

Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. R Dengan Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Arimbi RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah

Siska Alfiyatul Aulia¹, Titi Sri Suyanti², Slamet Wijaya Biantoro³

^{1, 2, 3} Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Alamat: Jl. Raya Benda komplek Ponpes Al Hikmah 2 Desa Benda, Kec. Sirampog, Kab. Brebes, Jawa Tengah
Korespondensi penulis: siskaalfiyatul07@email.com

Abstract. *Schizophrenia is a syndrome with a variety of causes, where each patient exhibits different clinical manifestations, therapeutic responses, and disease progression. Clinical manifestations of schizophrenia include disorganized speech, restlessness, pacing, and aggression, often exhibited through violent behavior. According to WHO data, in 2019, approximately 24 million people worldwide suffered from schizophrenia (WHO, 2019). The purpose of this paper is to understand the nursing care process for Mrs. R, with the main issue being the risk of violent behavior due to unspecified schizophrenia. The writing method used is a descriptive case study through a nursing process approach, where the assessment is conducted using interview techniques, observation, documentation review, and literature study. The nursing diagnoses identified include the risk of violent behavior, self-concept disturbance: low self-esteem, and self-care deficit. The interventions developed involve implementing strategies for both the patient and the family. The evaluation of the nursing care for Mrs. R showed that the diagnosis of risk of violent behavior was partially resolved, and the self-care deficit was resolved.*

Keywords: *Mental Nursing Care, Risk Of Violent Behavior, Undifferentiated Schizophrenia*

Abstrak. Skizofrenia merupakan suatu sindrom dengan kumpulan penyebab yang bervariasi dimana setiap penderita memiliki manifestasi klinis, respons terapi dan perjalanan penyakit yang berbeda-beda. Manifestasi klinis skizofrenia diantaranya bicara kacau, gelisah, mondar-mandir dan agresif yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan. Berdasarkan data WHO, pada tahun 2019 sebanyak 24 juta orang di dunia menderita skizofrenia (WHO, 2019). Tujuan penulisan ini yaitu untuk mengetahui proses asuhan keperawatan pada Ny. R dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan akibat skizofrenia tak terinci. Metode penulisan yang digunakan yaitu metode deskriptif berbentuk studi kasus melalui pendekatan proses keperawatan, dimana pengkajiannya menggunakan teknik wawancara, observasi, studi dokumentasi dan studi pustaka. Diagnosis keperawatan yang diangkat yaitu risiko perilaku kekerasan, gangguan konsep diri: harga diri rendah dan defisit perawatan diri. Intervensi yang disusun yaitu berupa strategi pelaksanaan pasien dan keluarga. Evaluasi dari asuhan keperawatan pada Ny. R yaitu diagnosis risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian dan defisit perawatan diri teratasi.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan Jiwa, Risiko Perilaku Kekerasan, Skizofrenia Tak Terinci

1. LATAR BELAKANG

Kesehatan jiwa menjadi dasar penting bagi kesejahteraan individu dan efektivitas fungsi dalam kehidupan. Dalam pasal 74 ayat (1) Undang-Undang RI No. 17 tahun 2023 tentang kesehatan, yang dimaksud kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu mampu menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan jiwa yang menyebabkan terganggunya pola pikir, pengendalian emosi dan tingkah laku penderitanya. Salah satu gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu sindrom dengan kumpulan penyebab bervariasi

dimana setiap penderita memiliki manifestasi klinis, respon terapi dan perjalanan penyakit yang berbeda-beda. Manifestasi klinis skizofrenia diantaranya seperti bicara kacau, gelisah, mondar-mandir dan agresif yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan (Mashudi, 2021: 8).

