

## THE RISK OF VIOLENT BEHAVIOR : A CASE STUDY

Nyi Rd Mega Aroviani <sup>1)</sup> Susanti Niman<sup>2)\*</sup>

<sup>1)</sup>Diploma 3 nursing programme student STIKes Santo Borromeus

<sup>2)</sup>Mental health Departement STIKes Santo Borromeus, Padalarang Indonesia

### ABSTRAK

**Background:** Risk Violent behavior is an individual condition that will endanger oneself, others, family and society. Individuals at risk of violent behavior need psychiatric nursing care to overcome the nursing problems they experience. This study aims to discuss nursing care comprehensively from assessment to evaluation of clients at risk of violent behavior.

**Case report:** The results of the client have a history of traffic accidents and experienced a collision in the head area but at the request of the family, surgery was carried out. After the accident, the family got changes in the client, namely irritability, tantrums, talking and smiling by themselves and seeing things that were not tangible. The implementation of nursing is given to clients in the form of physical exercises: deep breaths and hitting the pillow mattress, assertive exercises and spiritual exercises. The client's family is given nursing education about how to care for the client. The nursing evaluation found that the client was able to do physical exercise and assertive exercise. Families can recognize problems and motivate clients to do the exercises that have been taught by the nurse.

**Conclusion:** The risk of violent behavior is one of the mental nursing problems that can be found in clients with mental disorders with a history of head trauma.

### Resiko Perilaku Kekerasan : studi kasus

**Latar belakang:** Resiko Perilaku kekerasan merupakan kondisi individu yang akan membahayakan bagi diri sendiri, orang lain, keluarga dan masyarakat. Individu dengan resiko perilaku kekerasan membutuhkan asuhan keperawatan jiwa untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami. Studi ini bertujuan untuk mendiskusikan asuhan keperawatan secara komperhensif mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi pada klien resiko perilaku kekerasan.

**Laporan kasus:** Hasil klien memiliki riwayat kecelakaan lalu lintas dan mengalami benturan daerah kepala namun atas

### Informasi

\*Corresponden Author: Susanti Niman, email: [susantiniman@gmail.com](mailto:susantiniman@gmail.com)

Submitted: 03 Agustus 2021

Approved: 05 Agustus 2021

Published: 15 Agustus 2021

Copyright: © 2021 Niman, S., et al.

Ini adalah artikel open acces yang didistribusikan dibawah Universitas Timor, memungkinkan untuk penggunaan, distribusi dan reproduksi dalam media apa pun, asalkan karya asli dikutip / disitasi dengan benar.

**Kata kunci:** nursing care; the risk of violent behavior

**DOI:** <https://doi.org/10.32938/jsk.v3i02.1376>

permintaan keluarga dilakukan tindakan operatif. Pasca kecelakaan keluarga mendapatkan perubahan pada klien yaitu mudah marah, mengamuk, bicara dan senyum sendiri serta melihat hal yang tidak berwujud. Implementasi keperawatan diberikan pada klien dalam bentuk latihan fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, latihan asertif dan latihan spiritual. Keluarga klien diberikan edukasi keperawatan tentang cara merawat klien. Evaluasi keperawatan didapatkan klien mampu melakukan latihan fisik dan latihan asertif. Keluarga mampu mengenal masalah dan memotivasi klien untuk melakukan latihan yang telah diajarkan oleh perawat.

**Simpulan:** Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu masalah keperawatan jiwa yang dapat ditemukan pada klien gangguan jiwa dengan riwayat trauma kepala.

## LATAR BELAKANG

Gangguan jiwa merupakan salah satu yang menjadi prioritas dari kesehatan secara global. Hal ini disebabkan ada sedikitnya 10% dari seluruh populasi dunia mengalami gangguan jiwa pada satu waktu. Gangguan jiwa juga dikaitkan dengan 32% dari *global disease burden* karena disabilitas yang disebabkan oleh gangguan jiwa lebih tinggi dari kondisi lainnya (Leach, et al, 2020). Salah satu masalah keperawatan yang dapat ditemukan pada gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan atau resiko perilaku kekerasan.

