Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Yayasan Pemenangan Jiwa Sumatera

ANDI SAHPUTRA
andisahputra560@gmail.com

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik (Pardede, & Laia. 2020).

Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan KEMENKES 2019 di urutan pertama Provinsi Bali 11,1% dan nomor dua disusul oleh Provinsi DI Yogyakarta 10,4%, NTB 9,6%, Provinsi Sumatera Barat 9,1%, Provinsi Sulawesi Selatan 8,8%, Provinsi Aceh 8,7%, Provinsi Jawa Tengah 8,7%, Provinsi Sulawesi Tengah 8,2%, Provinsi Sumatera Selatan 8%, Provinsi Kalimantan Barat 7,9%. Sedangkan Provinsi Sumatera Utara berada pada posisi ke 21 dengan prevalensi 6,3% (KEMENKES, 2019).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dapat berakhir dengan hilangnya dengan 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).

Tanda dan gejala yang timbul akibat skizofrenia berupa gejala positif dan negatif seperti perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diespresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, marah, mudah tersinggung, mengamuk dan bisa mencederai diri sendiri. 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,2020).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang yang

mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020). Risiko mencederai merupakan suatu tindakan yang memungkinkan dapat melukai atau membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sehingga masalah yang terjadi pada pasien perilaku kekerasan akan melibatkan keluarga (Suryeti 2017).

Survei awal pada pembuatan askep pada skizofrenia ini dilakukan di Yayasan Pemenag Jiwa Sumatera dengan pasien resiko perilaku kekerasan dengan pasien nama inisial Tn.. S, klien datang ke yayasan di bawa adik klien karena awalnya klien sering marah, membanting barang yang ada di rumah, dan sklien juga memukul salah satu keluarga yang di sekitar rumah klien.

1.1 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka dapat dirumuskan masalah saebagai berikut : Bagaimana Memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. S dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan pemenang jiwa Sumatera.

1.2 Tujuan Penulisan

Adapun tujuannya sebagai berikut :

1.2.1 Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan pemenang jiwa Sumatera.

1.2.2 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 Tn. S dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- d. mampu menetapkan intervensi keperawatan secara menyeluruh pada Tn. S dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- e. Mahasiswamampu melakukan tindakan keperawatan yang nyata pada Tn. S dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- f. Mahasiswa mampu mengevaluasi sebagai tolak ukur guna menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- g. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Pengertian

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).

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

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 (Estika, 2021).

2.2 Rentang Respon Marah

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Ket :

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 bisaanya 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.

2.3 Faktor Terjadinya Perilaku Kekerasan

2.3.1 Faktor Predisposisi

Menurut Yusuf (2015), terdapat faktor predisposisi dan faktor presipitasi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu:

a. Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting

b. Psikologis

Bredasarkan teori frustrasi-agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan tidak trecapai dapat menyebabkan frustrasi berekepanjangan.

c. Biologis

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas sebagai berikut : (Stuart, 2016).

d. Sistem limbik

Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif dan respons seksual. Selain itu, mengatur, mengatur sistem informasi dan memori.

e. Lobus temporal

Organ yang berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.

f. Lobus frontal

Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, serta pengelolaan emosi dan alasan berpikir.

g. Neurotransmitter

Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin, Dopamin, Norepinephrine, Acetylcholine dan GABA.

h. Perilaku

1. Kerusakan organ otak, retardasi mental dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam merespon positif terhadap frustrasi.
2. Penekanan emosi berlebihan pada anak-anak atau godaan orang tua memengaruhi kepercayaan dan percaya diri individu.
3. Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

i. Sosial Kultural

1. Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi.
2. Budaya asertif di masyarakat membantu individu yang merespon terhadap marah yang sehat.

2.3.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, 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 (Parwati, Dewi & Saputra 2018).

2.4 Tanda Dan Gejala

Menurut Keliat (2016), tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut :

1. Emosi: tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, marah (dendam), dan jengkel
2. Intelektual: mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, dan meremehkan
3. Fisik: muka merah, pandangan tajam, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat
4. Spiritual: kemahakuasaan, kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kejahatan, kreativitas terlambat.
5. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan humor.

