

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam bab ini, penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan teori dengan kenyataan yang ada serta berorientasi pada pemecah masalah dengan argumentasi ilmiah/logis terkait asuhan keperawatan pada Tn. P khususnya dengan penerapan *progressive muscle relaxation therapy* (PMRT) untuk masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan. Dalam pembahasan ini penulis fokus pada analisis hasil pengkajian, analisis diagnosa keperawatan, serta hasil dan pembahasan efektifitas PMRT terhadap risiko perilaku kekerasan di Bangsal Nakula Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta.

A. Analisis Hasil Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan tanggal 25 Juli 2023 diperoleh data, bahwa pasien dibawa keluarganya ke RSJ dengan alasan marah-marah, berteriak tengah malam, tidak nyambung saat diajak bicara, naik atap hingga terjatuh dan terdapat luka jahit di kepala panjang 4cm. Menurut teori Ruswadi (2022) seseorang dengan risiko perilaku kekerasan di rawat di rumah sakit jiwa disebabkan karena individu tersebut telah melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik atau psikis baik kepada dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

Hasil pengkajian presipitasi Tn.P bahwa pasien merasa dikekang keluarga dan tidak boleh ikut kegiatan di masyarakat sehingga sering marah. Selain itu Tn.P mengalami masalah dengan lingkungan yaitu pernah ribut sehingga merasa dijauhi. Kondisi pasien yang dikekang dan tidak diterima oleh lingkungan sekitar menjadi penyebab pasien melakukan tindakan risiko perilaku kekerasan. Menurut (Kandar & Iswanti, 2019) menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah, sehingga agresif dan kekerasan ini dapat memberikan kekuatan dan meningkatkan citra diri pada pasien. Amimi et.al., (2020) menyebutkan bahwa tingkat stres laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan, pada usia dewasa banyak stresor yang

berasal dari lingkungan pekerjaan, rumah tangga, dan masyarakat sehingga seseorang lebih mudah berisiko melakukan perilaku kekerasan.

Menurut teori Stuart (2016) faktor predisposisi pada orang dengan gangguan jiwa ada 4 yaitu perilaku, biologi, psikologi, dan sosial budaya. Aspek perilaku Tn.P menunjukkan agitasi, bersikap sinis dengan orang lain, pandangan tajam, serta belum mampu mengontrol emosinya dengan baik hal ini dibuktikan dengan pembicaraan yang keras dan apatis sesekali nada bicaranya lantang. Ramita et.al., (2023) mengatakan tanda dan gejala bahwa seseorang mengalami risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan gejala terbiasa berbicara dengan kata-kata kasar, tidak suka didebat, pandangan tajam, tubuh terlihat kaku, berbicara dengan suara tinggi dan keras, menyatakan tidak mampu mengontrol emosinya. Selain itu hasil pengkajian aspek perilaku Tn. P yaitu dada berdebar, nadi 122x/menit, dan tubuh terlihat kaku Meylina & Sarotama (2019) menyatakan nilai normal nadi pada orang dewasa yaitu 60-100x/menit, sedangkan yang tidak normal yaitu <45x/menit dan >100 x/menit. Pada Tn.P nadi lebih dari 100 dimana detak jantung yang semakin cepat menandakan pasien gelisah. Respon fisiologis ini muncul dikarenakan aktivitas sistem saraf otonom yang menyebabkan supresi dari sistem saraf parasimpatis dan aktivasi dari sistem saraf simpatis. Hal tersebut akan meningkatkan sekresi dari hormon epinefrin dan norepinefrin ke dalam peredaran darah, yang menyebabkan berbagai efek dalam tubuh salah satunya peningkatan denyut jantung dan tubuh terlihat kaku. Hal tersebut disebut dengan reaksi "*fight or flight*" yaitu terjadinya perubahan fisiologis tubuh terhadap risiko perilaku kekerasan. Dalam reaksi "*fight or flight*", korteks (sistem saraf pusat) akan memicu hipotalamus untuk melepaskan *corticotrophin releasing hormone* (CRH) yang menstimulasi pelepasan dari kortisol dan norepinefrin, sedangkan sistem saraf simpatis akan mengaktifkan sekresi dari hormon stres. Jika stresor sudah hilang, maka terjadilah suatu feedback negatif oleh sistem saraf perifer untuk menghentikan produksi kortisol, dan menyeimbangkan sistem saraf simpatovagal melalui homeostasis antara sistem saraf parasimpatis (vagal) dan simpatis Smeltzer (2015).

