

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA TN. E  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN INTERVENSI  
INOVASI TERAPI BERKEBUN DENGAN POLYBAG  
TERHADAP TANDA-TANDA GEJALA RESIKO  
PERILAKU KEKERASAN DI RSJD  
ATMA HUSADA MAHAKAM  
SAMARINDA**

**Karya Ilmiah Akhir Ners**

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



**DISUSUN OLEH:**

**Eldy Nursaly, S.Kep  
17111024120021**

**FAKULTAS KESEHATAN DAN FARMASI  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2018**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Eldy Nursaly, S.Kep  
NIM : 17111024120021  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul KIA-Ners : Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Tn. E Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Intervensi Inovasi Terapi Berkebun Dengan Polybag Terhadap Tanda-Tanda Gejala Resiko Perilaku Kekerasan Rsjd Atma Husada Mahakam Samarinda

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip atau dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, 24 Juli 2018  
  
Eldy Nursaly, S.Kep  
17111024120021

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA TN. E  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN INTERVENSI  
INOVASI TERAPI BERKEBUN DENGAN POLYBAG  
TERHADAP TANDA-TANDA GEJALA RESIKO  
PERILAKU KEKERASAN DI RSJD  
ATMA HUSADA MAHAKAM  
SAMARINDA  
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**DISUSUN OLEH:**

**Eldy Nursaly, S.Kep  
17111024120021**

Disetujui untuk diujikan  
Pada tanggal 24 Juli 2018

**Pembimbing**



**Ns. Mukhrisah Damaivanti, S.Kep., MNS  
NIDN : 1110118003**

Mengetahui,  
Koordinator MK Elektif



**Ns. Siti Khoiroh M.S.Pd., M.Kep  
NIDN 1115017703**

LEMBAR PENGESAHAN  
ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA TN. E  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN INTERVENSI  
INOVASI TERAPI BERKEBUN DENGAN POLYBAG  
TERHADAP TANDA-TANDA GEJALA RESIKO  
PERILAKU KEKERASAN DI RSJD  
ATMA HUSADA MAHAKAM  
SAMARINDA

DISUSUN OLEH:  
Eldy Nursaly, S.Kep  
NIM. 17111024120021

Diseminarkan dan diujikan  
Pada tanggal 24 Juli 2018

Penguji I

Ns.Linda Dwi Novia F.,M.Kep.,Sp.Jiwa  
NIP. 197311031995032004

Penguji II

Ns. Dwi Rahmah Fitriani.,M.Kep  
NIDN : 1119097601

Penguji 3

Ns. Mukhriyah Damaiyanti.,S.Kep.,MNS  
NIDN : 1110118003

Mengetahui,

Ketua

Program Studi S1 Keperawatan



Ns. Dwi Rahma Fitriani.,M.Kep.

NIDN: 1119097601

## KATA PENGANTAR



Alhamdulillah, puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat, Taufiq dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Intervensi Inovasi Terapi Berkebun Dengan Polybag Terhadap Penurunan Emosi Marah Di Rsjd Atma Husada Mahakam Samarinda”.

Dalam melaksanakan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, namun semua itu menjadi ringan berkat dukungan, bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada:

1. Prof. Bambang Setiaji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
2. Ghozali MH, M.Kes, PhD Candidate, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
3. Dr. Hj. Padilah Mante Runa, M.Si, selaku Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang telah memberikan izin dan tempat pelaksanaan praktik keperawatan.
4. Ns. Dwi Rahma Fitriani, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur dan penguji II Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

5. Ns. Mukriyah Damaiyanti, MNS, selaku pembimbing dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ns. Linda Dwi Novial, M.Kep, Sp.Jiwa , selaku penguji I dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
7. Teman-teman mahasiswa program profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Karya Ilmiah ini mengandung manfaat yang dapat dipergunakan bagi optimalisasi pelayanan keperawatan.

