

Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny “M” dengan Gangguan Perilaku Kekerasan di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan
Psychiatric Nursing Care for Mrs "M" with Violent Behavior Disorder in the Dadi RSKD Area, South Sulawesi Province
Durratul Fakhriyah^{1*}, Sartika Lukman², Sri Wahyuningsih³, Nur Ilimayanti⁴
^{1,2,3} Program Studi Keperawatan, Akper Yapenas 21 Maros, Indonesia

Artikel info

Artikel history:

Received : 07-11-2023

Revised : 25-11-2023

Accepted : 26-11-2023

Abstract

Violent behavior is a situation where someone commits an action that can cause physical harm to themselves, other people and the environment. The aim of this research is to determine appropriate nursing care and intervention for patients diagnosis with violent behavior. The design of this research is a case study with a nursing process approach. The sample in this research is Mrs "M". The research was conducted at RSKD Dadi, South Sulawesi Province in March 2023. Data collection was carried out by means of interviews, observations and documentation studies. The research instrument uses a mental nursing care format and an Implementation Strategy (IS). The nursing process approach carried out by researchers includes the following stages: Researchers collect data, both from patients. Nursing diagnose, carrying out nursing interventions, carrying out implementation and then carrying out nursing evaluations Evaluations carried out on patients with a nursing diagnosis of violent behavior for three days, overall the implementation strategy for the patient was achieved and the frequency of anger experienced by the client decreased. Conclusion shows the development of the patient's condition from before and after implementation.

Abstrak

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui asuhan keperawatan dan intervensi yang tepat pada pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan. Desain penelitian ini adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan. Sampel dalam penelitian ini adalah Ny “M”. Penelitian dilakukan di RSKD Dadi Prov Sul-Sel pada bulan Maret 2023. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Instrumen penelitian menggunakan format asuhan keperawatan jiwa dan Strategi Implementasi (SP) Pendekatan proses keperawatan yang dilakukan peneliti meliputi tahapan: Pengkajian Peneliti mengumpulkan data, baik dari pasien. Diagnosa keperawatan, melakukan intervensi keperawatan, melaksanakan implementasi

kemudian melakukan evaluasi keperawatan. Evaluasi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosis keperawatan perilaku kekerasan selama tiga hari secara keseluruhan strategi pelaksanaan untuk pasien tercapai dan frekuensi marah yang dialami klien mengalami penurunan. Berdasarkan hasil menunjukkan adanya perkembangan kondisi pasien dari sebelum dan sesudah diberikan implementasi.

keywords:

jiwa;
perilaku kekerasan;
studi kasus

Corresponden author:

Durratul Fakhriyah, email: Riyah88@yahoo.com

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh gangguan biologis, sosial, psikologis, genetik, fisik atau kimiawi dengan jumlah penderita yang terus meningkat dari tahun ketahun (WHO, 2020). Angka gangguan jiwa di Indonesia tergolong cukup berat, rata-rata nasional penderita gangguan jiwa adalah 1,7/1000 penduduk yang dikutip dari (Risikesdas, 2018).

Pengetahuan keluarga mengenai kesehatan mental merupakan awal usaha dalam memberikan iklim yang kondusif bagi anggota keluarganya, (Kasim, 2018) Kekerasan berarti perilaku yang melibatkan kekuatan fisik yang dimaksudkan untuk menyakiti, merusak atau membunuh seseorang atau menghancurkan sesuatu. Kekerasan adalah bagian dari mitologi nasional. Secara umum, jika sesuatu atau seseorang dirugikan, maka hal tersebut dianggap sebagai kekerasan.