Aspek biologis Tn. P yaitu pasien mengalami disfungsi kognitif dimana selama wawancara terlihat kebingungan, disorientasi waktu dan orang, konsentrasi mudah beralih, proses pikir yang *fligh of idea* serta riwayat opname tiga kali. Sadock et.al (2017) menjelaskan bahwa pasien dengan skizofrenia biasanya menunjukkan disfungsi kognitif dalam domain perhatian, fungsi eksekutif, memori kerja, dan memori episodik. Meskipun gangguan ini tidak dapat berfungsi sebagai alat diagnostik, tetapi hal ini berkaitan dengan hasil fungsional penyakit dan memiliki nilai klinis sebagai perencanaan pengobatan. Gangguan kognitif timbul ketika pasien mengalami episode pertama dan sebagian besar menetap selama perjalanan penyakit awal. Faktor neurobiologi merupakan salah satu faktor yang juga memengaruhi fungsi kognitif. Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skzofrenia. Selain itu faktor yang melatarbelakangi seseorang mengalami risiko perilaku kekerasan yaitu memiliki gangguan jiwa dimasa lalu (Stuart, 2016). Frekuensi masuk rumah sakit pada pasien risiko perilaku kekerasan rata-rata pernah dirawat lebih dari 2 kali. Kandar & Iswanti (2019) menegaskan bahwa pentingnya menjaga kepatuhan terhadap pengobatan guna mencegah kekambuhan dan perawatan berulang.

Sementara aspek psikologi Tn.P menunjukkan bahwa pasien merasa gagal menjadi suami karena penghasilan yang pas-pasan, kurang puas sebagai dirinya yang tidak bekerja semenjak sakit, merasa tidak dihargai oleh keluarganya, serta jarang berkomunikasi dengan teman. Menurut Stuart (2016) bahwa faktor psikologis meliputi konsep diri, kepribadian ketrampilan komunikasi. Komunikasi yang kurang akibat dari kepribadian tertutup akan mendukung risiko perilaku kekerasan. Individu dengan tipe kepribadian tertutup lebih tertuju pada sifat yang suka menghayal, merenung dan ragu dalam mencapai keputusan akhir. Apabila kondisi ini berlebihan dan tidak terpenuhi maka individu akan frustrasi. Sementara Direja et.al., (2021) menjelaskan bahwa awal mula terjadinya risiko perilaku kekerasan dimulai dari gangguan konsep diri yaitu harga diri rendah. Harga diri rendah kronis

terjadi akibat kelanjutan dari harga diri situasional yang tidak terselesaikan. Awalnya yaitu individu berada pada situasi penuh dengan stresor yang tidak terselesaikan sehingga timbul pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi peran. Tanda dan gejala yang muncul dari Tn. P menunjukkan harga diri rendah yaitu saat observasi tampak lesu, afek datar, kontak mata kurang, tidak bersemangat, konsentrasi menurun, dan alam perasaan menunjukkan sedih. Sehingga dapat disimpulkan bahwa Tn.P mengalami harga diri rendah

Aspek yang terakhir yaitu sosial budaya, kondisi yang dialami Tn. P yaitu kehilangan pekerjaan serta penghasilannya dalam kategori rendah. Teori Townsend (2014) menjelaskan bahwa faktor sosial ekonomi rendah menjadi faktor terjadinya gangguan jiwa dan menyebabkan perilaku agresif dibandingkan dengan orang dengan ekonomi tinggi. Rendahnya tingkat ekonomi berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan keluarga, kondisi ini akan menjadikan individu merasa frustrasi sehingga memunculkan perasaan marah dan berisiko melakukan perilaku kekerasan baik terhadap diri sendiri ataupun orang lain. Kondisi lain yang dialami Tn.P yaitu merasa tidak dihargai di keluarga, sudah tidak pernah mengikuti kegiatan di lingkungan, merasa gagal menjadi suami, masyarakat membenci dan menjauhinya. Kondisi ini sesuai dengan teori Stuart (2016) bahwa aspek sosio kultural meliputi disfungsi dalam keluarga, konflik lingkungan, gangguan komunikasi, serta tidak mempunya seorang dalam memenuhi tugas perkembangannya. Seseorang akan marah apabila dirinya terancam, baik secara fisik, psikis, atau ancaman terhadap konsep diri. Emosi akan meningkat jika seseorang mendapatkan penghinaan, kekerasan, kehilangan, konflik dengan teman maupun keluarga, dan permasalahan internal. Hal inilah yang akan menyebabkan risiko perilaku kekerasan (Kandar & Iswanti, 2019).

