

PENURUNAN PERILAKU KEKERASAN PASIEN SKIZOFRENIA MELALUI PRAKTIK KLINIK ONLINE DI MASA PANDEMI COVID-19

Dhaifina Dini Ghassani Rizki, Ice Yulia Wardani*

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Kampus UI Depok
Jawa Barat, Indonesia 16424
*iceyulia1@yahoo.com

ABSTRAK

Praktik klinik *online* merupakan alternatif dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa selama pandemi COVID-19. Praktik klinik *online* bermanfaat dalam pencegahan kekambuhan yang berisiko terjadi selama pandemi pada orang dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Salah satu gejala kekambuhan skizofrenia yaitu perubahan perilaku yang terdistorsi hingga mengakibatkan risiko perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif yang ditunjukkan dengan mencederai diri, orang lain, atau lingkungan. Kemampuan klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dapat digunakan sebagai cara mencegah perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan ners berdasarkan standar asuhan keperawatan (SAK) jiwa dilakukan untuk mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan pada klien. Tujuan dari pemberian asuhan keperawatan ini untuk mengurangi tanda gejala dan meningkatkan kemampuan klien mengontrol perilaku kekerasan. Metode penelitian menggunakan studi kasus. Instrumen yang digunakan yaitu lembar evaluasi tanda gejala dan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan. Evaluasi akhir dari asuhan keperawatan yang diberikan menunjukkan adanya penurunan tanda gejala dan peningkatan kemampuan klien mengontrol perilaku kekerasan. Promosi dan prevensi masalah kesehatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan menerapkan tindakan keperawatan ners berdasarkan standar asuhan keperawatan (SAK) jiwa secara *online*, serta berkolaborasi dengan perawat spesialis serta komunitas terkait.

Kata kunci: kemampuan mengontrol perilaku kekerasan; risiko perilaku kekerasan; skizofrenia; standar asuhan keperawatan jiwa; tanda dan gejala perilaku kekerasan

REDUCING THE VIOLENT BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIA PATIENT THROUGH ONLINE CLINICAL PRACTICE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Online clinical practice is an alternative in providing mental health services during the COVID-19 pandemic. Online clinical practice is useful in preventing relapse that is at risk of occurring during a pandemic in people with serious mental disorders such as schizophrenia. One of the schizophrenia relapse symptoms is a change in behavior that is distorted so that it creates a risk of violent behavior. Violence is a maladaptive response indicated by injuring oneself, others, or the environment. The patient's ability to control violent behavior can be used as a means of preventing violent behavior. Nursing interventions based on mental health nursing care standards are carried out to prevent or control violent behavior in patient. The purpose of providing nursing care is to reduce symptoms and increase the patient's ability to control violent behavior. The research method used case study analysis. The instrument used was an evaluation sheet of symptoms and the ability to control violent behavior. The final evaluation of the nursing care provided showed a decrease in symptoms and an increase in patient's ability to control violent behavior. Promotion and prevention of health problems in patient with a risk of violent behavior can be done by implementing online nursing care based on mental health nursing care standards, as well as collaborating with clinical nurse specialist and related communities.

Keywords: ability to control violent behavior; mental health nursing care standards; risk of violence; schizophrenia; symptoms of violent behavior

PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan masalah kesehatan jiwa yang meningkat baik secara global maupun lokal. Secara global, data tahun 2004 didapatkan sebanyak 450 juta penduduk dunia

mengalami masalah kesehatan jiwa (Mcdaid & Park, 2011). Sebanyak 792 juta orang di dunia (10,7%) mengalami gangguan jiwa pada tahun 2017 (Ritchie & Roser, 2020). WHO melaporkan sekitar 20 juta orang

mengalami gangguan jiwa berat seperti skizofrenia pada tahun 2019 (World Health Organization, 2019). *National Institute of Mental Health* (NIMH) memprediksi masalah kesehatan jiwa akan mengalami peningkatan hingga 25% pada tahun 2030. Di Indonesia, jumlah penduduk yang mengalami gangguan jiwa berat sekitar 6 sampai 7 orang per 1000 penduduk, meningkat dari tahun 2013 sekitar 1 sampai 2 orang per 1000 penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Survey lain menunjukkan terjadinya peningkatan jumlah kasus skizofrenia di Indonesia dari 0,22% menjadi 0,23% (tahun 2007-2017) (Ritchie & Roser, 2020). Jumlah tersebut menunjukkan bahwa masalah gangguan jiwa berat seperti skizofrenia menjadi masalah global, khususnya di Indonesia.

Skizofrenia adalah suatu kelainan neurobiologis otak yang menyebabkan gangguan dalam berpikir, merasakan, dan berinteraksi (Swearingen, 2016). Skizofrenia banyak dialami individu saat memasuki usia produktif, biasanya pria pada usia 15 sampai 25 tahun, sedangkan wanita pada usia 25 sampai 35 tahun (Videbeck, 2020). Salah satu gejala skizofrenia yaitu perubahan perilaku yang berlebihan seperti tiba-tiba marah, berteriak, hingga melakukan perilaku kekerasan (Fazel et al., 2009; Swanson et al., 2006). Hal tersebut dapat dikarenakan adanya peningkatan dopamin dan disregulasi serotonin pada korteks prefrontal yang menyebabkan kesulitan mengatur atensi, mood, dan perubahan perilaku yang cenderung berlebihan (Stuart, 2016). Hal tersebut menyebabkan orang dengan skizofrenia memiliki emosi yang labil, frustrasi, dan kurang motivasi dalam melaksanakan kegiatan (Townsend, 2014). Sehingga, pasien dengan skizofrenia mengalami penurunan kognitif yang mempengaruhi cara berpikir, mengamati, merasakan, berperilaku, dan berhubungan dengan orang lain. Perubahan perilaku yang berlebihan dan terdistorsi biasanya muncul dan sulit dikontrol, hingga berakibat adanya risiko perilaku kekerasan.