Kekerasan yang terlihat di antara pasien dalam kondisi psikiatri akut menimbulkan risiko yang lebih besar pada staf, pasien lain, serta proses perawatan. Penyakit kejiwaan tertentu seperti gangguan kepribadian dan ketergantungan zat sangat terkait dengan perilaku kekerasan pada pasien tersebut (Sebastian dan Debnath, 2020).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Dampak atau perubahan yang terjadi dapat berupa perasaan tidak sabar, cepat marah, dari segi sosial kasar, menarik diri, dan agresif, Asuhan keperawatan sangat berperan penting pada pasien yang terdiagnosa perilaku kekerasan, Dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya (Syifa dan Safitri, 2021). Risiko perilaku kekerasan merupakan respon marah yang dimanifestasikan dalam bentuk berbicara dengan kata kata penuh ancaman, melakukan tindakan-tindakan yang berbahaya bagi diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Rizki & Wardsni, 2020)

Berdasarkan Hasil survey awal di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan bagian Rekam Medik dan Informasi RSKD pada tahun 2018 jumlah pasien yang dirawat sebanyak 13.292 orang mengalami gangguan kejiwaan. 6.586 orang (49,54%) mengalami gangguan halusinasi, sebanyak 1.904 orang (14,32%) mengalami gangguan menarik diri, sebanyak 1.548 orang (11,65%) mengalami gangguan deficit self care (penurunan perawatan diri), sebanyak 1.318 orang (9,92%) mengalami gangguan harga diri rendah, sebanyak 1.145 orang (8,61%) mengalami gangguan perilaku kekerasan, sebanyak 451 orang (3,39%) mengalami gangguan waham, sebanyak 336 orang (2,53%) mengalami gangguan fisik, dan sebanyak 5 orang (0,04%) mengalami gangguan

percobaan bunuh diri (RSKD, 2018). Sedangkan pasien rawat inap yang mengalami gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2018 menurut kelompok umur yaitu dari kategori umur 1-4 tahun sebanyak 1 orang, kategori umur 5-14 tahun sebanyak 23 orang, kategori umur 15-24 tahun sebanyak 496 orang, kategori umur 25-44 tahun sebanyak 1.346 orang, kategori umur 45-64 tahun sebanyak 430 orang dan kategori umur 65 tahun keatas sebanyak 48 orang (Sahabuddin *et al.*, 2020).

Pencegahan adalah isu utama dalam pengelolaan perilaku agresif atau kekerasan. Individu yang melakukan kekerasan biasanya merasakan ketidakberdayaan yang mendasar. Perubahan tingkat kesadaran, termasuk kebingungan, disorientasi, dan gangguan ingatan, juga mungkin mengindikasikan perilaku kekerasan di masa depan saat menilai risiko. Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien perilaku kekerasan dikatakan berhasil apabila evaluasi tindakan menunjukkan keadaan pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda, gejala PK yang dilakukan dan akibat PK nya, mampu mengontrol PK secara fisik dengan tarik napas dalam serta pukul kasur dan bantal, mampu mengontrol PK dengan psikofarmakologi (minum obat), mampu mengontrol PK secara verbal dengan mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar serta mengontrol PK melalui kegiatan spiritual (Ramaita *et al.*, 2023).

Strategi pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan yang terdiri dari : mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, penyebab dan akibatnya, mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik pukul kasur/bantal, mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat, mengontrol perilaku kekerasan secara asertif dan secara spiritual (Lestari *et al.*, 2022).

Kerabat diajari tentang tindakan pencegahan keselamatan, terutama untuk menghindari konfrontasi verbal, tidak menghakimi saat berkomunikasi dengannya, menjaga diri sendiri dan mencari dukungan jika diperlukan. Tanda-tanda vitalnya dipantau setiap 2 jam dan dia diamati secara teratur untuk mengetahui adanya perubahan perilaku. Pagar samping tempat tidur rumah sakit selalu dipasang demi keselamatan. Pengekangan fisik digunakan dengan bijaksana. Pembalutan luka dilakukan dua kali sehari dengan saline (Sebastian dan Debnath, 2020).

METODE

Metode penelitian yang digunakan yaitu metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus dengan menggunakan Proses Keperawatan muai dari Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi. Proses Keperawatan dengan 5 Tahapan diantaranya langkah I pengumpulan dan analisa data, langkah II merumuskan diagnosis keperawatan, langkah III Intervensi Keperawatan, langkah IV Implementasi Keperawatan, langkah V Evaluasi Keperawatan. Metode Pengkajian data yang di gunakan berdasarkan Data Subjektif dan data objektif. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Kenanga RSKD Dadi Kota Makassar pada tanggal 07 Maret 2023 aampai dengan 09 Maret 2023. Subjek penelitian adalah Ny "M" berumur 45 tahun dengan diagnosis keperawatan perilaku Kekerasan, Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan format asuhan keperawatan jiwa dan SOP Tentang Strategi Pelaksanaan.

