

**Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga  
Universitas Kusuma Husada Surakarta  
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN RISIKO  
PERILAKU KEKERASAN DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
PSIKOSOSIAL DAN KESEHATAN JIWA**

**Nurul Isti'anah<sup>1</sup>, Intan Maharani S. Batubara<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga

<sup>2</sup>Dosen Keperawatan Jiwa

[nurulistianah9898@gmail.com](mailto:nurulistianah9898@gmail.com)

**ABSTRAK**

Perilaku kekerasan merupakan masalah skizofrenia yang membutuhkan perhatian penting. Kebutuhan psikososial dan kesehatan jiwa berperan penting untuk individu dengan perilaku kekerasan dalam meningkatkan kebutuhan interpersonal individu saat terjadi perubahan di lingkungan sosial. Asuhan keperawatan merupakan intervensi yang strategis dalam meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan. Tujuan studi kasus ini yaitu untuk mengetahui gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada satu klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan. Prosedur tindakan yang diberikan yaitu pemberian strategi pelaksanaan pertama sampai keempat dengan modifikasi latihan fisik I dan II. Alat ukur yang digunakan berupa lembar observasi tanda dan gejala, lembar kemampuan dan SOP latihan fisik I dan II. Pengambilan data dilakukan selama empat hari di rumah sakit jiwa daerah di Jawa Tengah. Hasil studi kasus menunjukkan penurunan tanda dan gejala. Pemberian strategi pelaksanaan pertama sampai keempat dengan modifikasi latihan fisik I dan II dapat dijadikan acuan dan pertimbangan dalam perumusan prosedur operasional baku pada klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan.

***Kata Kunci*** : Risiko Perilaku Kekerasan, Latihan Fisik I dan II, Asuhan Keperawatan Kebutuhan Psikososial dan Kesehatan Jiwa

**Nursing Study Program, Diploma Three Program,  
University of Kusuma Husada Surakarta  
2021**

**NURSING OF SCHIZOPHRENIC CLIENTS WITH THE RISK OF VIOLENT  
BEHAVIOR IN THE FULFILLMENT OF PSYCHO-SOCIAL AND PHYSICAL  
NEEDS**

**Nurul Isti'anah<sup>1</sup>, Intan Maharani S. Batubara<sup>2</sup>**

1 Student of Nursing Study Program Diploma Three

2 Lecturer of Psychiatric Nursing

[nurulistianah9898@gmail.com](mailto:nurulistianah9898@gmail.com)

**ABSTRACT**

Violent behavior is a schizophrenic problem that requires important attention. Psychosocial needs and mental health play an important role for individuals with violent behavior in increasing the interpersonal needs of individuals when there are changes in the social environment. Nursing is a strategic intervention in increasing the ability to control violent behavior. The purpose of this case study is to describe the implementation of nursing in a schizophrenic client with a risk of violent behavior. The action procedure given is the provision of the first to fourth implementation strategies with modifications to physical exercises I and II. The measuring instruments used are in the form of observation sheets for signs and symptoms, ability sheets and SOPs for physical exercise I and II. Data collection was carried out for four days at a regional mental hospital in Central Java. The results of the case studies showed a decrease in signs and symptoms. The provision of the first to fourth implementation strategies with modifications of physical exercise I and II can be used as a reference and consideration in the formulation of standard operational procedures for schizophrenic clients with the risk of violent behavior.

Key words : Risk of Violent Behavior, Physical Exercises I and II, Nursing for Psychosocial Needs and Mental Health

## 1. PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa saat ini masih menjadi salah satu permasalahan di dunia. Bipolar, skizofrenia dan demensia merupakan kasus yang sering muncul pada gangguan jiwa. Masalah gangguan jiwa dapat dipengaruhi oleh empat faktor. Faktor-faktor tersebut terdiri dari faktor biologis, psikologis, ekonomi dan sosial seseorang (Oktaviana, 2019).

Jumlah kasus gangguan jiwa di dunia berdasarkan data WHO, 2017 yaitu sekitar 450 juta jiwa. Di Indonesia, kasus gangguan jiwa menunjukkan persentase 7 per 1000 rumah tangga. Di sisi lain, data angka kontribusi beban penyakit gangguan mental secara global sebesar 14,4% dan Asia Tenggara sebesar 13,4% (Infodatin, 2018). Provinsi Bali berada di urutan pertama dengan prevalensi 11,1%, sedangkan Jawa Tengah berada di urutan ke-7 dengan prevalensi gangguan jiwa setara dengan Aceh yaitu 8,7% (Kemenkes RI, 2019).

