

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. A MASALAH
UTAMA RISIKO PERILAKU KEKERASAN DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG GELATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**



Oleh :

ERZA ARDIFA SYAFITRI, S.Kep.
NIM.213.0067

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2022

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. A MASALAH UTAMA
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA DI RUANG GELATIK RUMAH
SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners (Ns.)
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :

ERZA ARDIFA SYAFITRI, S.Kep.
NIM.213.0067

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Juni 2022

Penulis



Erza Ardifa Syafitri, S.Kep.

NIM. 213.0067

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Erza Ardifa Syafitri, S.Kep.

NIM : 213.0067

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

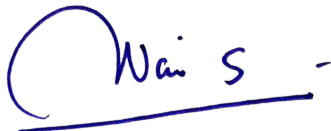
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Diagnosa Risiko Perilaku
Kekerasan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah
Sakit Jiwa Menur Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat
menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk
memperoleh gelar :

Ners (Ns.)

Surabaya, 1 Juli 2022

Pembimbing I



Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes.

NIP. 04.015

Pembimbing II



Tri Darmi Herawati, S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP.

Mengetahui,
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners
Stikes Hang Tuah Surabaya

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIP. 03.009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 1 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Erza Ardifa Syafitri, S.Kep.

NIM : 213.0067

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners (Ns.)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP. 03.007

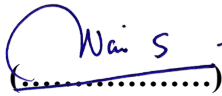
Penguji II : Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes.


NIP. 04.015

Penguji III : Tri Darmi Herawati, S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP.

(.....)

(..........)

(.....)

Mengetahui,

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Stikes Hang Tuah Surabaya

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIP. 03.009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 1 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. drg. Vitria Dewi, M.Si selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya dan pembimbing yang telah tulus ikhlas bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.

4. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dukungan penuh mengenai wawasan serta upaya dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku penguji I yang telah memberikan masukan serta arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Tri Darmi Herawati, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku penguji II yang telah memberikan masukan serta arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Kedua orang tua, adik beserta seluruh keluarga besar yang telah memberikan banyak doa, motivasi serta dukungan moral maupun moril kepada penulis selama menempuh pendidikan Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
8. Seluruh dosen, staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners Angkatan 12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya. Aamin Ya Rabbal Alamin.

Surabaya, 20 Juni 2022



Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	3
1.4.1 Manfaat Teoritis	3
1.4.2 Manfaat Praktis	4
1.5 Metode Penulisan	4
1.6 Sistematika Penulisan	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Skizofrenia	6
2.1.1 Definisi Skizofrenia	6
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	6
2.1.3 Manifestasi Klinis Skizofrenia	8
2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia	9
2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia	10
2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan	12
2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan	12

2.2.2 Faktor Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan	13
2.2.3 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan	14
2.2.4 Rentang Respon Marah	15
2.2.5 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan	16
2.2.6 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan	16
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan	17
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	17
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	19
2.3.3 Perencanaan Keperawatan	19
2.3.4 Implementasi Keperawatan	20
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	21
2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik	22
2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik	22
2.4.2 Tahapan Komunikasi Terapeutik	22
2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik	23
2.4.4 Sikap Komunikasi Terapeutik	24
2.4.5 Teknik Komunikasi Terapeutik	24
2.5 Konsep Adaptasi Stress	26
2.5.1 Definisi Adaptasi Stress	26
2.5.2 Faktor Penyebab Stress	26
2.5.3 Mekanisme Koping	27
2.6 <i>Literature Review</i>	28
2.7 Proses Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan	35
2.7.1 <i>Web of Caution</i> Risiko Perilaku Kekerasan	35
2.7.2 Patofisiologi Risiko Perilaku Kekerasan	35
BAB 3 TINJAUAN KASUS	37
3.1 Pengkajian	37
3.1.1 Identitas Klien	37
3.1.2 Alasan Masuk	37
3.1.3 Faktor Predisposisi	38

3.1.4 Pemeriksaan Fisik	38
3.1.5 Psikososial	38
3.1.6 Status Mental	40
3.1.7 Kebutuhan Pulang	42
3.1.8 Mekanisme Koping	43
3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan	44
3.1.10 Pengetahuan	44
3.1.11 Data Penunjang	44
3.1.12 Aspek Medis	45
3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan	46
3.1.14 Diagnosa Keperawatan	46
3.2 Analisa Data Sintesa	47
3.3 Pohon Masalah	49
3.4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan	49
3.5 Rencana Keperawatan	50
3.6 Tindakan Keperawatan	55
BAB 4 PEMBAHASAN	63
4.1 Pengkajian Keperawatan	63
4.2 Diagnosa Keperawatan	64
4.3 Perencanaan Keperawatan	66
4.4 Implementasi Keperawatan	67
4.5 Evaluasi Keperawatan	68
BAB 5 PENUTUP	70
5.1 Kesimpulan	70
5.2 Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN	74

DAFTAR TABEL

Tabel 2.6 Hasil Pencarian <i>Literature</i>	28
Tabel 3.1 Terapi Medik	45
Tabel 3.2 Analisa Data Sintesa	47
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan	50
Tabel 3.6 Tindakan Keperawatan	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah	15
Gambar 2.7 <i>Web of Caution</i> Risiko Perilaku Kekerasan	35
Gambar 3.1 Genogram	38
Gambar 3.3 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	74
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	75
Lampiran 3 SPTK Hari 1	76
Lampiran 4 SPTK Hari 2	79
Lampiran 5 SPTK Hari 3	82
Lampiran 6 Analisa Proses Interaksi	84

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan jaman dan arus globalisasi yang begitu pesat memunculkan berbagai macam fenomena dan permasalahan dalam kehidupan masyarakat. Salah satunya masalah kesehatan khususnya gangguan kesehatan jiwa. Gangguan jiwa meskipun tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan dalam arti ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien. Gangguan jiwa (mental disorder) merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama yaitu penyakit degeneratif, kanker, dan kecelakaan di negara-negara maju, modern dan industri (Hawari, 2018).

Skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan jiwa yang sering ditemukan. Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu. Prevalensi skizofrenia diperkirakan sekitar 1% dari seluruh penduduk di dunia. Sekitar 1 dari setiap 100 orang penduduk Amerika Serikat (2,5 juta) mengalami skizofrenia, tanpa memerhatikan ras, kelompok etnik, atau gender. Skizofrenia menduduki peringkat 4 dari 10 besar penyakit yang membebankan di seluruh dunia, tiga teratas ditempati oleh depresi unipolar, penggunaan alkohol, dan gangguan bipolar (Stuart, 2017). Prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3% sampai dengan 1%. Skizofrenia merupakan masalah kesehatan yang cukup luas dialami di Indonesia, di mana sekitar 99% pasien di Rumah Sakit Jiwa di Indonesia adalah penderita skizofrenia. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi gangguan jiwa skizofrenia di Indonesia dilaporkan 6,7 per mil, artinya 6 sampai dengan 7 orang dari 1.000 penduduk mengalami gangguan jiwa skizofrenia (Kemenkes RI, 2018).

Gejala skizofrenia yang mencolok, mudah dikenali dan mengganggu keluarga serta masyarakat yaitu bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir serta agresif yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan (Hawari, 2018). Sutejo (2017) mengatakan bahwa tanda dan gejala pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak. Penyebab pasien melakukan perilaku kekerasan tidak lepas dari konsep stres adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) seperti anggota keluarga yang sering memperlihatkan perilaku kekerasan, keinginan yang tidak tercapai dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah) seperti stresor berupa kehilangan orang yang dicintai, khawatir terhadap penyakit.

Berdasarkan latar belakang diatas, upaya atau tugas yang perlu dilakukan oleh perawat dalam bidang keperawatan jiwa adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung baik sebagai pendidik maupun koordinator. Menurut (Nurhalimah, 2016) penatalaksanaan keperawatan pasien gangguan jiwa untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan adalah dengan terapi psikofarmaka, terapi aktivitas kelompok dan manajemen perilaku kekerasan yang terdiri dari fisik, verbal, spiritual dan obat serta harapannya dengan penerapan terapi tersebut dapat mengontrol emosi dan dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan masyarakat dalam membantu pasien mengatasi respon marah yang lebih konstruktif. Berdasarkan data dan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara komprehensif yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada Tn. A dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Tn. A dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn. A dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Merumuskan rencana keperawatan pada Tn. A dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. A dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn. A dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dari segi keilmuan, dapat menambah esensi pengetahuan perawat dan tenaga kesehatan dalam memahami serta meningkatkan asuhan keperawatan, meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk memberikan perawatan yang lebih profesional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Praktisi Keperawatan di Rumah Sakit

Diharapkan bagi praktisi keperawatan hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai informasi dalam pembelajaran serta dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit.

2. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan bagi penulis selanjutnya, hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia.

3. Bagi Pasien

Diharapkan dapat menjadi sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan bagi pasien yang mengalami skizofrenia.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif yaitu penulis mendeskripsikan secara spesifik mengenai suatu objek tertentu yang dikaji secara komprehensif.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara : data yang diperoleh melalui percakapan lisan antara perawat dengan pasien atau keluarga pasien.

b. Observasi : data yang diperoleh melalui pengamatan langsung kepada pasien atau keluarga pasien.

3. Sumber Data

a. Data Primer : Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

b. Data Sekunder : Data yang diperoleh dari catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini adalah sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan

masalah yang tengah dibahas, seperti : buku, jurnal dan KIA yang relevan dengan judul penulis.

1.6 Sistematika Penulisan

Secara keseluruhan agar studi kasus ini dapat mudah dipahami serta dimegerti berikut dibagi menjadi 3 bagian, yaitu :

Bagian awal, terdiri halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran dan daftar singkatan.

Bagian inti terdiri dari lima bab, yang memuat sub bab berikut ini : BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, konsep asuhan keperawatan pasien dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan dan diagnosa medis Skizofrenia. BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini dari penulis. BAB 5 : Penutup : Simpulan dan saran.

Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka, motto, persembahan dan lampiran-lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan diuraikan mengenai konsep teoritis sebagai landasan untuk studi kasus yang terdiri dari : Konsep Skizofrenia, Konsep Risiko Perilaku Kekerasan, Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan, Konsep Komunikasi Terapeutik, Konsep Adaptasi Stress, *Literature Review* dan Proses Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamine, yaitu salah satu sel kimia dalam otak. Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsangan panca indra (Masriadi, 2016).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat dkk, 2011).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Videbeck (2008) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetika

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko

genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Videbeck, 2008).

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit; hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. Computerized Tomography (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan Positron Emission Tomography (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia (Videbeck, 2008).

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju (Yosep, 2016).

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah

pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini (Stuart, 2013).

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antarlain sebagai berikut :

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus (Stuart, 2013).

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran (Stuart, 2013).

3) Pemicu

Gejala pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu (Stuart, 2013).

2.1.3 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia menurut (Keliat, 2012) adalah sebagai berikut :

a. Gejala Positif :

1. Waham : keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan

- disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
2. Halusinasi : gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan).
 3. Perubahan arus pikir :
 - a) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
 - c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
 4. Perubahan perilaku :
 - a) Hiperaktif.
 - b) Agitasi.
 - c) Iritabilitas.
- b. Gejala Negatif :
1. Sikap masa bodoh (apati).
 2. Pembicaraan terhenti tiba-tiba (blocking).
 3. Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial).
 4. Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari.

2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Pembagian Skizofrenia yang dikutip dalam buku (Prabowo, 2014), antara lain :

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul untuk pertama kali pada masa pubertas. Gejalanya seperti kadangkala emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi.
2. Skizofrenia Hebefrenik

Biasanya timbul pada masa remaja antara umur 15 - 25 tahun. Gejala yang sering terlihat yaitu gangguan proses berfikir dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi sering terjadi.

3. Skizofrenia Katatonia
Timbul pada umur 15-30 tahun dan kadang kala bersifat akut serta sering di dahului oleh stress emosional.
4. Skizofrenia Paranoid
Gejala yang paling terlihat yaitu waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.
5. Skizofrenia Akut
Gejalanya muncul tiba-tiba dan pasien seperti dalam keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar-samar, keadaan ini muncul perasaan seakan-akan dunia luar serta dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.
6. Skizofrenia Residual
Gejala primernya bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.
7. Skizofrenia Skizo Afektif
Gejala yang paling terlihat secara bersamaan gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania (psiko-manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut (Nurarif & Kusuma Hardhi, 2015) dalam Aplikasi Nanda NIC-NOC, sebagai berikut :

1. Penggunaan obat antipsikosis
Terdapat 3 macam obat antipsikotik, yaitu :
 - a. Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik konvensional. Walaupun sangat efektif, antipsikotik konvensional sering menimbulkan efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional yaitu antara lain :

- 1) Haldol (haloperidol)

Sediaan haloperidol tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg dan injeksi 5 mg/ml, dosis 5-15 mg/hari.

2) Stelazine (trifluoperazine)

Sediaan trifluoperazine tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.

3) Mellaril (thioredazine)

Sediaan thioredazine tablet 50 dan 100 mg, dosis 150-600 mg/hari.

4) Thorazine (chlorpromazine)

Sediaan chlorpromazine tablet 25 dan 100 mg dan injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.

5) Trilafon (perphenazine)

Sediaan perfenazin tablet 2,4,8mg, dosis 12-24 mg/hari.

6) Prolixin (fluphenazine)

b. *Newer atypical antipsycotics*

Obat yang termasuk golongan ini disebut atipikal karena cara kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Beberapa contoh newer atypical antipsycotics yang tersedia, antara lain :

- 1) Risperido.
- 2) Seroquel (quetiapine).
- 3) Zyprexa (olanzapine).

c. Clozaril (clozapine)

Clozaril memiliki efek samping yang jarang namun sangat serius dimana pada kasus yang jarang ada 1 persen, clozaril dapat menurunkan sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Ini artinya, pasien yang mendapat clozaril harus memeriksakan sel darah putihnya secara regular.

2. Terapi elektro konvulsif (ECT)

Terapi ini digunakan dalam menangani klien skizofrenia dengan intensitas 20-30 kali terapi. Biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali).

3. Pembedahan bagian otak (lobotomi)
4. Perawatan di rumah sakit (*Hospitalization*)

5. Psikoterapi

a. Psikoanalisis

Tujuan terapi psikoanalisis ini menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasannya.

b. Terapi perilaku (Behavioristik)

Terapi perilaku menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku nyata. Paul dan Lenz menggunakan dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian :

1) *Social learning program*

Menolong penderita skizofrenia untuk mengajari perilaku-perilaku yang sesuai.

2) *Social skill training*

Terapi ini digunakan untuk melatih keterampilan sosial pasien.

c. Terapi humanistik

Terapi kelompok dan terapi keluarga.

2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu sedang berlangsung Perilaku Kekerasan atau riwayat Perilaku Kekerasan (Untari, 2021).

Risiko Perilaku Kekerasan merupakan perilaku yang memperlihatkan individu tersebut dapat mengancam secara fisik, emosional atau seksual kepada orang lain dan adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat mencederai diri sendiri bahkan orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengontrol diri. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Lovinda, 2021).

2.2.2 Faktor Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

Berdasarkan teori Faktor biologis/genetik mempunyai peranan dalam terjadinya skizofrenia, meskipun sulit dipisahkan apakah karena faktor genetik atau lingkungan. Faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia adalah genetik, neuroanatomi, neurokimia dan imunovirologi (Pardede, Keliat, & Wardani, 2013).

b. Faktor Psikologis

1) Kehilangan

Kehilangan adalah suatu keadaan dimana seseorang merasa kekurangan atas ketiadaan sesuatu yang tadinya ada. Kehilangan disebabkan oleh berbagai macam yaitu kehilangan orang yang dicintai, barang maupun pekerjaan. Rasa kehilangan akan menyebabkan seseorang merasa cemas hingga mengalami kecemasan yang berlebihan itulah yang akan menyebabkan seseorang mengalami gangguan kejiwaan (Kandar, 2019).

2) Kepribadian

Kepribadian adalah organisasi-organisasi dinamis sistem sistem psikofisik dalam individu yang turut menentukan cara-caranya yang unik/khas dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya. kepribadian adalah sesuatu yang menentukan perilaku dalam ketetapan situasi dan kesadaran jiwa. faktor yang mendukung terjadinya risiko perilaku kekerasan yaitu kepribadian tertutup (Kandar, 2019).

c. Faktor Sosial Budaya

1) Pekerjaan

Faktor status sosioekonomi yang rendah menjadi penyumbang terbesar adanya gangguan jiwa dan menyebabkan perilaku agresif dibandingkan dengan pada seseorang yang memiliki tingkat perekonomian tinggi.

Seseorang yang tidak memiliki pekerjaan mempengaruhi kejadian perilaku kekerasan, masalah status sosioekonomi yang rendah berdampak pada status kesehatan jiwa seseorang dan berpotensi menyebabkan gangguan jiwa dan menyebabkan perilaku agresif atau risiko perilaku kekerasan (Wulansari & Sholihah, 2021).

2) Pernikahan

Penderita risiko perilaku kekerasan yang dirawat dengan gangguan jiwa memiliki riwayat status perkawinan hampir setengahnya belum menikah atau bercerai. Tidak terpenuhinya atau kegagalan dalam memenuhi tugas perkembangan pada masa perkawinan merupakan stresor bagi individu. Rasa malu dan marah dapat menimbulkan frustrasi bagi penderita sehingga mengakibatkan penderita cenderung mengalami perilaku maladaptive (Wulansari & Sholihah, 2021).

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab lain. Ketika seseorang merasa terancam terkadang tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Tetapi secara umum, seseorang akan mengemukakan respon marah apabila merasa dirinya terancam (Makhruzah, Putri & Yanti, 2021).

2.2.3 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah risiko perilaku kekerasan (Pardede, 2020), yaitu :

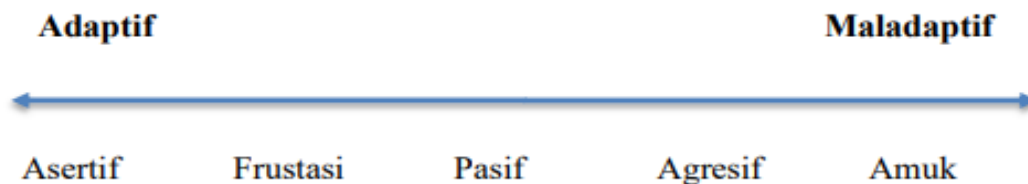
1. Subjektif :

- a. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
- b. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- c. Klien suka membentak dan menyerang orang lain.

2. Objektif :

- a. Mata melotot/pandangan tajam.
- b. Tangan mengepal dan Rahang mengatup.
- c. Wajah memerah.
- d. Postur tubuh kaku.
- e. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor.
- f. Suara keras.
- g. Bicara kasar, ketus.
- h. Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/orang lain.
- i. Merusak lingkungan.
- j. Amuk/agresif.

2.2.4 Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

1. Respon Adaptif

- a. Asertif : Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan.
- b. Frustrasi : Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative (Mulia, 2020).

2. Respon Maladaptif

- a. Pasif : Individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya.
- b. Agresif : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.
- c. Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol (Mulia, 2020).

2.2.5 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Dwi & Arum, 2017), Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain :

1. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

3. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

4. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

2.2.6 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat di berikan kepada pasien yaitu Haloperidol 5 mg (2x1), Trihexyphenidyl 2 mg (2x1), Risperidone 2 mg (2x1), dan

Chlorpromazine 1 mg (1x1) (Silvia & Kartina, 2020). Untuk terapi non medis seperti terapi generalis, untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan pengendalian amarah kekerasan secara fisik : nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi verbal dengan baik-baik, spiritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok (Hastuti, Agustina & Widiyatmoko 2019).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah sebagai dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Saputri & Mar'atus, 2021). Isi dari pengkajian, meliputi :

1. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS dan tanggal pengkajian.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat, 2016).

3. Faktor Predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa.
- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternative serta memasing dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa.
- c. Trauma : Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

e. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan (Parwati, Dewi & Saputra 2018).

4. Fisik

Pengkajian fisik :

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan.
- c. Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah).
- d. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga apa saat pengkajian.

b. Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

c. Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

d. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni saat terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

6. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti tempat mengadu dan berbicara.
- b. Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Nadek, 2019), diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien risiko perilaku kekerasan adalah :

1. Risiko perilaku kekerasan.
2. Harga diri rendah.
3. Perubahan Persepsi sensori : Halusinasi.
4. Isolasi sosial.
5. Berduka disfungsi.
6. Koping keluarga inefektif.

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

1. Tindakan Pada Klien (Keliat et al, 2019).
 - a. Pengkajian : kaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, penyebab, kemampuan mengatasinya dan akibatnya.
 - b. Diagnosis : jelaskan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan.
 - c. Tindakan keperawatan :
 - 1) Latih klien untuk melakukan relaksasi : tarik napas dalam, pukul bantal kasur, senam dan jalan-jalan.
 - 2) Latih klien patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar nama klien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kedaluwarsa dan benar dokumentasi).
 - 3) Latih klien untuk bicara dengan baik : mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
 - 4) Latih deeskalasi secara verbal maupun tertulis.

- 5) Latih klien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (shalat, berdoa dan kegiatan ibadah yang lainnya).
- 6) Bantu klien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika klien mengalami kesulitan.
- 7) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
- 8) Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

2. Tindakan Pada Keluarga (Keliat et al, 2019).

- a. Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
- b. Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami klien.
- c. Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien.
- d. Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan klien :
 - 1) Menghindari penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan.
 - 2) Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan sesuai dengan yang dilatih perawat ke klien.
 - 3) Memberi pujian atas keberhasilan klien.
- e. Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman : mengurangi stres di dalam keluarga dan memberi motivasi pada klien.
- f. Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan *follow up* ke pelayanan kesehatan secara teratur.

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan

melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021).

Tindakan Keperawatan :

- a. SP I : Membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, identifikasi tanda dan gejala yang dirasakan, identifikasi perilaku kekerasan yang sering dilakukan dan mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam.
- b. SP II : Mengevaluasi kegiatan latihan fisik dan mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat.
- c. SP III : Klien dapat mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik.
- d. SP IV : Latihan cara mengontrol marah dengan berdoa dan shalat.

Intervensi tersebut dilakukan kepada pasien lalu pasien diberikan jadwal kegiatan sehari dalam upaya mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan pasien (Hasannah, 2019).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut :

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan) (Anggit, 2021).

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Perawat merupakan sebuah komponen penting dalam proses keperawatan yang dituntut mampu berkomunikasi dengan baik. Komunikasi dalam suatu proses keperawatan, komunikasi merupakan alat bagi perawat untuk dapat mempengaruhi tingkah laku dari pasien dalam pelaksanaan pelaksanaan asuhan keperawatan. Dalam memberikan asuhan keperawatan komunikasi terapeutik dapat berperan penting dalam pemecahan masalah pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang terjalin dengan baik, komunikatif dan bertujuan untuk menyembuhkan atau setidaknya dapat melegakan serta dapat membuat pasien merasa nyaman dan akhirnya mendapatkan kepuasan (Yubiliana, 2017).

Komunikasi terapeutik merupakan suatu hubungan perawat dengan pasien yang dirancang untuk mencapai tujuan therapy dalam pencapaian tingkat kesembuhan yang optimal dan efektif dengan harapan lama hari rawat pasien menjadi pendek dan dipersingkat. Perawat dituntut untuk melakukan komunikasi terapeutik dalam tindakan keperawatan agar pasien dan keluarga mengetahui tindakan yang akan dilakukan kepada pasien melalui tahapan-tahapan dalam komunikasi terapeutik. Perawat tidak boleh bingung dan sebaliknya pasien harus merasa bahwa dia merupakan focus utama perawat selama melakukan interaksi (Muhith & Siyoto, 2018).

2.4.2 Tahapan Komunikasi Terapeutik

Menurut (Stuart dikutip dalam Musliha & Fatmawati, 2009), komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahapan, yaitu :

1. Tahap Pre-interaksi

Tahap ini merupakan tahap persiapan perawat sebelum bertemu dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang dimiliki. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, dengan analisa diri perawat akan dapat memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik ketika bertemu dan berkomunikasi dengan pasien, jika dirasa dirinya belum siap untuk bertemu dengan pasien maka perawat perlu belajar kembali dan berdiskusi

dengan teman kelompok yang lebih berkompeten. Pada tahap ini juga perawat mencari informasi dan mengumpulkan data, sebagai dasar atau bahan untuk membuat rencana interaksi.

2. Tahap Orientasi/Perkenalan

Tahap ini dimulai ketika perawat bertemu pasien untuk pertama kalinya. Pada tahap ini digunakan oleh perawat untuk berkenalan dan langkah awal membina hubungan saling percaya dengan pasien. Tugas-tugas perawat dalam tahap ini adalah mampu membina hubungan saling percaya dengan pasien dan menunjukkan komunikasi terbuka dan sikap penerimaan. Untuk dapat membina hubungan saling percaya dengan pasien, perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima pasien, menghargai pasien dan mampu menepati janji kepada pasien. Selain itu perawat harus merumuskan suatu kontrak bersama dengan pasien. Kontrak yang harus dirumuskan dan disetujui bersama adalah tempat, waktu dan topik pertemuan. Perawat juga bertugas untuk menggali perasaan dan pikiran pasien serta dapat mengidentifikasi masalah pasien.

3. Tahap Kerja

Tahap merupakan inti dari hubungan perawat dengan pasien dalam keseluruhan tahap komunikasi terapeutik. Pada tahap ini perawat bersama dengan pasien mengatasi masalah yang dihadapi oleh pasien. Perawat dituntut untuk mampu membantu dan mendukung pasien dalam menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisa pesan komunikasi yang telah disampaikan pasien melalui komunikasi verbal maupun nonverbal. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan.

4. Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap akhir dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Perawat bersama pasien diharapkan mampu meninjau kembali kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuannya.

2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Menurut (Ariani, 2018) menyatakan bahwa terdapat beberapa karakteristik dalam komunikasi terapeutik perawat, seperti :

1. *Openness*, reaksi pengaturan penyingkapan diri pada orang lain melalui pikiran dan perasaan.
2. *Empathy*, perasaan seperti yang orang lain rasakan.
3. *Supportiveness*, menjelaskan dan menyanjung atau mendukung.
4. *Positiveness*, ekspresi diri dalam menilai perilaku positif terhadap diri, orang lain dan situasi.
5. *Equality*, pengakuan, antar bagian (komunikator-komunikan) dalam membagi fungsi komunikasi, ada pergantian fungsi (simultan).

2.4.4 Sikap Komunikasi Terapeutik

Menurut (Egan dalam Musliha & Fatmawati, 2009) menyatakan bahwa ada lima sikap dan cara menghadirkan diri perawat yang dapat memfasilitasi komunikasi terapeutik, yaitu :

1. Perawat dan pasien berada dalam posisi yang saling berhadapan. Posisi ini menandakan bahwa perawat siap interaksi dengan pasien.
2. Mempertahankan kontak mata, sikap ini menandakan bahwa perawat menghargai pasien dan menyatakan keinginannya untuk berkomunikasi.
3. Membungkukan ke arah pasien, posisi ini menandakan bahwa perawat berkeinginan untuk mengatakan dan mendengarkan sesuatu.
4. Mempertahankan sikap terbuka, perawat tidak melipat kaki atau tangan, posisi tersebut menandakan keterbukaan untuk berkomunikasi.
5. Rileks, perawat mampu mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respon kepada pasien.

2.4.5 Teknik Komunikasi Terapeutik

Menurut (Machfoedz, 2009) terdapat beberapa teknik komunikasi terapeutik, sebagai berikut :

1. Mendengarkan

Perawat harus berusaha mendengarkan informasi yang disampaikan oleh pasien dengan penuh empati dan perhatian. Hal tersebut dapat ditunjukkan dengan memandang ke arah pasien selama melakukan komunikasi, menjaga kontak pandang yang menunjukkan rasa keingintahuan, dan menganggukkan kepala pada

saat berbicara tentang hal yang dirasa penting dan memerlukan umpan balik. Teknik mendengarkan ini dimaksudkan untuk memberikan rasa nyaman kepada Pasien dalam mengungkapkan perasaan dan menjaga kestabilan emosi pasien.

2. Menunjukkan Penerimaan

Dalam hal ini perawat sebaiknya tidak menunjukkan ekspresi wajah yang menunjukkan penolakan. Selama pasien berbicara sebaiknya perawat tidak menyela atau membantah pernyataan pasien, sebab menerima bukan berarti menyetujui, melainkan bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan ketidaksetujuan atau penolakan. Untuk menunjukkan sikap penerimaan perawat dapat menganggukkan kepala dalam merespon pembicaraan pasien.

3. Mengulang Pernyataan Pasien

Perawat memberikan umpan balik kepada pasien dengan cara mengulang pernyataan pasien. Hal tersebut dapat menunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan pasien. Sehingga Pasien mengetahui bahwa pesannya mendapat respon dan berharap komunikasi dapat berlanjut.

4. Klarifikasi

Klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi.

5. Menunjukkan penghargaan

Penghargaan kepada pasien dapat ditunjukkan dengan mengucapkan salam kepada pasien, terlebih disertai menyebutkan nama. Dengan demikian pasien akan lebih merasa keberadaannya dihargai.

6. Refleksi

Reaksi yang muncul saat berkomunikasi antara perawat dan pasien disebut refleksi. Refleksi dibedakan menjadi dua klasifikasi :

- a. Refleksi isi yang bertujuan mensahkan sesuatu yang didengar. Klarifikasi ide yang diungkapkan oleh pasien dan pemahaman perawat tergolong dalam refleksi isi.

- b. Refleksi perasaan bertujuan agar pasien dapat menyadari eksistensi sebagai manusia yang mempunyai potensi sebagai individu yang berdiri sendiri.

2.5 Konsep Adaptasi Stress

2.5.1 Definisi Adaptasi Stress

Adaptasi adalah proses penyesuaian diri seseorang yang berlangsung terus menerus untuk memenuhi segala kebutuhannya dengan tetap memelihara hubungan yang harmonis pada situasi lingkungannya. Proses adaptasi dibutuhkan kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan (Pieter dan Herrie, 2010). Model adaptasi (Stuart, 2014) mengintegrasikan beberapa model aspek sebagai suatu penerapan pengetahuan pada praktik klinis. Model ini di dasarkan pada lima asumsi teoritis, meliputi :

- a. Sifat alamiah diatur dalam hierarki sosial.
- b. Biologis, psikologis, sosial budaya, legal, etik, kebijakan dan advokasi.
- c. Kesehatan atau penyakit dan adaptif dan maladaptif.
- d. Prevensi, *treatment* dan pemulihan.
- e. Proses keperawatan dan standar asuhan serta kerja professional perawatan kesehatan jiwa.

2.5.2 Faktor Penyebab Stress

Menurut (Wahjono, 2010) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat menimbulkan stress, yaitu :

- 1) Faktor lingkungan karena terdapat ketidakpastian dalam ekonomi, politik, penggunaan teknologi dan ketidakpastian keamanan.
- 2) Faktor organisasi meliputi banyaknya tuntutan pekerjaan, tuntutan peran yang diberikan pada seseorang sebagai fungsi dalam peran tersebut, tuntutan antar pribadi yang timbul karena kurangnya dukungan sosial dan buruknya hubungan antar individu, struktur organisasi yang menentukan tingkatan yang mengakibatkan aturan yang berlebihan dan kurangnya partisipasi individu.
- 3) Faktor individu yang meliputi persoalan keluarga, masalah ekonomi, dan keadaan kepribadian bawaan. Karena setiap individu memiliki tingkatan stress yang berbeda meskipun diasumsikan berada dalam faktor pendorong stress yang sama.

2.5.3 Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan cara yang digunakan individu dan keluarga untuk menyelesaikan masalah mengatasi perubahan perilaku dan kognitif. Koping dibagi menjadi 2 yaitu adaptif dan maladaptif. Bentuk koping adaptif yaitu menghadapi masalah ini dengan regimen terapeutik dimana klien membutuhkan pola pengaturan pengobatan yang terprogram untuk memaksimalkan pemberian terapi pada pasien gangguan jiwa. Bentuk koping non adaptif yaitu apabila regimen terapeutik dimana pola pemberian dan pengaturan pengobatan yang tidak terprogram sehingga pemberian terapi tidak maksimal. (Herdman, 2012).

Mekanisme koping adalah upaya yang digunakan untuk mengatasi stress termasuk upaya untuk menyelesaikan masalah dan digunakan sebagai alat untuk melindungi diri. Mekanisme koping adalah suatu yang disadari yang telah dilakukan seorang individu untuk mengurangi stress dan kecemasan. Pengkajian mekanisme koping dilakukan untuk menilai respon emosi terhadap penyakit atau perubahan yang dialami oleh seseorang di dalam keluarga ataupun masyarakat serta respon dan pengaruhnya dalam kehidupan sehari – hari baik di lingkungan keluarga ataupun di masyarakat. (Muttaqin, 2008). Mekanisme koping menurut (Sudden dan Stuart, 2014) adalah sebagai berikut :

1. Mekanisme koping adaptif merupakan mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.
2. Mekanisme koping maladaptif merupakan mekanisme koping yang mendukung sistem integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi, dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan, atau tidak makan, bekerja berlebihan dan menghindar.

