

Asuhan Keperawatan Pada Tn. P Dengan Resiko Perilaku Kekerasan

Putri Nurmala Sari¹, Sri Nyumirah²

Akademi Keperawatan Pasar Rebo, Departemen Keperawatan Jiwa

Email: pnurmala25@gmail.com

Abstrak

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. hal tersebut akan berdampak besar bila tidak ditangani. Misalnya orang dengan perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, orang lain maupun lingkungan. Berdasarkan dampak perilaku kekerasan diatas dibutuhkan peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan, yaitu perawat berperan pada aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Asuhan keperawatan dilakukan dengan wawancara, baik ke klien, perawat maupun keluarga, tindakan keperawatan dilakukan secara langsung pada klien dengan pendampingan perawat. Klien mengalami perilaku kekerasan karena klien merasa sakit hati karena selalu diejek oleh tetangganya dan kakaknya. Diagnosa keperawatan yang bisa ditemukan pada klien yaitu harga diri rendah, gangguan sensori persepsi: halusinasi, resiko perilaku kekerasan, regimen terapeutik inefektif. Perencanaan sudah dilakukan sesuai dengan standar rumah sakit. Evaluasi keperawatan klien terlihat pada klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam serta pukul bantal/kasur, mengkonsumsi obat secara teratur, mengungkapkan, meminta, dan menolak secara verbal serta dengan cara spiritual yaitu berdzikir dan dan sholat. Kemampuan lain yang klien capai yaitu klien mampu mengontrol halusinasi yang muncul, dan klien mampu meningkatkan harga dirinya.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Akibat, Perilaku Kekerasan

Abstract

Violent behavior is a form of behavior that aims to hurt someone physically and psychologically. This will have a major impact if not addressed. For example people with violent behavior can cause a high risk of injuring themselves, others and the environment. Based on the impact of violent behavior above the role of nurses is needed in carrying out nursing care, namely nurses play a role in the promotive, preventive, curative, and rehabilitative aspects. Nursing care is done by interviews, both to clients, nurses and families, nursing actions are carried out directly on the client with the assistance of nurses. The client experiences violent behavior because the client feels hurt because he is always ridiculed by his neighbors and brother. Nursing diagnoses that can be found on the client are low self-esteem, sensory disturbance perceptions: hallucinations, risk of violent behavior, ineffective therapeutic regimens. Planning has been carried out in accordance with hospital standards. Client nursing evaluations seen in clients are able to control violent behavior by deep breathing and hit the pillow / mattress, taking medication regularly, expressing, asking, and refusing verbally as well as spiritually, namely dhikr and prayer. Another ability that the client achieves is that the client is able to control the hallucinations that arise, and the client is able to increase his self-esteem.

Keywords : Nursing care, consequences, violent behavior

Pendahuluan

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu selaras dengan keadaan orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat yang harmonis dan memperhatikan segi kehidupan manusia dan cara berhubungan dengan orang lain. Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi perasaan sejahtera secara subyektif, suatu penilaian diri tentang perasaan mencakup aspek konsep diri, kebugaran dan kemampuan pengendalian diri. Indikator mengenai keadaan sehat mental/ psikologi/ jiwa yang minimal adalah individu tidak merasa tertekan atau depresi (Keliat, 2011).

Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di Negara-negara maju, meskipun masalah kesehatan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan tersebut dapat menimbulkan ketidakmampuan individu dalam berperilaku yang dapat menghambat pembangunan karena mereka tidak produktif (Hawari, 2009). *World Health Organization (WHO)* 2016, menyatakan

setidaknya ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental dan masalah gangguan kesehatan jiwa yang ada di seluruh dunia dan sudah menjadi masalah yang sangat serius. Masalah tersebut menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang besar dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya.

Gangguan jiwa yaitu sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distress atau penderitaan dan menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. Fungsi jiwa yang terganggu meliputi fungsi biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Secara umum gangguan fungsi jiwa yang dialami seorang individu dapat dilihat dari penampilan, komunikasi, proses pikir, interaksi dan aktivitasnya sehari-hari (Keliat, 2011).