HASIL

Asuhan Keperawatan Pada Ny F dengan perilaku kekerasan dilakukan pada hari selasa 07 Maret 2023, pasien masuk ruang rawat tanggal 15 Februari 2023 diantar oleh

keluarga dengan alasan mengamuk dengan membawa badik dan mengancam orang yang ditemuinya, klien juga mencoba menusuk kedua orang tuanya dengan menggunakan pisau, keluarga klien juga mengatakan klien sering terlihat bicara sendiri dan tertawa sendiri, saat dilakukan pengkajian, Berdasarkan analisis data hasil pengkajian dirumuskan masalah keperawatan: Perilaku Kekerasan, Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, gangguan proses pikir atau waham. Data subjektif: Ini adalah Klien mengatakan mengamuk saat di rumah dan pasien dibawa ke RSKD, klien mengatakan selalu di buat marah oleh kakaknya itula penyebab klien mengamuk, Keluarga klien mengatakan klien sering mengancam orang dengan badik, keluarga klien mengatakan klien pernah mencoba menusuk orang tuanya, klien mengatakan tidak menyukai orang kaya dan tidak suka dipanggil cantik karena dia beranggapan orang iri dengan dia, data objektif klien tampak tertawa sendiri pasien tampak berbicara dengan nada keras, klien berbicara dengan nada keras dan cepat, klien tampak berbicara sembarangan dan tidak jelas.

Berdasarkan data dari pengkajian pada pasien ditemukan masalah keperawatan pada pasien terdiri dari 3 Diagnosis Keperawatan yang ditemukan ialah: Perilaku Kekerasan, Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, Gangguan proses pikir atau waham. Rencana Intervensi keperawatan untuk perilaku kekerasan yang diberikan SP1 (Pasien) Identifikasi, penyebab, tanda dan gejala PK yang dilakukan akibat PK, Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, herbal, spiritual, Latihan cara mengontrol PK secara fisik, Tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal, Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik. SP2 (Pasien) : Evaluasi kegiatan latihan fisik beri pujian, Latihan cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar benar: jenis, guna, frekuensi, cara, kontinuitas, minum obat), Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat. SP3 (Pasien): Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat dan verbal. Beri pujian, Latih cara mengontrol PK secara verbal (Cara yaitu mengungkapkan meminta, menolak dengan benar) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat. SP4 (Pasien): Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat dan verbal beri pujian, Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan), Masukan, pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik minum obat, verbal dan spiritual . SP5(Pasien) : Evaluasi kegiatan latihan fisik 1,2 dan obat dan verbal dan spiritual. Beri pujian, Nilai kemampuan yang telah Mandiri Nilai apakah PK terkontrol.

Implementasi Keperawatan yang dilakukan pada pasien selama 3 hari perawatan pada tanggal 7-9 Maret 2023 untuk diagnosa keperawatan perilaku kekerasan adalah SPI (pasien) Mengidentifikasi, penyebab, tanda dan gejala PK yang dilakukan akibat PK. Hasil: kenapa ibu dulu bisa mengamuk. Menjelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, herbal, spiritual. Hasil: apakah ibu tau keuntungan menghardik marah dengan cara memukul bantal atau Kasur saat marah. Melatih cara mengontrol PK secara fisik, Tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal. Hasil: baik ibu sekarang kita akan melakukan Teknik RND dan memukul bantal atau Kasur saat marah. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik. Hasil: bagaimana ibu jika kita buat jadwal untuk kegiatan Latihan fisik. SP2 (Pasien) mengevaluasi kegiatan latihan fisik beri pujian. Hasil: baik ibu bagaimana kalau kita mengulangi kembali teknik menghardik yang kemarin kita lakukan, Melatih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar benar: jenis, guna, frekuensi, cara, kontinuitas, minum obat). Hasil: baik ibu sekarang kita belajar tentang 6 benar pemberian obat yang gunanya agar ibu mengetahui jenis obat yang diminum, kegunaannya,dosis dan waktu minum obat ini. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.Hasil: baik ibu bagaimana kalau sekarang

