

PENDEKATAN MODEL CARE ZONING PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG PSYCHIATRIC INTENSIVE CARE UNIT (PICU)

Ratna Roesardhyati¹, Dedi Kurniawan²

¹ITSK RS dr. Soepraoen, ²Universitas Kepanjen

(Korespondensi: ratnares@itsk-soepraoen.ac.id)

ABSTRAK

Pendahuluan: Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) merupakan unit perawatan khusus bagi pasien gangguan jiwa akut yang berisiko melakukan perilaku kekerasan, melukai diri, atau memiliki gejala psikiatri berat. Model *care zoning* dikembangkan untuk mempermudah proses pengkajian risiko, perencanaan, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan di ruang PICU. **Tujuan:** Mengetahui gambaran penerapan *care zoning model* pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di ruang PICU berdasarkan kajian literatur sistematis. **Metode:** Penelitian ini merupakan *systematic literature review* menggunakan pedoman PRISMA. Sumber literatur dicari melalui basis data CINHL, Cochrane, ScienceDirect, dan EBSCOhost dengan kata kunci: *psychiatric intensive care unit, care zoning model, violence, aggressive, emergency psychiatry*. Artikel yang disertakan adalah publikasi 10 tahun terakhir dalam bahasa Inggris maupun Indonesia. **Hasil:** *Care zoning model* membagi kebutuhan perawatan pasien ke dalam zona merah (tinggi), amber (menengah), hijau (rendah), dan hitam (di luar rumah sakit). Intervensi dilakukan melalui tiga fase intensif: fase I (24 jam pertama) fokus pada penyelamatan jiwa dan pencegahan cedera; fase II (24–72 jam) fokus pada observasi lanjutan dan stabilisasi; fase III (72 jam–10 hari) fokus pada peningkatan perawatan mandiri. Model ini menggunakan lima item risiko utama: kondisi mental emosional, kekerasan/agresi, bunuh diri/melukai diri, impulsif, dan ketidakpatuhan pengobatan. **Kesimpulan:** *Care zoning model* efektif diterapkan di ruang PICU karena membantu perawat melakukan pengkajian risiko secara komprehensif, merencanakan intervensi sesuai tingkat kebutuhan pasien, serta meningkatkan akurasi dokumentasi dan komunikasi tim.

Kata kunci: Agresivitas, Care Zoning Model, Keperawatan jiwa, PICU, Perilaku kekerasan.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) provides specialized care for patients with acute mental illness who are at risk of violent behavior, self-harm, or severe psychiatric symptoms. The care zoning model was developed to facilitate risk assessment, planning, implementation, and evaluation of nursing care in PICU settings. **Objective:** To describe the application of the care zoning model in patients at risk of violent behavior in PICU based on a systematic literature review. **Methods:** This study is a systematic literature review using the PRISMA guideline. Literature sources were retrieved from CINHL, Cochrane, ScienceDirect, and EBSCOhost databases with the following keywords: *psychiatric intensive care unit, care zoning model, violence, aggressive, emergency psychiatry*. Inclusion criteria were articles published in the last 10 years, written in English or Indonesian, and accessible in full text. **Results:** The care zoning model classifies patient care needs into red (high), amber (moderate), green (low), and black zones (outside hospital/forensic cases). Interventions are delivered through three intensive phases: phase I (first 24 hours) focuses on life-saving and injury prevention; phase II (24–72 hours) focuses on continued observation and stabilization; phase III (72 hours–10 days) emphasizes patient self-care. The model identifies five key risk items: emotional condition, violence/aggression, suicide/self-harm, impulsivity, and treatment non-adherence. **Conclusion:** The care zoning model is suitable for PICU settings as it supports comprehensive risk assessment, structured nursing interventions tailored to patient needs, and improves documentation accuracy and interdisciplinary communication.

Keywords: Aggression, Care Zoning Model, Mental health nursing, PICU, Violent behavior.