Berdasarkan data WHO, pada tahun 2019 sebanyak 1 dari 8 orang atau 970 juta orang di dunia mengalami gangguan jiwa. Angka ini termasuk 301 juta orang dengan gangguan kecemasan, 280 juta dengan depresi, 40 juta dengan gangguan bipolar, 40 juta dengan antisosial, 14 juta dengan gangguan makan dan 24 juta menderita skizofrenia (WHO, 2019).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 sampai 2018 terjadi peningkatan penderita skizofrenia dari 1,7‰ menjadi 6,7‰. Hal tersebut perlu mendapatkan perhatian khusus untuk dilakukan pencegahan dan pengendalian karena besarnya dampak yang ditimbulkan seperti meningkatnya angka kekerasan, kriminalitas, bunuh diri, penganiayaan, perceraian dan pengangguran. Penderita gangguan jiwa juga seringkali mengalami stigma dari masyarakat sekitar. Dampak stigma tersebut diantaranya adalah rasa rendah diri, malu akan penyakitnya, takut akan penolakan, merasa tertekan dan tidak sedikit pula keluarga ataupun lingkungan sekitar yang menganggap orang dengan gangguan jiwa sebagai aib, sehingga mereka dikucilkan (Kementerian Kesehatan RI, 2018; Firmawati *et al.*, 2023).

Peran perawat dalam pelayanan kesehatan jiwa mencakup upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif. Peran perawat dalam upaya promotif yaitu dengan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui berbagi kegiatan edukatif, pemberdayaan individu dan kelompok. Peran perawat dalam upaya preventif yaitu dengan melatih cara mencegah timbulnya atau kambuhnya gangguan jiwa. Peran perawat dalam upaya kuratif adalah upaya pengobatan yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit, pengurangan penderita akibat penyakit, dengan berkolaborasi dengan medis untuk memberikan terapi farmakologi. Peran perawat dalam upaya rehabilitatif yaitu dengan melakukan aktivitas yang dapat mengontrol gangguan jiwa agar dapat kembali menjalani kehidupan normal. Dengan demikian, perawat memiliki peran yang sangat penting dalam menangani klien gangguan jiwa dan memastikan agar klien mendapatkan perawatan yang memadai (Sari & Nyumirah, 2020).

Hasil Riset Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2018, prevalensi per mil rumah tangga dengan anggota rumah tangga yang mengalami skizofrenia berdasarkan kabupaten adalah 0,87 atau sebanyak 26.842 orang dengan prevalensi tertinggi di Temanggung sebesar 7,10‰, Jepara sebesar 7,10‰, Tegal 6,87‰, Wonosobo 6,64‰ dan Purbalingga sebesar 6,60‰ (Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2018).

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat di ruang Arimbi RSJD dr. Amino Gondohutomo penanganan pada klien dengan gangguan jiwa yaitu dengan pemberian obat atau

psikofarmaka, terapi kejang listrik/Electro Convulsive Therapy (ECT), rehabilitasi, terapi aktivitas kelompok dan melakukan strategi pelaksanaan sesuai dengan masalah klien.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut sebagai karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. R Dengan Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Arimbi RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah”.

2. KAJIAN TEORITIS

Skizofrenia

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *schizein* yang berarti pecah belah dan *phrenia* yang berarti jiwa. Sehingga dari segi bahasa skizofrenia adalah jiwa yang terpecah belah (Sitawati *et al.*, 2022: 1).

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik fungsional yang ditandai dengan adanya keyakinan delusi, halusinasi dan gangguan dalam proses berpikir, persepsi dan perilaku (Glenasius & Ernawati, 2023).

Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu tindakan yang berisiko membahayakan secara fisik, emosi atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (PPNI, 2018: 312).

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (Sutejo, 2023: 61).

Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan kepada klien dengan risiko perilaku kekerasan meliputi: identitas klien dan penanggung jawab, alasan masuk, faktor predisposisi, faktor presipitasi, pemeriksaan fisik, psikososial, status mental, kebutuhan persiapan klien pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, pengetahuan klien, aspek medis.