2.5 Mekanisme Koping

Menurut Prastya, & 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:

- a. 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 merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.
- b. 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.
- c. Memberontak
 Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.
- d. Perilaku kekerasan
 Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

2.6 Penatalaksanaan

Yang diberikan pada klien yang mengalami gangguan jiwa amuk ada 2 yaitu:

1. Medis
 - a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial.
 - b. Halloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan prilaku merusak diri.

- c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.
 - d. ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk.
2. Penatalaksanaan keperawatan
- a. Psikoterapeutik
 - b. Lingkungan terapeutik
 - c. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)
 - d. Pendidikan kesehatan

2.7 Konsep Dasar Keperawatan

2.7.1 Pengkajian

1. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, 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 (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternatif serta memasung 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

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 maupu keluarg apa dasaat 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 sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

1. Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peranatau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

2. Ideal diri

Biasanya klien memilki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

6. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti Tempat mengadu, 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.

7. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.

b. Kegiatan ibadah

Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah.

8. Status mental

a. Penampilan.

Biasanya penampilan klien kotor.

c. Pembicaraan.

Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

e. Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

g. Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

h. Efek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

i. Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

j. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.

k. Isi Pikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.

l. Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung,

m. Memori

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

n. Kemampuan penilaian

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

o. Daya fikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya

9. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Biasanya klien tidak mengalami perubahan

b. BAB/BAK

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan

c. Mandi

d. 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.

e. Berpakaian

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

f. Istirahat dan tidur

Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucu 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.

g. Penggunaan obat

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

h. Pemeliharaan kesehatan

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

i. Aktifitas didalam rumah

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

10. Mekanisme koping

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

11. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan

12. Pengetahuan

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

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Identitas Klien

Inisial : Tn.S
Jenis kelamin : Laki-Laki
Umur : 27 Tahun
Agama : Krinten
Status : Lajang
Tanggal pengkajian : 25 Februari 2021
Informant : Status klien dan komunikasi dengan klien.

3.2 Alasan Masuk Rumah Sakit

Alasan klien masuk yayasan pemenangan jiwa adalah klien mengatakan klien sering marah-marah, melempar barang yang ada dirumahnya, klien mengatakan pernah memukul orang sekitarnya seperti adik dan kakaknya.

3.3 Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa $\pm$ 1 tahun yang lalu tepatnya pada tahun 2020 dan pulang kerumah dalam keadaan tenang. Dirumah klien tidak rutin minum obat, tidak mau kontrol ke RSJ sehingga timbul gejala-gejala seperti diatas. Keluarga klien tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku kekerasan

3.4 Fisik

Klien tidak memiliki keluhan fisik, saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil TD : 110/80 mmHg ; N : 80x/i ; S : 36,5°C ; P : 20x/i. Klien memiliki tinggi badan 165 cm dan berat badan 65 Kg.

3.5 Psikososial

3.5.1 Genogram

Penjelasan :

Klien anak ketiga dari 6 bersaudara, klien berinisial Tn.S ,anak yatim ayahnya meninggal saat usia klien 12 tahun.

Keterangan :

□ : Perempuan

○ : Laki-Laki

Tn.S : Klien

--- : Tinggal dalam satu rumah

⊠ : Meninggal

3.5.2 Konsep diri

- Gambaran diri : Tidak ada kecacatan
- Identitas : Klien anak ke 3 dari 6 bersaudara, klien hanya lulusan SMA yang saat ini dirawat di yayasan pepenang jiwa medan
- Peran : Klien berperan sebagai anak dan masing lajang, klien sebelunya tinggal bersama keluarganya.