Beberapa penelitian menemukan adanya hubungan antara skizofrenia dengan perilaku

kekerasan. Sebuah *systematic review* yang menganalisis 20 artikel jurnal dengan responden yang mengalami skizofrenia dan gangguan psikosis lainnya, menunjukkan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia sebesar 13,2% sedangkan persentase perilaku kekerasan pada masyarakat umum sebesar 5,3% (Fazel et al., 2009). Hasil studi lain menyebutkan orang dengan skizofrenia berisiko 14 kali lebih besar terlibat dalam perilaku kekerasan, baik itu sebagai korban ataupun pelaku (Wehring & Carpenter, 2011). Penelitian lain menyebutkan bahwa persentase risiko perilaku kekerasan pada orang dengan skizofrenia sebesar 19,1% (Swanson et al., 2006). Hasil studi tersebut mendukung pernyataan bahwa perilaku kekerasan menjadi salah satu masalah yang muncul pada klien skizofrenia.

Perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif berdasarkan rentang sehat-sakit jiwa. Perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif akibat adanya stresor yang ditunjukkan dengan ekspresi wajah tegang, mengatupkan rahang, pandangan tajam, mengepalkan tangan, bicara dengan kata-kata kasar (ancaman), nada suara tinggi, merusak barang, serta mencederai diri (Keliat et al., 2019). Perilaku kekerasan dapat memberikan dampak buruk pada klien, orang lain, dan juga lingkungan. Klien yang menunjukkan tanda gejala tersebut tidak memiliki kemampuan mengontrol emosi atau marah, sehingga berujung pada munculnya perilaku kekerasan. Semakin baik kemampuan mengontrol perilaku kekerasan, maka semakin sedikit pula tanda gejala yang muncul (Fahrizal, Mustikasari, & Daulima, 2020). Kemampuan individu (*personal ability*) merupakan salah satu cara yang dapat dikembangkan untuk mencegah perilaku kekerasan (Setiawan, Keliat, & Wardani, 2015). Sehingga, peningkatan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dapat mengarahkan klien menggunakan mekanisme koping yang konstruktif dan menurunkan tanda gejala perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan dapat muncul sebagai salah satu gejala kekambuhan yang berisiko

terjadi selama pandemi COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*). Pemerintah menerapkan tindakan pembatasan berupa *social distancing* dan *physical distancing* untuk meminimalisir penyebaran wabah penyakit COVID-19 (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Dampak pembatasan tersebut dirasakan oleh seluruh masyarakat, termasuk orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Pandemi menyebabkan ODGJ lebih sulit untuk mengakses pelayanan kesehatan mental secara umum. Perubahan ini menyebabkan munculnya rasa terisolasi, jenuh, stress, tidak patuh terhadap pengobatan, dan berisiko mengalami kekambuhan pada pasien (Kozloff et al., 2020). Pasien skizofrenia yang sedang kambuh mengalami ketidakmampuan dalam mengontrol diri sendiri dan berisiko melakukan perilaku kekerasan (Lehrer & Lorenz, 2014). Fenomena kekambuhan pada pasien skizofrenia lebih banyak disebabkan akibat ketidakpatuhan pengobatan (Pasaribu & Hasibuan, 2019; Wardani et al., 2012). Oleh karena itu, diperlukan suatu alternatif pelayanan kesehatan selama pandemi COVID-19 untuk mencegah terjadinya kekambuhan dan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

Alternatif pelayanan kesehatan yang paling banyak digunakan selama pandemi COVID-19 adalah melalui jejaring *online*, baik melalui telepon atau video (Greenhalgh et al., 2020; Hollander & Carr, 2020). Pemerintah menghimbau pelayanan kesehatan dilakukan secara *telemedicine* (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia menetapkan dilakukannya praktik klinik *online* peminatan jiwa pada pasien gangguan jiwa di komunitas. Asuhan keperawatan jiwa dilakukan secara *online* berdasarkan standar asuhan keperawatan (SAK) jiwa dan mempertahankan aspek legal dan etik.

Penulisan karya ilmiah ini berdasarkan pengalaman praktik klinik peminatan keperawatan jiwa yang dilakukan secara *online* di masa pandemi COVID-19. Penulis mendapatkan klien kelolaan melalui salah satu komunitas pemerhati masalah kesehatan jiwa di media sosial. Pemberian asuhan

keperawatan dilakukan secara *online* pada seorang klien berusia 40 tahun dengan diagnosis medis skizofrenia paranoid. Klien memiliki riwayat gangguan jiwa sejak 18 tahun yang lalu. Klien mengatakan alasan kembali dirawat inap di RSJ paling banyak karena melakukan perilaku kekerasan pada orang lain dengan memukul dan marah-marah. Penyebab klien kambuh adalah minum obat tidak sesuai jadwal karena lupa atau ketiduran, serta perubahan dosis dari dokter yang berbeda. Saat dikaji, klien berkata saat ini sangat terganggu saat mendengar suara orang berbincang-bincang terlalu keras. Klien berkata suara berisik menyebabkan pundak dan pikiran tegang, kepala sakit, napas cepat, emosi meningkat, dan muncul keinginan untuk marah-marah, serta memukul orang lain. Klien merasa kesulitan mengontrol amarahnya dan memilih untuk menghindari keramaian dengan tidak keluar rumah. Klien mengetahui bahwa perilaku kekerasan hanya memberikan dampak negatif yaitu rasa dendam dan sakit. Tindakan keperawatan berdasarkan standar asuhan keperawatan (SAK) jiwa yang dilakukan secara *online* oleh penulis bertujuan agar klien mampu mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan. Oleh karena itu, penulis melakukan analisis kasus tersebut untuk mengetahui efektivitas penerapan standar asuhan keperawatan (SAK) jiwa dalam menurunkan tanda dan gejala, serta meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada pasien dengan skizofrenia.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian studi kasus dengan menerapkan standar asuhan keperawatan (SAK) jiwa pada klien dengan risiko perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah 1)memfasilitasi pasien mengenali emosi yang dirasakannya; 2)melatih cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, psikofarmaka, cara verbal, dan cara spiritual; dan 3)melatih kegiatan sesuai jadwal. Tindakan keperawatan tersebut bertujuan agar pasien mampu meningkatkan kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan guna meningkatkan kualitas hidup

pasien. Penulisan karya ilmiah ini berdasarkan pengalaman praktik klinik peminatan keperawatan jiwa yang dilakukan secara *online* di masa pandemi COVID-19. Penulis mendapatkan klien kelolaan melalui salah satu komunitas pemerhati masalah kesehatan jiwa di media sosial. Pemberian asuhan keperawatan dilakukan secara *online* pada seorang klien dengan diagnosis medis skizofrenia paranoid.

Asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian, analisis data, penegakkan diagnosis, perencanaan intervensi keperawatan, implementasi, serta evaluasi. Penulis memperhatikan aspek legal dan etik dengan memberikan *informed consent* pada klien. Penulis melakukan pengkajian untuk mengetahui kondisi kesehatan klien secara menyeluruh. Interaksi dilakukan sebanyak satu hingga tiga kali perminggu, melalui *chat*, telepon, atau *video call*. Asuhan keperawatan dilakukan secara *online* pada klien selama 4 minggu dengan total 14 interaksi. Evaluasi keperawatan menggunakan kuesioner yang diukur secara *pre-test* dan *post-test*. Tanda gejala dan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan diukur menggunakan kuesioner yang diadopsi dari lembar evaluasi tanda gejala dan kemampuan klien mengontrol perilaku kekerasan yang dikembangkan oleh Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Tahun 2014.

Pengukuran tanda gejala perilaku kekerasan berisikan 51 pertanyaan yang terdiri dari respons kognitif 12 pertanyaan, respons afektif 7 pertanyaan, respons fisiologis 15 pertanyaan, respons perilaku 13 pertanyaan, dan respons sosial 4 pertanyaan. Setiap pertanyaan dinilai 1 jika menunjukkan tanda gejala dan 0 jika tidak menunjukkan tanda gejala. Nilai yang didapat dari seluruh respon dijumlahkan dengan rentang nilai total yaitu 0-51. Semakin sedikit nilai total, maka semakin sedikit tanda dan gejala perilaku kekerasan yang ditunjukkan.

Pengukuran kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dilakukan dengan cara memberikan tanda *check list* (✓) pada lembar evaluasi yang

terdiri dari 13 jenis kemampuan. Setiap kemampuan dinilai 1 jika klien menggunakan kemampuan tersebut dan 0 jika tidak menggunakan kemampuan tersebut. Nilai yang didapat dijumlahkan dengan total rentang nilai yaitu 0-13. Semakin banyak nilai total, maka semakin banyak kemampuan mengontrol perilaku kekerasan yang dimiliki klien.

Data dianalisis dengan mengumpulkan hasil pengukuran variabel tanda gejala dan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada masing-masing *pre-test* dan *post-test*. Penulis menganalisis adakah penurunan atau peningkatan pada masing-masing variabel dengan membandingkan hasil *pre-test* dan *post-test*. Setelah itu, hasil analisis data dijadikan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan.

HASIL

Ilustrasi Kasus

Klien berusia 40 tahun, tinggal di Jakarta, status pernikahan cerai hidup, dan saat ini klien tidak bekerja. Klien memiliki riwayat gangguan jiwa sejak 18 tahun yang lalu. Klien masuk RSJ mayoritas karena melakukan perilaku kekerasan seperti marah-marah atau memukul. Klien memiliki pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan. Klien gagal masuk kuliah, sulit mencari pekerjaan, dan tidak memiliki pasangan. Sehingga, pada usia 22 tahun, klien merasa sangat bersalah, merasa tidak berguna, tidak bisa menjadi apa-apa, dan akhirnya mengalami depresi. Kondisi tersebut menyebabkan klien merasa malu dan menarik diri. Akibat sering menyendiri, klien sering mendengar bisikan yang mengatakan berasal dari keluarga di alam lain. Namun, tahun 2018 klien sudah bisa mengabaikan bisikan tersebut dengan benar-benar fokus mengisi kegiatan.

Data subjektif didapatkan klien berkata saat ini sangat terganggu ketika mendengar suara orang berbincang-bincang terlalu keras, sehingga klien sering emosi berlebihan dan marah-marah serta memukul orang tersebut. Penyebab klien kambuh adalah minum obat tidak sesuai jadwal karena lupa atau ketiduran. Klien merasa kesulitan mengontrol

amarahnya. Klien merasa mudah marah pada orang yang tidak setuju atau salah bicara dengannya, sering salah paham dengan orang lain, dan merasa bahwa dirinya yang benar. Klien memahami bahwa dirinya adalah orang dengan skizofrenia, namun klien masih sering tidak patuh jadwal saat minum obat. Data objektif didapatkan wajah klien tampak tegang, mata sering melotot, sering menggerakkan tangannya, berbicara dengan keras, tegas, dan tampak dominan saat berdiskusi. Berdasarkan hasil pengkajian, ditegakkan diagnosis keperawatan utama yaitu risiko perilaku kekerasan. Hal tersebut karena gejala perilaku kekerasan paling dominan dialami klien saat ini hingga mengganggu aktivitas sehari-hari.

Penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Jiwa Generalis

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan diawali dengan membina hubungan saling percaya, kemudian mengenal perilaku kekerasan, melatih cara fisik, psikofarmaka, sosial/verbal, dan cara spiritual (Keliat et al., 2019). Hasil penerapan intervensi keperawatan yaitu sebagai berikut.

Membina Hubungan Saling Percaya

Interaksi pertama, penulis membina hubungan saling percaya dengan klien dan melakukan *initial assessment* melalui telepon untuk mengkaji kondisi kesehatan jiwa klien secara menyeluruh. Saat dilakukan pengkajian awal, klien kooperatif, dapat diarahkan, dan bicara koheren. Meskipun tidak dilakukan secara tatap muka, namun masalah risiko perilaku kekerasan tampak jelas dengan pernyataan yang diberikan oleh klien. Evaluasi subjektif didapatkan klien berkata saat ini membutuhkan bantuan untuk belajar cara mengontrol emosinya. Evaluasi objektif ditunjukkan dengan klien tampak bernada khawatir, dominan saat berdiskusi, pola bicara sirkumtansial, serta sering memberikan pertanyaan dan sanggahan selama diskusi namun tetap menerima masukan.