2.6 Literature Review

Tabel 2.6 Hasil Pencarian Literature

No.	Judul, Penulis dan Tahun Terbit	Jenis Penelitian	Desain	Sampel	Variabel yang Diukur	Instrumen	Analisis Uji	Hasil Temuan
1.	Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Senam Aerobik Low Impact Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. Refortinus Zega, Veronika Anita Sari Laia, Yolanda Wulandari, Blessery Oktorina, Anna Asalniat Lase, Saleha, Sri Lestari	Terapi aktivitas kelompok	Desain studi kasus	6 responden	1.Terapi Aktivitas Kelompok 2.Senam Aerobik 3.Pasien Risiko Perilaku Kekerasan	Pengumpulan data menggunakan terapi aktivitas kelompok	-	1.Mampu memahami cara memperkenalkan diri di depan orang lain dengan baik. 2.Mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara : tarik nafasdalam dan memukul kasur dan bantal. 3.Mampu berbicara verbal atau bicara dengan baik dengan teman atau orang lain yang mereka temui. 4.Mampu menceritakan kegiatan spiritual mereka

	Siregar, Basilius Gulo, Ubay Anwairi dan Jek Amidos Pardede (2022).							ketika marah seperti beribadah, bagi agama islam sholat, berdo'a dan sholwatan, jika bergama kristen beribadah yang diadakan diyayasan dan berdo'a . 5.Klien mampu mengetahui manfaat senam aerobik. 6.Mampu menceritakan perasaannya setelah melakukan TAK. 7.Mampu mengikuti peraturan kegiatan. 8.Mampu menyebutkan manfaat dari TAK.
2.	Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Dengan Masalah	Terapi aktivitas kelompok	Desain studi kasus	5 responden	1.Terapi Aktivitas Kelompok	Pengumpulan data menggunakan	-	1.Kemampuan Tarik Nafas Dalam dan Pukul Kasur Bantal : Pasien mampu

	<p>Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia.</p> <p>Yarni Kristina Mendrofa, Roy Ronni Siregar, Leni Suryani Lase, Marisa Juniar Saragih, Teguh Anugrah, Ririn Sitinjak dan Mardhianti (2022).</p>				<p>2.Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>3.Penderita Skizofrenia</p>	<p>terapi aktivitas kelompok</p>	<p>mengontrol RPK dengan cara Tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal sesuai dengan yang sudah di contohkan perawat.</p> <p>2.Kemampuan Patuh Minum Obat : Pasien telah mengetahui waktu, jenis, dan manfaat obat. Pasien mengatakan minum obat 2x/hari. Pasien mengatakan keuntungan dengan minum obat yaitu suara-suara halusinasi tersebut hilang dan pasien bisa tidur dengan nyeyak.</p> <p>3.Kemampuan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik, pasien</p>
--	--	--	--	--	---	----------------------------------	---

								<p>mengatakan akan berbicara baik-baik untuk menghindari perilaku kekerasan.</p> <p>4.Kemampuan Spiritual : Pasien mengatakan akan berdoa jika merasa marah dan kesal.</p> <p>5.Pasien mampu mengetahui manfaat senam aerobic low impact dalam mengontrol emosi : marah.</p> <p>6.Seluruh pasien mengatakan perasaan senang dan antusias dalam melakukan TAK dan terapi musik.</p>
3.	Validation and Recalibration of	Penelitian kuantitatif	Desain studi derivasi	493 responden	1.Validasi dan	Pengumpulan data dengan	Analisis statistik	1.Pasien kebanyakan laki-laki

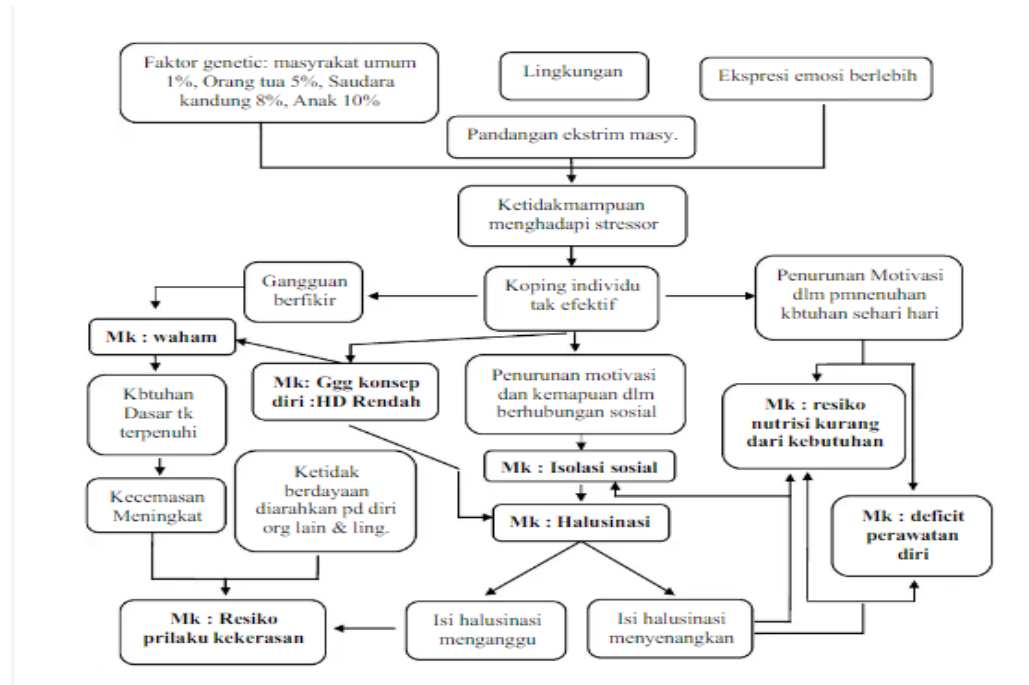
	OxMIV in Predicting Violent Behaviour in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. Jelle Lamsma, Rongqin Yu, Seena Fazel & Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators (2022).	(observasional)			Rekalibrasi 2.Prediksi Perilaku Kekerasan 3.Pasien Skizofrenia Spektrum	mengkorelasi hasil suatu variabel dengan variabel lainnya		(n=493, 77%). 2.Kekerasan sebelumnya (n=115, 21%). 3.Penyalahgunaan narkoba (n=118, 20%). 4.Hampir semua pasien (n=565, 95%) telah menggunakan antipsikotik dalam 6 bulan terakhir. 5.Sembilan (9%) pasien secara fisik menyerang orang lain selama 3 tahun.
4.	Feasibility and Utility of Diferent Approaches to Violence Risk Assessment for Young Adults	Penelitian kuantitatif (observasional)	Desain studi <i>examined (observational longitudinal)</i>	30 responden	1.Penilaian Risiko Perilaku Kekerasan 2.Dewasa Muda 3.Perawatan	Pengumpulan data menggunakan pemberian intervensi	Analisis statistik	1.Dalam sampel ini, enam orang (20%) melaporkan terlibat dalam kekerasan selama penelitian. 2.Individu yang terlibat dalam kekerasan memiliki tingkat urgensi negatif yang

	Receiving Treatment for Early Psychosis. Stephanie A. Rolin, Jennifer Scodes, Renald Dambreville, Ilana R. Nosse, Iruma Bello, · Melanie M. Wall, · T. Scott Stroup, · Lisa B. Dixon · dan Paul S. Appelbaum (2021).				untuk Psikosis Dini			lebih tinggi ($t(28)=2.21$, $p=0.035$). 3.Temuan menunjukkan bahwa perilaku kekerasan di kalangan orang dewasa muda dengan psikosis dini dikaitkan dengan peningkatan urgensi negatif.
5.	Effects of Integrated Moral Reasoning Development Intervention for Management of Violence in	Penelitian kuantitatif	Desain <i>randomized controlled trial</i>	Sistem pengkodean ICD-10 oleh psikiater selama 2	1.Intervensi Moral Terpadu 2.Manajemen Kekerasan 3.Skizofrenia	Pengumpulan data dengan mengkorelasi hasil suatu variabel dengan	Analisis ANOVA	1.Pasien di Kelompok MRDI (n=21) menunjukkan peningkatan tingkat penalaran moral, dengan penurunan tingkat kekerasan

	<p>Schizophrenia : A Randomized Controlled Trial.</p> <p>Mei-Chi Hsu dan Wen-Chen Ouyang (2022).</p>			<p>tahun</p>		<p>variabel lainnya</p>	<p>perilaku.</p> <p>2.Para peserta MRDI juga mengalami peningkatan atau perubahan yang jauh lebih besar (p <0,05) dalam penilaian etis, gaya dan preferensi pengambilan keputusan, dan konflik gaya manajemen.</p>
--	--	--	--	--------------	--	-----------------------------	---

2.7 Proses Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan

2.7.1 Web of Caution Risiko Perilaku Kekerasan



Gambar 2.7 Web of Caution Risiko Perilaku Kekerasan

2.7.2 Patofisiologi Risiko Perilaku Kekerasan

Stress, cemas, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat di ekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan kata-kata yang dapat di mengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain. Selain memberikan rasa lega, ketegangan akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Rasa marah diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif, menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang di tunjukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Yosep, 2011).

Perilaku yang submisif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berpura-pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan

menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, pada suatu saat dapat menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, dan pada suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Dermawan & Rusdi, 2013).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini akan dijelaskan hasil dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pada tanggal 15 November 2021 dilakukan pengkajian dan pada tanggal 16 sampai 18 November 2021 dilakukan implementasi serta evaluasi di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Klien merupakan seorang laki-laki bernama Tn. A berusia 28 tahun, klien tinggal di daerah Surabaya, klien beragama Islam, klien belum menikah dilakukan pengkajian tanggal 15 November 2021 pada pukul 11.00 WIB. Tanggal dirawat klien tanggal 13 November 2021, nomor rekam medik 06xxxx, klien dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, anamnesa diperoleh dari klien, perawat dan rekam medis.

3.1.2 Alasan Masuk

Dibawa oleh keluarga ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya karena sering marah-marah, menghancurkan serta melemparkan barang-barang di rumah yang hampir mengenai ibunya. Pada saat pengkajian, klien mengungkapkan perasaan kesal marah dengan suara yang keras dan berbicara kasar serta mendominasi karena merasa dikekang, tidak diberikan kebebasan serta selalu dikritik oleh kedua orang tua angkatnya.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Klien mengatakan sudah pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 1 tahun yang lalu dan dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pengobatan sebelumnya sempat berhasil, tetapi kemudian kambuh lagi karena klien mengatakan tidak rutin minum obat. Klien mengatakan 2 minggu sebelumnya pernah dirawat di RSI lalu dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya kembali.

Masalah Keperawatan : Ketidapatuhan (Regimen Terapeutik Tidak Efektif)

2. Pengalaman kekerasan dalam keluarga

Klien pernah menghancurkan serta melempar barang-barang di rumah yang hampir mengenai ibunya.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

4. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan dirinya diangkat menjadi anak (adopsi) oleh keluarga yang baru namun mendapatkan ucapan dan perilaku yang kurang baik serta pernah kehilangan teman akibat kecelakaan saat sekolah menengah atas.

Masalah Keperawatan : Distress Masa Lalu

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital : TD : 100/61 mmHg N : 95x/menit S : 36°C RR : 20x/menit

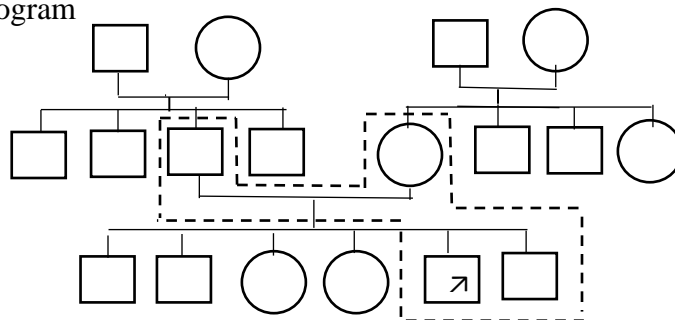
2. TB : 162 cm BB : 59 kg

3. Keluhan fisik : Pada saat pengkajian tidak ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien.






Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Keterangan:

	: Laki-laki
	: Perempuan
	: Meninggal
	: Klien
	: Tinggal Serumah

Gambar 3.1 Genogram**2. Konsep Diri**

- Gambaran diri : Klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya saat ini.
- Identitas diri : Klien sebagai seorang laki-laki, berusia 28 tahun, bertempat tinggal di Surabaya.
- Peran diri : Klien mengatakan bahwa dirinya merupakan seorang anak dan kakak bagi adiknya.
- Ideal diri : Klien mengatakan ingin pulang dan beraktivitas normal bekerja seperti biasanya.
- Harga diri : Klien mengatakan merasa dirinya tidak berharga karena dikatakan yang tidak baik oleh orang tua angkatnya.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**3. Hubungan Sosial**

- Orang yang berarti :
Klien mengatakan bahwa orang yang berarti dalam hidupnya adalah adiknya.
- Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :
Klien mengatakan cukup aktif dalam kegiatan kelompok / masyarakat.
- Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :
Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan**4. Spiritual**

- Nilai dari keyakinan :

Klien mengatakan dirinya beragama Islam.

b. Kegiatan ibadah :

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan taat beribadah, setelah masuk rumah sakit klien mengatakan taat beribadah shalat 5 waktu berjamaah bersama teman-teman sekamarnya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan : Saat pengkajian, penampilan klien terlihat rapi, rambutnya tersisir dan sesuai dengan cara berpakaian pada umumnya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

2. Pembicaraan : Saat pengkajian, klien berbicara dengan intonasi yang cepat, suara yang keras, berbicara dengan kasar dan afek tidak stabil.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3. Aktivitas motorik : Saat pengkajian, klien terlihat bosan dan gelisah ingin pulang namun masih bisa diarahkan untuk mengikuti kegiatan sehari-hari seperti mandi, ibadah, makan, senam pagi dan sebagainya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

4. Alam perasaan : Saat pengkajian, klien mengatakan setelah masuk rumah sakit emosi yang dirasakan tidak stabil terkadang marah lalu khawatir.

Masalah Keperawatan : Ansietas

5. Afek : Saat pengkajian, klien terlihat labil berubah secara cepat.

Masalah Keperawatan : Ansietas

6. Interaksi selama wawancara : Saat pengkajian, klien mampu menjawab pertanyaan dan klien kooperatif.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

7. Persepsi halusinasi : Saat pengkajian, klien mengatakan 1 bulan yang lalu pernah mendengar suara seperti bisikan yang menyuruh dirinya untuk marah dan membanting kursi tetapi sekarang sudah tidak pernah mendengar suara bisikan lagi.

Masalah Keperawatan : Risiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

8. Proses pikir : Saat pengkajian, klien menjawab pertanyaan yang telah diberikan secara relevan dan kooperatif.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

9. Isi pikir : Saat pengkajian, pemikiran (isi pikir) klien labil terkadang mudah marah karena mengingat perkataan buruk dari kedua orang tuanya dan khawatir akan perbuatan yang telah dilakukan kepada kedua orang tuanya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir

10. Tingkat kesadaran : Saat pengkajian, klien ditanya jam berapa dan klien dapat menjawab dengan benar yaitu jam 11.00 WIB, ketika klien ditanya akrab atau tidak dengan teman-teman sekamarnya klien menjawab akrab tetapi terkadang lupa dengan nama-namanya, klien juga tahu kalau saat ini dirinya dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

11. Memori : Saat pengkajian, didapatkan daya ingat klien baik mampu mengingat kejadian yang terjadi mulai dari pertama dirinya dirawat sampai dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung : Saat pengkajian, klien mampu berhitung dengan baik mulai dari perkalian dan pembagian.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

13. Kemampuan penilaian : Saat pengkajian, klien dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan (diarahkan) orang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

14. Daya tilik diri : Saat pengkajian, klien menyadari bahwa dirinya sedang sakit, tidak dapat mengontrol amarah dan merasa menyesal pada perbuatan yang telah dilakukan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

3.1.7 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan
 - a. Makan : Klien mengatakan di rumah sakit sudah pasti gizi tercukupi karena telah disediakan makanan 3x/sehari nasi, sayur dan lauk pauk.
 - b. Keamanan : Klien mengatakan bahwa selama di rumah sakit merasa aman karena dipantau oleh perawat dan dirinya sudah bisa mengontrol marah.
 - c. Perawat kesehatan : Klien mengatakan mendapat perawatan kesehatan di rumah sakit dari dokter dan perawat.
 - d. Pakaian : Klien mempunyai pakaian sendiri yang dibawakan oleh keluarganya saat menjenguk ke rumah sakit.
 - e. Transportasi : Klien dijemput pulang oleh keluarganya.
 - f. Tempat tinggal : Klien mengatakan dirinya memiliki tempat tinggal/rumah di daerah Surabaya.
 - g. Uang : Klien mengatakan untuk saat ini uang yang diperoleh dari keluarganya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari
 - a. Perawatan diri :
 - 1) Mandi : Klien mengatakan mandi secara mandiri tanpa bantuan orang lain 2x/sehari yaitu pagi hari pada pukul 07.00 WIB dan sore hari pada pukul 16.00 WIB.
 - 2) Kebersihan : Klien mengatakan mampu menjaga kebersihan diri seperti membersihkan tempat tidurnya setiap hari dan mandi 2x/sehari.
 - 3) Makan : Klien makan 3x/sehari nasi, sayur dan lauk pauk yang telah disediakan oleh rumah sakit.
 - 4) BAK/BAB : Klien dapat pergi ke mandi sendiri dan klien mampu membersihkan diri secara mandiri.
 - 5) Ganti pakaian : Klien mampu mengganti pakaiannya secara mandiri.

- b. Nutrisi :
Klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisinya dengan baik dan makan yang telah disediakan oleh rumah sakit selalu habis.
- c. Tidur :
Saat pengkajian, klien mengatakan tidurnya terasa cukup dan nyenyak.
Siang : 13.00 – 15.00 WIB.
Malam : 22.00 – 04.00 WIB.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

3. Kemampuan klien dalam hal-hal berikut :
- Mengantisipasi kebutuhan sendiri : Klien mengatakan mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri.
 - Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri : Klien mengatakan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri.
 - Mengatur penggunaan obat : Klien mengatakan mampu mengatur penggunaan obat, namun jika dirasa tidak ada keluhan yang dirasakan klien berhenti minum obat.
 - Melakukan pemeriksaan kesehatan (*follow up*) : Pemeriksaan kesehatan klien dilakukan oleh perawat dan dokter yang bertanggung jawab.

Masalah Keperawatan : Ketidakpatuhan (Regimen Terapeutik Tidak Efektif)

4. Klien memiliki sistem pendukung
Klien masih memiliki sistem pendukung yaitu adik angkat dan terapis (perawat dan dokter) yang merawat.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi
Ya, klien mengatakan menikmati dan bersyukur dengan pekerjaannya sebagai tukang cukur rambut (swasta).

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Klien bisa berkomunikasi dengan orang lain secara baik namun terkadang klien

suka merunduk saat diajak berbicara.

Masalah Keperawatan : Kerusakan Interaksi Sosial

3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : klien mampu mengenal teman sekamarnya.
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : klien selama di rumah sakit mau mengikuti kegiatan dan bisa diarahkan.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik : klien mengatakan dirinya lulusan SMA.
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : klien bekerja sebagai tukang cukur rambut.
5. Masalah dengan perumahan, spesifik : klien merasa dikucilkan oleh orang tua dan tetangganya serta dikatakan yang kurang baik.
6. Masalah ekonomi, spesifik : klien mampu memenuhi kebutuhannya secara mandiri.
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.
8. Masalah lainnya, spesifik : klien mengatakan ingin segera pulang ke rumah.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3.1.10 Pengetahuan

Klien mengetahui jenis-jenis obat yang dikonsumsinya dan keadaan sekarang yang tengah dialaminya, namun jika dirasa tidak ada keluhan yang dirasakan klien berhenti minum obat.

3.1.11 Data Penunjang

- a. Swab antigen (-)
- b. Radiologi (13-11-2021)

Foto Thorax PA :

- Cor : besar dan bentuk normal.
- Pulmo : tak tampak konsolidasi inhomogen.
- Bronchovascular *pattern prominent*.

- Kedua sinus phrenicocostalis tajam.
- Tulang-tulang dinding thorax/costae baik.

Kesan : foto thorax batas normal.

3.1.12 Aspek Medis

Diagnosa medis : *Undifferentiated Schizophrenia*

Terapi medik :

Tabel 3.1 Terapi Medik

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Haloperidol	5 mg (2x1 hari)	Obat antipsikotik yang bekerja dengan cara menyeimbangkan zat kimia alami otak (neurotransmitter) untuk membantu mengurangi rasa agresi, pikiran negatif dan melukai diri sendiri.
Chlopromazine	100 mg (2x1 hari)	Obat yang menghambat reseptor dopamine, untuk bisa berpikir lebih jernih dan penderita bisa melakukan aktivitas sehari-hari.
Trihexyphenidil	2 mg (2x1 hari)	Obat antimuskarinik yang membantu mengurangi kekakuan otot dan tremor.

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Risiko perilaku kekerasan
2. Distress masa lalu
3. Harga diri rendah
4. Ansietas
5. Kerusakan interaksi sosial
6. Risiko gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
7. Ketidapatuhan (regimen terapeutik tidak efektif)
8. Gangguan Proses Pikir

3.1.14 Diagnosa Keperawatan

Pada kesempatan ini penulis hanya mengambil diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan.

Surabaya, 16 November 2021

Mahasiswa



Erza Ardifa Syafitri, S.Kep.

3.2 Analisa Data Sintesa

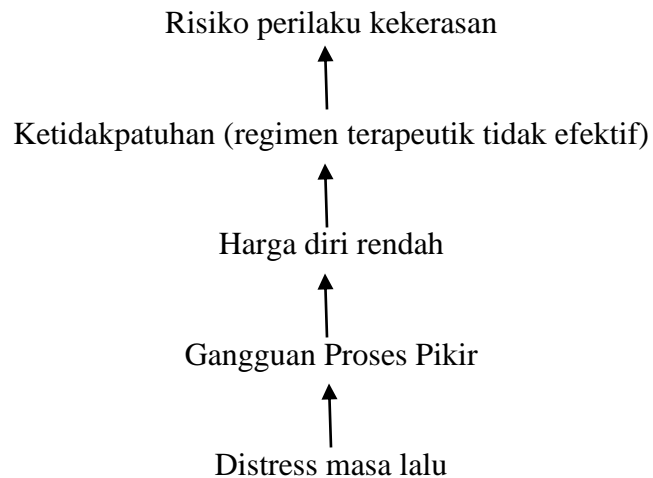
Nama : Tn. A
 RM : 06xxxx
 Ruangan : Ruang Gelatik

Tabel 3.2 Analisa Data Sintesa

TGL	ANALISA DATA	MASALAH	TT
16-11-2021	<p>DS :</p> <p>-Klien mengatakan marah-marah, benci atau kesal, tidak mampu mengontrol marah dengan menghancurkan serta melemparkan barang-barang dirumah karena merasa dikekang, tidak diberikan kebebasan serta selalu dikritik oleh kedua orang tuanya.</p> <p>DO :</p> <p>-Pada saat pengkajian, ekspresi wajah klien terlihat kesal, marah dengan suara yang keras, berbicara kasar (sarkasme) serta mendominasi pembicaraan saat mendefinisikan penyebab marah yang tengah dialaminya.</p>	<p>Risiko perilaku kekerasan (SDKI Hal 312 D.0146)</p>	<i>FA8</i>

16-11-2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan merasa dirinya tidak berharga karena selalu dikatakan yang tidak baik oleh orang tuanya. -Klien mengatakan dirinya merasa dikekang dan tidak diberikan kebebasan. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien terlihat bergantung pada pendapat orang lain. -Klien terkadang merunduk saat diajak berbicara. 	<p>Harga diri rendah (SDKI Hal 192 D.0086)</p>	<i>FA8</i>
16-11-2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan tidak rutin minum obat yang telah diberikan karena merasa sudah tidak ada keluhan (sehat). <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mendapatkan terapi obat berulang karena sebelumnya tidak patuh minum obat (1 tahun sebelumnya pernah masuk RSJ, 2 minggu sebelumnya pernah dirawat di RSI). 	<p>Ketidakpatuhan (regimen terapeutik tidak efektif) (SDKI Hal 252 D.0114)</p>	<i>FA8</i>

3.3 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan



Gambar 3.3 Pohon Masalah Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

3.4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

- a. SP I : Membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, identifikasi tanda dan gejala yang dirasakan, identifikasi perilaku kekerasan yang sering dilakukan dan mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam.
- b. SP II : Mengevaluasi kegiatan latihan fisik dan mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat.
- c. SP III : Klien dapat mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik.
- d. SP IV : Latihan cara mengontrol marah dengan berdoa dan shalat.

3.5 Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	16-11-2021	Risiko perilaku kekerasan (SDKI Hal 312 D.0146)	<p>TUM :</p> <p>Klien tidak mencederai diri sendiri maupun orang lain.</p> <p>TUK :</p> <p>Klien dapat membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab marah, tanda dan gejala serta mengendalikan risiko perilaku kekerasan</p>	<p>a.Klien mau membalas salam, berjabat tangan, menyebutkan nama.</p> <p>b.Klien mau mengungkapkan rasa marahnya, identifikasi tanda dan gejala serta latihan fisik tarik napas dalam.</p>	<p>SP 1 :</p> <p>a.Membina hubungan saling percaya.</p> <p>b.Identifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan.</p> <p>c.Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik napas dalam dan pukul bantal.</p> <p>d.Memasukkan dalam jadwal harian klien.</p>	<p>a. Kepercayaan dari klien merupakan hal yang mutlak serta akan memudahkan dalam melakukan pendekatan keperawatan terhadap klien.</p> <p>b. Mengidentifikasi perasaan marah klien guna menentukan tindakan keperawatan selanjutnya.</p>

			<p>dengan tarik napas dalam.</p> <p>TUM : Klien tidak mencederai diri sendiri maupun orang lain.</p> <p>TUK : Klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat.</p>	<p>a.Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mampu memahami indikasi setiap obat dan minum obat secara rutin.</p>	<p>SP 2 :</p> <p>a.Mengevaluasi kegiatan latihan fisik.</p> <p>b.Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat.</p> <p>c.Memasukkan dalam jadwal harian klien.</p>	<p>c. Mengontrol rasa marah dengan teknik yang telah diajarkan (latihan fisik).</p> <p>d. Agar klien dapat mempraktekkan secara berkala.</p> <p>a.Mengevaluasi kegiatan yang telah diajarkan sebelumnya.</p> <p>b.Mengontrol rasa marah dengan teknik yang telah diajarkan (minum obat).</p> <p>c.Agar klien dapat mempraktekkan secara berkala.</p>
--	--	--	---	--	---	--

			<p>TUM : Klien tidak mencederai diri sendiri maupun orang lain.</p> <p>TUK : Klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan secara verbal.</p>	<p>a.Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien paham dan mampu menyampaikan amarah dengan cara berbicara yang baik.</p>	<p>SP 3 : a.Evaluasi kegiatan latihan fisik dan minum obat. b.Latih cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal yaitu dengan mengungkapkan, menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik. c.Memasukkan dalam jadwal harian klien.</p>	<p>a.Mengevaluasi kegiatan yang telah diajarkan sebelumnya. b.Mengontrol rasa marah dengan teknik yang telah diajarkan (verbal). c.Agar klien dapat mempraktekkan secara berkala.</p>
--	--	--	---	--	---	---

			<p>TUM :</p> <p>Klien tidak mencederai diri sendiri maupun orang lain.</p> <p>TUK :</p> <p>Klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara mempraktikkan ibadah dan berdoa (spiritual).</p>	<p>a.Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah (shalat dan berdoa).</p>	<p>SP 4 :</p> <p>a.Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat dan verbal.</p> <p>b.Latih cara mengontrol marah dengan spiritual yaitu shalat dan berdoa.</p> <p>c.Memasukkan dalam jadwal harian klien.</p>	<p>a.Mengevaluasi kegiatan yang telah diajarkan sebelumnya.</p> <p>b. Mengontrol rasa marah dengan teknik yang telah diajarkan (spiritual).</p> <p>c. Agar klien dapat mempraktekkan secara berkala</p>
--	--	--	---	--	---	---

3.6 Tindakan Keperawatan

Tabel 3.6 Tindakan Keperawatan Tn. A dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Nama : Tn. A

No. RM : xxxxxx

Ruang : Gelatik

No.	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	TT
1.	Risiko perilaku kekerasan (SDKI Hal 312 D.0146)	<p>16-11-2021 (10.00 WIB)</p> <p>1.Membina hubungan saling percaya</p> <p>P : “Assalamualaikum, selamat pagi, perkenalkan nama saya Erza yang akan berjaga pada pagi hari ini. Kalau boleh tau nama mas siapa?”</p> <p>K : “Wa’alaikumsalam, nama saya mas A.”</p> <p>P : “Bagaimana kabar mas hari ini? Hari ini kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah yang mas rasakan ya.”</p> <p>K : “Alhamdulillah sehat, baik mbak.”</p>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan dirinya marah karena merasa dikekang, tidak diberikan kebebasan dan selalu dikritik oleh kedua orang tua angkatnya.</p> <p>O :</p> <p>Kognitif</p> <p>-Klien mau menyebutkan namanya.</p> <p>-Klien bersedia diajak berbicara dengan perawat.</p> <p>Psikomotor</p> <p>-Klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan cara fisik tarik napas dalam dan pukul bantal.</p> <p>Afektif</p>	<i>FA8</i>

		<p>2. Identifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan.</p> <p>P : “Sebelumnya saya ingin mengetahui apa yang menyebabkan mas marah?”</p> <p>K : “Begini mbak, yang membuat saya marah adalah orang tua saya yang terlalu mengekang. Saya ingin bebas keluar kemana saja, selain itu mereka suka mengkritik saya.”</p> <p>3. Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik napas dalam dan pukul bantal.</p> <p>P : “Hari ini kita belajar bagaimana cara mengendalikan rasa marah dengan latihan fisik yaitu tarik napas dalam dan memukul bantal (perawat</p>	<p>-Klien mampu mengidentifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan.</p> <p>A : SP 1 teratasi, lanjutkan ke SP 2 (minum obat).</p> <p>P : Perawat mengevaluasi kembali cara klien mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah), memasukkan kedalam jadwal harian klien secara mandiri dan lanjutkan SP 2.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>memberikan contoh).”</p> <p>K : (klien melakukan tarik napas dalam dan memukul bantal sesuai arahan yang telah diberikan).</p> <p>4. Memasukkan dalam jadwal harian klien.</p> <p>P : “Semua yang telah saya ajarkan tadi, mas masukkan kedalam jadwal harian mas ya. Baiklah besok kita mengobrol kembali dan latih cara yang kedua dan ketiga. Kalau begitu saya pamit dulu ya. Wassalamualaikum.”</p> <p>K : “Wa’alaikumsalam, iya mbak. Terima kasih.”</p>		
2.	Risiko perilaku kekerasan (SDKI Hal 312 D.0146)	<p>17-11-2021 (13.00 WIB)</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya.</p> <p>P : “Assalamualaikum, selamat siang</p>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah)</p>	<i>FA8</i>

		<p>mas. Bagaimana perasaan mas hari ini?”</p> <p>K : “Wa’alaikumsalam, alhamdulillah baik mbak.”</p> <p>2. Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat.</p> <p>P : “Baiklah, hari ini saya akan memberitahukan cara lain untuk mengontrol rasa marah yaitu dengan minum obat chlorpromazine (pikiran tenang), trihexyphenidile (agar rileks dan tidak tegang) dan haloperidol (mengurangi rasa marah).”</p> <p>K : “Iya, baik mbak.” (sambil meminum obat dan mengulangi kegunaan masing-masing obat).</p>	<p>dengan minum obat dan mengungkapkan perasaan dengan baik.</p> <p>O :</p> <p>Kognitif</p> <p>-Klien mampu mengulangi nama beserta kegunaan obat yang telah diberikan.</p> <p>Psikomotor</p> <p>-Klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan cara minum obat.</p> <p>Afektif</p> <p>-Klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) secara verbal yaitu mengungkapkan perasaan dengan baik.</p> <p>-Klien terlihat kooperatif dan mengikuti latihan dengan baik.</p>	
--	--	--	---	--

		<p>3. Latih cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal yaitu dengan mengungkapkan, menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik.</p> <p>P : “Selanjutnya yang ketiga yaitu secara verbal menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik mas.”</p> <p>K : “Iya mbak, akan saya praktikkan dengan teman seruangan nanti jika emosi saya tidak terkontrol.”</p> <p>4. Memasukkan dalam jadwal harian klien.</p> <p>P : “Semua yang telah saya ajarkan tadi, mas masukkan kedalam jadwal harian mas ya. Baiklah besok kita</p>	<p>A :</p> <p>SP 2 dan 3 teratasi, lanjutkan ke SP 4 (spiritual).</p> <p>P :</p> <p>Perawat mengevaluasi kembali cara mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah), memasukkan kedalam jadwal harian klien secara mandiri dan lanjutkan ke SP 4.</p>	
--	--	---	--	--

		<p>mengobrol kembali dan latih cara yang keempat. Kalau begitu saya pamit dulu ya. Wassalamualaikum.”</p> <p>K : “Wa’alaikumsalam, iya mbak. Terima kasih.”</p>		
3.	<p>Risiko perilaku kekerasan (SDKI Hal 312 D.0146)</p>	<p>18-11-2021 (16.00 WIB)</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya.</p> <p>P : “Assalamualaikum, selamat sore mas. Bagaimana perasaan mas saat ini?”</p> <p>K : “Wa’alaikumsalam, alhamdulillah baik mbak.”</p> <p>2. Melatih cara mengontrol marah dengan spiritual yaitu shalat dan berdoa.</p> <p>P : “Coba ceritakan kegiatan ibadah yang mas lakukan? Coba mas sebutkan apa saja shalat 5 waktu itu?”</p>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan spiritual yaitu shalat dan berdoa.</p> <p>O :</p> <p>Kognitif</p> <p>-Klien mampu menyebutkan nama serta masing-masing rakaat dalam shalat 5 waktu.</p> <p>Psikomotor</p> <p>-Klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan</p>	<i>FA8</i>

		<p>K : “Saya shalat 5 waktu mbak. Ada shubuh, dhuhur, ashar, maghrib dan isya’.”</p> <p>3. Memasukkan dalam jadwal harian klien.</p> <p>P : “Semua yang telah saya ajarkan tadi, mas masukkan kedalam jadwal harian mas ya.</p> <p>K : “Iya, baik mbak.”</p> <p>4. Menilai kemampuan klien yang telah mandiri.</p> <p>P : “Bagus mas, saya lihat semakin bagus dan ada peningkatan dari hari ke hari yang mas lakukan secara mandiri. Untuk keseluruhan saya menilai sudah bisa menerapkannya dan mampu</p>	<p>spiritual yaitu shalat dan berdoa.</p> <p>Afektif</p> <p>-Klien terlihat lebih tenang dari sebelumnya.</p> <p>A :</p> <p>SP 4 teratasi, masalah teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Perawat menilai kemampuan klien yang telah mandiri dan memasukkan kedalam jadwal harian klien. Masalah teratasi.</p>	
--	--	---	--	--

		<p>mengontrol rasa marah dengan benar,”</p> <p>K : “Alhamdulillah mbak.”</p> <p>P : “Bagus sekali kerja sama hari ini, kalua begitu saya pamit dulu ya. Wassalamualaikum.”</p> <p>K : “Iya mbak, wa’alaikumsalam.”</p>		
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan memaparkan mengenai kesenjangan antara tinjauan pustaka serta tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pada saat pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena dari awal penulis telah menyampaikan maksud dan tujuan serta melakukan perkenalan dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga klien dapat kooperatif dan mengikuti dengan baik.

Menurut data yang telah didapatkan, klien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya mulai tanggal 13 November 2021 dengan Diagnosa Medis Skizofrenia. Sebelumnya klien mengalami gangguan jiwa sekitar 1 tahun yang lalu dan dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pengobatan sebelumnya sempat berhasil, kemudian kambuh kembali karena klien tidak rutin minum obat.

Dalam tinjauan kasus disebutkan bahwa jika klien yang mengalami harga diri rendah dapat mengakibatkan risiko perilaku kekerasan serta risiko mencederai diri sendiri maupun orang lain. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah risiko perilaku kekerasan (Pardede, 2020), yaitu :

1. Subjektif

- a. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
- b. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- c. Klien suka membentak dan menyerang orang lain.

2. Objektif

- a. Mata melotot/pandangan tajam.

- b. Tangan mengepal dan rahang mengatup.
- c. Wajah memerah.
- d. Postur tubuh kaku.
- e. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor.
- f. Suara keras.
- g. Bicara kasar, ketus.
- h. Menyerang orang lain dan melukai diri sendiri/orang lain.
- i. Merusak lingkungan.
- j. Amuk/agresif.

Dari beberapa tanda dan gejala yang telah disebutkan dalam tinjauan pustaka dapat disimpulkan ada beberapa tanda dan gejala yang muncul pada tinjauan kasus, yaitu :

1. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.

Klien mengungkapkan dirinya marah karena merasa dikekang, tidak diberikan kebebasan dan selalu dikritik oleh kedua orang tua angkatnya.

2. Klien suka membentak dan menyerang orang lain.

Klien pernah melempar barang-barang dirumah yang hampir mengenai ibunya.

3. Merusak lingkungan.

Klien sering marah-maraha tanpa sebab, menghancurkan barang-barang dirumah dan ditempat kerja.

Kesenjangan yang muncul antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dapat disimpulkan saling berkaitan dengan beberapa masalah kompleks yang tengah dialami oleh klien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada tinjauan kasus telah didapatkan data fokus yaitu klien menghancurkan barang-barang dirumah dan ditempat kerja karena merasa dikekang, tidak diberikan kebebasan dan selalu dikritik oleh kedua orang tua angkatnya. Sehingga muncul masalah keperawatan utama yaitu Risiko Perilaku Kekerasan, hal ini sesuai dengan teori (Lovinda, 2021) memperlihatkan individu tersebut dapat mengancam secara fisik, emosional atau seksual kepada orang lain dan

adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat mencederai diri sendiri bahkan orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengontrol diri.

Dari pohon masalah yang telah dirumuskan, didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Risiko Perilaku Kekerasan :

Klien sering marah-marah tanpa sebab, menghancurkan barang-barang di rumah dan ditempat kerja karena merasa dikekang, tidak diberikan kebebasan dan selalu dikritik oleh kedua orang tua angkatnya.

2. Harga Diri Rendah :

Klien mengatakan merasa dirinya tidak berharga karena selalu dikatakan yang tidak baik oleh orang tua angkatnya.

3. Ketidapatuhan (Regimen Terapeutik Tidak Efektif) :

Klien mengatakan sudah pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 1 tahun yang lalu dan dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pengobatan sebelumnya sempat berhasil, tetapi kemudian kambuh lagi karena klien mengatakan tidak rutin minum obat. Klien mengatakan 2 minggu sebelumnya pernah dirawat di RSI lalu dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya kembali.

4. Risiko Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran :

Klien mengatakan 1 bulan yang lalu pernah mendengar suara seperti bisikan yang menyuruh dirinya untuk marah dan membanting kursi serta mendengarkan suara orang-orang seperti membicarakan hal buruk tentang dirinya tetapi sekarang sudah tidak lagi.

5. Ansietas :

Klien mengatakan khawatir dan cemas setelah marah-marah kepada orang tuanya.

6. Kerusakan Interaksi Sosial :

Saat pengkajian, terkadang klien merunduk saat diajak berbicara,

7. Distress Masa Lalu

Klien mengatakan diadopsi oleh keluarga yang baru namun mendapatkan ucapan dan perilaku yang kurang baik.

8. Gangguan Proses Pikir

Klien mengatakan dirinya labil karena mudah marah dan khawatir.

Ditemukan 8 masalah keperawatan dalam tinjauan kasus namun dalam tinjauan pustaka terdapat 3 masalah keperawatan yang muncul, yaitu :

1. Risiko perilaku kekerasan.
2. Harga diri rendah.
3. Ketidapatuhan (regimen terapeutik tidak efektif).

Dari 8 masalah keperawatan yang telah diuraikan diatas, penulis mengambil 1 masalah keperawatan utama yaitu Risiko Perilaku Kekerasan untuk dilakukan rencana dan tindakan keperawatan serta 2 masalah keperawatan lainnya yang mengacu pada pohon masalah sesuai dengan tinjauan kasus.

