



MASALAH RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOAFEKTIF DI RSJ CISARUA: LAPORAN KASUS

Deviana Indriyanti¹, Titin Sutini², Taty Hernawaty³, Imas Rafiyah⁴

¹Program Studi Profesi Ners, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

^{2,3,4}Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

Email : deviana19001@mail.unpad.ac.id

Article History:

Received: 08-05-2024

Revised: 01-06-2024

Accepted: 13-06-2024

Keywords: Asuhan Keperawatan, Perilaku Kekerasan, Risiko, Skizoafektif

***Abstract:** Skizoafektif merupakan penyakit kejiwaan dengan gejala psikotik (tidak mampu membedakan khayalan dan realita) yang menetap, meliputi halusinasi atau delusi, yang terjadi bersamaan dengan gangguan mood yang terbagi dalam episode depresi, manik, maupun campuran. Permasalahan utama pada pasien skizoafektif adalah perilaku kekerasan yang bisa membahayakan diri sendiri, orang lain, serta lingkungan sekitar. Tujuan penelitian ini mendeskripsikan penatalaksanaan kasus risiko perilaku kekerasan pada pasien skizoafektif. Metode yang diterapkan dalam artikel ini yaitu laporan kasus. Kasus yang diangkat laki-laki berusia 34 tahun dengan tanda gejala gelisah, terlihat tegang, pandangan tajam, mengatakan orang-orang tidak suka padanya dan mengatakan bahwa ia juga tidak menyukai saudaranya karena sering menggangukannya, ketika bercerita tentang saudaranya nada suara meninggi, tangan menunjuk-nunjuk pada sembarang arah, sesekali mengempal beberapa saat. Pasien diberikan intervensi keperawatan membantu pasien dalam mengenali penyebab, tanda gejala, perilaku kekerasan yang terjadi, dan konsekuensi dari perilaku kekerasan tersebut, tarik nafas dalam atau melakukan kegiatan yang pasien suka, intervensi spiritual dengan berdzikir, dan pendekatan verbal dengan mengungkapkan, meminta, dan menolak sesuatu dengan cara yang benar. Setelah dilakukan intervensi selama 7 kali pertemuan di ruangan, adanya beberapa perubahan perilaku pada pasien sehingga disimpulkan adanya penurunan terjadinya risiko perilaku kekerasan dan pasien mampu untuk mengontrol perasaannya.*

© 2024 SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah

PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan salah satu diagnosis terbanyak di rumah sakit jiwa sekitar 27,6% dari diagnosis lainnya (Addisu et al. 2015). Asal kata skizofrenia yaitu “schizo” dan “frenia” yang berarti retak dan jiwa, sehingga dapat diartikan bahwa skizofrenia adalah penyakit keretakan jiwa atau perpecahan kepribadian (Putri and Maharani 2022).

Skizofrenia didefinisikan sebagai gangguan jiwa yang memiliki karakteristik penyimpangan pada emosi, pikiran, tindakan, serta pandangan terhadap suatu masalah (Videbeck 2020). Salah satu gangguan skizofrenia yang bersamaan dengan masalah perasaan atau afek adalah skizoafektif. Skizoafektif merupakan penyakit kejiwaan dengan gejala psikotik (tidak mampu membedakan khayalan dan realita) yang menetap, meliputi halusinasi atau delusi, yang terjadi bersamaan dengan gangguan mood yang terbagi dalam episode depresi, manik, maupun campuran (Putra 2019). Data masalah gangguan ini sekitar 0,2% di Amerika Serikat dari populasi penduduk dan sekitar 9% orang dirawat di rumah sakit karena gangguan ini (Stöppler 2013). Skizoafektif diyakini lebih umum daripada gangguan bipolar, dengan prevalensi yang lebih tinggi pada wanita daripada pria dimana wanita cenderung mengalami onset gangguan skizoafektif pada usia yang lebih tua daripada pria (Stöppler 2013). Proses terjadinya penyakit ini masih belum diketahui secara pasti, tetapi mungkin terkait dengan ketidakseimbangan zat penghantar neurotransmitter di otak. Kelainan pada neurotransmitter serotonin, norepinefrin, dan dopamin dapat menyebabkan ketidakstabilan pada kondisi perasaan dan emosional penderita. Meskipun penyebab pasti dari skizoafektif masih belum diketahui, diperkirakan mirip dengan penyebab skizofrenia. Paparan virus selama kehamilan, kekurangan gizi, dan komplikasi saat melahirkan juga dapat mempengaruhi perkembangan skizoafektif (Marshalita and Rokhmani 2021). Diagnosis gangguan skizoafektif ditegakkan ketika gejala yang jelas dari skizofrenia dan gangguan afektif muncul bersamaan, atau dalam beberapa hari setelah gejala lainnya, dalam episode yang sama.

