



INTERVENSI KEGAWATDARURATAN KEPERAWATAN JIWA PADA GANGGUAN JIWA DENGAN PERILAKU KEKERASAN: LITERATURE REVIEW

Andria Pragholapati*, Alifiati Fitrikasari, Fitria Handayani

Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Jl. Prof. Sudarto No.13, Tembalang, Kec. Tembalang, Kota Semarang, Jawa Tengah 50275 Indonesia.

*andria.pragholapati@upi.edu

ABSTRAK

Kedaruratan psikiatri adalah situasi di mana pikiran dan perilaku individu diubah secara akut yang menyebabkan risiko potensial atau aktual terhadap kehidupan orang tersebut atau orang lain di lingkungan. Identifikasi yang cepat dan intervensi yang tepat akan mengurangi kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh kedaruratan psikiatri. Artikel ini mengulas kedaruratan psikiatri utama seperti kekerasan dan menyoroiti asuhan keperawatan pasien dengan kedaruratan keperawatan jiwa.

Kata kunci: kegawatdaruratan; manajemen keperawatan jiwa; perilaku kekerasan

EMERGENCY MENTAL CARE INTERVENTION FOR MENTAL DISORDERS WITH VIOLENT BEHAVIOR: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Psychiatric emergency is a situation in which an individual's thoughts and behavior are acutely altered to cause potential or actual risk to the life of that person or others in the environment. Prompt identification and appropriate intervention will reduce death and disability caused by psychiatric emergencies. This article reviews major psychiatric emergencies such as violence and highlights the nursing care of patients with psychiatric emergencies.

Keywords: emergency; psychiatric nursing management; violent behavior

PENDAHULUAN

Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (RI, 2014). ODGJ dapat mengalami kegawatdaruratan jiwa (Pragholapati et al., 2023). Kedaruratan jiwa adalah gangguan akut pada pemikiran, perilaku, suasana hati atau hubungan sosial yang membutuhkan intervensi segera; jika tidak diobati dapat menyebabkan kerugian bagi individu atau orang lain di lingkungan (Gnanapragasam et al., 2021). Kegawatdaruratan jiwa merupakan suatu kondisi yang berpotensi menimbulkan efek serius yang dapat mengancam diri sendiri, orang lain serta lingkungan sekitar dapat bersifat akut dan terjadi secara mendadak. kegawatdaruratan jiwa dapat mengenai diri seseorang yang mencakup intrapsikis, interpersonal, biologis atau bahkan gabungan dari beberapa faktor tersebut. Kegawatdaruratan memiliki tanda dan gejala khusus seperti terjadinya gangguan perilaku, kognisi, afek, alam perasaan, persepsi, respon fisiologis, hubungan atau pola pikir, maka dari itu dalam kondisi kegawatdaruratan perlu diberikan penanganan segera karena berpotensi menimbulkan berbagai masalah medis lain seperti menyakiti diri sendiri, bunuh diri, dan munculnya kekerasan terhadap orang lain (Kemenkes, 2010).

Penanganan kegawatdaruratan jiwa memerlukan ketepatan dalam pengkajian, kepastian keamanan, perhatian yang segera harus diberikan kepada klien serta perlu dilakukan pengkajian resiko tindakan kekerasan, hilang kendali, agresi, melukai diri, bunuh diri atau pembunuhan (Subekti & O'Brien, 2013). Klasifikasi kegawatdaruratan klien gangguan jiwa menjadi enam kelompok yaitu kegawatdaruratan jiwa yang bersifat darurat, kegawatdaruratan jiwa yang bersifat gawat, masalah gangguan jiwa yang berpotensi berat atau kondisi krisis, kondisi krisis yang tidak menunjukkan bahaya langsung, keadaan yang tidak menunjukkan adanya bahaya langsung, masalah gangguan jiwa yang terjadi sebagai akibat penyakit fisik (Subekti & O'Brien, 2013).