4.3 Perencanaan Keperawatan

Risiko perilaku kekerasan setelah berinteraksi diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, identifikasi tanda dan gejala yang dirasakan, identifikasi perilaku kekerasan yang sering dilakukan dan mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam atau memukul bantal sesuai dengan teori yang telah dipaparkan oleh Hasannah (2019).

Risiko perilaku kekerasan setelah berinteraksi diharapkan klien dapat mengevaluasi kegiatan latihan fisik yaitu tarik napas dalam atau memukul bantal dan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat sesuai dengan teori yang telah dipaparkan oleh Hasannah (2019).

Risiko perilaku kekerasan setelah berinteraksi diharapkan klien dapat mengevaluasi kegiatan dengan minum obat, klien dapat mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik sesuai dengan teori yang telah dipaparkan oleh Hasannah (2019).

Risiko perilaku kekerasan setelah berinteraksi diharapkan klien dapat mengevaluasi kegiatan dengan mengungkapkan perasaan dengan baik, latihan cara mengontrol marah dengan berdoa dan shalat sesuai dengan teori yang telah dipaparkan oleh Hasannah (2019).

4.4 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang akan dilakukan sebelumnya disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan terlebih dahulu. Sebelum melakukan tindakan yang telah direncanakan, perawat harus memvalidasi identitas klien serta tindakan apa saja yang dibutuhkan oleh klien sesuai dengan keadaannya, membuat kontrak waktu sesuai dengan jadwal harian, menerapkan implementasi dengan menggunakan strategi keperawatan dan dokumentasi seluruh respon klien selama tindakan diberikan.

Pada tanggal 16 November 2021 dilakukan SP 1 yang isinya terdiri dari membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik napas dalam dan pukul bantal dan memasukkan dalam jadwal harian klien. Dalam pertemuan pertama klien mampu mengidentifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan serta mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan cara fisik tarik napas dalam dan pukul bantal. Pada pelaksanaan SP 1 klien tidak mengalami hambatan selama wawancara dengan respon klien yang mampu mengidentifikasi perasaan marah yang tengah dialaminya “Begini mbak, yang membuat saya marah adalah orang tua saya yang terlalu mengekang. Saya ingin bebas keluar kemana saja, selain itu mereka suka mengkritik saya.”, kemudian oleh penulis diajarkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan cara fisik dan klien dapat menerapkan dengan baik. Dari hal tersebut penulis berasumsi klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan cara mengidentifikasi perasaan marah dan cara fisik serta klien kooperatif, selanjutnya menganjurkan klien untuk memasukkan ke dalam jadwal harian.

Pada tanggal 17 November 2021 dilakukan SP 2 dan SP 3 yang isinya terdiri dari mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat dan latih cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal yaitu dengan mengungkapkan, menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Dalam pertemuan kedua mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan cara minum obat dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Pada

pelaksanaan SP 2 dan SP 3 klien tidak mengalami hambatan selama wawancara dengan respon klien yang mampu meminum obat, mengulangi kegunaan masing-masing obat dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Dari hal tersebut penulis berasumsi klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dan menganjurkan klien untuk memasukkan ke dalam jadwal harian.

Pada tanggal 18 November 2021 dilakukan SP 4 yang isinya terdiri dari latihan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan spiritual yaitu shalat dan berdoa. Dalam pertemuan ketiga klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan spiritual yaitu shalat dan berdoa. Pada pelaksanaan SP 1 klien tidak mengalami hambatan selama wawancara dengan respon klien “saya shalat 5 waktu mbak. Ada shubuh, dhuhur, ashar, maghrib dan isya.” dari hal tersebut penulis berasumsi klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan cara spiritual yaitu shalat dan berdoa serta klien kooperatif, selanjutnya menganjurkan klien untuk memasukkan ke dalam jadwal harian.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut subjektif (respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan), objektif (respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan), *assessment* (analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada) dan *plan* (tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan atau rencana dimodifikasi) (Anggit, 2021).

Pada saat pelaksanaan evaluasi SP 1 setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mau membalas salam, berjabat tangan, menyebutkan nama, mampu mengungkapkan rasa marahnya, identifikasi tanda dan gejala serta latihan fisik tarik napas dalam atau pukul bantal. SP 2 setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mampu memahami indikasi setiap obat dan minum obat secara rutin. SP 3 setelah dilakukan tindakan keperawatan klien paham dan mampu menyampaikan amarah

dengan cara berbicara yang baik. SP 4 setelah dilakukan tindakan keperawatan klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah (shalat dan berdoa). Perawat menilai kemampuan mandiri klien dan memasukkan kedalam jadwal harian, hasil evaluasi pada Tn. A sudah selesai dengan masalah teratasi.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan secara langsung dan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan, maka penulis dapat menarik kesimpulan beserta saran yang berguna untuk meningkatkan mutu baik dalam keperawatan maupun masyarakat.

5.1 Kesimpulan

Dari kasus yang telah dipaparkan oleh penulis mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan menunjukkan keluhan kesal dan marah dengan suara yang keras, berbicara kasar, mendominasi pembicaraan karena merasa dikekang, tidak diberikan kebebasan, selalu dikritik oleh kedua orang tua angkatnya dan menghancurkan serta melemparkan barang-barang di rumah yang hampir mengenai ibunya.
2. Masalah keperawatan yang timbul adalah risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, ketidakpatuhan (regimen terapeutik tidak efektif), distress masa lalu, ansietas, kerusakan interaksi sosial, risiko gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan gangguan proses pikir.
3. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan adalah membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik napas dalam dan pukul bantal, mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat, latih cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal yaitu dengan mengungkapkan, menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik dan latih cara mengontrol marah dengan spiritual yaitu shalat dan berdoa, masukkan kedalam jadwal harian pasien.

4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan adalah dapat membina hubungan saling percaya, mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik napas dalam dan pukul bantal, minum obat, mengungkapkan secara verbal dengan baik dan spiritual yaitu shalat serta doa.
5. Evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan adalah perawat menilai bahwa pasien dapat melakukan kegiatan jadwal harian yang telah diberikan dengan mandiri serta setiap hasil dari tindakan keperawatan langsung didokumentasikan secara bertahap sampai pada proses keperawatan selesai.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran dari penulis sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat bermanfaat dalam memberikan informasi serta gambaran pada pihak institusi sehingga dapat menjadi sumber referensi untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat bermanfaat dalam memberikan informasi serta sumber referensi untuk meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

3. Bagi Mahasiswa

Memberikan informasi kepada mahasiswa tentang gambaran atau kajian mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith, Sandu Siyoto, (2018). Aplikasi Komunikasi Teraupetik Nursing & Health. Yogyakarta : CV. Andi Offset.
- Hawari, D., (2016). Manajemen Stres Cemas dan Depresi. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Herdman, T Heather, (2012). Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014. Dialihbahasakan oleh Made Sumarwati dan Nike Budhi Subekti. Barrarah Bariid, Monica Ester dan Wuri Praptiani (ed). Jakarta : EGC.
- Kandar, K. & Iswanti, (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Risiko Perilaku Kekerasan. Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa, 2(3), 149- 156.
- Keliat, BA, et al., (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CHMN (*Basic Course*). Jakarta : EGC.
- Keliat, Akemat, Helena, N. Nurhaeni, H., (2012). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN (*Basic Course*). Jakarta : EGC.
- Kementrian Kesehatan RI, (2018). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta : Kemenkes RI.
- Lovinda Pristalia, (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan. Universitas Kusuma Husada : Surakarta.
- Masriadi, (2016). Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Trans Info Media.
- Musliha & Fatmawati, Siti, (2010). Komunikasi Keperawatan Plus Materi Komunikasi Teraupetik. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H., (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa dan Nanda NIC NOC Jilid 1. Jogjakarta : Mediaction.
- Nurhalimah, (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa. Jakarta Selatan : Pusdik SDM Kesehatan.

- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y., (2013). Pengaruh *Acceptance And Commitment Therapy* dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Gejala, Kemampuan Berkomitmen Pada Pengobatan Dan Kepatuhan Pasien Skizofrenia. FIK UI.Depo.
- Pardede, J. A., & Laia, B., (2020). *Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy*. Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa, 3(3), 291-300.
- PPNI, (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. DPP PPNI.
- Prabowo, E., (2014). Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : Nuha Medika.
- Stuart, G. W., (2013). Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC.
- Stuart, G.W., Sundden, S. J., (2014). Buku Saku Keperawatan Jiwa (5th ed.). Jakarta : EGC.
- Stuart, G. W., (2017). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : Elsevier.
- Sutejo, (2017). Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial. Yogyakarta : PT. Pustaka Baru.
- Untari, S. N., (2021). Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan (Perpustakaan Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Videbeck, Sheila L., (2008). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC.
- Yosep, I., & Sutini, T., (2016). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung : Refika Aditama.
- Yubiliana, Gilang., (2017). Komunikasi Terapeutik : Penatalaksanaan Komunikasi Efektif dan Terapeutik Pasien dan Dokter Gigi. Bandung : UNPAD.

LAMPIRAN

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Erza Ardifa Syafitri, S.Kep.

NIM : 213.0067

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Kediri, 01 Februari 1999

Agama : Islam

Email : erzasyafitri@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | |
|---|------------------|
| 1. TK Darussalam Surabaya | Lulus Tahun 2005 |
| 2. SD Negeri Nginden Jangkungan 1 Surabaya | Lulus Tahun 2011 |
| 3. SMP Negeri 30 Surabaya | Lulus Tahun 2014 |
| 4. SMA 17 Agustus 1945 Surabaya | Lulus Tahun 2017 |
| 5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulus Tahun 2021 |

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Angin tidak berhembus untuk menggoyangkan pepohonan, melainkan menguji kekuatan akarnya.”

-Ali bin Abi Thalib-

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, puji syukur kami panjatkan kepada kehadiran Allah SWT atas rahmat dan rida yang telah diberikannya kepada peneliti dengan perantara keluarga untuk menyelesaikan pendidikan hingga Profesi Ners Keperawatan. Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua saya yang tercinta (Ibu Farida Suryawati dan Bapak Faisal Sardi) serta adik saya (Qurijal Al Mahdi) yang senantiasa memberikan doa maupun dukungan kepada saya selama menuntut ilmu Profesi Ners Keperawatan dan dapat menyelesaikan karya ilmiah ini dengan tepat waktu.
2. Terima kasih kepada Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan arahan dalam menuntut ilmu serta membentuk saya menjadi pribadi yang caring terhadap sesama.
3. Terima kasih kepada kelompok bimbingan saya yang bersedia untuk berproses bersama-sama dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.
4. Teman-teman seangkatan Profesi Ners Angkatan 12, yang telah berproses baik suka maupun duka selama 1 tahun menuntut ilmu di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

(SP 1 RISIKO PERILAKU KEKERASAN)

Nama Pasien : Tn. A

Umur : 28 tahun

Pertemuan : Hari ke-1 (satu)

Tanggal : 16 November 2021 pukul 10.00 WIB

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien/Pasien :

Kondisi Tn. A saat itu terlihat benci dan jengkel pada orang-orang, nada suara tinggi, keras, berbicara kasar dan percakapan mendominasi.

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Keperawatan :

- a. Klien dapat mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan.
- b. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda risiko perilaku kekerasan.
- c. Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.
- d. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasannya.

4. Tindakan Keperawatan :

SP 1 : Membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang sering dilakukan dan mengontrol perilaku risiko kekerasan dengan tarik napas dalam.

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, selamat pagi mas “A”, perkenalkan nama saya Erza Ardifa Syafitri bisa dipanggil Erza, saya mahasiswi keperawatan dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang akan berjaga pada pagi hari ini pukul 10.00-13.00 WIB.”

b. Evaluasi/Validasi

“Bagaimana kabar mas hari ini? dan bagaimana perasaan mas saat ini? Apakah bisa tidur dengan nyenyak?”

c. Kontrak

- Topik

“Baiklah hari ini kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah yang mas rasakan. Baiklah mas tujuan kita berbincang-bincang hari ini adalah untuk mengetahui penyebab dan tanda-tanda mas marah dan belajar latihan cara mengontrol marah?”

- Waktu

“Berapa lama mas mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

- Tempat

“Mas ingin berbincang-bincang dimana? Baiklah disini saja ya.”

2. Fase Kerja

“Sebelumnya saya ingin mengetahui apa yang menyebabkan mas marah? Apakah mas merasa kesal, dada berdebar-debar dan ingin menghancurkan barang sekitar? Menurut mas adakah cara lain yang lebih baik selain marah-marah? Maukah mas belajar mengungkapkan rasa marah dengan baik tanpa menimbulkan kerugian? Baiklah mas ada beberapa cara untuk mengendalikan rasa marah yaitu latihan fisik, minum obat, latihan berbicara dengan baik dan spiritual. Nah hari ini kita belajar cara mengendalikan rasa marah dengan latihan fisik, saat tanda-tanda dan perasaan marah muncul duduk dengan rileks lalu tarik napas dalam, selain itu mas bisa melampiaskannya dengan cara memukul kasur atau bantal. Seperti ini saya contohkan terlebih dahulu, bisa mas ulangi? Bagus sekali mas bisa melakukannya. Baiklah latihan hari ini kita masukkan ke jadwal kegiatan untuk latihan fisik ya

mas, sebaiknya latihan ini mas lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul mas sudah terbiasa melakukannya.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang dan belajar cara mengendalikan marah?”

b. Evaluasi Objektif

“Coba contohkan kembali bagaimana cara mengontrol rasa marah mas?”

c. Rencana Tindak Lanjut

“Baiklah besok kita mengobrol Kembali dan latihan cara kedua untuk mengontrol marah yaitu minum obat.”

d. Kontrak Selanjutnya

“Besok saya akan kembali lagi sekitar pukul 13.00 WIB, kalau begitu saya permisi dulu ya.”

Lampiran 4

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

(SP 2 dan 3 RISIKO PERILAKU KEKERASAN)

Nama Pasien : Tn. A

Umur : 28 tahun

Pertemuan : Hari ke-2 (dua)

Tanggal : 17 November 2021 pukul 13.00 WIB

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien/Pasien :

Klien terlihat sudah bisa mengontrol amarah, tampak kooperatif.

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Keperawatan :

SP 2 :

a. Mampu mengontrol/mencegah risiko perilaku kekerasan dengan minum obat.

SP 3 :

a. Klien dapat mengevaluasi latihan napas dalam, pukul bantal dan minum obat.

b. Klien dapat mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik.

4. Tindakan Keperawatan :

SP 2 : Mengevaluasi kegiatan latihan fisik dan mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat.

SP 3 : Latih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal.

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, selamat siang mas. Masih ingat dengan saya?”

b. Evaluasi/Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Apakah mas sudah melakukan cara yang saya ajarkan kemarin untuk mengontrol marah?”

c. Kontrak

- Topik

“Baiklah sesuai janji kita kemarin, hari ini kita mengobrol kembali ya mas.”

- Waktu

“Berapa lama mas mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

- Tempat

“Mas ingin berbincang-bincang dimana? Baiklah disini saja ya.”

2. Fase Kerja

“Hari ini saya akan memberitahukan cara lain untuk mengontrol rasa marah yaitu minum obat dan mengungkapkan rasa marah secara verbal. Yang pertama minum obat ada 3 macam, yang warna orange namanya chlopromazine gunanya agar oikiran tenang, yang warna putih namanya trihexiphenidile gunanya agar rileks dan tidak tegang, yang warna merah jambu namanya haloperidol gunanya agar rasa marah berkurang. Semuanya ini harus diminum 2x dalam sehari. Selanjutnya yang kedua mengungkapkan rasa marah secara verbal, ada tig acara yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Coba mas praktekan? Bagus sekali mas bisa melakukannya.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang dengan saya?”

b. Evaluasi Objektif

“Coba contohkan kembali bagaimana cara mengontrol rasa marah mas?”

c. Rencana Tindak Lanjut

“Baiklah besok kita mengobrol kembali dan latihan cara keempat ya mas.”

d. Kontrak Selanjutnya

“Besok saya akan kembali lagi sekitar pukul 16.00 WIB, kalau begitu saya permisi dulu ya.”

Lampiran 5

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

(SP 4 RISIKO PERILAKU KEKERASAN)

Nama Pasien : Tn. A

Umur : 28 tahun

Pertemuan : Hari ke-3 (tiga)

Tanggal : 18 November 2021 pukul 16.00 WIB

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien/Pasien :

Klien terlihat sudah bisa mengontrol emosi, tampak lebih tenang.

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Keperawatan :

a. Klien dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan secara fisik dan verbal.

b. Klien dapat mengontrol marah dengan shalat dan berdoa.

4. Tindakan Keperawatan :

a. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal.

b. Latih cara mengontrol marah dengan shalat dan berdoa.

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, selamat sore mas.”

b. Evaluasi/Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Apakah mas sudah melakukan cara yang saya ajarkan kemarin?”

c. Kontrak

- Topik

“Baiklah sesuai janji kita kemarin, hari ini kita mengobrol kembali ya mas.”

- Waktu

“Berapa lama mas mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

- Tempat

“Mas ingin berbincang-bincang dimana? Baiklah disini saja ya.”

2. Fase Kerja

“Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa mas lakukan. Baiklah sekarang mas bisa mengontrol rasa marah dengan shalat dan berdoa. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian shalat. Coba mas bisa sebutkan shalat 5 waktu? Bagus sekali mas. Baik mas, saya lihat semakin hari ada peningkatan untuk keseluruhan saya menilai sudah bisa menerapkan secara mandiri dan mampu mengontrol rasa marah dengan benar.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang tadi?”

b. Evaluasi Objektif

“Baiklah cara yang kita diskusikan tadi bisa digunakan saat rasa ingin marah itu muncul agar terkontrol dengan baik dan benar.”

c. Salam Penutup

“Bagus sekali mas hari ini kerjasamanya, kalau begitu saya permisi dulu ya. Wassalamualaikum.”

Lampiran 6

ANALISA PROSES INTERAKSI

Hari/Tanggal : Selasa, 16 November 2021
 Nama Mahasiswa : Erza Ardifa Syafitri
 Inisial Klien : Tn. A
 Usia : 28 Tahun
 Tempat : Ruang makan
 Lingkungan : Klien berada didalam ruangan bersama beberapa pasien lainnya dan suasana ruangan tenang.

SP 1 : Membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku risiko kekerasan yang dilakukan dan mengontrol dengan cara fisik tarik napas dalam atau pukul bantal.

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berpusat Pada Perawat	Analisa Berpusat Pada Klien	Rasional
P : “Assalamualaikum, selamat pagi saya mahasiswi Erza. Kalau boleh tau nama mas siapa?” K : “Wa’alaikumsalam, nama saya A mbak.”	P : Memandang dan mengulurkan tangan pada Tn. A. K : Menerima jabatan tangan dari perawat,	Perawat ingin membuka percakapan dengan klien.	Klien membalas sapaan dari perawat.	Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya.

<p>P : “Bagaimana kabar mas hari ini? Hari ini kita berbincang-bincang tentang perasaan marah yang mas rasakan ya.”</p> <p>K : “Alhamdulillah sehat, baik mbak.”</p>	<p>P : Memandang klien secara seksama.</p> <p>K : Mulai berinteraksi dengan perawat.</p>	<p>Perawat ingin mengetahui kondisi klien.</p>	<p>Klien mulai memberikan tanggapan dari pertanyaan perawat.</p>	<p>Menanyakan kabar klien adalah suatu permulaan komunikasi terapeutik.</p>
<p>P : “Sebelumnya saya ingin mengetahui apa yang menyebabkan mas marah? Hari ini kita belajar cara mengendalikan rasa marah dengan cara fisik yaitu tarik napas dalam.”</p> <p>K : “Begini mbak, yang membuat saya marah adalah orang tua yang terlalu mengekang. Saya ingin bebas keluar kemana saja, selain itu</p>	<p>P : Perawat membantu menjelaskan informasi yang dimilikinya serta membuat suasana lebih nyaman.</p> <p>K : Mulai mendengarkan secara seksama.</p>	<p>Perawat mengajarkan cara mengendalikan rasa marah dengan benar</p>	<p>Klien mempraktikkan cara yang telah diajarkan oleh perawat.</p>	<p>Mengajarkan cara agar Tn. A dapat mengelola emosinya lebih baik lagi.</p>

mereka suka mengkritik saya (sambal tarik napas dalam).”				
<p>P : “Bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang dan belajar cara mengendalikan marah?”</p> <p>K : “Alhamdulillah, cukup lega mbak.”</p>	<p>P : Perawat mengkaji ulang informasi yang telah diberikan pada klien tadi.</p> <p>K : Memberikan <i>feedback</i> terhadap perawat.</p>	Perawat mencoba mengkaji perasaan Tn. A sekarang.	Klien mengiyakan saran dari perawat.	Mengkaji ulang keadaan klien dapat membantu perawat untuk mengetahui perkembangan terhadap SP yang telah diberikan.
<p>P : “Baiklah, besok kita mengobrol Kembali dan latih cara yang kedua. Besok saya akan kembali lagi sekitar pukul 13.00 WIB, kalau begitu saya permisi dulu ya. Wassalamu’alaikum.”</p> <p>K : “Wa’alaikumsalam, iya mbak.”</p>	<p>P : Perawat membuat jadwa kontrak untuk pertemuan selanjutnya.</p> <p>K : Klien menganggukkan kepalanya tanda mengerti.</p>	Perawat sedang mengatur jadwal untuk pertemuan selanjutnya.	Klien mengiyakan janji yang telah dibuat oleh perawat.	Menentukan jadwal dapat mengelola waktu dengan baik untuk pertemuan selanjutnya.

Hari/Tanggal : Rabu, 17 November 2021

SP 2 : Mampu mengontrol atau mencegah risiko perilaku kekerasan dengan minum obat.

SP 3 : Klien dapat mengontrol perilaku risiko kekerasan dengan cara melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berpusat Pada Perawat	Analisa Berpusat Pada Klien	Rasional
<p>P : “Assalamualaikum, selamat siang mas. Bagaimana perasaan mas hari ini?”</p> <p>K : “Wa’alaikumsalam, alhamdulillah baik mbak.”</p>	<p>P : Menyapa dan memandang klien.</p> <p>K : Membalas sapaan dari perawat.</p>	<p>Perawat ingin membuka percakapan dengan klien.</p>	<p>Klien membalas sapaan dari perawat.</p>	<p>Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya.</p>
<p>P : “Baiklah, hari ini saya akan memberitahukan cara lain untuk mengontrol rasa marah yaitu minum obat chlopromazine (pikiran tenang), trihexyphenidile (agar</p>	<p>P : Memandang kearah klien secara seksama.</p> <p>K : Menganggukkan kepala tanda mengerti.</p>	<p>Perawat memberikan edukasi dan mengkaji aspek pengetahuan pasien.</p>	<p>Klien berusaha mengulangi informasi yang telah diberikan perawat.</p>	<p>Menyediakan tambahan informasi dengan tujuan untuk mendapat respon positif dari klien.</p>

<p>rileks dan tidak tegang), haloperidol (mengurangi rasa marah).”</p> <p>K : “Iya mbak, chlopromazine (pikiran tenang), trihexyphenidile (agar rileks dan tidak tegang), haloperidol (mengurangi rasa marah).” (sambil meminum obat dan mengulangi kegunaan masing-masing obat).</p>				
<p>P : “Selanjutnya yang ketiga yaitu secara verbal menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik.”</p> <p>K : “Iya mbak, akan saya</p>	<p>P : Menepuk Pundak klien.</p> <p>K : Menatap perawat.</p>	<p>Perawat memberikan edukasi dan mengkaji aspek pengetahuan klien.</p>	<p>Klien berusaha mengulangi informasi yang telah diberikan perawat.</p>	<p>Menyediakan tambahan informasi dengan tujuan untuk mendapatkan respon positif klien.</p>

<p>praktikkan dengan teman seruangan nanti jika emosi saya tidak terkontrol. (mengulangi kalimat yang telah dicontohkan oleh perawat).</p>				
<p>P : “Bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang dan belajar cara mengendalikan marah.” K : “Alhamdulillah, saya jadi tahu cara mengontrol amarah dengan baik dan benar mbak.”</p>	<p>P : Perawat mengkaji ulang informasi yang telah diberikan pada klien tadi. K : Memberikan <i>feedback</i> terhadap perawat.</p>	<p>Perawat mencoba mengkaji perasaan klien.</p>	<p>Klien mengiyakan saran dari perawat.</p>	<p>Mengkaji ulang keadaan klien dapat membantu perawat untuk mengetahui perkembangan terhadap SP yang telah diberikan.</p>
<p>P : “Baiklah, besok kita mengobrol kembali dan latih cara yang keempat. Besok saya akan Kembali lagi sekitar</p>	<p>P : Perawat membuat jadwal kontrak untuk pertemuan selanjutnya. K : Klien menganggukkan kepala</p>	<p>Perawat sedang mencari jadwal untuk pertemuan selanjutnya.</p>	<p>Klien menyetujui janji yang telah dibuat oleh perawat.</p>	<p>Menentukan jadwal dapat mengelola waktu dengan baik untuk pertemuan selanjutnya.</p>

pukul 16.00 WIB, kalau begitu saya permisi dulu ya. Wassalamualaikum.” K : “Wa’alaikumsalam, iya mbak.”	tanda mengerti.			
--	-----------------	--	--	--

Hari/Tanggal : Kamis, 18 November 2021

SP 4 : Klien dapat mengontrol marah dengan latihan spiritual yaitu shalat dan berdoa.

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berpusat Pada Perawat	Analisa Berpusat Pada Klien	Rasional
<p>P : “Assalamualaikum, selamat sore mas. Bagaimana perasaan mas saat ini?”</p> <p>K : “Wa’alaikumsalam, alhamdulillah baik mbak.”</p>	<p>P : Menyapa dan memandang klien.</p> <p>K : Membalas sapaan dari perawat.</p>	<p>Perawat ingin membuka percakapan dengan klien.</p>	<p>Klien membalas sapaan dari perawat.</p>	<p>Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya.</p>
<p>P : “Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa mas lakukan? Sebutkan shalat 5 waktu.”</p> <p>K : “Shalat 5 waktu mbak, ada shubuh, dhuhur, ashar, maghrib dan isya’.”</p>	<p>P : Perawat mengkaji pengetahuan klien.</p> <p>K : Menjawab pertanyaan dari perawat.</p>	<p>Perawat bertanya kepada klien.</p>	<p>Klien menjawab pertanyaan dari perawat.</p>	<p>Mengetahui keadaan klien untuk mengetahui perkembangan klien.</p>

<p>P : “Bagus sekali mas, saya lihat dari hari ke hari ada peningkatan. Untuk keseluruhan saya menilai mas sudah bisa menerapkan secara mandiri dan mengontrol rasa marah dengan benar.”</p> <p>K : “Alhamdulillah, terima kasih mbak.”</p>	<p>P : Perawat memberikan apresiasi pada klien.</p> <p>K : Klien mengerti.</p>	<p>Perawat memberikan apresiasi atas pencapaian klien.</p>	<p>Klien menganggukkan kepala tanda mengerti.</p>	<p>Memberikan apresiasi dapat meningkatkan nilai konsep diri.</p>
<p>P : “Bagus sekali hari ini kerjasamanya, kalau begitu saya permisi dulu ya. Wassalamualaikum.”</p> <p>K :Iya mbak, wa’alaikumsalam.”</p>	<p>P : Perawat tersenyum dan mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : Memandang perawat.</p>	<p>Perawat menutup pembicaraan.</p>	<p>Klien mengerti.</p>	<p>Menutup percakapan untuk mengakhiri pembicaraan.</p>

Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Senam Aerobik Low Impact Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan

*** Refortinus Zega⁵¹, Veronika Anita Sari Laia², Yolanda Wulandari³, Blessery Oktorina⁴, Anna Asalniat Lase⁵, Saleha⁶, Sri Lestari Siregar⁷, Basilius Gulo⁸, Ubay Anwairi⁹, Jek Amidos Pardede¹⁰**

[*refortinuszega21@gmail.com](mailto:refortinuszega21@gmail.com)

Abstrak

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan hambatan dalam berkomunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sensori, upaya memusatkan perhatian, kesegaran jasmani dan mengekspresikan perasaan. Penggunaan terapi kelompok dalam praktek keperawatan jiwa akan memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan atau terapi serta pemulihan kesehatan. Setelah mendapatkan terapi aktivitas kelompok resiko perilaku kekerasan, pasien terapi aktivitas kelompok di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem terjadi peningkatan pengetahuan, pemahaman tentang cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dan tahu bagaimana cara melakukannya. Peningkatan pengetahuan diketahui bahwa pasien mampu mengingat SP 1 - 4 dari permainan terapi aktivitas kelompok.

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang memengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi (Pardede, Siregar & Hulu, 2020). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan hambatan dalam berkomunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede & Laia., 2020). Masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang serius. WHO memperkirakan sekitar 450

juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa, 135 juta orang diantaranya mengalami halusinasi.

Data Riskesdas (2018) prevalensi skizofrenia Sumatera Utara sebanyak 13.991 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran sehingga pikiran itu menjadi sangat aneh, juga distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku yang dapat mengarah ke perilaku kekerasan yang dapat berbahaya dengan diri sendiri maupun orang lain sekitar (Benson, et al., 2013). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Berdasarkan data Nasional Indonesia tahun 2017 dengan risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang (Pardede, dkk., 2020).

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Keliat, dan Akemat, 2016).

Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti intonasi suara keras, mengancam, ekspresi tegang, gaduh, gelisah, tidak bisa diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat, nada suara tinggi dan gembira berlebihan. Kekacauan alam pikir juga dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Perubahan lain yang terjadi adalah adanya penurunan kemampuan memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, serta gelisah (Pardede, Siregar & Halawa, 2020).

Adapun dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan yaitu kehilangan kontrol akan dirinya, dimana pasien akan dikuasi oleh rasa amarahnya sehingga pasien dapat melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, bila tidak ditangani dengan baik maka perilaku kekerasan dapat mengakibatkan kehilangan kontrol, risiko kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain serta lingkungan, sehingga adapun upaya-upaya penanganan perilaku kekerasan yaitu mengatasi stress termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri, bersama pasien mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan dan terapi medik (Musmini, 2020).

Upaya yang dilakukan untuk menangani klien resiko perilaku kekerasan adalah dengan memberikan tindakan keperawatan yaitu membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1: tarik napas dalam, latihan fisik 2: pukul kasur bantal yang menyebabkan muncul perilaku kekerasan. Kemudian dengan melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur, komunikasi secara verbal: asertif/bicara baik-baik, spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan, selain itu dengan terapi aktivitas fisik yaitu senam aerobik *low impact* secara teratur (Candrawati, 2018). Berbagai terapi dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan telah banyak dikembangkan. Salah satunya adalah terapi senam aerobik *low impact*. Senam aerobik *low impact* merupakan senam dengan mengandalkan penyaluran energi dan penyerapan oksigen yang berimbang sehingga dapat meningkatkan endorphin yang memiliki efek relaksan sehingga dapat mengurangi resiko kekerasan secara efektif (Nauli, 2019).

Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok pasien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama. Terapi aktivitas kelompok sudah sejak lama dimasukkan dalam program terapi keperawatan di dunia yang merupakan salah satu dari intervensi keperawatan yang diprogramkan terhadap pasien jiwa skizoprenia dengan masalah pasien yang mengalami perilaku kekerasan (Ningsih, 2017).

Berdasarkan praktik yang dilakukan di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem, didapatkan jumlah pasien sebesar 21 pasien di ruang Bukit Barisan, dimana pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan menjadi paling lazim di RSJ Prof. Dr. M Ildrem, sehingga kelompok tertarik untuk melakukan terapi aktivitas kelompok dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Setelah mengikuti kegiatan ini pasien dapat lebih menerapkan strategi pelaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan secara fisik dan sosial dalam mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Klien dapat berkenalan dengan satu sama lain
2. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1: tarik napas dalam dan latihan fisik 2: pukul kasur bantal.
3. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur.
4. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan komunikasi

secara verbal: asertif/ bicara baik-baik.

5. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual
6. Klien dapat mengetahui manfaat senam *aerobic low impact*

STANDAR PELAKSANAAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK STIMULASI PERSEPSI

2.1 Metode Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)

Metode yang digunakan pada terapi aktifitas kelompok (TAK) ini adalah metode :

1. Perkenalan diri pada seluruh perawat
2. Menanyakan perasaan klien pada saat terapi berjalan

2.2 Waktu dan Tempat

Hari/tanggal : Jumat, 11 Maret 2022

Jam : 10.00 WIB

Tempat : Ruang Perustakaan

2.3 Peserta TAK

Pasien yang mengikuti kegiatan berjumlah 6 orang dari pasien RSJ Prof.Dr.M.Ildrem

Medan terdiri dari :

1. Tn. A (28 th)
2. Tn. D (35 th)
3. Tn. M (38 th)
4. Tn. S (40 th)
5. Tn. B (35 th)
6. Tn. R (37 th)

2.4 Media dan Alat

1. Handphone
2. Speaker
3. Music/lagu
4. Buku catatan dan pulpen
5. Jadwal kegiatan pasien

2.5 Setting Tempat

1. Terapis dan klien berdiri bersama dalam posisi berbaris
2. Lingkungan yang nyaman dan tenang

Keterangan Gambar:

L : Leader



Leader

Klien :



K

C.L : Co Leader



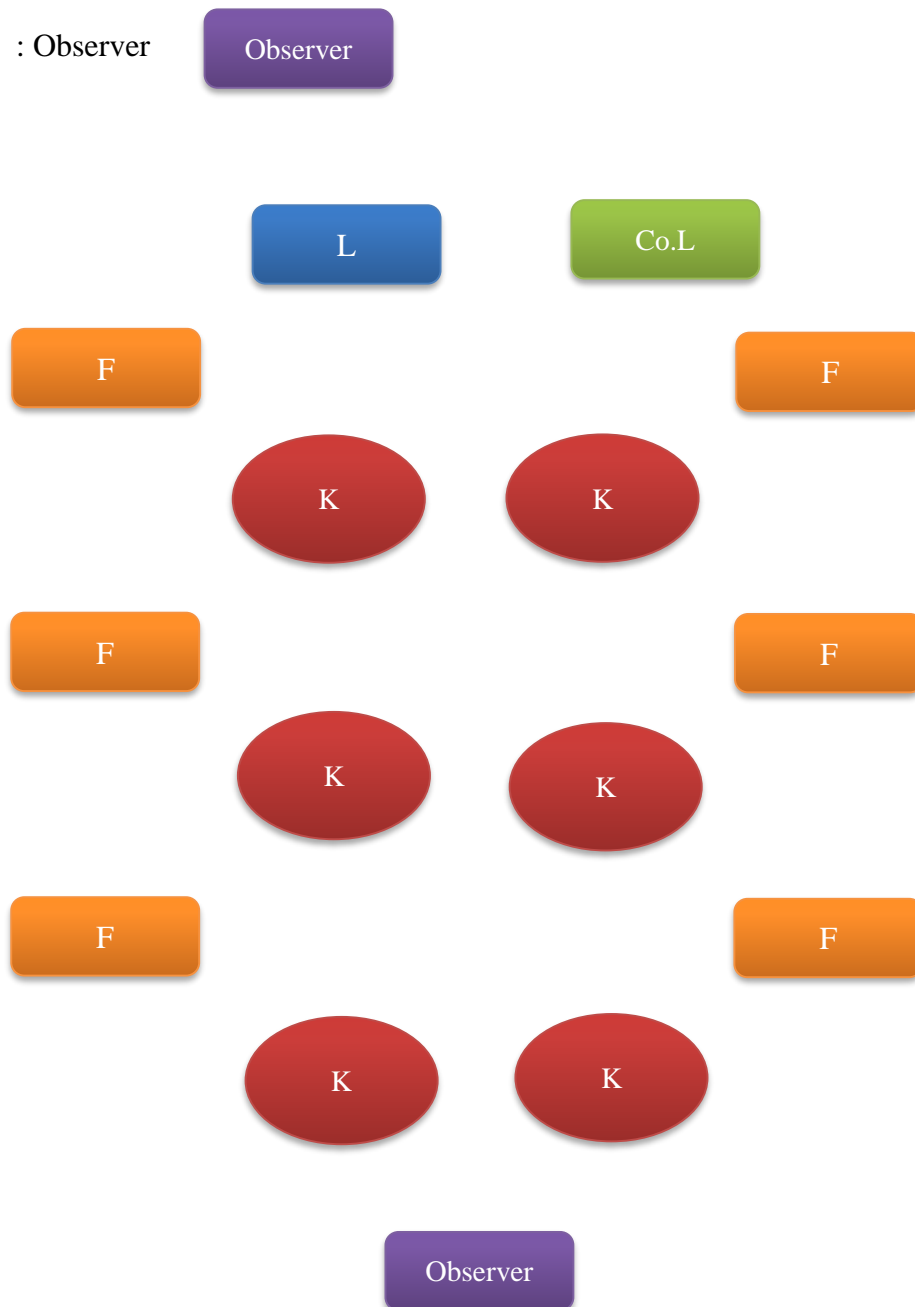
Co.Leader



Fasilitator

F : Fasilitator

O : Observer



2.6 Media dan Alat

1. Handphone
2. Speaker
3. Music/lagu
4. Buku catatan dan pulpen

2.7 Susunan Pelaksanaan

Yang bertugas dalam TAK kali ini di sesuaikan dengan petugas setiap sesi yang telah disepakati sebagai berikut :

- Leader : Refortinus Zega, S. Kep
- Co.Leader : Blessery Oktorina, S. Kep
- Fasilitator 1 : Anna Asalniat Lase, S.Kep
- Fasilitator 2 : Veronika Anita Sari Laia, S. Kep
- Fasilitator 3 : Yolanda Wulandari, S. Kep
- Fasilitator 4 : Sri Lestari Siregar, S.Kep
- Fasilitator 5 : Saleha, S.Kep
- Observer : Basilius E.P Gulo, S.Kep
- Dokumentasi : Ubay Anwairi, S.Kep

2.8 Uraian Tugas Pelaksanaan

1. Leader :
 - a. Menyampaikan tujuan dan peraturan kegiatan terapi aktivitas kelompok menyiapkan proposal kegiatan TAK
 - b. Mampu memotivasi anggota untuk aktif dalam kelompok dan memperkenalkan dirinya
 - c. Mampu memimpin terapi aktivitas kelompok dengan baik dan tertib Menetralisir bila ada masalah yang timbul dalam kelompok
2. Co.Leader :
 - a. Mendampingi Leader
 - b. Menjelaskan aturan permainan
 - c. Menyampaikan informasi dari fasilitator ke leader tentang aktivitas klien
 - d. Mengingatkan leader jika kegiatan menyimpang dari perencanaan yang telah di buat
 - e. Mengambil alih posisi leader jika leader mengalami blocking dalam proses terapi
3. Fasilitator :
 - a. Menyediakan fasilitas selama kegiatan berlangsung ikut serta dalam kegiatan kelompok
 - b. Memfasilitasi dan memberikan stimulus dan motivator pada anggota kelompok untuk aktif mengikuti jalannya terapi
4. Observer :
 - a. Mengobservasi jalannya proses kegiatan
 - b. Mengamati serta mencatat perilaku verbal dan non verbal pasien selama kegiatan berlangsung (dicatat pada format yang tersedia)
 - c. Mengawasi jalannya aktivitas kelompok dari mulai persiapan, proses, hingga penutupan
 - d. Memberikan hadiah (reward) bagi pasien yang menang dalam permainan.

