

GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN JIWA DENGAN PERILAKU KEKERASAN DIKAITKAN DENGAN DIAGNOSIS NANDA, NOC, DAN NIC

Florensa, Intansari Nurjannah, Ibrahim Rahmat
Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Violence behavior is an act which cause a physical damage. The recovery effort for client with the history of violence behavior can be obtained using NANDA, NOC and NIC which are standarts in the nursing language which can be used and applied in all nursing areas.

Objective: The objective this research is to obtain the picture of the recovery diagnosis of NANDA, NOC and NIC in the grhasia hospital Yogyakarta.

Method: The types of research here is descriptive with surveyal approach. The sample taking are done by conducting total sampling with the sample of 13 nurses. The data gathering are done by the observation methode on 17 nursing documents and interviews on the implementation of the recovery effort on client with violence behavior.

Result: From the research, we can obtain the general picture of the recovery effort diagnose which is formulated not suitable with NANDA. outcomes which are not suitable with NOC and interventions which are formulated not suitable with NIC.

Conclusion: From this research we can conclude that the application picture of NANDA, NOC and NIC on clients with violence behavior are not suitable.

Keywords: diagnosis of NANDA, NOC, NIC, violence behavior

PENDAHULUAN

Peristiwa yang mencerminkan tindakan kekerasan, seperti pembunuhan, pemerkosaan, kerusuhan, pembakaran, penyiksaan yang terjadi di Aceh, Poso, Kalimantan dan yang terjadi pada Sekolah Tinggi Pemerintahan Dalam Negeri (STPDN) merupakan suatu fenomena sosial yang mewarnai perjalanan bangsa Indonesia dewasa ini. Tindak kekerasan adalah penggunaan fisik dan kekuasaan, ancaman atau tindakan terhadap diri sendiri, perorangan atau sekelompok orang atau masyarakat yang mengakibatkan memar/trauma, kematian, kerugian, psikologis, kelainan perkembangan atau perampasan hak.¹

Di Amerika pada tahun 1980 terjadi tindakan kekerasan dalam setiap 24 detik. Tindakan kekerasan dapat terjadi di rumah, di tempat kerja, di sekolah, bahkan di tempat umum dan korban dari tindakan kekerasan bisa siapa saja, baik itu laki-laki, perempuan maupun anak-anak.²

Berdasarkan pengamatan wawancara yang dilakukan di Rumah Sakit (RS) Grhasia Yogyakarta pada tanggal 22 Agustus 2004 didapatkan data klien jiwa yang menjalani rawat inap sepanjang tahun 2004 sampai bulan Juli sebanyak 351 orang dan klien jiwa yang dalam masa rawat jalan sebanyak 4.471 orang.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada tahun 1999 di unit rawat inap RS Dr. Sardjito, RS Khusus Puri Nirmala dan RS Grhasia DIY dari 1632 orang subyek penelitian didapatkan sebanyak 49,9% klien yang berada dalam rentang respons yang maladaptif terhadap kemarahan: agresif-amuk. Data tersebut menunjukkan bahwa insiden dan kecenderungan klien untuk melakukan tindak kekerasan cukup tinggi.³

Berdasarkan data di atas, dapat dikatakan bahwa klien yang datang ke pelayanan kesehatan atau rumah sakit sering dalam keadaan yang *distress* dan memperlihatkan respons koping yang maladaptif. Kondisi ini membuat klien lebih berisiko untuk melakukan tindakan kekerasan baik itu bersifat ancaman maupun tindakan secara langsung yang dapat mengakibatkan cedera fisik bahkan sampai mengakibatkan kematian. Tindakan kekerasan yang dilakukan oleh klien dapat ditujukan kepada diri sendiri, orang lain, perawat dan lingkungan sekitar.

Penanganan perilaku kekerasan di rumah sakit memerlukan kerja sama baik dari perawat, dokter, psikiater. Perawat dalam menangani klien dengan perilaku kekerasan dapat melakukan asuhan keperawatan yang bersifat komprehensif meliputi tahapan pengkajian, diagnosis keperawatan,

intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

Untuk mendapatkan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien diperlukan suatu standar sebagai acuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan meliputi standar penegakan diagnosis keperawatan, kriteria hasil yang diharapkan serta intervensi keperawatan untuk menangani masalah yang dihadapi oleh klien.