Kondisi berikut ini dianggap darurat dalam pengaturan psikiatri: Bunuh diri, Kekerasan, Delirium tremens, Stupor, Darurat terkait obat-obatan (Gnanapragasam et al., 2021). Pasien dengan diagnosa Perilaku Kekerasan adalah bahaya yang sering dihadapi di ruang gawat darurat (Kurniati et al., 2018; Sudarsanan et al., 2004). Risiko perilaku kekerasan sangat tinggi di masyarakat di mana terdapat akses yang lebih mudah ke senjata api dan penyalahgunaan alkohol/narkoba (Sudarsanan et al., 2004). Penggunaan alkohol juga merupakan predisposisi untuk kekerasan. Gangguan psikiatrik dan medis tertentu juga dikaitkan dengan perilaku kekerasan. Dalam artikel ini, penulis membahas kegawatdaruratan psikiatrik utama yang mengancam jiwa dan manajemen keperawatan yaitu perilaku kekerasan.

METODE

Strategi pencarian telah dirancang untuk mengambil referensi bibliografi terbesar yang terkait dengan "emergency psychiatry" "nursing intervention" and "violence" untuk analisis selanjutnya. Untuk melakukan ini, kami melakukan pencarian bibliografi di Google Scholar. Metasearch dilakukan yang mencakup database kesehatan berikut: CINAHL, EMBASE, CINAHL, DOAJ, MEDLINE, PubMed, SciELO, menggunakan istilah "emergency psychiatry" "nursing intervention" and "violence". Pelacakan dokumen-dokumen ini dilakukan dari Desember 2022 hingga Juli 2023, termasuk pembacaan dan relevansinya. Artikel asli dalam bahasa Inggris atau Bahasa Indonesia telah dimasukkan, selain mengutip istilah "kegawatdaruratan psikiatri" "nursing intervention" and "violence" dan mendefinisikannya, membedakan jenis intervensi, dan termasuk pencegahan dan pengobatannya di antara tujuan penelitian. Tidak ada batasan mengenai tahun publikasi, penulis atau lembaga yang berpartisipasi. Ekstraksi data dilakukan oleh satu orang.

HASIL

Perilaku Kekerasan / Violence

Istilah kekerasan berasal dari kata Latin yang disebut 'Violentia'. Kekerasan adalah sesuatu yang sudah berlangsung lama, dan telah menjadi bagian dari ekspresi luapan emosi seseorang. Kemarahan diekspresikan dalam berbagai cara yang jika tidak dikendalikan dapat diekspresikan sebagai kekerasan. Kekerasan adalah bentuk parah dari perilaku agresif (Townsend, 2011) Perawat adalah salah satu korban umum dari kekerasan dalam pengaturan perawatan kesehatan, terutama unit psikiatri. Studi yang dilakukan di Arab Saudi melaporkan bahwa 81,3% perawat terpapar perilaku kekerasan oleh pasien psikiatri (Basfr et al., 2019) dan seringkali, kerabat pasien juga menjadi korban (Aquilina, 1991) Dapat dipahami bahwa 20% pasien yang dirawat di unit gawat darurat unit psikiatri mungkin menunjukkan perilaku kekerasan (Iozzino et al., 2015)

Definisi

Perilaku Kekerasan adalah Kemarahan yang diespresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan (Indonesia,

2016). Kekerasan merupakan hasil kemarahan yang ekstrim (memuncak) atau perasaan takut (panik) (Stuart et al., 2016). Dalam psikiatri, kekerasan adalah bentuk ekstrim dari agresi sebagai didefinisikan oleh American Psychological Association (Major et al., 2000) yang ditunjukkan dalam bentuk penyerangan, pemerkosaan atau pembunuhan. Reiss dan Roth (National Research Council, 1994) mendefinisikan kekerasan sebagai 'perilaku oleh individu yang dengan sengaja mengancam, mencoba atau menyakiti orang lain secara fisik'.