Permasalahan utama pada pasien skizoafektif ini adalah adalah perilaku kekerasan yang bisa membahayakan diri sendiri, orang lain, serta lingkungan sekitar. Perilaku kekerasan merupakan tindakan seseorang yang dapat menyebabkan bahaya fisik kepada dirinya maupun orang sekitarnya (Kandar and Iswanti 2019). Perilaku agresif dan kekerasan sering dianggap berada dalam spektrum, dengan agresi verbal di satu ujung dan kekerasan fisik di ujung lainnya. Situasi yang memicu emosi, perasaan frustrasi, benci, atau marah dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Ketika emosi ini mendalam, perilaku seseorang kadang menjadi agresif atau menyakiti karena penggunaan mekanisme koping yang tidak efektif. Berdasarkan data yang tercatat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, diagnosis keperawatan dengan risiko perilaku kekerasan menjadi diagnosis tertinggi di ruang rawat tenang pada tahun 2021 dengan persentase sekitar 54% (Fidia 2023). Data dari Rumah Sakit Jiwa Dinkes Provinsi Bali juga menunjukkan bahwa jumlah pasien dengan risiko perilaku kekerasan cenderung meningkat setiap tahunnya berawal dari tahun 2015, sebanyak 599 pasien dengan risiko perilaku kekerasan, meningkat menjadi 635 pasien pada tahun 2016, dan mencapai 687 pasien pada tahun 2017 (Haluna 2018).

Sementara itu, risiko perilaku kekerasan yaitu tindakan yang berpotensi atau cenderung membahayakan orang lain secara fisik dan emosional (NANDA 2018). Menurut Kusumawati dan Hartono dalam Kandar (2019) kekerasan merupakan salah satu respon ekstrem dari marah, takut, atau panik. Tanda gejala mayor risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain yaitu mengungkapkan kebencian atau kekesalan terhadap orang lain, menyatakan keinginan untuk memukul orang lain, mengaku tidak mampu mengendalikan perilaku kekerasan, menyampaikan niat untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain, serta merusak lingkungan. Tanda-tanda fisik dan perilaku termasuk mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, gelisah, mondar-mandir, tekanan darah meningkat, nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, berbicara dengan nada tinggi dan kasar, mendominasi pembicaraan, menggunakan sarkasme,

merusak lingkungan, dan memukul orang lain. Sedangkan tanda minor dari risiko perilaku kekerasan meliputi mengungkapkan ketidaksenangan, menyalahkan orang lain, mengklaim memiliki kekuasaan, merasa gagal mencapai tujuan, menyatakan keinginan yang tidak realistis dan menuntut untuk dipenuhi, suka mengejek dan mengkritik, mengalami disorientasi, wajah memerah, postur tubuh kaku, bersikap sinis dan bermusuhan, serta menarik diri (Keliat 2019).