Mengenal Perilaku Kekerasan

Penulis melakukan *initial assessment* melalui telepon untuk mengidentifikasi perasaan dan perilaku marah yang pernah dialami dan

dilakukannya. Penulis melakukan diskusi dengan klien agar klien dapat mengenali kondisinya saat marah, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran klien. Penulis bersama klien berdiskusi tentang penyebab, perasaan, tanda gejala, jenis perilaku, dan akibat dari perilaku kekerasan yang klien alami atau lakukan. Saat diskusi terkait perilaku kekerasan, awal diskusi klien bicara berbelit-belit, tidak fokus pada satu topik, dan cenderung inkoheren saat ditanyakan terkait perilaku kekerasan. Namun, penulis tetap mempertahankan komunikasi terapeutik dan perlahan menggali informasi terkait perilaku kekerasannya. Sehingga lama kelamaan, klien berubah menjadi sangat terbuka dan menceritakan semua yang ditanyakan. Klien tidak menunjukkan respon curiga, menjaga jarak, ataupun bermusuhan. Klien tampak aktif mendengarkan masukan dan motivasi yang diberikan. Keinginan klien agar tidak dirawat di RSJ lagi membuat klien sangat terbuka dengan penulis.

Melatih Cara Fisik: Tarik Napas Dalam dan Pukul Bantal

Implementasi selanjutnya yang dilakukan pada klien yaitu melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (teknik napas dalam dan pukul bantal). Penulis menjelaskan bahwa teknik napas dalam perlu memberi sugesti pada diri sendiri saat membuang napas. Klien diarahkan ketika membuang napas sambil merasakan semua emosi yang dirasakannya ikut terbuang bersama napas. Selain itu, klien diajarkan teknik pukul bantal. Penulis menjelaskan bahwa hal yang dirasakan saat memukul bantal adalah melampiaskan seluruh energi marahnya hingga dirinya merasa lega, sehingga saat energinya sudah habis dirinya tidak akan merasa marah lagi pada orang lain atau lingkungan di sekitarnya. Klien mengatakan merasa lebih tenang setelah latihan napas dalam dan pukul bantal. Klien berkata lebih cocok melakukan tarik napas dalam daripada pukul bantal, namun tetap ingin melatih keduanya. Klien tampak antusias, dapat diarahkan, dan dapat mempraktikkan kembali mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik.

Melatih Cara Psikofarmaka: Patuh Minum Obat

Implementasi selanjutnya yaitu melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara psikofarmaka (patuh minum obat). Klien dibantu oleh keluarga dalam hal minum obat. Meskipun demikian, klien tetap tahu nama dan bentuk obat yang diminum. Klien merasa lebih jelas dan senang karena mendapat ilmu baru dan mengetahui selama ini masih salah dalam minum obat. Evaluasi objektif yang ditunjukkan yaitu klien dapat menyebutkan kembali manfaat patuh minum obat dan dampak putus obat, klien dapat menyebutkan kembali 4 dari 8 prinsip benar pemberian obat (cara, waktu, obat, dokumentasi), dan tampak dominan saat berkomunikasi, dan dapat diarahkan

Melatih Cara Sosial/Verbal: Komunikasi Asertif

Kemudian, implementasi selanjutnya yaitu berdiskusi tentang cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal. Klien diajarkan untuk berkomunikasi dengan asertif yaitu meminta, menolak, dan mengungkapkan rasa marah dengan baik. Klien mengatakan paham dengan penjelasan yang diberikan dan ingin melatih cara verbal pada keponakan dan

Evaluasi Tanda Gejala Perilaku Kekerasan

Hasil instrumen evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan (grafik 1) klien didapatkan nilai 18 pada pengukuran pertama dan nilai 4 pada pengukuran akhir. Hasil tersebut menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialami klien. Tanda gejala yang menunjukkan adanya

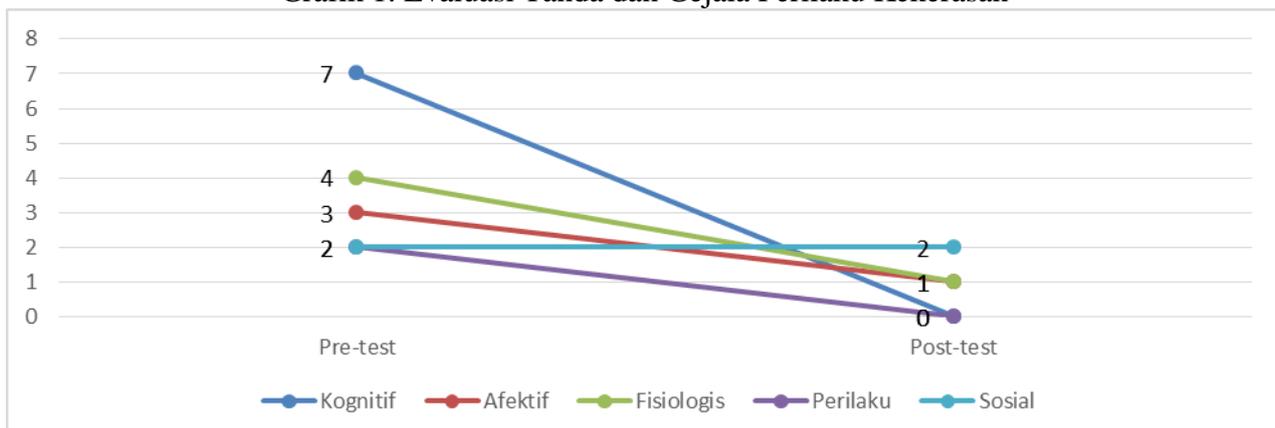
kakaknya. Evaluasi objektif didapatkan bahwa klien dapat mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal. Klien tampak aktif dalam diskusi dan bertanya. Klien bicara dengan nada yang rendah, suara keras, bicara cepat dan berbelit-belit. Awalnya, klien tampak kesulitan saat membuat kalimat asertifnya secara mandiri. Namun, klien terus mencoba, meminta untuk dikoreksi, dan semakin lancar untuk membuat kalimat asertif.