Patofisiologi

Pandangan psikologis terhadap perilaku agresif menunjukkan pentingnya faktor predisposisi perkembangan atau pengalaman hidup yang membatasi kemampuan seseorang untuk menggunakan mekanisme koping tanpa kekerasan (Stuart et al., 2016). Faktor-faktor sosial dan budaya yang mempengaruhi perilaku agresif seperti norma budaya yang membantu menentukan cara yang dapat diterima dan tidak dapat diterima untuk mengekspresikan perasaan agresif (Stuart et al., 2016). Kekerasan mungkin tidak selalu memiliki penyebab yang spesifik, mungkin merupakan antarmuka dari beberapa jenis pengaruh seperti faktor individu, situasional dan struktural yang berkontribusi terhadap terjadinya kekerasan. Korteks prefrontal juga memainkan peran penting dalam menghambat perilaku agresif (Stuart et al., 2016). Peningkatan kadar dopamin dan penurunan kadar norepinefrin dan serotonin berhubungan dengan iritabilitas dan perilaku terkait (Sadock, 2007). Rendahnya kadar neurotransmitter serotonin mengakibatkan perilaku cepat marah dan mudah tersinggung, hipersensitivitas terhadap provokasi, dan rasa marah serta kesal (Stuart et al., 2016).

Faktor risiko

Prediksi utama yang terbaik pencetus perilaku kekerasan adalah Riwayat kekerasan (Stuart et al., 2016). Karakteristik tertentu memprediksi serangan dalam keadaan darurat. Pria muda yang menganggur (<40 tahun), dengan status sosial ekonomi rendah, riwayat kekerasan masa lalu dan yang biasanya tidak patuh dengan pengobatan. Ancaman penyerangan harus selalu ditanggapi dengan serius. Tanda-tanda yang memprediksi serangan yang akan datang adalah kemarahan, menuntut perhatian segera, suara keras, kegembiraan, mata menatap, lubang hidung melebar, wajah memerah, tangan terkepal atau mencengkeram, mondar-mandir di dalam ruangan, memiliki senjata, mendorong furnitur, tidak kooperatif dan curiga, membanting benda dan gerakan tiba-tiba (Sudarsanan et al., 2004). Ada berbagai cara untuk mengomunikasikan kemarahan atau agresi seseorang, beberapa karakteristik yang dapat membantu mengidentifikasi kekerasan atau disebut sebagai isyarat kekerasan adalah

Tabel 1.
Diagnosa Perilaku Kekerasan

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Indonesia, 2016)	Townsend MC (Townsend, 2011)	KMK NO. 1627 (Kmk-No-1627-2010-Ttg-Kegawatdaruratan-Psikiatrik, n.d.)
Penyebab	a. Mondar-mandir, gelisah	Gangguan Psikotik
1. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah	b. Ekspresi wajah tegang dan bahasa tubuh	a. Gangguan psikotik akut
2. Stimulus lingkungan	c. Ancaman verbal atau fisik	b. Gangguan mental organic
3. Konflik interpersonall	d. Suara keras, berteriak, menggunakan kata-kata kotor dan argumentatif	c. Skizofrenia
4. Perubahan status mental	e. Ancaman pembunuhan atau bunuh diri	d. Gangguan bipolar dengan ciri psikotik
5. Putus obat	f. Peningkatan agitasi, dengan reaksi berlebihan terhadap rangsangan lingkungan	e. Gangguan waham
6. Penyalahgunaan zat dan alcohol		f. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat
Subjektif Mayor		Non psikotik
1. Mengancam		a. Kecemasan:panik
		b. Depresi

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Indonesia, 2016)	Townsend MC (Townsend, 2011)	KMK NO. 1627 (Kmk-No-1627-2010-Ttg-Kegawatdaruratan-Psikiatrik, n.d.)
2. Megumpat dengan kata-kata kasar	g. Kecemasan panik, menyebabkan salah tafsir terhadap lingkungan	c. Gangguan stress pasca trauma
3. Suara keras	h. Proses berpikir terganggu, curiga	d. Gangguan kepribadian antisosial
4. Bicara ketus	i. Suasana hati marah, seringkali tidak proporsional dengan situasi.	Gejala Pada keadaan tingkah laku kekerasan dan menyerang (violence) terdapat gejala-gejala berikut:
Subjektif Minor (tidak tersedia)		a. Marah-marah
Objektif Mayor		b. Mengancam
1. Menyerang orang lain		c. Menyerang
2. Melukai diri sendiri atau orang lain		d. Merusak/membanting barang-barang
3. Merusak lingkungan		e. Berpikir irasional
4. Perilaku agresif atau amuk		f. Tidak kooperatif
Objektif Minor		g. Waham
1. Mata melotot atau pandangan tajam		h. Halusinasi
2. Tangan mengepal		i. paranoid
3. Rahang mengatup		
4. Postur tubuh kaku		

