Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera

HISIKIA LAIA
Hisikia.laia11@gmail.com

BAB 1 **PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang memengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk cara berpikir, berkomunikasi, menerima menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi yang ditandai dengan pikiran kacau, aneh (Pardede, Kalia & Yulia, 2015). Skizofrenia merupakan gangguan mental berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Sedangkan di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas (2018) didapatkan estimasi prevalensi orang yang pernah menderita skizofrenia di Indonesia sebesar 1,8 per 1000 penduduk. 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, Keliat, & Yulia 2020).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dapat berakhir dengan hilangnya nyawa seseorang. Dalam penanganan penyakit ini karena jiwa yang

terganggu maka di butuhkan adalah terapi, rehabilitasi serta dengan konseling. Upaya terbesar untuk penanganan penyakit gangguan jiwa terletak pada keluarga dan masyarakat, dalam hal ini terapi terbaik adalah bentuk dukungan keluarga dalam mencegah kambuhnya penyakit skizofrenia (Pitayanti, & Hartono, 2020). Perubahan pada fungsi kognitif, fisiologis, afektif, hingga perilaku dan sosial hingga menyebabkan resiko perilaku kekerasan. Berdasarkan data tahun 2017 dengan resiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang menunjukkan resiko perilaku kekerasan sangatlah tinggi (Pardede, Siregar & Hulu, 2020).

Perilaku kekerasan adalah perilaku individu yang dapat membahayakan orang, diri sendiri baik secara fisik, emosional dan seksualitas, perilaku kekerasan merupakan salah satu respon maladaptif dari marah. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan atau kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman . Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya sehingga keluarga memerlukan pengetahuan dan informasi bagaimana cara menghadapi anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan dan untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan perilaku kekerasan yang tepat keluarga memiliki peran yang sangat penting untuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan dengan menggunakan ketrampilan koping untuk menghadapi masalah (Townsend & Morgan, 2017).

Survei awal pada pembuatan asuhan keperawatan pada skizofrenia ini dilakukan di Yayasan Pemenag Jiwa Sumatera dengan pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan pasien nama inisial Ny. D, klien datang ke yayasan di bawa oleh kakak klien karena awalnya klien sering marah, membanting barang-barang yang ada di rumah, dan klien juga pernah memukul salah satu keluarga yang ada di sekitar rumah klien.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut : Bagaimana Memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan Pemenang Sumatera.

1.3 Tujuan Penulisan

Adapun tujuannya sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa secara holistik dan komprehensif kepada Ny.D dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu mengetahui defenisi, tanda & gejala, faktor penyebab, mekanisme koping, penatalaksanaan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa atau masalah keperawatan pada Ny.D dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- d. Mahasiswa mampu menetapkan intervensi keperawatan secara menyeluruh pada Ny.D dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- e. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan yang nyata pada Ny.D dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- f. Mahasiswa mampu mengevaluasi sebagai tolak ukur guna menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan pada Ny. D dengan gangguan resiko perilaku kekerasan.

1.4. Manfaat

1. Responden

Diharapkan tindakan yang telah di ajakarkan dapat di terapkan secara mandiri untuk mengontrol emosi dan untuk mendukung kelangsungan kesehatan pasien.

2. Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan untuk menjadi acuan dalam dalam melakukan kegiatan kemahasiswaan dalam bidang keperawatan jiwa.

3. Diharapkan dapat menjadi acuan dalam menanganin atau dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Resiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia merupakan sekelompok raksi psikotik yang memengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk cara berpikir, berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi yang ditandai dengan pikiran kacau waham, halusinasi dan perilaku aneh. Skizofrenia merupakan kelainan jiwa parah yang mengakibatkan stres tidak hanya bagi penderita juga bagi anggota keluarganya (Pardede, 2019). Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran, distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku sehingga pasien dengan skizofrenia memiliki resiko lebih tinggi berperilaku agresif dimana perubahan perilaku secara dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Hal ini membuat perlu bantuan keluarga untuk merawat dan memberikan perhatian khusus pada pasien skizofrenia (Pardede & Siregar, 2016)

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Pardede, Laia, 2020)

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, atau merusak lingkungan. Respon tersebut muncul akibat adanya stresor, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri orang lain maupun lingkungan. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman individu. Amuk merupakan respons kemarahan yang paling

maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan (Yusuf, 2015).