kita membuat jadwal latihan fisik dan pemberian obat Melatih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar benar: jenis, guna, frekuensi, cara, kontinuitas, minum obat). Hasil: baik ibu Bagaimana kalau kita mengulangi kembali tentang 6 benar pemberian obat SP3 (Pasien) Mengevaluasi kegiatan latihan fisik dan obat dan verbal, beri pujian. Hasil : baik ibu bagaimana kalau kita mengulangi kegiatan Latihan fisik dengan cara menghardik serta tentang 6 benar pemberian obat. Melatih cara mengontrol PK secara verbal (Cara yaitu mengungkapkan meminta, menolak dengan benar) Hasil: baik ibu sekarang kita belajar tentang bagaimana kita mengungkapkan rasa marah, saat meminta sesuatu dengan benar dan sopan dan cara menolak sesuatu yang tidak kita sukai, Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat. Hasil: baik ibu bagaimana sekarang kita membuat jadwal lagi bagaimana latihan fisik seperti yang dua hari kita lakukan dan 6 benar pemberian obat, dan cara mengungkapkan rasa marah, meminta sesuatu dan menolak sesuatu.

Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan perilaku kekerasan yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari yaitu SP1 (Pasien) S = Klien mengatakan dulu selalu dibuat marah oleh kakaknya itulah penyebab klien mengamuk, Klien mengatakan klien mengetahui keuntungan dari tindakan menghardik. O = Klien tampak mengikuti arahan yang diberikan dari teknik RND hingga cara menghardik marah dengan cara memukul bantal dan kasur. A= perilaku kekerasan teratasi P = lanjutkan ke SP2 (Pasien) Rabu 08 Maret 2023 SP2 (Pasien) S = Klien mengatakan akan mempraktikkan teknik RND dan menghardik saat marah tiba-tiba Klien mengatakan mengetahui jadwal minum obat, tapi klien mengatakan tidak tahu apa nama obat yang diberikan dan kegunaan obatnya. O = Klien tampak bisa melakukan tindakan menghardik secara mandiri A = perilaku kekerasan teratasi P = Lanjutkan SP3 (Pasien) Kamis , 09 Maret 2023 SP3 (Pasien) S = klien mengatakan akan mempraktikkan teknik rnd dan menghardik saat marah tiba-tiba datang, klien mengatakan mengetahui jadwal minum obatnya 2 kali sehari pada pagi hari 1 obat berwarna kuning pada sore hari 3 obat 2 berwarna kuning 1 berwarna biru muda pada pagi hari obatnya adalah clozapren obat yang membuat tenang dan risperidone untuk mengontrol emosi dan klien mengatakan meminum obatnya tepat waktu O = Klien tampak bingung saat diminta mengungkapkan bagaimana saat meminta dan menolak sesuatu dengan benar dan sopan A = perilaku kekerasan secara verbal belum teratasi. P = SP3 P bagian poin 2 belum teratasi.

PEMBAHASAN

Klien merupakan perempuan 42 tahun diantar keluarganya ke IGD jiwa klien mengamuk sejak kurang lebih 2 minggu yang lalu, klien mengamuk dengan membawa badik dan mengancam orang yang ditemuinya, klien juga mencoba menusuk kedua orang tuanya dengan menggunakan pisau, keluarga klien juga mengatakan klien sering terlihat bicara sendiri dan tertawa sendiri. Pengobatan klien sebelumnya kurang berhasil ditandai dengan klien sudah 3 kali masuk rumah sakit dan melakukan Tindakan kriminal Dari data diatas menunjukkan adanya kesesuaian hasil penelitian menunjukkan bahwa tanda dan gejala yang sering muncul pada orang berisiko melakukan perilaku kekerasan, yaitu: mengepalkan tangan, berbicara kasar, suara tinggi, berteriak atau menjerit (Malfasari *et al.*, 2020). Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Kondisi ini harus segera ditangani karena perilaku kekerasan yang terjadi dapat membahayakan diri pasien, orang lain dan lingkungan (Kandar dan Iswanti, 2019). Perilaku Kekerasan adalah situasi pada

seseorang melakukan suatu tindakan yang secara fisik dapat merugikan dirinya sendiri dan orang lain (Government, 2016).