Dari faktor diatas dapat disimpulkan bahwa pasien Tn.P berada di rentang respon 4 (agresif) dengan tanda dan gejala yaitu perilaku agitasi, mondar-mandir, menghindari kontak dengan orang lain, membahayakan diri sendiri, bersikap sinis dengan orang lain, pandangan tajam, pembicaraan yang

keras sesekali nada bicaranya lantang, dada berdebar, dan tubuh terlihat kaku Menurut Aroviani & Nirman (2021) seseorang yang memiliki perilaku agresif cenderung memperlihatkan sikap bermusuhan, cepat marah, dan memiliki keyakinan yang tidak rasional. Selain itu tanda dan gejala agresif dapat dilihat dari kemarahan yang sifatnya tersembunyi namun dapat terlihat perbuatannya menyakiti orang lain, seperti muka marah, mata melotot, tubuh tegang, tangan menggepal, mengancam, dan nada bicara keras. Rentang agresif dalam risiko perilaku kekerasan ini merupakan perilaku yang menyertai kemarahan namun kurangnya kontrol diri yang mengakibatkan ketidakmampuan individu untuk menghargai serta berempati terhadap orang lain. Apabila perilaku agresif ini tidak ditangani dengan tepat, maka akan berdampak pada munculnya perilaku amuk seperti mencederai diri sendiri, orang lain, maupun lingkungannya (Pardede et al. 2020). Oleh karena itu diperlukan penatalaksanaan yang tepat untuk mengontrol atau menghilangkan perasaan-perasaan negatif pada pasien agar mampu mengemukakannya secara verbal maupun nonverbal.

Dari hasil observasi diatas dapat terlihat beberapa masalah dari faktor predisposisi. Bahwasanya tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan Tn. P berasal dari faktor perilaku, sementara faktor psikologis dan sosial budaya Tn.P mengarah ke gangguan konsep diri yaitu harga diri rendah, hal lain yaitu faktor biologi yang menyebabkan Tn. P mengalami gangguan kognitif.

B. Analisa diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data yang ditemukan dari pengkajian Tn.P, maka penulis menegakkan tiga diagnosa yaitu risiko perilaku kekerasan (D,0146), harga diri rendah kronis (D.0086), dan gangguan memori (D,0062). Risiko perilaku kekerasan sebagai diagnosa utama dikarenakan gejala yang ditunjukkan pasien lebih dominan dan berdampak kepada diri sendiri, orang lain atau lingkungan sehingga diagnosa ini perlu penanganan yang segera. Meskipun diagnosa risiko perilaku kekerasan bukan diagnosa aktual dan masih dalam kategori risiko namun hal ini penting kita tangani untuk mencegah terjadinya masalah aktual yaitu perilaku kekerasan. Sesuai dengan pohon masalah maka

diagnosa keperawatan utama yaitu risiko perilaku kekerasan. Hal ini sesuai dengan teori Avelina et.al., (2022) bahwa risiko perilaku kekerasan ditetapkan sebagai *core problem*. Sedangkan harga diri rendah kronis penulis ditetapkan sebagai diagnosa kedua hal ini merupakan penyebab munculnya risiko perilaku kekerasan. Menurut Avelina et.al., (2022) harga diri rendah merupakan *causa* atau penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan.

Sementara gangguan memori penulis tetapkan sebagai diagnosa terakhir, hal ini berdasarkan (Ruswadi, 2022) bahwa diagnosa terakhir merupakan diagnosa pendamping yang terjadi sesuai dengan kondisi individu. Pasien dengan risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan respon kognitif berupa gangguan proses pikir. Stuart (2016) menyebutkan respon kognitif merupakan hasil penilaian terhadap kejadian yang menekan, pilihan koping yang digunakan, reaksi emosional, fisiologis, perilaku dan sosial individu. Setelah terjadi penilaian kognitif terhadap situasi, individu akan menampilkan respon afektif yang dimunculkan dengan emosi berupa marah, gembira, sedih, menerima, antisipasi atau respon emosi lainnya. Sehingga dapat disimpulkan dari pernyataan diatas bahwa pasien dengan risiko perilaku kekerasan akan mengalami perubahan pada respon kognitif yang nantinya berpengaruh terhadap respon afektif yang dimunculkan dalam bentuk emosi seperti kemarahan.