Saat menilai faktor risiko kekerasan, kita harus mempertimbangkan tiga faktor berikut (Gnanapragasam et al., 2021; Townsend, 2011):

1. Riwayat kekerasan masa lalu, yang dianggap sebagai faktor risiko utama. Peter juga menjelaskan kekerasan berulang dalam penelitiannya
2. Diagnosis klien, pasien yang mengalami kekerasan biasanya adalah mereka yang didiagnosis dengan penyakit kejiwaan seperti skizofrenia, mereka yang terdelusi dan berhalusinasi
3. Perilaku saat ini Secara umum, jenis kelamin laki-laki, pasien dengan penyakit kejiwaan, terutama skizofrenia, penggunaan narkoba dan bila ada bukti perilaku kekerasan di masa lalu mungkin merupakan beberapa faktor yang memicu kekerasan (Iozzino et al., 2015) . Agresi lebih terkait dengan usia yang lebih muda, jenis kelamin laki-laki, penerimaan di bawah persetujuan paksa, lajang, telah didiagnosis dengan skizofrenia, penerimaan berulang kali, riwayat kekerasan di masa lalu, riwayat perilaku yang merugikan diri sendiri dan penggunaan zat (Dack et al., 2013).

Faktor lain yang dapat berisiko meningkatkan perilaku kekerasan adalah Klien dengan cemas atau takut akan keselamatan pribadi, perasaan tidak menentu atau ketidakmampuan mengatasi masalah, dan Riwayat kekerasan fisik atau kekerasan seksual (Kurniati et al., 2018). Klien dengan gangguan penyalahgunaan zat memiliki prevalensi kekerasan 12 kali lebih besar bagi mereka dengan penyalahgunaan atau ketergantungan alkohol dan 16 kali lebih besar bagi mereka dengan kergantungan obat lain dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki diagnosis gangguan jiwa (Stuart et al., 2016). Keracunan obat, efek samping pengobatan, delirium, dan ketidakadequatan mengontrol gejala-gejala (mis; nyeri), memiliki efek tambahan dalam meningkatkan faktor risiko perilaku kekerasan (Kurniati et al., 2018). Klien dengan gejala psikotik aktif memiliki gejala berhubungan dengan ancaman atau masalah pengendalian internal, seperti waham terhadap control pikiran, (Stuart et al., 2016). Khayalan akan keyakinan penganiayaan, “perintah” dari halusinasi untuk melukai orang lain (halusinasi pendengaran), mania, depresi, dan percobaan bunuh diri akut merupakan individu yang berisiko tinggi melakukan kekerasan (Kurniati et al., 2018).

Diagnosis

Perilaku kekerasan ditunjukkan melalui tindak kekerasan/serangan penganiayaan (Videbeck & Videbeck, 2013). Kekerasan menjadi fenomena akut tidak dapat didiagnosis dengan kriteria tetap. Isyarat kekerasan dapat menjadi bagian dari penilaian. Diagnosis dapat dimungkinkan tergantung pada anamnesis dan pemeriksaan fisik. Anamnesis pada aspek kekerasan fisik akan mengungkapkan luka fisik yang tidak disengaja akibat pukulan, pukulan, tendangan, gigitan, guncang, lemparan, tusukan, cekikkan, pukul dan bakar. Pelecehan emosional akan merendahkan atau menolak korban, mengabaikan atau menyalahkan korban, isolasi dari rutinitas normal, penggunaan disiplin yang keras dan tidak konsisten (Townsend, 2011)

