



Gambaran Diagnosis Keperawatan Di IGD RSJ Grhasia Yogyakarta

Hadi Pramono^{1*}, Sadarwati², Hajar Rohmadi³

^{1,2,3}. Instalasi Gawat Darurat RSJ Grhasia Yogyakarta

*pramono.hadil@gmail.com

Received:

Revised:

Accepted:

Abstract

Nursing diagnoses are the basis for selecting nursing interventions for nurses. The purpose of this study was to overview of nursing diagnoses at Emergency Department Grhasia Mental Hospital Yogyakarta. A descriptive quantitative research design with total sampling was adopted. A total of 2.200 patients in the Emergency Department Grhasia Mental Hospital Yogyakarta recruited. Nursing diagnoses are secondary data that conducted from the nursing information system of Grhasia Mental Hospital Yogyakarta. Data were analyzed by univariate which resulted in a frequency distribution and percentage of each nursing diagnoses. The most nursing diagnoses were violent behavior (41.50%), hallucinations (38.64%), self-care deficits (29.82%), and delusions (11.73%). The recommendation of this study is the need for more detailed research on nursing diagnoses at Emergency Department Grhasia Mental Hospital, Yogyakarta, such as the results of mental status examinations or symptoms experienced by patients described based on nursing diagnoses.

Keywords: Nursing diagnoses, psychiatric emergency

Abstrak

Diagnosis keperawatan menyediakan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan bagi perawat dengan hasil yang bisa dipertanggungjawabkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran diagnosis keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode analitik deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien IGD RSJ Grhasia Yogyakarta pada tahun 2019 yang berjumlah 2.200. Teknik sampling menggunakan total sampling, artinya semua populasi dijadikan sampel dalam penelitian sehingga jumlah sampel adalah 2.200 orang. Data diagnosis keperawatan diperoleh secara sekunder dari sistem informasi asuhan keperawatan RSJ Grhasia Yogyakarta. Analisa data dilakukan secara univariat yang menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase setiap diagnosis keperawatan. Hasil Penelitian menunjukkan diagnosis keperawatan yang paling banyak terjadi adalah perilaku kekerasan (41,50%), pada urutan kedua dan seterusnya adalah halusinasi (38,64%), defisit perawatan diri (29,82%), dan waham (11,73%). Peneliti menganggap perlu dilakukan penelitian lain yang lebih detail tentang diagnosa keperawatan di IGD RSJ grhasia seperti hasil pemeriksaan status mental ataupun tanda gejala yang dialami pasien yang digambarkan berdasarkan diagnosa keperawatan.

Kata kunci: Diagnosis keperawatan; kegawatdaruratan psikiatri

1. Pendahuluan

Kesehatan Jiwa menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa didefinisikan sebagai kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya[1].

Derajat kesehatan jiwa masyarakat dapat dilihat dari angka kejadian gangguan jiwa. Menurut data WHO (2016) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk;



maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang[2].

Data Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai 9,8% dari jumlah penduduk Indonesia, meningkat dari tahun 2013 yang hanya sebesar 6%. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat pada tahun 2018, seperti skizofrenia mencapai 7,0 per 1.000 penduduk, angka ini meningkat dari tahun 2013 yang hanya 1,7 per 1.000 penduduk. Angka kejadian pada pria 1,4% lebih besar dibandingkan wanita. Tren peningkatan prevalensi gangguan jiwa berat juga terjadi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), pada tahun 2018 mencapai 10,4 per 1.000 penduduk, angka ini meningkat dari tahun 2013 yang hanya 2,7 per 1.000 penduduk. Dengan angka tersebut Provinsi DIY menempati peringkat kedua setelah Bali sebagai Provinsi dengan prevalensi gangguan jiwa berat secara nasional[3].