Melatih Cara Spiritual: Melakukan Kegiatan Ibadah

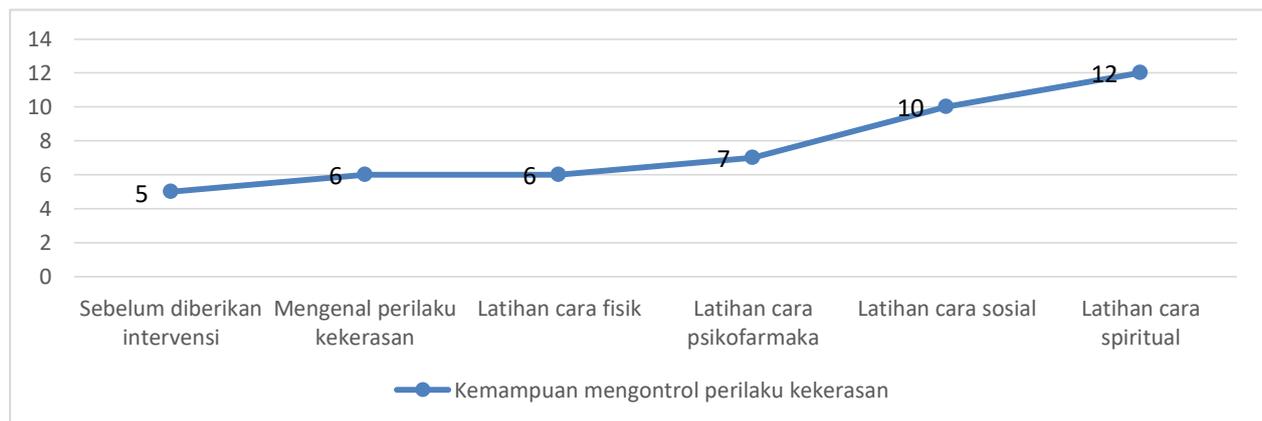
Implementasi selanjutnya yaitu klien dilatih terkait mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Penulis mengidentifikasi kegiatan spiritual yang masih bisa klien latih, serta manfaat dan makna dari kegiatan spiritual yang klien pilih. Klien mempraktikkan kegiatan spiritual yang dipilih (berzikir dan solat) untuk mengontrol rasa marah. Klien merasa bahwa latihan spiritual dapat memberinya manfaat jika dilakukan terus menerus karena bisa melembutkan hati, menenangkan hati, tidak jadi was-was, dan membuatnya semakin rendah hati. Klien tampak kooperatif, tidak dominan, dan aktif dalam diskusi.

penurunan maksimal yaitu pada aspek kognitif dan perilaku. Aspek lain seperti afektif, fisiologis, dan sosial juga menunjukkan adanya penurunan. Namun masih ada beberapa penilaian dalam aspek tersebut yang didapatkan adanya tanda gejala perilaku kekerasan. Aspek yang tidak mengalami perubahan adalah aspek sosial.

Grafik 1. Evaluasi Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan



Grafik 2. Evaluasi Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan



Evaluasi Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan

Hasil instrumen evaluasi kemampuan mengontrol perilaku kekerasan (grafik 2) menunjukkan adanya peningkatan kemampuan pada klien. Sebelum diberikan asuhan keperawatan, klien menerapkan 5 dari 13 kemampuan mengontrol perilaku kekerasan. Kemudian, setelah diberikan asuhan keperawatan, klien menerapkan 12 dari 13 kemampuan mengontrol perilaku kekerasan. Klien tidak melakukan pukul bantal dan kasur karena cara tersebut membuat klien merasa tidak nyaman.

PEMBAHASAN

Analisis Kasus berdasarkan Konsep Teori Terkait

Proses terjadinya gangguan jiwa berdasarkan Model Adaptasi Stress Stuart, dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan mekanisme coping (Stuart, 2016). Berdasarkan kasus yang dialami klien, faktor predisposisi yang dialami klien meliputi aspek biologis, psikologis, dan sosial budaya.

Aspek biologis yang dialami klien yaitu pengobatan yang kurang berhasil. Hasil studi neurobiologis menunjukkan bahwa klien dengan skizofrenia mengalami peningkatan dopamin di otak dan disregulasi serotonin yang menyebabkan mudah gelisah, perasaan semangat dan senang yang berlebihan, insomnia, serta rentan mengalami stress (Stuart, 2016). Salah satu terapi psikofarmakologi yang diberikan adalah antipsikotik, bertujuan untuk menghambat

dopamin dari situs reseptor (Videbeck, 2020). Oleh karena itu, dimungkinkan terjadi peningkatan dopamin pada klien akibat pengobatan yang kurang maksimal, sehingga semakin memperkuat gejala psikosis, terutama pada perubahan perilaku cenderung agresif.

Aspek psikologis yang dialami klien yaitu pengalaman masa lalu yang buruk seperti nilai sekolah yang buruk, gagal masuk kuliah, tidak mendapatkan pekerjaan, tidak mandiri, dan tidak menghasilkan uang. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa seseorang yang memiliki trauma masa lalu yang tidak selesai bisa memberikan tekanan, menyebabkan depresi, dan memunculkan gejala psikotik (Upthegrove et al., 2017). Selain itu, individu yang mengalami kegagalan dalam menyelesaikan tugas perkembangannya lebih rentan menjadi impulsif, mengalami frustrasi, dan melakukan perilaku agresif (Videbeck, 2020).

Aspek sosial budaya ditunjukkan dengan usia dan latar belakang budaya klien. Gambaran kasus didapatkan klien mengalami skizofrenia paranoid sejak usia 22 tahun. Usia tersebut merupakan usia dewasa muda individu dan mendapat banyak tuntutan dari lingkungan sekitar (keluarga dan masyarakat) untuk mencapai aktualisasi diri (Potter et al., 2013). Individu yang tidak berhasil dalam menyelesaikan tuntutan tersebut dapat merasa gagal dalam pemenuhan tugas perkembangan. Hal tersebut ditandai dengan menyalahkan diri sendiri dan orang lain, perhatian hanya

tertuju pada diri sendiri, perhatian pada orang lain berkurang, dan akhirnya melakukan perilaku kekerasan (Berman et al., 2016; Setiawan et al., 2015).