Manajemen Keperawatan

Pendekatan awal dalam pengelolaan pasien kekerasan atau agitasi harus mencakup upaya de-eskalasi verbal (Baker, 2022; Garriga et al., 2016; Richmond et al., 2012; Sreevani, 2007). Jika tidak menanggapi de-eskalasi, maka beberapa cara umum untuk mengelola kekerasan fisik adalah pengasingan, penggunaan pekekangan baik fisik maupun kimiawi dan pengobatan paksa (Olofsson & Jacobsson, 2001). Jika memungkinkan, ciptakan lingkungan yang tenang dan hening untuk pertemuan pasien, sambil tetap memperhatikan keamanan staf dan memastikan bahwa rencana keluar yang aman selalu tersedia (Baker, 2022; Kurniati et al., 2018; Videbeck & Videbeck, 2013). Bicaralah dengan pasien dengan tenang, lembut, dan usahakan untuk memahami motivasi dan kebutuhan pasien. Menyediakan kebutuhan fisik pasien dapat memungkinkan Perawat untuk mulai membangun hubungan baik dengan pasien, menenangkan ketakutannya, dan perilaku agresif secara refleksi. Mendengarkan dengan murah hati memungkinkan pasien merasa didengarkan dan dihargai, dan menghasilkan komunikasi yang lebih baik selama kunjungan (Baker, 2022).

Saat seseorang direstrain, pastikan status hidrasi dan nutrisinya dijaga agar tetap optimal. Menjaga lingkungan aman dari peralatan berbahaya (Sreevani, 2007)

Intervensi umum lainnya dapat berupa ;

1. Menyediakan rumah atau tempat berlindung yang aman (Townsend, 2011)
2. Memberikan terapi psikososial seperti psikoterapi individu, terapi keluarga, terapi kognitif dan terapi lingkungan (Townsend, 2011)
3. Jangan meminta pasien untuk terburu-buru. Kebanyakan pasien psikotik atau pasien dengan kekerasan dapat berbicara lebih tenang bila diberi waktu (Kurniati et al., 2018).
4. Hindari konfrontasi (Kurniati et al., 2018; Stuart et al., 2016).
5. Pastikan tangan terlihat sehingga tampak jelas bagi pasien bahwa perawat tidak sedang menyembunyikan racun (Kurniati et al., 2018)

Pertimbangan risiko psikiatri umum ;

1. Mengidentifikasi pikiran, rencana, atau tindakan merugikan orang lain (Nutbeam et al., 2023)
2. Pertimbangkan pemikiran atau rencana pembunuhan (Nutbeam et al., 2023)
3. Identifikasi penangkapan atau pemenjaraan sebelumnya karena pelanggaran kekerasan? (Nutbeam et al., 2023)
4. Jangan pernah mencoba mengatasi pasien dengan perilaku kekerasan seorang diri. Cari bantuan secepat mungkin (Kurniati et al., 2018)