Saat ini rumah sakit di Indonesia menggunakan berbagai macam standar keperawatan. Standar keperawatan yang digunakan tidak sama antara satu rumah sakit dengan rumah sakit yang lain sehingga tidak ada keseragaman dalam standar asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien baik itu dalam penegakan diagnosis, kriteria hasil maupun dalam intervensi yang direncanakan. Standar keperawatan yang telah diakui oleh dunia keperawatan internasional adalah menggunakan sistem *The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Outcomes Classification (NOC)* dan *Nursing Intervention Classification (NIC)*.

The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) merupakan klasifikasi pertama pada tahun 1973 dan diakui sebagai klasifikasi keperawatan pertama. Diagnosis keperawatan merupakan dasar untuk menentukan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang diharapkan dan dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat.⁴

Tahun 1987 Pusat Klasifikasi Keperawatan di Universitas Iowa mengenalkan NIC dan tahun 1991 mengenalkan NOC, dimana NIC dan NOC ini diakui lebih efektif dan efisien dalam bahasa diagnostik yang akan akan dikembangkan menjadi standar intervensi dan kriteria hasil. NOC dan NIC dapat digunakan bersama dengan Diagnosis NANDA.

Nursing Intervention Classification (NIC) adalah standar bahasa intervensi yang dapat digunakan di semua area keperawatan dan spesialis. Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang berdasarkan kondisi klinik dan pengetahuan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan.⁵ *Nursing Intervention Classification (NIC)* memuat intervensi fisiologi dan psikososial. Intervensinya untuk perawatan penyakit, pencegahan penyakit serta peningkatan kesehatan.

Nursing Outcome Classification (NOC) adalah mendefinisikan status klien setelah dilakukan intervensi keperawatan.⁶ Standar kriteria hasil dikembangkan untuk mengukur hasil dari tindakan keperawatan yang digunakan pada semua area keperawatan dan semua klien (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat). *Nursing Outcome Classification (NOC)* mempunyai tujuh domain yaitu; fungsi kesehatan, fisiologi kesehatan, kesehatan psikososial, pengetahuan dan perilaku kesehatan,

persepsi kesehatan, kesehatan keluarga dan kesehatan masyarakat.

Penggunaan standar bahasa dapat diterima untuk mempermudah administrasi dan pengambilan keputusan.⁷ Sistem NANDA, NOC dan NIC dapat diterima dan mendukung semua bagian proses keperawatan, kecuali pengkajian. NANDA, NOC dan NIC didukung oleh penelitian dan memfasilitasi perawatan lanjutan pada semua area keperawatan.

Melihat uraian di atas maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang gambaran penerapan asuhan keperawatan yang dikaitkan dengan Diagnosis NANDA, NOC dan NIC di RS Grhasia DIY mengingat bahwa penerapan NANDA, NOC dan NIC ini merupakan hal yang baru dalam bidang keperawatan di Indonesia khususnya di RS Grhasia Yogyakarta.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran penerapan asuhan keperawatan pada klien jiwa di RS Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) yang dikaitkan dengan diagnosis keperawatan NANDA, NOC dan NIC.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini termasuk penelitian non eksperimental dengan jenis penelitian deskriptif dan menggunakan pendekatan survei. Subjek pada penelitian ini adalah perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan diagnosis keperawatan NANDA risiko kekerasan diarahkan pada orang lain di RS Grhasia DIY. Pemilihan sampel dengan menggunakan *total sampling* yang sesuai kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Jumlah sampel adalah 13 orang perawat dengan 17 dokumentasi keperawatan.

Pengumpulan data dilakukan dengan melihat dokumentasi keperawatan dari 13 orang perawat dan wawancara terhadap tindakan yang tidak terdokumentasi. Pengumpulan data dimulai tanggal 9 November 2004 dan berakhir pada tanggal 9 Desember 2004.