Berdasarkan data dari *World Health Organization (WHO)* 2016, ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. Terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia menurut data

Riskesdas (2018), menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala – gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 9,8 juta orang dari jumlah penduduk Indonesia, sedangkan prevalensi pengobatan penderita gangguan jiwa dengan skizofrenia mencapai sekitar 84,9% yang berobat dan 15,1% yang tidak berobat. Pasien gangguan jiwa berat di Jawa Barat mencapai 16.714 orang.

Jumlah terbanyak gangguan jiwa yaitu Skizofrenia Paranoid. Skizofrenia didefinisikan sebagai penyakit mental dengan gangguan otak yang kompleks. Penyakit ini cukup mempengaruhi proses psikologi yang mencakup kognisi, afek dan perilaku. Klien dengan skizofrenia memiliki karakteristik gejala positif yaitu meliputi adanya waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur yaitu berupa perilaku kekerasan, sedangkan gejala negatif yang dimiliki adalah gangguan berbahasa seperti kesulitan untuk mempersepsikan emosi, pembicaraan orang lain serta bergaul dan berinteraksi dengan masyarakat (Nevid, 2010 dalam Sutejo, 2017).

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, secara verbal maupun nonverbal, bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis (Berkowitz, 2000 dalam Yosep dan Sutini, 2016). Prevalensi perilaku kekerasan di Indonesia mencapai 2,5 juta atau 60% yang terdiri dari pasien resiko perilaku kekerasan. Setiap tahunnya lebih dari 1,6 juta orang meninggal dunia akibat perilaku kekerasan, terutama pada laki-laki yang berusia 15-44 tahun, sedangkan korban yang hidup mengalami trauma fisik, seksual, reproduksi dan gangguan kesehatan mental. Indikator taraf kesehatan mental masyarakat semakin memburuk (Hawari, 2012).

Hal tersebut akan berdampak besar bila tidak ditangani. Misalnya orang dengan perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, orang lain maupun lingkungan. Resiko mencederai merupakan suatu tindakan yang kemungkinan dapat melukai atau membahayakan diri, orang lain dan lingkungan bahkan kematian (Keliat, 2009).

Melihat hal tersebut perlu dilakukan peran perawat melalui tindakan keperawatan dalam menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan, yaitu dengan melakukan upaya kesehatan yang meliputi upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran perawat dalam upaya promotif yaitu meningkatkan dan memelihara kesehatan jiwa dengan memahami prinsip-prinsip sehat jiwa. Melalui aspek preventif yaitu dengan cara mengajarkan klien bersikap asertif terhadap orang lain, menggunakan mekanisme coping yang efektif dan adanya dukungan keluarga. Dengan upaya kuratif yaitu mengontrol marah dengan cara fisik, yaitu tarik nafas dalam dan memukul bantal/kasur, menjelaskan pentingnya minum obat secara teratur, dengan cara verbal, kemudian dengan cara spiritual dan peran perawat dalam upaya rehabilitatif adalah melakukan kontrol ke pelayanan kesehatan secara rutin dan minum obat secara teratur, kemudian melakukan aktivitas yang dapat mengontrol perilaku kekerasan.

Pengertian

Kemarahan adalah suatu emosi yang normal dari manusia yang merupakan respon emosional yang kuat dan tidak

nyaman terhadap suatu provokasi nyata atau tidak nyata, tetapi dirasakan. Kemarahan timbul apabila seseorang merasa frustrasi, disakiti atau takut (Mary dkk, 2015). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stresor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2010).

Etiologi

Menurut Afnuhazi (2015), terdapat beberapa faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan yaitu: a. psikologis; kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk. b. perilaku; *reinforcement* yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan. c. sosial budaya; budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan yang diterima

(*permissive*). d. bioneurologis; kerusakan *sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal* dan ketidakseimbangan *neurotransmitter* turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan.