Tabel 2.
Intervensi Perilaku Kekerasan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Pokja & SDKI, 2017)	Townsend MC (Townsend, 2011)	KMK NO. 1627 (Kmk-No-1627-2010-Ttg-Kegawatdaruratan-Psikiatik, n.d.)
Intervensi Utama	Diagnosa Keperawatan: Risiko kekerasan yang diarahkan pada diri sendiri atau orang lain terkait dengan halusinasi perintah, kegembiraan manik dan pemikiran delusi.	Penatalaksanaan: Jauhkan dari sumber yang dapat memicu kekerasan Tingkah laku kekerasan dan menyerang (violence) dapat terjadi pada berbagai keadaan psikiatrik.
1. Manajemen keselamatan lingkungan	Tujuan: Pasien tidak akan menyakiti diri sendiri atau orang lain di lingkungan	1. Psikotik Farmakoterapi
2. Manajemen mood	1. Pertahankan tingkat rangsangan yang rendah di lingkungan pasien (pencahaya rendah, sedikit orang, dekorasi sederhana dan tingkat kebisingan rendah)	a. Injeksi : haloperidol 5-10 mg IM (dapat dikombinasikan dengan Diazepam 10 mg IM, diberikan pada lokasi yang berbeda).
3. Manajemen pengendalian marah	2. Sering-seringlah mengamati perilaku klien bahkan saat melakukan aktivitas rutin	b. Injeksi olanzapine 100 mg IM atau lebih
4. Manajemen perilaku	3. Singkirkan semua benda berbahaya dari lingkungan pasien	c. Injeksi lorazepam
Intervensi pendukung	4. Lakukan intervensi pada tanda pertama peningkatan kecemasan, agitasi atau agresinya	d. Dapat pula diberikan diazepam 10-20 mg secara IM atau IV
1. Dukungan keluarga merencanakan perawatan	5. Tawarkan respons empati terhadap perasaan pasien	2. Non psikotik Injeksi diazepam dapat diberikan, dosis yang tidak terlalu tinggi
2. Dukungan kepatuhan program pengobatan	6. Tawarkan beberapa alternatif: berpartisipasi dalam aktivitas fisik (mis. latihan fisik), bicarakan situasinya	Rujukan
3. Dukungan memaafkan	7. Berikan obat-obatan seperti injeksi haloperidol 25–50 mg IM atau injeksi lorazepam 1–2 mg IM sesuai resep	a. Rawat jalan (poliklinik)
4. Dukungan pelaksanaan ibadah	8. Gunakan pengekangan fisik jika diperlukan dan amati setidaknya setiap 15 menit untuk memastikan sirkulasi ke ekstremitas tidak terganggu (periksa suhu, warna, dan nadi); untuk membantu klien dengan kebutuhan yang berhubungan dengan nutrisi, hidrasi dan eliminasi dan memposisikan klien sehingga kenyamanan terfasilitasi dan aspirasi dicegah	b. Rawat inap
5. Dukungan pemulihan penyalahgunaan alkohol	9. Lepas satu penahan pada satu waktu sambil menilai respons klien (Townsend, 2011).	
6. Dukungan penyalahgunaan zat		
7. Dukungan perasaan bersalah		
8. Dukungan pengungkapan kebutuhan		
9. Dukungan tanggungjawab pada diri sendiri		
10. Edukasi penyalahgunaan alkohol		
11. Edukasi penyalahgunaan zat		
12. Identifikasi resiko		
13. Intervensi krisis		
14. Konseling		
15. Kontrak perilaku positif		
16. Konsultasi via telepon		
17. Latihan asertif		
18. Latihan pengendalian impuls		
19. Limit setting		
20. Manajemen delirium		
21. Manajemen demensia		
22. Manajemen elektrokonkulsif		
23. Manajemen halusinasi		
24. Manajemen isolasi		
25. Manajemen kejang		
26. Manajemen keselamatan lingkungan		
27. Manajemen mood		
28. Manajemen medikasi		
29. Manajemen pengendalian marah		
30. Manajemen penyalahgunaan zat		
31. Manajemen perilaku		
32. Manajemen putus zat		
33. Mediasi konflik		

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Pokja & SDKI, 2017)	Townsend MC (Townsend, 2011)	KMK NO. 1627 (<i>Kmk-No-1627-2010-Ttg-Kegawatdaruratan-Psikatrik, n.d.</i>)
---------------------------------------------------------------	------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

34. Modifikasi perilaku keterampilan sosial
35. Orientasi realita
36. Pemberian obat
37. Pemberian obat intramuscular
38. Pemantauan neurologis
39. Pencegahan bunuh diri
40. Pencegahan penyalahgunaan zat
41. Pencegahan perilaku kekerasan
42. Penentuan tujuan bersama
43. Pengekangan fisik
44. Pengontrolan penyalahgunaan zat
45. Promosi dukungan keluarga
46. Promosi harapan
47. Promosi harga diri
48. Promosi kepercayaan diri
49. Promosi kesadaran diri
50. Promosi koping
51. Promosi system pendukung
52. Promosi sosialisasi
53. Reduksi ansietas
54. Restrukturisasi kognitif
55. Seklusi skrining penganiayaan atau persekusi surveilens
56. Teknik distraksi
57. Teknik menenangkan
58. Terapi bantuan hewan
59. Terapi bermain
60. Terapi kelompok
61. Terapi keluarga
62. Terapi kognitif perilaku
63. Terapi penyalahgunaan zat (detoksikasi zat)
64. Terapi rekreasi
65. Terapi seni
66. Triase
67. Triase telepon