2.1.2 Tanda dan Gejala

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

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.

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.

2.1.3 Rentang Respon Marah

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Keterangan :

1. Assertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
2. Frustrasi adalah respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
3. Pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
4. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
5. Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain.

2.1.4 Etiologi

Penyebab dari perilaku kekerasan bukan terdiri cuman satu faktor tetapi termasuk juga faktor keluarga, media, teman, lingkungan, biologis. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan dampak seperti gangguan psikologis, merasa tidak aman, tertutup, kurang percaya diri, resiko bunuh diri, depresi, harga diri rendah, ketidak berdayaan, isolasi sosial (Putri, Arif & Renidayati 2020).

Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya skizofrenia meliputi biologis, psikologis, dan sosialkultural, dimana faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia adalah genetik, neuroanatomi, neurokimia, dan imunovirologi. Faktor presipitasi merupakan faktor Terapi yang diberikan untuk mengatasi pasien skizofrenia dengan risiko

perilaku kekerasan biasanya terapi generalis keperawatan jiwa tetapi masih belum sempurna dalam menangani pasien maka perlulah terapi spesialis keperawatan untuk mempercepat kesembuhan pasien seperti Behaviour Therapy yang dapat mengubah perilaku maladaptif ke adaptif. Behaviour Therapy merupakan salah satu teknik yang digunakan dalam menyelesaikan tingkah laku yang ditimbulkan oleh dorongan dari dalam dan dorongan untuk memenuhi kebutuhan – kebutuhan hidup, yang dilakukan melalui proses belajar agar bisa bertindak dan bertingkah laku lebih efektif, lalu mampu menanggapi situasi dan masalah dengan cara yang efektif dan efisien (Pardede, Keliat, & Yulia 2015).

a. Faktor prsitipasi

Ketika seseorang merasa terancam terkadang tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Tetapi secara umum, seseorang akan mengeluarkan respon marah apabila merasa dirinya terancam. Faktor presipitasi bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yaitu (Parwati, Dewi & Saputra 2018) :

- a. Klien : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.
- b. Lingkungan : Ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan perilaku kekerasan bisa juga dengan melakukan terapi *restrain*. *Restrain* adalah aplikasi langsung kekuatan fisik pada individu, tanpa injin individu tersebut, untuk mengatasi kebebasan gerak, terapi ini melibatkan penggunaan alat mekanis atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien. Terapi *restrain* dapat diindikasikan untuk melindungi pasien atau orang lain dari cedera pada saat pasien lagi marah ataupun amuk (Hastuti, Agustina, & Widiyatmoko 2019).

1. Tindakan Keperawatan

Mengajarkan stimulasi persepsi perilaku kekerasan berdasarkan standar pelaksanaan untuk mengenal penyebab perilaku kekerasan dengan latihan fisik seperti : Tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, meminum obat dengan teratur, berbicara secara baik-baik seperti meminta sesuatu dan mengajarkan spritual sesuai kepercayaan pasien (Pardede & Laia, 2020).

- a. Biasanya pada klien prilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.
- b. Aktivitas motorik
- c. Biasanya aktivitas motoric klien dengan prilaku kekerasan akan terlihat ttegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.
- d. Alam perasaan
Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan
- e. Efek
Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab
- f. Interaksi selama wawancara
Biasanya klien dengan risiko prilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.
- g. Persepsi
Biasanya klien dengan prilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas
- h. Isi Pikir
Biasanya klien meyakini diri nya tidak sakit, dan baik-baik saja
- i. Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung,

j. Memori

Biasanya klien di waktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

k. Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan

l. Daya pikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya

1. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Biasanya klien tidak mengalami perubahan

b. BAB/BAK

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan

c. Mandi

Biasanya klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

d. Berpakaian

Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki

e. Istirahat dan tidur

Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cuci kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

f. Penggunaan obat

Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

g. Pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatan nya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

h. Aktivitas didalam rumah

Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

2. Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

3. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan

4. Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan pasien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi Dari obat yang diminumnya.