Samarinda, 24 Juli 2018

Eldy Nursaly, S.kep

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Tn. E**  
**Resiko Perilaku Kekerasan dengan Intervensi**  
**Inovasi Terapi Berkebun dengan Polybag**  
**terhadap Tanda-Tanda Gejala Resiko**  
**Perilaku Kekerasan di RSJD**  
**Atma Husada Mahakam**  
**Samarinda**

Eldy Nursaly<sup>1</sup>, Mukriyah Damaiyanti<sup>2</sup>

**Intisari**

**Latar Belakang:** Pasien skizofrenia yang sedang kambuh sering di takuti sebagai gangguan jiwa yang berbahaya dan tidak dapat dikontrol dan mereka yang terdiagnosis penyakit ini di gambarkan sebagai individu yang tidak mengalami masalah emosional atau psikologis yang terkendali dan memperlihatkan perilaku kekerasan yang aneh dan amarah. Menghadapi masalah tersebut, maka dibutuhkan suatu teknik dalam upaya membantu mengurangi perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Diantaranya adalah terapi berkebun, hal itu karena Berkebun bermanfaat untuk membantu fokus dalam kegiatan ini, selain itu kegiatan berkebun mendorong untuk bersabar dalam merawat tanaman yang pada akhirnya bisa terbawa dalam kehidupan sehari-hari

**Tujuan:** Tujuan penulisan ini untuk menganalisis kasus pasien resiko perilaku kekerasan dengan dengan intervensi inovasi terapi berkebun dengan polybag terhadap emosi marah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”

**Metode:** Metode penulisan ini dengan menganalisis melalui metode asuhan keperawatan yang diterapkan kepada pasien secara kontinu dan berkesinambungan sehingga didapatkan evaluasi yang maksimal.

**Hasil:** Hasilnya terapi inovasi terapi berkebun efektif untuk menurunkan tanda-tanda gejala resiko perilaku kekerasan

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup> Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Analysis of Nursing Clinical Practice in Tn. E**  
**Risk Behavior with Violence Intervention**  
**Gardening Therapy with Innovation Polybag**  
**Signs Symptoms of Risk**  
**Violent Behavior in RSJD**  
**Atma Husada Mahakam**  
**Samarinda**

Eldy Nursaly<sup>1</sup>, Mukriyah Damaiyanti<sup>2</sup>

**Abstract**

**Background:** Patients with schizophrenia who were relapse often feared as a dangerous mental disorder and can not be controlled and they were diagnosed with the disease described as individuals who do not experience emotional or psychological problems are uncontrollable and bizarre exhibit violent behavior and anger. Faced with these problems, we need a technique in an effort to help reduce violent behavior in patients with schizophrenia. Among them is the therapy of gardening, Gardening it as useful to help focus in this activity, in addition to encouraging gardening activities to be patient in the care of the plants that could eventually carry over into everyday life

**Aim:** The purpose of this paper to analyze the cases of patients with the risk of violent behavior intervention therapy innovation gardening with polybag to the emotion of anger in RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda "

**Method:** This writing method by analyzing through nursing care methods are applied to the patient continuously and sustainably so we get the maximum evaluation.

**Results:** The result is innovative therapies gardening therapy effective in reducing the risk of symptoms of signs of violent behavior

1 Student of Program Profession Ners Muhammadiyah University of East Kalimantan

2. Lecture of Muhammadiyah University of East Kalimantan

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Surat Pernyataan Keaslian Karya Ilmiah .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Intisari .....	vii
Abstract .....	viii
Daftar Isi .....	ix

### **BAB I PENDAHULUAN**

A Latar Belakang .....	1
B Perumusan Masalah .....	6
C Tujuan Penulisan .....	7
D Manfaat Penulisan.....	7

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A Konsep Perilaku Kekerasan .....	8
B Konsep RUFA .....	16
C Konsep Terapi Berkebun.....	18

### **BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

A Pengkajian.....	22
B Masalah Keperawatan .....	29
C Intervensi Keperawatan .....	31
D Intervensi Unggulan .....	33
E Implementasi .....	35
F Evaluasi .....	35

### **BAB IV ANALISA SITUASI**

A Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda .....	36
B Analisis Masalah Keperawatan .....	37
C Analisis Intervensi Unggulan .....	42
D Alternatif Pemecahan Masalah .....	45

## **BAB V PENUTUP**

A Kesimpulan .....	48
B Saran .....	49

## **DAFTAR PUSTAKA**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gangguan jiwa dengan jumlah paling banyak yang dialami oleh penduduk dunia adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Data yang didapatkan dari WHO (2015) menunjukkan jumlah orang yang mengalami skizofrenia diseluruh dunia adalah 7 dari 1000 penduduk dunia yaitu sekitar 21 juta orang. Prevalensi masalah kesehatan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% ditahun 2030, gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya akibat gangguan jiwa. Gangguan jiwa ditemukan di semua negara, terjadi pada semua tahap kehidupan, termasuk orang dewasa dan cenderung terjadi peningkatan gangguan jiwa.

Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) di Indonesia prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta orang. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti schizofrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang. Kondisi diatas menggambarkan jumlah klien gangguan jiwa yang mengalami

ketidakmampuan untuk terlibat dalam aktivitas oleh karena keterbatasan mental akibat gangguan jiwa berat yang akan mempengaruhi kualitas kehidupan penderitanya.

Ada beberapa tanda gejala pada klien skizofrenia, salah satu tanda gejala pada klien skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Angka perilaku kekerasan cukup tinggi pada klien skizofrenia, penelitian yang dilakukan oleh Swanson pada tahun 2006 dalam Rina (2016) menunjukkan bahwa perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia adalah 19,1%, angka tersebut lebih rendah dibandingkan dengan angka perilaku kekerasan yang dilakukan oleh populasi pada umumnya di masyarakat. Angka perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia di Australia 36,85%, Kanada 32,61%, Jerman 16,06%, Italia 20,28%, Belanda 24,99%, Norwegia 22,37%, Swedia 42,90%, Amerika Serikat 31,92%, dan Inggris 41,73%. Study dilakukan di berbagai setting mulai dari unit akut, unit forensik, dan pada bangsal dengan tipe yang berbeda-beda. Penelitian dilakukan dengan jumlah total 69.249 klien dengan rata-rata sampel 5819 klien.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat merugikan baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan klien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga perawat yang profesional. Sedangkan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung perilaku kekerasan atau memiliki riwayat perilaku kekerasan. Jika kita lihat dari definisi, perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku

yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Utomo dkk, 2009).

Pasien skizofrenia yang sedang kambuh sering di takuti sebagai gangguan jiwa yang berbahaya dan tidak dapat dikontrol dan mereka yang terdiagnosis penyakit ini di gambarkan sebagai individu yang tidak mengalami masalah emosional atau psikologis yang terkendali dan memperlihatkan perilaku kekerasan yang aneh dan amarah (Videbeck, 2008). Kondisi adaptif dan maladaptif ini dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa Skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) perilaku kekerasan.

Menurut data *World Health Organization (WHO)* masalah gangguan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan jiwa (Yosep, 2009). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) Kementerian Kesehatan tahun 2013, diketahui bahwa 11.6% penduduk Indonesia di usia 15 tahun mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa. Prevalensi gangguan jiwa ansietas dan depresi sebesar 11.65% populasi (24.708.0000 orang) dan prevalensi nasional gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 0.46% (1.065.000 orang).

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2017 mencatat jumlah pasien masuk untuk dirawat sebesar 1163 jiwa dengan rata- rata jumlah pasien perhari 110 jiwa, dengan presentase 30,3% yang mengalami halusinasi, 22,6% mengalami perilaku kekerasan, 17% dengan isolasi sosial, 10,3% mengalami waham, 17,1 % dengan masalah

harga diri rendah, dan 2,7% mengalami resiko bunuh diri, Data tahun 2017 (Januari – November) tercatat jumlah pasien 1.155 dengan rata-rata jumlah perhari 113 orang dengan presentase halusinasi 33,7%, perilaku kekerasan 24,6%, isolasi sosial 18,6%, waham 9%, harga diri rendah 11,5%, dan resiko bunuh diri 2,6%. Gangguan perilaku kekerasan mengalami peningkatan dari 22,6% tahun 2015 menjadi 24,6 % tahun 2017 (Rekam Medik RSJD AHM, 2017).

Menghadapi masalah tersebut diatas, maka dibutuhkan suatu teknik dalam upaya membantu mengurangi perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Diantaranya adalah terapi berkebun, hal itu karena Berkebun bermanfaat untuk membantu fokus dalam kegiatan ini, selain itu kegiatan berkebun mendorong untuk bersabar dalam merawat tanaman yang pada akhirnya bisa terbawa dalam kehidupan sehari-hari (Putri, 2013).