Faktor presipitasi yaitu stimulus berupa tantangan, ancaman, atau tuntutan pada individu untuk melakukan perilaku kekerasan. Hal yang menjadi pencetus klien melakukan perilaku kekerasan yaitu saat mendengar suara orang berbincang-bincang dengan nada yang tinggi dan keras. Hal tersebut termasuk ke dalam faktor presipitasi perilaku kekerasan yaitu situasi tertentu yang dapat memancing emosi, ketidakmampuan dalam menempatkan diri pada peran yang dihadapinya, dan ketidakmampuan mengontrol emosi (Stuart, 2016). Selain itu, klien memiliki riwayat melakukan perilaku kekerasan dan tidak memiliki kemampuan untuk mengontrol emosi. Hal tersebut mendukung klien untuk mengulang perilaku kekerasan ketika emosinya sedang tinggi (Yusuf & Fitriyarsi, 2015). Sehingga, kondisi lingkungan yang kurang mendukung dan kemampuan diri yang kurang menjadi pencetus klien melakukan perilaku kekerasan.

Klien menunjukkan respons yang cenderung maladaptif saat menghadapi stresor. Penilaian terhadap stresor ditunjukkan dengan respon secara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial (Stuart, 2016). Klien menunjukkan respons kognitif seperti menyalahkan diri sendiri, menyalahkan sumber stress, menghindari, dan merasa gagal mencapai tujuan; Respon afektif seperti khawatir, marah, tidak percaya diri; Respon fisiologis seperti wajah tegang, pandangan tajam, rahang mengatup, postur tubuh kaku; Respon perilaku seperti ekspresi marah dan suka berdebat; dan Respons sosial seperti mendominasi pembicaraan dan nada suara tinggi dan keras. Klien memiliki sumber koping yang tidak efektif, sehingga mekanisme koping yang dilakukan cenderung destruktif. Proses tersebut menyebabkan klien menunjukkan respon maladaptif pada stresor yaitu perilaku kekerasan.

Analisis Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Generalis

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan diawali dengan membina hubungan saling percaya, kemudian mengenal perilaku kekerasan, melatih cara fisik, psikofarmaka, sosial/verbal, dan cara spiritual (Keliat et al., 2019). Penulis menganalisis masing-masing implementasi yang diberikan kepada klien.

Membina Hubungan Saling Percaya

Penulis telah menerapkan teknik komunikasi terapeutik yang sesuai saat memberikan asuhan keperawatan secara *online*, seperti *listening* dan *focusing*. Hambatan yang muncul dalam membina hubungan dengan klien yaitu emosi klien yang mudah berubah dan kurang fokus pada satu topik. Perubahan emosi saat interaksi ditunjukkan dengan nada yang lebih tinggi, mata melotot, wajah tegang, dan berdebat. Meskipun demikian, penulis tetap menunjukkan kepedulian dan memberikan *reinforcement* positif pada perilaku yang baik.

Mengenal Perilaku Kekerasan

Pada tahap mengenal perilaku kekerasan, penulis menjelaskan tujuan yang ingin dicapai oleh penulis kepada klien, yaitu agar klien dapat mengontrol rasa marah sehingga terhindar dari perilaku kekerasan. Penulis menjelaskan dengan memberi contoh di kehidupan klien agar lebih mudah dicerna oleh klien. Penulis memerhatikan penggunaan kalimat yang sesuai, intonasi bicara yang meyakinkan, dan memberikan *close question* agar diskusi dapat berjalan sesuai dengan arahan penulis. Hal tersebut dilakukan agar klien lebih fokus mengikuti diskusi dan semakin tumbuhnya kesadaran tentang kondisi yang dialami klien saat ini. Diharapkan, hal ini dapat meningkatkan kesadaran akan mengontrol amarah dan perilaku kekerasan pada klien.

Melatih Cara Fisik: Tarik Napas Dalam dan Pukul Bantal

Selama penerapan latihan cara fisik, klien tidak memiliki kesulitan. Hal tersebut dikarenakan klien sudah pernah diajarkan teknik tersebut saat di RSJ. Namun, klien

tampak kurang tertarik dengan cara pukul bantal karena menurutnya lucu dan hanya bisa dilakukan di rumah. Klien memilih teknik napas dalam sebagai latihan yang cocok untuk mengurangi emosinya. Hasil studi sebelumnya didapatkan bahwa cara fisik digunakan untuk mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan (Awaludin, 2016; Komala, Keliat, & Wardani, 2016; Pertiwi, 2019; Setiawan, Keliat, & Wardani, 2015). Hal tersebut sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa cara fisik efektif mengurangi tanda gejala perilaku kekerasan karena dapat menentramkan hati dan pikiran (Pertiwi, 2019). Sehingga, cara fisik (tarik napas dalam dan pukul bantal) dapat digunakan untuk mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan.

Melatih Cara Psikofarmaka: Patuh Minum Obat

Intervensi selanjutnya yaitu melatih cara psikofarmaka dengan patuh minum obat berdasarkan prinsip 8 benar. Penulis menjelaskan manfaat patuh minum obat dan akibat jika putus obat. Klien setuju dengan penjelasan yang diberikan. Konsentrasi klien membaik. Penulis menjelaskan bahwa perilaku kekerasan merupakan gejala dari skizofrenia yang dialami klien, dan menekankan bahwa skizofrenia merupakan masalah gangguan di otak yang penanganannya menggunakan obat-obatan. Hal yang sangat penting dalam pemberian intervensi patuh minum obat yaitu mengenai tujuan dari minum obat tersebut (Puspitasari, 2012). Ketika tujuan yang diidentifikasi oleh klien tidak begitu bermakna dan penting baginya, maka ia cenderung akan menghindari minum obat meskipun hal tersebut dipahami dapat membantunya.

Melatih Cara Sosial/Verbal: Komunikasi Asertif

Klien menunjukkan hambatan dalam melatih cara sosial. Hasil studi sebelumnya menunjukkan bahwa latihan bicara asertif berpengaruh terhadap penurunan tanda gejala dan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan (Setiawan et al., 2015). Awalnya klien tampak kesulitan ketika membuat contoh kalimat asertifnya sendiri. Namun,

setelah berlatih beberapa kali dengan bantuan penulis, klien dapat membuat kalimat asertif untuk contoh-contoh kalimat sehari-hari. Klien takut jika mempraktekkan latihan asertif dengan orang di lingkungan rumah karena takut mendapat respon kurang baik. Sehingga, klien berkata ingin mempraktekkannya dengan keluarganya.