Berdasarkan data dari Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Grhasia Yogyakarta jumlah pasien di Instalasi Gawat Darurat pada tahun 2019 adalah 2.200. Sedangkan pada tahun 2020 sampai bulan juli berjumlah 1374[4]. Perawat sebagai tenaga kesehatan di IGD diharapkan melakukan asuhan keperawatan yang berkualitas. Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan, perawat berwenang menetapkan diagnosis Keperawatan. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok atau masyarakat terhadap kondisi masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan menyediakan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan bagi perawat dengan hasil yang bisa dipertanggungjawabkan[5].

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis perawat tentang respons klien terhadap kondisi atau kebutuhan kesehatan aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan tidak hanya berfokus pada satu masalah saja, tetapi satu diagnosa keperawatan dapat menimbulkan masalah atau komplikasi lain, misalnya klien yang merasakan nyeri. Masalah nyeri ini bisa juga menimbulkan masalah lain seperti kecemasan, gizi buruk, dan konflik dalam keluarga. Contoh lain misalnya seorang klien yang mengalami imobilisasi akan berisiko mengalami komplikasi infeksi saluran pernapasan. Diagnosis adalah dasar untuk rencana tindakan perawat[6]. Hal penting bagi seorang perawat dalam penegakan diagnosis keperawatan yaitu perawat juga perlu mengetahui definisi diagnosis, indikator diagnostik untuk membedakan satu diagnosis dari yang lain[7].

Perumusan diagnosis keperawatan di RSJ Grhasia dilakukan berdasarkan Panduan Asuhan Keperawatan RSJ Grhasia. Dalam panduan tersebut dijelaskan bahwa diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial[8]. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk memberikan gambaran diagnosis keperawatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSJ Grhasia Yogyakarta.

2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode analitik deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien IGD RSJ Grhasia Yogyakarta pada tahun 2019 yang berjumlah 2.200. Teknik sampling menggunakan total sampling, artinya semua populasi dijadikan sampel dalam penelitian sehingga jumlah sampel adalah 2.200 orang. Data



diagnosis keperawatan diperoleh secara sekunder dari sistem informasi asuhan keperawatan RSJ Grhasia Yogyakarta. Analisa data dilakukan secara univariat yang menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase setiap diagnosis keperawatan.

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil

Hasil penelitian berupa gambaran diagnosis keperawatan kami sajikan dalam tabel berikut :

Tabel 1 Gambaran Diagnosis Keperawatan di IGD RSJ Grhasia Yogyakarta

Diagnosis Keperawatan	F	%	Jumlah Sampel
Risiko Perilaku Kekerasan	913	41,50	2.200
Halusinasi	850	38,64	
Defisit Perawatan Diri	656	29,82	
Perilaku Kekerasan	532	24,18	
Waham	258	11,73	

Tabel di atas menunjukkan gambaran diagnosis keperawatan di IGD RSJ Grhasia Yogyakarta. Diagnosis keperawatan yang paling banyak adalah risiko perilaku kekerasan (41,50%), pada urutan kedua dan seterusnya adalah halusinasi (38,64%), defisit perawatan diri (29,82%), perilaku kekerasan (24,18%), dan waham (11,73%). Yang perlu dipahami dari hasil penelitian di atas adalah ada kemungkinan seorang pasien mengalami diagnosa keperawatan lebih dari satu, jadi jika kolom F dijumlahkan hasilnya akan melebihi jumlah sampel dan jika kolom (%) dijumlahkan hasilnya akan melebihi 100%.

Pembahasan

Data yang diperoleh menunjukkan diagnosis keperawatan terbanyak yang dialami pasien di IGD RSJ Grhasia adalah risiko perilaku kekerasan. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia risiko perilaku kekerasan adalah kondisi berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/ atau seksual pada diri sendiri atau orang lain[9]. Sementara WHO mendefinisikan kekerasan sebagai penggunaan kekuatan fisik atau kekuasaan dengan sengaja, mengancam atau aktual, terhadap diri sendiri, orang lain, atau terhadap kelompok atau komunitas, yang mengakibatkan atau memiliki kemungkinan besar mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologis, atau gangguan perkembangan.