2. Diagnosis Keperawatan

Berikut diagnosis keperawatan yang muncul pada klien dengan risiko perilaku kekerasan menurut Pratama & Senja, (2022: 68) dan Sutejo, (2023: 120):

- a. Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Perilaku Kekerasan
- c. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

d. Defisit Perawatan Diri

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). SP merupakan pendekatan yang digunakan dengan membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat. Sedangkan intervensi keluarga merupakan bentuk psikoterapi yang melibatkan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dengan berfokus pada pemberian pendidikan dan pengurangan stres (Martini *et al.*, 2022; Gusdiansyah *et al.*, 2020).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Polopandang & Hidayah, 2019: 6).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan klien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Jenis evaluasi keperawatan meliputi evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif). Evaluasi proses merupakan evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan dan berorientasi pada etiologi. Sedangkan evaluasi hasil dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna dan berorientasi pada masalah keperawatan (Polopandang & Hidayah, 2019: 56).

3. METODE PENELITIAN

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif berbentuk studi kasus melalui pendekatan proses keperawatan dimana pengkajian pada metode ini menggunakan teknik wawancara, observasi, studi dokumentasi dan studi pustaka.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal pada proses keperawatan yang harus dilakukan secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Polopandang dan Hidayah, 2019: 7). Pengkajian yang dilakukan penulis tanggal 8 Januari 2024 didapatkan data klien Ny. R, 38 tahun dan sudah menikah. Klien masuk ke RSJ karena sudah 3 hari klien marah-marah, bicara kacau dan mondar-mandir. Klien pernah mengalami

gangguan jiwa di masa lalu dan sudah 3 kali di rawat di RSJ. Klien kembali dibawa ke RSJ karena sudah 1 bulan lebih tidak minum obat. Klien mengalami hambatan berhubungan dengan tetangganya karena klien suka marah-marah. Klien mengatakan beragama Islam dan menjalankan sholat lima waktu.

Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, penulis menegakkan 3 diagnosis keperawatan, yaitu:

1. Risiko Perilaku Kekerasan

Penulis menegakkan diagnosis risiko perilaku kekerasan karena pada saat pengkajian ditemukan data yaitu Ny. R mengatakan di rumah marah-marah, ngomong terus dan merasa kesal dengan anaknya karena telah memarahinya. Dan dari hasil observasi penulis, Ny. R tampak kesal ketika mengingat anaknya yang memarahinya, terlihat sering mondar-mandir, mudah tersinggung, nada bicara menjadi tinggi dan lebih mendominasi pembicaraan. Data tersebut sesuai dengan teori menurut Keliat *et al.*, (2019: 112) dimana tanda dan gejala klien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu mengatakan benci/kesal dengan orang lain, mudah tersinggung, nada suara tinggi dan bicara kasar serta mendominasi pembicaraan.

2. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

Diagnosis gangguan konsep diri: harga diri rendah ditegakkan karena adanya data konsep diri yang tidak sesuai pada Ny. R, yaitu klien mengatakan merasa tidak dihargai oleh anaknya dan tetangganya, klien juga merasa gagal menjadi ibu yang baik karena tidak bisa mendidik anaknya. Pada saat dilakukan pengkajian klien tampak berbicara pelan dan lirih ketika membicarakan perannya sebagai ibu. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut Keliat *et al.*, (2019: 171), dimana tanda dan gejala klien dengan gangguan konsep diri: harga diri rendah yaitu menilai diri negatif/mengkritik diri, merasa tidak berarti/tidak berharga dan berbicara pelan dan lirih.

3. Defisit Perawatan Diri

Diagnosis keperawatan defisit perawatan diri ditegakkan karena adanya data perawatan diri yang tidak sesuai pada Ny. R yaitu klien mengatakan tidak suka dandan dan tidak tahu cara berdandan. Pada saat dilakukan pengkajian, wajah klien tampak kusam tidak memakai riasan apa pun dan bibir klien tampak kering. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut PPNI, (2018: 240) dimana tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri yaitu tidak mampu berhias secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang.

4. Risiko Perilaku Kekerasan

Diagnosis keperawatan perilaku kekerasan tidak diangkat karena tidak terdapat tanda-tanda klien mengalami perilaku kekerasan seperti yang terdapat di dalam buku SDKI, tanda-tanda klien dengan perilaku kekerasan yaitu menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, berperilaku agresif/amuk (PPNI, 2018: 288).