2.1.6 Konsep Dasar Keperawatan

1.6 Pengkajian keperawatan

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol (Kusnadi, 2015).

1.7 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah dari teori (Nursali, Damaiyanti, 2018)) bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh halusinasi pendengaran, akan berakibat resiko mencederai diri sendiri dan orang lain, dan lingkungan, dari halusinasi dapat berakibat terjadi mencederai orang

lain. Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi pendengaran, isolasi sosial dan harga diri rendah.

1.8 Intervensi

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan perilaku kekerasan menurut (Nursali, Damaiyanti, 2018) yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, dan akibat perilaku kekerasan, melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik: Tarik napas dalam, memukul bantal/Kasur, cara verbal: menyampaikan marah dengan berbicara aktif, cara spiritual dan cara minum obat. Tindakan keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan yang dapat dilakukan oleh klien dan aspek positif yang dimilikinya.

1.9 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan melihat kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien. Teknik yang perlu diperhatikan adalah strategi komunikasi, yang harus dilakukan yaitu : bersikap tenang, bicara lambat, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dengan cara yang kongkrit, tunjukkan respek pada klien, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi tanpa kesan berlebihan, fasilitasi pembicaraan klien, dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan, jangan buat janji yang tidak dapat perawat sejadi. Lingkungan: menyediakan berbagai aktivitas. Tindakan perilaku: membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima.

1.10 Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diharapkan: klien sudah dapat mengidentifikasi penyebab, frekuensi perilaku kekerasan dan mengontrol perilaku kekerasan dengan Tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal, klien tidak melakukan perilaku kekerasan, klien minum

obat dengan benar dan teratur, pegawai yang ada di yayasan pemenang jiwa sumatera sudah mampu merawat klien, pegawai mengetahui cara minum obat klien, pegawai mengetahui kegiatan yang dapat dilakukan klien saat di yayasan pemenang jiwa sumatera.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Identitas Klien

Inisial : Ny. D
Jenis kelamin : Perempuan
Umur : 53 Tahun
Agama : Kristen Protestan
Status : Tidak Menikah
Tanggal pengkajian : 15 Februari 2021
Alamat : Jln. Anggrek Simpang selayan no 76
Informant : Status klien dan komunikasi dengan klien.

3.2 Keluhan Utama

Alasan klien masuk di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera adalah karena klien sering marah-marah, berbicara sendiri, melempar barang yang ada dirumahnya, klien mengatakan pernah memukul orang lain, dan suka menyendiri.

3.3 Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan dirawat di rumah sakit pingadiri selama dua tahun dan pulang kerumah dalam keadaan tenang. Dirumah klien tidak rutin minum obat, tidak mau kontrol ke rumah sakit jiwa sehingga timbul gejala-gejala seperti diatas kemudian klien kambuh lagi karna tidak rutin minum obat klien marah dan merusak barang-barang dirumah hingga akhirnya keluarga membawa klien di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera, pengobatan klien sebelumnya kurang berhasil karna tidak rutin minum obat, Keluarga klien tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

3.4 Fisik

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik klien tidak memiliki keluhan, dan saat dilakukan TTV di dapatkan hasil :

TD : 120/80 mmHg

N : 84 x/menit

S : 36,7 °C

RR : 24x/menit

TB : 158 cm

BB : 67 Kg

3.5 Psikososial

3.5.1 Genogram

Penjelasan :

Klien merupakan anak kelima dari enam bersaudara, klien memiliki satu kakak perempuan dan tiga abng laki-laki dan satu adik perempuan. Klien belum pernah menikah.

Keterangan :

☒ : Laki-laki meninggal

○ : Perempuan

● : Klien

---- : Tinggal dalam satu rumah

: meninggal

Penjelasan : klien tinggal di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera sudah 4 tahun dengan alasan keluarga membawa klien karena membanting barang-barang dirumah dan sering marah.