Pengkajian jiwa adalah proses pengumpulan data dengan cara mendokumentasikan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan orang dengan gangguan jiwa. Format dokumentasi pengkajian jiwa harus disediakan berdasarkan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan serta memperhatikan pedoman aspek desain format dokumentasi yang meliputi aspek fisik, aspek anatomi, dan aspek isi (Adityas dan Putra, 2022) Pada saat pengkajian klien berbicara dengan intonasi keras tetapi cukup jelas, klien juga mengatakan klien merasa sedih karena tidak pernah dijenguk oleh keluarganya dan emosi klien gampang berubah-ubah. Dari hasil pemeriksaan fisik diperoleh TD: 120/80 mmhg, N: 92X/menit, S: 36,9°C, P: 20X/menit. Hal ini sama dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) Terdapat pada tanda dan gejala yaitu mayor pasien perilaku kekerasan, mayor subjektif : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus. Dari hasil pengkajian didapatkan diagnosis keperawatan utama adalah perilaku kekerasan hal ini sejalan dengan penelitian (Afifah, 2017) Diagnosa keperawatan jiwa merupakan dasar pengambilan keputusan perawat dalam memilih intervensi untuk pasien jiwa (Sari dan Susmiatin, 2022)

Pada tahap intervensi yaitu tahap ini adalah tahap perencanaan pada proses keperawatan. Pada tahap ini penulis Menyusun rencana Tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah yaitu perilaku kekerasan intervensi keperawatan yang diberikan yaitu strategi pelaksanaan (SP) 1 hingga 5, Perlu intervensi keperawatan yang tepat untuk mengurangi respons kognitif, afektif, fisiologi, perilaku, sosial pada pasien perilaku kekerasan (Suerni dan PH Livina, 2019).

Pada tahap implementasi yaitu tahap ini hanya mengatasi masalah keperawatan yakni diagnosa keperawatan perilaku kekerasan yaitu mengidentifikasi apa saja yang sudah diterapkan ditahap intervensi. Pada tahap ini menggunakan strategi pelaksanaan (SP) dengan mengajarkan klien bagaimana cara mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, bagaimana cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan Tarik nafas dalam dan memukul bantal, mengontrol perilaku kekerasan dengan obat, verbal, spiritual. Secara teoritis perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan (PPNI, 2017). Secara rasional perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan pada hasil yang diharapkan. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien secara sistematis dan dengan mudah diperoleh kembali, tindakan keperawatan dapat diterima oleh klien dan keluarga, ada bukti-bukti yang terukur tentang pencapaian tujuan (Muhith, 2015).

Pada tahap evaluasi yaitu pada tahap ini diharapkan apakah klien dapat mengontrol dan mengidentifikasi perilaku kekerasan, dengan tarik nafas dalam dan memukul bantal, apakah klien meminum obatnya dengan benar, apakah klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan dengan berbicara dengan baik kepada orang lain, dan mengatasi perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Tahap evaluasi merupakan tahap pada saat perawat melakukan pengecekan terkait perkembangan kondisi klien dalam mencapai hasil yang diharapkan karena asuhan keperawatan merupakan proses siklik dan dinamis yang melibatkan perubahan dalam proses keperawatan serta respon klien baik objektif maupun subjektif. Hasil evaluasi digunakan mengambil keputusan evaluasi

terdokumentasikan yang menunjukkan kontribusi terhadap efektifitas tindakan keperawatan dan penelitian (Muhith, 2015).