C. Hasil dan Pembahasan

1. Hasil

Berdasarkan diagnosa keperawatan penulis berfokus pada risiko perilaku kekerasan salah satunya dengan melatih *progressive muscle relaxation therapy* (PMRT). Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari maka diperoleh tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dirasakan pasien berkurang tiap harinya. Hasil evaluasi hari pertama tanggal 25 Juli 2023 indikator dalam SLKI yaitu suara keras dan alam perasaan depresi pasien masih dalam skor 2 dengan angka target 4, hal ini dibuktikan dengan wawancara pada pasien yaitu masih merasakan

dada berdebar, jengkel, belum bisa mengontrol marah dengan PMRT, suasana hati masih sedih, hasil observasi yaitu pasien tampak tidak bersemangat, suara pasien kadang-kadang keras dan aktivitas motorik agitasi. Evaluasi hari kedua tanggal 26 Juli 2023, didapatkan hasil suara keras dan alam perasaan depresi berada dalam kategori sedang dengan skor 3 dari target 4, hal ini dibuktikan dengan; pasien mengatakan suasana hati sudah merasa senang, dan suara pasien sudah menurun. Kemudian dilanjutkan dengan intervensi hari ketiga tanggal 27 Juli 2023 dan didapatkan hasil perilaku agresif, suara keras, dan alam perasaan depresi pada pasien sudah sesuai target yaitu skor 4 dalam SLKI.

Hasil observasi risiko perilaku kekerasan sebelum dan sesudah PMRT dinyatakan efektif dapat dilihat berdasarkan aspek kognitif, afektif, fisiologi, perilaku dan sosial, yang tersaji dalam tabel berikut :

Tabel 5. 1 Persentase Pre-Post PMRT Tn. P

Aspek	Sebelum (Pre)	Sesudah (Post)		
		H 1	H 2	H 3
Kognitif	66,6%	25%	16,6%	16,6 %
Afektif	41,6%	8,3%	8,3%	0%
Fisiologi	44,4%	11,1%	0%	0%
Perilaku	44,4%	11,1%	11,1%	0%
Sosial	60%	20%	20%	0%

Hasil ini menunjukkan bahwa aspek kognitif pasien sangat menonjol. Dimana respon kognitif yang ditunjukkan pasien berupa perubahan isi pikir, *flight of idea*, kurang konsentrasi dan mudah putus asa. Sedangkan dilihat dari respon perilaku dan fisiologi pasien menunjukkan mondar-mandir, suara tinggi/keras, merasa berdebar-debar, dan pandangan tajam. Hal ini mengindikasikan bahwa pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

Perbedaan hasil sebelum dan sesudah dilakukan tindakan terlihat penurunan dari masing-masing aspek. Hal ini dikarenakan sebelum tindakan PMRT pasien masih belum mampu mengontrol perilaku kekerasannya secara mandiri. Sementara sesudah dilakukan PMRT terdapat perubahan hasil ini dibuktikan dengan pernyataan pasien yang mengatakan sudah mampu menerapkan PMRT saat marah, tidak

langsung melampiaskan kemarahan ke orang lain ataupun lingkungan sekitar.

2. Pembahasan

Berdasarkan hasil persentase dinyatakan bahwa PMRT ini efektif untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien Tn.P. Hasil ini sesuai dengan Pardede et.al., (2020) dimana terdapat pengaruh yang signifikan pada perubahan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia sebelum dan sesudah dilakukan PMRT dilihat dari aspek kognitif, afektif, fisiologi, perilaku dan sosial. Pemberian PMRT memiliki manfaat untuk menurunkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan. Untuk mencapai efektifitas dari PMRT ini penulis memperhatikan lingkungan yang tenang, posisi yang nyaman, dan keadaan pasien yang kooperatif sehingga dapat memaksimalkan tindakan.

Progressive muscle relaxation therapy bertujuan untuk meningkatkan kemampuan mengontrol marah, hal ini dinyatakan oleh Qoimatun (2021) bahwa PMRT dapat meningkatkan ketrampilan dasar relaksasi untuk mengontrol marah dan memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres. Selain itu PMRT bermanfaat untuk meningkatkan produksi serotonin yang berkaitan dengan mood. Menurut Pardede et al., (2020) PMRT adalah terapi yang berfokus pada suatu aktivitas otot dengan mengenali otot yang tegang kemudian menurunkan dengan melakukan rileksasi. Intervensi ini dilakukan dari bagian tubuh paling atas kemudian berlanjut sampai bawah. Dengan dilakukannya PMRT ini secara rutin maka dapat mengurangi ketegangan yang dialami pada pasien risiko perilaku kekerasan.

Dilihat perubahan tanda dan gejala pada pasien, hal ini sesuai dengan teori Pardede et.al., (2020) yang menyatakan bahwa PMRT sangat mempengaruhi emosional pasien. Sehingga aspek kognitif, afektif, fisiologi, perilaku dan sosial mampu teratasi. Dengan melakukan

latihan PMRT, maka dapat merileksasi seluruh organ tubuh dalam keadaan tegang sehingga pasien risiko perilaku kekerasan mampu mengontrolnya saat marah.