Pemilihan terapi berkebun ini memiliki beberapa kelebihan dari pada terapi yang lain yaitu terapi berkebun lebih mudah dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping apapun (Gonzalez, 2011). Disamping itu kelebihan dari terapi berkebun lebih mudah dilaksanakan oleh pasien, dapat menekan biaya pengobatan, dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stress serta mampu untuk mengisi jadwal kegiatan harian pasien. Sedangkan kita tahu pemberian obat-obatan kimia dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan efek samping yang dapat membahayakan pemakainya seperti gangguan pada ginjal.

Terapi berkebun ini juga bertujuan untuk mengajar pasien untuk memelihara segala sesuatu/mahluk hidup, dan membantu hubungan yang akrab antara satu pribadi kepada pribadi lainnya dengan memelihara tumbuhan, mulai dari menanam dan memelihara, serta menggunakannya saat tanaman dipetik. Terapi berkebun adalah salah satu bentuk terapi aktif. Terapi berkebun telah menjadi bagian penting dari perawatan pasien karena dapat meningkatkan kesehatan tubuh, pikiran dan semangat serta kualitas hidup. Terapi berkebun adalah terapi yang unik karena terapi ini membuat pasien berhubungan dengan makhluk hidup yaitu tumbuhtumbuhan yang memerlukan perawatan yang tidak boleh diskriminaif (Yosep, 2011).

Terapi lebih difokuskan pada pendekatan secara medis dan memerlukan kehadiran taman terapi hortikultura sebagai salah satu metode terapi baru yang bisa digunakan bagi penderita gangguan jiwa. dengan menggunakan pendekatan emosi dan psikologi (Putri, 2013). Pada terapi berkebun ini tanaman tidak ditentukan secara khusus namun merupakan tanaman hortikultura yaitu sayuran, buah-buahan dan tanaman hias. Tanaman hortikultura yang ditanam disesuaikan dengan kebutuhan serta musim pada saat ditanam (Zulkarnain, 2009). Terapi berkebun memberikan keuntungan bagi empat area dasar yaitu kognitif, sosial, perkembangan psikologis dan fisik (Putri, 2013).

Beberapa penelitian terapi berkebun bagi pasien jiwa diantaranya Gonzalez, et al (2011) dengan sampel yaitu 46 pasien depresi dengan usia antara 26-65 tahun didapatkan bahwa terapi berkebun secara signifikan mampu untuk mereduksi depresi dengan adanya tanggapan positif dari pasien.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk menulis Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan intervensi inovasi terapi berkebun dengan polybag terhadap emosi marah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”

## **B. Rumusan Masalah**

Perumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah bagaimanakah gambaran analisis kasus pasien resiko perilaku kekerasan dengan intervensi inovasi terapi berkebun dengan polybag terhadap emosi marah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”

## **C. Tujuan Penelitian :**

### 1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk menganalisis kasus pasien resiko perilaku kekerasan dengan dengan intervensi inovasi terapi berkebun dengan polybag terhadap emosi marah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”

### 2. Tujuan Khusus yaitu:

- a. Menganalisis kasik kelolaan pasien dengan resiko perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
- b. Menganalisis intervensi terapi berkebun yang diterapkan secara kontinyu padad pasien resiko perilaku kekerasan terhadap penurunan emosi marah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Rumah Sakit**

Penelitian ini sebagai bahan masukan manajemen/pengambil kebijakan untuk terus mendukung terlaksananya pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif guna terciptanya Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP Jiwa) dan bisa dijadikan bahan pertimbangan untuk menjadikan terapi berkebun sebagai salah satu terapi untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

##### **2. Bagi Profesi Keperawatan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda**

Penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi perawat akan pentingnya terapi berkebun dijadikan sebagai salah satu tindakan keperawatan dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan. serta diharapkan perawat mampu memaksimalkan peranannya sebagai pemberi asuhan dan pendidik bagi pasien dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif guna menciptakan mutu keperawatan yang optimal.

##### **3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Sebagai referensi atau masukan dalam melakukan penelitian lainnya yang berhubungan dengan terapi berkebun dan pengaruhnya terhadap perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia yang lebih spesifik.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Perilaku Kekerasan**

##### a. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif (Stuart dan Sundeen,2010).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan emosi yang berupa campuran perasaan frustrasi dan benci atau marah. Hal itu didasari keadaan emosi secara mendalam dari setiap orang sebagai bagian penting dari keadaan emosional kita yang dapat diproyeksikan ke lingkungan, ke dalam diri atau secara destruktif (Barry,2010).

