, dan 3, mengajarkan tentang minum obat untuk mengendalikan risiko kekerasan).

Evaluasi

Pada hasil evaluasi antara kedua partisipan didapatkan hasil bahwa pada klien 1 dan klien 2, selama 4 hari dilakukan perawatan pada klien 1 dan klien 2, maka dapat di evaluasi bahwa dengan masalah risiko perilaku kekerasan dengan komunikasi terapeutik,

responden mampu mengontrol marah dengan melakukan kegiatan yang bias dilakukan, dapat berinteraksi dengan perawat, sudah mau meminum obat secara teratur.

SARAN

1. Bagi Instansi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Bagi instansi rumah sakit diharapkan sebaiknya pihak manajemen rumah sakit khususnya bidang keperawatan jiwa agar lebih meningkatkan komunikasi terapeutik antara perawat untuk menambahkan jadwal kegiatan bagi klien yang ingin melakukan aktivitas, tambahan diluar aktivitas sehari-hari didalam ruangan.

2. Bagi klien dan keluarga klien

- a. Tingkatkan kerja sama yang baik dengan perawat dan tim kesehatan yang maksimal selama klien berada di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem
- b. Dianjurkan kepada klien dan keluarga agar selalu menjalankan pengobatan dengan tindakan keteraturan minum obat dan rutin kontrol ke rumah sakit.

3. Bagi Akademi Keperawatan Kesdam I/Bukit Barisan Medan

Mampu menyediakan fasilitas dan prasarana bagi mahasiswa yang ingin melakukan penelitian lanjutan tentang komunikasi terapeutik asuhan keperawatan jiwa pada pasien skizofrenia paranoid dengan gangguan risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan yang telah membantu memfasilitasi kegiatan penelitian ini sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik.

DAFTAR REFERENSI

- [1] Halu Febri, dkk, (2022) Penerapan SP 1-4 Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia. Studi: Kasus diakses dari: <https://repository.stikesmucis.ac.id>
- [2] Jatmika, dkk, (2020). Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Jurnal Keperawatan Raflesia, Volume 2 Nomor 1, Mei 2020 ISSN: (p) 2656-6222, 2657-1595, DOI 10.33088/jkr.v2i1.485. diakses dari: <https://jurnal.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id/index.php/jkr>
- [3] Melinda & Hermawan, 2008. Keperawatan Jiwa Bandung: EGC
- [4] Naomi, (2021). Komunikasi Terapeutik Perubahan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa B ina Karsa Medan Tahun 2021. Jurnal Kesehatan dan Fisioterapi (Jurnal KeFis) | e-ISSN : 2808-7171 Volume 2, Nomor 2, April 2002. Diakses dari: <https://ejournal.insightpower.org>.
- [5] Nara Permani, dkk, 2023. Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia pada Pasien Gangguan Jiwa. Journal Of Management Nursing, 191-195. 2(2)2023. Diakses dari: <https://repository.pkr.ac.id>
- [6] Pardede, (2020). Ekspresi Emosi Keluarga Yang Merawat Pasien, Terapi Kognitif Perilaku dan Defisit Perawatan, Diri: Studi Literatur. Diakses dari: <https://repositoty.unmuhjember.ac.id>
- [7] Pardede, & Ramadia. (2021).Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. Jurnal Kesehatan. 11 (2). 189-196.

- Diakses dari: <https://ejournal.poltekkestjk.ac.id/index.php/JK/article/view/1980>
- [8] Riskesdas, (2018). Riset Kesehatan Dasar (Indonesia Basic Health Survey) 2018. Laporan Nasional 2018. <https://doi.org/10.3406/arc.1977.132>
- [9] VS Putri, S Fitrianti, 2018. - Pengaruh strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa-Diakses dari: <https://jab.stikba.ac.id>.
- [10] WHO. Schizophrenia [Internet]. 2019. Available from: Diakses dari: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.