Patofisiologi

Menurut Afnuhazi (2015), Perilaku kekerasan dapat terjadi karena beberapa faktor penyebab, salah satunya pada klien dengan gangguan konsep diri: harga diri rendah. Individu yang mempunyai harga diri rendah disebabkan karena memiliki idealisme diri yang tinggi karena tidak menerima kenyataan tentang apa yang sekarang dimiliki, dalam pola pikir tersebut individu bisa mengeskpresikan tingkah laku secara langsung maupun tidak langsung. Klien yang sudah mengalami gangguan pada konsep diri atau harga diri akan merasa marah dan kesal terhadap dirinya atau orang disekitarnya, yang menyebabkan klien berperilaku secara tidak konstruktif, seperti memukul dirinya sendiri, membanting-banting barang atau mencederai orang lain, sehingga klien memiliki perilaku yang menyimpang yaitu perilaku kekerasan.

Manifestasi Klinis

Menurut Sutejo (2017), tanda dan gejala klien yang mengalami perilaku

kekerasan adalah mata melotot atau pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup dengan kuat, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku, jalan mondar-mandir, nada suara tinggi, mengancam orang lain, bicara kasar, memaksakan kehendak, ungkapan ingin memukul/melukai.

Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang dilakukan menurut (Riyadi, dkk 2009) : pemberian obat Trihexyphenidyl, Clozapine, dan Risperidone.

Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian Keperawatan

Faktor predisposisi menurut (Yosep, 2009) faktor biologis : teori neurologis, sistem limbik dan keseimbangan neurotransmitter sangat berperan dalam timbulnya perilaku kekerasan. Faktor genetik; adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Faktor psikologis; teori agresif frustasi, teori perilaku, teori eksistensi. Faktor sosial kultural; teori lingkungan dan teori belajar sosial. Faktor pesipitasi menurut Sutejo (2017), stresor yang mencetus perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik, stresor

tersebut dapat disebabkan dari luar maupun dalam. Contoh stresor yang berasal dari luar antara lain serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain. Sedangkan stresor yang berasal dari dalam adalah putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan rasa cinta, ketakutan terhadap penyakit fisik dan putus obat. Selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat kritikan yang mengarah pada penghinaan dan tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah dari teori (Kusumawati dan Hartono, (2011) bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh harga diri rendah, akan berakibat resiko mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, dari harga diri rendah akan mengakibatkan isolasi sosial yang akan menimbulkan defisit perawatan diri. Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan perilaku kekerasan menurut (Keliat, 2011) perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi, harga diri rendah, dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

C. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan perilaku kekerasan menurut (Sutejo, 2017) yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan jenis perilaku kekerasan yang dilakukan, melatih dan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur, minum obat secara teratur, cara verbal: menyampaikan marah dengan berbicara asertif, dan dengan cara spiritual. Mendapat dukungan keluarga.

D. Implementasi Keperawatan

Menurut Keliat, dkk (2011), perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan mengontrol perilaku agresif. Strategi antisipatif yang digunakan untuk klien perilaku kekerasan adalah: a. komunikasi, b. perubahan lingkungan, c. tindakan perilaku, d. psikofarmakologi.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diharapkan : klien sudah mampu menggunakan cara sehat pada saat kesal/marah, klien tidak melakukan

perilaku kekerasan, klien minum obat dengan benar, keluarga sudah mampu merawat klien, keluarga mengetahui cara minum obat klien, keluarga mengetahui kegiatan yang dapat dilakukan klien saat di rumah.

Tinjauan Kasus

Pengkajian Keperawatan

A. Identitas Klien

Klien bernama Tn. P berjenis kelamin laki-laki umur 29 tahun, status perkawinan belum menikah, beragama Islam. Suku bangsa Jawa Barat, pendidikan terakhir adalah SMK, tinggal di Kampung Cidamar RT 001 RW 09 Kabupaten Cianjur. Perawat mendapatkan sumber informasi dari klien dan buku status.