Pada klien *skizofrenia* perilaku kekerasan dapat juga diartikan sebagai suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain, sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap sesuatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosef, 2007 dalam Harnawati, 2008). Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau keakutan (*panic*).

Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri dipandang sebagai suatu rentang, dimana agresif verbal di sisi lain dan perilaku kekerasan di sisi lainnya. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Berkowitz,1993 dalam Harnawati, 2008). Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dibagi dua menjadi perilaku kekerasan secara verbal dan fisik (Keltner et al,1995 dalam Harnawati, 2008). Sedangkan marah tidak harus memiliki tujuan khusus. Marah lebih menunjuk kepada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Berkowitz,1993 dalam Harnawati, 2008).

Kemarahan adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Keliat, 1996). Ekspresi marah yang segera karena sesuatu penyebab adalah wajar dan hal ini kadang menyulitkan karena secara kultural ekspresi marah tidak diperbolehkan. Oleh karena itu marah sering diekspresikan secara tidak langsung. Sedangkan menurut, (Depkes RI,1996 dalam harnawati, 2008). Marah adalah pengalaman emosi yang kuat dari individu dimana hasil /tujuan yang harus dicapai terhambat.

Kemarahan yang ditekan atau pura-pura tidak marah akan mempersulit sendiri dan mengganggu hubungan interpersonal. Pengungkapan kemarahan dengan langsung dan konstruktif pada waktu terjadi akan melegakan individu dan membantu orang lain untuk mengerti perasaan yang sebenarnya. Untuk itu perawat harus pula

mengetahui tentang respons kemarahan seseorang dan fungsi positif marah.

b. Penyebab kemarahan.

Penyebab marah menurut (Stuart & Sundeen, 2010):

Faktor Predisposisi

1) Faktor biologis

- a) Perilaku agresif disebabkan oleh dorongan kebutuhan dasar yang kuat, contohnya kebutuhan sex yang tidak terpenuhi.
- b) Pengalaman rasa marah adalah sebagai akibat dari respon psikologis terhadap stimulus external, internal, dan lingkungan contohnya stres masa lampau.

2) Faktor psikologis

- a) Frustrasi terjadi bila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal sehingga dapat menyebabkan suatu keadaan yang akan mendorong individu untuk berperilaku agresif contohnya kehilangan pekerjaan.
- b) Respon belajar yang dapat dicapai bila ada fasilitas/ situasi yang mendukung
- c) Kebutuhan yang tidak dipenuhi lewat hal yang positif.

3) Faktor sosial kultural.

- a) Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma kebudayaan dapat mendukung individu untuk berespon asertif / kasar (agresif).

b) Perilaku agresif dapat dipelajari secara langsung maupun imitasi dari proses sosialisasi contohnya menjelek.

4) Faktor presipitasi

Secara umum terjadi karena adanya tekanan/ancaman yang unik atau berbeda-beda.

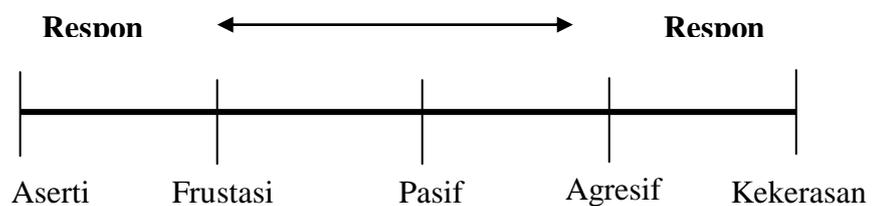
a) Stresor external yang berupa serangan fisik kehilangan dan kematian

b) Stresor internal dapat berupa putus cinta kehilangan pekerjaan dan ketakutan pada penyakit yang diderita.

c. Rentang respon marah

Respons kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif-mal adaptif. Rentang respon kemarahan dapat digambarkan sebagai berikut: (Keliat, 1996, hal 6).

Gambar 2.1 : rentang respon marah



1) Asertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.

2) Frustrasi adalah respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.