INFO ARTIKEL

Riwayat Artikel:

Diterima: 20 Maret 2025

Disetujui: 15 April 2025

Tersedia secara online JKHWS Volume 13; No. 1 April (2025)

Alamat Korespondensi:

Nama: Ratna Roesardhyati

Afiliasi: ITS RS. dr. Soepraoen Malang

Alamat: Wagir, Malang

Email: ratna.oes@itsk-soepraoen.ac.id

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) berfungsi sebagai fasilitas khusus yang didedikasikan untuk penyediaan perawatan bagi pasien psikiatri yang mengalami kondisi yang memerlukan pengawasan yang cermat (Maryree, 2010). PICU dirancang dengan jelas untuk memenuhi kebutuhan mendesak individu yang menunjukkan gangguan perilaku dan simptomatologi parah yang dapat menimbulkan risiko melukai diri sendiri atau bahaya lainnya (Mullen et al., 2013). Penelitian empiris yang dilakukan oleh Bowers et al. (2014) menunjukkan bahwa sekitar 30-50% pasien di PICU menunjukkan perilaku agresif atau kekerasan.

Prinsip-prinsip dasar untuk mengatasi perilaku kekerasan dirangkum dalam tiga pendekatan strategis: pencegahan, antisipasi, dan pengendalian/manajemen krisis. Langkah-langkah pencegahan mencakup kesadaran diri perawat, pendidikan, teknik manajemen kemarahan, dan intervensi terapi kognitif. Sebaliknya, strategi

perilaku memerlukan metodologi komunikasi, modifikasi lingkungan, psikoedukasi keluarga, dan pemberian obat antipsikotik. Pendekatan strategis ketiga, yang menyangkut pengendalian diri, melibatkan intervensi manajemen krisis, pengekangan fisik, dan teknik imobilisasi (Stuart & Laraia, 2005). Dari ketiga prinsip ini, terbukti bahwa peneliti memprioritaskan penilaian risiko dan penentuan tingkat keparahan sebagai komponen penting dalam pengelolaan pasien dengan gangguan kesehatan mental selama episode akut.

Menyadari pentingnya proses evaluatif dalam menilai risiko yang terkait dengan perilaku kekerasan dan agresif, berbagai instrumen (alat) telah dikembangkan untuk membantu dalam membangun kerangka kerja untuk studi; Namun, beberapa instrumen mungkin kurang jelas, terutama ketika diterapkan pada kondisi tertentu (Mullen et al., 2013). Mengingat keterbatasan ini, penelitian sebelumnya telah berusaha untuk mengembangkan model yang lebih pragmatis yang memfasilitasi proses tinjauan, evaluasi, perencanaan,

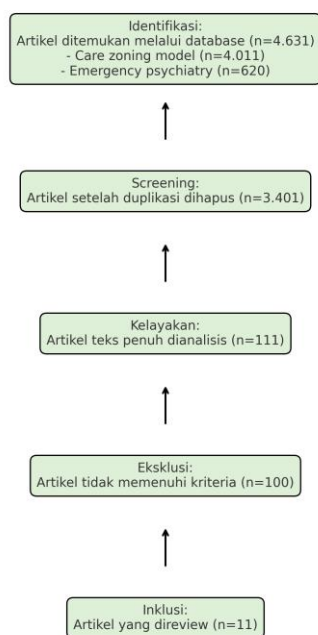
implementasi, dan tindak lanjut (Mullen et al., 2013; Taylor et al., 2011). Berdasarkan konteks ini, penulis menyatakan minat yang kuat untuk mengeksplorasi secara lebih mendalam penerapan model zonasi perawatan ini dalam domain Unit Perawatan Intensif Psikiatri (PICU). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penggunaan *Care Zoning Model* pada pasien jiwa dengan resiko perilaku kekerasan di ruang *Psychiatric Intensive Care Units* (PICU) berdasarkan *evidence based* jurnal terkait.