Perilaku agresif sering tidak dianggap sebagai penyakit atau gangguan sehingga keluarga tidak menyadari adanya suatu kebutuhan untuk perawatan medis. Namun keluarga sering dihadapkan pada pertanyaan bagaimana menangani perilaku anggota keluarga yang agresif. Pasien yang agresif dapat melukai diri sendiri atau orang lain. Dalam survei retrospektif enam rumah sakit jiwa Jerman dilaporkan terdapat 1,7 sampai 5 serangan agresif dari pasien pertahun. Di satu rumah sakit di negara bagian North Rhine-Westphalia, 171 dari 2210 pasien yang dirawat dalam periode 1 tahun terlibat dalam serangan agresif, dan terdapat total 441 episode perilaku agresif (Hirsch, & Steinert, 2019). Agresif adalah perilaku destruktif yang memberikan beban yang cukup besar pada individu, keluarga dan masyarakat. Perilaku ini bisa muncul akibat adanya gangguan struktur dan fungsi otak (Fanning, et al. 2019).

Individu dengan gangguan jiwa lebih beresiko melakukan kekerasan dibandingkan dengan kelompok lain di masyarakat (Bhavsar, & Bhugra, 2018). Ada kelompok klien gangguan jiwa yang beresiko melakukan kekerasan atau perilaku agresif salah satunya adalah klien yang tidak patuh menjalani pengobatan (Araya, Ebnelemek, & Getachew, 2020). Selain itu Klien dengan riwayat trauma atau *brain injury* dapat mengalami gejala kognitif misalnya, defisit perhatian, memori, dan fungsi eksekutif, gejala perilaku seperti agresi, kontrol impuls yang buruk, iritabilitas serta dapat terjadi munculnya gangguan psikiatri atau memburuknya gejala psikiatri yang sudah ada (Gómez-de-Regil, Estrella-Castillo, & Vega-Cauich, 2019).

Individu dengan gangguan jiwa mengalami berbagai konsekuensi negatif akibat penyakit yang dialaminya seperti tidak memiliki pekerjaan dan gangguan kualitas hidup. Keluarganya sering dihadapkan dengan rendahnya perilaku mencari bantuan ke pelayanan kesehatan (Oexle, et al. 2017). Penulis mencoba memaparkan studi kasus klien dengan resiko perilaku kekerasan yang memiliki riwayat keluarga dengan gangguan jiwa dan perilaku agresif klien muncul setelah mengalami kecelakaan lalu lintas yang menyebabkan benturan pada kepala.

**KASUS**

Klien laki – laki usia 53 tahun mengalami kecelakaan lalu lintas 38 tahun lalu yang mengakibatkan kepala terbentur, dan harus dilakukan operasi , tetapi keluarga tidak melakukan dengan alasan biaya. Sejak terjadinya tabrakan itu perilaku klien berubah total dia lebih sering marah, mengamuk, bicara sendiri, senyum-senyum sendiri, klien juga sering melihat hal-hal yang tidak terwujud. Klien pernah rawat inap di rumah sakit jiwa selama 1 bulan. Pasca perawatan dari RSJ keluarga memilih melakukan pengobatan secara spiritual pada klien. Klien memiliki keluarga dengan riwayat gangguan jiwa dari keluarga ayah klien.

Tanda dan gejala yang ditemukan penampilan klien tidak bersih dan berpakaian menggunakan celana terbalik, dan menjawab pertanyaan dengan jawaban yang tidak sesuai. Klien tampak gelisah dan sering berpindah tempat saat dilakukan wawancara dan kurang kooperatif. Klien mengungkapkan melihat dan mendengar hal yang aneh dan tidak berwujud. Klien mengungkapkan merasa kesal dan marah bila keinginannya tidak dipenuhi oleh keluarga.