3.5.2 Konsep diri

- a. Gambaran diri : Klien menyukai seluruh tubuhnya dan tidak ada yang cacat
- b. Identitas : Klien anak ke 5 dari 6 bersaudara, klien hanya lulusan SMP yang saat ini tidak memiliki pekerjaan
- c. Peran : Klien berperan sebagai anak dikeluarga, klien tinggal bersama adiknya
- d. Ideal diri : Klien merasa malu karena klien dirawat di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera dan ingin cepat pulang ke rumah.
- e. Harga diri : Klien merasa tidak berarti lagi di keluarga karena tidak menikah, sehingga keluarga mengasingkan, klien mengatakan merasa malu berada di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera dan merasa bosan.

3.5.3 Hubungan sosial

Klien menganggap bahwa keluarganya adalah orang yang sangat berarti dalam hidupnya, terutama orangtuanya. Klien tidak mengikuti kegiatan di kelompok/masyarakat. Klien mengatakan mempunyai hambatan dalam berhubungan dengan orang lain karena klien sulit bergaul dan selalu ingin menyendiri.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik diri

3.5.4 Spiritual

- a. Nilai dan Keyakinan : Klien beragama kristen protestan dan yakin dengan agamanya.
- b. Kegiatan Ibadah : Klien ikut melakukan ibadah selama dirawat.

3.5.5 Status Mental

1. Penampilan

Penjelasan : Klien berpenampilan bersih, dan rapi

2. Pembicaraan

Penjelasan : Klien masih mampu menjawab pertanyaan perawat dengan lambat namun dapat dipahami

3. Aktivitas Motorik

Penjelasan : Klien terlihat gelisah

4. Suasana perasaan

Penjelasan : Klien sedih dan bosan karna tinggal di yayasan pemenang jiwa sumatera, terlebih keluarga jarang datang menjenguk.

5. Afek

Penjelasan : Afek klien labil, mudah emosi, mudah marah jika disuruh bekerja.

6. Interaksi selama wawancara

Penjelasan : Klien kurang kooperatif, jika berbicara klien kadang-kadang memalingkan wajah, kurang kontak mata pada lawan bicara, mudah tersinggung dalam setiap interaksi.

7. Persepsi

Penjelasan : Klien mengatakan bahwa ada suara-suara yang menyuruh untuk merusak barang-barang

8. Proses Pikir

Penjelasan : Klien mampu menjawab apa yang ditanya dengan baik.

9. Isi pikir

Penjelasan : Klien dapat mengontrol isi pikirnya, klien tidak mengalami gangguan isi pikir dan tidak ada waham. Klien tidak mengalami fobia, obsesi ataupun depersonalisasi.

10. Tingkat kesadaran

Penjelasan : Klien tidak mengalami gangguan orientasi, klien mengenali waktu, orang dan tempat.

11. Memori

Penjelasan : Klien mampu menceritakan kejadian dimasa lalu dan yang baru terjadi.

12. Tingkat konsentrasi berhitung

Penjelasan : Klien mampu berkonsentrasi dalam perhitungan sederhana tanpa bantuan orang lain.

13. Kemampuan penilaian

Penjelasan : Klien dapat membedakan hal yang baik dan yang buruk.

14. Daya tilik diri

Penjelasan : Klien tidak mengingkari penyakit yang diderita, klien mengetahui bahwa dia sedang sakit dan dirawat di yayasan pemenang jiwa sumatera.

3.6 Mekanisme Koping

Klien mengalami mekanisme koping adaptif yaitu klien dapat berbicara baik dengan orang lain.

3.7 Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan sulit berteman dengan orang lain karena klien merasa bahwa mempunyai teman itu tidak baik karna mempunyai teman tidak membantu dirinya dan klien selalu ingin menyendiri.

3.8 Pengetahuan Kurang Tentang Gangguan Jiwa

Klien megatakan dukungan psikososial dan lingkungan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera sangat baik.