Checklist observasi berisi rumusan diagnosis NANDA, NOC dan NIC, sedangkan pedoman wawancara berisi pertanyaan berdasarkan rumusan intervensi keperawatan menurut NIC.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Diagnosis Keperawatan NANDA

Dari data yang terdapat pada Tabel 1 dapat dilihat bahwa dari 17 dokumentasi keperawatan, tidak seorang pun perawat pelaksana yang dalam merumuskan diagnosis keperawatan sesuai dengan rumusan diagnosis NANDA Taxonomy II, yang jika dikualitatifkan masuk dalam kategori tidak sesuai. Tiga dokumentasi asuhan keperawatan (17,6%) memperlihatkan bahwa perawat pelaksana merumuskan diagnosis keperawatan dengan masalah

Tabel 1. Gambaran Umum Rumusan Diagnosis Keperawatan NANDA pada Klien Perilaku Kekerasan dengan Diagnosis Keperawatan Risiko Kekerasan pada Orang Lain

Kriteria	Nilai	Jumlah	%	Kriteria
Tidak didokumentasikan	0	14	82,4	Sangat Tidak sesuai
Dirumuskan dengan P=bukan risiko kekerasan, E=bukan penyebab yang terdapat didalam NANDA dan S=gejala tidak sesuai dengan batasan karakteristik dalam NANDA	1	0	0	Tidak Sesuai
Dirumuskan, kurang sesuai standar: P=bukan risiko kekerasan E=sesuai standar NANDA dan S=ada dan sesuai dengan batasan karakteristik NANDA	2	3	17,6	Kurang Sesuai
Dirumuskan dan sesuai standar NANDA: P=risiko kekerasan, E=etiologi sesuai dengan standar, S=sesuai dengan batasan NANDA	3	0	0	Sesuai
JUMLAH		17	100	

Sumber data: Primer

tidak sesuai dengan rumusan NANDA dan untuk etiologi serta *symptom* sesuai dengan rumusan NANDA atau dengan kriteria kurang sesuai (*Score 2*) dan sebagian besar dari perawat pelaksana yang dilihat dari dokumentasi keperawatan yaitu sebanyak 14 dokumentasi keperawatan (82,4%) sama sekali tidak mendokumentasikan diagnosis keperawatan atau dengan kriteria sangat tidak sesuai (*Score 0*).

Diagnosis yang ditegakkan perawat sebenarnya mempunyai makna yang sama dengan rumusan diagnosis NANDA, yaitu "Risiko mencederai diri dan orang lain berhubungan dengan halusinasi dan risiko mencederai diri dan orang lain berhubungan perilaku kekerasan".

Hal ini dikarenakan perawat di RS Grhasia belum mengenal dan mengetahui bagaimana rumusan diagnosis menurut NANDA.

2. Nursing Outcomes Classification (NOC)

Gambaran hasil penelitian mengenai NOC yang dilakukan di RS Grhasia pada klien yang memiliki diagnosa keperawatan perilaku kekerasan dapat dilihat pada Tabel 2.

Dari data pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa dari 17 dokumentasi keperawatan yang dibuat perawat pelaksana sebagian besar perawat pelaksana tidak mendokumentasikan *outcomes* (58,8%) atau dengan kriteria sangat tidak sesuai (*Score 0*) dan hanya 6 dokumentasi keperawatan perawat pelaksana yang merumuskan *outcomes* dengan kriteria kurang sesuai (*score 2*) dengan persentase sebesar 35,3% yang jika dimasukkan dalam kalimat kualitatif termasuk dalam kriteria tidak sesuai.

Outcomes yang dirumuskan oleh perawat pelaksana mempunyai redaksi yang berbeda tetapi

Tabel 2. Gambaran Umum Rumusan NOC "Kontrol Agresi" pada Klien Perilaku Kekerasan dengan Diagnosis Keperawatan Risiko Kekerasan Pada Orang Lain

Kriteria	Nilai	Jumlah	%	Kriteria
Tidak mendokumentasikan	0	10	58,8	Sangat Tidak sesuai
Dirumuskan, tetapi hanya salah satu aspek saja yang dicantumkan	1	1	5,9	Tidak Sesuai
Dirumuskan tetapi hanya mencakup dua aspek indikator yang dicantumkan/dirumuskan	2	6	35,3	Kurang Sesuai
Dirumuskan dan mencakup seluruh indikator	3	0	0	Sesuai
JUMLAH		17	100	