- d. Ideal diri : Klien merasa malu karena di antarkan ke yayasan pemenangan jiwa tersebut
- e. Harga diri : Klien merasa apakah dirinya tidak dianggap sebagai anak lagi karena, karena dirinya di tempatkan jauh dari oraang tua, adik dan kakaknya

Masalah keperawatan: Gangguan konsep diri : harga diri rendah

3.5.3 Hubungan sosial

Klien menganggap bahwa keluarganya adalah orang yang sangat berarti dalam hidupnya, terutama orangtuanya. Klien selalu mengikuti kegiatan di yayasan tersebut. Klien mengatakan tidak mempunyai hambatan dalam berhubungan dengan orang lain karena klien gampang bergaul

Masalah keperawatan:-

3.5.4 Spiritual

- a. Nilai dan Keyakinan : Klien beragama kristen dan yakin dengan agamanya.
- b. Kegiatan Ibadah : Ibadah 3 kali sehari. Yaitu pagi 2 kali, sekitar pukul 6 pagi dan pukul 10 pagi, selanjutnya jam 7 malam.

3.5.5 Status Mental

- a. Penampilan
Penjelasan : Klien berpenampilan bersih, dan rapi
- b. Pembicaraan
Penjelasan : Klien masih mampu menjawab pertanyaan perawat dengan lambat namun dapat dipahami
- c. Aktivitas Motorik
Penjelasan : Klien terlihat sedikit gelisah
- d. Suasana perasaan
Penjelasan : Klien sedih jika melihat orng tua yang lewat depan yayasan tempat klien di rawat.

Masalah keperawatan :Harga Diri Rendah

e. Afek

Penjelasan :Afek klien labil, mudah emosi, mudah marah.

Masalah keperawatan :Risiko perilaku kekerasan

f. Interaksi selama wawancara

Penjelasan : Klien kooperatif, ada kontak mata pada lawan bicara, mudah tersinggung dalam setiap interaksi.

g. Persepsi

Penjelasan : Ttidak mendengar suara-suara aneh

h. Proses Pikir

Penjelasan : Klien mampu menjawab apa yang ditanya dengan baik.

i. Isi pikir

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

j. Tingkat kesadaran

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

k. Memori

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

l. Tingkat konsentrasi berhitung

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

m. Kemampuan penilaian

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

n. Daya tilik diri

Penjelasan : Klien tidak mengingkari penyakit yang diderita, klien mengetahui bahwa dia sering marah.

3.6 Mekanisme Koping

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

3.7 Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan sering mengikuti kegiatan di Yayasan tersebut.

3.8 Pengetahuan Kurang Tentang Gangguan Jiwa

Klien tidak mengetahui tentang gangguan jiwa yang di alaminya dan klien tau apa obat yang dikonsumsi.

3.9 Analisis Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan pernah melempar barang-barang yang ada dirumahnya, pernah memukul keluarganya dan marah-marah kepada adiknya.</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak memandang orang lain dengan tatapan bermusuhan dan tampak gelisah.</p>	<p>Risiko Perilaku</p> <p>Kekerasan</p>

2	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan mendengar suara suara aneh yang membuatnya dapat emosi untuk memukul orang yang tidak dia senangi.</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak berbicara sendiri, tertawa dan tersenyum sendiri</p>	<p>Halusinasi Pendengaran</p>
3	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan tidak mau bergaul dan lebih suka menyendiri karena penyakitnya.</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak tidak dapat mempertahankan kontak mata dengan perawat</p>	<p>Isolasi Sosial</p>
4	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan dibuang oleh keluarganya dan merasa minder dengan orang lain karena di rawat diyayasan pemenang jiwa</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak malu dan gelisah, dan tampak sedih saat di kaji</p>	<p>Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah</p>

3.10 Daftar Masalah Keperawatan

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

3.11 Pohon Masalah

3.12 Diagnosa Prioritas

- Risiko Perilaku Kekerasan

3.13 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko perilaku kekerasan	klien dapat membina hubungan saling percaya	Ketika di evaluasi Klien mau membalas salam, berjabat tangan, menyebutkan nama, tersenyum, ada kontak mata,serta menyediakan waktu untuk kunjungan berikutnya	1.1. Membina hubungan saling percaya dengan cara (menjelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat, beri rasa aman dan sikap empati) 1.2. Diskusikan bersama