Dampak dari risiko perilaku kekerasan dapat merugikan diri sendiri dan lingkungan sekitar karena mampu memicu terjadinya perilaku kekerasan yang bersifat agresif. Perasaan duka yang berkepanjangan dianggap penting karena dapat menyebabkan kesedihan yang sering menjadi faktor risiko untuk perilaku kekerasan (Livana, P. H., & Suerni 2019). Peran perawat sangat penting dalam menangani risiko perilaku kekerasan melalui pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Perawat harus terlibat langsung dalam merawat pasien dan berkomunikasi dengan keluarga, berinteraksi langsung dengan pasien, serta mengelola manajemen keperawatan secara menyeluruh. Ini mencakup pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan peningkatan kesehatan mental dengan melatih pengendalian risiko perilaku kekerasan (Madhani and Kartina 2020).

Berdasarkan uraian tersebut, penting untuk mendiskusikan lebih lanjut bagaimana penanganan yang tepat bagi pasien skizoafektif. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan penatalaksanaan kasus risiko perilaku kekerasan pada pasien skizoafektif.

LANDASAN TEORI

Beberapa sumber yang penulis jadikan sebagai referensi disusunnya penelitian ini yaitu buku cetak yang ditulis oleh Prof Budi Anna Keliat et al tahun 2019 yang berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa" sebagai dasar pemberian intervensi pada pasien dan keluarga yang terbaru^[1]. Sumber penelitian lainnya yang digunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Stöppler, M. C. tahun 2013 dengan judul penelitian "Schizoaffective Disorder" yang dapat diakses pada laman web <http://www.medicinenet.com> berisi mengenai penyakit skizoafektif secara umum baik pengertian tanda gejala, perjalanan penyakit, hingga rekomendasi obat yang diberikan kepada pasien skizoafektif^[23].

METODE PENELITIAN

Metode yang diterapkan dalam artikel ini yaitu laporan kasus atau *case report*. Laporan kasus atau *case report* adalah penelitian yang mendeskripsikan pengalaman seorang pasien secara mendetail. Tujuannya untuk mendeskripsikan manifestasi klinis, perjalanan penyakit, dan prognosis suatu kasus. Laporan ini menjelaskan bagaimana seorang klinisi mendiagnosis dan merawat kasus tersebut, serta hasil klinis yang dicapai (Ayu 2020). Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Cisarua Bandung yang dilakukan selama 8 hari dari tanggal 7 sampai 16 Oktober 2023 dengan pengkajian pada hari pertama pada tanggal 7 Oktober 2023 dan intervensi dilakukan pada tanggal 9 sampai 16 Oktober 2023. Subjek penelitian dalam laporan kasus ini yaitu pasien laki-laki berusia 34 tahun yang mengalami skizoafektif dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

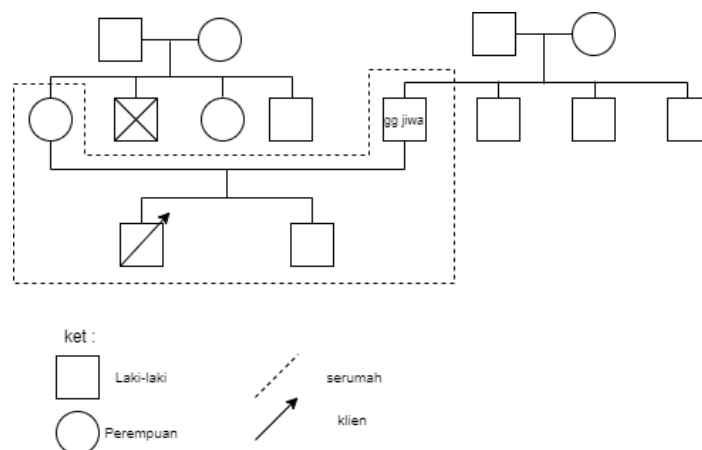
HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa sebelumnya pasien pernah masuk Rumah Sakit Jiwa pada tahun 2008, 2011, dan 2019 dengan riwayat perilaku kekerasan.