Sumber data: Primer

Tabel 3. Kesamaan Makna Rumusan Outcomes Menurut NOC dan Rumusan Outcomes di RS Grhasia DIY

Rumusan NOC	Rumusan di RS Grhasia DIY
Indikator:	
a. Memperlihatkan kontrol perilaku dengan bantuan dari orang lain	a. Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan
b. Mendeskripsikan penyebab dan tindakan-tindakan yang bersifat pencegahan	b. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dan klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespons terhadap kemarahan

Sumber data: primer

kemaknaannya sama. Adapun rumusan yang dibuat oleh perawat pelaksana yang mempunyai kemaknaan yang sama dengan rumusan NOC adalah seperti yang terlihat pada Tabel 3.

Rumusan indikator dari NOC yang tidak mempunyai kesamaan dengan rumusan *outcomes* di RS Grhasia DIY adalah menurunnya respon terhadap kekerasan dan menjelaskan rasional dari intervensi.

Perawat pelaksana di RS Grhasia DIY dalam merumuskan *outcomes* menggunakan tujuan khusus dan tujuan umum. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) dari diagnosis, sedangkan tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi (E) dari diagnosis. Tujuan umum dapat tercapai jika serangkaian tujuan khusus telah tercapai.⁸

Alasan mengapa perawat tidak dapat merumuskan *outcomes* sesuai dengan rumusan NOC dikarenakan perawat belum mengenal apa yang dimaksud dengan NOC dan NOC sendiri merupakan hal yang baru dalam bidang keperawatan di Indonesia pada umumnya dan di RS Grhasia DIY pada khususnya.

3. Nursing Intervention Classification (NIC)

Dari Tabel 4 didapatkan data bahwa secara umum perawat pelaksana belum dapat merumuskan NIC. Hal ini terlihat dari jumlah prosentase yang didapat sebesar 66,8% untuk kategori kurang sesuai dengan rumusan NIC (skor 2), akan tetapi perawat pelaksana telah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan NIC, hanya sebagian besar tindakan tersebut tidak didokumentasikan dalam catatan keperawatan sehingga untuk mendapatkan data tersebut peneliti melakukannya dengan menggunakan metode wawancara. Intervensi yang dirumuskan sesuai (skor 3) dengan NIC dan diimplementasikan, serta didokumentasikan kegiatannya hanya sebesar 5,7%.

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana di RS Grhasia DIY belum dapat merumuskan NIC dan masuk kategori tidak sesuai.

Beberapa intervensi menurut NIC yang sama sekali tidak dilakukan oleh perawat berdasarkan data yang dikumpulkan oleh peneliti baik dari metode observasi terhadap dokumentasi keperawatan maupun dari metode wawancara adalah:

1. Tempatkan klien diruang tidur dekat dengan ruang perawat
2. Berikan piring yang terbuat dari kertas dan peralatan makanan yang terbuat dari plastik
3. Pakaikan sarung tangan, bidai, helm atau restrain untuk membatasi pergerakan dan tindakan untuk melukai, jika memungkinkan.
4. Berikan gantungan pakaian yang terbuat dari plastik dan bukan yang terbuat dari logam

Khususnya untuk keempat intervensi di atas tidak dapat dilaksanakan karena di RS Grhasia DIY memang belum menyediakan sarana dan prasarana seperti yang tertera di intervensi menurut NIC. Secara umum NIC belum dilaksanakan dikarenakan perawat di RS Grhasia DIY belum mengenal NIC dan NIC juga merupakan hal yang baru dan merupakan hasil riset yang dikembangkan di negara yang mempunyai latar belakang yang berbeda dengan kondisi Indonesia.

KESIMPULAN DAN SARAN

Gambaran penerapan asuhan keperawatan menggunakan NANDA, NOC dan NIC pada klien perilaku kekerasan di RS Grhasia DIY yang dilakukan oleh perawat pelaksana (kategori tidak sesuai).

Rumusan *outcomes* yang dibuat oleh perawat pelaksana RS Grhasia DIY termasuk dalam kategori tidak sesuai, yaitu perawat hanya mampu menyebutkan dua dari kriteria yang sesuai dengan NOC dan sebagian besar perawat tidak merumuskan *outcomes*.

Tabel 4. Gambaran Umum Rumusan dan Penerapan NIC "Membantu Mengontrol Kemarahan dan Manajemen Lingkungan; Pencegahan Kekerasan" pada Klien Perilaku Kekerasan dengan Diagnosis Keperawatan Risiko Kekerasan Diarahkan Pada Orang Lain

Kriteria	Nilai	Jumlah	%	Kriteria
Tidak merumuskan intervensi dan tidak melakukan implementasi	0	183	26,9	Sangat Tidak sesuai
Merumuskan intervensi tetapi tidak melakukan implementasi	1	4	0,6	Tidak Sesuai
Tidak merumuskan intervensi, melakukan implementasi dan tidak mendokumentasikan implementasi	2	454	66,8	Kurang Sesuai
Merumuskan intervensi, melakukan implementasi dan mendokumentasikan	3	39	5,7	Sesuai
JUMLAH		680	100	

Sumber data: Primer

Gambaran intervensi yang dirumuskan sesuai dengan rumusan NIC dan dilaksanakan oleh perawat pelaksana RS Grhasia DIY adalah dalam kategori tidak sesuai.

Bagi Institusi RS Grhasia DIY disarankan untuk mempertimbangkan melaksanakan pelatihan tentang penerapan diagnosis keperawatan NANDA Taxonomy II, NOC dan NIC kepada para perawat pelaksana dalam menghadapi kasus perilaku kekerasan pada khususnya maupun dalam kasus-kasus keperawatan jiwa yang lain pada umumnya, secara periodik melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat pelaksana kepada klien, dan bagi pihak manajemen hendaknya memperhatikan dan mengupayakan peningkatan SDM baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga akan lebih meningkatkan mutu dalam pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien.

Bagi Perawat Pelaksana RS Grhasia DIY disarankan menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan NANDA, NOC dan NIC kepada klien dengan diagnosis keperawatan risiko kekerasan; pada orang lain maupun terhadap klien dengan kasus-kasus kejiwaan yang lainnya, diharapkan setiap perawat pelaksana dapat belajar lebih banyak lagi khususnya terhadap diagnosis keperawatan NANDA, NOC dan NIC serta mampu mengaplikasikan diagnosis keperawatan NANDA, NOC dan NIC tersebut dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang dirawatnya.

Diharapkan kepada perawat untuk mendokumentasikan setiap asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien sebagai bahan komunikasi antar perawat sehingga perawatan yang diberikan mempunyai kualitas yang optimal.

Sementara bagi peneliti lain diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan mengenai: Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan diagnosis keperawatan NANDA, NOC dan NIC pada klien dengan gangguan jiwa, Faktor-faktor yang mempengaruhi pendokumentasian proses keperawatan jiwa berdasarkan diagnosis keperawatan NANDA, NOC dan NIC, serta Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan.

KEPUSTAKAAN

1. Anonim, Violence, 2003. Available on: www.who.int/violence/interpersonal/ipv2/en/index.htm, Diakses pada 14 Mei 2004
2. Townsend, Mary C, Psychiatric Mental Health Nursing; Concept of Care, 2nd Ed, F.A Davis Company, Philadelphia, 1996.
3. Nurjannah, Intansari, Rentang Respons Pada Pasien Yang Merupakan Alasan Utama Klien Dirawat di Unit Perawatan Jiwa, Lembaga Penelitian Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1999.
4. NANDA, Nursing Diagnosis; Definition and Classification (2001-2002), Philadelphia, 2001.
5. Mc.Closkey. and Bulechek.G.M, Nursing Intervention Classification (NIC), 2nd Ed, Mosby, St.Louise, 1999.
6. Keliat, Budi Anna, Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa, EGC, Jakarta, 1999.
7. ANA, 1995, Available on: www.nasn.org./position/nanda.htm, Diakses pada 20 Mei 2004
8. Johnson, Mass, Nursing Outcomes Classification, 1997. Available on: www.Minurse.com, Diakses pada 14 Mei 2004.