2.9 Kriteria Klien

1. Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan yang sudah kooperatif
2. Klien yang tidak mengalami gangguan komunikasi verbal
3. Klien bisa tulis dan baca

4. Klien yang bersedia mengikuti TAK

2.10 Antisipasi Masalah

1. Sebelum kegiatan dilaksanakan, perawat memberi kesempatan kepada setiap peserta untuk BAB dan BAK
2. Fasilitator memotivasi peserta yang tidak berpartisipasi
3. Menjaga pintu keluar untuk mengantisipasi klien melarikan diri dari tempat kegiatan

2.11 Langkah-langkah kegiatan

1. Persiapan

- a) Membuat kontrak dengan anggota kelompok
- b) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

- a) Salam teraupetik
Salam dari leader kepada klien. Leader/Co Leader memperkenalkan diri dan tim terapis lainnya.
- b) Evaluasi/Validasi
Leader menanyakan perasaan dan keadaan klien saat ini.
- c) Kontrak
 - 1) Menjelaskan tujuan kegiatan
 - 2) Menjelaskan aturan main yaitu :
 - a. Berkenalan dengan anggota kelompok
 - b. Jika ada peserta yang akan meninggalkan kelompok, harus minta izin pada pemimpin TAK
 - c. Lama Kegiatan 45 menit
 - d. Setiap pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
- d) Perkenalan klien
Klien berkenalan satu sama lain

3. Tahap Kerja

- a. Seluruh klien dibuat berbentuk kotak
- b. Leader/Co Leader memberikan kembali materi terapi generalis SP1-4 resiko perilaku kekerasan untuk diingat dan dilakukan klien dan manfaat senam aerobik pada pasien resiko perilaku kekerasan
- c. Setelah Leader/Co Leader menjelaskan SP1-4 resiko perilaku kekerasan, Leader/Co Leader mengevaluasi SP1-4 resiko perilaku kekerasan yang diketahui dan diperagakan klien dan manfaat senam aerobik pada pasien resiko perilaku kekerasan
- d. Leader/Co Leader memberikan pujian bagi klien yang menjawab dan mampu menjelaskan kembali SP1-4 resiko perilaku kekerasan.
- e. Hidupkan music dan lakukan peragaan senam aerobik bersama klien.

4. Evaluasi

- a. Klien mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir kegiatan
- b. Kerja sama klien dalam kegiatan
- c. Klien merasa senang selama mengikuti kegiatan
- d. Klien mengetahui dan mempraktikkan SP1-4 resiko perilaku kekerasan
- e. Klien mengetahui manfaat terapi senam aerobik

2.12 Tata Tertib dan Antisipasi Masalah

2.12.1 Tata tertib pelaksanaan TAK Resiko Perilaku Kekerasan

1. Peserta bersedia mengikuti kegiatan TAK sampai dengan selesai
2. Peserta wajib hadir 5 menit sebelum acara TAK dimulai
3. Peserta berpakaian rapi, bersih, dan sudah mandi
4. Peserta tidak diperkenankan makan, minum, merokok selama kegiatan TAK berlangsung
5. Jika ingin mengajukan/menjawab pertanyaan, peserta mengangkat tangan kanan dan berbicara setelah dipersilahkan oleh pemimpin
6. Peserta yang mengacaukan jalannya acara akan dikeluarkan dari permainan
7. Peserta dilarang meninggalkan tempat sebelum acara TAK selesai
8. Apabila waktu yang ditentukan untuk melaksanakan TAK telah habis, sedangkan permainan belum selesai, maka pemimpin akan meminta persetujuan anggota untuk memperpanjang waktu TAK

2.12.2 Antisipasi kejadian yang tidak diinginkan pada proses TAK

1. Penanganan klien yang tidak efektif saat aktivitas kelompok
 - a. Memanggil klien
 - b. Memberi kesempatan kepada klien tersebut untuk menjawab sapaan perawat atau klien yang lain.
2. Bila klien meninggalkan permainan tanpa pamit:
 - a. Panggil nama klien
 - b. Tanya alasan klien meninggalkan permainan
 - c. Berikan penjelasan tentang tujuan permainan dan berikan penjelasan pada klien bahwa klien dapat melaksanakan keperluannya setelah itu klien boleh kembali lagi
3. Bila ada klien lain ingin ikut
 - a. Berikan penjelasan bahwa permainan ini ditujukan pada klien yang telah dipilih
 - b. Katakan pada klien lain bahwa ada permainan lain yang mungkin dapat diikuti oleh klien tersebut
 - c. Jika klien memaksa, beri kesempatan untuk masuk dengan tidak memberi peran pada permainan tersebut.

2.13 Evaluasi Akhir

1. Mampu memahami cara memperkenalkan diri di depan orang lain dengan baik
2. Mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara : tarik nafas dalam dan memukul kasur dan bantal.
3. Mampu berbicara verbal atau bicara dengan baik dengan teman atau orang lain yang mereka temui.
4. Mampu menceritakan kegiatan spiritual mereka ketika marah seperti beribadah, bagi agama islam sholat, berdo'a dan sholwatan, jika bergama kristen beribadah yang diadakan diayaysan dan berdo'a .
5. Klien mampu mengetahui manfaat senam aerobik
6. Mampu menceritakan perasaannya setelah melakukan TAK
7. Mampu mengikuti peraturan kegiatan.
8. Mampu menyebutkan manfaat dari TAK

2.14 Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat mengikuti TAK pada catatan proses keperawatan tiap klien. Contoh: klien mengikuti sesi 1, TAK cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal. Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir dan mengikuti kegiatan senam *aerobic low impact*, klien mampu memberikan pendapat tentang kegiatan TAK dan berpartisipasi dalam kegiatan.

EVALUASI

3.1 Hasil Pelaksanaan Kegiatan TAK

3.1.1 Evaluasi Terapis

Kegiatan TAK dilaksanakan pada hari Jumat, 11 Maret 2022 Jam 10.00 WIB dilakukan oleh 9 mahasiswa, yang terdiri dari Leader, Co.Leader, Observer, Fasilitator, dan dokumenter. Sebelum TAK dilaksanakan, leader memperkenalkan diri kepada pasien dan leader memberikan kesempatan untuk co-leader, fasilitator dan observer untuk memperkenalkan diri kepada pasien dan memberikan pasien kesempatan untuk memperkenalkan dirinya masing-masing. Leader dan Co-leader saling bergantian menjelaskan peraturan terapi aktivitas kelompok, seperti bagaimana peraturan yang di buat saat terapi aktivitas kelompok dilaksanakan, durasi berjalannya terapi aktivitas kelompok dan memberikan informasi kepada pasien bahwa perawat yang berada disebelah pasien sebagai fasilitator untuk membantu pasien selama berjalannya terapi aktivitas kelompok.

Dalam terapi aktifitas kelompok leader sudah melakukan kegiatan TAK dengan baik dengan memimpin dan mengarahkan setiap peserta di dalam kegiatan. Co. Leader telah membantu Leader dalam menjalankan kegiatan yang berlangsung selanjutnya di bantu fasilitator dalam mendampingi para pasien dalam setiap proses kegiatan. Serta Observer telah melakukan tugasnya dengan mengamati dan menilai jalannya terapi aktivitas kelompok apakah pasien mampu melakukan SP yang sudah ditentukan terapis dan semua kegiatan telah di dokumentasikan oleh dokumenter sebagai bukti telah dilaksanakannya kegiatan TAK di RSJ Prof Dr. M. Ildrem, Medan.

3.1.2 Evaluasi Pasien

Kegiatan TAK dilakukan di Ruangan Perpustakaan. Peserta terdiri dari pasien yang berjumlah 6 orang dengan masalah keperawatan yaitu, Risiko Perilaku Kekerasan, semua peserta berjenis kelamin laki-laki sesuai dengan laporan yang telah diajukan. Dalam terapi aktivitas kelompok perawat melakukan kontrak kepada pasien sehari sebelum TAK dilakukan. Mempersiapkan alat dan menyeting tempat dilakukansebelum pasien datang di tempat pelaksanaan TAK. Respon pasien saat diberikan terapi aktivitas kelompok yaitu :

1. Kemampuan Tarik Nafas Dalam dan Pukul Kasur Bantal
Pasien mampu mengontrol RPK dengan cara Tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal sesuai dengan yang sudah di contohkan perawat
2. Kemampuan Patuh Minum Obat
Pasien telah mengetahui waktu, jenis, dan manfaat obat. Pasien mengatakan minum obat 2x/hari. Pasien mengatakan keuntungan dengan minum obat yaitu suara-suara halusinasi tersebut hilang dan

- pasien bisa tidur dengan nyenyak.
3. Kemampuan komunikasi secara verbal: asertif/bicara baik-baik
Pasien mengatakan akan berbibara baik-baik untuk menghindari prilaku kekerasan
 4. Kemampuan Spiritual
Pasien mengatakan akan berdo'a jika merasa marah dan kesal
 5. Pasien mampu mengetahui manfaat senam aerobic low impact dalam mengontrol emosi : marah.
 6. Seluruh pasien mengatakan perasaan senang dan antusias dalam melakukan TAK dan Senam Aerobic Low Impact.

a. Evaluasi Kemampuan Verbal

No	Nama Pasien	Menanyakan Nama Pasien	Menanyakan nama panggilan	Menanyakan ruangan	Menanyakan Hobby
1.	Tn. A	√	√	√	√
2.	Tn. D	√	√	√	√
3.	Tn. M	√	√	√	√
4.	Tn. S	√	√	√	√
5.	Tn. B	√	√	√	√
6.	Tn. R	√	√	√	√

b. Evaluasi SP 1

No.	Aspek Yang dinilai	1	2	3	4	5	6
1	Menyebutkan dan mempraktekkan cara tarik nafas dalam	1	1	1	1	1	1
2	Menyebutkan dan mempraktekkan cara pukul kasur bantal	0	1	1	0	1	1
	Total	1	2	2	1	2	2

Petunjuk : Dilakukan : 1

Tidak dilakukan : 0

c. Evaluasi SP 2

No.	Aspek Yang dinilai	1	2	3	4	5	6
1	Menyebutkan manfaat minum obat	1	1	1	1	1	1
2	Menyebutkan efek tidak minum obat	1	1	1	1	1	1
3	menyebutkan waktu minum obat	1	1	1	1	1	1
4	menyebutkan jenis obat	1	0	1	0	1	0
	Total	4	3	4	3	4	3

Petunjuk : Dilakukan : 1

Tidak dilakukan : 0

d. Evaluasi Sp 3 dan Sp 4

No.	Aspek Yang dinilai	1	2	3	4	5	6
1	Menyebutkan pentingnya berkomunikasi secara verbal: asertif/bicara baik-baik	1	1	1	1	1	1
2	Melakukan Ibadah/spiritual	0	1	0	1	0	1
	Total	1	2	1	2	1	2

Petunjuk : Dilakukan : 1

Tidak dilakukan : 0

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan atau Alternatif penyelesaian masalah. Salah satu bentuk penanganan medis untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan adalah dengan Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi, dimana TAK (Terapi Aktifitas Kelompok) merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada kelompok pasien dengan Risiko perilaku kekerasan. Aktivitas digunakan sebagai terapi, dan kelompok digunakan sebagai target asuhan. Di dalam kelompok terjadi dinamika interaksi yang saling bergantung, saling membutuhkan, dan menjadilaboratorium tempat pasien berlatih perilaku baru yang adaptif untuk memperbaiki perilaku lama yang maladaptif.

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sensori, upaya memusatkan perhatian, kesegaran jasmani dan mengekspresikan perasaan. Penggunaan terapi kelompok dalam praktek keperawatan jiwa akan memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan atau terapi serta pemulihan kesehatan. Setelah mendapatkan terapi aktivitas kelompok resiko perilaku kekerasan, pasien terapi aktivitas kelompok di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem terjadi peningkatan pengetahuan, pemahaman tentang cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dan tahu bagaimana cara melakukannya. Peningkatan pengetahuan diketahui bahwa pasien mampu mengingat SP 1 - 4 dari permainan terapi aktivitas kelompok.

4.2.Saran

Diharapkan bagi Perawat di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem Medan menjadikan Terapi Aktivitas Kelompok stimulasi persepsi sebagai tindakan keperawatan untuk setiap pasien dengan masalah gangguan jiwa khususnya pasien Risiko Perilaku Kekerasan karena menurut kelompok TAK Stimulasi persepsi yang diberikan pada Pasien Risiko perilaku kekerasan memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan mengenal dan mengontrol Risiko perilaku kekerasan baik secara fisik maupun secara sosial.

DAFTAR PUSTAKA

1. Candrawati, S., Sulistyoningrum, E., Agung Prakoso, DB, & Pranasari, N. (2016). Senam aerobik meningkatkan daya tahan jantung paru dan fleksibilitas. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29 (1), 69-73.
2. Hulu, F. (2022). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus.
3. Hulu, F., Manurung, J., Meylani, M., & Pardede, J. A. (2022). Penerapan Terapi Generalis SP 1-4 Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia.
4. Keliat, B.A. & Akemat. (2016). *Keperawatan Jiwa : Terapi Aktivitas kelompok.Ed.2*. EGC.
5. Kementerian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas Tahun 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
6. Nauli, F. A. (2019). Efektifitas senam aerobic low Impact terhadap aggression self control pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Riau University.
7. Ngapiyem, R., & Sari, A. L. K. (2018). Pengaruh Terapi Senam Aerobik Low Impact Terhadap Tingkat Depresi pada Pasien Skizofrenia di RSJD DR. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.
8. Maulana, I., Hernawaty, T. and Shalahuddin, I., 2021. Terapi Aktivitas Kelompok menurunkan Tingkat Halusinasi pada Pasien Skizofrenia: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 9(1), pp.153-160.
9. Pangaribuan, N., Silitonga, J. S., Simanjuntak, J., Tanjung, K., Manurung, S., Amazihono, V., & WARUWU, Y. D. (2022). Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan.
10. Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan.
11. Pardede, J. A (2020). Decreasing Hallucination Response Through Perception Stimulation Group Activity Therapy In Schizophrenia Patients. *Iar Journal of Medical Sciences*. 1(6), 304-309.
12. Pardede, J.A., Siregar, L. M. & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*.11 (2), 189-196
13. Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), 291-300.
14. Pardede, J. A., & Ramadia, A. (2021). The Ability to Interact With Schizophrenic Patients through Socialization Group Activity Therapy. *International Journal of Health Science and Medical Research*, 1(1), 06-10.
15. Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Hulu, E. P. (2020). Efektivitas Behaviour Therapy Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Mutiara Ners*. 3 (1), 8-14.
16. Suryanti, S. and Ariani, D. (2018) "Pengaruh Relaksasi Progresif Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Klaten", *Interest : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(1), pp. 67-74.
17. Siregar, S. L. (2022). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Melalui Strategi Pelaksanaan (SP

1-4): Studi Kasus.

18. Syahdi, D., Syahfitri, M., Surbakti, D. I. S., Syahfitri, F., Winranto, A., Ginting, A. A., & NATASHA, D. C. (2022). Aplikasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan.
19. Thalib, R., & Abdullah, R. (2022). Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy Dalam Mengontrol Perilaku Agresif Pada Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 127-137.
20. Yunitasari, P. T. (2018). Penerapan Senam Aerobic Low Impact Pada Pasien Gangguan Jiwa Dengan Masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia

*Yarni Kristina Mendrofa¹, Roy Ronni Siregar², Leni Suryani Lase³, Marisa Juniar Saragih⁴, Teguh Anugrah⁵, Ririn Sitinjak⁶, Mardhianti⁷

*yarnimendrofa2017@gmail.com

Abstract

Schizophrenia is a group of psychotic reactions that affect various areas of individual functioning, including thinking, communicating, receiving, interpreting reality, feeling and showing emotions. Violent behavior is a response to stressors faced by a person. This response can cause harm to oneself, others, and the environment. Signs and symptoms of the risk of violent behavior can occur changes in cognitive, affective, physiological, behavioral and social functions. On the physical aspect, blood pressure increases, pulse and breathing increase, irritability, anger, tantrums and can injure themselves and others. Perception stimulation group activity therapy aims to improve sensory abilities, efforts to focus attention, physical fitness and express feelings. The use of group therapy in mental nursing practice will have a positive impact on prevention, treatment or therapy and health restoration efforts. After receiving group activity therapy at risk of violent behavior, the patient in group activity therapy at RSJ Prof. Dr. Ildrem there is an increase in knowledge, understanding of how to control the risk of violent behavior and knowing how to do it. Increased knowledge is known that patients are able to remember SP 1-4 of group activity therapy games.

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang memengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, Menginterpretasi kan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi (Pardede, Siregar & Hulu, 2020). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan hambatan dalam berkomunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede & Laia., 2020). Masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang serius. WHO memperkirakan sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa, 135 juta orang diantaranya mengalami halusinasi.

Data Riskesdas (2018) prevalensi skizofrenia Sumatera Utara sebanyak 13.991 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Berdasarkan data Nasional Indonesia tahun 2017 dengan risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang (Pardede, dkk., 2020). Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada

aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Keliat, dan Akemat, 2016).

Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti intonasi suara keras, mengancam, ekspresi tegang, gaduh, gelisah, tidak bisa diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat, nada suara tinggi dan gembira berlebihan. Kekacauan alam fikir juga dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Perubahan lain yang terjadi adalah adanya penurunan kemampuan memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, serta gelisah (Pardede, Siregar & Halawa, 2020). Adapun dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan yaitu kehilangan kontrol akan dirinya, dimana pasien akan dikuasi oleh rasa amarahnya sehingga pasien dapat melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, bila tidak ditangani dengan baik maka perilaku kekerasan dapat mengakibatkan kehilangan kontrol, risiko kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain serta lingkungan, sehingga adapun upaya-upaya penanganan perilaku kekerasan yaitu mengatasi stres termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri, bersama pasien mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan dan terapi medik (Musmini, 2020).

Upaya yang dilakukan untuk menangani klien resiko perilaku kekerasan adalah dengan memberikan tindakan keperawatan yaitu membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1: tarik napas dalam, latihan fisik 2: pukul kasur bantal yang menyebabkan muncul perilaku kekerasan. Kemudian dengan melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur, komunikasi secara verbal: asertif/bicara baik-baik, spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan, selain itu dengan terapi aktivitas fisik yaitu senam aerobik low impact secara teratur (Candrawati, 2018). Berbagai terapi dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan telah banyak dikembangkan. Salah satunya adalah terapi senam aerobik low impact. Senam aerobik low impact merupakan senam dengan mengandalkan penyaluran energi dan penyerapan oksigen yang berimbang sehingga dapat meningkatkan endorfin yang memiliki efek relaksan sehingga dapat mengurangi resiko kekerasan secara efektif (Nauli, 2019).

Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok pasien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama. Terapi aktivitas kelompok sudah sejak lama dimasukkan dalam program terapi keperawatan di dunia yang merupakan salah satu dari intervensi keperawatan yang diprogramkan terhadap pasien jiwa skizoprenia dengan masalah pasien yang mengalami perilaku kekerasan (Ningsih, 2017). Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sensori, upaya memusatkan perhatian, kesegaran jasmani dan mengekspresikan perasaan. Penggunaan terapi kelompok dalam praktek keperawatan jiwa akan memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan atau terapi serta pemulihan kesehatan (Zega & Pardede, 2022).

Berdasarkan praktik yang dilakukan di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem, didapatkan jumlah pasien sebesar 21 pasien di ruang Kamboja, dimana pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan menjadi paling lazim di RSJ Prof. Dr. M Ildrem, sehingga kelompok tertarik untuk melakukan terapi aktivitas kelompok dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti kegiatan ini pasien dapat lebih menereapkan strategi pelaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan secara fisik dan sosial dalam mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Klien dapat berkenalan dengan satu sama lain
2. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1: tarik napas dalam dan latihan fisik 2: pukul kasur bantal.
3. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur
4. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik
5. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual

STANDAR PELAKSANAAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK STIMULASI PERSEPSI

2.1 Metode Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Metode yang digunakan pada terapi aktivitas kelompok (TAK) ini adalah metode

1. Perkenalan diri pada seluruh perawat
2. Menanyakan perasaan klien pada saat terapi berjalan

2.2 Waktu dan Tempat

Hari / tanggal : Jumat, 11 Maret 2022

Jam : 11.00 WIB

Tempat : Ruang Perpustakaan

2.3 Peserta TAK

Pasien yang mengikuti kegiatan berjumlah 5 orang dari pasien RSJ Prof. Dr. M. Ildrem

Medan terdiri dari :

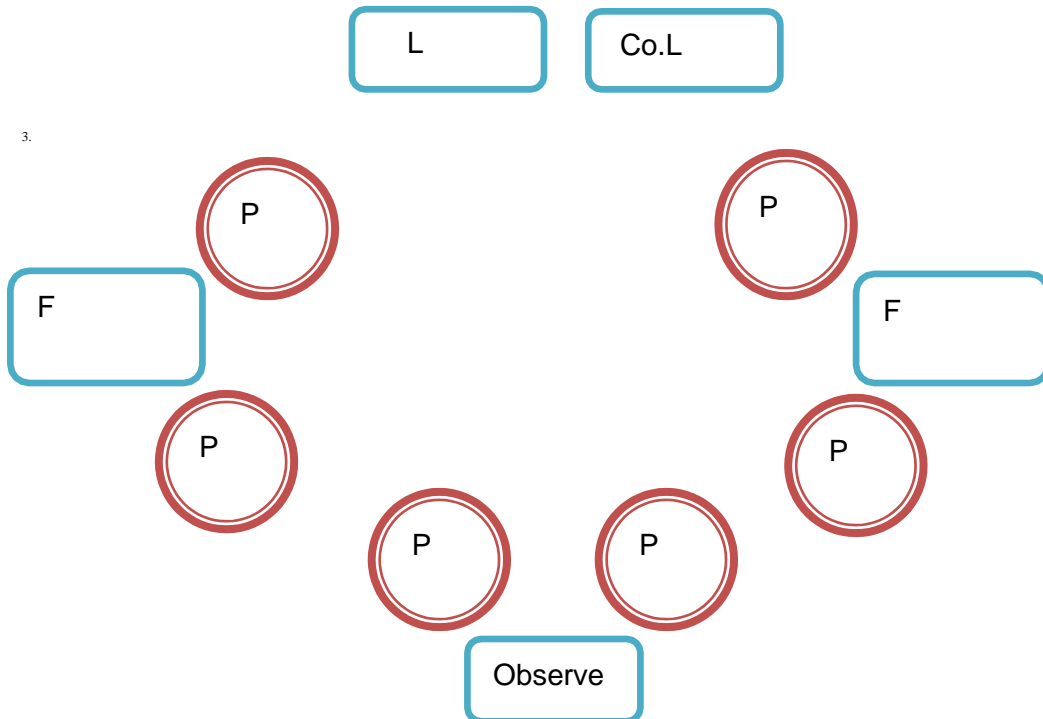
1. Ny. M (43 tahun)
2. Ny.D (45 tahun)
3. Ny. R (34 tahun)
4. Ny. M (40 tahun)
5. Ny. W (38 tahun)

2.4 Media dan Alat

1. Handphone
2. Speaker
3. Musik/lagu
4. Buku catatan dan pulpen
5. Jadwal kegiatan pasien

2.5 Setting Tempat

1. Terapis dan klien berdiri bersama dalam posisi berbaris
2. Lingkungan yang nyaman dan tenang



Keterangan Gambar :

- L : Leader
- C.L : Co Leader
- F : Fasilitator
- O : Observer

2.6 Susunan Pelaksanaan

Yang bertugas dalam TAK ini disesuaikan dengan petugas, setiap sesi yang telah disepakati sebagai berikut :

- Leader : Yarni Kristina Mendrofa, S.Kep
- Co. Leader : Ririn Sitinjak, S.Kep
- Fasilitator 1 : Teguh Anugrah, S.Kep
- Fasilitator 2 : Mardianty, S.Kep
- Fasilitator 3 : Marisa Saragih, S.Kep
- Observere : Leny Lase, S.Kep
- Dokumentasi : Roy Ronni Siregar, S.Kep

2.7 Uraian Tugas Pelaksanaan

1. Leader :
 - a Menyampaikan tujuan dan peraturan kegiatan terapi aktivitas kelompok menyiapkan proposal kegiatan TAK
 - b Mampu memotivasi anggota untuk aktif dalam kelompok dan memperkenalkan dirinya
 - c Mampu memimpin terapi aktivitas kelompok dengan baik dan tertib Menetralisir bila ada masalah yang timbul dalam kelompok

2. Co. Leader
 - a Mendampingi Leader
 - b Menjelaskan aturan permainan
 - c Menyampaikan informasi dari fasilitator ke leader tentang aktivitas klien
 - d Mengingatkan leader jika kegiatan menyimpang dari perencanaan yang telah di buat
 - e Mengambil alih posisi leader jika leader mengalami blocking dalam proses terapi
3. Fasilitator
 - a Menyediakan fasilitas selama kegiatan berlangsung ikut serta dalam kegiatan kelompok.
 - b Memfasilitasi dan memberikan stimulus dan motivator pada anggota kelompok untuk aktif mengikuti jalannya terapi
4. Observer
 - a Mengobservasi jalannya proses kegiatan
 - b Mengamati serta mencatat perilaku verbal dan non verbal pasien selama kegiatan berlangsung (dicatat pada format yang tersedia)
 - c Mengawasi jalannya aktivitas kelompok dari mulai persiapan, proses, hingga penutupan
 - d Memberikan hadiah (reward) bagi pasien yang menang dalam permainan.

2.8 Kriteria Hasil

1. Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan yang sudah kooperatif
2. Klien yang tidak mengalami gangguan komunikasi verbal
3. Klien bisa tulis dan baca
4. Klien yang bersedia mengikuti TAK

2.9 Antisipasi Masalah

1. Sebelum kegiatan dilaksanakan, perawat memberi kesempatan kepada setiap peserta untuk BAB dan BAK.
2. Fasilitator memotivasi peserta yang tidak berpartisipasi.
3. Menjaga pintu keluar unuk mengantisipasi klien melarikan diri dari tempat kegiatan

2.10 Langkah-langkah kegiatan

1. Persiapan

- a Membuat kontrak degan anggota kelompok
- b Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

- a Salam teraupetik
Salam dari leader kepada klien. Leader/Co Leader memperkenalkan diri dan tim terapis lainnya.
- b Evaluasi/vasilidasi
Leader menanyakan perasaan dan keadaan klien saat ini.

- c Kontrak
 - 1) Menjelaskan tujuan kegiatan
 - 2) Menjelaskan aturan main yaitu :
 - Berkenalan dengan anggota kelompok
 - Jika ada peserta yang akan meninggalkan kelompok, harus minta izin pada pemimpin TAK
 - Lama Kegiatan 45 menit
 - Setiap pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
- d Perkenalan klien

Klien berkenaan satu sama lain

3. Tahap Kerja

- a Seluruh klien dibuat berbentuk lingkaran
- b Hidupkan music dan edarkan Aqua berlawanan dengan arah jarum jam
- c Pada saat tape dimatikan, anggota kelompok yang memegang Aqua, mendapat giliran untuk perkenalan dengan anggota kelompok yang ada di sebelah kanan dengan cara:
 - Memberi salam
 - Menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobby.
 - Menanyakan nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobby
 - Dimulai oleh terapis sebagai contoh.
- d Setelah memperkenalkan diri klien menebak warna dan mengambil gulungan kertas yang ada di mangkuk yang berisi SP Resiko Perilaku Kekerasan (RPK), kemudian pasien diharuskan memperagakan SP yang didapat
- e Ulangi musik kembali, dan klien kembali edarkan Aqua, ketika musik berhenti, klien yang memegang Aqua, kembali memperagakan point c dan d.

4. Evaluasi

- a. Klien mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir kegiatan
- b. Kerja sama klien dalam kegiatan
- c. Klien merasa senang selama mengikuti kegiatan
- d. Klien mengetahui dan mempraktikkan SP1-4 resiko perilaku kekerasan
- e. Klien mengetahui manfaat terapi musik klasik

2.11 Tata Tertib dan Antisipasi Masalah

1) Tata tertib pelaksanaan TAK Risiko Perilaku Kekerasan

- a. Peserta bersedia mengikuti kegiatan TAK sampai dengan selesai
- b. Peserta wajib hadir 5 menit sebelum acara TAK dimulai
- c. Peserta berpakaian rapi, bersih, dan sudah mandi
- d. Peserta tidak diperkenankan makan, minum, merokok selama kegiatan TAK berlangsung
- e. Jika ingin mengajukan/menjawab pertanyaan, peserta mengangkat tangan kanan dan berbicara setelah dipersilahkan oleh pemimpin
- f. Peserta yang mengacaukan jalannya acara akan dikeluarkan dari permainan
- g. Peserta dilarang meninggalkan tempat sebelum acara TAK selesai

- h. Apabila waktu yang ditentukan untuk melaksanakan TAK telah habis, sedangkan permainan belum selesai, maka pemimpin akan meminta persetujuan anggota untuk memperpanjang waktu TAK

2) Antisipasi Kejadian yang tidak diinginkan pada proses Tak

- a. Penanganan klien yang tidak efektif saat aktivitas kelompok
 - Memanggil klien
 - Memberi kesempatan kepada klien tersebut untuk menjawab sapaan perawat atau klien yang lain.
- b. Bila klien meninggalkan permainan tanpa pamit:
 - Panggil nama klien
 - Tanya alasan klien meninggalkan permainan
 - Berikan penjelasan tentang tujuan permainan dan berikan penjelasan pada klien bahwa klien dapat melaksanakan keperluannya setelah itu klien boleh kembali lagi
- c. Bila ada klien lain ingin ikut
 - Berikan penjelasan bahwa permainan ini ditujukan pada klien yang telah dipilih
 - Katakan pada klien lain bahwa ada permainan lain yang mungkin dapat diikuti oleh klien tersebut
 - Jika klien memaksa, beri kesempatan untuk masuk dengan tidak memberi peran pada permainan tersebut.

3) Evaluasi Akhir

- a. Mampu memahami cara memperkenalkan diri di depan orang lain dengan baik
- b. Mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara : tarik nafas dalam dan memukul kasur dan bantal.
- c. Mampu berbicara verbal atau bicara dengan baik dengan teman atau orang lain yang mereka temui.
- d. Mampu menceritakan kegiatan spiritual mereka ketika marah seperti beribadah, bagi agama islam sholat, berdo'a dan sholwatan, jika bergama kristen beribadah yang diadakan diayaysan dan berdo'a
- e. Klien mampu mengetahui manfaat senam aerobik
- f. Mampu menceritakan perasaannya setelah melakukan TAK
- g. Mampu mengikuti peraturan kegiatan.
- h. Mampu menyebutkan manfaat dari TAK

4) Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat mengikuti TAK pada catatan proses keperawatan tiap klien. Contoh: klien mengikuti sesi 1, TAK cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal. Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir dan mengikuti kegiatan terapi musik, klien mampu memberikan pendapat tentang kegiatan TAK dan berpartisipasi dalam kegiatan.

EVALUASI

3.1. Hasil Pelaksanaan TAK

3.1.1. Evaluasi Terapis

Kegiatan TAK dilaksanakan pada hari Jumat, 11 Maret 2022 Jam 11.00 WIB dilakukan oleh 7 mahasiswa, yang terdiri dari Leader, Co.Leader, Observer, Fasilitator, dan dokumenter. Sebelum TAK dilaksanakan, leader memperkenalkan diri kepada pasien dan leader memberikan kesempatan untuk co-leader, fasilitator dan observer untuk memperkenalkan diri kepada pasien dan memberikan pasien kesempatan untuk memperkenalkan dirinya masing-masing. Leader dan Co-leader saling bergantian menjelaskan peraturan terapi aktivitaskelompok, seperti bagaimana peraturan yang di buat saat terapi aktivitas kelompok dilaksanakan, durasi berjalannya terapi aktivitas kelompok dan memberikan informasi kepada pasien bahwa perawat yang berada disebelah pasien sebagai fasilitator untuk membantu pasien selama berjalannya terapi aktivitas kelompok.

Dalam terapi aktifitas kelompok leader sudah melakukan kegiatan TAK dengan baik dengan memimpin dan mengarahkan setiap peserta di dalam kegiatan. Co. Leader telah membantu Leader dalam menjalankan kegiatan yang berlangsung selanjutnya di bantu fasilitator dalam mendampingi para pasien dalam setiap proses kegiatan. Serta Observer telah melakukan tugasnya dengan mengamati dan menilai jalannya terapi aktivitas kelompok apakah pasien mampu melakukan SP yang sudah ditentukan terapis dan semua kegiatan telah di dokumentasikan oleh dokumenter sebagai bukti telah dilaksanakannya kegiatan TAK di RSJ Prof Dr. M. Ildrem, Medan.