B. Resume

Klien merasa minder/malu karena tidak bekerja, klien tampak berbicara dan tertawa sendiri saat sedang sendiri, klien mengatakan merasa sakit hati karena selalu diejek oleh tetangganya dan kakaknya, klien mengatakan merasa ditolak oleh masyarakat di rumahnya karena klien sering marah-marah dan mencaci maki tetangganya, klien tampak sedih, klien mengatakan belum mampu menjadi anak yang berbakti

kepada kedua orang tuanya, klien suka mengkritik diri sendiri.

C. Pengkajian

Klien mengatakan mengalami gangguan jiwa pertama kalinya yaitu pada bulan Maret tahun 2017, klien dirawat di RS Cisarua Bandung dengan tanda gejala klien sering marah tanpa sebab, suka menghancurkan dan melempar barang-barang di rumah dikarenakan klien merasa frustrasi karena putus dengan kekasihnya. Klien pernah mengalami aniaya fisik sebagai pelaku pada usia 23 tahun, klien mengatakan memukul kakak laki-lakinya karena klien merasa kesal diejek oleh kakaknya karena tidak bekerja, klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya seksual, dan kekerasan dalam rumah tangga. Klien mengatakan pernah merokok dan minum kopi tetapi tidak pernah menggunakan NAPZA. Pada tahun 2017 klien sudah dua kali masuk RS Cisarua, yaitu pada bulan Maret dan bulan Agustus, kemudian klien dirawat kembali pada tahun 2018 di RS Cisarua Bandung pada bulan Desember, pengobatan sebelumnya tidak berhasil dikarenakan klien putus obat, pada

tahun 2018 klien masih patuh minum obat dan diawal tahun 2019 klien mulai berhenti minum obat karena merasa sudah sembuh dan tidak memerlukan obat lagi. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena klien tidak mengkonsumsi obat secara teratur atau putus obat sebab klien malas minum obat karena pihak keluarga kurang mendukung dalam pemberian obat dan tidak ada yang mengingatkan. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Klien mempunyai kepribadian terbuka, klien mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu : saat permintaannya tidak dituruti oleh ibu dan ayahnya, dan membuat klien merasa kesal, klien merasa ditolak oleh masyarakat karena klien sering mencaci maki tetangganya, klien mengatakan pernah dikeluarkan dari tempat kerjanya dengan alasan klien dituduh mengambil barang milik kantornya, hal ini membuat klien merasa stress dan malu terhadap orang lain dan dirinya sendiri.

Berdasarkan hasil pengkajian konsep diri : klien mengatakan belum bisa membahagiakan kedua orang tuanya

karena klien belum bekerja, klien merupakan anak terakhir dari 5 bersaudara.

Klien mengatakan aktif mengikuti kegiatan kelompok, orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibunya, klien yakin adanya Tuhan YME, klien rutin melaksanakan ibadah 5 waktu. Berdasarkan pengkajian status mental klien terlihat rapi, pembicaraan klien koheren, nada bicara klien keras, suara tinggi, aktivitas motorik klien gelisah dan kompulsif, interaksi selama wawancara klien selalu menatap lawan bicaranya dengan tatapan tajam, afek klien labil, memori jangka panjang dan jangka pendek klien baik, karena klien mampu mengingat kejadian 1 bulan yang lalu dan 1 minggu yang lalu.

D. Data Penunjang

Klien sudah mampu mengontrol marah dengan cara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur, minum obat secara teratur, cara verbal : berbicara secara asertif, dan cara spiritual : berdzikir dan sholat secara mandiri. Keluarga belum mampu merawat anggota keluarga yang sakit, belum membantu klien dalam mengingatkan minum obat,

dan klien juga jarang kontrol ke pelayanan kesehatan. Selama klien dirawat di rumah sakit keluarga klien belum pernah datang menjenguk klien.