3.9 Aspek Medik

Diagnosa medis : Skizofrenia Paranoid

Terapi medis yang diberikan:

- a. Risperidon tablet 2 mg 2x1
- b. Chlozapine tablet 25mg 1x1

3.10 Analisis Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan beberapa kali melempar barang-barang yang ada dirumahnya, dan pernah memukuli orang yang terdekat seperti adek dan kakaknya.</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak memandang orang lain dengan tatapan bermusuhan dan gelisah.</p>	Resiko Perilaku Kekerasan
2	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan mendengar suara suara yang menyuruhnya merusak barang-barang dan memukul orang lain</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak berbicara sendiri, dan tersenyum sendiri</p>	Halusinasi Pendengaran
3	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan tidak mau bergaul dan lebih suka menyendiri karena penyakitnya.</p>	Isolasi Sosial

	Objektif : Klien tidak aktif dalam kegiatan yang dilaksanakan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera	
4	Subjektif : Klien merasa tidak dihargai, merasa dibuang oleh keluarganya dan merasa minder dengan orang lain karena dirawat di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Objektif : Klien tampak malu,	Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah

3.11 Daftar Masalah Keperawatan

- a. Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Halusinasi Pendengaran
- c. Isolasi Sosial
- d. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3.12 Pohon Masalah

3.13 Diagnosa Prioritas

1. Resiko Perilaku Kekerasan

3.14 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Intervensi
1	<p>Perilaku kekerasan :</p> <p>DS:</p> <p>Klien mengatakan pernah melempar barang-barang yang ada di rumahnya, memukul orang lain dan marah-marah.</p> <p>DO :</p> <p>Klien tampak memandang orang lain dengan tatapan bermusuhan dan gelisah.</p>	<p>Sp1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab, frekuensi perilaku kekerasan 2. Mengontrol perilaku kekerasan dengan Tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal <p>Sp2:</p> <p>Kontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur</p> <p>Sp 3:</p> <p>Control perilaku kekerasan dengan berbicara baik-baik</p> <p>Sp 4:</p> <p>Spiritual</p>
2	<p>Halusinasi</p> <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya merusak barang-barang</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berbicara sendiri - Tersenyum sendiri 	<p>SP 1 :</p> <p>mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon halusinasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <p>SP 2 :</p> <p>mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan teratur.</p> <p>SP 3 :</p> <p>mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.</p> <p>SP 4:</p>

		Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal.
3	<p>Isolasi Sosial</p> <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan tidak mau bergaul dan lebih suka menyendiri</p> <p>DO :</p> <p>Klien tidak aktif dalam kegiatan yang dilaksanakan di rumah sakit.</p>	<p>Sp1 :</p> <p>Menjelaskan keuntungan dan kerugian mempunyai teman</p> <p>Sp2 :</p> <p>Melatih klien berkenalan dengan 2 orang atau lebih</p> <p>Sp 3 :</p> <p>Melatih bercakap-cakap sambil melatih kegiatan harian</p> <p>Sp 4 :</p> <p>Melatih berbicara sosial : meminta sesuatu, berbelanja</p>
4	<p>Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah</p> <p>DS :</p> <p>Klien merasa tidak dihargai, kehadiran klien tidak diterima di lingkunganKlien merasa dibuang oleh keluarganya</p> <p>DO :</p> <p>Klien tampak malu</p>	<p>Sp1:</p> <p>Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki oleh pasien</p> <p>Sp 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai kemampuan yang dapat digunakan 2. Menetapkan / memilih kegiatan sesuai kemampuan 3. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 <p>Sp 3:</p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p>Sp 4:</p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p>

3.15 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
Senin 15/02/2021 Pukul 10:00 WIB	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah - marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, mendengar suara-suara, tertawa sendiri, suka menyendiri, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : melakukan aktivitas bersihkan tempat tidur</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Halusinasi</p> <p>Isolasi Sosial</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 1 Risiko Perilaku Kekerasan:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan yaitu jika kemauan klien tidak dituruti - Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu klien marah, mengamuk tanpa jelas, merusak barang-barang, dan cenderung melukai orang lain - Menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan adalah dengan latihan fisik 1 : tarik napas dalam latihan fisik 2 : pukul kasur bantal 	<p>S : senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan latihan fisik tarik nafas dalam dengan mandiri - Klien mampu pukul kasur bantal dengan mandiri - <p>A : Risiko Perilaku kekerasan (+)</p> <p>P : Latihan fisik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarik nafas dalam 1x/hari - Pukul kasur bantal 1x/hari