Intervensi Keperawatan

1. Intervensi diagnosis risiko perilaku kekerasan pada klien terdiri dari:
 - a. SP 1 identifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat risiko perilaku kekerasan serta latih klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik: tarik napas dalam dan pukul bantal
 - b. SP 2 latih klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur
 - c. SP 3 latih klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah secara baik
 - d. SP 4 latih klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual
2. Intervensi diagnosis gangguan konsep diri: harga diri rendah pada klien terdiri dari:
 - a. SP 1 identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien serta bantu klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif
 - b. SP 2 bantu klien melakukan kegiatan yang dipilih klien sesuai kondisi dan kemampuannya
3. Intervensi diagnosis defisit perawatan pada klien terdiri dari:
 - a. SP 1 identifikasi serta latih klien melakukan perawatan diri: mandi
 - b. SP 2 latih klien melakukan perawatan diri: berdandan/berhias
 - c. SP 3 latih klien melakukan perawatan diri: makan/minum
 - d. SP 4 latih klien melakukan perawatan diri: BAB/BAK.

Implementasi Keperawatan

1. Implementasi pada diagnosis risiko perilaku kekerasan, penulis melakukan SP 1, SP 2 dan SP 3. Pada teori intervensi keperawatan klien dengan risiko perilaku kekerasan terdiri dari 4 SP, namun SP 4 tidak dilakukan karena keterbatasan waktu praktik.
2. Implementasi pada diagnosis defisit perawatan diri secara teori terdiri dari 4 SP, tetapi penulis hanya melakukan SP 2. Implementasi SP 1, SP3 dan SP 4 tidak dilakukan karena tidak terdapat data pada klien yang menunjukkan gangguan perawatan diri pada SP tersebut.

3. Implementasi diagnosis gangguan konsep diri: harga diri rendah penulis tidak melakukan implementasi apa pun baik implementasi pada klien maupun implementasi pada keluarga karena keterbatasan waktu praktik.
4. Implementasi keluarga tidak dilakukan karena penulis tidak bertemu dengan keluarga klien, sehingga penulis berkolaborasi dengan perawat ruang Arimbi untuk melakukan SP keluarga jika keluarga Ny. R berkunjung ke rumah sakit.

Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi diagnosis risiko perilaku kekerasan SP 1 sampai SP 3 sudah optimal. Secara kognitif klien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat dan menyebutkan cara mengontrol marah; secara psikomotor klien mampu mengendalikan marah dengan cara fisik, verbal dan spiritual; secara afektif klien mampu merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan dan membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. Diagnosis risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian karena SP yang dilakukan penulis belum selesai. SP 4 belum dilakukan karena keterbatasan waktu praktik, sehingga penulis melakukan kolaborasi dengan perawat ruang Arimbi untuk melakukan SP 4 latih klien cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.
2. Evaluasi diagnosis defisit perawatan diri SP 2 melatih klien cara berdandan sudah optimal dengan hasil, secara kognitif klien mampu menyebutkan manfaat berdandan dan cara berdandan, secara psikomotor klien mampu mempraktikkan cara berdandan dengan benar, secara afektif klien merasa nyaman dengan berdandan, menerapkan cara berdandan secara mandiri, sehingga masalah defisit perawatan diri pada Ny. R sudah teratasi.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada Ny. R mencakup semua aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. R yaitu risiko perilaku kekerasan, gangguan konsep diri: harga diri rendah dan defisit perawatan diri.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun penulis terdiri dari intervensi untuk klien dan keluarga. Penulis tidak mendapatkan kendala dalam menyusun intervensi keperawatan, karena tersedianya sumber referensi tentang rencana tindakan keperawatan pada klien dengan risiko