SIMPULAN

Berdasarkan literature review yang dilakukan, intervensi kegawatdaruratan keperawatan jiwa pada ODGJ dengan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan yang holistik dan terintegrasi. Intervensi tersebut meliputi tindakan farmakologis dan nonfarmakologis. Selain itu, intervensi juga harus dilakukan secara cepat dan tepat guna mengurangi risiko kekerasan pada pasien dan orang sekitarnya. Meskipun demikian, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk memperkuat bukti-bukti mengenai efektivitas dari intervensi tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Aquilina, C. (1991). Violence by Psychiatric In-Patients. *Medicine, Science and the Law*, 31(4). <https://doi.org/10.1177/002580249103100406>
- Baker, E. F. (2022). *Psychiatric Emergencies*. Oxford University Press.
- Basfr, W., Hamdan, A., & Al-Habib, S. (2019). Workplace violence against nurses in psychiatric hospital settings perspectives from Saudi Arabia. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 19(1). <https://doi.org/10.18295/squmj.2019.19.01.005>
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. In *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Vol. 127, Issue 4). <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vázquez, G., Baldacara, L., San, L., McAllister-Williams, R. H., Fountoulakis, K. N., Courtet, P., Naber, D., Chan, E. W., Fagiolini, A., Möller, H. J., Grunze, H., Llorca, P. M., Jaffe, R. L., Yatham, L. N., ... Vieta, E. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World Journal of Biological Psychiatry*, 17(2), 86–128. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
- Gnanapragasam, A., Paul, D., Sebastian, J., & Sathiyaseelan, M. (2021). Nursing management of patients with psychiatric emergencies. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 22(1). https://doi.org/10.4103/ijcn.ijcn_40_21
- Indonesia, P. P. N. (2016). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & De Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. In *PLoS ONE* (Vol. 10, Issue 6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
- Kemenkes, R. I. (2010). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1627 Tahun 2010 tentang Pedoman Pelayanan Kegawatdaruratan Psikiatri (pp. 1–48).
- kmk-no-1627-2010-ttg-kegawatdaruratan-psikiatrik. (n.d.).
- Kurniati, A., Tisyani, Y., & Ikaristi, S. (2018). *Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy*, edisi Indonesia pertama.
- Major, B., Cozzarelli, C., Horowitz, M. J., Colyer, P. J., Fuchs, L. S., Shapiro, E. S., Stoiber, K. C., Malt, U. F., Teo, T., Winter, D. G., & Others. (2000). *Encyclopedia of Psychology: 8 Volume Set. Music Perception*, 2.
- National Research Council. (1994). *Understanding and Preventing Violence, Volume 4: Consequences and Control*. In Washington, DC: The National Academies Press.
- Nutbeam, T., Boylan, M., Leech, C., & Bosanko, C. (2023). *ABC of prehospital emergency medicine*. John Wiley & Sons.
- Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: Involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4). <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x>

- Pokja, T., & SDKI, D. P. P. P. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Pragholapati, A., Fitrikasari, A., Handayani, F., Doktor, P., Kedokteran, I., Kesehatan, D., Kedokteran, F., Diponegoro, U., & Prof, J. (2023). Analisis Bibliometrik Penelitian Kegawatdaruratan Keperawatan Jiwa Menggunakan Vos-Viewer. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- RI, D. (2014). Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Pemerintah Pusat.
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA De-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
- Sadock, B. J. (2007). Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. *Psychiatrist.Com*, 3.
- Sreevani, R. (2007). A Guide to Mental Health & Psychiatric Nursing. In *A Guide to Mental Health & Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.5005/jp/books/10010>
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Elsevier.
- Subekti & O'Brien. (2013). Keperawatan kesehatan Jiwa Psikiatrik : Teori & Praktik. In EGC.
- Sudarsanan, S., Chaudhury, S., Pawar, A. A., Salujha, S. K., & Srivastava, K. (2004). Psychiatric emergencies. *Medical Journal Armed Forces India*, 60(1), 59–62. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(04\)80162-X](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(04)80162-X)
- Townsend, M. (2011). *Essentials of psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice*.
- Videbeck, S., & Videbeck, S. (2013). *Psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.