	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu klien latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal. <p>4. RTL:</p> <p>Sp2 Risiko Perilaku Kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur 	
<p>Rabu 17/02/2021 Pukul 10:00 WIB</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, mendengar suara-suara, tertawa sendiri, suka menyendiri, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : melakukan aktivitas bersihkan tempat tidur</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Halusinasi</p> <p>Isolasi Sosial</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 2 Risiko Perilaku Kekerasan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik napas dalam dan pukul kasur bantal 2. Memberikan informasi tentang penggunaan obat yang teratur meliputi benar orang, benar 	<p>S : senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan mandiri - Klin mampu pukul kasur bantal secara mandiri - Klien minum obat secara teratur dengan bantuan perawat <p>A : Risiko Perilaku kekerasan (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihantarik nafas dalam 1 x/hari - Latihan pukul kasur bantal 1 x/hari - Minum obat secara teratur 2x /hari <p>Risperidon 2 mg (2 x 1) Clorozapine 25 mg (1x1)</p>

	<p>cara, benar dosis, benar obat dan benar waktu.</p> <p>Risperidon 2 mg (2 x 1) Clorazapine 25 mg (1x1)</p> <p>4.RTL:</p> <p>Sp 3 Risiko Perilaku Kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> Komunikasi secara verbal:Asertif/bicara baik-baik. 	
<p>Kamis 18/02/2021 Pukul 11:00</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, mendengar suara-suara, tertawa sendiri, suka menyendiri, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : melakukan aktivitas bersihkan tempat tidur</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Halusinasi Isolasi Sosial Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 3Risiko Perilaku Kekerasan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal Minum obat secara teratur Komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik <p>4.RTL:</p> <p>Sp 4 Risiko Perilaku Kekerasan:</p>	<p>S : senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mampu melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baikdengan motivasi <p>A : RisikoPerilaku kekerasan (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> Latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 1x/hari Minumobat secara teratur 2x/hari Klien melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik

	<ul style="list-style-type: none"> • Spritual : Beribadah 	
<p>Senin 19/02/2021 Pukul 10:00</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung,tatapan sinis, mendengar suara-suara, tertawa sendiri, suka menyendiri, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : melakukan aktivitas bersihkan tempat tidur</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Halusinasi</p> <p>Isolasi Sosial</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>3.Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 4 Risiko Perilaku Kekerasan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kemampuan klien dalam tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, minum obat secara teratur dan bicara baik-baik. - Melatih klien untuk melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur. <p>RTL : Risiko Perilaku Kekerasan : Follow up dan evaluasi SP 1-4 risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>S : senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan baik misalnya Sholat <p>A : Perilaku kekerasan (+)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 2x/hari - Minum obat secara teratur - Latihan melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik - Latihan klien untuk melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur.

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada Ny.D dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera, maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Tahap Pengkajian

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu dari pasien dan pegawai yayasan pemenang jiwa sumatera. Penulis mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga pasien tidak pernah jumpa sama keluarga pasien pada saat mengunjungi pasien di yayasan pemenang jiwa sumatera. Maka penulis melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu klien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Adapun upaya tersebut yaitu:

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada klien agar klien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
2. Mengadakan pengkajian pasien dengan wawancara dan tidak menemukan kesenjangan karena di temukan hal sama seperti diteori bahwasanya Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut,dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

4.2 Tahap diagnosa keperawatan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih di kenal dengan asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan mahasiswa hanyamenyusun rencan tindakan keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan dan Perilaku Kekerasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kass tidak ada kesenjangan sehingga mahasiswa dapat melaksanakan tindakan seobtimal mungkin di dukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing. Secara teoritis digunakan secara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang digunakan mahasiswa ialah :