perilaku kekerasan, gangguan konsep diri: harga diri rendah dan defisit perawatan diri serta sudah sesuai dengan format yang baku.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dimulai setelah rencana tindakan keperawatan disusun. Pada diagnosis risiko perilaku kekerasan penulis melakukan implementasi SP 1, SP 2 dan SP 3. Implementasi diagnosis keperawatan defisit perawatan diri penulis hanya melakukan SP 2. SP 1, SP3 dan SP 4 tidak dilakukan karena tidak adanya data pada klien yang menunjukkan gangguan perawatan diri pada SP tersebut. Implementasi diagnosis gangguan konsep diri: harga diri rendah penulis tidak melakukan strategi pelaksanaan pada klien. Implementasi pada keluarga juga tidak dilakukan karena penulis tidak bertemu dengan keluarga klien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi diagnosis risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian. Evaluasi diagnosis defisit perawatan diri sudah teratasi.

Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan kepada penulis agar lebih meningkatkan wawasan dengan membaca buku asuhan keperawatan jiwa dan berlatih teknik komunikasi terapeutik agar penulis tidak mengalami kesulitan saat berinteraksi dengan klien gangguan jiwa.

2. Bagi Akademik

Diharapkan pada pihak akademik agar lebih memperbanyak bahan literatur yang terbaru terutama buku asuhan keperawatan jiwa.

3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan kepada pihak rumah sakit untuk memberikan penjelasan pada keluarga saat pertama kali membawa klien ke rumah sakit untuk menjenguk klien secara rutin dan memberikan penjelasan terkait penanganan klien ketika di rumah seperti memotivasi klien dalam keteraturan minum obat agar tidak terjadi kekambuhan.

4. Bagi Pembaca

Diharapkan bagi pembaca sebelum melakukan asuhan keperawatan jiwa di rumah sakit untuk meningkatkan wawasan dengan membaca buku asuhan keperawatan jiwa dan berlatih melakukan strategi pelaksanaan pada klien gangguan jiwa khususnya dengan risiko perilaku kekerasan, sehingga diharapkan mampu mengaplikasikan ilmu dalam praktik di lapangan dan mampu berinteraksi dengan baik tanpa ada hambatan.

DAFTAR REFERENSI

- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2018). *Laporan Provinsi Jawa Tengah Riskesdas 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Firmawati, Febriyona, F., & Rengkung, R. (2023). Stigma masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Limboto Barat. *Jurnal Kesehatan dan Kedokteran*, 1(3), 1–2.
- Glenasius, T., & Ernawati. (2023). Program intervensi dalam upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan berobat pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Sindang Jaya. *Manuju: Malahayati Nursing Journal*, 5(12), 4239–4249.
- Gusdiansyah, E., Keliat, B. A., & Erwina, I. (2020). Psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan di rumah. *JIK Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(2), 106. <https://doi.org/10.33757/jik.v4i2.296>
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Martini, S., Endriyani, S., Dwi, N., & Hadita, N. D. P. (2022). Implementasi keperawatan terapi spiritual pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan. *Jurnal Nursing Update*, 13(1), 92–98.
- Mashudi, S. (2021). *Asuhan keperawatan skizofrenia*. Jawa Timur: CV. Global Aksara Pres.
- Pemerintah Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Polopandang, V., & Hidayah, N. (2019). *Proses keperawatan: Pendekatan teori dan praktik*. Gowa: Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Pratama, A. A. P., & Senja, A. (2022). *Keperawatan jiwa*. Jakarta Timur: Bumi Medika.
- Sari, P. N., & Nyumirah, S. (2020). Asuhan keperawatan pada Tn.P dengan resiko perilaku kekerasan. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 3(2), 210–220.
- Sitawati, A. D., Fithriyah, I., Karimah, A., & Muhammad, Z. K. (2022). *Mendampingi orang dengan skizofrenia*. Airlangga University Press. <https://books.google.co.id/books?id=YzGgEAAAQBAJ>
- Sutejo. (2023). *Keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Skizofrenia*. World Health Organization. <https://bit.ly/WHOSkizofrenia>