Berdasarkan penuturan dari ibunya, kesal yang dialami pasien akan timbul jika ada perbedaan pendapat antara pasien dan keluarga sehingga pasien akan mudah tersinggung dan marah pada orang tersebut. Pasien mengatakan hingga saat ini ia tidak suka pada saudaranya karena sering menggangukannya. Saat menceritakan saudaranya, nada suara klien meninggi, tangan menunjuk-nunjuk pada sembarang arah, sesekali mengepal beberapa saat. Motorik pasien sesuai dengan aktivitas yang dilakukannya, terlihat aktif melakukan kegiatan cenderung gelisah, terlihat tegang, sering bulak-balik kamar mandi dan mondar-mandir di ruangan, ketika mengobrol sering terlihat menggerakkan kakinya naik ke kursi kemudian turun lagi berulang-ulang, terkadang ketika pengkajian pasien akan tiba-tiba pergi untuk melakukan aktivitas lain dan ketika diarahkan pasien menunjukkan pandangan tajam dan menepis lengan saat dibujuk untuk duduk kembali.

Alasan pasien masuk rumah sakit karena sulit tidur dan adanya rasa tidak nyaman pada tubuhnya. Hal itu disebabkan karena tidak meminum obat yang seharusnya dikonsumsi rutin. Sesuai dengan penuturan ibu pasien bahwa sebelumnya pasien sempat putus obat selama 1 sampai 2 minggu sebelum masuk rumah sakit sehingga terjadi kembali kekambuhan. Pasien mengatakan tidak meminum obat karena merasa sudah sehat dan obatnya terasa pahit. Dalam salah satu penelitian menunjukkan bahwa 37,1% pasien yang berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter mengalami kekambuhan sebesar 76,9% (Üçok and Kara 2020). Tingkat kekambuhan pasien psikotik adalah 61% setelah 7-12 bulan menghentikan obat antipsikotik pada episode pertama dan akan semakin besar di kemudian hari (Gaebel, Stricker, and Riesbeck 2020). Faktor presipitasi atau pencetus terjadinya gangguan jiwa yang menyebabkan kekambuhan dari aspek biologi mencakup penghentian obat, penyakit fisik, dan trauma kepala. Faktor psikologis mencakup pengalaman yang tidak menyenangkan dan keinginan yang tidak terpenuhi. Faktor sosial meliputi konflik dengan keluarga atau teman, penghasilan yang rendah, tidak bekerja, tidak sekolah atau putus sekolah, serta kehilangan orang yang berarti (Rinawati and Alimansur 2016).

Selain faktor pencetus atau presipitasi, adapun faktor predisposisi atau penyebab terjadinya masalah kesehatan jiwa yang dialami oleh pasien pada kasus ini. Dibawah ini didapatkan genogram dari keluarga pasien.



Dalam genogram diatas didapatkan hasil bahwa, pasien memiliki faktor keturunan gangguan jiwa dari ayahnya dengan tanda gejala yang sama dengan pasien. Dalam sebuah penelitian mengungkapkan bahwa faktor berpengaruh terhadap gangguan kejiwaan sebesar 66,1% (Purwita 2020). Faktor penyebab gangguan jiwa, yang juga dikenal sebagai

faktor predisposisi, umumnya bersifat *multifactorial* (Mawaddah 2020). Hasil studi Rinawati & Alimansur (2016) di RSJ Dr. Marzoeqi Mahdi Bogor menunjukkan bahwa faktor predisposisi mencakup riwayat gangguan jiwa sebelumnya, keturunan, trauma kepala, penyakit kronis, tipe kepribadian, pengalaman yang tidak menyenangkan, keinginan yang tidak terpenuhi, konsep diri negatif, pola asuh, tidak bekerja, tidak berpartisipasi dalam kegiatan sosial, tidak memiliki teman dekat, konflik dengan keluarga atau teman, penghasilan rendah, tidak sekolah atau putus sekolah, serta kehilangan orang yang disayangi (Rinawati and Alimansur 2016).