			<p>klien tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).</p>
	<p>Klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal kasur</p>	<p>Klien mampu menyebutkan dan menredemonstrasi kan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal</p>	<p>Sp 1 Latih klien melakukan cara mengontrol Kemarahan: 1.3. Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam 1.4. Pukul bantal</p>
	<p>Klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur</p>	<p>Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat</p>	<p>Sp 2 : Bantu klien mengontrol perilaku kekerasan pasien dengan minum obat secara teratur</p>
	<p>klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara berbicara dengan baik</p>	<p>Klien paham dan mampu menyampaikan amarah dengan cara berbicara dengan baik</p>	<p>Lakukan SP 3 pasien risiko perilaku kekerasan : Ajarkan kepada klien bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta dengan

			<p>baik tanpa marah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menolak dengan baik • Mengungkapkan perasaan kesal
	Klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara mempraktikkan cara spiritual (beribadah	Klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah	<p>Lakukan SP 4 pasien risiko perilaku kekerasan :</p> <p>Diskusikan bersama klien cara mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah.</p>

3.14 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
KAMIS /26-2-2021 10:30 WIB	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, ,suka menyendiri, merasa tidak dihargai</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 1Risiko PerilakuKekerasan:</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 - Membantu klien latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal. <p>4. RTL:</p>	<p>S : antusias dan bersemangat</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

	<p>Sp2 Risiko Perilaku Kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur 	
<p>JUMAT 27/2/2021 11:00 WIB</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : berjualan depan rumah</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</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 nafas dalam dan pukul kasur bantal 2. Memberikan informasi tentang penggunaan obat <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>S : senang dan antusias</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan mandiri - Klien mampu pukul kasur bantal secara mandiri - Klien mampu ke poli jika merasa kumat dan minum obat secara teratur dengan bantuan perawat <p>A : Risiko Perilaku kekerasan (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan tarik nafas dalam 1 x/hari - Latihan pukul kasur bantal 1 x/hari - berobat
<p>Jumat 19/2/2021 11:00 WIB</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : berjualan</p>	<p>S : senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-

	<p>2. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan 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 - Komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik <p>4.RTL: Sp 4 Risiko Perilaku Kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritual : Beribadah 	<p>baikdengan motivasi</p> <p>A : RisikoPerilaku kekerasan (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihantarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 1x/hari - Berobat - Klien melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik
<p>SABTU 27/2/2021 10:30 WIB</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung,tatapan sinis, merasa tidak dihargai Kemampuan : berjualan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan Harga Diri Rendah</p> <p>3.Tindakan keperawatan: <u>Sp 4Risiko 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 	<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"> - Latihantarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 2x/hari - Berobat - Latihan melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara

	<p>melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur.</p> <p>RTL : Risiko Perilaku Kekerasan : Follow up dan evaluasi SP 1-4 risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>baik-baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan klien untuk melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur.
--	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada Tn.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan pemenangan Jiwa , 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.

1.1 Tahap Pengkajian

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber yaitu dari pasien dan pengawas yayasan. Mahasiswa mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga pasien jarang mengunjungi pasien di yayasan pemenang jiwa. Maka mahasiswa melakukan pendekatan pada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Adapun upaya tersebut yaitu :

- a. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada pasien agar pasien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
- b. 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).

1.2 Tahap perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian 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 tinjauan kasus tidak ada kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan didukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing. 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 spritual
- h. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

1.3 Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis hanya mengatasi 1 masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan karena masalah utama yang dialami klien. 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 keempat yaitu Spritual.

1.4 Tahap evaluasi

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah :

1. Pasien mempercayai perawat sebagai terapis
2. Dapat mengidentifikasi dan mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan
3. Dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan melalui latihan fisik,
4. Dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan cara minum obat secara teratur
5. Dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik
6. 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 mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan melalui latihan fisik
3. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan cara pergi ke poli jiwa untuk mendapatkan minum obat
4. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain
5. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan melakukan spritual terjadwal.