3.1.2. Evaluasi Pasien

Kegiatan TAK dilakukan di Ruang Perustakaan. Peserta terdiri dari pasien yang berjumlah 5 orang dengan masalah keperawatan yaitu, Risiko Perilaku Kekerasan, semua peserta berjenis kelamin perempuan sesuai dengan laporan yang telah diajukan. Dalam terapi aktivitas kelompok perawat melakukan kontrak kepada pasien sehari sebelum TAK dilakukan. Mempersiapkan alat dan menyeting tempat dilakukan sebelum pasien datang di tempat pelaksanaan TAK. Respon pasien saat diberikan terapi aktivitas kelompok yaitu :

- a) Kemampuan Tarik Nafas Dalam dan Pukul Kasur Bantal
Pasien mampu mengontrol RPK dengan cara Tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal sesuai dengan yang sudah di contohkan perawat
- b) Kemampuan Patuh Minum Obat Pasien telah mengetahui waktu, jenis, dan manfaat obat. Pasien mengatakan minum obat 2x/hari. Pasien mengatakan keuntungan dengan minum obat yaitu suara-suara halusinasi tersebut hilang dan pasien bisa tidur dengan nyenyak
- c) Kemampuan komunikasi secara verbal: asertif/bicara baik-baik Pasien mengatakan akan berbicara baik-baik untuk menghindari perilaku kekerasan

- d) Kemampuan Spiritual Pasien mengatakan akan berdo'a jika merasa marah dan kesal
- e) Pasien mampu mengetahui manfaat senam aerobic low impact dalam mengontrol emosi : marah.
- f) Seluruh pasien mengatakan perasaan senang dan antusias dalam melakukan TAK dan Terapi Musik

a) Evaluasi Kemampuan Verbal

No	Nama Pasien	Menanyakan Nama Pasien	Menanyakan Nama Panggilan	Menanyakan ruangan	Menanyakan hobby
1	Ny. M	√	√	√	√
2	Ny. D	√	√	√	√
3	Ny. R	√	√	√	√
4	Ny. M	√	√	√	√
5	Ny. W	√	√	√	√

b) Evaluasi SP 1

No	Aspek Yang Dinilai	1	2	3	4	5
1	Menyebutkan dan mempraktekkan cara tarik nafas dalam	1	1	1	1	1
2	Menyebutkan dan mempraktekkan cara pukul kasur bantal	0	1	1	0	1
	Total	1	2	2	1	2

Petunjuk : Dilakukan : 1

Tidak dilakukan : 0

c) Evaluasi SP 2

No	Aspek Yang Dinilai	1	2	3	4	5
1	Menyebutkan manfaat minum obat	1	1	1	1	1
2	Menyebutkan efek tidak minum obat	1	1	1	1	1
3	Menyebutkan waktu minum obat	1	1	1	1	1
4	Menyebutkan jenis obat	1	0	1	0	1
	Total	4	3	4	3	4

Petunjuk : Dilakukan : 1

Tidak Dilakukan : 0

d) Evaluasi SP 3 dan SP 4

No	Aspek Yang Dinilai	1	2	3	4	5
1	Menyebutkan pentingnya berkomunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik	1	1	1	1	1
2	Melakukan ibadah/spiritual	0	1	1	0	0
	Total	1	2	2	1	1

Petunjuk : Dilakukan : 1

Tidak Dilakukan : 0

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan atau Alternatif penyelesaian masalah. Salah satu bentuk penanganan medis untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan adalah dengan Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi, dimana TAK (Terapi Aktifitas Kelompok) merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada kelompok pasien dengan Risiko perilaku kekerasan. Aktivitas digunakan sebagai terapi, dan kelompok digunakan sebagai target asuhan. Di dalam kelompok terjadi dinamika interaksi yang saling bergantung, saling membutuhkan, dan menjadilaboratorium tempat pasien berlatih perilaku baru yang adaptif untuk memperbaiki perilaku lama yang maladaptif.

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sensori, upaya memusatkan perhatian, kesegaran jasmani dan mengekspresikan perasaan. Penggunaan terapi kelompok dalam praktek keperawatan jiwa akan memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan atau terapi serta pemulihan kesehatan. Setelah mendapatkan terapi aktivitas kelompok resiko perilaku kekerasan, pasien terapi aktivitas kelompok di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem terjadi peningkatan pengetahuan, pemahaman tentang cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dan tahu bagaimana cara melakukannya. Peningkatan pengetahuan diketahui bahwa pasien mampu mengingat SP 1 - 4 dari permainan terapi aktivitas kelompok.

4.2. Saran

Diharapkan bagi Perawat di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem Medan menjadikan Terapi Aktivitas Kelompok stimulasi persepsi sebagai tindakan keperawatan untuk setiap pasien dengan masalah gangguan jiwa khususnya pasien Risiko Perilaku Kekerasan karena menurut kelompok TAK Stimulasi persepsi yang diberikan pada Pasien Risiko perilaku kekerasan memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan mengenal dan mengontrol Risiko perilaku kekerasan baik secara fisik maupun secara sosial

DAFTAR PUSTAKA

1. Candrawati, Sulistyoningrum, Agung Prakoso, & Pranasari, (2016). Senam aerobik meningkatkan daya tahan jantung paru dan fleksibilitas. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29 (1), 69-73.
2. Ginting, Winranto, Natasha, & Surbakti, (2022). Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pendekatan Strategi Pelaksanaan.
3. Hulu, F. (2022). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus.
4. Hulu, F., Manurung, J., Meylani, M., & Pardede, (2022). Penerapan Terapi Generalis SP 1-4 Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia.
5. Keliat, B.A. & Akemat. (2016). Keperawatan Jiwa : Terapi Aktivitas kelompok.Ed.2. EGC.
6. Kementerian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas Tahun 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
7. Laia, H. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D Dengan Resiko Perilaku Kekerasan.
8. Nauli, F. A. (2019). Efektifitas senam aerobik low Impact terhadap aggression self control pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Riau University.
9. Ngapiyem, R., & Sari, A. L. K. (2018). Pengaruh Terapi Senam Aerobik Low Impact Terhadap Tingkat Depresi pada Pasien Skizofrenia di RSJD DR. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.
10. Pangaribuan, Silitonga, Simanjuntak, Tanjung, Manurung, Amazihono, & Waruwu, (2022). Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan.
11. Pardede, & Laia, (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), 291-300.
12. Pardede, & Ramadia, (2021). The Ability to Interact With Schizophrenic Patients through Socialization Group Activity Therapy. *International Journal of Health Science and Medical Research*, 1(1), 06-10.
13. Pardede, (2020). Decreasing Hallucination Response Through Perception Stimulation Group Activity Therapy In Schizophrenia Patients. *Iar Journal of Medical Sciences*. 1(6), 304-309.
14. Pardede, (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan.
15. Pardede, Simanjuntak, & Laia, (2020). The Symptoms of Risk of Violence Behavior Decline after Given Prgressive Muscle Relaxation Therapy on Schizophrenia Patients. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(2), 91-100.
16. Pardede, Siregar, & Halawa, (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*.11 (2), 189-196
17. Pardede, Siregar, & Hulu, (2020). Efektivitas Behaviour Therapy Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Mutiara Ners*. 3 (1), 8-14.
18. Siregar, (2022). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Melalui Strategi Pelaksanaan (SP 1 -4): Studi Kasus.
19. Suryanti, & Ariani, (2018) Pengaruh Relaksasi Progresif Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Klaten, Interest : *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(1), pp. 67-74.
20. Syahdi, D., Syahfitri, M., Surbakti, D. I. S., Syafitri, F., Winranto, A., Ginting, A. A., & NATASHA, D. C. (2022). Aplikasi Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan.
21. Thalib, & Abdullah, (2022). Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy Dalam Mengontrol Perilaku Agresif Pada Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 127-137.

22. Yunitasari, (2018). Penerapan Senam Aerobic Low Impact Pada Pasien Gangguan Jiwa Dengan Masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
23. Zega, R., Laia, V. A. S., Wulandari, Y., Mendrofa, B. O., Saleha, S., Siregar, S. L., ... & Pardede, J. A. (2022). Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Senam Aerobik Low Impact Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan.



OPEN

Validation and recalibration of OxMIV in predicting violent behaviour in patients with schizophrenia spectrum disorders

Jelle Lamsma^{1,2}, Rongqin Yu³, Seena Fazel³✉ & Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators*

Oxford Mental Illness and Violence (OxMIV) addresses the need in mental health services for a scalable, transparent and valid tool to predict violent behaviour in patients with severe mental illness. However, external validations are lacking. Therefore, we have used a Dutch sample of general psychiatric patients with schizophrenia spectrum disorders ($N = 637$) to evaluate the performance of OxMIV in predicting interpersonal violence over 3 years. The predictors and outcome were measured with standardized instruments and multiple sources of information. Patients were mostly male ($n = 493$, 77%) and, on average, 27 (SD = 7) years old. The outcome rate was 9% ($n = 59$). Discrimination, as measured by the area under the curve, was moderate at 0.67 (95% confidence interval 0.61–0.73). Calibration-in-the-large was adequate, with a ratio between predicted and observed events of 1.2 and a Brier score of 0.09. At the individual level, risks were systematically underestimated in the original model, which was remedied by recalibrating the intercept and slope of the model. Probability scores generated by the recalibrated model can be used as an adjunct to clinical decision-making in Dutch mental health services.

Structured tools for violence risk assessment are increasingly used to inform decisions around admission, discharge and treatment of psychiatric patients¹. However, their suitability for patients with schizophrenia spectrum disorders is questionable. The most widely used tools, such as the Historical, Clinical and Risk Management-20 (HCR-20), Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) and Level of Service Inventory (LSI)², were developed in other populations and with methods that are now considered low quality (e.g., absence of a study protocol, small and selected samples, vague or undefined risk categories)³. Moreover, they have rarely been validated in patients with schizophrenia spectrum disorders and have low-to-moderate discrimination across psychiatric populations. A systematic review identified two tools, the HCR-20 and VRAG, that were validated in outpatients with schizophrenia spectrum disorders (twice each). The median areas under the curve (AUCs) had wide ranges (interquartile range [IQR] = 0.60–0.77). In outpatients with any diagnosis, the median AUCs of the 10 included tools ranged from 0.62 to 0.85⁴. Another systematic review found an aggregated median AUC of 0.69 (IQR = 0.62–0.75) for 7 tools validated in diagnostically heterogeneous samples of inpatients⁵. None of the validation studies, in either review, reported calibration measures. Finally, current tools are resource intensive. They typically take several hours to complete and cost hundreds of dollars in manuals and training⁶. By contrast, other areas of medicine, in particular cardiology, have developed scalable tools that can be used by clinicians to discuss health risks with patients⁷.

A tool that overcomes many of these limitations is Oxford Mental Illness and Violence (OxMIV). It is freely available online (<https://oxrisk.com/oxmiv-7/>), relies on routinely collected information, and requires no formal training. The model was derived and externally validated in a total population cohort of over 75 000 Swedish individuals with schizophrenia spectrum or bipolar disorder. The candidate variables, statistical analyses and

¹Department of Criminology and Sociology, Middlesex University, London, UK. ²Department of Psychiatry, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands. ³Department of Psychiatry, Warneford Hospital, University of Oxford, Oxford, UK. *A list of authors and their affiliations appears at the end of the paper. ✉email: seena.fazel@psych.ox.ac.uk

output were specified beforehand. Upon entry of the 16 items, OxMIV estimates the probability of violent offending within 1 year. This estimate is expressed as a percentage, capped at 20%. A classification of 'low risk' (<5%) or 'increased risk' ($\geq 5\%$) is also given. In external validation, OxMIV showed excellent discrimination—the AUC was 0.89 (95% confidence interval [CI] 0.85–0.93)—and calibration⁸. A recent study in Germany found moderate discrimination (AUC = 0.72) for the prediction of inpatient violence in a forensic setting⁹.

However, further studies are needed to validate OxMIV for different countries, care settings and forms of violent behaviour. The last are relevant because all violence (not solely incidents leading to arrest and conviction) has negative consequences, including treatment disruption, morbidity in victims, costs to services¹⁰ and stigmatisation of patients¹¹, and may accurately be predicted by OxMIV. Therefore, we have evaluated the performance of OxMIV in predicting interpersonal violence over a 3-year period in a Dutch sample of general psychiatric patients with schizophrenia spectrum disorders. We also explored the feasibility of adjusting OxMIV for this population and outcome.

Methods

Setting and participants. Data were collected as part of a larger research project, called Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP). The GROUP project was conducted by four university hospitals and affiliated mental healthcare centres ($k = 36$) in the Netherlands. These institutions are located in representative geographical areas of the country and provide access to psychiatric treatment in a variety of settings (e.g., psychiatric hospitals, outpatient clinics, residential care) to approximately 75% of the population. Throughout 2004, consecutive patients were invited to participate if they met the following criteria: (1) age between 16 and 50; (2) good command of the Dutch language; and (3) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)¹² diagnosis of schizophrenia or other non-affective psychotic disorder. Their parents and siblings were also invited. In total, 1013 patients, 907 parents and 1061 siblings enrolled. Assessments took place at the university hospitals, with a follow-up at 3 years. The protocol for the GROUP project was approved centrally by the ethics committee of the University Medical Centre Utrecht and implemented in accordance with relevant guidelines. All participants gave written informed consent before the first assessment.

Predictors and outcome. We selected variables whose definitions most closely matched those in the derivation study. The definitions of the predictors (Table S1) and the instruments used to measure them (Table S2) can be found in the supplement. The psychometric properties of the instruments and training of research personnel have been described elsewhere¹³. The patients themselves provided information on all predictors, apart from 'parental drug or alcohol misuse' (parents), 'parental violence' (parents) and 'sibling violence' (siblings). For the predictors 'parental violence', 'sibling violence' and 'personal income', data were only collected at three of the four university hospitals. We excluded cannabis from the predictors 'previous drug misuse' and 'parental alcohol or drug misuse', as their prevalence would otherwise have been considerably higher than in the derivation sample (46% vs. 12% and 20% vs. 11%, respectively). Furthermore, we have previously shown that, in the current sample, the contribution of cannabis misuse to violence is small and nonsignificant when adjusted for background factors¹⁴. A possible explanation for both observations is that, unlike in Sweden, cannabis use is not criminalised in the Netherlands.

The outcome was physical abuse of another person (i.e. interpersonal violence) during the 3 years of follow-up, ascertained from clinical case notes and patient interviews. The definition (physical abuse vs. violent offending) and time period (3 years vs. 1 year) thus differed from the outcome OxMIV is designed to predict.

Statistical analysis. We aimed to validate and, if necessary, update OxMIV for a different population (i.e., general psychiatric patients with schizophrenia spectrum disorders in the Netherlands) and outcome (i.e., interpersonal violence over 3 years). For model updating, we followed an incremental strategy suggested previously^{15,16}. This strategy involves up to three steps: (1) recalibrating the intercept; (2) recalibrating the intercept and slope; and (3) re-estimating one or more coefficients. Performance was assessed in terms of calibration, both 'in the large' (with the ratio between predicted and observed events across the sample and the Brier score) and at the individual level (through calibration plots), and discrimination. We calculated the following discrimination metrics: AUC, sensitivity, specificity, and positive (PPVs) and negative (NPVs) predictive values. Wilson's method¹⁷ was used to construct 95% confidence intervals around the last four of these. Discrimination was also visualised with a receiver operating characteristic (ROC) curve. To aid interpretation, we presented results for the following probability thresholds: 5% (the default), 10%, 15% and 20% (the cap).

Based on its distribution in the Dutch population, the predictor 'personal income' was converted into deciles. Patients with 'unstable' incomes belonged to deciles 1–3, and those with 'stable' incomes to deciles 4–10¹⁸. The corresponding model coefficients were averaged. Since the predictor 'recent (substance) dependence treatment' was not available, we assigned the derivation sample proportion to all patients. The same was done with patients who had ever been admitted to a psychiatric hospital for the predictor 'currently an inpatient'. Others were assumed to be outpatients. For partially missing predictors, we used multiple imputation by chained equations. As recommended, the outcome was excluded from the imputation models¹⁸. We averaged values across 20 imputations. Among the predictors measured at all sites, proportions of missing data were modest ($\leq 13\%$) (Table S3). Insofar data were missing due to local practice, they can reasonably be assumed to be missing at random. Missingness on most predictors correlated significantly ($p < 0.05$) with values on at least one other predictor (Table S4).

Outcome data were available for 637 (63%) patients. As outcomes should not be imputed in external validation¹⁹, these patients formed the sample used in the analyses. They typically had attained a higher level of education ($\chi^2 [2] = 12.18, p = 0.002$) and were less likely to receive benefits ($\chi^2 [1] = 5.42, p = 0.020$) than patients without outcome data. No significant differences were observed for any of the other predictors (Table S5).

Predictor	Summary
Male sex	493 (77%)
Age	M (SD) = 27 (7)
Previous violence	115 (21%)
Previous drug misuse	118 (20%)
Previous alcohol misuse	79 (13%)
Previous self-harm	142 (23%)
Educational level	
Lower secondary	265 (42%)
Upper secondary	177 (28%)
Post-secondary	189 (30%)
Parental drug or alcohol misuse	63 (18%)
Parental violence	13 (5%)
Sibling violence	47 (12%)
Recent antipsychotic treatment	565 (95%)
Recent antidepressant treatment	147 (23%)
Unstable income	369 (80%)
Benefit recipient	276 (46%)

Table 1. Summary statistics for the predictors in the current sample ($N=637$). Note: Patient numbers for each row varies due to missing data.

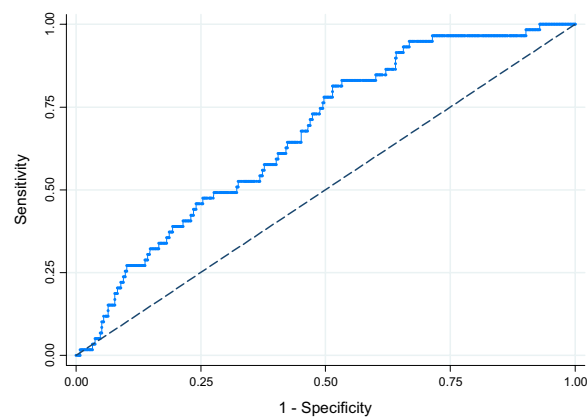


Figure 1. Receiver operating characteristic curve for interpersonal violence over a 3-year period in Dutch patients with schizophrenia spectrum disorders ($N=637$).

Analyses were carried out in SPSS 21.0 and Stata 12.1. We adhered to the TRIPOD statement for validation studies²⁰.

Results

Table 1 outlines summary statistics for the predictors in the patient sample ($N=637$). Patients were mostly male ($n=493$, 77%) and, on average, 27 (SD=7) years old. Previous violence ($n=115$, 21%) and drug misuse ($n=118$, 20%) were each present in about one in five patients. Almost all patients ($n=565$, 95%) had taken antipsychotics in the past 6 months. Fifty-nine (9%) patients physically assaulted another person during the 3 years after baseline.

Discrimination, as measured by the AUC, was moderate at 0.67 (95% CI 0.61–0.73). The ROC curve is shown in Fig. 1. The original model had low sensitivity (25%) and high specificity (90%) at the default threshold of 5%. The same pattern was observed for the PPV (21%) and NPV (92%) (Table 2). Calibration-in-the-large was satisfactory, with a ratio between predicted and observed events of 1.2 and a Brier score of 0.09 (Table 3). At the individual level, however, risks were systematically underestimated. This was remedied by recalibration of the intercept and slope (updating step ii) (Fig. 2 and, for the model formula, Table S6). Re-estimation of coefficients (updating step iii) was therefore not necessary. When using a threshold of 10%, the model with the recalibrated intercept and slope also offered a better balance between sensitivity (47%) and specificity (73%) than the original model (Table 2).

Threshold	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV
Original model				
5	25 (16–38)	90 (87–92)	21 (13–31)	92 (90–94)
10	2 (0–9)	97 (96–98)	6 (1–27)	91 (88–93)
15	0 (0–6)	99 (98–100)	0*	91 (88–93)
20	0 (0–6)	100 (100–100)	0*	91 (88–93)
Model with recalibrated intercept				
5	83 (72–91)	42 (38–46)	13 (10–16)	96 (93–98)
10	46 (34–58)	75 (72–79)	16 (11–22)	93 (90–95)
15	29 (19–41)	86 (83–88)	17 (11–26)	92 (90–94)
20	27 (17–40)	90 (87–92)	21 (13–31)	92 (90–94)
Model with recalibrated intercept and slope				
5	97 (88–99)	14 (12–17)	10 (8–13)	98 (92–99)
10	47 (35–60)	73 (70–77)	15 (11–21)	93 (90–95)
15	27 (17–40)	89 (86–91)	20 (12–29)	92 (90–94)
20	7 (3–16)	95 (93–96)	12 (5–27)	91 (88–93)

Table 2. Discrimination metrics for the original and recalibrated models. Data are given as percentages, with 95% confidence intervals between parentheses. *PPV* positive predictive value, *NPV* negative predictive value. *The number of predicted events was too low ($k < 5$) to reliably calculate a confidence interval.

Threshold	PR	PR:OB ratio	Brier score
Original model			
5%	73	1.2	0.09
10%	17	0.3	
15%	4	<0.1	
20%	2	<0.1	
Model with recalibrated intercept			
5%	387	6.6	0.08
10%	170	2.9	
15%	100	1.7	
20%	76	1.3	
Model with recalibrated intercept and slope			
5%	553	9.4	0.08
10%	182	3.1	
15%	82	1.4	
20%	34	0.6	

Table 3. Calibration-in-the-large of the original and recalibrated models. *PR* predicted number of events, *OB* observed number of events.

Discussion

In a Dutch sample of 637 general psychiatric patients with schizophrenia spectrum disorders, we evaluated the performance of a newly developed risk assessment tool (OxMIV) in predicting interpersonal violence over 3 years. We found OxMIV performed moderately well, especially considering that it is designed to predict a different outcome (i.e., violent offending within 1 year). The broader definition of the outcome and longer follow-up period may partly explain why we obtained a lower AUC (0.67, 95% CI 0.61–0.73) than previous validation studies of OxMIV^{7,8}. At the same time, it is comparable to AUCs reported by validation studies of other more resource-intensive tools⁴, and the current study is an external validation using a different clinically informative outcome. Furthermore, unlike other tools, where calibration has not been reported, OxMIV demonstrated good calibration in the large. In addition, we showed that the performance of OxMIV can be optimised with model updating: calibration at the individual level was adequate after recalibration of the intercept and slope. This is important methodologically as it provides an approach to test the performance of prediction models and risk assessment tools for a different outcome than in their derivation/development studies.

Strengths of this study include the representativeness of the sample, use of multiple data sources for the outcome, prespecification of the methods, and presentation of a wide range of performance measures. However, there are some limitations. First, most predictors were defined differently than in the derivation study (Table S1). The distribution of predictors differed as well. Of note, the proportion of men was larger (77% vs. 49%), mean

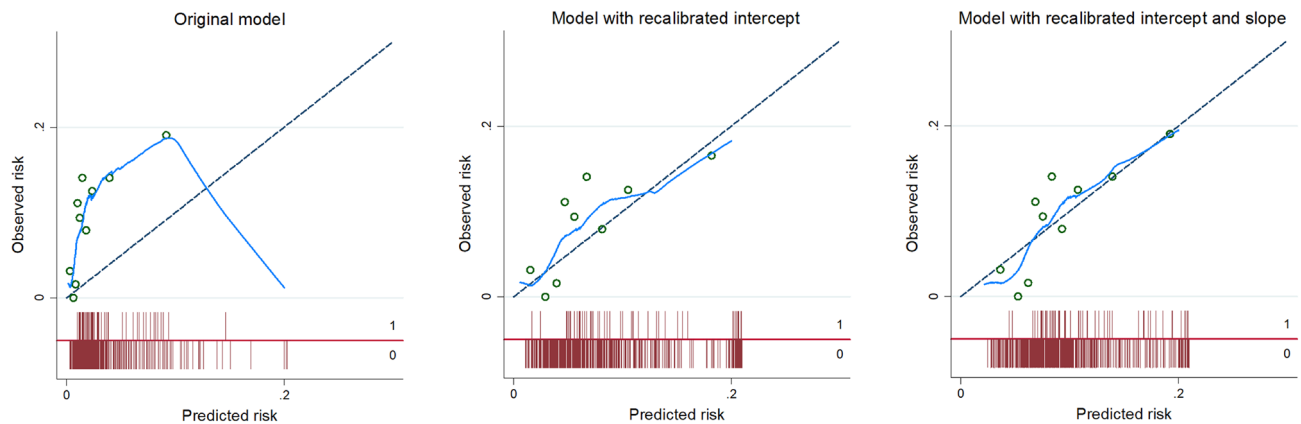


Figure 2. Calibration plots for the original and recalibrated models.

age lower (27 years vs. 44 years) and recent treatment with antipsychotics more common (95% vs. 54%) in the current sample (Table 1) than in the derivation sample (Table S7). These differences may have hampered the performance of OxMIV. At the same time, they reflect the profile of patients presenting at mental health services in the Netherlands where information is not always available to align predictors exactly with those in the derivation study, and external validations with patient groups with different baseline characteristics provide evidence whether a tool's performance can be maintained in real-world clinical settings and practice. Another limitation was the relatively small number of patients with the outcome. It has been suggested that ≥ 100 events are required to reliably measure predictive accuracy²¹. For this reason, the findings may be considered preliminary rather than definitive. Finally, missing data may have introduced bias. However, multiple imputation would have reduced this bias in the predictors²², and patients with and without outcome data were similar on nearly all predictors.

The findings suggest that OxMIV is suitable for predicting violent behaviour in Dutch patients with schizophrenia spectrum disorders. Clinicians are advised to use the probability scores generated by the model with the recalibrated intercept and slope, as it had the best individual-level calibration and discrimination was worse at the chosen thresholds. This revised model can be accessed on the OxRisk website (<https://oxrisk.com>). The original model can be used to screen patients for low risk of violence ($< 5\%$), as facilitated by the high NPV (92%). The low PPV (21%) suggests that patients should be assessed further if classified as high risk ($\geq 5\%$). There remains a need for validation studies in which variable definitions more closely match those in the derivation study and the number of events is higher. Comparing the performance of OxMIV against other tools or investigating its clinical feasibility could also be considered.

Data availability

Supporting data for this study are not available, as the participants did not agree for these to be shared publicly.

Received: 2 November 2021; Accepted: 16 December 2021

Published online: 10 January 2022

References

- Douglas, T., Pugh, J., Singh, I., Savulescu, J. & Fazel, S. Risk assessment tools in criminal justice and forensic psychiatry: The need for better data. *Eur. Psychiatr.* **42**, 134–137 (2017).
- Hurdacas, C. C., Singh, J. P., de Ruiter, C. & Petrila, J. Violence risk assessment tools: A systematic review of surveys. *Int. J. Forensic Ment. Health* **13**, 181–192 (2014).
- Fazel, S. & Wolf, A. Selecting a risk assessment tool to use in practice: A 10-point guide. *Evid.-Based Ment. Health* **21**, 41–43 (2017).
- Singh, J. P., Serper, M., Reinharth, J. & Fazel, S. Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: A systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophr. Bull.* **37**, 899–912 (2011).
- Ramesh, T., Igoumenou, A., Vazquez Montes, M. & Fazel, S. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Eur. Psychiatr.* **52**, 47–53 (2018).
- Viljoen, J. L., McLachlan, K. & Vincent, G. M. Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: A survey of clinical practices. *Assessment* **17**, 377–395 (2010).
- Cooney, M. T., Dudina, A. L. & Graham, I. M. Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk: A review for clinicians. *J. Am. Coll. Cardiol.* **54**, 1209–1227 (2009).
- Fazel, S. *et al.* Identification of low risk of violent crime in severe mental illness with a clinical prediction tool (Oxford Mental Illness and Violence tool [OxMIV]): A derivation and validation study. *Lancet Psychiatr.* **4**, 461–468 (2017).
- Negatsch, V., Voulgaris, A., Seidel, P., Roehle, R. & Opitz-Welke, A. Identifying violent behavior using the Oxford mental illness and violence tool in a psychiatric ward of a German prison hospital. *Front. Psychiatr.* **10**, 264 (2019).
- Senior, M., Fazel, S. & Tsiachristas, A. The economic impact of violence perpetration in severe mental illness: A retrospective, prevalence-based analysis in England and Wales. *Lancet Public Health* **5**, e99–106 (2020).
- Torrey, E. F. Stigma and violence: Isn't it time to connect the dots? *Schizophr. Bull.* **37**, 892–896 (2011).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (Author, 2000).

13. Korver, N. *et al.* Genetic risk and outcome of psychosis (GROUP), a multi-site longitudinal cohort study focused on gene-environment interaction: Objectives, sample characteristics, recruitment and assessment methods. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* **21**, 205–221 (2012).
14. Lamsma, J., Cahn, W., Fazel, S., GROUP and NEDEN investigators. Use of illicit substances and violent behaviour in psychotic disorders: Two nationwide case-control studies and meta-analyses. *Psychol. Med.* **50**, 2028–2033 (2020).
15. Steyerberg, E. W. *Clinical Prediction Models: A Practical Approach to Development, Validation, and Updating* (Springer, 2009).
16. Su, T.-L., Jaki, T., Hickey, G. L., Buchan, I. & Sperrin, M. A review of statistical updating methods for clinical prediction models. *Stat. Methods Med. Res.* **27**, 185–197 (2018).
17. Wilson, E. B. Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *J. Am. Stat. Assoc.* **22**, 209–212 (1927).
18. Statistics Netherlands. *Welvaart in Nederland 2019 [Prosperity in the Netherlands 2019]* (Statistics Netherlands, 2019).
19. Hoogland, J. *et al.* Handling missing predictor values when validating and applying a prediction model to new patients. *Stat. Med.* **39**, 3591–3607 (2020).
20. Collins, G. S., Reitsma, J. B., Altman, D. G. & Moons, K. G. Transparent reporting of a multivariable prediction model for individual prognosis or diagnosis (TRIPOD): The TRIPOD statement. *BMC Med.* **13**, 1 (2015).
21. Steyerberg, E. W. Validation in prediction research: The waste by data-splitting. *J. Clin. Epidemiol.* **103**, 131–133 (2018).
22. Pedersen, A. B. *et al.* Missing data and multiple imputation in clinical epidemiological research. *Clin. Epidemiol.* **15**, 157–166 (2017).

Acknowledgements

The GROUP project was supported by the Geestkracht program of The Netherlands Organization for Health Research and Development (Grant number 10-000-1001) and matching funds from the coordinating university hospitals (Academic Medical Centre, Maastricht University Medical Centre, University Medical Centre Groningen and University Medical Centre Utrecht), their affiliated mental healthcare institutions (Altrech, Arkin, Delta, Dimence, Dijk en Duin, Erasmus University Medical Centre, GGNet, GGZ Breburg, GGZ Centraal, GGZ Drenthe, GGZ Eindhoven en De Kempen, GGZ Friesland, GGZ inGeest, Mondriaan, GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Oost-Brabant, GGZ Overpelt, GGZ Rivierduinen, Lentis, Mediant GGZ, Met GGZ, Parnassia Psycho-Medical Centre, Psychiatric Centre Ziekeren, Psychiatric Hospital Sancta Maria, Public Centre for Mental Health Rekem, The Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, Vincent van Gogh voor Geestelijke Gezondheid, Virenze riagg, University Psychiatric Centre Sint Jozef, Yulius and Zuyderland GGZ) and participating pharmaceutical companies (Lundbeck, AstraZeneca, Eli Lilly and Janssen Cilag). S.F. is funded by a Wellcome Trust Senior Research Fellowship in Clinical Science (202836/Z/16/Z). We are grateful to the patients and their family members who generously took the time and effort to participate in the GROUP project. We also would like to thank all research personnel involved, and in particular: Joyce van Baaren, Erwin Veermans, Ger Driessen, Truda Driessen, Karin Pos, Erna van 't Hag, Jessica de Nijs, Atiqul Islam, Wendy Beuken and Debora Op't Eijnde.

Author contributions

J.L., S.F. and R.Y. designed the study. J.L. performed the analyses under the supervision of S.F. and R.Y. J.L. drafted the manuscript, and the other authors critically revised it.

Competing interests

S.F. was part of the study team that developed OxMIV. He has not received any compensation for its development, use or translation, and will not receive any compensation for its future use in the Netherlands. The other authors report no potential conflict of interest.

Additional information

Supplementary Information The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04266-9>.

Correspondence and requests for materials should be addressed to S.F.

Reprints and permissions information is available at www.nature.com/reprints.

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

© The Author(s) 2022

Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators

Therese van Amelsvoort⁴, Agna Bartels-Velthuis⁵, Wiepke Cahn², Lieuwe de Haan^{6,7} & Frederike Schirmbeck^{6,7} Claudia Simons^{4,8}

⁴Department of Psychiatry and Neuropsychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands. ⁵University Centre for Psychiatry, University of Groningen, Groningen, The Netherlands. ⁶Department of Psychiatry, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands. ⁷Arkin Institute for Mental Health, Amsterdam, The Netherlands. ⁸GGzE Institute for Mental Health Care, Eindhoven, The Netherlands.



Feasibility and Utility of Different Approaches to Violence Risk Assessment for Young Adults Receiving Treatment for Early Psychosis

Stephanie A. Rolin^{1,2} · Jennifer Scodes² · Renald Dambreville² · Ilana R. Nossel^{1,2} · Iruma Bello^{1,2} · Melanie M. Wall^{1,2} · T. Scott Stroup^{1,2} · Lisa B. Dixon^{1,2} · Paul S. Appelbaum^{1,2}

Received: 29 September 2021 / Accepted: 17 November 2021 / Published online: 4 January 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2021

Abstract

This pilot study examined violence risk assessment among a sample of young adults receiving treatment for early psychosis. In this study, thirty participants were assessed for violence risk at baseline. Participants completed follow-up assessments at 3, 6, 9 and 12 months to ascertain prevalence of violent behavior. Individuals were on average 24.1 years old ($SD=3.3$ years) and predominantly male ($n=24$, 80%). In this sample, six people (20%) reported engaging in violence during the study period. Individuals who engaged in violence had higher levels of negative urgency ($t(28)=2.21$, $p=0.035$). This study sought to establish the feasibility, acceptability, and clinical utility of violence risk assessment for clients in treatment for early psychosis. Overall, this study found that most individuals with early psychosis in this study (who are in treatment) were not at risk of violence. Findings suggest that violent behavior among young adults with early psychosis is associated with increased negative urgency.

Keywords Early intervention · First-episode psychosis · Violence risk assessment · Violence · Schizophrenia

Introduction

Studies of individuals presenting for treatment of first-episode psychosis suggest that up to one-third of patients present with a history of aggressive or violent behavior (Large & Nielssen, 2011; Nielssen et al., 2012; Rolin et al., 2018; Winsper et al., 2013). Rates of serious violence among individuals with a first episode of psychosis are also high, estimated to be around 15% (Large & Nielssen, 2011). Violence in this population may precede diagnosis of psychosis, as one recent study found that nearly 40% of young adults at ultra-high risk of developing psychosis had a history of violence (Hutton et al., 2012). Past research has identified risk factors for violence among people with early psychosis, including hostile affect, criminal justice involvement, less education, being in treatment involuntarily, or substance use

(Chang et al., 2015; Large & Nielssen, 2011; Rolin et al., 2018). Among substances, cannabis appears to be most closely associated with increased rates of violence, possibly through heightened paranoia or other positive symptoms (Harris et al., 2010; Maremmani et al., 2004; Moulin et al., Moulin, Baumann, et al., 2018; Rolin et al., 2018).

Although current treatment standards endorse completion of violence risk assessments for all individuals with schizophrenia (Lehman et al., 2004), few studies describe the use of standardized tools to assess violence risk in the young population experiencing recent onset of psychosis (Purcell et al., 2012; Rolin et al., 2021). Different models of risk assessment exist, including unstructured clinical judgment, actuarial tools, and structured clinical judgment. Unstructured clinical judgment relies on a clinician to assess violence risk, based on a patient's clinical presentation, including history, available collateral information, and current mental status. While commonly used, research has shown that unstructured clinical judgment has low interrater reliability and poor predictive accuracy (Monahan, 1984; Webster et al., 1997). In contrast, actuarial tools and structured clinical judgment tools have higher predictive validity and are the preferred approach (Fazel et al., 2012; Singh et al., 2011). Actuarial tools are scored using a fixed method,

✉ Stephanie A. Rolin
Stephanie.Rolin@nyspi.columbia.edu

¹ Department of Psychiatry, Columbia University Irving Medical Center, 1051 Riverside Drive, Suite 1300, New York, NY 10032, USA

² New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032, USA

where decisions on degree of violence risk are made based on predetermined rules. However, since actuarial tools do not allow for clinical interpretation of scores, some clinicians prefer the structured professional judgment approach, which allows evaluators to incorporate their own clinical judgment into the risk assessment. The HCR-20 is one of the most used structured professional judgment tools used to assess violence risk, and research studies have validated its use with forensic populations, sex offenders, inpatient hospitals, and community settings (Cartwright et al., 2018; Coupland & Olver, 2018; Douglas et al., 1999; Nicholls et al., 2004; Sada et al., 2016).

In addition to these formal violence risk assessment tools, new research has also shown the value of other approaches. One incorporates a collaborative approach in working with patients on assessing their own violence risk, which research has shown is feasible especially when done in a shared-decision manner alongside assessments by staff (Papapietro, 2019; Ray & Simpson, 2019). A study of psychiatric inpatients with co-occurring mental health and substance use disorders found that individuals were able to assess their own risk of future violence with a predictive accuracy comparable to structured violence risk assessment tools (Peterson et al., 2011; Skeem et al., 2013). However, self-assessment of violence risk has never been evaluated for a population of young adults with early psychosis, who may have more symptoms of disorganization and less insight into the determinants of their behavior since they are earlier in their course of illness (Pelizza et al., 2021; Raucher-Chéné et al., 2021). Another promising, novel approach is to ask individuals about violence indirectly through structured questions regarding psychotic symptoms, i.e., the P.1 Unusual Thought Content/Delusions item of the Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS), which has produced new insights into violence risk (Brucato et al., 2018, 2019). The SIPS is a semi-structured interview used to diagnose and monitor prodromal symptoms of psychosis (McGlashan et al., 2010). One study found that the P.1 item of the SIPS indirectly revealed violent ideation when individuals were discussing their unusual thought content and delusions, though the same individuals denied violent ideation when asked directly (Brucato et al., 2018). In addition, emerging research suggests that impulsivity or urgency has been identified as a target mechanism for violence in early psychosis (Hoptman, 2015; Matthew J. Hoptman et al., 2014; Moulin, Baumann, et al., 2018; Moulin, Golay, et al., 2018), suggesting that its assessment may be helpful as well.