Pemberian intervensi secara farmakologis dan nonfarmakologis diperlukan bagi pasien untuk mencegah terjadinya kekambuhan yang berakibat pada terjadinya perilaku kekerasan. Berdasarkan National Alliance on Mental Illness (2015), penderita skizoafektif sering diberikan intervensi berupa kombinasi antara obat-obatan dan psikoterapi (Fahrizal, Novy Helena Chatarina Daulima, and Mustikasari 2021). Pasien mendapat 2x5 mg Haloperidol dan 2x50 mg Olanzapine. Berdasarkan penelitian, Olanzapine bermanfaat dalam pengobatan gejala positif dan negatif secara bersamaan pada pasien dengan masalah halusinasi (Brar et al. 2016). Sedangkan Haloperidol yang merupakan obat antipsikotik khas yang lebih berfokus pada penanganan gejala positif salah satunya perilaku agresif karena bermanfaat pada penstabil suasana hati (Khushu and Powney 2016). Beberapa obat yang disetujui oleh National Alliance on Mental Illness untuk mengobati gangguan skizoafektif meliputi: antipsikotik, yang diresepkan oleh penyedia layanan kesehatan untuk mengurangi gejala psikosis seperti delusi dan halusinasi. Kemudian, antidepresan yang diberikan saat gejala gangguan depresi mayor muncul untuk meredakan perasaan sedih, putus asa, dan kesulitan berkonsentrasi. Terakhir, penstabil suasana hati, yang membantu menstabilkan fluktuasi suasana hati saat gejala gangguan bipolar muncul (Fahrizal, Novy Helena Chatarina Daulima, and Mustikasari 2021). Pemberian antipsikotik atipikal mengakibatkan berkurangnya tremor, kegugupan, dan produksi air liur. Dalam hal ini, pasien mendapatkan Haloperidol untuk mengubah suasana hati menjadi lebih stabil dan tenang.

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien skizoafektif yang menghadapi risiko perilaku kekerasan meliputi membantu pasien dalam mengenali penyebab, tanda gejala, perilaku kekerasan yang terjadi, dan akibat dari perilaku kekerasan tersebut. Pada penelitian ini, intervensi yang dilakukan hingga 3 pertemuan karena pasien sering menolak bahwa dirinya melakukan tindakan kekerasan. Kemudian setelah 3 pertemuan, pasien mengatakan penyebab ia masuk ke rumah sakit jiwa karena kesal oleh ibunya yang selalu melarang melakukan tindakan yang ia inginkan. Ketika ia kesal, ia akan mencubit ibunya, badannya terasa panas, dada berdebar, dan akan marah pada ibunya. Akibat dari perilakunya, ia melihat ibunya menangis, merasa bersalah, dan akhirnya dibawa ke rumah sakit ini. Berdasarkan hasil penelitian Fauziah dalam Budi Anna keliat (2014) mengatakan terapi kognitif perilaku mampu menurunkan tanda gejala perilaku kekerasan sehingga perlu dilakukannya tindakan untuk meningkatkan kesadaran pasien mengenai dirinya sendiri (Keliat 2019).

Kemudian, setelah pasien mampu mengenali tindakan risiko perilaku kekerasan, pasien diajarkan untuk mengelola perilaku kekerasan melalui berbagai cara, termasuk pengendalian fisik, verbal, spiritual, dan penggunaan obat. Untuk mengelola risiko perilaku kekerasan secara fisik bisa dengan melakukan tarik nafas dalam atau melakukan kegiatan yang pasien suka (Keliat 2019). Pasien mengatakan bahwa dirinya suka bernyanyi dan menggambar sehingga disediakan papan dan kertas yang digunakan untuk pasien menggambar. Pasien juga mengungkapkan bahwa senang ketika jadwal rehabilitasi