Melatih Cara Spiritual: Melakukan Kegiatan Ibadah

Berdasarkan penelitian sebelumnya bahwa ketaatan menjalankan ibadah memberikan pengaruh besar dalam mencegah terlibatnya individu dalam perilaku kekerasan (Jaji, 2010). Hasil studi lain menunjukkan bahwa psikoreligi juga dapat mengurangi tanda gejala perilaku kekerasan (Pribadi & Djamaludin, 2019). Klien awalnya tampak kebingungan namun klien meyakini bahwa spiritual berpengaruh terhadap emosional seseorang. Klien memiliki banyak buku agama dan tasbeih di rumah, karena sejak kecil klien sering mengikuti kajian islam. Klien mengaku masih hanya menjalankan ibadah wajib saja, sedangkan ibadah sunnah belum maksimal. Namun, klien berkata semakin termotivasi dan semangat untuk melakukan latihan spiritual.

Analisis Penerapan Intervensi Keperawatan terhadap Tanda Gejala Perilaku Kekerasan

Perubahan tanda gejala yang paling signifikan pada klien yaitu pada respon kognitif dan perilaku. Menurut Model Adaptasi Stress Stuart, respon kognitif merupakan peran sentral dalam adaptasi. Respon kognitif melibatkan persepsi tentang komitmen, tantangan, dan kontrol dalam menghadapi stress. Komitmen yaitu kemampuan melibatkan diri sendiri pada apa yang sedang dilakukannya. Tantangan yaitu keyakinan terhadap suatu kejadian sebagai stimulus dan bukan ancaman. Kontrol yaitu kemampuan untuk mengendalikan peristiwa dan tidak merasa putus asa dalam menghadapi masalah kehidupan (Stuart, 2016). Sehingga, penerapan asuhan keperawatan jiwa ners dapat berpengaruh terhadap respon kognitif klien.

Kemudian, respon perilaku merupakan hasil dari respon fisiologis dan emosional, serta analisis kognitif dari situasi yang menimbulkan stress (Stuart, 2016). Menurut teori psikoanalisis Freud yaitu perilaku dapat dimotivasi oleh pikiran dan perasaan bawah sadar (Videbeck, 2020). Teori tersebut menjelaskan bahwa apa yang seseorang lakukan dan katakan dimotivasi oleh pikiran atau perasaannya tersebut. Konsep ini sesuai dengan kondisi klien yang mana setiap interaksi tampak semangat, termotivasi, dan antusias dengan latihan saat ini dan berikutnya. Penulis dalam menerapkan intervensi keperawatan, senantiasa mendorong klien untuk terus mengungkapkan pendapat, perasaan, dan berlatih menganalisa suatu kondisi. Hal tersebut dimungkinkan menjadi stimulus bagi klien untuk mengubah persepsi dan perilakunya menjadi lebih baik. Sehingga, tanda gejala perilaku kekerasan dapat berkurang setelah dilakukan intervensi keperawatan ners dalam mengendalikan perilaku kekerasan. Sedangkan, respon afektif, fisiologis, dan respon sosial juga mengalami penurunan namun masih menunjukkan adanya tanda gejala perilaku kekerasan. Respon afektif ditunjukkan dengan klien masih merasa tidak percaya diri, respon fisiologis ditunjukkan dengan postur tubuh klien masih kaku, dan respon sosial ditunjukkan dengan klien masih mendominasi pembicaraan dan berbicara dengan nada suara tinggi dan keras. Sehingga, dapat dikatakan bahwa secara keseluruhan tanda gejala perilaku kekerasan mengalami penurunan dengan signifikan setelah dilakukan tindakan keperawatan ners, namun masih terdapat beberapa respon klien yang perlu ditinjau kembali untuk dievaluasi dan diperbaiki.

Respon sosial tidak menunjukkan adanya penurunan (nilai pre-test dan post-test yaitu 2) dengan gejala nada suara tinggi dan bicara keras. Komunikasi asertif yang diajarkan penulis lebih fokus kepada pemilihan kata yang baik dan sopan. Aspek lain seperti nada dan volume suara belum dilatih dengan maksimal dalam asuhan keperawatan ini. Hal tersebut dikarenakan, klien mengalami kesulitan dalam merangkai kalimat asertif, sehingga aspek lain kurang menjadi perhatian.

Meskipun demikian, nada dan volume suara merupakan bagian penting dalam komunikasi asertif, karena nada yang tinggi dan bicara terlalu keras cenderung menunjukkan rasa marah dan berisiko membuat kesalahpahaman dengan lawan bicara. Sehingga, melatih cara sosial/verbal dengan melatih komunikasi asertif pada klien, perlu diperhatikan terkait penggunaan nada, volume, beserta dengan intonasi dan ekspresi wajah yang sesuai.

Analisis Penerapan Intervensi Keperawatan terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Perilaku Kekerasan

Hasil pengukuran kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada klien menunjukkan adanya peningkatan antara sebelum dan sesudah dilakukan tindakan keperawatan ners. Klien sudah mempelajari 5 kemampuan baik saat di rumah sakit ataupun melalui konseling online. Kemampuan yang sudah klien latih sebelumnya yaitu tarik napas dalam, sembahyang, melakukan aktivitas merapikan kamar, menyapu, dan mengepel. Meskipun demikian, klien masih sering marah-marah dan sulit mengontrol emosi. Setelah dilakukan intervensi keperawatan, klien memiliki 12 kemampuan yang dilatihnya dengan rutin, yaitu tarik napas dalam, melakukan istigfar, berdoa, sembahyang melakukan aktivitas merapikan kamar, menyapu, mengepel, meminta dengan baik kepada orang lain, menolak dengan baik ajakan/permintaan orang lain yang tidak masuk akal, mengungkapkan perasaan marah/perasaan kesal/ perasaan jengkel kepada orang lain dengan baik, menceritakan tentang perasaan marah, dan meminum obat secara teratur dengan prinsip 8 benar. Klien tidak ingin melakukan cara pukul bantal karena menurutnya tidak efektif dan tidak membuatnya nyaman.