Tabel 1  
Analisa data

Data	Masalah
Subyektif : klien mengatakan dirinya selalu ingin marah dan kesal jika keinginannya tidak tercapai Obyektif : klien tampak terlihat gelisah sering berpindah-pindah dari tempat makan ke dapur dan klien akan mengamuk dengan suara keras, nada tinggi, dan memukul barang apapun jika tidak dituruti. biasanya klien meminta rokok atau kopi.	Resiko perilaku kekerasan
Subyektif : Klien mengatakan sering melihat dan mendengar hal-hal yang tidak terwujud Obyektif : Klien terkadang tampak sering mengobrol sendiri dengan menyendiri ditempat yang gelap.	Gangguan persepsi sensori
Subyektif : klien mengatakan dirinya sering dimarahi oleh ibunya karena berbicara dengan nada yang keras dan kasar. Keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah dibully dan dikucilkan dilingkungan tempat tinggalnya karena gangguan jiwa. Obyektif : Klien tampak banyak bicara sendiri dengan menyendiri ditempat yang gelap dan klien tampak tidak bisa berinteraksi dengan orang lain	Harga diri rendah kronik

Tabel 2  
Implementasi Keperawatan

No	Implementasi keperawatan	
1	<b>Klien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan yaitu jika kemauan klien tidak dituruti.</li> <li>Menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik : Tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur</li> <li>Membantu pasien latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal.</li> </ol> <b>Klien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melatih klien cara control PK fisik (memukul bantal,kasur,)</li> <li>Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian</li> </ol>	<b>Keluarga</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> <li>Menjelaskan pengertian PK ,tanda dan gejala serta proses terjadinya perilaku kekerasan dan</li> <li>menjelaskan cara merawat pasien dengan PK</li> </ol> <b>Keluarga</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melatih keluarga melakukan cara merawat pasien dengan PK</li> </ol>

	<p>3. Komunikasi secara verbal : Asertif/Bicara baik-baik</p> <p><b>Klien</b></p> <p>1. Melatih klien cara mengontrol PK secara spiritual (berdoa,berwudhu,sholat mengucapkan istigfar )</p>	<p>2. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah.</p>
2	<p><b>Klien</b></p> <p>1. Mengidentifikasi jenis da isi halusinasi klien</p> <p>2. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi klien</p> <p>3. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien</p> <p>4. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi</p> <p><b>5. Melatih pasien cara control halusinasi</b></p> <p><b>Klien</b></p> <p>1. Melatih klien cara control halusinasi dengan berbincang dengan orang lain</p>	<p><b>Keluarga</b></p> <p>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</p> <p>2. Menjelaskan pengertian,tanda dan gejala halusinasi,dan jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya</p> <p><b>3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi</b></p> <p><b>Keluarga</b></p> <p>1. Melatih keluarga cara merawat klien dengan halusinasi</p>
3	<p><b>Klien</b></p> <p>1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>2. Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan</p> <p>3. Membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien</p> <p><b>Klien</b></p> <p>1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya</p> <p>2. Melatih kegiatan yang dipilih sesuai kemampuan</p>	<p><b>Keluarga</b></p> <p>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</p> <p>2. Menjelaskan harga diri rendah yang dialami klien beserta proses terjadinya</p> <p>3. Menjelaskan cara merawat klien dengan harga diri rendah kronik</p>

**DISKUSI**

Penyakit fisik dapat memicu atau dikaitkan dengan resiko skizofrenia. Penyakit fisik yang tersebut adalah infeksi, autoimun, gangguan atopik, epilepsi dan cedera kepala (Sørensen, et al. 2015). Data yang dikumpulkan dari 500 klien psikotik terdapat 19.4% klien dengan riwayat trauma kepala mengalami skizofrenia (Adejumo, et al. 2017). Gangguan perilaku dapat terjadi setelah individu mengalami *brain injury*. Gangguan perilaku yang muncul seperti mudah marah, agresif, impulsif dan melakukan kekerasan secara verbal atau fisik (Plantier, Luauté, & SOFMER group,2016). Skizofrenia juga dapat dialami oleh individu akibat adanya serangkaian varian genetik yang berbeda sejak masa konsepsi dan pada akhirnya mengubah

struktur serta fungsi otak. Varian genetik yang dibawa individu akan berinteraksi dengan gen (epistasis) dan kondisi lingkungan sehingga menentukan perilaku, kognisi dan emosi individu (Hodgins, 2017).

Pada Kasus, berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada keluarga dan klien. Gangguan perilaku klien mudah marah dan melakukan kekerasan secara verbal muncul setelah klien mengalami kecelakaan tertabrak mobil dan mengalami benturan pada bagian kepala saat berusia 15 tahun. Selain itu klien sering melihat dan mendengar sesuatu yang tidak ada wujudnya. Keluarga juga memaparkan dari keluarga ayah klien terdapat 3 orang yang mengalami gangguan jiwa.