Yet, clinical adoption of formal approaches to assess violence risk has been slow, including among early intervention services (EIS), specialized clinics providing coordinated specialty care for young adults with early psychosis. A review of the literature identified two published studies describing the use of formal risk assessment tools in EIS

clinics. One study described a forensic clinic embedded within an EIS clinic (Purcell et al., 2012), to which only patients thought to be at higher risk of violence were referred for formal risk assessment and management. Of the patients referred and assessed for violence risk using the HCR-20, 13% were rated at low risk of violence, 29% at medium risk, and 42% at high risk (Purcell et al., 2012). Given that the HCR-20 was only utilized to assess violence risk for patients who were thought to be at elevated risk, its implications for the general population of patients receiving care at EIS clinics is unclear. Another study administered the HCR-20 to all young adults with early psychosis receiving care at one EIS clinic. More than two-thirds of patients were rated at low risk of future violence, with 24.5% rated as medium risk, and 7.5% as high risk (Rolin et al., 2021). However, neither of these studies sought to assess the accuracy of the HCR-20 in predicting future violent behavior in the EIS setting. In addition, no identified studies examined the use of other types of violence risk assessment in this setting (such as the COVR or self-assessment). Evaluation of the utility of other risk assessment tools is needed because they were developed and studied among general populations of people with SMI, and research has suggested that they may perform more poorly in predicting violence risk for people with schizophrenia than for other diagnoses (such as personality disorders) (Fazel et al., 2012; Grann et al., 2000; Singh et al., 2011).

Given the recent expansion of EIS programs that deliver treatment to young adults within five years of onset of non-affective psychosis (Azrin et al., 2016; Heinsen et al., 2014), research is needed now on the performance of violence risk assessment in this population to begin moving beyond identifying risk factors to intervening to mitigate violence risk. This pilot study sought to address this gap in the literature by examining the feasibility and utility of multiple approaches to violence risk assessment among a population of young adults receiving treatment for early psychosis. First, the study tested implementation of different approaches to assessing violence risk at baseline. Then, following assessment of violence risk, participants were followed longitudinally for one year using the MacArthur Community Violence Interview, a validated, semi-structured interview that assesses whether an individual has engaged in violent behavior—the outcome measure (Appelbaum et al., 2000; Coid et al., 2016; Steadman et al., 1998; Swanson et al., 2006).

Methods

Setting

This study took place at two EIS clinics in New York State that are part of the OnTrackNY network. OnTrackNY is an

evidence-based model of early intervention care that was developed from the National Institute of Mental Health-funded Recovery after an Initial Schizophrenia Episode (RAISE) Connection project (Bello et al., 2017; Dixon et al., 2015). OnTrackNY provides coordinated specialty care to young adults ages 16–30 within two years of the onset of a non-affective psychosis (Heinssen et al., 2014). OnTrackNY has 23 clinic locations in New York State, including in New York City (all five boroughs), Long Island, and upstate New York. One of the clinic locations for this study was in New York City and the other in upstate New York.

Study Design

This was a longitudinal observational pilot study. All participants were assessed for violence risk at baseline, following which they completed up to four follow-up assessments of violent behavior that occurred since the last follow-up. Follow-up assessments occurred at 3, 6, 9 and 12 months. All assessments were completed by a trained assessor (SR), a forensic psychiatrist who has advanced clinical training in both EIS care and forensic assessment. Demographic information and relevant medical history (i.e., diagnoses, length of treatment) was obtained by chart review, from standardized forms collected as part of routine care at OnTrackNY. In certain cases, research staff spoke to the primary clinician when more information was needed.

Participants

Participants were receiving EIS care at a participating OnTrackNY clinic and had to remain enrolled in EIS care to continue participating in the study. Individuals are eligible for services at OnTrackNY if they: (a) are between 16 and 30 years old; (b) have a clinical diagnosis of schizophrenia, schizoaffective disorder, schizophreniform disorder, other unspecified or specified schizophrenia spectrum disorder, or delusional disorder; (c) have a history of psychotic symptoms lasting at least one week; (d) with first onset of psychotic symptoms less than two years ago; and (e) reside in New York State. Exclusion criteria for OnTrackNY include: (a) a clinical diagnosis of an intellectual disability; (b) a primary diagnosis of substance-induced psychotic disorder, mood disorder with psychotic features, or psychotic disorder due to a general medical condition; (c) a clinical diagnosis of a serious or chronic medical condition impairing functioning independent of psychosis. Individuals are eligible for care regardless of insurance status or ability to pay.

Participants were recruited from the two clinics starting in November 2019 at site #1 and December 2019 at site #2. One of the two participating EIS clinics has an integrated aftercare program for individuals up to five years after the onset of first psychotic symptoms. At that clinic

site, individuals who had onset of first psychotic symptoms less than five years ago were included in this study; at the second site, all participants were within two years of onset. All individuals receiving EIS care at the participating locations were eligible to participate, regardless of length of treatment or prior history of violence. Clinicians referred interested individuals who were clinically stable (i.e., not judged at imminent risk of violence or self-harm requiring hospitalization) to the study. Each interested participant provided informed consent and could withdraw from the study at any time. After consent, participants completed a baseline interview.

All recruitment and follow-up assessments were intended to occur in-person. The target recruitment was 60 participants and the plan was to expand to two additional clinics in early 2020. However, in March 2020, recruitment was halted due to the COVID-19 pandemic and all subsequent follow-up assessments were transitioned to a virtual format. The final sample size included thirty participants recruited between November 2019 and February 2020 from two clinic locations.

Measures

Measures of violence risk at baseline included the following assessments: (1) HCR-20 (Arai et al., 2016; Douglas et al., 1999; Nicholls et al., 2004; Sada et al., 2016); (2) COVR (Monahan et al., 2006); (3) self-assessment (Peterson et al., 2011; Skeem et al., 2013); (4) short-UPPS-P (Cyders & Smith, 2008; Cyders et al., 2014; Whiteside & Lynam, 2001); and (5) the P.1 item of the SIPS (McGlashan et al., 2010). The HCR-20 is a structured risk assessment tool that assesses a person's risk of future violence as low, medium, or high (operationalized as low = no risk and medium or high = any risk). The first item (item H1) of the HCR-20 was additionally isolated to assess a person's history of violence (operationalized as a score of 1 = no history and a score of 2 or 3 = history of violence). The COVR is an actuarial risk assessment tool that produces an estimated risk of a person's violence, ranging from 1 to 76%. Scores are divided into five risk categories: very low (approximately 1% risk), low (approximately 8% risk), average (approximately 26% risk), high (approximately 56% risk), and very high (approximately 76% risk). The COVR was operationalized as very low and low = low risk, and everything else (i.e., average, high and very high risk) = elevated risk. Self-assessment took place with a Likert Scale on which participants rated their risk of future violence, from 0 (no risk) to 5 (highest risk) (operationalized as 0 = no risk and scores above 0 as any risk). The short UPPS-P is a measure of impulsivity that produces five subscales of urgency: positive urgency, negative urgency, lack of premeditation, lack of perseverance, and sensation seeking. Each subscale has four items

ranging from 1 to 4 (some of which are reversed coded), and these items are averaged for a score ranging from 1 (low) to 4 (high) points (continuous). These subscales were divided into two categories: scores below 2.5 and scores of 2.5 or above. The P.1 item of the SIPS is a Likert scale assessing the severity of unusual thought content/delusional ideas from 0 (absent) to 6 (severe and psychotic). SIPS scores were operationalized into two categories, low (scores 1–3) or high (scores of 4–6).

At each follow-up assessment, the MacArthur Community Violence Interview (MCVI) was used to assess the rates and types of violent behavior that had occurred between follow-ups (Appelbaum et al., 2000; Steadman et al., 1998; Swanson et al., 2006). The MCVI is a semi-structured questionnaire that assesses and characterizes occurrences of violent behavior, including severity and frequency of the behavior, the target of the behavior, and the location where the behavior occurred. The MCVI also assesses violence directed at the participant. In this study, we defined violence as any act reported by the participant and did not require injury to the target to be counted as violence. Follow-ups were scheduled for months 3, 6, 9 and 12. However, if a patient missed a follow-up and completed the next follow-up, they were asked about violent behavior occurring between study contacts. Collateral information about violence was gathered from clinicians and from Webcrims, an online public database of court dates in NY State that contains information about arrest records.

The primary outcome of interest was engagement in violence during follow-up (binary: yes/no). Individuals who reported engaging in violence on the MCVI at least once during the follow-up period were categorized as having engaged in violence; if an individual did not report violence (either during the study period, or prior to leaving treatment or being lost to follow-up), they were categorized as having not engaged in violence. A secondary outcome of interest included presence of victimization during follow-up (binary: yes/no; see supplemental materials). A similar method of categorization was used to identify individuals who were targets of violence (i.e., reported victimization on the MCVI).

Statistical Analyses

Descriptive summaries of baseline demographic, social and clinical characteristics were computed overall and by engagement in violence during follow-up. Differences between groups were assessed using Fisher's exact tests (FET) for categorical variables and t-tests for continuous variables. Fisher's exact tests were computed for all categorical measures due to all measures having at least 20% of cells with expected cell counts less than 5.

Further, to assess the predictive performance of baseline risk assessment measures on violence outcome, sensitivity,

specificity, positive predictive value, and negative predictive value were computed along with exact binomial 95% confidence intervals (CI). The receiver operator characteristic (ROC) curves were computed along with the corresponding area under the curve (AUC) from logistic regression models predicting engagement in violence during follow-up. The AUC evaluates how well each baseline risk assessment distinguishes between the outcome classes, with AUCs significantly different than 0.5 indicating prediction better than chance. All metrics were computed separately for each baseline risk assessment. A final multivariable logistic regression model was fit using a backwards selection process to find the most parsimonious set of predictors associated with significant improvements in AUC beyond individual assessments alone. All statistical tests were two-sided with an alpha level of 5%, and were performed using SAS version 9.4 (SAS Institute, Cary NC). Due to the exploratory nature of these aims, results were not corrected for multiple comparisons.

This study was performed in line with the principles of the Declaration of Helsinki. Approval was granted by the New York State Psychiatric Institute's Institutional Review Board (IRB) (April 2019; Number 7787). The authors have no known conflicts of interest to report. All authors certify their responsibility for this manuscript.

Results

Sample and Feasibility

Descriptive summaries of the sample are presented in Table 1. Individuals were on average 24.1 years old ($SD = 3.3$ years) and predominantly male ($n = 24$, 80%). The sample was mostly White ($n = 18$, 60%), with approximately a third identifying as Hispanic or Latino ($n = 9$, 30%). Half had current tobacco use ($n = 15$, 50%), about a quarter endorsed current alcohol use ($n = 8$, 26.7%) and approximately two-fifths had current marijuana use ($n = 13$, 43.3%). No one who expressed interest and was referred to the study declined participation during the consent process.

All recruited individuals completed all the baseline assessments, without any missing data. Initial follow-up rates were high; there were 28 currently in care at month 3 and 25 completed assessments (89.3%). However, following transition to virtual follow-up because of the COVID-19 pandemic, completion rates decreased to between 60 and 70% at each follow-up timepoint. There were 26 individuals in care at month 6 (19 completed assessments; 73.1%), 22 at month 9 (13 completed assessments; 59.1%), and 21 at month 12 (13 completed assessments; 61.3%). This reflected multiple challenges of conducting research during a global pandemic, including that participants were

Table 1 Descriptive summaries of baseline characteristics overall and by engagement in violence

	Sample N = 30	Engaged in violence N = 6	Did not engage in violence N = 24	Test statistics
Age [mean in years] (SD)	24.1 (3.3)	22.4 (3.3)	24.6 (3.1)	$t(28) = -1.47^a$ $p = 0.153$
Gender [n (% Male)]	24 (80.0)	2 (33.3)	22 (91.7)	FET^b $p = 0.007$
Race [n (%)]				
Asian	2 (6.7)	1 (16.7)	1 (4.2)	FET ^b
Black/African American	8 (26.7)	2 (33.3)	6 (25.0)	$p = 0.58$
White	18 (60.0)	3 (50.0)	15 (62.5)	
Middle Eastern/North African (MENA)	2 (6.7)	0 (0.0)	2 (8.3)	
Ethnicity [n (% Hispanic or Latino)]	9 (30.0)	1 (16.7)	8 (33.3)	FET ^b $p = 0.637$
Diagnosis [n (%)]				
Schizophrenia ^c	22 (73.3)	4 (66.7)	18 (75.0)	FET ^b $p = 0.645$
Schizoaffective disorder	6 (20.0)	1 (16.7)	5 (20.8)	FET ^b $p = 1.00$
Bipolar disorder	2 (6.7)	1 (16.7)	1 (4.2)	FET ^b $p = 0.366$
Obsessive compulsive disorder	3 (10.0)	2 (33.3)	1 (4.2)	FET ^b $p = 0.094$
Current substance use [n (%)]				
Tobacco ^d	15 (50.0)	3 (50.0)	12 (50.0)	FET ^b $p = 1.0$
Alcohol	8 (26.7)	2 (33.3)	6 (25.0)	FET ^b $p = 0.645$
Marijuana	13 (43.3)	2 (33.3)	11 (45.8)	FET ^b $p = 0.673$
Any other drug use	1 (3.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	FET ^b $p = 0.20$

Bold is $p < 0.05$

^at-tests for continuous variables

^bFisher's exact tests were run for categorical measures due to at least 20% of cells having expected cell counts less than 5

^cThis category includes diagnoses of schizophrenia and unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder

^dIncludes vaping tobacco products

no longer attending in-person appointments, which limited the clinic's ability to deliver reminders from study staff. Additionally, many participants experienced financial challenges from the pandemic, which resulted in housing instability (i.e., frequent address changes), disconnected phone numbers, and intermittent internet access. Despite this, 25 participants completed at least one follow-up assessment (83.3%). Additional collateral information was obtained from clinicians as well as review of Webcrims and did not

reveal any additional episodes of violence or victimization that were not previously reported on the MCVI.

Engagement in Violence

Of the 30 individuals with baseline risk assessments, 6 (20%) reported engaging in violence at least once during the study period. Specifically, there were three episodes of throwing something; two of slapping someone; and two of pushing, grabbing, or shoving someone (one person threw something and slapped someone during the same incident).

These episodes were commonly preceded by participants not taking antipsychotic medications ($n = 5$) and by feelings of anger ($n = 2$). Two participants reported taking time off from work or school following the episode of violence, and one individual was taken to the hospital for psychiatric evaluation. Overall, those who reported engaging in violence during the study period were more likely to be female (66.7% female versus 8.3% female; FET, $p = 0.007$) (see Table 1). Other demographic and clinical characteristics did not significantly differ between those who did and did not engage in violence.

Risk Assessment

Most individuals were assessed as low risk with the HCR-20 ($n = 20$, 66.7% low risk) and the COVR ($n = 26$, 86.7% very low or low risk), and assessed themselves as being at low risk of future violence on the self-assessment ($n = 26$, 86.7% no risk) (see Table 2). Additionally, most individuals had no history of violence ($n = 21$, 70.0%) according to item H1 on the HCR-20. Scores on these tools and the SIPS P1 item did not differ between those who did and did not engage in violence during the follow-up period (see Table 2). Of the UPPS-P subscales of impulsivity, the group that engaged in violence had higher levels of negative urgency ($t(28) = 2.21$, $p = 0.035$) and lower levels of

Table 2 Descriptive summaries of baseline assessments overall and by engagement in violence

	Sample N = 30	Engaged in violence N = 6	Did not engage in violence N = 24	Test statistics
HCR-20 case prioritization ^c [n (%)]				
Low risk	20 (66.7)	5 (83.3)	15 (62.5)	FET, $p = 0.633^b$
Elevated risk	10 (33.3)	1 (16.7)	9 (37.5)	
History of violence ^d [n (%)]				
No	21 (70.0)	4 (66.7)	17 (70.8)	FET, $p = 1.0^b$
Yes	9 (30.0)	2 (33.3)	7 (29.2)	
COVR ^e [n (%)]				
Low risk	26 (86.7)	5 (83.3)	21 (87.5)	FET $p = 1.0^b$
Elevated risk	4 (13.3)	1 (16.7)	3 (12.5)	
Self-assessment ^f [n (%)]				
No risk	26 (86.7)	5 (83.3)	21 (87.5)	FET, $p = 1.0^b$
Any risk	4 (13.3)	1 (16.7)	3 (12.5)	
UPPS-P [average] (SD)				
Negative urgency	2.13 (0.82)	2.75 (0.88)	1.97 (0.75)	$t(28) = 2.21$ $p = 0.035^a$
Positive urgency	1.86 (0.67)	1.92 (0.79)	1.84 (0.65)	$t(28) = 0.236$ $p = 0.815^a$
Lack of perseverance	1.89 (0.56)	1.83 (0.70)	1.91 (0.54)	$t(28) = -0.281$ $p = 0.781^a$
Lack of premeditation	1.56 (0.48)	1.67 (0.52)	1.53 (0.48)	$t(28) = 0.610$ $p = 0.547^a$
Sensation seeking	2.45 (0.71)	1.92 (0.51)	2.58 (0.67)	$t(28) = -2.205$ $p = 0.036^a$
SIPS P1 item [average] SD	3.53 (1.70)	3.17 (1.33)	3.63 (1.79)	$t(28) = -0.59$ $p = 0.563^a$

Bold is $p < 0.05$

^at-tests for continuous variables

^bFisher's exact tests were run for categorical measures due to at least 20% of cells having expected cell counts less than 5

^cLow risk is a rating of low; elevated risk is a rating of moderate or high

^dBased on the HCR-20 item H1, history of violence

^eLow risk is a rating of very low or low on the COVR; elevated risk is a rating of average, high or very high risk

^fLow risk is a self-assessment of 0; any risk is a score of 1 and above

Table 3 Predictive utility of baseline risk assessments on classifying engagement in violence

	Sensitivity % (95% CI) ^g	Specificity % (95% CI) ^g	Positive predictive value % (95% CI) ^g	Negative predictive value % (95% CI) ^g	AUC (95% CI) ^g
HCR-20 ^a	16.7 (0.42–64.1)	62.5 (40.6–81.2)	10 (0.25–44.5)	75 (50.9–91.3)	0.604 (0.413–0.795)
History of violence ^b	33.3 (4.3–77.7)	70.8 (48.9–87.4)	22.2 (2.8–60.0)	81.0 (58.1–94.6)	0.521 (0.294–747)
COVR ^c	16.7 (0.42–64.1)	87.5 (67.6–97.3)	25 (0.63–80.6)	80.8 (60.7–93.4)	0.521 (0.344–0.698)
Self-assessment ^d	16.7 (0.42–64.1)	87.5 (67.6–97.3)	25 (0.63–80.6)	80.8 (60.7–93.4)	0.521 (0.344–0.698)
SIPS ^e	66.7 (22.3–95.7)	50 (29.1–70.9)	25 (7.3–52.4)	85.7 (57.2–98.2)	0.583 (0.353–0.814)
Negative urgency ^f	83.3 (35.9–99.6)	62.5 (40.6–81.2)	35.7 (12.8–64.9)	93.8 (69.8–99.8)	0.729 (0.538–0.92)
Sensation seeking ^f	33.3 (4.3–77.7)	33.3 (15.6–55.3)	11.1 (1.4–34.7)	66.7 (34.9–90.1)	0.667 (0.439–0.895)

^aAbnormal test: rating of moderate or high

^bAbnormal test: rating of 2 or 3 on the HCR-20 item H1

^cAbnormal test: rating above low (i.e., average, high, or very high risk)

^dAbnormal test: any score > 0

^eAbnormal test: any score ≥ 4

^fAbnormal test: any score ≥ 2.5

^gpresented with exact confidence intervals

sensation seeking ($t(28) = -2.205$, $p = 0.036$). The other impulsivity subscales did not significantly differ between groups.

Predictive Utility of Risk Assessments on Violence

The sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and AUCs are presented in Table 3. In general, the sensitivities of the baseline risk assessments were low to moderate (ranging from 16.7 to 66.7%), except for Negative urgency having the highest sensitivity of 83.3%. Specificities were low to moderate (ranging from 33.3 to 87.5%). Additionally, the positive predictive values were low (ranging from 10 to 35.7%) due to the low prevalence of violence in this sample, and the negative predictive values were moderate to high (ranging from 66.7 to 93.8%). AUCs were mostly low (ranging from 0.521 to 0.667), with only negative urgency reaching statistical significance (AUC = 0.729, 95% CI = [0.538, 0.920]). Further, in multivariable models, the most parsimonious set of predictors leading to a significant increase in AUC beyond that of negative urgency alone ($\chi^2(1) = 10.4$, $p = 0.0013$) included negative urgency, COVR and sensation seeking (AUC = 0.879, 95% CI = [0.669, 1.000]).

Victimization

Six episodes of victimization were reported by five participants (see Table 4). Two of these participants had also engaged in violence, though the relationship between being a target of violence and engaging in violence was not statistically significant ($\chi^2(1) = 1.50$, $p = 0.254$). There were no significant differences in demographics or risk assessments for participants who were targets of violence and those who were not (see Supplemental Tables 1 and 2).

Discussion

This study sought to establish the feasibility, acceptability, and clinical utility of different approaches for assessing violence risk for EIS clients. This 12-month longitudinal pilot, spanning November 2019 to February 2021, overlapped with a global pandemic that dramatically changed the nature of this research. In the process, it exposed challenges of conducting research with a vulnerable group susceptible to many of the socioeconomic impacts of the COVID-19 pandemic, including reduced access to health care and housing instability. Despite these challenges, this study demonstrated the feasibility and acceptability of research related

Table 4 Episodes in which participants were targets of violence

Month 3	Month 6	Month 9	Month 12
- Pushed, grabbed or shoved; something was thrown at them; and they were kicked, bitten or choked	- Slapped	- No reported episodes	- No reported episodes
- Pushed, grabbed or shoved	- Attempted sexual assault		
- Threatened with a knife or a gun	- Pushed, grabbed or shoved		

to violence at EIS clinics, including the use of structured violence risk assessment. This is important as structured violence risk assessments can help EIS clinics improve the accuracy and transparency of violence risk assessments, compared to unaided clinical judgment which can embed racial bias – either explicitly or implicitly – in ways that are difficult to identify or challenge (Monahan, 2017; Neufeld, 2018; Skeem & Lowenkamp, 2016, 2020). In comparison to most other studies on violence related to schizophrenia, this study is unusual in that the data were collected prospectively, exclusively for the purpose of studying violence, utilizing multiple methods of measuring violence (i.e., self-report and arrest records), and focusing specifically on young adults with early psychosis receiving treatment in an EIS setting (Appelbaum, 2019).

This study has limitations. The first limitation is its small sample. Second, all participants were young adults with early psychosis receiving treatment in EIS settings, which may differ from other young adults with early psychosis who may seek treatment in non-specialty mental health clinics or may not seek treatment. The study utilized a single rater for the risk assessment tools, which could introduce systemic bias in the process. To mitigate this limitation, the rater was a forensically trained psychiatrist, with formal training in risk assessment tools with clinical experience working with this population. In addition, conducting longitudinal research during the COVID-19 pandemic introduced unusual factors such as clinics being closed, schools transitioning to remote learning, workplaces furloughing or laying off many employees, and increased time spent at home (rather than in public or other social areas). Any of these factors could have affected the incidence of violent behavior. In addition, whether the participants developed COVID-19 was not tracked, as COVID-19 was not widely recognized until after the study was underway. While it is possible that more severe cases of COVID-19 may have limited study participants' ability to engage in violence due to either medical instability or isolation, this study consisted of younger individuals (who are less likely to develop severe illness) and the longitudinal study design captures 12 months of behavior (while acute COVID-19 symptoms typically last 14–21 days) (Cohen & Blau, 2021; Nguyen et al., 2021). There is also concern that structured risk assessment tools can replicate existing racial discrimination, though new research is emerging to have suggested strategies to help balance racial bias that may be incorporated into structured risk assessment (Skeem & Lowenkamp, 2020; Starr, 2014).

Overall, this study found that most individuals with early psychosis in this study (who are in treatment at EIS clinics) were not at risk of violence. This was according to both structured risk assessment tools as well as longitudinal assessments of violent behavior. This finding is consistent with prior research that has found most people with

serious mental illnesses, including early psychosis, are not at risk of violence (Large & Niessen, 2011; Niessen et al., 2012; Rolin et al., 2018; Winsper et al., 2013). However, 20% of this sample did engage in at least one act of violent behavior over the 12-month follow-up. In most incidents of violent behavior, participants reported not taking antipsychotic medications in the preceding period. Interestingly, given the low sensitivity, none of the structured assessments (i.e., HCR-20, COVR, and self-assessment) appeared able to identify individuals at risk of violence (based on future behavior). This finding is consistent with prior research that has found that these tools have worse performance when used for people with schizophrenia, compared to other diagnoses such as personality disorders. This suggests that violence risk assessment tools may perform worse when used specifically for individuals with schizophrenia (including early psychosis) and that the clinical utility of these tools differs when they are implemented in settings that specifically treat people with schizophrenia, such as EIS clinics. This may be because these tools were developed for people with serious mental illnesses in general not specifically in people with early psychosis or schizophrenia (Grann et al., 2000; Singh et al., 2011). This finding may suggest that new tools for violence risk assessment may need to be developed for the EIS setting, rather than utilizing tools developed in other populations.

Violence itself was a rare event, with six participants (20% of the sample) engaging in at least one act of violent behavior over 12 months. Collateral information from both clinicians and publicly available criminal justice records did not reveal additional episodes of violence, suggesting the value of patient self-report. As in the MacArthur Violence Risk Assessment Study, violence was most commonly minor, i.e., throwing something, pushing/grabbing/shoving someone, or slapping someone (Steadman et al., 1998). In this sample, violence was more common among women. Many studies have shown that male sex is a risk factor for violence in the general population, but often not among people with serious mental illnesses (Brucato et al., 2019; Rolin et al., 2018, 2021; Steadman et al., 1998) and some studies have shown higher rates of violence among women with mental illnesses (Fazel et al., 2021).

Findings from this study suggest that violent behavior among young adults with early psychosis is associated with increased negative urgency and decreased sensation seeking. While more research is needed to clarify the relationship between sensation seeking and violence, as studies of individuals without psychosis have suggested an association between higher levels of sensation seeking and violence, this study does suggest an important link between negative urgency (a component of impulsivity that describes the tendency to act impulsively when experiencing distress) and violence among people with psychosis that has been

theorized in other studies (Adams & Yanos, 2020; M. J. Hoptman et al., 2014). Impulsivity has been associated with violence during early psychosis in a recent post-hoc analysis of clinically collected data, which found that higher levels of impulsivity (assessed by 2 PANSS items, *poor impulse control* and *difficulty in delaying gratification*) was associated with violent behavior over a 36-month follow-up (Moulin, Baumann, et al., 2018; Moulin, Golay, et al., 2018). However, this analysis consisted of data collected for other purposes and did not examine impulsivity in a detailed way. More recently, a relationship between negative urgency and violence was suggested in a recent 2020 review of violence among individuals with psychosis (Adams & Yanos, 2020). This relationship among violence, psychosis, and negative urgency was supported by a study examining impulsivity and violence for adults with schizophrenia (Hoptman, 2015; Hoptman & Ahmed, 2016; M. J. Hoptman et al., 2014). Among 33 patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and 31 healthy controls, patients with mental illnesses had higher levels of urgency (positive and negative) and more aggression than healthy controls (M. J. Hoptman et al., 2014). Additionally, higher urgency scores were correlated with reductions in cortical thickness in brain areas including ventral prefrontal regions. However, measures of aggression were based on a cross-sectional self-report questionnaire about aggressive attitudes. In contrast, this study bolsters the proposed relationship between impulsivity and violence by: (1) prospective collection of data specifically about violence; (2) detailed examination of constructs of impulsivity; and (3) measurement of actual, reported violent behaviors (rather than attitudes). This finding, supported by an established neural circuit, identifies negative urgency as a potentially modifiable target for behavioral interventions to reduce violence, a much needed area of research (Faay & Sommer, 2021).

This study demonstrates the feasibility of research specifically focused on violence among young adults with early psychosis. The findings also suggest potentially useful insights into violent behavior in a high-risk population (young adults with early psychosis) and introduce areas for further research, including interventions such as cognitive-behavioral therapies to modify impulsivity.

Supplementary Information The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00922-6>.

Author Contributions SR, IN, IB, MW, TSS, LD, and PA helped design the study. SR collected the data with supervision and assistance from IN, IB, LD, and PA. SR did the preliminary data analyses, JS and RD completed the statistical analyses, MW supervised all data analyses. SR, JS, and RD drafted the manuscript. IN, IB, TSS, LD, and PA revised the manuscript. All authors agreed on the final version of the paper.

Funding Research reported in this publication was supported by the National Institute of Mental Health under award numbers P50MH115843, 5R01MH120597, L30MH120711, and K23MH126312. The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official views of the National Institutes of Health.

Declarations

Conflict of interest The authors have no conflicts of interest to declare that are relevant to the content of this article.

References

- Adams, S. W., & Yanos, P. T. (2020). Pathways to aggression and violence in psychosis without longstanding antisocial behavior: A review and proposed psychosocial model for integrative clinical interventions. *Psychiatry Research*, 293, 113427. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113427>
- Appelbaum, P. S. (2019). In search of a new paradigm for research on violence and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 677–679. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19070678>
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566–572. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.566>
- Arai, K., Takano, A., Nagata, T., & Hirabayashi, N. (2016). Predictive accuracy of the historical-clinical-risk management-20 for violence in forensic psychiatric wards in Japan. *Criminal Behaviour and Mental Health*. <https://doi.org/10.1002/cbm.2007>
- Azrin, S. T., Goldstein, A. B., & Heinssen, R. K. (2016). *Expansion of coordinated specialty care for first-episode psychosis in the US* (Focal Point: Youth, Young Adults, and Mental Health, Issue).
- Bello, I., Lee, R., Malinovsky, I., Watkins, L., Nossel, I., Smith, T., Ngo, H., Birnbaum, M., Marino, L., Sederer, L. I., Radigan, M., Gu, G., Essock, S., & Dixon, L. B. (2017). OnTrackNY: The development of a coordinated specialty care program for individuals experiencing early psychosis. *Psychiatric Services (Washington, D. C.)*, 68(4), 318–320. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600512>
- Brucato, G., Appelbaum, P. S., Lieberman, J. A., Wall, M. M., Feng, T., Masucci, M. D., Altschuler, R., & Girgis, R. R. (2018). A longitudinal study of violent behavior in a psychosis-risk cohort. *Neuropsychopharmacology*, 43(2), 264–271. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.151>
- Brucato, G., Appelbaum, P. S., Masucci, M. D., Rolin, S., Wall, M. M., Levin, M., Altschuler, R., First, M. B., Lieberman, J. A., & Girgis, R. R. (2019). Prevalence and phenomenology of violent ideation and behavior among 200 young people at clinical high-risk for psychosis: An emerging model of violence and psychotic illness. *Neuropsychopharmacology*, 44(5), 907–914. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0304-5>
- Cartwright, J. K., Desmarais, S. L., Hazel, J., Griffith, T., & Azizian, A. (2018). Predictive validity of HCR-20, START, and static-99R assessments in predicting institutional aggression among sexual offenders. *Law and Human Behavior*, 42(1), 13–25. <https://doi.org/10.1037/lhb0000263>
- Chang, W. C., Chan, S. S., Hui, C. L., Chan, S. K., Lee, E. H., & Chen, E. Y. (2015). Prevalence and risk factors for violent behavior in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: A 3-year follow-up study. *Australian and New Zealand*

- Journal of Psychiatry*, 49(10), 914–922. <https://doi.org/10.1177/0004867415603130>
- Cohen, P., & Blau, J. (2021). COVID-19: Outpatient evaluation and management of acute illness in adults. In J. G. Elmore (Ed.), *UpToDate*. Retrieved November 8, 2021, from https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults?search=covid-19&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Coid, J. W., Ullrich, S., Kallis, C., Freestone, M., Gonzalez, R., Bui, L., Igoumenou, A., Constantinou, A., Fenton, N., Marsh, W., Yang, M., DeStavola, B., Hu, J., Shaw, J., Doyle, M., Archer-Power, L., Davoren, M., Osumili, B., McCrone, P., ... Bebbington, P. (2016). Programme grants for applied research. In improving risk management for violence in mental health services: A multimethods approach. *NIHR Journals Library*. <https://doi.org/10.3310/pgfar04160>
- Coupland, R. B. A., & Olver, M. E. (2018). Assessing dynamic violence risk in a high-risk treated sample of violent offenders. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191118797440>
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807–828. <https://doi.org/10.1037/a0013341>
- Cyders, M. A., Littlefield, A. K., Coffey, S., & Karyadi, K. A. (2014). Examination of a short English version of the UPPS-P impulsive behavior scale. *Addictive Behaviors*, 39(9), 1372–1376. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.02.013>
- Dixon, L. B., Goldman, H. H., Bennett, M. E., Wang, Y., McNamara, K. A., Mendon, S. J., Goldstein, A. B., Choi, C. W., Lee, R. J., Lieberman, J. A., & Essock, S. M. (2015). Implementing coordinated specialty care for early psychosis: The RAISE connection program. *Psychiatric Services (Washington, D. C.)*, 66(7), 691–698. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400281>
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R., Nicholls, T. L., & Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the psychopathy checklist: Screening version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 917–930.
- Faay, M. D. M., & Sommer, I. E. (2021). Risk and prevention of aggression in patients with psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 178(3), 218–220. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.21010035>
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e4692. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4692>
- Fazel, S., Toynbee, M., Ryland, H., Vazquez-Montes, M., Al-Taiar, H., Wolf, A., Aziz, O., Khosla, V., Gulati, G., & Fanshawe, T. (2021). Modifiable risk factors for inpatient violence in psychiatric hospital: Prospective study and prediction model. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/s0033291721002063>
- Grann, M., Belfrage, H., & Tengström, A. (2000). Actuarial assessment of risk for violence: Predictive validity of the VRAG and the historical part of the HCR-20. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 97–114.
- Harris, A. W., Large, M. M., Redoblado-Hodge, A., Nielssen, O., Anderson, J., & Brennan, J. (2010). Clinical and cognitive associations with aggression in the first episode of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 85–93. <https://doi.org/10.3109/00048670903270423>
- Heinssen, R. K., Goldstein, A. B., & Azrin, S. T. (2014). *Evidence-based treatments for first episode psychosis: Components of coordinated specialty care (RAISE): Recovery After Initial Schizophrenia Episode, Issue*.
- Hoptman, M. J. (2015). Impulsivity and aggression in schizophrenia: A neural circuitry perspective with implications for treatment. *CNS Spectrums*, 20(3), 280–286. <https://doi.org/10.1017/s1092852915000206>
- Hoptman, M. J., & Ahmed, A. O. (2016). Neural foundations of mood-induced impulsivity and impulsive aggression in schizophrenia. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 3(3), 248–255. <https://doi.org/10.1007/s40473-016-0081-6>
- Hoptman, M. J., Antonius, D., Mauro, C. J., Parker, E. M., & Javitt, D. C. (2014). Cortical thinning, functional connectivity, and mood-related impulsivity in schizophrenia: Relationship to aggressive attitudes and behavior. *American Journal of Psychiatry*, 171(9), 939–948. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111553>
- Hutton, P., Parker, S., Bowe, S., & Ford, S. (2012). Prevalence of violence risk factors in people at ultra-high risk of developing psychosis: A service audit. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(1), 91–96. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00307.x>
- Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 125(2–3), 209–220.
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., Kreyenbuhl, J., McIntyre, J. S., Charles, S. C., & Altshuler, K. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(2 SUPPL.).
- Maremmani, I., Lazzeri, A., Pacini, M., Lovrecic, M., Placidi, G. F., & Perugi, G. (2004). Diagnostic and symptomatological features in chronic psychotic patients according to cannabis use status. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(2), 235–241. <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10399734>
- McGlashan, T. H., Walsh, B. C., & Woods, S. W. (2010). *The psychosis-risk syndrome: Handbook for diagnosis and follow-up*. Oxford University Press.
- Monahan, J. (1984). The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry*, 141(1), 10–15. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.1.10>
- Monahan, J. (2017). *Risk assessment in sentencing* (Academy for Justice, a Report on Scholarship and Criminal Justice Reform, Issue). Retrieved January 27, 2021, from <https://ssrn.com/abstract=3024016>
- Monahan, J., Steadman, H. J., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Robbins, P. C., Banks, S., & Silver, E. (2006). The classification of violence risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 24(6), 721–730. <https://doi.org/10.1002/bsl.725>
- Moulin, V., Baumann, P., Gholamrezaee, M., Alameda, L., Palix, J., Gasser, J., & Conus, P. (2018). Cannabis, a significant risk factor for violent behavior in the early phase psychosis. Two patterns of interaction of factors increase the risk of violent behavior: Cannabis use disorder and impulsivity; cannabis use disorder, lack of insight and treatment adherence. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 294. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00294>
- Moulin, V., Golay, P., Palix, J., Baumann, P. S., Gholamrezaee, M. M., Azzola, A., Gasser, J., Do, K. Q., Alameda, L., & Conus, P. (2018). Impulsivity in early psychosis: A complex link with violent behaviour and a target for intervention. *European Psychiatry*, 49, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.003>
- Neufeld, A. (2018). *In defense of risk assessment tools*. Retrieved January 27, 2021, from <https://www.themarshallproject.org/2017/10/22/in-defense-of-risk-assessment-tools>
- Nguyen, J. L., Benigno, M., Malhotra, D., Reimbaeva, M., Sam, Z., Chambers, R., Hammond, J., & Emir, B. (2021). Hospitalization and mortality trends among patients with confirmed COVID-19 in the United States, April through August 2020. *Journal of Public Health Research*. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2244>
- Nicholls, T. L., Ogloff, J. R., & Douglas, K. S. (2004). Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behavioral Sciences and the Law*, 22(1), 127–158. <https://doi.org/10.1002/bsl.579>