E. Penatalaksanaan Medis

Obat yang sudah diberikan pada Tn. P yaitu Trihexylphenidyl 2 mg/8 jam/oral 3x1 tablet, Haloperidol 5 mg/8 jam/oral 3x1 tablet, dan Depacote 500 mg/24 jam/oral 1x1 tablet.

F. Data Fokus

Data subjektif : klien mengatakan merasa sakit hati karena selalu diejek oleh tetangganya dan kakaknya, klien mengatakan pernah memukul kakak laki-lakinya karena jengkel diejek belum bekerja. Data objektif : klien tampak mengerutkan alis dengan tatapan mata tajam, klien menunjukkan sikap mudah tersinggung ketika membahas tentang penyebab masalahnya, klien tampak mengepalkan tangan ketika membahas tentang penyebab rasa marah dan jengkelnya, nada suara klien keras, klien tampak mondar-mandir, aktivitas motorik klien gelisah, afek klien labil.

G. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah dari kasus Tn. P bahwa penyebab perilaku kekerasan dimulai dari harga diri rendah yang menyebabkan gangguan sensori persepsi: halusinasi yang menimbulkan perilaku kekerasan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. P yaitu resiko perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, harga diri rendah, dan regimen terapeutik inefektif.

H. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi

Pada tahap perencanaan keperawatan klien dengan perilaku kekerasan yang dilakukan sudah sesuai dengan standar Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yaitu membina hubungan saling percaya dengan kriteria evaluasi: klien menunjukkan dapat mengungkapkan perasaan dan keadaan saat ini, klien mau membalas salam, klien mau menjabat tangan, klien mau menyebutkan nama, klien mau tersenyum, klien ada kontak mata, klien mengetahui nama perawat, klien mau melakukan kontrak selanjutnya.

Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat marah dengan kriteria evaluasi: klien mampu mengungkapkan perasaannya, klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri, orang lain maupun lingkungan), tanda dan gejala serta akibat marah.

Melatih cara mengontrol marah secara fisik, minum obat, verbal dan spiritual dengan kriteria evaluasi: klien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol marah yang sudah dilatih perawat, hanya saja kriteria evaluasi disesuaikan dengan kondisi klien pada saat itu. Pada tahap pelaksanaan keperawatan klien dengan perilaku kekerasan diagnosa pertama sampai keempat secara teori semua rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya sudah dilakukan, namun untuk strategi pelaksanaan keluarga tidak dilakukan karena keterbatasan waktu.

Pada tahap evaluasi keperawatan klien dengan perilaku kekerasan terlihat pada klien yang telah dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara menarik nafas dalam serta memukul bantal/kasur,

mengonsumsi obat secara teratur, mengungkapkan, meminta, dan menolak secara verbal serta dengan cara spiritual yaitu berdzikir dan sholat. Kemampuan lain yang klien capai yaitu klien mampu melakukan mengontrol halusinasi, dan klien dapat meningkatkan harga dirinya dengan baik. Tahap evaluasi keseluruhan sudah dilakukan. Evaluasi yang didapatkan ada peningkatan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor, meskipun harus di motivasi oleh perawat.

Daftar Pustaka

- Afnuhazi, R. 2015. *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hawari, Dadang. 2009. *Manajemen Stress Cemas dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Keliat, B. A. 2011. *Proses Keperawatan Jiwa. Edisi II*. Jakarta: Salemba Medika.
- Keliat, B. A, dkk. 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (basic course)*. Jakarta: EGC.
- Kusumawati, F & Hartono, Y. 2011. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Mary, B. dkk. 2015. *Asuhan Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri*. Jakarta: EGC.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2018. *Prevalensi Gangguan Jiwa*. Diambil pada tanggal 03 Mei 2019 dari www.depkes.go.id

Riyadi, dkk. 2009. *Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sutejo. 2017. *Asuhan Keperawatan Gangguan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Sutejo. 2017. *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

WHO. 2016. *Skizofrenia and Public Health. Geneva Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*. World Health Organization.

Yosep, I. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.

Yosep, H. I. Dan Sutini, T. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.