Hubungan antara gangguan jiwa dan kekerasan telah terbukti lebih kompleks daripada yang diduga sebelumnya. Gangguan jiwa dan kekerasan terkait terutama melalui akumulasi faktor risiko dari berbagai jenis, misalnya, historis (kekerasan masa lalu, penahanan remaja, kekerasan fisik, catatan penangkapan orang tua), klinis (penyalahgunaan zat, ancaman yang dirasakan), disposisional (usia, jenis kelamin). , dll) dan kontekstual (perceraian baru-baru ini, pengangguran, viktimisasi) di antara orang yang sakit jiwa[11].

Sebuah penelitian di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah menggambarkan faktor predisposisi dan presipitasi pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Hasil penelitian tersebut menjelaskan faktor predisposisi pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan yaitu : Faktor genetik, kepribadian yang tertutup, kehilangan, aniaya seksual, dan kekerasan dalam keluarga. Sedangkan faktor presipitasi pada Pasien dengan Risiko



Perilaku Kekerasan adalah putus obat, konsep diri yang rendah/buruk, tidak diterima lingkungan sekitar, serta ketidakharmonisan dengan lingkungan tempat tinggal[12].

Berdasarkan Panduan Asuhan Keperawatan RSJ Grhasia, pasien didiagnosis mengalami risiko perilaku kekerasan jika mengalami kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan mengalami perilaku kekerasan. Kondisi atau situasi tersebut antara lain waham, curiga pada orang lain, halusinasi, risiko bunuh diri, disfungsi sistem keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi/konfusi, kerusakan kontrol impuls, depresi, riwayat kekerasan, riwayat penganiayaan dan pengabaian. Kondisi klinis terkait yang mungkin terkait dengan risiko perilaku kekerasan adalah penganiayaan (fisik, seksual atau psikologis), sindrom otak organik (seperti alzheimer), gangguan perilaku, *oppositional defiant disorder*, depresi, serangan panik, gangguan tourette, delirium, demensia, gangguan amnestic, halusinasi, upaya bunuh diri dan abnormalitas neurotransmitter otak[8].

Hasil penelitian ini menunjukkan diagnosis keperawatan terbanyak yang dialami pasien di IGD RSJ Grhasia adalah risiko perilaku kekerasan sejalan dengan penelitian Frauenfelder et al., (2018) yang menyebutkan bahwa sebagian besar diagnosa keperawatan pasien di Pusat Pengobatan Gerontopsikiatri (52%) dan Pusat Gangguan Psikiatri Akut (43%) adalah risiko perilaku kekerasan yang diarahkan kepada orang lain[13]. Penelitian lain juga menyebutkan dari 474 penderita gangguan jiwa yang di rawat di bangsal psikiatri, 191 (40%) melakukan tindakan kekerasan sehingga membutuhkan pengamatan khusus selama dirawat[14]. Sebuah meta-analisis mengungkapkan bahwa satu dari lima pasien yang dirawat di bangsal akut melakukan tindakan atau kekerasan fisik selama dirawat di rumah sakit[15].

Banyaknya diagnosis risiko perilaku kekerasan disebabkan karena keluarga baru membawa pasien ke rumah sakit setelah pasien melakukan perilaku kekerasan yang ditunjukkan kepada diri pasien sendiri, orang lain, dan lingkungan[16]. Wahyuningsih et al., (2009), juga menyebutkan perilaku kekerasan merupakan penyebab utama pasien dibawa ke RSJ yaitu 68%[17]. Kekerasan merupakan hasil kemarahan yang ekstrim (memuncak) atau perasaan takut (panik). Alasan spesifik perilaku kekerasan bervariasi pada setiap orang. Perlu komunikasi dengan klien untuk memahami peristiwa yang dianggap sebagai pemicu kemarahannya. Kemarahan biasanya terjadi dalam merespons ancaman yang dirasakan. Ancaman dapat berupa ancaman cedera fisik, atau ancaman terhadap konsep diri. Ketika terancam, seseorang mungkin tidak sepenuhnya menyadari penyebab kemarahan mereka. Dalam hal ini perlu kerja sama dengan klien untuk mengidentifikasi sifat ancaman[18].