di gedung karena disana beragam kegiatan yang dilakukan sehingga dirinya tidak hanya diam di kamar. Dalam sebuah penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam terbukti efektif dalam menstabilkan emosi pada pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan. Teknik ini juga mampu dikolaborasikan dengan pemahaman spiritual pasien bahwa kemarahan adalah energi negatif yang muncul dalam diri mereka dan energi negatif ini harus dilepaskan secara perlahan (Waluyo 2022). Selain itu, terapi jadwal kegiatan sehari-hari juga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perubahan kemampuan pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan dibandingkan dengan pasien yang tidak menerima terapi ini, dengan perbedaan sebesar 1,64 poin (Prasetya 2018).

Setelah itu, pasien diberikan intervensi spiritual dengan berdzikir ketika sedang tidak melakukan kegiatan dan untuk ketenangan hati (Keliat 2019). Pasien juga mengatakan bahwa ia sangat senang berdzikir dan tidak pernah terlewat untuk melakukan ibadah 5 waktunya. Dalam penelitian Indrianingsih (2023), terapi dzikir bermanfaat dalam menurunkan risiko perilaku kekerasan dengan rata-rata presentase sebelum diberikan intervensi 57,1% dan setelah intervensi risiko perilaku kekerasan menurun menjadi 21,3% (Indrianingsih, Hasanah, and Utami 2023). Hal ini didukung oleh penelitian lain yang menyebutkan bahwa terapi dzikir terbukti efektif diterapkan pada pasien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan karena dapat membuat pasien merasa lebih tenang dan rileks (A'yuni Q, Rian Septiantoro 2024)

Kemudian dilanjutkan intervensi untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan pendekatan verbal. Teknik ini dilakukan dengan mengajarkan pasien untuk mengungkapkan, meminta, dan menolak sesuatu dengan cara yang benar (Keliat 2019). Dalam pertemuan ini, klien memahami dan mampu mempraktikkan cara meminta maaf dan menolak sesuatu yang tidak sukainya. Pasien juga mengatakan akan mencoba untuk menarik nafas dan membicarakannya baik-baik jika suatu saat nanti ada hal yang tidak sukainya. Hal ini didukung oleh penelitian yang menjelaskan bahwa latihan asertif mampu menurunkan risiko perilaku kekerasan. Hal ini dibuktikan dengan setelah pelaksanaan intervensi asertif selama 5 hari, ditemukan bahwa pasien yang sebelumnya tidak bisa mengendalikan amarahnya kini mampu mengendalikannya (Widnyani Putri and Wati 2024). Intervensi keperawatan pada pasien diakhiri pada hari ketujuh karena adanya perubahan perilaku dan menurunnya risiko perilaku kekerasan pada pasien.

Intervensi juga diberikan kepada keluarga agar mampu merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan dengan mengedukasi terkait pengertian dari risiko perilaku kekerasan, tanda gejala risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien serta proses terjadinya, dan cara merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Berdasarkan penuturan ibunya, pasien selalu memainkan listrik dengan membuat alat-alat yang tidak jelas dan terkadang merusak alat elektronik seperti speaker di rumahnya sehingga ia melarangnya karena khawatir ada kebocoran aliran listrik yang berbahaya bagi pasien. Ketika adanya perbedaan pendapat antara dirinya dan pasien maka pasien akan marah-marah dan mencubitnya. Ibu pasien mengatakan terkadang kewalahan dalam merawat pasien karena pasien sulit diarahkan jika di rumah. Hasil penelitian Komala, Keliat, dan Wardani (2016) menjelaskan bahwa kombinasi pendidikan kesehatan kepada pasien, terapi komitmen penerimaan, dan psikoedukasi keluarga telah terbukti meningkatkan pemahaman serta secara signifikan mengurangi gejala perilaku kekerasan, juga meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan (Keliat 2019). Hal ini juga didukung oleh Pandeirot et al menjelaskan terapi keluarga mampu meningkatkan kemampuan merawat pasien dengan masalah perilaku kekerasan (Keliat 2019). Peran perawat juga mendiskusikan mengenai masalah yang dirasakan oleh keluarga

dalam merawat pasien seperti apa dan apakah ada masalah lain yang membuat keluarga jenuh dalam proses perawatan. Keluarga juga sebagai pendukung pasien menganjurkan membantu pasien untuk mengatur jadwal kegiatan sehari-hari dan memberikan pujian atas kerja kerasnya.