Kondisi ini sesuai dengan gejala yang ditemukan pada klien dengan skizofrenia dan faktor genetik juga mendukung terjadi masalah yang dialami oleh klien.

Gejala yang ditemukan pada skizofrenia berdasarkan ICD-11 (*International Classification of disorders*) adalah adanya gejala positif, negatif, gangguan mood, psikomotor dan kognitif. Sedangkan berdasarkan DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual for mental Disorders*) adalah adanya halusinasi, delusi, *disorganized speech*, perilaku yang abnormal, gejala negatif, gangguan kognisi, depresi dan mania (Gaebel, & Zielasek, 2015).

Gejala yang dialami oleh klien berdasarkan wawancara pada klien, keluarga dan pengamatan perawat adalah adanya halusinasi, gangguan mood, perubahan perilaku dan merasa dikucilkan oleh lingkungan. Gejala yang dialami oleh klien telah memenuhi kriteria berdasarkan ICD-11 maupun DSM-5.

Resiko perilaku kekerasan merupakan gejala positif skizofrenia. Hal tersebut terjadi karena adanya peningkatan produksi dopamin yang menyebabkan terjadinya *stress dysregulation* dan pemberian antipsikotik terbukti efektif untuk menurunkan gejala perilaku kekerasan (Hodgins, 2017).

Keluarga mengatakan saat awal terjadi perubahan perilaku, klien pernah dibawa ke rumah sakit jiwa dan mendapatkan perawatan selama 1 bulan. Keluarga mengatakan bahwa perilaku marah – marah yang dialami klien berkurang namun keluarga tidak melanjutkan pengobatan dengan alasan ekonomi dan membawa klien untuk pengobatan spiritual. Kondisi klien setelah itu tidak banyak mengalami perbaikan. Situasi ini terjadi karena klien dan keluarga tidak memahami dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan agar klien mendapatkan penanganan medis secara berkelanjutan.

Interaksi perawat-klien melalui komunikasi efektif yang dilakukan oleh perawat berdasarkan hasil studi yang dilakukan pada *nursing home residents* didapatkan komunikasi

efektif yang dilakukan perawat berhubungan dengan penurunan perilaku kekerasan secara verbal oleh klien (Sprangers, Dijkstra, & Romijn-Luijten, 2015). Teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan untuk mengontrol marah pada pasien skizofrenia berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di rumah sakit jiwa daerah Provinsi Jambi juga menunjukkan hasil ada pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam pada pasien untuk mengontrol marah (Sutinah, Safitri & Saswati, 2019). Intervensi perilaku dalam bentuk *anger self management training* (ASMT) dan pendekatan psikoedukasi juga dapat dilakukan pada klien yang mengalami perilaku agresif (Hart, et. al 2017).

Implementasi keperawatan pada klien dan keluarga dilakukan melalui kunjungan rumah selama 5 kali pertemuan. Perawat menerapkan komunikasi terapeutik selama memberikan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga. Klien dilatih cara tarik nafas dalam, berkomunikasi yang baik dan secara spiritual, Keluarga klien juga diajarkan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan. Implementasi keperawatan yang dilakukan telah merujuk pada hasil penelitian yang telah dilakukan.

Asuhan keperawatan jiwa komunitas yang dilakukan oleh perawat dapat membantu mencegah kekambuhan pada individu yang mengalami gangguan jiwa dan keluarganya. Perawat jiwa komunitas juga memiliki lebih banyak waktu kontak dengan individu dan keluarga dibandingkan dengan disiplin ilmu lain (Leach, et al, 2020). Perawat memberikan asuhan keperawatan jiwa komunitas pada klien dan keluarga dan berdasarkan hasil evaluasi subyektif klien dan keluarga merasakan apa yang telah dilatihkan sangat bermanfaat untuk mengontrol perasaan marah klien.