Orang dengan gangguan jiwa akan mengalami perubahan perilaku yang menghambat dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Kemenkes RI, 2019). Gangguan jiwa tersebut terdiri dari gangguan mental depresi, gangguan bipolar, skizofrenia dan psikosis lain, demensia, serta gangguan perkembangan termasuk autisme (WHO, 2019). Gangguan jiwa yang sering terjadi di Indonesia salah satunya adalah skizofrenia.

Skizofrenia merupakan sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir. Hal ini membuat penderitanya merasa bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh ketakutan dari luar dirinya. Selain itu orang dengan skizofrenia akan merasakan waham, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu

dengan situasi nyata dan autisme (Zahnia, 2016). Skizofrenia adalah gangguan psikosis, sejenis penyakit mental yang ditandai dengan distorsi berpikir, emosi, bahasa, perasaan dan perilaku (WHO, 2019).

Orang dengan skizofrenia akan menunjukkan tanda dan gejala yang berbeda-beda. Tanda dan gejala tersebut seperti halusinasi mendengar atau melihat sesuatu yang tidak ada, khayalan, perilaku abnormal, ucapan tidak teratur dan gangguan emosi. Di sisi lain sikap apatis atau putus hubungan antara emosi yang dirasakan dan apa yang diamati seperti ekspresi wajah atau tubuh juga beresiko menyebabkan perilaku kekerasan (WHO, 2019).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan. Tindakan tersebut dilakukan secara fisik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungannya. Hal tersebut dilakukan sebagai akibat ekstrim dari rasa marah, ketakutan dan panik. Selain itu perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang agresi verbal. Sedangkan perilaku amuk dipandang sebagai akibat dari emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah (Suryani & Ariani, 2018).

Perilaku kekerasan biasanya ditandai dengan tanda dan gejala berupa muka merah, tegang, mata melotot, dan pandangan tajam. Orang dengan perilaku kekerasan akan tampak mengatupkan rahang dengan kuat, bicara kasar, suara tinggi, menjerit, dan berteriak. Hal tersebut menjadikan seseorang kehilangan kontrol diri, berjalan mondar-mandir, mengepalkan tangan, mengancam, memukul bahkan merusak barang (Amimi, dkk, 2020).

Sebagai makhluk sosial, orang dengan perilaku kekerasan

memerlukan kebutuhan psikososial dan kesehatan jiwa dalam mencapai keseimbangan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari kebutuhan emosi dasar, kebutuhan akan cinta, serta kepercayaan. Selain itu otonomi, identitas, harga diri, penghargaan dan rasa aman juga berpengaruh terhadap kesehatan jiwa klien dengan risiko perilaku kekerasan. Hal ini dikarenakan kebutuhan psikososial adalah bentuk perubahan kehidupan yang bersifat psikologik maupun sosial. Sehingga kebutuhan psikososial dan kesehatan jiwa mempunyai pengaruh timbal balik terhadap masalah kejiwaan dan kemasyarakatan sebagai akibat adanya perubahan dan gejala sosial dalam bermasyarakat (Kemenkes RI, 2016).

Asuhan keperawatan pada masalah risiko perilaku kekerasan adalah dengan pemberian SP 1-4 yang dimodifikasi dengan latihan fisik. Latihan fisik tersebut terbagi menjadi dua yaitu latihan fisik I berupa relaksasi nafas dalam dan latihan fisik II dengan tindakan pukul bantal. Latihan fisik I sendiri adalah bentuk terapi relaksasi dengan cara melakukan nafas dalam dan lambat untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah yang pada akhirnya mengakibatkan pengenduran ketegangan jiwa (Oktaviana, 2019).

Penelitian Zelianti (2011), tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan memperkuat efektifitas tindakan latihan fisik I. Penelitian tersebut mengatakan latihan fisik I efektif untuk menurunkan keluhan fisik yang dialami klien perilaku kekerasan. Kemudian dalam penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa latihan fisik I dapat mengontrol emosi sehingga emosi

tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi.

Sedangkan latihan fisik II adalah bentuk terapi dengan cara memukul bantal atau kasur. Tindakan latihan fisik II tersebut berguna untuk menyalurkan energi yang konstruktif. Selain itu latihan fisik II juga digunakan untuk mengurangi risiko mencederai diri, orang lain, maupun lingkungan akibat ketidakstabilan status emosi (Oktaviana, 2019).

Pada latihan fisik II ini didukung penelitian yang dilakukan Hastuti (2011) dengan judul efektivitas teknik memukul bantal terhadap perubahan status emosi klien skizofrenia. Dimana hasil penelitian tersebut mengatakan teknik memukul bantal memiliki pengaruh dalam menurunkan status emosi marah pada klien skizofrenia. Hal ini terlihat dari hasil analisa yang didapatkan P value (<0,05).

Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan pengelolaan asuhan keperawatan pada satu klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan dalam pemenuhan kebutuhan psikososial dan kesehatan jiwa.

## 2. METODE

Metode penelitian ini menggunakan metode pendekatan studi kasus dengan jenis penelitian deskriptif. Studi kasus ini digunakan sebagai gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa pada klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan dalam pemenuhan kebutuhan psikososial dan kesehatan jiwa. Subjek yang dilibatkan adalah satu orang pasien dengan gangguan jiwa risiko perilaku kekerasan. Tempat penelitian studi kasus dilakukan di bangsal tenang laki-laki di salah satu rumah sakit jiwa daerah di Jawa Tengah pada tanggal 15-27

Februari 2021. Alat ukur yang digunakan adalah lembar observasi tanda dan gejala, lembar kemampuan dan SOP latihan fisik I dan II. Etika studi kasus yang digunakan adalah *informed consent*, *anonymity* dan *privacy*.

### 3. HASIL

#### a. Pengkajian

##### 1) Faktor Predisposisi

Hasil yang didapat dari pengkajian faktor predisposisi menunjukkan bahwa faktor biologi tidak mempengaruhi klien mengalami RPK. Klien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa. Faktor psikologis menunjukkan bahwa pengalaman aniaya fisik menjadi pencetus klien mengalami RPK. Hal ini dibuktikan dengan klien mengatakan pernah mengalami penganiayaan berupa pemukulan dan penendangan oleh polisi pada usia 26 tahun saat klien pulang bekerja secara ilegal dari Malaysia. Kemudian, hasil pengkajian dari faktor sosial budaya menunjukkan bahwa pekerjaan menjadi pemicu klien mengalami RPK. Hal ini dibuktikan dengan klien mengatakan dulu bekerja di Malaysia sebagai TKI. Akan tetapi sekarang klien bekerja dirumah sebagai tukang servis kompor keliling. Klien mengatakan kadang jika merasa capek dalam bekerja, klien suka marah-marah, membanting piring atau menonjok tembok.

##### 2) Faktor Presipitasi

Klien mengatakan empat bulan sebelum masuk di RSJD, klien berhenti meminum obat karena menurut klien dosis obat yang dibeli tidak sesuai dosis obat sebelum-sebelumnya. Klien juga mengatakan sehari setelah acara hajatan di rumahnya, klien dibawa ke RSJD oleh keluarga. Alasan klien dibawa ke RSJD yaitu karena klien marah-marah dan membanting piring, berteriak-teriak diluar rumah dengan nada tinggi dan bicara kasar. Selain itu klien mengatakan kesal jika ada tetangga yang menggunjingkannya, klien juga mengatakan merasa malu karena mengalami gangguan jiwa. Dimana hal tersebut membuat keseharian klien kurang bisa beradaptasi dengan lingkungannya.

##### b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian, diagnosa utama yang diangkat yaitu risiko perilaku kekerasan. Dapat dilihat juga pada pohon masalah risiko perilaku kekerasan, bahwa yang menjadi *core problem* adalah risiko perilaku kekerasan, etiologinya yaitu harga diri rendah. Dimana hal ini dibuktikan dengan adanya pengalaman penganiayaan dimasa lalu. Selain itu, adanya riwayat masuk rumah sakit jiwa yang membuat klien malu karena gangguan jiwanya serta kurang bisa beradaptasi dengan baik dilingkungan karena sifat tempramental yang membuat suka marah-marah. Efeknya yaitu perilaku kekerasan.

- c. Kriteria Hasil  
Kriteria hasil yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan jiwa selama 4 hari yaitu adanya penurunan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.
- d. Intervensi Keperawatan  
Intervensi keperawatan yang diterapkan yaitu pemberian latihan fisik I dan II.
- e. Implementasi Keperawatan  
Tindakan keperawatan dilakukan dengan pemberian strategi pelaksanaan pertama sampai keempat dan latihan fisik I dan II selama empat hari dengan durasi 20 menit disetiap tindakannya yang kemudian dievaluasi setiap setelah pemberian tindakan.
- f. Evaluasi  
Hasil penelitian menunjukkan tindakan keperawatan yang dilakukan selama empat hari mampu menurunkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dimana di hari keempat klien mengalami penurunan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dari 12 menjadi 5 tanda dan gejala yang masih muncul.

#### 4. PEMBAHASAN

Hasil dari pengkajian didapatkan data alasan masuk klien karena klien mengamuk dan marah-marah. Klien juga mengatakan membanting piring dan berteriak-teriak diluar rumah dengan nada tinggi dan bicara kasar. Klien merasa jengkel dan tidak senang acara hajatan dirumahnya dibubarkan Satpol PP.

Data pengkajian lain, menunjukkan bahwa klien mengatakan khawatir dan takut menjadi omongan tetangga-tetanggan karena gangguan jiwa nya. Klien mengatakan biasanya marah karena mendengar omongan tetangganya yang mengunjingkannya. Hal ini

membuat klien ingin mendatangi dan memukul tetangganya.

Di sisi lain, klien juga mengatakan berhenti meminum obatnya. Klien mengatakan sudah berhenti meminum obat selama empat bulan. Klien berhenti meminum obat karena menurut klien dosis obat yang dibeli tidak sesuai dosis obat sebelum-sebelumnya.

Secara teoritis orang yang mengalami risiko perilaku kekerasan biasanya disebabkan oleh faktor biologis seperti adanya silsilah keluarga yang mengalami gangguan jiwa (Liviana, 2019). Selain itu faktor psikologis berupa pengalaman tidak menyenangkan, penganiayaan dan berfikir negatif juga menjadi pencetus terjadinya resiko perilaku kekerasan. Kemudian faktor sosial budaya seperti kehilangan orang yang dicintai, ketidakharmonisan keluarga, kegagalan dalam pekerjaan dan sosial ekonomi yang kurang juga memicu tindakan melukai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Liviana, 2019).

Pengkajian lain ditemukan data berupa klien tampak kurang rapi dengan rambut yang berantakan karena tidak disisir. Selain itu pembicaraan klien cepat dan nada keras dengan pandangan tajam. Klien juga tampak melotot dan mengepalkan tangan, serta postur tubuh kaku.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Amimi, Malfasari, Febtriana & Maulinda (2020), bahwa orang dengan risiko perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala seperti muka merah dan tegang, mata melotot, pandangan tajam. Di sisi lain biasanya akan terlihat mengatupkan rahang dengan kuat, bicara kasar, suara tinggi. Seseorang akan kehilangan kontrol diri, mengepalkan tangan, jalan

mondar-mandir, mengancam dan merusak lingkungan.

Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada kasus ini adalah risiko perilaku kekerasan. Dimana didukung data yang ditemukan yaitu klien mengatakan kadang kesal dengan tetangga yang menggajungnya. Di sisi lain klien juga mengatakan ingin menemui dan memukul tetangga yang menggajungnya jika sudah sangat kesal. Selain itu, klien mengatakan apabila sedang marah tidak bisa mengontrol emosinya sehingga melampiaskannya dengan memecah piring atau menonjok tembok.

Yusuf, Fitryasari & Nihayati (2015), menyatakan bahwa perilaku kekerasan bisa disebabkan karena faktor sistem limbik tidak bekerja dengan baik. Sistem limbik merupakan sebuah organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seseorang dalam melakukan aktivitasnya seperti makan, agresif, dan respons seksual. Selain itu sistem limbik juga mengatur sistem informasi dan memori seseorang.

Data lain yang mendukung diagnosa risiko perilaku kekerasan yaitu ditemukan data berupa pembicaraan cepat, nada keras, dan pandangan tampak tajam. Selain itu klien tampak melotot dan mengepalkan tangan, serta postur tubuh kaku. Klien juga tampak mudah tersinggung dan penuh curiga, serta berbicara dengan nada suara tinggi dan tampak mengancam teman bangsalnya.

Yusuf, Fitryasari & Nihayati (2015), menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan karena neurotransmitter yang terganggu. Neurotransmitter tersebut terdiri dari serotonin, dopamin, norepineprin, acetylcholine dan GABA. Apabila

sinyal diantara neuron yang berfungsi untuk menyampaikan pesan antara satu sel saraf ke sel saraf target terganggu maka akan berdampak pada agresivitas seseorang.

Pada pengkajian ini pohon masalah menunjukkan yang menjadi core problem adalah risiko perilaku kekerasan. Penyebabnya yaitu harga diri rendah, dibuktikan dengan adanya pengalaman penganiayaan dimasa lalu. Selain itu, adanya riwayat masuk rumah sakit jiwa membuat klien malu karena gangguan jiwanya dan kurang bisa beradaptasi dilingkungan karena sifat tempramental. Harga diri rendah dapat menjadikan individu menganggap dirinya negatif, tidak sempurna dan berbeda dengan orang lain. Hal tersebut berdampak pada resiko mencederai diri, orang lain maupun lingkungan (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016).

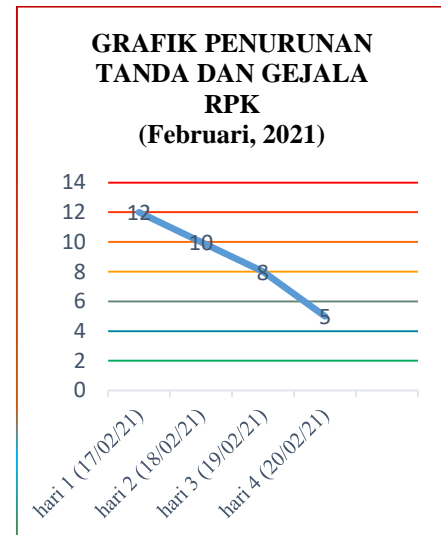
Prioritas tindakan keperawatan yang diberikan berupa pemberian strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan terdiri dari strategi pelaksanaan pertama sampai strategi pelaksanaan empat. Dimana dalam strategi pelaksanaan pertama meliputi tindakan mengkaji tanda dan gejala, penyebab, kemampuan mengatasi, dan akibatnya perilaku kekerasan dan melatih latihan fisik I dan II. Selanjutnya latih klien patuh minum obat dengan cara delapan benar (benar nama klien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa, dan benar dokumentasi) dan pemberian latihan fisik I dan II. Kemudian dilanjutkan strategi pelaksanaan ketiga dengan melatih untuk berbicara, mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik dan mengajarkan latihan fisik I dan II. Terakhir, latih untuk melakukan

kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut seperti sholat, berdo'a, dan kegiatan ibadah yang lainnya serta evaluasi latihan dan evaluasi pemberian latihan fisik I dan II, (Keliat, 2019).

Penelitian yang dilakukan Oktaviana (2019), menjelaskan bahwa latihan fisik I dan II mampu mengatur dan menjaga kestabilan emosi. Selain itu latihan fisik I dan II juga dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia. Disisi lain latihan fisik I dan II juga dapat menurunkan kecemasan dan memberikan ketenangan, mengurangi stress, mengendurkan ketegangan otot, serta memberikan kelegaan karena emosi dapat tersalurkan dengan baik. Penelitian yang sejenis juga dilakukan oleh Roufuddin & Hoiriyah, (2020), dimana latihan fisik yang dilakukan selama tiga kali dalam seminggu terbukti dapat menurunkan perilaku kekerasan.

Berdasarkan hasil dari pengelolaan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan dengan pemberian strategi pelaksanaan pertama sampai keempat dengan modifikasi latihan fisik I dan II, terjadi perubahan penurunan tanda dan gejala namun belum sepenuhnya teratasi. Hal ini dapat dilihat pada grafik penurunan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.

Grafik 1. Penurunan Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan (Februari, 2021).



Grafik tersebut menjelaskan penurunan tanda dan gejala sebelum dan sesudah diberikan latihan fisik I dan II. Sesuai tabel grafik tersebut diatas sebelum diberikan terapi latihan fisik I dan II pada tanggal 16 Februari 2021 klien masih menunjukkan 12 dari 29 tanda dan gejala perilaku kekerasan. Kemudian setelah dilakukan latihan fisik I dan II, klien menunjukkan pengurangan tanda dan gejala yang signifikan. Hal ini terlihat saat hari terakhir pemberian latihan fisik pada tanggal 20 Februari 2021 klien menunjukkan lima tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu mata melotot, pandangan tajam, mudah tersinggung, mendominasi pembicaraan, dan menarik diri.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Oktaviana (2019), bahwa pemberian latihan fisik I dan II efektif untuk dijadikan salah satu terapi untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan. Hal ini didukung penelitian sejenis yang dilakukan Sutinah (2019), bahwa latihan fisik signifikan dalam mengontrol marah dimana dijelaskan dalam jurnal



tersebut setelah diberikan latihan fisik klien menjadi lebih tenang, rileks, tampak lebih terbuka dan klien dapat mengontrol marahnya.

## 5. KESIMPULAN

Pemberian latihan fisik I dan II yang dilakukan selama empat hari mampu meningkatkan kemampuan mengontrol marah klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan. Hal ini terlihat dari adanya penurunan tanda dan gejala dari yang sebelumnya 12 tanda dan gejala menjadi 5 tanda dan gejala yang muncul pada klien dengan risiko perilaku kekerasan.

## 6. SARAN

- a. Rumah Sakit mampu memberikan fasilitas dan sarana prasarana yang mendukung kecepatan kesembuhan klien dan selalu mempertahankan hubungan kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan.
- b. Perawat dapat melakukan tindakan non farmakologis pada klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan secara profesional dan komprehensif dan perawat mampu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan sehingga dapat mempercepat kesembuhan klien dengan risiko perilaku kekerasan.
- c. Institusi pendidikan dapat menjadikan referensi pembelajaran dan kurikulum pendidikan dalam pengembangan ilmu pada klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan. Dapat meningkatkan mutu pelayanan

pendidikan yang lebih berkualitas sehingga dapat tercipta perawat yang profesional, terampil dan bermutu saat berada didunia kerja.

- d. Klien dapat mengaplikasikan strategi koping pada klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan. Diharapkan klien dengan risiko perilaku kekerasan mampu mengaplikasikan cara-cara yang sudah diajarkan sebagai usaha untuk meminimalisir munculnya tanda dan gejala dari risiko perilaku kekerasan.

## REFERENSI

- Amimi, Malfasari, Febtrina, & Maulinda. (2020). Analisa data dan tanda gejala resiko perilaku kekerasan ada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 3(1). Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah.
- Keliat. B.A, dkk. (2019). Asuhan keperawatan jiwa. jakarta. EGC.
- Kemendes RI. (2019). Info DATIN Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Livana. (2019). Faktor predisposisi pasien resiko perilaku kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa*. 1(1). RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
- Muhith. (2015). *Pendidikan keperawatan jiwa : Teori dan Aplikasi*. Hal.143-207. ISBN: 978-979-29-2398-8. CV. Andi Offset. Yogyakarta.
- Oktaviana. (2019). Pengaruh latihan fisik I dan II terhadap kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada pasien perilaku kekerasan di ruang rawat inap rumah sakit jiwa mutiara sukma. prima : *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*. 5(2), (45-51).

- Roufuddin & Hoiriyah. (2020). Perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Dan Profesi Ners IJPN*. 1(1).
- Suryani & Ariani. (2018). Pengaruh relaksasi progresif terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa daerah klaten. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*. 7(1), Hal (67-74).
- Sutejo. (2019). Keperawatan jiwa konsep dan praktik asuhan keperawatan kesehatan jiwa: gangguan jiwa dan psikososial. Yogyakarta : Pustaka Baru.
- WHO. (2019). Mental Disorder. Diakses 12 Desember 2020.
- WHO. (2019). Skizofrenia. Diakses 12 Desember 2020.
- Zahnia. (2016). Kajian epidemiologis skizofrenia. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*. 5(4), (160-166).