- 3) Pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
- 4) Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- 5) Mengamuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain.

d. Proses Marah

Stres, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stres dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam. Kecemasan dapat menimbulkan kemarahan. Berikut ini digambarkan proses kemarahan: (Beck, Rawlins, Williams, 1986, dalam Keliat, 1996)

Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui 3 cara yaitu: Mengungkapkan secara verbal, menekan, dan menantang. Dari ketiga cara ini cara yang pertama adalah konstruktif sedang dua cara yang lain adalah destruktif. Dengan melarikan diri atau menantang akan menimbulkan rasa bermusuhan, dan bila cara ini dipakai terus menerus, maka kemarahan dapat diekspresikan pada diri sendiri dan lingkungan dan akan tampak sebagai depresi dan psikomatik atau agresif dan mengamuk.

e. Gejala marah

Tanda dan gejala ( Stuart & Sundeen, 2010):

Suka marah, pandangan marah tajam, otot tegang, nada suara tinggi, berdebat, selalu memaksakan kehendak, memukul bila tidak sengaja.

f. Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. (Stuart dan Sundeen,2010). Kemarahan merupakan ekspresi dari rasa cemas yang timbul karena adanya ancaman. Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain (Maramis, 2010, hal 83).

- 1) Sublimasi: Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.
- 2) Proyeksi: Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.

- 3) Represi: Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
- 4) Reaksi formasi: Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
- 5) *Displacement*: Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya Timmy berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.
- g. Asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan (Damaiyanti & Iskandar, 2014).

No	Klien	Keluarga
	SP1P	SP1K
1.	Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan	Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien
2.	Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan	Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan, tandan dan gejala perilaku kekerasan, serta proses terjadinya perilaku kekerasan
3.	Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan	
4.	Mengidentifikasi akibat	

5.	perilaku kekerasan Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan	
6.	Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1: latihan nafas dalam	
7.	Menganjurkan klien masukkan ke dalam kegiatan harian	
	SP2P	SP2K
1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan
2.	Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur dan bantal	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien perilaku kekerasan
3.	Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian	
	SP3P	SP3K
1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat ( <i>Discharge planning</i> )
2.	Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal	Menjelaskan follow up klien setelah pulang
3.	Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian	
	SP4P	
1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	
2.	Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual	
3.	Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian	
	SP5P	
1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	
2.	Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	
3.	Menganjurkan klien	

	memasukkan ke dalam kegiatan harian	
--	-------------------------------------	--

## B. Konsep RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif)

Kondisi adaptif dan maladaptif dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa Skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri. Adapun lembar observasi pada pasien perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 : Lembar Observasi Pasien Perilaku Kekerasan

No	Respon	Skor		
		1-10	11-20	21-30
1.	Perilaku	<input type="checkbox"/> Melukai diri sendiri/orang lain. <input type="checkbox"/> Merusak lingkungan. <input type="checkbox"/> Mengamuk <input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot	<input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot	<input type="checkbox"/> Menentang
2.	Verbal	<input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi tinggi <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	<input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	<input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Berdebat

3.	Emosi	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Marah-marah <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman
4.	Fisik	<input type="checkbox"/> Muka merah <input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Nafas pendek <input type="checkbox"/> Keringat (+) <input type="checkbox"/> Tekanan darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan Darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun.

Berdasarkan prinsip tindakan intensif segera, maka penanganan kedaruratan dibagi dalam:

1) Fase intensif I (24 jam pertama)

Pasien dirawat dengan observasi, diagnosa, tritmen dan evaluasi yang ketat. Berdasarkan evaluasi pasien memiliki tiga kemungkinan yaitu dipulangkan, dilanjutkan ke fase intensif II, atau dirujuk ke rumah sakit jiwa.

2) Fase intensif II (24-72 jam pertama)

Perawatan pasien dengan observasi kurang ketat sampai dengan 72 jam. Berdasarkan hasil evaluasi maka pasien pada fase ini memiliki empat kemungkinan yaitu dipulangkan, dipindahkan ke ruang fase intensif III, atau kembali ke ruang fase intensif I.

### 3) Fase intensif III (72 jam- 10 hari)

Pasien dikondisikan sudah mulai stabil, sehingga observasi sudah mulai berkurang dan tindakan keperawatan diarahkan kepada tindakan rehabilitasi. merujuk kepada hasil evaluasi maka pasien pada fase ini dapat dipulangkan, dirujuk ke rumah sakit jiwa atau unit psikiatri di rumah sakit umum ataupun kembali ke ruang fase intensif I atau II.