Peningkatan kemampuan tersebut dapat dikarenakan latihan rutin yang dilakukan dan dicatat dalam jadwal aktivitas. Sebagaimana diketahui bahwa jadwal aktivitas yang dibuat oleh klien bertujuan agar klien tidak lupa melakukan kegiatan sesuai rencana dan meningkatkan disiplin klien. Kemampuan berhubungan dengan kesadaran diri untuk beradaptasi pada stressor (Stuart, 2016).

Meningkatkan kesadaran akan pentingnya manfaat dari kemampuan yang dilatih, dapat meningkatkan motivasi klien untuk melatih kemampuan tersebut. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa tindakan keperawatan ners dapat meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan (Komala et al., 2016; Setiawan et al., 2015). Oleh karena itu, perawat dalam menerapkan tindakan keperawatan ners, perlu menekankan bahwa kemampuan mengontrol perilaku kekerasan harus dilakukan secara konsisten untuk semakin meningkatkan kualitas kemampuan itu sendiri.

SIMPULAN

Penerapan tindakan ners berdasarkan standar asuhan keperawatan (SAK) jiwa dilakukan secara *online* pada klien. Penerapan standar asuhan keperawatan jiwa ini bertujuan untuk mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan pada klien. Evaluasi didapatkan adanya penurunan tanda gejala perilaku kekerasan dan peningkatan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada klien antara sebelum dan setelah diberikan asuhan keperawatan jiwa secara *online*.

DAFTAR PUSTAKA

Awaludin, I. (2016). *Upaya Peningkatan Kemampuan Mengontrol Emosi Dengan Cara Fisik Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan Di Rsjd Dr. Arif Zainudin Surakarta*.

Berman, A., Synder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concept, Process, and Practice* (10th ed.). Pearson Education, Inc.

Fahrizal, Y., Mustikasari, M., & Daulima, N. H. C. (2020). Changes in The Signs, Symptoms, and Anger Management of Patients with A Risk of Violent Behavior After Receiving Assertive Training and Family Psychoeducation Using Roy's Theoretical Approach: A Case Report. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(1), 1–14. <https://doi.org/10.7454/jki.v23i1.598>

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.

R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. In J. McGrath (Ed.), *PLoS Medicine* (Vol. 6, Issue 8, p. e1000120). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>

Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video Consultations for COVID-19. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>

Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2020). Virtually Perfect? Telemedicine for COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1679–1681. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2003539>

Jaji, J. (2010). Hubungan Faktor Sosial dan Spiritual dengan Risiko Penyalahgunaan Napza pada Remaja SMP dan SMA di Kota Palembang. *Jurnal Pembangunan Manusia*. <http://eprints.unsri.ac.id/752/>

Keliat, B. A., Hamid, A. Y., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan keperawatan Jiwa*. EGC.

Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar. Riskesdas 2018*.

Kementerian Kesehatan RI. (2020, April 30). *Cegah Penyebaran Covid-19, Pelayanan Kesehatan Dilakukan Melalui Telemedicine*. <https://www.kemkes.go.id/article/view/20043000002/cegah-penyebaran-covid-19-pelayanan-kesehatan-dilakukan-melalui-telemedicine.html>

Komala, E. P. E., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2016). *Efektivitas Program Edukasi Pasien, Terapi Penerimaan Komitmen, Psikoedukasi Keluarga terhadap Insight, Tanda Gejala serta Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan*. Universitas Indonesia.

Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A. N. (2020). The

- COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 752–757. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051>
- Lehrer, D. S., & Lorenz, J. (2014). Anosognosia in schizophrenia: Hidden in plain sight. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(5–6), 10–17. [/pmc/articles/PMC4140620/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26140620/)
- Mcdaid, D., & Park, A.-L. (2011). Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar059>
- Organization, W. H. (2019). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pasaribu, J., & Hasibuan, R. (2019). Kepatuhan Minum Obat Mempengaruhi Relaps Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(1), 39. <https://doi.org/10.26714/jkj.7.1.2019.39-46>
- Pertiwi, N. Y. (2019). *Penerapan Latihan Fisik Tarik Napas Dalam Dan Teknik Pukul Bantal Terhadap Penurunan Tanda Gejala Kognitif Pada Klien Early Psychosis*. Universitas Indonesia.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamental of Nursing* (8th ed.). Elsevier.
- Pribadi, T., & Djamaludin, D. (2019). *Terapi psikoreligi terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung*. 13(4), 373–380.
- Puspitasari, A. Y. (2012). *Analisis Efektifitas Pemberian Booklet Obat Terhadap Tingkat Kepatuhan Ditinjau Dari Kadar Hemoglobin Terглиkasi(HbA1c) dan Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)-8 Pada Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Bakti Jaya Kota Depok*. Universitas Indonesia.
- Ritchie, H., & Roser, M. (2020). *Mental Health*. OurWorldInData.Org. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Setiawan, H., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2015). Tanda Gejala dan Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan dengan Terapi Musik dan Rational Emotive Cognitive Behavior Therapy. *Jurnal Ners*, 10(2), 233–241.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat & J. Pasaribu (eds.); 1st ed.). Elsevier.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490–499. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490>
- Swearingen, P. L. (2016). *All-in-one nursing care planning resource: medical-surgical, pediatric, maternity, and psychiatric-mental health* (4th editio). Elsevier.
- Townsend, M. C. (2014). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. F.A Davis Company.
- Upthegrove, R., Marwaha, S., & Birchwood, M. (2017). Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 240–244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw097>
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric mental health nursing* (8th editio). Lippincott Williams & Wilkins.
- Wardani, I. Y., Hamid, A. Y. S., Wiarsih, W., & Susanti, H. (2012). Dukungan

Keluarga: Faktor Penyebab
Ketidakpatuhan Klien Skizofrenia
Menjalani Pengobatan. *Jurnal
Keperawatan Indonesia*, 15(1), 1–6.
<https://doi.org/10.7454/jki.v15i1.40>

Wehring, H. J., & Carpenter, W. T. (2011).
Violence and Schizophrenia.
Schizophrenia Bulletin, 37(5), 877–878.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160236/>

Yusuf, A. ., & Fitryasari. (2015). Buku Ajar
Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku
Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–
366. <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>