SIMPULAN DAN SARAN

Gambaran dari hasil pengkajian didapatkan klien sudah tiga kali masuk rumah sakit dan melakukan tindakan kriminal dengan keluhan mengamuk, mengancam orang yang ditemuinya dan hampir menusuk kedua orang tuanya menggunakan pisau, klien berbicara dengan intonasi keras tetapi cukup jelas, emosi klien mudah berubah-ubah menunjukan masalah keperawatan kerusakan komunikasi verbal. Diagnosa keperawatan Ny. "M" yaitu perilaku kekerasan. Intervensi adalah proses perencanaan proses keperawatan Menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah yaitu perilaku kekerasan. Pada tahap implementasi klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan dan mengontrol perilaku kekerasan secara verbal dengan komunikasi terapeutik. Pada tahap evaluasi, terlaksananya tahap implementasi yang diajarkan dapat diterapkan secara mandiri. Perlunya pengembangan teori terhadap terapi keperawatan jiwa terlebih pada klien dengan perilaku kekerasan. Keluarga perlu ikut berperan penting dalam percepatan penyembuhan klien dengan cara memperhatikan klien selama berada dirumah sakit serta perlu peningkatan kesadaran klien terhadap pentingnya meminum obat secara teratur dan benar pada individu yang mengalami gangguan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Adityas, I.P., Putra, D.S.H., 2022. Pedoman Format Dokumentasi Pengkajian Keperawatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*. 3(3), 243-250. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i3.2453>
- Afifah, W.A., 2017. Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. A dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nakula RSUD Banyumas. [skripsi]. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Government, V., 2016. *Safewards Handbook: Training and Implementation Resource of Safewards in Victoria*. Victorian Government, Melbourne.
- Kandar, Iswanti, D.I., 2019. Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 2(3), 149-156. <https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>
- Kasim, J., 2018. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga terhadap Perawatan Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa di Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 12(1), 109-113.
- Lestari, A., Jannah, S.R., Dineva, F., 2022. Penerapan Terapi Memafkan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan : Suatu Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*. 1(1), 128-136.
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., Amimi, R., 2020. Analisis Tanda dan Gejala Resiko Kekerasan pada Pasien Skizofrenia Perilaku. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 3(1), 65-74. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Muhith, A., 2015., *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. CV. Andi Offset, Yogyakarta.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP., 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi*

- dan Indikator Diagnostik. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia, Jombang.
- Ramaita., Nova, K.I., Sinthania, D., Miswarti., 2023. Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Tn. N dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Keperawatan Medika*. 1(2), 86-98.
- Riskesdas., 2018. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018. Kementerian Kesehatan RI.
- Rizki, D.D.G., Wardani, I.Y., 2020. Penurunan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia melalui Praktik Klinik Online di Masa Pandemi Covid –19. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. 8(4), 369–381.
- RSKD, Dadi., 2018. Rekam Medik Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.
- Sahabuddin, E., Agustang, A., Manda, D., Oruh, S., 2020. Partisipasi Sosial dalam Pemenuhan Activity Daily Living (ADL) Orang dengan Gangguan Jiwa di Kota Makassar. *Phinisi Integration Review*. 3(2), 290-296. <https://doi.org/10.26858/pir.v3i2.14922>
- Sari, M.K., Susmiatin, E.A., 2022. Gambaran Diagnosa Keperawatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Kepung. *Journals of Ners Community*. 13(1), 80-88. <https://doi.org/10.55129/jnerscommunity.v13i1.1670>
- Sebastian, J., Debnath, S., 2021. Nursing Management of Patients with Violent Behaviour. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*. 21(2), 129-134. https://doi.org/10.4103/IJCN.IJCN_129_20
- Suerni, T., PH, Livina., 2019. Respons Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. 1(1), 41-46. <https://doi.org/10.37287/jppp.v1i1.16>
- Syifa, N.A., Safitri, A., 2021. Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Orang dengan Gangguan Jiwa dengan Perilaku Kekerasan. *Journal of Nursing Education and Practice*. 1(1), 18-21. <https://doi.org/10.53801/jnep.v1i01.10>
- WHO., 2020. WHO Reveals Leading Causes of Death and Disability Worldwide: 2000-2019. World Health Organization.