## C. Konsep Intervensi Inovasi Terapi Berkebun

Intervensi inovasi yang dilakukan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam adalah dengan terapi berkebun.

### 1. Pengertian

Terapi berkebun adalah suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di lingkungan dengan menanam tanaman hortikultura seperti buah, sayur dan tanaman hias sehingga berpengaruh terhadap penyembuhan pasien gangguan jiwa (Yosep, 2011). Terapi berkebun adalah tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta mendukung proses penyembuhan (Kusumawati & Yudi, 2011).

Terapi berkebun telah menjadi bagian penting dari perawatan pasien karena dapat meningkatkan kesehatan tubuh, pikiran dan semangat serta kualitas hidup. Terapi berkebun adalah terapi yang unik karena terapi ini membuat pasien berhubungan dengan makhluk hidup yaitu tumbuh-

tumbuhan yang memerlukan perawatan yang tidak boleh diskriminaif (Yosep, 2011).

## 2. Tujuan

- a. Membantu pasien mereduksi kecemasan
- b. Membantu pasien mereduksi depresi
- c. Membantu pasien mereduksi stres
- d. Membantu pasien mengisi waktu luang
- e. Meningkatkan pengalaman positif pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, dengan cara membantu individu dalam mengembangkan diri

## 3. Standar Prosedur Operasional Terapi Berkebun

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TERAPI BERKEBUN  
(Gonzalez, et, all, 2011)

PENGERTIAN	Suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di lingkungan dengan menanam tanaman hortikultura seperti buah, sayur dan tanaman hias sehingga berpengaruh terhadap penyembuhan pasien gangguan jiwa
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membantu pasien mereduksi kecemasan</li> <li>b. Membantu pasien mereduksi depresi</li> <li>c. Membantu pasien mereduksi stres</li> <li>d. Membantu pasien mengisi waktu luang</li> <li>e. Membantu pasien mengontrol marah</li> </ol>
KEBIJAKAN	SOP di susun oleh Gonzalez, et, all, 2011
PETUGAS	Perawat
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Tahap Pra Interaksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi resiko perilaku kekerasan pada klien</li> <li>b. Kaji status kesehatan klien</li> </ol> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"><li>c. Bina hubungan saling percaya</li><li>d. Kontrak pertemuan untuk terapi berkebun</li><li>e. Ciptakan lingkungan yang tenang dan kondusif</li></ul> <p>2. <b>Tahap Orientasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Menyapa dan menyebut nama klien</li><li>b. Menjelaskan tujuan dan prosedur</li><li>c. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien</li><li>d. Mencari lokasi tempat terapi berkebun yang mudah dijangkau dan mudah diawasi</li></ul> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan prosedur, posisi, tujuan, waktu, dan peran perawat sebagai pembimbing.</li><li>2. Lakukan pembimbingan menanam yang baik terhadap pasien</li><li>3. Mendiskusikan dengan pasien mengenai bibit tanaman yang digunakan untuk terapi berkebun dengan diarahkan tanaman hortikultura seperti sayur, buah atau tanaman hias. Tanaman hortikultura disesuaikan dengan kebutuhan serta musim saat ditanam.</li><li>4. Bersama dengan pasien melakukan penanaman bibit dengan sarana polybag dengan jumlah tidak terlalu banyak agar mudah dalam pemeliharaan dan pengawasan.</li><li>5. Isi setengah polybag dengan tanah setelah itu memasukan bibit yang ingin di tanam dipolybag dan memasukan kembali tanah secukupnya.</li><li>6. Memberikan contoh mengenai pemeliharaan tanaman polybag seperti menyiram setiap pagi dan sore.</li><li>7. Dengan menyediakan terapi berkebun ini diharapkan pasien memiliki aktivitas rutin yang</li></ol>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>dapat dimasukkan ke dalam ADL pasien.</p> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Mengevaluasi respon klien (subyektif &amp; obyektif)</li><li>b. Buat kontrak pertemuan selanjutnya</li><li>c. Membaca doa untuk kesembuhan klien</li></ul> <p><b>Tahap Evaluasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Penilaian kemampuan pasien</li></ul>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**BAB III**

**LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

**BAB IV**

**ANALISA SITUASI**

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A Kesimpulan**

1. Didapat hasil analisa kasus kelolaan pasien dengan resiko perilaku kekerasan di ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan inovasi intervensi terapi berkebun terhadap emosi marah di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
2. Setelah klien dilakukan tindakan terapi berkebun menunjukkan bahwa ada terjadi penurunan emosi dari rentang respon kekerasan (Maladaptif) menjadi frustrasi sampai asertif (Adaptif). Hal tersebut menjadi indikator pasien dapat mengontrol emosi marah, menerima keadaan, kejadian, perasaan yang tidak menyenangkan dirasakan dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

#### **B Saran**

1. Bagi Perawat  
Perawat dapat memotivasi pasien agar selalu melakukan terapi berkebun untuk mengisi waktu luang pasien selama dirawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
2. Bagi Rumah Sakit  
Diharapkan rumah sakit memfasilitasi kebutuhan terapi berkebun ini dengan menyediakan lahan dan bibit sehingga pasien lain dapat melakukan terapi ini secara bersama sehingga bisa dijadikan kegiatan rehabilitasi medik pasien gangguan jiwa.

### 3. Bagi Klien

Diharapkan klien melanjutkan terapi berkebun ini secara rutin, sambil merawat dan menjaga sampai berbuah hingga terasa manfaatnya kelak.

### 4. Institusi Pendidikan

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan hasil penelitian ini dengan melakukan penelitian yang lebih baik dan sesuai dengan SPO (Standar Prosedur Operasional). Disarankan bagi penulis selanjutnya agar dapat melakukan pembahasan lebih lanjut mengenai keefektifan terapi berkebun terhadap perilaku kekerasan. Hal ini tentu saja akan menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akema, B, K. (2009). Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta: EGC.
- Azizah, M, L. (2011). Keperawatan Jiwa Aplikasi Praktik Klinik. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Copel, L. (2007). Kesehatan Jiwa & Psikiatri. Jalarta: EGC.
- Damaiyanti & Iskandar. (2014). Asuhan Keperawatan Jiwa, Bandung: Refika Aditama.
- Detweiler, M. B., Sharma, T., et al. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens?.Korean Neuropsychiatric Association. 9.2: 100
- Ghanbari, Sahar et al. (2015). Study of the effect of using purposeful activity (gardening) on depression of female resident in Golesten Dormitory of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.JRSR 2.Vol. 2.No.1.
- Gonzalez, M.T., Hartig, T., Patil, G.G., Martinsen, E.W. and Kirkevold, M. (2011), "A prospective study of existential issues in therapeutic horticulture for clinical depression", Issues in Mental Health Nursing, Vol. 32 No. 1, pp. 73-81.
- Harnawatiaj .2008 . Konsep Kesehatan Jiwa . Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC .
- Kaplan, Harold I. Benjamin J Sadock. dan Jack A Grebb. 2010. Sinopsis Psikiatri Jilid 1. Tangerang : Binarupa Aksara Publisher
- Keliat, B. (2009). Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa.Jakarta : EGC
- \_\_\_\_\_ (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN ( Basic Course)). Jakarta : EGC.
- Nasir, A & Muhith, A. (2011). Dasar-dasar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika.

- Maramis, Willy F. 2009. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2. Surabaya : Airlangga University Press
- Putri. (2013). Perancangan Taman Terapi Hortikultura Bagi Penderita Gangguan Jiwa Pada Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Jurnal Kesehatan Udayana. Bali
- Riskesmas, 2013. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Rekam Medik RSJD. 2017. Data Jumlah Pasien 2017. RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- Stuart, GW & Sundeen, SJ. (2010). Buku Saku Keperawatan Jiwa. Penerbit EGC. Jakarta.
- Utomo. Budi Wiwin. Ratih Handariyati . 2009 "Penerimaan Keluarga Terhadap Individu yang Mengalami Keterbelangan Mental". Insan, 8:2
- Videbeck, S.L . 2008 . Buku Ajar Keperawatan . Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- World Health Organization. (2014). Regional Strategy for Healthy soul: 2013-2018. India: World Health Organization Library Cataloging I Publication Data.
- Yosep, I. (2009). Keperawatan Jiwa. Bandung : PT Refika Aditama.
- (2010). Keperawatan Jiwa Cetakan Ke-2. Bandung : PT Refika Aditama.