## KESIMPULAN

Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu masalah keperawatan jiwa yang ditemukan pada klien gangguan jiwa. Secara umum di masyarakat dapat ditemukan klien dengan gangguan jiwa yang tinggal bersama keluarga tanpa menjalani pengobatan karena keluarga merasa sudah pernah membawa klien

berobat sebelumnya. Asuhan keperawatan jiwa pada klien dan keluarga dapat dilakukan dikomunitas dengan melibatkan kader kesehatan dan perawat Puskesmas pemegang

#### CATATAN

Studi kasus ini hasil pengalaman praktik klinik keperawatan jiwa yang dilakukan komunitas.

#### DAFTAR PUSTAKA

Adejumo, A. O., Ikoba, N. A., Suleiman, E. A., Okagbue, H. I., Oguntunde, P. E., Odetunmbi, O. A., & Job, O. (2017). Quantitative exploration of factors influencing psychotic disorder ailments in Nigeria. *Data in brief*, *14*, 175–185.  
<https://doi.org/10.1016/j.dib.2017.07.046>

Araya, T., Ebemelek, E., & Getachew, R. (2020). Prevalence and Associated Factors of Aggressive Behavior among Patients with Schizophrenia at Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *BioMed research international*, *2020*, 7571939.  
<https://doi.org/10.1155/2020/7571939>

Bhavsar, V., & Bhugra, D. (2018). Violence towards people with mental illness: Assessment, risk factors, and management. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *72*(11), 811–820.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.12775>

Fanning, J. R., Coleman, M., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2019). Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of psychiatric research*, *109*, 164–172.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.10.013>

Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *69*(11), 661–673. <https://doi.org/10.1111/pcn.12322>

program kesehatan jiwa agar klien dan keluarga memiliki kemampuan mengatasi tanda dan gejala yang dialami.

#### ETIK

Sebelum dilakukan pengkajian klien dan keluarga sudah mendapatkan penjelasan dan menyatakan kesediaan untuk berpartisipasi dalam asuhan keperawatan yang dilakukan.

Gómez-de-Regil, L., Estrella-Castillo, D. F., & Vega-Cauich, J. (2019). Psychological Intervention in Traumatic Brain Injury Patients. *Behavioural neurology*, *2019*, 6937832.  
<https://doi.org/10.1155/2019/6937832>

Hart, T., Brockway, J. A., Maiuro, R. D., Vaccaro, M., Fann, J. R., Mellick, D., Harrison-Felix, C., Barber, J., & Temkin, N. (2017). Anger Self-Management Training for Chronic Moderate to Severe Traumatic Brain Injury: Results of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of head trauma rehabilitation*, *32*(5), 319–331.  
<https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000316>

Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). The Use of Rapid Tranquilization in Aggressive Behavior. *Deutsches Arzteblatt international*, *116*(26), 445–452.  
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0445>

Hodgins S. (2017). Aggressive Behavior Among Persons With Schizophrenia and Those Who Are Developing Schizophrenia: Attempting to Understand the Limited Evidence on Causality. *Schizophrenia bulletin*, *43*(5), 1021–1026.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbx079>

Leach, M. J., Jones, M., Bressington, D., Jones, A., Nolan, F., Muyambi, K., Gillam, M., & Gray, R. (2020). The association between community mental health nursing and hospital admissions for people with serious

- mental illness: a systematic review. *Systematic reviews*, 9(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01292-y>
- Oexle, N., Ajdacic-Gross, V., Kilian, R., Müller, M., Rodgers, S., Xu, Z., Rössler, W., & Rüsch, N. (2017). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(1), 53–60. <https://doi.org/10.1017/S204579601501018>
- Plantier, D., Luauté, J., & SOFMER group (2016). Drugs for behavior disorders after traumatic brain injury: Systematic review and expert consensus leading to French recommendations for good practice. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 59(1), 42–57. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.10.003>
- Sørensen, H. J., Nielsen, P. R., Benros, M. E., Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2015). Somatic diseases and conditions before the first diagnosis of schizophrenia: a nationwide population-based cohort study in more than 900 000 individuals. *Schizophrenia bulletin*, 41(2), 513–521. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu110>
- Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical interventions in aging*, 10, 311–319. <https://doi.org/10.2147/CIA.S73053>
- Sutinah., Safitri, S., & Saswati, N. (2019). Teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap kemampuan mengontrol marah klien skizofrenia. *Journal of Healthcare Technology and Medicine* Vol.5 no. 1 April 2019.