Namun dalam aspek kognitif ini penulis belum berhasil mengatasinya sepenuhnya. Hasil yang didapatkan berdasarkan lembar observasi yaitu pembicaraan *flight of idea* dan konsentrasi masih menunjukkan gejala sampai hari ke tiga. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi pasien yang mengalami gangguan kognitif yaitu gangguan memori yang ditandai dengan disorientasi waktu dan orang, serta gangguan daya ingat. Menurut Sadock et.al., (2017) bahwa gangguan fungsi kognitif merupakan gangguan yang wajar pada pasien skizofrenia. Gangguan kognitif timbul ketika pasien mengalami episode pertama dan sebagian besar menetap selama perjalanan penyakit awal. Hal ini berhubungan dengan neurotransmitter. Neurotransmitter merupakan zat kimia otak yang di edarkan ke seluruh neuron melalui sinap, sehingga menghasilkan komunikasi antara otak dan struktur otak lain. Peningkatan atau penurunan zat ini dapat mempengaruhi perilaku, perubahan keseimbangan zat ini dapat memperburuk atau menghambat perilaku agresif. (Stuart, 2016).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa berbagai neurotransmitter (epinefrin, norepinefrin, dopamine, acetylcholine dan serotonin) berperan rangsangan agresif. Satrio (2015) menyatakan bahwa serotonin berperan sebagai inhibitor utama perilaku agresif, dengan demikian kadar serotonin yang rendah dapat menyebabkan peningkatan perilaku agresif, selain itu peningkatan aktivitas dopamine dan norpinefrin di otak dikaitkan dengan peningkatan perilaku kekerasan yang impulsif. Neurotransmitter lain yang berkaitan dengan perilaku agresif adalah dopamine, norpinefrin, dan acetylcholine serta asam amino gamma-aminobutyric-acid (GABA). Korteks prefrontal juga berperan penting dalam menghambat perilaku agresif. Area spesifik pada korteks prefrontal adalah region orbitofrontal. Stimulasi pada area ini mencegah

marah dan agresif. Lesi pada area ini menyebabkan perilaku impulsif (Satrio, 2015).

Terapi PMRT belum mengarahkan intervensinya secara langsung kepada kognitif pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Untuk itu agar intervensi lebih optimal maka perlu adanya kolaborasi suatu terapi yang mengarah pada kognitif dan perilaku. Adapun terapi yang dapat dilakukan yaitu *cognitive behavioral therapy* (CBT). Pemberian CBT secara signifikan dapat menurunkan gejala perilaku kekerasan yang ditandai dengan penurunan gejala kognitif, emosi, dan perilaku sehingga perilaku agresif yang dialami pasien dapat dikontrol dan perilaku kekerasan dapat dicegah Pardede et.al (2020). CBT merupakan salah satu psikoterapi dengan berkonsultasi pada ahli seperti psikolog atau psikiater yang tujuannya untuk mengubah pola pikir dan perilaku Siauta et.al (2020).

Dalam pelaksanaan terapi CBT, pasien difokuskan untuk mengubah pemikiran, perasaan, dan perilaku sehingga dapat mengontrol dan mengendalikan perilaku agresif yang muncul. Pasien dilatih untuk bisa mengenali pikiran negatif dan salah dari berbagai kejadian sebelumnya yang dapat menimbulkan ancaman, mengenali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya, dilatih untuk menilai akibat dari perilaku kekerasan yang telah dilakukannya, dilatih untuk melawan perspektif yang tidak nyata dengan menunjukkan fakta yang ada guna meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol perasaannya serta meningkatkan pikiran yang rasional dan logis sehingga pasien akan merasa tenang, merasa lebih berharga dan dibutuhkan, merasa terlindungi sehingga perilaku agresif dan kekerasan dapat dikontrol. (Thalib & Abdullah, 2022). Dapat disimpulkan bahwa pemberian CBT secara signifikan dapat mempengaruhi peningkatan kemampuan pasien risiko perilaku kekerasan dalam mengontrol perilaku agresif yang dirasakan, ditandai dengan perubahan respon kognitif, emosi dan perilaku. Oleh karena itu, disarankan kepada perawat atau *caregiver*

dengan pasien risiko perilaku kekerasan agar berkolaborasi dengan spesialis lain guna memberikan perhatian dan dukungan psikologis sehingga pasien merasa lebih aman, dihargai, diperhatikan dan merasa dibutuhkan sehingga dapat mencegah perilaku agresif yang mengarah pada perilaku kekerasan.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA