



HALUSINASI DAN PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN RETARDASI MENTAL RINGAN: A CASE REPORT

Hediati Hastuti¹, Aat Sriati²

¹Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

²Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

E-mail: hediati18001@mail.unpad.ac.id

Article History:

Received: 28-02-2024

Revised: 14-03-2024

Accepted: 25-03-2024

Keywords: halusinasi, halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, perilaku kekerasan, retardasi mental

Abstract: Retardasi mental merupakan kondisi kurangnya intelegensia dengan karakteristik seperti kurangnya daya ingat, konsentrasi, serta perilaku agresif yang tidak terkontrol. Kondisi tersebut dapat mengarah pada masalah kesehatan jiwa risiko perilaku kekerasan yang seringkali beriringan dengan halusinasi. Prevalensi psikosa dalam kurun waktu seumur hidup lebih tinggi terjadi pada individu dengan disabilitas intelektual ringan, hal tersebut dapat berisiko timbulnya gejala psikosa berulang. Seorang pasien laki-laki berusia 19 tahun dengan riwayat retardasi mental ringan dilakukan perawatan di RSJ X akibat mengamuk dan mengatakan halusinasi kembali muncul. Gejala tersebut terjadi berulang sejak pasien berusia 15 tahun. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan halusinasi dan perilaku kekerasan pasien retardasi mental ringan. Asuhan keperawatan dilakukan dengan memberikan upaya pengontrolan halusinasi dan perilaku kekerasan melalui latihan asertif. Hasil studi menunjukkan pasien RM ringan memiliki kecenderungan kurangnya pengontrolan emosi dan berulang kali mengalami gejala psikosa yakni halusinasi penglihatan berupa melihat bayangan seseorang atau bundaran hitam serta pendengaran berupa bisikan yang mengarahkan risiko perilaku kekerasan. Hal tersebut biasa terjadi ketika sedang sendiri atau sepi. Perilaku kekerasan ditunjukkan dengan mengamuk, berteriak, dan memukul. Pasien mampu menceritakan kejadian terdahulu namun belum dapat mengontrol emosi dan halusinasinya dengan optimal. Kasus ini menggarisbawahi adanya kemungkinan karakteristik retardasi mental melatarbelakangi gejala psikotik terjadi berulang.

© 2024 SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah

PENDAHULUAN

Retardasi mental merupakan suatu keadaan pada individu dengan intelegensi yang kurang sejak masa perkembangan, baik sejak lahir maupun masa anak-anak [1]. Menurut Japan *League for Mentally Retarded* retardasi mental diartikan sebagai seorang dengan fungsi intelektual yang lamban, dengan IQ berkisar antara 70 ke bawah berdasarkan tes

intelengensi yang baku. Kondisi tersebut pun menggambarkan adanya kekurangan dalam perilaku adaptif individu dan terjadi pada masa perkembangan, yakni berkisar antara masa kehamilan hingga usia 18 tahun. Retardasi mental dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkatan IQnya. Klasifikasi tersebut terbagi atas tiga kelompok, yakni retardasi mental berat, sedang dan ringan [2].

Retardasi mental merupakan salah satu masalah dengan implikasi yang cukup tinggi, khususnya bagi negara-negara berkembang. Di Asia, sekitar 3% populasi (33.3 juta penduduk) merupakan kelompok penyandang retardasi mental. Di Indonesia sendiri, prevalensi retardasi mental mencapai kisaran 1-3% dalam 1 populasi [3], [4].

Kondisi retardasi mental dapat ditandai oleh beberapa keterbatasan pada tingkat berpikir serta adanya ketidakmampuan untuk berinteraksi di masyarakat [5]. Berdasarkan karakteristik kognitifnya, sebagian besar anak dengan retardasi mental memiliki kecepatan belajar (*learning rate*) yang cenderung lebih lambat dibandingkan anak normal pada umumnya. Kelompok ini pun kurang memiliki daya ingat yang segera namun daya ingatnya yang sama dengan anak normal. Selain daripada kegiatan pendidikan, kelompok ini pun memiliki keterampilan dalam mengurus diri sendiri seperti makan, mandi, dan berpakaian. Hal ini terutama dapat dilakukan oleh individu pada kategori retardasi mental ringan atau debil. Bahkan, mereka yang ber-IQ tinggi pun mampu menikah dan berkeluarga, mampu bekerja dalam kategori pekerjaan *semi-skilled*, dapat mengatasi berbagai situasi sosial dengan baik, namun membutuhkan bantuan dalam mengelola pendapatan mereka [6].

Dalam berhubungan sosial, beberapa perilaku yang biasa ditunjukkan oleh individu dengan retardasi mental antara lain suka menyendiri, menghindari kontak mata serta kontak dengan orang lain. Pada beberapa kasus, masalah tersebut pun dapat dijumpai pada kategori usia mulai anak-anak hingga remaja. Disamping itu, anak dan remaja dengan riwayat RM berisiko mengalami masalah dalam mengembangkan keterampilan dan kompetensi sosialnya [7].

Anak muda dengan latar belakang disabilitas intelektual seperti retardasi mental menunjukkan perilaku bermasalah yang cukup substansial dan terus-menerus dibandingkan dengan rekan seusianya yang bukan penyandang disabilitas, dimana sebuah studi menyebutkan bahwa sebesar 40% prevalensi gangguan kejiwaan atau gangguan perilaku terjadi pada anak muda penyandang disabilitas intelektual [7]. Para ahli pun memperkirakan penderita retardasi mental dan gangguan perkembangan memiliki prevalensi 3 hingga 4 kali lebih sering mengalami gangguan emosi, perilaku dan kejiwaan dibandingkan dengan kelompok masyarakat umum [8]. Hal ini menggambarkan bahwa masalah kesehatan mental kerap terjadi pada individu dengan latar belakang disabilitas intelektual.

Kaitannya dengan perilaku yang ditunjukkan, diperkirakan pula sekitar 15% kelompok dewasa dengan ketidakmampuan belajar yang parah memiliki beberapa gangguan perilaku seperti melukai diri sendiri, agresivitas, sifat merusak atau impulsif dan kegelisahan [8] Penelitian lain pun menyebutkan prevalensi psikosa dalam kurun waktu seumur hidup lebih tinggi terjadi pada individu dengan disabilitas intelektual ringan [9]. Hal ini dapat mengarah pada terjadinya gejala berulang pada pasien. Karenanya, gangguan perilaku menjadi kondisi yang perlu mendapatkan perhatian pada individu dengan riwayat retardasi mental.

Menurut Schloss, anak dengan retardasi mental memiliki masalah atau kelainan dalam perilaku maladaptif yang erat kaitannya dengan sifat agresif baik secara verbal maupun fisik, suka menyakiti diri sendiri, suka menyendiri atau menghindar dari orang

lain, mengucapkan kata-kata yang maknanya sulit dimengerti serta adanya sikap bermusuhan [10]. Karakteristik lain yang dapat ditunjukkan oleh individu dengan retardasi mental antara lain adanya persepsi yang abnormal dalam persepsi visual dan pendengaran [10]. Beberapa gejala masalah kesehatan jiwa yang dapat ditunjukkan oleh individu dengan retardasi mental antara lain cemas, takut, halusinasi dan delusi yang besar. Adanya sifat agresif baik verbal maupun fisik yang tidak terkontrol dapat mengarah pada kondisi masalah kesehatan jiwa perilaku kekerasan [11].

Perilaku kekerasan sejatinya adalah sebuah respon maladaptif dari perasaan marah. Kondisi atau emosi tersebut dapat dialami oleh semua orang dan hal tersebut normal seperti ketika mendapatkan stressor atau tidak terpenuhinya suatu kebutuhan. Kemarahan yang tidak dapat disampaikan secara asertif akan berdampak pada memanjangnya fase marah hingga mencapai respon maladaptif yakni perilaku kekerasan [12]. Perilaku kekerasan dapat terjadi karena adanya suara atau bisikan yang diterima pasien, yang sejatinya hal tersebut tidak nyata, kondisi ini biasa dikenal dengan halusinasi.

Halusinasi adalah suatu kondisi gangguan persepsi dimana seseorang tidak dapat membedakan antara persepsi yang nyata dan tidak. Hal tersebut dapat menyebabkan pasien kehilangan kontrol dan melakukan kegiatan berdasarkan arahan yang didapati melalui halusinasinya, seperti perintah agar pasien melukai diri sendiri atau orang lain [12], [13]. Karenanya, perilaku kekerasan seringkali terjadi berkaitan dengan halusinasi yang dialami pasien.

Masalah kesehatan jiwa seperti perilaku kekerasan dan halusinasi khususnya pendengaran tentu dapat berisiko dan dapat dideteksi pada individu dengan keterbelakangan intelektual kategori ringan. Masalah kesehatan mental dapat berdampak negatif pada kehidupan banyak penyandang disabilitas, termasuk disabilitas intelektual [14]. Pasien dengan latar belakang retardasi mental pun dapat memperlihatkan gejala yang cenderung ditujukan untuk orang lain [9]. Karenanya, perlu adanya upaya yang dilakukan untuk menanggulangi hal tersebut, mulai dari mengenai bagaimana halusinasi dan perilaku kekerasan pada pasien retardasi mental ringan serta manajemen dalam menanggulangi gangguan kejiwaan yang terjadi. Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan gambaran halusinasi dan perilaku kekerasan pada pasien dengan latar belakang retardasi mental ringan.

METODE PENELITIAN

Metode dalam penelitian ini adalah laporan kasus atau *case report* dalam pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi serta evaluasi. Case report merupakan sebuah penelitian yang melaporkan tentang gejala, tanda, diagnosis, pengobatan dan tindak lanjut dari seorang pasien. Secara umum, komponen case report terdiri atas abstrak, latar belakang, kasus dan pembahasan [15]. Laporan kasus dalam penelitian ini menggambarkan Tn. I, seorang pasien halusinasi dan perilaku kekerasan dengan riwayat kesehatan memiliki retardasi mental ringan. Data dalam penelitian ini diperoleh dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta melalui data data sekunder yang didapatkan dari rekam medis di ruangan perawatan akut dan rehabilitasi laki-laki dewasa RSJ X yang juga dilakukan verifikasi datanya pada perawat ruangan. Penelitian ini dilakukan selama 4 hari pertemuan dengan pasien, yakni mulai tanggal 14-15 dan 17-18 April 2023, yang mencakup pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, penyusunan analisa data, perumusan diagnosa keperawatan, pelaksanaan implementasi serta evaluasi atas intervensi yang diberikan. Adapun intervensi dilakukan dengan metode diskusi, demonstrasi dan *roleplay*. *Informed consent* pun dilakukan

dengan merupakan penerapan dari etik penelitian yakni *respect for otonomi* dan *confidentiality*.

Deskripsi Kasus

Pasien laki-laki berusia 19 tahun, dilarikan ke IGD RSJ X oleh orang tuanya dengan alasan mengamuk pada Selasa, 12 April 2023. Pasien kemudian dirawat di ruang perawatan akut untuk laki-laki, yang juga sesuai dengan pengkategorian usia menurut PERMENKES No. 25 Tahun 2016 [16], dimana usia 19 tahun sudah memasuki masa awal kategori dewasa. Menurut orangtua pasien, satu minggu sebelum masuk rumah sakit pasien mengamuk, mudah tersinggung, bicara dan tertawa sendiri, marah-marah dan memukul. Salah satu faktor pencetusnya adalah pasien menginginkan HP. Pasien merupakan anak pertama dengan riwayat pendidikan terakhir sekolah dasar. Pasien memiliki riwayat dengan latar belakang retardasi mental ringan.

Saat ini merupakan kesekian kalinya pasien dilakukan perawatan di Rumah Sakit Jiwa. Riwayat gangguan jiwa terjadi kurang lebih sejak 5 tahun yang lalu. Sejak tahun 2019, pasien sudah dirawat di ruang perawatan khusus untuk anak-anak sebanyak 8 kali. Pasien terakhir pulang setelah dilakukan perawatan di ruang perawatan dewasa pada 4 Maret 2023. Pasien mengatakan bahwa pasien masuk kembali ke rumah sakit akibat halusinasinya muncul lagi dan sempat memarahi ibunya karena menolak dirawat. Dalam satu bulan terakhir, pasien pun memiliki riwayat minum obat yang tidak teratur.

Pasien tampak bertubuh tinggi dan berisi, kulit berwarna kecoklatan dengan postur tubuh yang tampak sedikit membungkuk. Pasien tidak banyak menunjukkan pergerakan dan banyak berdiam diri di atas tempat tidur, sambil sesekali duduk sambil melihat lingkungan sekitar. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan TTV seluruhnya dalam batas normal, dengan hasil TD 110/68 mmHg, HR : 94x/menit, RR : 22x/menit dan suhu tubuh: 36.6°C. Pemeriksaan antropometri menunjukkan BB : 69 Kg, TB: 163 cm dan IMT : 26 kg/m².

Selama proses interaksi berlangsung, pasien kooperatif, bicara spontan, jelas dan relevan, afek sesuai, pikiran autistik, mau duduk dekat dengan peneliti dan dapat melakukan kontak mata secara langsung. Pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, berpakaian dan mandi secara mandiri. Pasien pun tampak menunaikan ibadah shalat. Pasien didiagnosa dengan diagnosis multi axial, yakni Axis I: Psikotik YTT; Axis II: Retardasi Mental Ringan. Adapun terapi atau pengobatan yang saat ini diberikan pada pasien antara lain Risperidone 2 mg 1-0-1 dan Clozapine 25 mg 0-0-1 dan Setraline 50 mg 1-0-1.

Berdasarkan hasil pengkajian awal pada pasien, tampak adanya masalah keperawatan yakni halusinasi pendengaran dan penglihatan serta risiko perilaku kekerasan. Selanjutnya, dilakukan upaya penggalan informasi dan pengkajian lanjutan pada pasien serta intervensi pengontrolan halusinasi dan perilaku kekerasan dengan latihan berperilaku asertif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa halusinasi yang dialami pasien berupa mendengar suara-suara ketika malam hari atau saat sedang sendiri sehingga kondisinya sepi, biasanya terdengar bisikan-bisikan sekitar pukul 12 malam. Adapun, halusinasi tersebut mendorong dan mengatakan pada pasien untuk marah atau melakukan perilaku kekerasan. Disamping itu, pasien mengatakan melihat adanya sosok bayangan wanita berbaju putih berambut hitam atau adanya bundaran atau pusaran hitam. Saat sedang melihat bayangan tersebut, pasien merasa marah, kesal dan ingin menghancurkan

bayangan tersebut, sehingga pasien mencoba memukul bayangan tersebut dan akhirnya memecahkan kaca di rumahnya. Pasien mengatakan ketika marah suka berteriak.

Dua bulan yang lalu, pasien pernah dirawat dengan keluhan yang sama, setelah sempat bertengkar dengan adiknya. Pasien menggambarkan perilaku marah berupa memukul tangan adiknya dengan benda. Setelah keluar dari rumah sakit, pasien sempat kembali bekerja namun mengalami konflik dengan pimpinannya. Hal tersebut menyebabkan pasien memukul atasannya dan akhirnya diberhentikan dari pekerjaannya. Pada tahun 2019 pun, pasien awalnya dilarikan ke rumah sakit jiwa akibat mengalami gaduh gelisah dan adanya halusinasi. Sejak saat itu, pasien kerap dilakukan perawatan kembali di RSJ dengan keluhan dan gejala yang relatif serupa. Sehingga, perawatan pasien dilakukan dengan kecenderungan kembalinya halusinasi dan adanya perilaku-perilaku yang mengarah pada kekerasan baik secara verbal maupun fisik.

Pasien mengatakan seringkali lupa minum obat saat di rumah karena terlalu asik bermain *game*. Namun, orangtua pasien kerap kali mengingatkan pasien untuk minum obat. Di rumah sakit sendiri, pasien mau untuk minum obat secara teratur. Pasien mengatakan mendapatkan kasih sayang dari orang tuanya. Menurutnya, orang tuanya tidak pilih kasih pada pasien dan adik-adiknya, bahkan orang tuanya telah banyak berkorban demi pengobatannya.

Sebagai individu dengan latarbelakang RM ringan, pasien menunjukkan kemandirian dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Pasien mengatakan dapat melakukan kegiatan sehari-hari seperti mencuci, memasak, dan mengepel secara mandiri terutama saat di rumah. Selama perawatan di RS, pasien bersedia untuk berpartisipasi dalam jadwal kegiatan rutin yang dilakukan bersama pasien lainnya sesuai dengan arahan yang diberikan. Mengenai kemampuan kognitifnya, pasien mengatakan terkadang sulit berkonsentrasi ketika bersekolah. Saat ini, pasien dapat membaca dan menulis, namun pasien mengatakan belum dapat membaca ketika duduk di bangku kelas satu SD. Pasien pun secara kooperatif dapat berkomunikasi dengan peneliti dan menceritakan kisah-kisah terdahulunya. Bahkan, terkadang pasien yang memulai topik pembicaraan. Dahulu, pasien mengatakan pernah di runding selama beberapa tahun semasa tingkat Sekolah Dasar (SD). Pasien mengatakan sempat memberikan perlawanan sebagai bentuk pertahanan diri, namun hal tersebut membuat pasien justru kembali mendapatkan perilaku kekerasan dari teman-temannya. Sebelum berusia 15 tahun, pasien pun pernah mendapatkan pengobatan konvensional yang memberikan pengalaman kurang baik baginya.

Berkaitan dengan upaya mengontrol halusinasi, pasien mengatakan telah mengetahui cara menghardik dan mampu menyebutkan serta mendemonstrasikan menghardik dengan menutup mata dan telinga serta mengatakan "*kamu tidak nyata*". Tetapi, ketika mencoba menghardik dengan menutup telinga dan mata, pasien mengatakan suara tersebut justru semakin terdengar. Pasien mengatakan semenjak masuk rumah sakit halusinasinya tidak pernah muncul lagi. Atas kondisinya tersebut, pasien mengatakan bingung mengapa hal tersebut terjadi. Disamping itu, langkah yang telah diketahui pasien dalam mengontrol emosi antara lain tarik napas dalam, memukul bantal serta mengucapkan "*istigfar*". Namun, pasien masih berulang kali menunjukkan perilaku agresif, baik verbal maupun fisik sebagai respon atas stressor yang didapatkannya. Sehingga, pasien belum dapat melakukan pengontrolan emosi dan halusinasi secara optimal. Sehingga, intervensi yang diberikan ditujukan agar pasien dapat mengontrol halusinasi, perilaku kekerasan dan tentunya emosinya.

Pada hari kedua perawatan, dilakukan intervensi mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek dan bercakap-cakap serta melakukan kegiatan secara teratur. Pasien tampak kooperatif dan memperhatikan informasi yang diberikan. Namun, ketika diberikan anjuran untuk melakukan terapi bercakap-cakap dengan petugas di ruangan, pasien mengatakan jika berbicara ke perawat ruangan halusinasi muncul lagi, pasien khawatir akan dimasukkan kembali ke ruangan lain yang hanya terdisi atas pasien seorang. Hal ini memungkinkan adanya kecenderungan perasaan kurang percaya diri akan situasi dan keadaan lingkungan sekitar yang dialami pasien [10]. Pada hari tersebut pun pasien mengatakan semalam halusinasinya tidak muncul.

Pada hari ketiga perawatan, dilakukan evaluasi mengenai halusinasi yang dirasakan dan mulai melakukan intervensi pengontrolan perilaku kekerasan. Pada hari tersebut pun pasien dialihkan ke ruang perawatan untuk pemulihan. Pasien menyebutkan upaya mengontrol perilaku kekerasan yang diketahui antara lain teknik napas dalam dan memukul bantal. Selanjutnya, dilakukan latihan teknik asertif dengan mendiskusikan pengertian, contoh dan manfaat dalam melakukan teknik asertif serta praktik melalui *roleplay* bersama pasien untuk menggambarkan teknik asertif dalam mengontrol amarah [17], [18]. Selama proses latihan asertif, pasien memperhatikan diskusi yang dilakukan meskipun sesekali pandangan pasien tampak melihat area sekitar. Setelah dilakukan demonstrasi latihan asertif, pasien dapat melakukan kegiatan *roleplay* dengan menerapkan teknik asertif, tidak meningkatkan nada suaranya dan sedikit demi sedikit dapat memecahkan masalah dengan berpikir adil dan mencoba menyampaikan pendapatnya dengan asertif. Pada hari ini pun pasien diberikan anjuran untuk rutin meminum obat dan membuat daftar ceklis minum obat.

Intervensi hari berikutnya dilakukan dengan latihan asertif. Pada saat intervensi berlangsung, pasien tampak tidak begitu konsentrasi, nampak terganggu dan sesekali melihat ke arah lain akibat adanya kegiatan lain di ruangan. *Role play* kembali dilakukan untuk mengevaluasi perilaku asertif yang telah dipelajari sebelumnya. Gambaran kasus yang diberikan berupa konflik yang biasa terjadi di lingkungan rumah dan melibatkan anggota keluarga, seperti merebutkan suatu barang. Selama kegiatan *roleplay* berlangsung, pasien masih menunjukkan nada suara yang tinggi dan perilaku marah dengan memukul. Setelah *roleplay* pertama, pasien dapat menyampaikan evaluasi yang menjadi kekurangannya dan dilanjutkan dengan *Roleplay* kedua. Pada hari yang sama, dilakukan pertemuan kedua dengan agenda mengevaluasi upaya-upaya dalam mengontrol halusinasi dan RPK. Pasien selanjutnya dapat menyebutkan upaya-upaya yang telah diajarkan dengan bantuan. Pasien pun dapat menyampaikan apa yang diinginkannya secara asertif. Dalam setiap sesi evaluasi per hari-nya pun, pasien dapat menyebutkan kembali materi yang sebelumnya telah didiskusikan baik untuk mengontrol halusinasi maupun perilaku kekerasan, dengan sedikit bantuan.

Hasil penelitian menunjukkan pasien dengan latar belakang retardasi mental ringan memiliki kecenderungan akan adanya perilaku agresif yang berdampak pada kurangnya kemampuan dalam mengontrol emosi. Perilaku agresif pada penyandang disabilitas intelektual dapat menjadi masalah besar yang berujung pada penurunan kualitas hidup, isolasi sosial, dan perlunya perawatan intensif (rawat inap) di rumah sakit [19]. Pada kasus ini, pasien kerap dirawat di rumah sakit karena halusinasi dan perilaku agresif yang ditunjukkan, seperti mengamuk, berteriak, atau memukul. Konflik yang terjadi pun tak hanya dengan anggota keluarga, melainkan dengan lingkungan sekitarnya. Kondisi tersebut memberikan gambaran bahwa pasien masih memiliki sifat mal-adatif yang berkaitan dengan sifat agresif baik verbal maupun fisik dan kurang mampu mengatasi

marahnya [10]. Hal tersebut dapat terjadi karena individu dengan retardasi mental memiliki kemampuan yang terbatas dalam berperilaku [20].

Perilaku agresif pun dapat terjadi akibat adanya halusinasi yang menjadi salah satu gejala masalah kesehatan jiwa pada individu dengan retardasi mental [11]. Individu dengan retardasi mental dapat memiliki persepsi yang abnormal dalam persepsi visual dan pendengaran [10]. Halusinasi merupakan salah satu ciri utama yang dialami oleh individu dengan gangguan psikosis [21]. Halusinasi diartikan sebagai suatu kondisi dimana individu memiliki persepsi yang berkaitan dengan penginderaan yang sebetulnya tidak nyata. Dalam hal ini, kecenderungan halusinasi yang terjadi pada pasien adalah halusinasi penglihatan dan pendengaran yang selanjutnya seringkali menyebabkan perasaan kesal dan mengarahkan pasien untuk melakukan perilaku kekerasan. Kondisi tersebut sesuai dengan penelitian yang menyebutkan bahwa halusinasi dapat berpengaruh dan menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan akibat arahan dari isi halusinasi [12], [22]. Adapun perilaku kekerasan akibat perasaan kesal pada halusinasi yang dialami kembali menunjukkan masih kurangnya kemampuan pasien dalam mengontrol emosinya. Kondisi ini menggambarkan keterampilan sosial pasien yang masih perlu mendapat perhatian [20].

Retardasi mental ringan umumnya terjadi akibat penyebab psikososial dibandingkan faktor biologis seperti riwayat kehamilan ibu [3]. Individu dengan retardasi mental ringan memiliki karakteristik antara lain mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, dapat menulis dan membaca serta merupakan kelompok yang dapat dididik atau diberikan pendidikan dan edukasi [10]. Kondisi tersebut secara umum sesuai dengan yang terjadi pada pasien dimana pasien mampu melakukan *activity daily living* secara mandiri serta sempat bersekolah meskipun hanya sampai tingkat Sekolah Dasar.

Ditinjau dari segi kecakapan dalam konsentrasi dan daya ingat, individu dengan retardasi mental ringan berkaitan dengan kemampuan daya ingat yang menurun dan kurang dapat memusatkan perhatian [21]. Meskipun kemampuan daya ingat segeranya lebih rendah dibandingkan individu lainnya, kelompok ini memiliki daya ingat yang sama dengan individu pada umumnya [6]. Hal tersebut ditunjukkan selama proses asuhan keperawatan dilakukan, pasien seringkali menceritakan kisah-kisah masa lalunya, dapat mengikuti setiap proses kegiatan yang diberikan dengan mencoba memerhatikan dan mampu melakukan kontak mata. Hanya saja, pasien terkadang tidak fokus dan mudah terdistraksi, mengajukan pertanyaan di luar konteks bahasan, atau pandangan sesekali melihat keadaan sekitar. Hal ini dapat terjadi karena pada kondisi retardasi mental, individu cenderung mudah bereaksi atas berbagai rangsangan, sehingga cepat dapat dibawa ke arah yang lain [24].

Penyandang retardasi mental ringan memiliki karakteristik psikologis antara lain kurangnya kemampuan dalam memecahkan suatu masalah serta mudah lupa akan sesuatu [10], [23]. Pada kasus ini, hasil evaluasi dari intervensi yang diberikan memberikan gambaran bahwa pasien dapat menyebutkan kembali upaya-upaya dalam mengontrol halusinasi dan perilaku kekerasan yang telah didiskusikan, memecahkan masalah dari kasus yang diberikan serta mendemonstrasikan kembali bagaimana berperilaku asertif dengan beberapa bantuan sebagai pemancing. Disamping faktor karakteristik retardasi mental, peneliti pun menduga bahwa cukup singkatnya waktu pemberian intervensi kemungkinan mempengaruhi hasil tersebut. Karenanya, dibutuhkan pengulangan dari materi yang diberikan agar pasien dapat setidaknya mengingat tindakan apa yang harus dilakukan. Sehingga pada penelitian ini, evaluasi peningkatan secara kognitif lebih menonjol dibandingkan dengan psikomotornya.

Pasien dengan gejala psikotik dan retardasi mental perlu mendapatkan pengobatan baik berbasis medikasi maupun intervensi non farmakologis. Retardasi mental merupakan sebuah kondisi yang tidak dapat disembuhkan, melainkan penatalaksanaan dilakukan dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien. Adapun obat-obatan antipsikotik bertujuan dalam mengurangi gejala-gejala positif serta kekambuhannya [21]. Seringkali pasien mengalami gejala berulang dan membutuhkan pelayanan rawat inap akibat ketidakpatuhan meminum obat. Karenanya, kepatuhan minum obat menjadi hal yang sangat penting pada penderita gangguan psikotik.

Selama perawatan di RS, pasien mau untuk meminum obat. Namun ketika dirumah, pasien mengatakan biasanya lupa meminum obat karena keasikan bermain *game*. Ketidakpatuhan minum obat dapat menjadi faktor presipitasi kembalinya gejala psikotik pasien. Sehingga, pengawasan, pendampingan, dan kerjasama yang baik dari orang tua dan orang-orang dilingkungan menjadi hal yang penting dalam penerapan tata laksana pasien [25]. Yang juga penting menjadi perhatian dalam perawatan anak dengan retardasi mental adalah adanya dukungan sosial baik dari orangtua pada anak maupun dari lingkungan terhadap orangtua [26].

Penanganan berbasis intervensi non farmakologis menjadi hal yang juga penting dalam menunjang peningkatan kondisi pasien. Ketika gejala positif psikotik telah berkurang dan pasien berada dalam kondisi tenang yang juga telah dinyatakan oleh psikiater, intervensi rehabilitasi psikososial atau psikoterapi dapat mulai dilakukan [21]. Pasien telah mendapatkan psikoterapi. Latihan asertif dilakukan dengan tujuan agar pasien mampu mengontrol emosinya, mengingat hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang memiliki gangguan psikotik dengan latar belakang RM ringan ini masih cenderung mengekspresikan respon yang agresif atas stressor yang dialaminya [17], [18]. Pada kasus ini pun, pasien selalu menyangkal halusinasinya dan sejak hari kedua, gejala halusinasi dan perilaku kekerasan pun tidak ditunjukkan. Karenanya, pasien dapat dengan cukup baik mengikuti proses intervensi yang diberikan.

Berkaitan dengan upaya pengontrolan halusinasi, penelitian menunjukkan bahwa perilaku menghardik justru menyebabkan suara yang didengar semakin besar. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya dimana pada pasien halusinasi khususnya di Indonesia, menghardik kurang efektif dalam mengontrol halusinasi pasien. Adapun pendekatan lain yang dapat dilakukan adalah dengan pendekatan spiritual, penggunaan koping yang konstruktif dan menghindari kesendirian. Pasien dalam hal ini beragama Islam dapat melakukan shalat, berdoa, dan berdzikir sebagai upaya dalam mencegah halusinasi [27].

Secara umum, hasil penelitian terdahulu menyimpulkan beberapa intervensi yang dapat dilakukan untuk mengontrol halusinasi. *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)* dapat menjadi pilihan intervensi dalam menurunkan gejala halusinasi, termasuk halusinasi pendengaran [28]. Hasil penelitian terdahulu pun menunjukkan CBT dapat diadaptasi dan diberikan pada penyandang disabilitas intelektual ringan dengan menurunkan gejala positif halusinasi pendengaran [29]. Tak hanya halusinasi, penelitian menunjukkan adanya pengaruh positif CBT bagi penyandang disabilitas intelektual yang mengalami masalah kemarahan, depresi dan kecemasan [30], [31]. Hasil meta analisis Graser et al., (2022) dan Tapp et al., (2023) pun menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan dalam tingkat sedang mengenai intervensi *cognitive behavioral therapy (CBT)* bagi individu dengan latar belakang disabilitas intelektual khususnya pada tingkat ringan, yang mengalami gejala kemarahan dan depresi [32], [33].

Tapp et al., dalam penelitiannya menunjukkan CBT dilakukan baik secara kelompok maupun individu selama 14-18 minggu dengan waktu 30-60 menit per sesi, anger treatment dengan CBT dan keterampilan berperilaku, *anger management* dengan teknik relaksasi dan diskusi secara berkelompok [32]. Disamping CBT, hasil meta analisis Prior et al., menunjukkan pendekatan perilaku kognitif seperti *anger management* dan PBS (*Positive Behaviour Support*) dapat menjadi pilihan intervensi untuk mengurangi perilaku agresif dalam jangka pendek. Penelitian ini pun menggambarkan adanya kemungkinan manfaat kumulatif bila asuhan dilakukan dengan menggabungkan lebih dari satu intervensi. Hasil-hasil tersebut menunjukkan proses intervensi dapat dilakukan dengan berbagai kegiatan dan pendekatan berbasis kelompok dapat menjadi pilihan dalam menangani masalah kesehatan mental pada orang dewasa dengan disabilitas intelektual [19].

Manusia merupakan individu yang unik. Hal tersebut berarti masing-masing individu dapat memiliki karakteristik yang berbeda. Kaitannya dengan pelaksanaan dan pemilihan intervensi, NICE merekomendasikan adaptasi psikoterapi pada penyandang disabilitas intelektual dilakukan dengan mempertimbangkan dan disesuaikan dengan kondisi masing-masing individu. Hal tersebut termasuk preferensi, tingkat pemahaman, dan kekuatan serta kebutuhan seraya mempertimbangkan aspek disabilitas lainnya, seperti adanya gangguan fisik atau sensorik dan kebutuhan komunikasi. Adanya peningkatan kolaborasi dengan profesional dapat menjadi upaya dalam pencapaian adaptasi tersebut [32].

Penelitian ini memiliki kelebihan antara lain memberikan gambaran terkini mengenai kehidupan individu dengan retardasi mental ringan yang mengalami gejala psikotik halusinasi dan perilaku kekerasan, sehingga dapat menjadi sumber informasi baru. Adapun kekurangan dari penelitian ini adalah peneliti belum dapat menyimpulkan kemungkinan penyebab pasti dari retardasi mental yang dialami pasien. Penelitian ini pun dilakukan dalam waktu yang cukup singkat dengan aspek asuhan keperawatan yang komprehensif, sehingga penerapan dan perubahan secara psikomotor dari hasil pemberian intervensi belum optimal dan tidak dapat diobservasi secara rinci.

KESIMPULAN

Hasil studi menunjukkan pasien dengan riwayat adanya retardasi mental ringan memiliki kecenderungan kurangnya pengontrolan emosi. Pasien pun dapat dan telah berulang kali mengalami gejala psikosa, dengan kecenderungan halusinasi dan risiko perilaku kekerasan. Halusinasi yang muncul berupa halusinasi penglihatan, dimana pasien melihat bayangan seseorang atau bundaran hitam, serta halusinasi pendengaran berupa bisikan yang mengarahkan pada risiko perilaku kekerasan. Hal tersebut biasa terjadi ketika klien sedang sendiri atau kondisi sepi. Perilaku kekerasan ditunjukkan dengan mengamuk, berteriak, dan memukul dengan benda. Perilaku tersebut dapat terjadi tak hanya ketika mengalami halusinasi namun konflik dengan lingkungannya. Pasien mampu menceritakan kejadian terdahulu, mampu mengikuti kegiatan dengan arahan dan melakukan aktivitas mandiri, serta mengetahui beberapa upaya pengontrolan masalahnya meskipun belum dapat mengontrol emosi dan halusinasinya dengan optimal. Tata laksana dapat diberikan dengan terapi farmakologis, non farmakologis (psikoterapi) dan adanya dukungan keluarga. Kasus ini menggaris bawahi kemungkinan adanya karakteristik retardasi mental yang belum terkontrol, yang melatarbelakangi gejala psikotik terjadi berulang pada penyandang retardasi mental ringan.

SARAN

Diharapkan penelitian berikutnya dapat melakukan telahaan lebih lanjut mengenai pendekatan dan pemberian intervensi pada kelompok populasi yang lebih besar pada penyandang retardasi mental dengan gejala psikotik, agar dapat secara konkrit melihat kebaruan serta keefektifan intervensi yang dapat diberikan bagi kelompok tersebut, termasuk waktu yang dibutuhkan untuk terjadinya perubahan psikomotor kaitannya dengan penerapan intervensi yang diberikan. Diharapkan juga dilakukan telaahan lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang kemungkinan menjadi penyebab terjadinya retardasi mental, sehingga dapat memperkaya landasan dan menjadi pertimbangan dalam pemilihan metode dan pemberian intervensi untuk pasien.

DAFTAR REFERENSI

- [1] Muhith, A. *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi, 2015.
- [2] Wulandari R., *Teknik Mengajar Siswa Dengan Gangguan Bicara Dan Bahasa*. Yogyakarta: Imperium, 2013.
- [3] Ikawati, Yani, Yulia Lanti Retno Dewi, and Rita Benya Adriani. "Biopsychosocial Factors Associated with Mental Retardation in Children Aged 6-17 Years in Tulungagung District, East Java," *Journal of Epidemiology and Public Health*, vol. 02, no. 02 (2017): 119–129.
- [4] Hayati, Sri, dan Risalatul Aliyah. "Gambaran Harga Diri Ibu yang Memiliki Anak Retardasi Mental Usia 7-12 Tahun," *Jurnal Keperawatan BSI*, vol. 6, no. 1 (2018).
- [5] Ekayamti, Endri, Hendy Muagiri Margono, Hanik Endang Nihayati. "Peningkatan Keterampilan Sosial dan Harga Diri Remaja Retardasi Mental Ringan melalui Modeling Partisipan Teman Sebaya," *Media Keperawatan*, vol. 11, no. 01 (2020): 43-50.
- [6] Merdekawati, Diah, and Dasuki Dasuki. "Hubungan pengetahuan keluarga dan tingkat retardasi mental dengan kemampuan keluarga merawat," *Jurnal Endurance*, vol. 2, no. 2, (2017): 186. doi: 10.22216/jen.v2i2.1963.
- [7] Foley, Kitty-Rose, John Taffe, Jenny Bourke, Stewart L Einfeld, Bruce J Tonge, Julian Trollor, and Helen Leonard. "Young People with Intellectual Disability Transitioning to Adulthood: Do Behaviour Trajectories Differ in Those with and without Down Syndrome?," *Plos One*. (2016). doi: 10.1371/journal.pone.0157667.
- [8] Rabia, K., and E. M. Khoo. "A Mentally Retarded Patient With Schizophrenia," *Malaysian Family Physician: The Official Journal of The Academy of Family Physicians of Malaysia*, vol. 3, no. 3 (2008): 146.
- [9] Favrod, Jérôme, Sabrina Linder, Sophie Pernier, and Mario Navarro Chafloque. "Cognitive and behavioural therapy of voices for with patients intellectual disability: Two case reports," *Ann Gen Psychiatry*, vol. 6, (2007): 22. doi: 10.1186/1744-859X-6-22.
- [10] Kusmiyati. "Pendekatan psikososial, intervensi fisik dan perilaku kognitif dalam design pembelajaran pendidikan jasmani bagi anak dengan retardasi mental," *Jurnal Movement and Education*, vol. 2, no. 1 (2021): 74–84.
- [11] Wardani, Novita Ika, Yunike, Astik Umiyah, Ayu Nurkhayati, Ira Kusumawaty, Eprila, Wiwin Martiningsih, and Novita Maulidya Jalal. *Psikologi Dasar Dan Perkembangan Kepribadian*. Padang: Get Press, (2022).
- [12] Hidayat, Firman dan Budi Anna Keliat. "Penerapan Kognitif Behavior Therapy pada Klien Halusinasi dan Perilaku Kekerasan dengan Pendekatan Model Stress

- Adaptasi Stuart dan Model Hubungan Interpersonal Peplau Di Rs Dr Marzoecki Mahdi Bogor,” *Jurnal Keperawatan Jiwa*, vol. 3, no. 1 (2015): 28–42.
- [13] Nugroho, Muhammad Ridho, dan Muhammad Kristiawan, “Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Usia Dini di Indonesia,” *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, vol. 5, no. 2, (2021): 2269–2276. doi: 10.31004/obsesi.v5i2.1169.
- [14] Koslowski, Nadine, Kristina Klein, Katrin Arnold, Markus Kö, Matthias Schü, Hans Joachim Salize, dan Bernd Puschner. “Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis”, *The British Journal of Psychiatry*, vol 209, no. 6 (2016): 469-474. doi: 10.1192/bjp.bp.114.162313.
- [15] “Guidelines To Writing A Clinical Case Report,” *Heart Views*, vol. 18, no. 3, (2017): 104, , doi: 10.4103/1995-705X.217857
- [16] PERMENKES, “Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019,” 2016
- [17] Rizki, Kurnia Sukarti dan Quratul Uyun. “Pelatihan Asertivitas terhadap Penurunan Kecemasan Sosial pada Siswa Korban Bullying,” *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, vol. 03, no. 02 (2015): 200-214.
- [18] Ria Kurniati, Safra, and Novy Helena Catharina Daulima. “Assertive Training Therapy for Schizophrenic Patient with Risk Of Violent Behavior: A Case Report,” *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*. Vol. 2. (2019).
- [19] Prior, David, Soe Win, Angela Hassiotis, Ian Hall, Michele A. Martiello, dan Afia K. Ali. “Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities,” *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, no. 2 (Feb. 2023), doi: 10.1002/14651858.CD003406.PUB5.
- [20] Kurniajati, Sandy dan Maria Anita Yusiana. “Perilaku adaptif pada anak dengan retardasi mental sedang,” *JURNAL STIKES*, vol. 11, no. 1, (2018): 1-11.
- [21] Taftazani, B.M. “Pelayanan Sosial bagi penyandang psikotik,” *Prosiding Penelitian*, vol. 4, no. 1 (2017): 129–139.
- [22] Hermiati, Dilfera dan Ravika Ramlis, “Hubungan Halusinasi dengan Kejadian Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Jiwa Provinsi Bengkulu,” *JPTK : Jurnal Penelitian Tenaga Kesehatan* , vol. 10, no. 1 (2023): 17–23.
- [23] Adenikheir Annisa, “Koordinasi dan Daya Ingat Anak Tunagrahita Ringan Setelah Pemberian Brain Gym,” *Maternal Child Health Care*, vol. 3, no. 3 (2021): 545–553.
- [24] Noor Akbar, Sukma, “Terapi Modifikasi Perilaku untuk Penanganan Hiperaktif pada Anak Retardasi Mental Ringan,” *Jurnal Ecopsy*, vol. 4, no. 1, (2017): 41–51.
- [25] Anita Dewi, Indah, and Cahyaningsih Fibri Rokhmani, “Retardasi Mental Sedang pada Anak Perempuan Usia 9 Tahun,” *Medula* , vol. 12, no. 2, (2022): 302.
- [26] Patilima, S.M., Y.M. Soeli, and M.S. Antu, “Dukungan sosial berhubungan dengan penerimaan diri orangtua yang memiliki anak retardasi mental,” *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, vol. 4, no. 3 (2021): 579–590.
- [27] Suryani. “Pengalaman Penderita Skizofrenia tentang Proses Terjadinya Halusinasi”, *Padjadjaran Nursing Journal*, vol 1., no. 1 (2013): 105408
- [28] Suryani. “A Critical Review of Symptom Management of Auditory Hallucinations in Patient with Schizophrenia,” *Padjadjaran Nursing Journal*, vol. 3, no. 3 (2015): 106325.

- [29] Barrowcliff, Alastair L. "Cognitive-Behavioural Therapy for Command Hallucinations and Intellectual Disability: A Case Study," *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 21, no. 3 (2008): 236–245, May 2008. doi: 10.1111/J.1468-3148.2007.00395.X.
- [30] Unwin, Gemma, Ioanna Tsimopoulou, Biza Stenfert Kroese, and Sabiha Azmi. "Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature," *Research in Developmental Disabilities*, vol. 51–52, (2016): 60–75. doi: 10.1016/J.RIDD.2015.12.010.
- [31] Nicoll, Matthew, Nigel Beail, dan David Saxon. "Cognitive behavioural treatment for anger in adults with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis," *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities : JARID*, vol. 26, no. 1 (2013): 47–62.
- [32] Tapp, Katherine, Leen Vereenooghe, Olivia Hewitt, Emma Scripps, Kylie M Gray, dan Peter E Langdon, "Psychological therapies for people with intellectual disabilities: An updated systematic review and meta-analysis," *Comprehensive Psychiatry*, vol. 122, (2023): 152372. doi: 10.1016/j.comppsy.2023.152372.
- [33] Graser, Johannes, Jonas Göken, Naomi Lyons, Thomas Ostermann, dan Johannes Michalak. "Cognitive-Behavioral Therapy for Adults With Intellectual Disabilities: A Meta-Analysis," *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 29, no. 3 (2022): 227–242, 2022. doi: 10.1037/CPS0000077.