Diagnosa keperawatan terbanyak kedua yang dialami pasien di IGD RSJ Grhasia adalah halusinasi yaitu sebesar 33,64%. Halusinasi atau gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi[9]. Sedangkan Stuart(2016) menjelaskan halusinasi sebagai distorsi persepsi palsu yang dapat timbul pada panca indera.

Berdasarkan Panduan Asuhan Keperawatan RSJ Grhasia, pasien didiagnosis mengalami halusinasi jika mengalami tanda gejala mayor seperti mendengar suara bisikan, melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, mencium bau, merasakan sesuatu melalui pengecap, respon tidak sesuai, bersikap seolah mendengar, melihat, mengecap, meraba atau mencium sesuatu. Halusinasi juga dapat diperkuat dengan adanya tanda gejala minor seperti menyatakan senang, menyatakan kesal, menyatakan perasaan



sesuai halusinasi, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar mandir dan bicara sendiri[8].

Hasil penelitian ini berbeda dengan beberapa penelitian sebelumnya. Penelitian-penelitian sebelumnya menyebutkan sekitar 70 sampai 80% pasien skizofrenia mengalami halusinasi. Penelitian Lim *et al.*, (2016) menyebutkan dari 750 pasien skizofrenia, 603 (80%) pernah mengalami satu atau lebih jenis halusinasi sepanjang hidup mereka[19]. Sementara *literature review* yang dilakukan Waters & Fernyhough (2017) menjelaskan 75% pasien skizofrenia mengalami halusinasi[20].

Halusinasi sangat umum terjadi pada gangguan psikotik tetapi juga dapat ditemukan pada psikopatologi lain dan pada sebagian kecil populasi umum yang sehat[21]. Stuart (2016) menyebutkan bahwa pasien dengan medis diagnosis skizofrenia 20% mengalami halusinasi pendengaran dan halusinasi visual secara bersamaan, 70% pengalaman halusinasi pendengaran, 20% mengalami visual halusinasi, dan 10% mengalami halusinasi lainnya. Berdasarkan data tersebut dapat diketahui jenis halusinasi yang paling banyak diderita penderita skizofrenia adalah halusinasi pendengaran[18]. Halusinasi adalah gangguan sensorik yang paling banyak terjadi. Pasien yang mengalami halusinasi biasanya merasakan sensasi palsu di dalam bentuk suara, penglihatan, rasa, sentuhan atau bau. Sensorik dan Persepsi yang dialami pasien tidak bersumber dari kenyataan hidup, tapi dari pasien itu sendiri. Dapat disimpulkan bahwa pengalaman indrawi yang dialami adalah penginderaan dari persepsi yang palsu[22].

4. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan diagnosis keperawatan yang paling banyak terjadi di IGD RSJ Grhasia adalah risiko perilaku kekerasan (41,50%), pada urutan kedua dan seterusnya adalah halusinasi (38,64%), defisit perawatan diri (29,82%), perilaku kekerasan (24,18%), dan waham (11,73%). Yang perlu dipahami dari hasil penelitian ini adalah ada kemungkinan seorang pasien mengalami diagnosa keperawatan lebih dari satu. Peneliti menganggap perlu dilakukan penelitian lain yang lebih detail tentang diagnosa keperawatan di IGD RSJ grhasia seperti hasil pemeriksaan status mental ataupun tanda gejala yang dialami pasien yang digambarkan berdasarkan diagnosa keperawatan.