1. Risiko Perilaku Kekerasan

- a. Mengidentifikasi isi risiko perilaku kekerasan.
- b. Mengidentifikasi waktu terjadi risiko perilaku kekerasan.
- c. Mengidentifikasi situasi pencetus risiko perilaku kekerasan.
- d. Mengidentifikasi respon terhadap risiko perilaku kekerasan.
- e. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal.
- f. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur.
- g. Melatih pasien mengotrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain dan spritual.
- h. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

4.3 Tahap perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pangkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan penulis hanya menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yaitu :perilaku kekerasan

Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjaun kasus tidak ada kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan

didukung dengan tersedianya sarana ruangan perawat yang baik dan adanya bimbingan dan petunjuk dari petugas yayasan pemenang jiwa yang diberikan kepada penulis.

Secara teoritis digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang dilakukan penulis yaitu :

1. Risiko Perilaku Kekerasan

- a. Mengidentifikasi isi Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Mengidentifikasi waktu terjadi Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Mengidentifikasi situasi pencetus Risiko Perilaku Kekerasan
- d. Mengidentifikasi respon terhadap Risiko Perilaku Kekerasan
- e. Membantu pasien mempraktekan latihan cara mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal
- f. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat
- g. Melatih pasien mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain dan spiritual
- h. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

4.4 Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis hanya mengatasi 1 masalah keperawatan yakni : diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan karena masalah utama yang dialami klien dengan mendengarkan suara-suara yang membuat dirinya terganggu dan membuat muncul beberapa masalah keperawatan seperti halusinasi, harga diri rendah.

Pada diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan dilakukan strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi. Perilaku Kekerasan, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dan pukul kasur bantal. Strategi pertemuan yang kedua yaitu anjurkan minum obat secara teratur, strategi pertemuan ketiga yaitu latihan dengan cara komunikasi secara verbal atau bicara baik-baik strategi pertemuan ke empat yaitu Spiritual.

Untuk melakukan implementasi pada keluarga, pada tahap-tahap diagnosa tidak dapat dilaksanakan karena penulis tidak pernah berjumpa dengan keluarga klien (keluarga tidak pernah berkunjung).

4.5 Tahap evlaluasi

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah :

1. klien mempercayai perawat sebagai terapis
2. klien dapat mengidentifikasi dan mengontrol risiko perilaku kekerasan
3. klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan melalui latihan fisik,
4. klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur
5. klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan berbicara baik-baik
6. klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan spritual yang terjadwal.

Pada tinjauan kasus evaluasi yang dihasilkan adalah :

1. klien sudah dapat mengontrol dan mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan
2. klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
3. klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukanya
4. klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukkannya
5. klien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya
6. klien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spritual. sosial, dan dengan terapi psikofarmaka.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah menguraikan tentang proses keperawatan pada Ny.D penulis melanjutkan asuhan keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan di yayasan pemenang jiwa Sumatera. Maka penulis mengambil kesimpulan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang telah ada:

1. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan kasus perilaku kekerasan dilakukan meliputi aspek psikososial, spiritual dan melibatkan pegawai yayasan pemenang jiwa.
2. Dalam melakukan asuhan keperawatan maka antar perawat dan klien harus membina hubungan saling percaya.
3. Bagi mahasiswa/mahasiswi agar lebih memperdalam ilmu pengetahuan khususnya tentang keperawatan jiwa.
4. Bagi klien agar dapat berkomunikasi dan berinteraksi dengan baik serta klien mengikuti pengobatan secara optimal sampai berhasil agar tidak terulang kembali.
5. Peran serta keluarga sangat penting dalam penyembuhan klien karena dengan dukungan keluarga penyembuhan klien dapat tercapai sesuai dengan yang diharapkan.