- Nielssen, O. B., Malhi, G. S., McGorry, P. D., & Large, M. M. (2012). Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *73*(5), e580–e587.
- Papapietro, D. J. (2019). Involving forensic patients in treatment planning increases cooperation and may reduce violence risk. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *47*(1), 35–41. <https://doi.org/10.29158/jaapl.003815-19>
- Pelizza, L., Leuci, E., Maestri, D., Quattrone, E., Azzali, S., Paulillo, G., Pellegrini, P., & Raballo, A. (2021). Disorganization in first episode schizophrenia: Treatment response and psychopathological findings from the 2-year follow-up of the “Parma Early Psychosis” program. *Journal of Psychiatric Research*, *141*, 293–300. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.015>
- Peterson, J., Skeem, J., & Manchak, S. (2011). If you want to know, consider asking: How likely is it that patients will hurt themselves in the future? *Psychological Assessment*, *23*(3), 626–634. <https://doi.org/10.1037/a0022971>
- Purcell, R., Fraser, R., Greenwood-Smith, C., Baksheev, G. N., McCarthy, J., Reid, D., Lemphers, A., & Sullivan, D. H. (2012). Managing risks of violence in a youth mental health service: A service model description. *Early Intervention in Psychiatry*, *6*(4), 469–475. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00372.x>
- Raucher-Chéné, D., Bodnar, M., Lavigne, K. M., Malla, A., Joobar, R., & Lepage, M. (2021). Dynamic interplay between insight and persistent negative symptoms in first episode of psychosis: A longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab079>
- Ray, I., & Simpson, A. I. F. (2019). Shared risk formulation in forensic psychiatry. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, *47*(1), 22–28. <https://doi.org/10.29158/jaapl.003813-19>
- Rolin, S. A., Bareis, N., Bradford, J.-M., Rotter, M., Rosenfeld, B., Pauselli, L., Compton, M. T., Stroup, T. S., Appelbaum, P. S., & Dixon, L. B. (2021). Violence risk assessment for young adults receiving treatment for early psychosis. *International Journal of Law and Psychiatry*, *76*, 101701. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101701>
- Rolin, S. A., Marino, L. A., Pope, L. G., Compton, M. T., Lee, R. J., Rosenfeld, B., Rotter, M., Nossel, I., & Dixon, L. (2018). Recent violence and legal involvement among young adults with early psychosis enrolled in coordinated specialty care. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.12675>
- Sada, A., Robles-García, R., Martínez-López, N., Hernández-Ramírez, R., Tovilla-Zarate, C. A., López-Munguía, F., Suárez-Alvarez, E., Ayala, X., & Fresan, A. (2016). Assessing the reliability, predictive and construct validity of historical, clinical and risk management-20 (HCR-20) in Mexican psychiatric inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*(6), 456–461. <https://doi.org/10.3109/08039488.2016.1159330>
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and meta-regression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 499–513. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.009>
- Skeem, J., & Lowenkamp, C. (2020). Using algorithms to address trade-offs inherent in predicting recidivism. *Behavioral Sciences and the Law*, *38*(3), 259–278. <https://doi.org/10.1002/bsl.2465>
- Skeem, J. L., & Lowenkamp, C. T. (2016). Risk, race, and recidivism: Predictive bias and disparate impact. *Criminology*, *54*(4), 680–712. <https://doi.org/10.1111/1745-9125.12123>
- Skeem, J. L., Manchak, S. M., Lidz, C. W., & Mulvey, E. P. (2013). The utility of patients’ self-perceptions of violence risk: Consider asking the person who may know best. *Psychiatric Services (Washington, D. C.)*, *64*(5), 410–415. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312012>
- Starr, S. B. (2014). Evidence-based sentencing and the scientific rationalization of discrimination [Article]. *Stanford Law Review*, *66*(4), 803–872. <Go to ISI>://WOS:000336007200002
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Roth, L. H., & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, *55*(5), 393–401.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *63*(5), 490–499. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490>
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). Assessing risk of violence to other. In *Impulsivity: Theory, assessment and treatment* (pp. 251–277). Guilford Press.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, *30*(4), 669–689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
- Winsper, C., Ganapathy, R., Marwaha, S., Large, M., Birchwood, M., & Singh, S. P. (2013). A systematic review and meta-regression analysis of aggression during the first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128*(6), 413–421.

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Article

Effects of Integrated Moral Reasoning Development Intervention for Management of Violence in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial

Mei-Chi Hsu ¹ and Wen-Chen Ouyang ^{2,3,4,*}

¹ Department of Nursing, I-Shou University, Kaohsiung City 82445, Taiwan; hsu6889@gmail.com

² Department of Geriatric Psychiatry, Jianan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Tainan City 71742, Taiwan

³ Department of Nursing, Shu-Zen Junior College of Medicine and Management, Kaohsiung City 82144, Taiwan

⁴ Department of Psychiatry, College of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City 80708, Taiwan

* Correspondence: d88904@gmail.com; Tel.: +886-6-2795019

Abstract: Moral cognition is an important and multidimensional, but often overlooked, determinant of violence. Very few interventions have systematically examined the role of moral reasoning, anger management and problem-solving together in violence. A randomized controlled trial was conducted to comprehensively evaluate the sustained effects of an integrated Moral Reasoning Development Intervention (MRDI) in the management of repetitive violence in schizophrenia. This study placed special emphasis on essential components related to moral reasoning and violence in patients with schizophrenia. Evaluations, including measures of violence, moral reasoning, ethical valuation and judgement, decision-making, conflict management style, and personality traits, were performed at baseline, end of intervention, and 1-month follow-up after intervention. We found that MRDI was superior to treatment-as-usual, in improving moral reasoning and related variables and violence outcomes ($p < 0.05$). In comparison with the treatment-as-usual group ($n = 22$), patients in the MRDI group ($n = 21$) showed improved levels of moral reasoning, with decreased levels of violent behaviors. The MRDI participants also experienced significantly greater improvements or changes ($p < 0.05$) in their ethical valuation and judgement, decision-making style and preferences, and conflict management style. Our findings provide important implications for risk assessment and violence management and prevention.

Keywords: repetitive violence; moral reasoning; ethics; decision-making; conflict management style; personality traits; schizophrenia



Citation: Hsu, M.-C.; Ouyang, W.-C. Effects of Integrated Moral Reasoning Development Intervention for Management of Violence in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *J. Clin. Med.* **2022**, *11*, 1169. <https://doi.org/10.3390/jcm11051169>

Academic Editor: Elena Tomba

Received: 23 December 2021

Accepted: 18 February 2022

Published: 22 February 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Patients with schizophrenia are, in general, not violent. However, there is an increase in violent behavior in schizophrenia [1], and with violent offenses [2], in particular, homicide [3–5]. A study has reported that the five-year incidence of violent conviction after first being diagnosed with schizophrenia was 11% in men and 3% in women [6]. Furthermore, around 10% of individuals with first episode psychosis commit physical interpersonal violence, within 1–3 years after their first contact with primary care services [7]. Similarly, pooled prevalence of severe violence is 16% before service contact and 13% following contact [7]. Patients with schizophrenia, in comparison with the general population, are on average 10 times more likely to commit violent crimes, such as homicide [3]. The rate of aggressive behavior among them is also 4 to 6 times higher than the general population [8,9]. Repetitive violence is often a multifactorial construct that involves biological, psychosocial, emotional, and pathophysiological factors and contextual, environmental, family-oriented, and situational features, alone or in combination [10–14]. Disorder-specific determinants, such as psychotic symptoms, are not always the sole factor involved in violence [5].

Moral cognition is an important, but hitherto overlooked, determinant of violence in the field of psychiatric research. Moral cognition is a multidimensional process, driven by moral reasoning, moral judgement, and decision-making, that influence a person's behavior [15]. Moral cognition, which focuses on thinking processes, is actionable in schizophrenia, and it can be widely upheld under conditions of reasonable moral pluralism across different cultures, traditions and rules [16–18]. Moral reasoning determines whether a behavior is morally acceptable (right or wrong) [19] and plays a paradoxical role in schizophrenia [16–18,20]. However, the form and content of the moral reasoning associated with schizophrenia have not been intensively studied.

Moral reasoning has received relatively little attention in the research of looking into violence and violence-prone contexts in schizophrenia literature [2,5,21,22]. Moral reasoning is not simply associated with violence, but also to its level of maturity. Studies often make assumptions about violence that often include an assumption of egoism and deficits in moral reasoning when individuals deviate from moral components and norms [2,16,23]. The patients who exhibit lower levels of moral reasoning are more prone to be violent. Therefore, moral reasoning can be seen as a unifying construct in understanding how insufficient moral development undergirds violence dispositions in schizophrenia.

A recent cross-sectional cohort study indicated that moral cognition in forensic patients with schizophrenia or schizoaffective disorder is associated with homicide, an extreme violence. About 37.6% of the variance in homicide in this population is related to moral reasoning; more so (47%) in the not guilty by reason of insanity sub-sample [2]. It appears that moral cognition is an important indicator of this serious type of violence in schizophrenia. Serious violence may be generally related to coexisting cognitive impairment, reasoning style, and decision-making and deficits in neurocognition [2,12,24]. However, it is surprising that few studies have investigated the potentially important role of moral reasoning for violence management in people with severe mental illness.

Moral reasoning, which includes moral and ethical components, is a process that guides decision-making [25]. It involves moral judgments and behaviors, and also includes reasons given for the behavior, causal relation and responsibility attribution [5,21]. Most judgments or moral decision-making involve information processing, such as rational or experiential thinking styles [26]. Moral reasoning assumes that people can think and discuss logically and rationally, rather than only relying on instinct, intuition, or emotion which influences the discussion and judgement [21]. Specifically, dominant and hostile interpersonal styles, such as hostile intent towards others, seem linked to violence. Thus, the impact of violence depends on an individual's ability, in terms of decision-making, and can also be affected by other potential factors, for example, personality traits, emotion regulation and information processing, which can alleviate violence [27,28].

Repetitive violent behavior is also rooted in an unequal power or status [10,11]. The importance of power and status imbalance, which can be seen as a mechanism for undesirable outcomes and causal responsibility, can provide clues for moral judgment considerations. In addition, inadequate attribution styles or errors increase the risk of violence [12,29]. Moral reasoning consistently predicts risky behaviors in why some individuals decide to engage or not engage in risky behaviors [30]. Similarly, different patterns of violence are associated with different levels of moral disengagement [31]. The levels of moral maturity may contribute to correct and preferable decision-making to increasing exhibition of an undesired behavior, as compared to egocentric action.

Violent behaviors are often triggered by emotional disturbances [27]. Individuals with mental disorders show elevated impulsiveness and poor conflict management capacity [27,28,32]. The inability to regulate emotions during stressful situations can be seen by an individual's response to conflict-related situations with anger and hostility.

To date, existing studies have examined moral reasoning, mainly in children/adolescents, and young students in Western countries. These studies focused mainly on different types of aggression or bullying, which target cultural, racial, and ethnic differences, but are not directly related to the persons who conducted the behaviors per se. Further, there seems to

be a paucity of studies conducted in acute psychiatric wards, in particular. The application of moral reasoning as a clinical care can be a complicated and somewhat difficult task for repetitive violence in patients with schizophrenia (vSZ).

Most studies would probably support the assertion that the concept and construct of moral reasoning has been applied to partly interpret the possible ways and determinants affecting violent behaviors. However, there are several generic reasons which can partially explain why the moral reasoning in vSZ patients has not been thoroughly addressed thus far. The first possible reason for this knowledge gap is that repetitive violence in patients with schizophrenia is viewed as a violent behavior, generally attributed to coexisting cognitive or cognitive-behavioral deficits (e.g., social skills problem, poor communication skills, lack of emotional control), or deficits in neurocognition. Even though most studies are aware that occurrences of violence are of a multi-causal nature that includes moral components, and a large number of studies have focused on cognitive impairments and violence in vSZ patients, moral reasoning in vSZ patients received very little attention.

The second reason is due to the research difficulties in evaluating the magnitude of the problem. Moral reasoning in vSZ patients remains a research dilemma and there are methodological challenges in this field. Designs of most studies are generally cross-sectional, and only very few studies had a longitudinal component and/or interventional design. Since much greater efforts are needed to assess how deficits in moral reasoning, which shifted with illness severity, influenced the link with violence, integrated violence intervention on moral reasoning is scarce. These concerns have limited the development of interventions to manage the repetitive violence, as different forms of violence manifested in different contexts may require distinct forms of intervention. To date, there is no moral reasoning-oriented clinical intervention in vSZ patients reported.

The third reason to be taken into consideration is that thinking processes about violence in vSZ patients might be somewhat different from what is assumed or found in the general population. Mental disorders-based research suggests assumptions about deficits in patients' difficulties and abilities to employ moral reasoning. The empirical picture remains insufficient and opaque.

To date, very few studies have systematically examined whether an integrated violence intervention of moral reasoning might have a beneficial influence on violence. The reason may be attributed to the role of professionalism in moral reasoning and the way of guiding patients to apply abstract moral reasoning to the scenarios or actual situations of violence [33]. Guiding the patients to make their statements, arguments and rationale to support their ethical stand, ethical decision-making or moral dilemmas about their repetitive violence is a challenge.

To study how moral reasoning occurs, changes or matures over time, and how it relates to decision-making and violence is complex. In the present study, we placed special emphasis on these essential components, related to moral reasoning and violence in vSZ patients. In this study, we carried out a randomized controlled trial to comprehensively evaluate the sustained effects of a novel integrated Moral Reasoning Development Intervention (MRDI) in the management of repetitive violence. We have also examined the mechanisms and interrelationships among variables, such as moral reasoning, ethical valuation and judgement, decision-making, conflict management style, stability of personality traits, and violence in vSZ patients. The research hypothesis of this study was that MRDI, when employed jointly with psychiatric standard care, could provide synergistic effects on moral reasoning and the above-mentioned variables in repetitive violence in schizophrenia.

Kohlberg's framework of moral reasoning [34,35] was applied for the development of the MRDI and clarifying the role of intentions and consequences in the judgments of violent behaviors. It is known that application of Kohlberg's framework can adequately assess the reasoning of adolescents and adults. The strengths of Kohlberg's theory lie in the stages of moral development, which are arranged sequentially in successive tiers of complexity, and its explanation of the stages. The theory provides hope and meaningful insights that moral development, as an increasing ability, can be acquired. This theory

has properly recognized the importance of reasoning behind the judgement, which gave greater insight into moral development. While the theory has been highly influential, there are weaknesses of the theory, such as that it overemphasizes justice when making moral choices, deeper cultural tradition and sex bias. However, even though Kohlberg's framework has not directly addressed the violent behavior, it has related the influence of moral domains and standards, universal ethical principles and a variety of moral behaviors on how individuals make judgements and decisions about violent behavior.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

The present study was an open-label randomized controlled trial carried out at a psychiatric center in Taiwan from 2019 to 2021. This study was registered on the clinical trial website (<https://clinicaltrials.gov>, accessed on 17 February 2022: NCT05207319). Data were determined at the following 3 assessment points: at pretreatment baseline (T1), end of intervention (T2), and 1-month follow-up after intervention (T3).

2.2. Participants and Recruitment

Inclusion criteria were having a major psychiatric diagnosis of schizophrenia using ICD-10 coding system by psychiatrists for more than 2 years, psychiatrically hospitalized, having repetitive violence within one year, being judged to be able to provide informed consent, having basic literacy, and being younger than 65 years old. Patients were excluded from the study if during the screening they had a psychiatric diagnosis of catatonic schizophrenia and schizophreniform disorder; were hearing impaired; or had intellectual disability, developmental disability, and poor physical functioning or delirium. Patients were also excluded if they had current substance abuse (except for alcohol, caffeine, or nicotine).

2.3. Randomization

After completing all screening assessments and the inpatients' informed consent obtained, patients were randomly assigned to either the intervention group (MRDI) or the Treatment as Usual (TAU) groups. The schedule was generated by a computer to provide the list of treatment assignments, which were then sealed in opaque envelopes. TAU referred to as usual or routine care that involved a broad range of mental health treatments in clinical practice.

2.4. Intervention

The MRDI is comprised of the following 4 components that are run concurrently: moral reasoning, strategies of anger management and problem-solving and social skills. The MRDI links closely to each vSZ patient's behavioral problems. Violent patterns and tendencies exist in all patients, and each pattern has distinctive emotional, behavioral, and personality correlates. Therefore, a 10-min bridging interview was conducted prior to each session started.

Anger management incorporated teaching techniques to address impulsivity, anger control problems and emotional regulation. The opportunities for role-taking were provided to patients to increase their understanding of interpersonal relationships, and acquisition of requisites for moral reasoning such as social skills and empathy.

Consistent with the emphasis on moral reasoning, the core contents of moral reasoning in the present study dealt with the violence-related cognitive distortions and bias, and discussed the moral problem situations. Delineating the justifications or types of moral reasoning presented by the vSZ patients can help to determine whether or not patients have used moral reasoning to justify their violent behavior and situation. Individualized moral problem situations related to patients' violent behaviors were discussed. Every patient was assigned a task of solving a moral problem as a homework assignment. Each session of the moral reasoning component was based around a moral dilemma. The researcher asked and challenged each patient about what they would do and if the action is in their moral

problem situations. This process could also examine their cognitive distortions relating to direct/indirect bearing on intent, causation and/or consequences, and attempt to assist patients to re-think the situation from new perspectives. To facilitate better moral reasoning or moral maturity, the researchers next outlined some possible alternative responses or actions to patients, so that patients in the situation could model a better moral reasoning and minimize cognitive distortions. Role-playing was also conducted. Each session lasted approximately 1–1.5 h.

The educational brochure of the intervention included information about anger management and social skills that can be applied individually or in combination to most social situations (e.g., using euphemistic language, making and refusing a request, criticizing someone, responding to criticism, and providing your opinion).

2.5. Outcome Measures

This study incorporated a comprehensive battery of assessments to evaluate the effect of the MRDI on moral maturity, ethical valuation, behavior intention, severity and frequency of violent behavior, reasoning and thinking styles, personality traits, conflict management style, and demographics.

Moral reasoning (The Adapted Version of the Sociomoral Reflection Measure, SRM-AV): The SRM-AV [36] was used to evaluate moral maturity and the overall stage of moral reasoning which referred to different a priori aspects of morality. The SRM-AV comprises questions about ethical dilemmas or situations in daily life which require moral decisions or evaluations for each value. The answers to the importance of a proposition were rated from 1 (very unimportant) to 5 (really important). The justifications for the answers of every question were scored on a 7-point scale. When the answer was bizarre or irrelevant, a score of 1 was given. A score of 1 which corresponds with the first stage of Kohlberg's moral development, indicates the patient did not understand the moral content of the proposition. A score of 2 to 7 corresponds with a transition from stage 1 to stage 2 of moral development and stage 4 of moral development, respectively.

Ethical valuation (Multidimensional Ethics Scale, MES): The MES [37] represents the evaluative criteria that individuals use in making a moral judgment and behavioral intent. It is based on the following 5 ethical theories: justice, deontology, relativism, utilitarianism and egoism. The MES asks the patients to indicate the ethical valuation and behavior intention of a series of situations for a specific ethical scenario. The patients are required to rate the questionable actions of a hypothetical auditor on several 7-point Likert scales, anchored on such as unjust/just, unfair/fair, unethical/ethical, not morally right/morally right, culturally unacceptable/culturally acceptable. When the score is 4, it indicates the patient has difficulty to distinguish whether the action is ethical (moral) or unethical (immoral).

Reasoning and thinking styles (Rational Experiential Inventory, REI): The 40-item REI was used to measure information processing, thinking styles, and decision-making style [38]. The REI consists of two main scales (rational/experiential), each with two subscales (ability/engagement). Rational scale refers to a higher level of ability to think logically and analytically, which is relevant for analytical reasoning. Experientiality scale relies on intuition, first impressions and feelings. Ratings which were made on a 5-point Likert scale, ranged between 1 (definitely not true of myself) and 5 (definitely true of myself). A higher score indicates a more rational/experiential thinking style.

Conflict management style (Rahim Organizational Conflict Inventory-II, ROCI-II): The 28-item ROCI-II [39] was applied to measure preferred conflict management styles. The individual conflict handling tendency can be divided into the following 2 main elements: concern for self and concern for others. The conflict handling tendencies can be further divided into the following five independent dimensions of the styles in handling interpersonal conflict: integrating (IN), obliging (OB), dominating (DO), avoiding (AV), and compromising (CO). Ratings were made on a 5-point Likert scale ranging from 1 as strongly disagree to 5 as strongly agree. The higher the score is, the greater a particular

conflict management style is used. Besides, considering the fact that individuals may simultaneously possess these 5 different conflict handling styles, the scores in this study were presented as relative values of an individual's conflict handling styles, not the repulsive style in handling the conflict.

Aggression frequency (Modified Overt Aggression Scale, MOAS): The MOAS [40] was used to examine the nature of behavior, frequency, outcome and severity of aggressive episodes. It includes the following 4 subscales of violence: verbal violence, physical violence, aggression against property, and autoaggression. Higher scores reflect worse outcomes.

Violence/Aggression (Buss–Perry Aggression Questionnaire, AQ): The AQ is a 29-item framework which identifies the following four dimensions of aggression: physical aggression, verbal aggression, anger, and hostility, used to measure the violence/aggression [41]. The patients were asked to rate each item using a 5-point Likert-type scale, ranging from 1 (extremely uncharacteristic of me) to 5 (extremely characteristic of me). The higher the score, the more the patient has the violent behavior.

Personality traits (Ten Item Personality Inventory, TIPI): Personality traits were measured using the 10-item TIPI [42]. Traits measured include emotional stability (neuroticism), conscientiousness, openness to experience, extraversion, and agreeableness. The patients were asked to rate on a 7-point scale how each trait applies to themselves. The scale ranges from 1 (disagree strongly) to 7 (agree strongly). A greater change from the baseline in TIPI scores (with higher score) on each of the personality traits represents the expression of each personality trait.

2.6. Intervention Fidelity, Validity and Reliability

The procedures reported by Borrelli [43] were used to foster and assess the fidelity, reliability, and validity of the intervention. The components of the fidelity focused mainly on several dimensions such as researcher's training, protocol-defined content, regular staff meetings, and discussions of intervention performance to verify both accuracy and appropriateness of content in sessions. Because patients with schizophrenia may have impaired motivation, we adopted verbal reinforcement to improve the attendance and behavior. The researchers gave verbal praise and encouragement immediately following each correct participation, e.g., "That's good"; "That's still fine. See if you can't do even better the next time". Positive statements also included statements of approval from the researchers. Simple guidelines that were easy to understand and implement were also considered and provided to the patients in order to improve the rigor of the present study.

2.7. Ethical Considerations

Institutional review board approval (registered No. 19-021, 20-025) was obtained from the Jianan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Taiwan. As patients were relatively vulnerable, patients were first assessed by their healthcare team. The researchers ensured the rights, health, and well-being of patients and the study followed the ethical principles for medical research on human beings laid down in the Declaration of Helsinki. Written informed consent was obtained.

2.8. Data Analysis

Data were analyzed using Statistical Package for Social Sciences for Windows (version 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Various analyses such as T tests, χ^2 analysis, and analysis of variance (ANOVA) were performed as appropriate. For comparison of the baseline difference between groups, independent *t*-test was used to compare all continuous variables, while χ^2 analysis was used for categorical variables. Since the follow-up data were continuous measures, our main statistical strategy was an analysis of covariance, with corresponding baseline values as covariates. Effect size was determined by calculating Cohen's *d* statistic. All the data distributed normally. The differences were considered statistically significant when a 2-tailed *p* value was <0.05.

3. Results

3.1. Patients Characteristics

Forty-three vSZ patients were screened and recruited, with twenty-one in the MRDI group and twenty-two in the TAU group. The demographic or clinical characteristics and baseline measurements were not significantly different between the two groups (Table 1). The average age of schizophrenia onset was also similar between groups. The MRDI group had a 16:5 male-to-female ratio, and the TAU group 17:5. The committed episodes of violence in both groups were also comparable ($p > 0.05$). There were no differences in total scores of violence between the MRDI (10.19 ± 7.64) and TAU groups (8.45 ± 5.26) ($t = 0.871$, $p = 0.389$).

3.2. Effects of Intervention in Violence over Time

Table 2 shows significantly different violence scores among groups at T2 ($t = -3.797$, $p < 0.001$) and T3 follow-up ($t = -8.128$, $p < 0.001$). The overall violent scores in the MRDI group decreased significantly from the baseline ($p < 0.05$), whereas those in the TAU group stayed the same, demonstrating an improvement in violent behaviors in the MRDI group. The improvements were mainly in physical aggression and suspicion and hostility, but not in verbal aggression. As such, MRDI intervention had no significant effect on verbal aggression ($t = 0.849$, $p = 0.406$). On the contrary, suspicion and hostility ($t = -4.207$, $p < 0.001$) in the TAU group were increased from baseline to follow-up. The effect for violence (Cohen's $d = -2.47$) was fairly large.

3.3. Effects of Intervention in Moral Reasoning and Ethical Valuation over Time

Table 3 shows that the MRDI group, as compared to the TAU group, had significantly higher total scores on moral reasoning at T2 ($t = 2.390$, $p = 0.022$) and follow-up ($t = 4.727$, $p < 0.001$), with an effect size (Cohen's d) of 1.43 by follow-up. The mean scores increased significantly, by 19.58, in the MRDI group ($p < 0.05$), but increased only slightly, by 3.23 ($p > 0.05$), in the TAU group.

When scores in five basic ethical theories (justice, deontology, relativism, utilitarianism and egoism) were compared, results revealed that differences between the two groups, shown as t-values (4.565, 12.175, 9.530, 3.606 and 2.188, respectively), were all statistically significant ($p < 0.05$), indicating improvements in the MRDI group (Table 3). Among the ethical decisions, mean scores were significantly higher in justice, deontology and relativism than the mean scores in utilitarianism and egoism. The MRDI group scored over the mid-point.

When the levels of ethics awareness in a described scenario were examined, the MRDI group reported a higher level of ethics awareness than the TAU group. There was also a significant increase in the scores of individual ethical intention in the MRDI group (mean = 5.05), as compared to the TAU group (mean = 3.93), indicating their unwillingness to take the unethical action at the follow-up. Comparison of peers' ethical intention between the two groups shows no difference throughout the study, indicating patients in both groups thought that they were more ethical than their peers or other people. They thought other people would act unethically based on the scenario described at three assessment points. Between-group effect sizes ranged from $d = 0.67$ to $d = 3.71$.

3.4. Effects of Intervention in Reasoning and Thinking Styles over Time

The results in Table 4 show that MRDI intervention significantly improved rational thinking style at the end of intervention ($t = 7.828$, $p < 0.001$) and follow-up ($t = 12.594$, $p < 0.001$). The intervention has also significantly improved ($p = 0.000$) the scores of rational ability and rational engagement in the MRDI group, as compared to the TAU group, at end of intervention ($t = 6.673$ and 3.931 , respectively) and follow-up ($t = 4.616$ and 7.570 , respectively). With respect to experiential thinking, results also show a significant improvement in the MRDI group, as compared to the TAU group, at follow-up ($t = -4.233$, $p < 0.001$). Between-group effect sizes ranged from $d = -1.31$ to $d = 3.8$.

3.5. Effects of Intervention in Conflict Management Style and Personality Traits over Time

As shown in Table 5, there were significant differences ($p < 0.05$) between the dominating, avoiding and compromising conflict management styles between the two groups at T2 ($t = -2.221, t = -2.209, t = 4.464, p < 0.05$) and T3 ($t = -5.625, t = -3.108, t = 7.006, p < 0.05$). In the MRDI group, the compromising style scores were significantly increased, whereas the dominating and avoiding styles were decreased. Between-group effect sizes ranged from $d = -0.96$ to $d = 2.12$.

Table 1. Demographic and clinical characteristics and violence patterns across treatment groups at Baseline.

		No. (%)				Test Statistics	p
		MRDI		TAU			
	Age, mean ± SD, y	42.24 ± 5.89		40.95 ± 4.01		0.839	0.406
	Age of onset of schizophrenia, mean ± SD, y	22.10 ± 4.36		20.55 ± 3.87		1.232	0.225
	Gender (male/female)	16/5	(76.2/23.8)	17/5	(77.3/22.7)	0.007	0.933
Education	Secondary school	2	(9.5)	2	(9.1)	0.767	0.681
	High school	14	(66.7)	17	(77.3)		
	Junior college/college	5	(23.8)	3	(13.6)		
Marriage status	Single	16	(76.2)	18	(81.8)	0.428	0.934
	Married	2	(9.5)	2	(9.1)		
	Separated/divorced	3	(14.3)	2	(9.0)		
Occupation	Unemployed	19	(90.5)	19	(86.4)	0.177	0.674
	Employed	2	(9.5)	3	(13.6)		
Religion	Buddhism/Taoism	9	(42.9)	10	(45.5)	0.282	0.868
	Christian/others	2	(9.5)	3	(13.6)		
	None	10	(47.6)	9	(40.9)		
Smoking	Yes	9	(42.9)	11	(50.0)	0.220	0.639
	No	12	(57.1)	11	(50.0)		
Level of smoking	1–5 cig/day	2	(22.2)	2	(18.2)	0.471	0.925
	6–10 cig/day	4	(44.4)	4	(36.4)		
	11–15 cig/day	1	(11.1)	1	(9.1)		
	16–20 cig/day	2	(22.2)	4	(36.4)		
Alcohol use	Yes	4	(19.0)	5	(22.7)	0.088	0.767
	No	17	(81.0)	17	(77.3)		
Drinking frequency	≤1 time/month	1	(25.0)	1	(20.0)	0.032	0.858
	2–4 times/month	3	(75.0)	4	(80.0)		
Family support	Strong	2	(9.5)	-	-	2.288	0.515
	Moderate	13	(61.9)	16	(72.7)		
	Weak	6	(28.6)	6	(27.2)		
Primary caregiver	Parent(s)	13	(61.9)	10	(45.5)	1.302	0.729
	Sibling	6	(28.6)	9	(40.9)		
	Others	2	(9.6)	3	(13.6)		
Violence patterns	Verbal violence	19	(90.5)	17	(77.3)	0.871	0.389
	Physical violence	12	(57.1)	10	(45.5)		
	Aggression against property	9	(42.9)	9	(40.9)		
	Auto-aggression	2	(9.5)	3	(13.6)		
	Total scores, mean ± SD	10.19 ± 7.64		8.45 ± 5.26			

Table 2. Treatment outcomes and continuous changes of violence across groups.

	Baseline				Post-Intervention				Follow-Up				ES
	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	<i>ds</i> ^b
Anger with resentment	21.38 ± 3.66	22.27 ± 3.68	−0.796, 0.431	−3.155, 1.372	20.62 ± 3.21	22.36 ± 1.59	−2.271, 0.028	−3.296, −0.193	18.86 ± 2.37	21.59 ± 2.13	−3.979, <0.001	−4.121, −1.346	
Verbal aggression	14.29 ± 3.08	15.36 ± 3.06	−1.149, 0.257	−2.972, 0.816	13.29 ± 2.51	15.50 ± 3.11	−2.559, 0.014	−3.962, −0.467	13.62 ± 1.43	16.14 ± 2.74	−3.740, <0.001	−3.877, −1.158	
Physical aggression	27.19 ± 4.79	28.64 ± 3.84	−1.093, 0.281	−4.117, 1.225	23.24 ± 2.79	26.73 ± 2.58	−4.255, <0.001	−5.145, −1.833	21.29 ± 2.77	24.86 ± 2.96	−4.079, <0.001	−5.349, −1.807	
Suspicion, hostility	22.86 ± 4.58	23.05 ± 2.55	−0.167, 0.868	−2.460, 2.084	21.43 ± 3.64	24.18 ± 2.23	−3.002, 0.005	−4.605, −0.901	19.14 ± 1.76	25.86 ± 2.05	−11.473, <0.001	−7.904, −5.538	
Total	85.24 ± 14.32	89.32 ± 10.95	−1.052, 0.299	−11.913, 3.753	77.90 ± 9.75	88.09 ± 7.76	−3.797, <0.001	−15.603, −4.769	72.95 ± 6.96	88.45 ± 5.49	−8.128, <0.001	−19.354, −11.650	−2.47

Values are expressed as means ± standard deviations. ^a, examined by independent *t*-test between groups; MRDI, Integrated Moral Reasoning Development Intervention; TAU, treatment as usual. ^b, Follow-up between-group effect sizes (ES) (Cohen’s *d*). Positive *d*’s indicate increases in scores over time and negative *d*’s indicate decreases.

Table 3. Treatment outcomes and continuous changes of moral reasoning and ethical valuation across groups.

	Baseline				Post-Intervention				Follow-Up				ES
	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	<i>ds</i> ^b
Moral reasoning	52.52 ± 7.70	55.18 ± 8.87	−1.047, 0.301	−7.786, 2.470	64.38 ± 11.20	57.55 ± 7.20	2.390, 0.022	1.059, 12.612	72.10 ± 11.92	58.41 ± 6.36	4.727, <0.001	6.485, 18.342	1.43
Ethical valuation													
Justice	3.64 ± 0.65	3.39 ± 0.72	1.218, 0.230	−0.169, 0.682	4.69 ± 0.60	4.05 ± 0.70	3.219, 0.003	0.240, 1.050	5.14 ± 0.80	4.09 ± 0.70	4.565, <0.001	0.587, 1.517	1.39
Deontology	2.77 ± 0.44	2.59 ± 0.21	1.729, 0.091	−0.031, 0.397	3.15 ± 0.41	2.68 ± 0.25	4.516, <0.001	0.261, 0.684	4.05 ± 0.48	2.64 ± 0.24	12.175, <0.001	1.177, 1.645	3.71
Relativism	3.27 ± 0.37	3.33 ± 0.43	−0.511, 0.612	−0.314, 0.188	4.11 ± 0.60	3.70 ± 0.52	2.396, 0.021	0.065, 0.763	5.17 ± 0.57	3.58 ± 0.52	9.530, <0.001	1.260, 1.938	2.91
Utilitarianism	2.62 ± 0.63	2.84 ± 0.62	−1.159, 0.253	−0.608, 0.165	3.43 ± 0.74	3.00 ± 0.63	2.030, 0.049	0.002, 0.855	3.98 ± 0.82	3.11 ± 0.73	3.606, <0.001	0.379, 1.346	1.12
Egoism	2.83 ± 0.67	3.00 ± 0.59	−0.857, 0.397	−0.559, 0.226	3.21 ± 0.83	3.09 ± 0.71	0.522, 0.604	−0.354, 0.601	3.79 ± 0.73	3.30 ± 0.73	2.188, 0.034	0.038, 0.943	0.67
Individual intention	3.52 ± 0.60	3.77 ± 0.50	−1.472, 0.149	−0.590, 0.093	4.12 ± 0.82	3.84 ± 0.58	1.285, 0.206	−0.159, 0.715	5.05 ± 0.68	3.93 ± 0.60	5.663, <0.001	0.718, 1.514	1.74
Peers intention	4.14 ± 0.57	4.23 ± 0.52	−0.502, 0.618	−0.424, 0.255	4.62 ± 0.74	4.36 ± 0.49	1.338, 0.188	−0.130, 0.641	4.62 ± 0.74	4.59 ± 0.66	0.131, 0.896	−0.405, 0.461	
Ethical awareness	3.24 ± 0.76	3.36 ± 0.72	−0.551, 0.585	−0.586, 0.335	4.14 ± 0.85	3.41 ± 0.73	3.027, 0.004	0.244, 1.223	4.90 ± 0.94	3.77 ± 1.02	3.772, <0.001	0.526, 1.738	1.15

Values are expressed as means ± standard deviations. ^a, Examined by independent *t*-test between groups. ^b, Follow-up between-group effect sizes (ES) (Cohen’s *d*). Positive *d*’s indicate increases in scores over time and negative *d*’s indicate decreases. Words in bold represent the outcome measures. Words that are not in bold represent the subscales of an outcome measure.