KESIMPULAN

Setelah dilakukan intervensi selama 7 kali pertemuan di ruangan, adanya beberapa perubahan perilaku pada pasien seperti tatapan klien menjadi lebih teduh dan sayu, terlihat lebih tenang dari sebelumnya, tidak terlihat gelisah, lebih sering tidur siang, tidak terlihat bulak-balik kamar mandi maupun di ruangan, dan nada suara pasien menjadi lebih stabil. Hal ini menunjukkan bahwa adanya penurunan terjadinya risiko perilaku kekerasan dan pasien mampu untuk mengontrol perasaannya. Hambatan dari dilakukannya penelitian ini adalah kurangnya kesadaran dari pasien untuk mengenali risiko perilaku kekerasan sehingga perlu dilakukannya intervensi berulang hingga pasien sadar akan tindakan yang dilakukannya. Solusi dari penelitian ini adalah terjalannya komunikasi terapeutik yang baik serta penggunaan bahasa yang dapat dipahami oleh pasien. Harapan untuk penelitian selanjutnya yaitu menerapkan intervensi yang paling efektif untuk menurunkan risiko kekambuhan pada pasien skizoafektif dengan risiko perilaku kekerasan.

PENGAKUAN/ACKNOWLEDGEMENTS

Peneliti mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya pada semua pihak yang sudah membantu dalam penelitian ini terutama pada Rumah Sakit Jiwa Cisarua yang memfasilitasi dan mendukung pelaksanaan penelitian ini. Dukungan dan kontribusi tersebut sangat berarti bagi keberhasilan penelitian ini.

DAFTAR REFERENSI

- [1] A'yuni Q, Rian Septiantoro, Ita Apriliyani. 2024. "Efektivitas Terapi Spiritual Dzikir Untuk Mengurangi Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia." *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/3541/2525>.
- [2] Addisu, Fikir, Mekitie Wondafrash, Zeina Chemali, Tariku Dejene, and Markos Tesfaye. 2015. "Length of Stay of Psychiatric Admissions in a General Hospital in Ethiopia: A Retrospective Study." *International Journal of Mental Health Systems* 9 (1): 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0006-x>.
- [3] Ayu, Ira Marti. 2020. "Disain Studi Deskriptif Dan Analitik." In , 6–7.
- [4] Brar, Gurmeet kaur, Monica Arora, Hargurpal Singh Brar, and Jaswant Singh Sachdeva. 2016. "Comparative Study of Olanzapine versus Haloperidol in the Treatment of Schizoaffective Disorder."
- [5] Fahrizal, Yanuar, Novy Helena Chatarina Daulima, and Mustikasari. 2021. "Application of Acceptance Commitment Therapy in Schizoaffective Patients With Hallucinations and Self-Care Deficits." *Journal of Chemical Information and Modeling* 53 (9): 1689–99.
- [6] Fidia, Fidia. 2023. "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Pusuk Buhit Melalui Strategi Pelaksanaan." <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/62p8x>.
- [7] Gaebel, Wolfgang, Johannes Stricker, and Mathias Riesbeck. 2020. "The Long-Term Antipsychotic Treatment of Schizophrenia: A Selective Review of Clinical Guidelines