5.2 Saran

Diharapkan pada keluarga agar sering mengunjungi klien selama perawatan karena dengan seringnya keluarga berkunjung, maka klien merasa berarti dan dibutuhkan dan juga setelah pulang keluarga harus memperhatikan obat yang dikonsumsi serta membawa klien kontrol secara teratur ke pelayanan kesehatan jiwa ataupun rumah sakit jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azis, N. R., Sukanto, E., & Hidayat, A. (2018). Pengerun Terapi De-Ekslasi Terhadap Perubahan Perilaku Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/797>
2. Hastuti, R. Y., Agustina, N., & Widiyatmoko, W. (2019). Pengaruh restrain terhadap penurunan skor panss EC pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 135-144. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4907/pdf>
3. Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149-156. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>
4. Kemenkes RI. (2019). *Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS*. Jakarta: Kemenkes RI. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensi-skizofreniapsikosis-di-indonesia#>
5. Kio, A. L., Wardana, G. H., & Arimbawa, A. G. R. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Caring: Jurnal Keperawatan*, 9(1), 69-72. <http://ejournal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/caring/article/view/592>
6. Indra Y, R., & Mundakir, S. K. (2015). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Dengan Menarik Diri Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Propinsi Jawa Timur (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surabaya).
7. Nursaly, E., & Damaiyanti, M. (2018). Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Tn. E Resiko Perilaku Kekerasan dengan Intervensi Inovasi Terapi Berkebun dengan Polybag terhadap Tanda-Tanda Gejala Resiko Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. <http://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/571>
8. Manao, B. M., & Pardede, J. A. (2019). Beban Keluarga Berhubungan Dengan Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 12(3).
9. Pardede, J. A., Simanjuntak, G. V., & Laia, R. (2020). The Symptoms of Risk of Violence Behavior Decline after Given Progressive Muscle Relaxation Therapy on Schizophrenia Patients. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(2), 91-100. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i2.534>
10. Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan. doi: [10.31219/osf.io/we7zm](https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm)
11. Pardede, J. A. (2020, November 12). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>

12. Pardede, J. A. (2019). The Effects Acceptance and Aommitment Therapy and Health Education Adherence to Symptoms, Ability to Accept and Commit to Treatment and Compliance in Hallucinations Clients Mental Hospital of Medan, North Sumatra. *J Psychol Psychiatry Stud*, 1, 30-35.
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. <http://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj/article/view/621/338>
14. 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 Dasar Kepatuhan Pasien Skizofrenia. <https://www.researchgate.net/profile/Jek-Amidos/347011273.pdf>
15. 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. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
16. Pardede, J. A., Simanjuntak, G. V., & Laia, R. (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. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i2.534>
17. Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Hulu, E. P. (2020). Efektivitas Behaviour Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad IldremProvsu Medan. *Jurnal Mutiara Ners*, 3(1), 8-14. <http://114.7.97.221/index.php/NERS/article/view/1005>
18. Pardede, J. A., Keliat, B.A., & Yulia, I. (2015). Kebutuhan Dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberikan *Acceptance And Commitment Therapy* Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 3(18), 157-166. <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v18i3.419>
19. Parwati, I. G., Dewi, P. D., & Saputra, I. M. (2018). Asuhan Keperawatan Perilaku Kesehatan. https://www.academia.edu/37678637/ASUHAN_KEPERAWATAN_PERILAKU_KEKERASAN
20. Pitayanti, A., & Hartono, A. (2020). Sosialisasi Penyakit Skizofrenia Dalam Rangka Mengurangi Stigma Negatif Warga di Desa Tambakmas Kebonsari-Madiun. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(2), 300-303. <https://jceh.org/index.php/JCEH/article/view/83/78>
21. Putri, M., Arif, Y., & Renidayati, R. (2020). Pengaruh Metode Student Team Achivement Division Terhadap Pencegahan Perilaku Kekerasan. *Media Bina Ilmia*, 14(10), 3317-3326. <http://ejurnal.binawakya.or.id/index.php/MBI/article/view/554/pdf>

22. Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. FA Davis.
23. WHO, (2019). Schizophrenia. Retrieved from. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/%20detail/schizophrenia>
24. Wulansari, E.M & Sholiha, M. M. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Daerah dr Arif Zainuddin Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta). <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1020>
25. Prasetya, A. S. (2018). Efektifitas Jadwal Aktivitas Sehari-Hari Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, 6(1), 18-29. <http://ejournal.pancabhakti.ac.id/index.php/jkpbl/article/view/22>
26. Yusuf, AH. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan : Salemba Medik.