Table 4. Treatment outcomes and continuous changes of reasoning and thinking styles across groups.

	Baseline				Post-Intervention				Follow-Up				ES
	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	<i>ds</i> ^b
Rational	5.92 ± 0.46	6.12 ± 0.29	−1.672, 0.102	−0.439, 0.041	6.94 ± 0.43	6.00 ± 0.34	7.828, <0.001	0.700, 1.186	7.72 ± 0.45	6.17 ± 0.34	12.594, <0.001	1.302, 1.800	3.8
Experiential	7.66 ± 0.33	7.59 ± 0.40	0.622, 0.537	−0.159, 0.300	7.19 ± 0.30	7.39 ± 0.42	−1.759, 0.086	−0.431, 0.030	6.55 ± 0.42	7.15 ± 0.49	−4.233, <0.001	−0.876, −0.310	−1.31
Rational Ability	2.91 ± 0.25	3.01 ± 0.27	−1.232, 0.225	−0.263, 0.064	3.47 ± 0.30	2.85 ± 0.29	6.673, <0.001	0.430, 0.803	3.96 ± 0.33	3.16 ± 0.72	4.616, <0.001	0.452, 1.154	
Rational Engagement	3.01 ± 0.29	3.11 ± 0.21	−1.281, 0.208	−0.256, 0.057	3.48 ± 0.30	3.15 ± 0.24	3.931, <0.001	0.159, 0.494	3.76 ± 0.28	3.18 ± 0.21	7.570, <0.001	0.422, 0.729	
Experiential Ability	3.96 ± 0.24	3.83 ± 0.32	1.534, 0.133	−0.043, 0.312	3.68 ± 0.22	3.88 ± 0.28	−2.484, 0.017	−0.356, −0.037	3.34 ± 0.37	3.71 ± 0.31	−3.502, <0.001	−0.585, −0.157	
Experiential Engagement	3.70 ± 0.26	3.76 ± 0.24	−0.824, 0.414	−0.220, 0.093	3.50 ± 0.19	3.51 ± 0.26	−0.061, 0.952	−0.147, 0.139	3.22 ± 0.18	3.43 ± 0.27	−2.850, 0.007	−0.355, −0.061	

Values are expressed as means ± standard deviations. ^a: Examined by independent *t*-test between groups. ^b: Follow-up between-group effect sizes (ES) (Cohen’s *d*). Positive *d*’s indicate increases in scores over time and negative *d*’s indicate decreases. Words in bold represent the outcome measures. Words that are not in bold represent the subscales of an outcome measure.

Table 5. Treatment outcomes and continuous changes of conflict management style across groups.

	Baseline				Post-Intervention				Follow-Up				ES
	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	MRDI	TAU	<i>t, p</i> ^a	95% CIs	<i>ds</i> ^b
Integrating	1.82 ± 0.22	1.87 ± 0.23	−0.672, 0.505	−0.188, 0.094	1.94 ± 0.29	1.89 ± 0.24	0.603, 0.550	−0.116, 0.215	1.90 ± 0.25	1.88 ± 0.28	0.184, 0.855	−0.151, 0.181	
Obliging	1.99 ± 0.34	1.89 ± 0.27	1.037, 0.306	−0.093, 0.289	2.08 ± 0.30	1.91 ± 0.27	1.924, 0.061	−0.008, 0.349	2.07 ± 0.21	1.96 ± 0.27	1.468, 0.150	−0.041, 0.260	
Dominating	3.43 ± 0.30	3.33 ± 0.36	0.991, 0.327	−0.105, 0.309	3.03 ± 0.32	3.29 ± 0.41	−2.221, 0.032	−0.482, −0.022	2.60 ± 0.36	3.18 ± 0.31	−5.625, <0.001	−0.790, −0.372	−1.72
Avoiding	3.65 ± 0.53	3.53 ± 0.58	0.749, 0.458	−0.217, 0.474	3.01 ± 0.33	3.37 ± 0.67	−2.209, 0.033	−0.694, −0.031	2.74 ± 0.26	3.22 ± 0.65	−3.108, 0.003	−0.793, −0.168	−0.96
Compromising	2.04 ± 0.33	1.90 ± 0.21	1.639, 0.109	−0.032, 0.309	2.88 ± 0.59	2.15 ± 0.45	4.464, <0.001	0.395, 1.048	3.42 ± 0.71	2.13 ± 0.48	7.006, <0.001	0.919, 1.664	2.12

Values are expressed as means ± standard deviations. ^a: Examined by independent *t*-test between groups. ^b: Follow-up between-group effect sizes (ES) (Cohen’s *d*). Positive *d*’s indicate increases in scores over time and negative *d*’s indicate decreases.

With regard to personality traits, significant differences were found between the two groups, in terms of emotional stability, conscientiousness, openness to experience and agreeableness at T2 ($t = -2.024, t = 2.208, t = 3.302, t = 4.114, p < 0.05$) and T3 ($t = -3.157, t = 2.760, t = 4.746, t = 5.745, p < 0.05$) (Table 6). The MRDI intervention has significantly reduced the scores in emotional stability, whereas it increased the scores in conscientiousness, openness to experience and agreeableness at T2 and T3. The greatest changes were the scores in the emotional stability at T2 and T3.

Table 6. The difference of personality traits from baseline to endpoint. Follow original version.

							Test Statistics ^a			p Value		
	MRDI			TAU			MRDI vs. TAU			MRDI vs. TAU		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Emotional Stability	6.00 ± 1.25	5.00 ± 1.12	4.50 ± 0.75	5.91 ± 1.24	5.73 ± 1.22	5.52 ± 1.28	0.239	-2.024	-3.157	0.812	0.049	0.003
Conscientiousness	2.50 ± 0.44	2.93 ± 0.59	3.29 ± 0.68	2.39 ± 0.46	2.52 ± 0.60	2.64 ± 0.84	0.820	2.208	2.760	0.417	0.033	0.009
Openness To Experience	2.88 ± 0.63	3.50 ± 0.83	4.02 ± 0.94	2.70 ± 0.59	2.77 ± 0.59	2.86 ± 0.64	0.947	3.302	4.746	0.349	0.002	0.000
Extraversion	2.79 ± 0.48	2.83 ± 0.45	3.00 ± 0.44	2.68 ± 0.62	2.64 ± 0.64	2.82 ± 0.56	0.603	1.157	1.163	0.550	0.254	0.252
Agreeableness	3.00 ± 0.44	3.95 ± 0.72	4.45 ± 0.52	2.84 ± 0.77	3.05 ± 0.72	3.11 ± 0.93	0.817	4.114	5.745	0.419	<0.001	<0.001

Values are expressed as means ± standard deviations. ^a: Examined by independent *t*-test between groups.

3.6. Repeated Measures Effects of Intervention on Study Outcomes

A repeated measure ANOVA was used to compare the mean differences between the MRDI and TAU groups, in order to determine whether any continuous changes in violence and outcomes resulted from interaction between intervention and time. Results in Table 7 showed that at all three test time intervals, significant group by time interactions were found for outcomes ($p < 0.05$), except integrating and obliging conflict management styles ($p > 0.05$). As time increased, these differences or improvements became greater from baseline to follow-up.

Table 7. Effects of the integrated Moral Reasoning Development Intervention on study outcomes.

	Group (Inter-Group) Effect ^a		Time (within) Effect ^b		Interaction of Group and Time (Intervention Effect) ^c	
	F	p	F	p	F	p
Violence	25.026	<0.001	9.539	0.004	7.197	0.010
Moral reasoning	6.417	0.015	42.325	<0.001	16.592	<0.001
Ethical valuation						
Justice	20.632	<0.001	53.751	<0.001	6.998	0.012
Deontology	81.638	<0.001	70.874	<0.001	61.443	<0.001
Relativism	32.478	<0.001	112.379	<0.001	67.358	<0.001
Utilitarianism	6.018	0.019	30.446	<0.001	13.478	<0.001
Egoism	0.845	0.363	23.031	<0.001	6.383	0.015
Reasoning and thinking styles						
Rational	61.009	<0.001	141.016	<0.001	127.430	<0.001
Experiential	8.061	0.007	64.635	<0.001	11.923	<0.001
Conflict management style						
Integrating	0.006	0.938	5.046	0.030	1.907	0.175
Obliging	2.868	0.098	3.276	0.078	.016	0.899
Dominating	8.404	0.006	52.907	<0.001	25.088	<0.001
Avoiding	2.592	0.115	72.228	<0.001	18.164	<0.001
Compromising	38.585	<0.001	67.253	<0.001	34.609	<0.001

^a Reference: control group. ^b Reference: baseline values. ^c Reference: baseline values of control group. Words in bold represent the outcome measures. Words that are not in bold represent the subscales of an outcome measure.

4. Discussion

Diminishing repetitive violence and proneness is particularly challenging for patients with schizophrenia who manifest the cognitive limitations [44]. To study the level of vSZ patients' understanding on violence, it is important to contextualize the moral reasoning, as compared to measures that assess only the general violent patterns. As far as we know, this study is the first trial examining the effects of an integrated moral reasoning development intervention on moral, ethics, conflict handling style, and decision-making, and outcomes of violence in vSZ patients. As hypothesized, the present study found that MRDI, compared to TAU, showed significant improvements in moral reasoning, conflict management, rational thinking, ethical evaluation, and violence outcomes. Aggression was higher for persons who had higher levels of moral disengagement and lower levels of moral identity (Hardy et al., 2015; Gini et al., 2021).

Moral reasoning can be critical in explaining the mechanisms underlining repetitive violence [45]. An earlier meta-analysis study, with a large sample size of over 1500 participants (Sprong et al. [46]) found that, on average, the function for the development of moral reasoning and behavior of participants with schizophrenia was more than one SD below the healthy controls. There are several possible explanations for the findings. First, levels of moral reasoning influence judgments alone or in combination with other factors [45]. It is possible that a change in moral structures, through developing the capacity to ascribe the meaning, could foresee the positive outcomes and think out the adequate actions. All of these add the dimension of moral reasoning and significantly increase the self-regulation on risk of violence. Thus, specific moral reasoning can be a factor increasing the seriousness of violence [5,47]. Deficits on morality may contribute to a violence generating cycle [47].

Second, the context of violent behavior can play an important role in reasoning and judgment. Differences in reasoning in the vSZ population may be due, in part, to different reasoning processes under different violent circumstances. The vSZ patients can reason the violent situations when they occur, by judging their behaviors in relation to their internal standards and situational circumstances, adjusting their behaviors by anticipating the repercussions of their violent behavior and finding nonviolent alternatives to conflict. In other words, moral reasoning offers patients a way, and a choice, to understand and organize their thinking about the aspects of violent situations, and seek to clarify the basis and appropriateness of behavior that influences their judgments on violent behavior, rather than disorder-specific determinants alone.

Finally, moral reasoning functions as a significant component of how individuals resolve moral dilemmas. This mechanism reveals the important role of moral reasoning when violence occurs. For example, people in general understand that violence is wrong and harmful, depending on their levels of moral reasoning, but vSZ patients may think about the level of wrongness or harmfulness very differently. It has been shown that when vSZ patients reason about the approval and disapproval of violence, provocation and retribution, they exhibit different thought patterns [48]. However, after intervention, covering a spectrum of moral reasoning levels, the vSZ patients became more capable of considering objective characteristics of the violent situation, such as victim consequences.

Psychotic symptoms may trigger moral cognition in different ways. Similarly, specific moral reasoning may reflect specific psychotic symptoms related to violence. Therefore, our results add weight to the link between moral reasoning and violence and suggest that improvement of moral reasoning should be an important approach for the management of repetitive violence.

Improvements in facilitating decision-making after the MRDI were found. When vSZ patients are in the actual violent situations, how the moral processes guide their decision-making is incorporated into a new framework, which draws upon the concepts and findings from other moral psychology and social cognition. It is evident that patients with schizophrenia have broader reasoning biases and cognitive limitation, such as inability to fully understand goals of the task [49], difficulty in inferring what others are thinking, and having reasoning biases towards jumping to conclusions [50–52]. Therefore, moral

reasoning represents a necessary prerequisite for information processing and, in turn, for decision-making.

Decision-making acts as a component of violent behavior. In this study, the patients developed rational (over experiential) decision-making styles from T1 to T3. The patients' decision-making style reflects knowledge and skills obtained during the MRDI intervention, with emphasis on social and problem-solving skills in repetitive violence. It demonstrates how patients reason the event or information, and how these processes are influenced by their previous rational (such as systematic and rule-based) or experiential (such as immediate and intuitive) decision-making styles. The present study, thus, highlighted the need to guide the strategies of moral reasoning, to support better and appropriate decision-making in connection with their behavior.

Our findings also help to explain the complex roles of moral reasoning on the improvement of conflict handling styles. For example, with conflict handling styles, anger and hostility improved, the observed decision-making diminished. This finding concurs with other studies [53,54]. Focusing on the antecedents described above, the main feature of the dominating style in conflict handling style is the high level of concern for themselves but low levels for others. This style may display a continuing pattern of uncooperativeness and hostile behavior toward others, and is usually deemed as a less ethical management approach [55]. In most of hypotheses, uncooperativeness has been related to hostile [56–58], which in turn, linked to violence, and impulsivity [12].

The MRDI significantly improved ethical evaluation and ethical judgement and influenced behavioral intention. Differences in violent behavior may also be associated with individual differences in moral maturity and ethical judgement. Particularly, the more the patients consider the scenario described in the present study as not in accordance with ethical behavior, the lower the chance they will perform such unethical behavior. Thus, imparting to patients an understanding of moral values and concepts related to violent behavior in any opportunity becomes promising, particularly when patients are more willing to comply with ethical specification and able to exert moral reasoning.

The MRDI, but not the TAU group, showed improvement in hostility scores. Anger and hostility are potential antecedents of violence and often cluster together in certain parts of violent behavior [12,41,59], as well as being related to moral cognitions within the psychotic state [5]. The combinations of these factors, plus cognitive limitations, such as reasoning biases, and greater behavioral impulsivity, increase the propensity of these patients towards acting violently [59]. Moral cognitions and moral disengagement play important mediating roles in anger/hostility and violence [59]. This could partly explain why vSZ patients often emerge intuitive emotional responses in the form of hostility, which instantly facilitates the activation of mechanisms of a distinct aspect of moral disengagement that increases the violent behaviors. A mechanistic understanding of moral reasoning, information processing, and cognitive distortions influence an individual's hostility, including the use of violence [5,60].

The MRDI changes the conflict management styles. The higher the patients' moral reasoning, the greater the tendency to use the integrating and compromising conflict handling styles, and the lower the tendency to use the dominating style to handle the conflict. In complex violent situations, patients' reasoning about conflicts varies from different domains that impacts their use, or lack of use, of violence in that particular situation. Among five different conflict management styles, compromising and integrating are the two most effective conflict management styles [61–63]. However, the integrating solution is generally hard to come by. This can be explained by the fact that individuals with violent behavior, in general, are not as likely to adopt integrated and obliging conflict handling styles. Schizophrenia patients with cognitive and/or neuro-cognitive deficits may not possess the effective behavior management strategies required to manage the presence of psychotic symptoms and conflict situations, which, consequently, may result in an increased risk of violent behavior. Hence, moral reasoning plays a crucial role in guiding individuals to develop and exhibit better conflict handling styles.

The results in the present study show that the compromising style was one of the conflict handling styles with the greatest explanatory power. An individual who shows the compromising style has a medium level of concern for self and others. Our finding is consistent with a study conducted for mental construals and conflict management styles [64]. It has been demonstrated that individuals with better abstract thinking have a more cooperative conflict management style, while low construal thinkers have more of a competitive style [64].

The use of this type of conflict handling is also related to moral and ethical consideration [55,65]. Individuals with high moral reasoning ability, as compared to those with lower moral reasoning, tend to pay more attention to the rights of others. Thus, individuals with better moral reasoning are more likely to use the compromising style to handle conflicts.

One of the key aspects in the development of moral reasoning, proposed by the MRDI, is providing the vSZ patients guidance on how they should think and self-reflect, on how to interact with the conflicting situations they are in. Individuals tend to engage in interpersonal conflicts impulsively, without self- and moral reflection upon their behavior. Thus, increasing self-reflective moral reasoning is important for positively improving the vSZ patient's moral judgments, while reducing the dominating style conflict-handling tendency. How to effectively deal with conflict is important for violence prevention [61,66,67].

Particularly, our results show positive changes in agreeableness throughout the course of the intervention. Personality traits seem to be influenced more by nurture (moral reasoning) in some ways, because patients acted by the knowledge and skills learned from the intervention, rather than just naturally knowing what to do and how to act. This explanation is consistent with a previous study [68], where personality traits and personal values were both influenced by nurture. Many previous studies [69,70] have indicated that openness predicts lower social distancing. Higher scores on agreeableness also predicted a positive emotionality, an ability that the vSZ patients developed to control their emotions and empathy. Individuals with the extraversion personality trait usually have rich social skills and are eager to take the initiative to interact with others. This is considered rare in vSZ patients.

The findings of this study provide new insights into the moral reasonings of vSZ patients' violent behavior; however, there are limitations. The improvement of complex moral reasonings and related functions measured in this study may need a longer duration, along with booster sessions. The ratio of male to female participants in the study is biased towards male, at male:female = 16:5. Thus, the analyses may not have accounted fully for the development of women's morality and perspectives on morality. This limitation adds further caution regarding the generalizability of the findings. A future study is recommended to include women sufficiently in a trial. Due to the design of MRDI, it is not possible to identify to what extent the single component contributes to the observed effect. Moreover, this study did not collect data regarding medication adherence or the dosage of antipsychotic regimen for statistical analysis. Poor adherence to antipsychotic medications could increase the risk of violence in schizophrenia. The lack of individual dosimetry data remains a limitation in this study. Thus, the analyses may not have accounted fully for how the effects can be affected by the psychotropic medications between those in the MRDI and control groups. Nevertheless, the use of a representative sample of vSZ patients from hospital is the main strength of this study. Another strength is the involvement of anger management as a significant driving force in moral judgment.

Suggestions for future research are made. It may seem reasonable to support the treatment with antipsychotic medications, such as long-acting injectable antipsychotics, which is more effective when delivered in conjunction with the MRDI for preventing violence in vSZ patients. There is also a need to concurrently examine moral reasoning, violence and conflict handling styles in a dyadic context, such as vSZ patients and their family members, so that a whole picture of the violence can be better observed.

5. Conclusions

The triggering point of violence is multi-faceted and dynamic. Many risk factors for violence intertwined and interacted at multiple levels. This integrated moral reasoning development intervention, when applied in conjunction with psychiatric standard care, could display synergistic and effective effects on moral reasoning and ethical evaluation, as well as impulsivity and personality features of repetitive violence in patients with schizophrenia. The main implication of this trial is that the MRDI may have helped individuals with mental disorders strengthen their willpower to engage in self-care skills, improve interpersonal relationships, and promote decision-making for behavior changes, which are important factors of behavior changes. The design of the individualized sessions also facilitated the vSZ patients in maintaining better and acceptable behaviors, by offering timely feedback on their performance and progress, increased feelings of self-efficacy, associated with enhanced mood, and motivation. A better understanding of the relationship between the impaired moral reasoning in schizophrenia and violence would be helpful for risk assessment, treatment and psychosocial rehabilitation.

Author Contributions: Conceptualization, M.-C.H. and W.-C.O.; Methodology, M.-C.H. and W.-C.O.; software, W.-C.O.; validation, W.-C.O.; formal analysis, M.-C.H. and W.-C.O.; investigation, W.-C.O.; resources, M.-C.H. and W.-C.O.; data curation, W.-C.O.; writing—original draft preparation, W.-C.O.; writing—review and editing: W.-C.O.; visualization, W.-C.O.; supervision, W.-C.O.; project administration, M.-C.H. and W.-C.O.; funding acquisition, M.-C.H. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by the by the Ministry of Science and Technology, grant numbers MOST 108-2314-B-214-009.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Committee of Jianan Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Taiwan (registered No. 19-021, 20-025).

Informed Consent Statement: Written informed consent was obtained from all participants before screening.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy and ethical restrictions.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

References

1. Cho, W.; Shin, W.S.; An, I.; Bang, M.; Cho, D.Y.; Lee, S.H. Biological aspects of aggression and violence in schizophrenia. *Clin. Psychopharmacol. Neurosci.* **2019**, *17*, 475–486. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
2. O'Reilly, K.; O'Connell, P.; Corvin, A.; O'Sullivan, D.; Coyle, C.; Mullaney, R.; O'Flynn, P.; Grogan, K.; Richter, M.; Kennedy, H. Moral cognition and homicide amongst forensic patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: A cross-sectional cohort study. *Schizophr. Res.* **2018**, *193*, 468–469. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Fazel, S.; Gulati, G.; Linsell, L.; Geddes, J.R.; Grann, M. Schizophrenia and violence: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* **2009**, *6*, e1000120. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Nielssen, O.; Large, M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Bull.* **2008**, *36*, 702–712. [[CrossRef](#)]
5. O'Reilly, K.; O'Connell, P.; O'Sullivan, D.; Corvin, A.; Sheerin, J.; O'Flynn, P.; Donohoe, G.; McCarthy, H.; Ambrosch, D.; O'Donnell, M.; et al. Moral cognition, the missing link between psychotic symptoms and acts of violence: A cross-sectional national forensic cohort study. *BMC Psychiatry* **2019**, *19*, 408. [[CrossRef](#)]
6. Fazel, S.; Wolf, A.; Palm, C.; Lichtenstein, P. Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: A 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry* **2014**, *1*, 44–54. [[CrossRef](#)]
7. Winsper, C.; Ganapathy, R.; Marwaha, S.; Large, M.; Birchwood, M.; Singh, S.P. A systematic review and meta-regression analysis of aggression during the first episode of psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* **2013**, *128*, 413–421. [[CrossRef](#)]
8. Christian, C.J.; Jean-Luc, D.; Catherine, G.; Frederic, M. Major mental disorders and violence: A critical update. *Curr. Psychiatry Rev.* **2007**, *3*, 33–50. [[CrossRef](#)]

9. Kooyman, I.; Dean, K.; Harvey, S.; Walsh, E. Outcomes of public concern in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry Suppl.* **2007**, *50*, s29–s36. [[CrossRef](#)]
10. Camus, D.; Glauser, E.S.D.; Gholamrezaee, M.; Gasser, J.; Moulin, V. Factors associated with repetitive violent behavior of psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* **2021**, *296*, 113643. [[CrossRef](#)]
11. Herrera-Ferrá, K.; Giordano, J. Re-classifying recurrent violent behavior? Considerations, caveats and neuroethical concerns for psychiatry and social engagement. *Acta Psychopathol.* **2016**, *2*, 6. [[CrossRef](#)]
12. Hsu, M.C.; Ouyang, W.C. Effects of integrated violence intervention on alexithymia, cognitive, and neurocognitive features of violence in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Brain Sci.* **2021**, *11*, 837. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Sun, G.-C.; Hsu, M.-C. Effects of nurse-led child- and parent-focused violence intervention on mentally ill adult patients and victimized parents: A randomized controlled trial. *Int. J. Nurs. Stud.* **2016**, *60*, 79–90. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. Ouyang, W.-C.; Sun, G.-C.; Hsu, M.-C. Omega-3 fatty acids in cause, prevention and management of violence in schizophrenia: Conceptualization and application. *Aggress. Violent Behav.* **2020**, *50*, 101347. [[CrossRef](#)]
15. Sevinc, G.; Lazar, S.W. How does mindfulness training improve moral cognition: A theoretical and experimental framework for the study of embodied ethics. *Curr. Opin. Psychol.* **2019**, *28*, 268–272. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
16. Kronbichler, L.; Stelzig-Schöler, R.; Lenger, M.; Weber, S.; Pearce, B.G.; Reich, L.A.; Aichhorn, W.; Kronbichler, M. Preserved intention understanding during moral judgments in schizophrenia. *PLoS ONE* **2021**, *16*, e0251180. [[CrossRef](#)]
17. McGuire, J.; Brüne, M.; Langdon, R. Judgment of moral and social transgression in schizophrenia. *Compr. Psychiatry* **2017**, *76*, 160–168. [[CrossRef](#)]
18. McGuire, J.; Langdon, R.; Brüne, M. Moral cognition in schizophrenia. *Cogn. Neuropsychiatry* **2014**, *19*, 495–508. [[CrossRef](#)]
19. Helwig, C.C.; Turiel, E. Children’s social and moral reasoning. In *The Wiley-Blackwell Handbook of Childhood Social Development*, 2nd ed.; Smith, P.K., Hart, C.H., Eds.; Wiley-Blackwell: Oxford, UK, 2011; pp. 567–583. ISBN 9781444390933.
20. Wischniewski, J.; Brüne, M. Moral reasoning in schizophrenia: An explorative study into economic decision making. *Cogn. Neuropsychiatry* **2011**, *16*, 348–363. [[CrossRef](#)]
21. Lee, S.-H.; Smith, P.K.; Monks, C.P. Moral reasoning about aggressive behavior in relation to type of aggression, age and gender in South Korean Pupils. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 2288. [[CrossRef](#)]
22. Malti, T.; Gasser, L.; Buchmann, M. Aggressive and prosocial children’s emotion attributions and moral reasoning. *Aggress. Behav.* **2009**, *35*, 90–102. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
23. Gómez, Á.; López-Rodríguez, L.; Sheikh, H.; Ginges, J.; Wilson, L.; Waziri, H.; Vázquez, A.; Davis, R.; Atran, S. The devoted actor’s will to fight and the spiritual dimension of human conflict. *Nat. Hum. Behav.* **2017**, *1*, 673. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
24. Jones, M.T.; Harvey, P.D. Neurocognition and social cognition training as treatments for violence and aggression in people with severe mental illness. *CNS Spectr.* **2019**, *25*, 145–153. [[CrossRef](#)]
25. Bucciarelli, M.; Khemlani, S.; Johnson-Laird, P.N. The psychology of moral reasoning. *Judgm. Decis. Mak.* **2008**, *3*, 121–139.
26. Guglielmo, S. Moral judgment as information processing: An integrative review. *Front. Psychol.* **2015**, *6*, 1637. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
27. Whiting, D.; Lichtenstein, P.; Fazel, S. Violence and mental disorders: A structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry* **2021**, *8*, 150–161. [[CrossRef](#)]
28. Velotti, P.; Garofalo, C.; Petrocchi, C.; Cavallo, F.; Popolo, R.; Dimaggio, G. Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Res.* **2016**, *237*, 296–303. [[CrossRef](#)]
29. Lila, M.; Gracia, E.; Murgui, S. Psychological adjustment and victim-blaming among intimate partner violence offenders: The role of social support and stressful life events. *Eur. J. Psychol. Appl. Leg. Context* **2013**, *5*, 147–153. [[CrossRef](#)]
30. Romera, E.M.; Casas, J.; Gómez-Ortiz, O.; Ortega-Ruiz, R. Moral domain as a risk and protective factor against bullying. An integrating perspective review on the complexity of morality. *Aggress. Violent. Behav.* **2019**, *45*, 75–82. [[CrossRef](#)]
31. Falla, D.; Romera, E.M.; Ortega-Ruiz, R. Aggression, moral disengagement and empathy. a longitudinal study within the interpersonal dynamics of bullying. *Front. Psychol.* **2021**, *12*, 703468. [[CrossRef](#)]
32. De Schutter, M.A.; Kramer, H.J.T.; Franken, E.J.; Lodewijkx, H.F.; Kleinepiper, T. The influence of dysfunctional impulsivity and alexithymia on aggressive behavior of psychiatric patients. *Psychiatry Res.* **2016**, *243*, 128–134. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Kamali, F.; Yousefy, A.; Yamani, N. Explaining professionalism in moral reasoning: A qualitative study. *Adv. Med. Educ. Pract.* **2019**, *10*, 447–456. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
34. Kohlberg, L. Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach. In *Moral Development and Behavior: Theory, Research, and Social Issues*; Lickona, T., Ed.; Holt, Rinehart & Winston: New York, NY, USA, 1976; pp. 31–53.
35. Kohlberg, L.; Elfenbein, D. The development of moral judgments concerning capital punishments. *Am. J. Orthopsychiatry* **1975**, *45*, 614–640. [[CrossRef](#)]
36. Hornsveld, R.H.J.; Kraaimaat, F.W.; Zwets, A.J. The adapted version of the sociomoral reflection measure (SRM-AV) in Dutch forensic psychiatric patients. *Int. J. Forensic Ment. Health* **2012**, *11*, 218–226. [[CrossRef](#)]
37. Reidenbach, R.E.; Robin, D.P.; Dawson, L.E. An application and extension of a multidimensional ethics scale to selected marketing practices and marketing groups. *J. Acad. Mark. Sci.* **1991**, *19*, 83–92. [[CrossRef](#)]
38. Pacini, R.; Epstein, S. The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs, and the ratio-bias phenomenon. *J. Pers. Soc. Psychol.* **1999**, *76*, 972–987. [[CrossRef](#)]
39. Rahim, M.A. A measure of styles of handling interpersonal conflict. *Acad. Manag. J.* **1983**, *26*, 368–376.

40. Kay, S.R.; Wolkenfeld, F.; Murrill, L.M. Profiles of aggression among psychiatric patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* **1988**, *176*, 539–546. [[CrossRef](#)]
41. Buss, A.H.; Perry, M. The Aggression Questionnaire. *J. Personal. Soc. Psychol.* **1992**, *63*, 452–459. [[CrossRef](#)]
42. Gosling, S.D.; Rentfrow, P.J.; Swann, W.B., Jr. A very brief measure of the Big-Five personality domains. *J. Res. Pers.* **2003**, *37*, 504–528. [[CrossRef](#)]
43. Borrelli, B. The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *J. Public Health Dent.* **2011**, *71*, S52–S63. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
44. Harris, M.N.; Teasdale, B. The prediction of repeated violence among individuals with serious mental disorders: Situational versus dispositional factors. *J. Interpers. Violence* **2021**, *36*, 691–721. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
45. Davis, A.N. The role of violent behaviors in youth moral development. commentary on Moreno. *Hum. Dev.* **2020**, *64*, 139–141. [[CrossRef](#)]
46. Sprong, M.; Schothorst, P.; Vos, E.; Hox, J.; van Engeland, H. Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* **2007**, *191*, 5–13. [[CrossRef](#)]
47. Zucchelli, M.M.; Ugazio, G. Cognitive-emotional and inhibitory deficits as a window to moral decision-making difficulties related to exposure to violence. *Front. Psychol.* **2019**, *10*, 1427. [[CrossRef](#)]
48. Trivedi-Bateman, N. The combined roles of moral emotion and moral rules in explaining acts of violence using a situational action theory perspective. *J. Interpers. Violence* **2021**, *36*, 8715–8740. [[CrossRef](#)]
49. Klein, H.S.; Pinkham, A.E. Examining reasoning biases in schizophrenia using a modified "Jumping to Conclusions" probabilistic reasoning task. *Psychiatry Res.* **2018**, *270*, 180–186. [[CrossRef](#)]
50. Serrano-Guerrero, E.; Ruiz-Veguilla, M.; Martín-Rodríguez, A.; Rodríguez-Testal, J.F. Inflexibility of beliefs and jumping to conclusions in active schizophrenia. *Psychiatry Res.* **2020**, *284*, 112776. [[CrossRef](#)]
51. Turner, D.T.; MacBeth, A.; Larkin, A.; Moritz, S.; Livingstone, K.; Campbell, A.; Hutton, P. The effect of reducing the "jumping to conclusions" bias on treatment decision-making capacity in psychosis: A randomized controlled trial with mediation analysis. *Schizophr. Bull.* **2019**, *45*, 784–793. [[CrossRef](#)]
52. Luk, M.S.K.; Chang, W.C.; Chong, C.S.Y.; Siu, C.M.W.; Chan, S.K.W.; Lee, E.M.H.; Hui, C.L.M.; Sun, Y.N.; Lee, T.M.C.; Lo, T.L.; et al. Altered risky decision making in patients with early non-affective psychosis. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* **2021**, *271*, 723–731. [[CrossRef](#)]
53. Lucifora, C.; Martino, G.; Curcuruto, A.; Salehinejad, M.A.; Vicario, C.M. How self-control predicts moral decision making: An exploratory study on healthy participants. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 3840. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
54. Garrigan, B.; Adlam, A.L.R.; Langdon, P.E. Moral decision-making and moral development: Toward an integrative framework. *Dev. Rev.* **2018**, *49*, 80–100. [[CrossRef](#)]
55. Rahim, M.A.; Magnet, N.R.; Shapiro, D. Do Justice Perceptions Influence Styles of Handling Conflicts With Supervisors? What Justice Perceptions, Precisely? *Int. J. Confl. Manag.* **2000**, *11*, 9–31. [[CrossRef](#)]
56. Faay, M.D.M.; van Os, J. Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators. Aggressive behavior, hostility, and associated care needs in patients with psychotic disorders: A 6-year follow-up study. *Front. Psychol.* **2020**, *10*, 934. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
57. Faay, M.D.M.; van Baal, G.C.M.; Arango, C.; Díaz-Caneja, C.M.; Berger, G.; Leucht, S.; Bobes, J.; Sáiz, P.A.; García-Portilla, M.P.; van de Brug, R.; et al. Hostility and aggressive behaviour in first episode psychosis: Results from the OPTiMiSE trial. *Schizophr. Res.* **2020**, *223*, 271–278. [[CrossRef](#)]
58. Witt, K.; van Dorn, R.; Fazel, S. Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE* **2013**, *8*, e55942. [[CrossRef](#)]
59. Rubio-Garay, F.; Carrasco, M.A.; Amor, P.J. Aggression, anger and hostility: Evaluation of moral disengagement as a mediational process. *Scand. J. Psychol.* **2016**, *57*, 129–135. [[CrossRef](#)]
60. Palmer, E.J. The relationship between moral reasoning and aggression, and the implications for practice. *Psychol. Crime Law* **2005**, *11*, 353–361. [[CrossRef](#)]
61. Chow, I.H.-S.; Ding, D.Z.Q. Moral judgement and conflict handling styles among Chinese in Hong Kong and PRC. *J. Manag. Dev.* **2002**, *21*, 666–679. [[CrossRef](#)]
62. Pérez-Yus, M.C.; Ayllón-Negrillo, E.; Delsignore, G.; Magallón-Botaya, R.; Aguilar-Latorre, A.; Oliván Blázquez, B. Variables associated with negotiation effectiveness: The role of mindfulness. *Front. Psychol.* **2020**, *11*, 1214. [[CrossRef](#)]
63. Luque, P.J.; Medina, F.J.; Dorado, M.A.; Munduate, L. Handling conflict styles effectiveness. *Int. J. Soc. Psychol.* **2014**, *13*, 217–224. [[CrossRef](#)]
64. Mukherjee, K.; Upadhyay, D. Effect of mental construals on cooperative and competitive conflict management styles. *Int. J. Confl. Manag.* **2019**, *30*, 202–226. [[CrossRef](#)]
65. Rahim, M.A.; Psenicka, C. A model of emotional intelligence and conflict management strategies: A study in seven countries. *Int. J. Organ. Anal.* **2002**, *10*, 302–326. [[CrossRef](#)]
66. Paciello, M.; Fida, R.; Tramontano, C.; Lupinetti, C.; Caprara, G.V. Stability and change of moral disengagement and its impact on aggression and violence in late adolescence. *Child Dev.* **2008**, *79*, 1288–1309. [[CrossRef](#)]
67. Buck, B.; Browne, J.; Gagen, E.C.; Penn, D.L. Hostile attribution bias in schizophrenia-spectrum disorders: Narrative review of the literature and persisting questions. *J. Ment. Health* **2020**, *1–18*. [[CrossRef](#)]

68. Schermer, J.A.; Vernon, P.A.; Maio, G.R.; Jang, K.L.A. A behavior genetic study of the connection between social values and personality. *Twin Res. Hum. Genet.* **2011**, *14*, 233–239. [[CrossRef](#)]
69. Brown, S.A. The contribution of previous contact and personality traits to severe mental illness stigma. *Am. J. Psychiat. Rehab.* **2012**, *15*, 274–289. [[CrossRef](#)]
70. Magalhaes, E.; Costa, P.; Costa, M.J. Empathy of medical students and personality: Evidence from the five-factor model. *Med. Teach.* **2012**, *34*, 807–812. [[CrossRef](#)]