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Setelah menguraikan tentang proses keperawatan pada Tn.S dan disimpulkan bahwa pasien dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan terapi yang di ajarkan oleh mahasiwa. Dimana pasien dapat melakukan tarik nafas dalam, memukul bantal secara mandiri untuk mengontrol amarahnya. Pasien juga minum obat secara teratur dan berbicara secara baik-baik jika ingin meminta sesuatu atau melakukan penolakan, hingga pasien dapat melakukan spritual sesuai ajaran agama yang dianut.

5.2 Saran

1. Diharapkan pada keluarga sering mengunjungi pasien selama waktu perawatan karena dengan seringnya keluarga berkunjung, maka pasien merasa berarti dan dibutuhkan dan juga setelah pulang keluarga harus memperhatikan obat dikonsumsi seta membawa pasien kontrol secara teratur ke pelayanan kesehatan jiwa ataupun rumah sakit jiwa.
2. Bagi mahasiswa /mahasiwi agar lebih memperdalam ilmu pengetahuan khusus tentang keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azis, N. R., Sukamto, 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. Depkes, R.I., (2015) Hasil Riskesdas 2015 Departemen Kesehatan Republik Indonesia <http://www.depkes.go.id/resource/download/general>.
3. 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 Ildrem Provsu Medan. *Jurnal Mutiara Ners*, 3(1), 8-14. <http://114.7.97.221/index.php/NERS/article/view/1005>
4. 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>
5. Dwi Prastya, F., & Arum Pratiwi, S. K. (2017). *Mekanisme Koping Pada Pasien Perilaku Kekerasan Dengan Risiko Menciderai Orang Lain Dan Lingkungan* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta). <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/52420>
6. Hastuti, R. Y., & Setianingsih, S. (2016). Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy Pada Klien Dengan Masalah Keperawatan Perilaku Kekerasan Dan Halusinasi Di Rsjd.
7. Keliat, B.A & Akemat (2016). *Keperawatan jiwa : terapi Aktivitas kelompok*. Ed.2. EGC
8. Kemenkes RI. (2019). *Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS*. Jakarta: Kemenkes RI. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensi-skizofreniapsikosis-di-indonesia#>
9. Pardede, J. A. (2020, November 12). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>
10. 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. Depok, FIK UI

11. Sulistiowati, N. M. D., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2014). Pengaruh acceptance and commitment therapy terhadap gejala dan kemampuan klien dengan resiko perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2(1), 51-57. <https://doi.org/10.26714/jkj.2.1.2014.51-57>
12. Widyastini, B.I. (2014). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok : Stimulasi Persepsi Sesi I – V Terhadap Kemampuan Mengontrol dan Mengekspresikan Marah Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal mahasiswa bidang ilmu keperawatan*. 1 (1) 2014. <http://112.78.40.115/e-journal/index.php/ilmukeperawatan/article/view/54>
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://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i3.621>
14. 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>
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. Suryanti., Cannity, K., McIndoo, C. C., File, A. A., Ryba, M. M., Clark, C. G., & Bell, J. L. (2018). Behavior Therapy for depressed breast cancer patients: Predictors of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
17. WHO (2019). *Schizophrenia*. Retrieved from. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/%20detail/schizophrenia>
18. Pardede, J. A, sirait, D. Riandi, R, Emanuel, P & Laia R. (2016). Ekspresi emosi keluarga dengan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia. *Idea Nursing Journal*, 7(3), 53-61
19. 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>

20. Parwati, I. G., Dewi, P. D., & Saputra, I. M. (2018). Asuhan Keperawatan Perilaku Kesehatan. https://www.academia.edu/37678637/asuhan_keperawatan_perilaku_kekerasan
21. Riskesdas (2018) Hasil Utama riskesdas 2018 Kementrian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
22. Suryenti, V. (2017). Dukungan Dan Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Klinik Jiwa Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi Tahun 2017. Jurnal Psikologi Jambi, 2(2), 39-46. <https://www.online-journal.unja.ac.id/jpj/article/view/4795>
23. Yusuf, AH. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan : Salemba Medik.