- and Clinical Case Examples.” *Schizophrenia Research* 225 (xxxx): 4–14. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.049>.
- [8] Haluna, N. P. H. 2018. “Gambaran Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi 1 : Mengendalikan Perilaku Kekerasan Secara Fisik Untuk Mengatasi Risiko Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Di UPTD Rumah Sakit Jiwa Dinkes Provinsi Bali Tahun 2019.”
- [9] Indrianingsih, Fera, Uswatun Hasanah, and Indhit Tri Utami. 2023. “Penerapan Terapi Spiritual Zikir Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.” *Jurnal Cendikia Muda* 3 (2): 268–75.
- [10] Kandar, Kandar, and Dwi Indah Iswanti. 2019. “Faktor Predisposisi Dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan.” *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa* 2 (3): 149. <https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>.
- [11] Keliat, Budi Anna et al. 2019. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- [12] Khushu, Abha, and Melanie J. Powney. 2016. “Haloperidol for Long-Term Aggression in Psychosis.” *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009830.pub2>.
- [13] Livana, P. H., & Suerni, T. 2019. “Faktor Predisposisi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan.” *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa* 1(1): 27–38.
- [14] Madhani, Anggit, and Irna Kartina. 2020. “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan.”
- [15] Marshalita, Nadya, and Cahyaningsih Fibri Rokhmani. 2021. “Penatalaksanaan Kasus Skizoafektif Tipe Depresi Pada Ny. SH Usia 44 Tahun Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga.” *Majority* 10 (2): 28–38.
- [16] Mawaddah, Nurul Ike; Prafitia Sari; Anndy Prastya. 2020. “Faktor Predisposisi Dan Presipitasi Terjadinya Gangguan Jiwa Di Desa Sumbertebu Bangsal Mojokerto” 12.
- [17] NANDA. 2018. *NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi Dan Klasifikasi 2018-2020. (T. H. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (11th Ed.)*. Jakarta: EGC.
- [18] Prasetya, Anton Surya. 2018. “Efektifitas Jadwal Aktivitas Sehari-Hari Terhadap.” *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung* VI (1): 18–29.
- [19] Purwita, Anvika Diah Ayu. 2020. “Hubungan Faktor Keturunan Dengan Kejadian Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Geger Kabupaten Madiun.”
- [20] Putra, A.A. Gede Ocha Rama Kharisma. 2019. “Schizoaffective Disorder With Manic Type : A Case Report.” *Jurnal Harian Regional*. <https://doi.org/https://jurnal.harianregional.com/eum/full-8089>.
- [21] Putri, Ike Asana, and B Fitria Maharani. 2022. “Skizofrenia : Suatu Studi Literatur.” *Journal of Public Health and Medical Studies* 1 (1): 1–12.
- [22] Rinawati, Fajar, and Moh Alimansur. 2016. “Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart.” *Jurnal Ilmu Kesehatan* 5 (1): 34–38. <https://doi.org/10.32831/jik.v5i1.112>.
- [23] Stöppler, Melissa Conrad. 2013. “Schizoaffective Disorder.” <http://www.medicinenet.com>.
- [24] Üçok, Alp, and İlayda Arjen Kara. 2020. “Relapse Rates Following Antipsychotic Discontinuation in the Maintenance Phase after First-Episode of Schizophrenia: Results of a Long-Term Follow-up Study.” *Schizophrenia Research* 225 (xxxx): 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.015>.
- [25] Videbeck, S. L. 2020. “Psychiatric Mental Health Nursing (8th Editio).”
- [26] Waluyo, Agus. 2022. “Efektifitas Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan.” *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti*

- Lampung* 10 (2): 64. <https://doi.org/10.47218/jkpbl.v10i2.153>.
- [27] Widnyani Putri, Ni Kadek Dwi, and Rahma Wati. 2024. "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Sdr. B Dengan Fokus Intervensi Pemberian Assertiviness Training Untuk Mengontrol Marah Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta." *The Shine Cahaya Dunia D-III Keperawatan* 9 (01): 14–21. <https://doi.org/10.35720/tscd3kep.v9i01.482>.