Referensi

- [1] “Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa.”
- [2] WHO, “Schizophrenia and public health,” Geneva, 2016.
- [3] Kemenkes RI, “Hasil Utama Riskesdas 2018,” Jakarta, 2018.
- [4] RSJ Grhasia, “Sistem Informasi dan Manajemen Keperawatan,” 2020.
- [5] L. J. Capernito, *Diagnosa Keperawatan : Aplikasi pada Praktek Klinik*. Jakarta: EGC, 2013.
- [6] American Nurses Association, “The Nursing Process,” 2016. [Online]. Available: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>. [Accessed: 13-Sep-2020].
- [7] T. H. Herdman and S. Komitsuru, *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. Jakarta: EGC, 2018.



- [8] RSJ Grhasia, *Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) RSJ Grhasia*. 2019.
- [9] PPNI, *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 1st ed. Jakarta: DPP PPNI, 2016.
- [10] WHO, “Definition and typology of violence.” [Online]. Available: <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>. [Accessed: 10-Sep-2020].
- [11] R. Van Dorn, J. Volavka, and N. Johnson, “Mental disorder and violence: Is there a relationship beyond substance use?,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 47, no. 3, pp. 487–503, 2012, doi: 10.1007/s00127-011-0356-x.
- [12] K. Kandar and D. I. Iswanti, “Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan,” *J. Ilmu Keperawatan Jiwa*, vol. 2, no. 3, p. 149, 2019, doi: 10.32584/jikj.v2i3.226.
- [13] F. Frauenfelder, T. van Achterberg, and M. Müller Staub, “Nursing Diagnoses Related to Psychiatric Adult Inpatient Care,” *J. Clin. Nurs.*, vol. 27, no. 3–4, pp. e463–e475, 2018, doi: 10.1111/jocn.13959.
- [14] V. Negatsch, A. Voulgaris, P. Seidel, R. Roehle, and A. Opitz-Welke, “Identifying violent behavior using the Oxford mental illness and violence tool in a psychiatric ward of a German prison hospital,” *Front. Psychiatry*, vol. 10, no. APR, pp. 1–10, 2019, doi: 10.3389/fpsy.2019.00264.
- [15] L. Iozzino, C. Ferrari, M. Large, O. Nielssen, and G. De Girolamo, “Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis,” *PLoS One*, vol. 10, no. 6, 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0128536.
- [16] M. C. Townsend, *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, 8th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2015.
- [17] D. Wahyuningsih, B. Keliat, and S. . Hastono, “Penurunan Perilaku Kekerasan pada Klien Skizofrenia dengan Assertiveness Training,” *J. Keperawatan Indones.*, vol. 14, no. 1, pp. 51–56, 2011.
- [18] G. W. Stuart, *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*, 1st Indone. Singapore: Elsevier, 2016.
- [19] A. Lim *et al.*, “Prevalence and classification of hallucinations in multiple sensory modalities in schizophrenia spectrum disorders,” *Schizophr. Res.*, vol. 176, no. 2–3, pp. 493–499, 2016, doi: 10.1016/j.schres.2016.06.010.
- [20] F. Waters and C. Fernyhough, “Hallucinations: A systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes,” *Schizophr. Bull.*, vol. 43, no. 1, pp. 32–43, 2017, doi: 10.1093/schbul/sbw132.
- [21] J. Laloyaux *et al.*, “Multimodal hallucinations are associated with poor mental health and negatively impact auditory hallucinations in the general population: Results from an epidemiological study,” *Schizophr. Res.*, vol. 210, pp. 319–322, 2019, doi: 10.1016/j.schres.2019.06.005.
- [22] P. H. Livana and T. Suerni, “Overview of the Role of Nurses in the Implementation of Education in Patients Hallucinations,” *Eur. J. Biophys.*, vol. 7, no. 2, p. 43, 2019, doi: 10.11648/j.ejb.20190702.12.