METODE PENELITIAN

Artikel ini merupakan studi literatur sistematis dengan menggunakan *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*. Analisis dan kriteria Inklusi dalam studi ini ditentukan. Sumber literatur ditinjau jika memenuhi kriteria berikut: Batas sumber adalah sepuluh tahun, diterbitkan dalam bahasa Inggris dan Indonesia, abstrak dan artikel dapat diakses secara terbuka. Artikel dieksklusi jika reportase dan literatur berwarna abu-abu. Misalnya, jika jenis penelitian yang sama ditemukan, publikasi terbaru diambil. Strategi pencarian dilakukan oleh 3 peninjau independen dengan mencari basis data elektronik: basis data CINHL, COCHRANE, Science Direct, EBSCOhost.

Investigasi dilakukan dengan menggunakan istilah-istilah berikut: (1) Unit Perawatan Intensif Psikiatrik; (2) model zonasi perawatan; (3) Kekerasan; (4) agresif; (5) Psikiatri darurat. Melalui proses ini, 4.011 literatur dengan kata kunci "model zonasi perawatan" dan 620 literatur dengan kata kunci "psikiatri gawat darurat" digunakan untuk mendapatkan artikel yang relevan. Artikel tersebut membahas variabel-variabel yang dapat menyebabkan perilaku melukai diri sendiri dan penyerangan.

Pengumpulan data secara sistematis dilakukan dengan mengekstrak data dari studi-studi yang relevan dari studi-studi sampel. Peneliti dapat menentukan data mana yang paling penting dalam menjawab pertanyaan tinjauan. Tidak ada ekstraksi yang menjadi dasar analisis. Studi ini meliputi: studi, pengumpulan data penelitian, serta instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data dan hasil.



Gambar 1: Diagram Realisasi Sample

HASIL PENELITIAN

Literatur tentang Care Zoning Model terkait pengelolaan pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) menunjukkan tren yang berkembang pada pendekatan terstruktur berbasis evidence yang bermanfaat pada penilaian risiko dan pengurangan kekerasan. Beberapa penelitian menyoroti peningkatan pendokumentasian risiko dan komunikasi, sementara yang lain menekankan integrasi informasi trauma care dan intervensi multi-strategi. Namun, evidence based sering dibatasi oleh kendala metodologis, variabilitas kepatuhan implementasi, dan minimnya ukuran hasil yang komprehensif, terutama jika dilihat dari perspektif pasien. Hasil sintesis menggarisbawahi perlunya penelitian yang

kuat dan peka tentang konteks yang membahas efektivitas klinis dan kompleksitas implementasi di lapangan di seting psikiatri. Rincian analisis hasil dan sintesis tercantum dalam table analisis artikel berikut yang menganalisis kekuatan dan kekurangan dari penelitian terkait Care Zoning Model.

Tabel 1. Hasil Analisis dan Sintesis Literatur

ASPEK	KEKUATAN	KELEMAHAN
Efektivitas Care Zoning Model	Care Zoning Model menunjukkan peningkatan aspek akurasi dan konsistensi dokumentasi penilaian risiko klinis, meningkatkan kemampuan perawat untuk mengidentifikasi dan mengkomunikasikan tingkat risiko pasien secara efektif (Mullen et al., 2014) (Taylor et al., 2011). Pendekatan terstruktur ini mendukung penilaian risiko klinis yang sedang terjadi dan memberikan kerangka kerja secara pragmatis untuk staf perawat di PICU (Mullen et al., 2014).	Meskipun ada perbaikan dalam dokumentasi risiko, bukti untuk perencanaan perawatan yang ditingkatkan dan hasil intervensi tetap terbatas, dengan beberapa penelitian hanya melaporkan keuntungan sederhana di bidang ini (Mullen et al., 2014). Durasi percobaan yang singkat dan ukuran sampel yang terbatas membatasi generalisasi temuan penelitian yang dilakukan (Mullen et al., 2014).
Integrasi dengan Strategi Pengurangan Risiko	Intervensi multi-komponen, termasuk <i>Safewards</i> dan perawatan yang diinformasikan	Terdapat kekurangan uji coba terkontrol kualitas tinggi yang

Kekerasan Lain	trauma, menunjukkan harapan dalam mengurangi konflik dan praktik pembatasan dengan membina hubungan terapeutik dan meningkatkan budaya bangsa (Daguman et al., 2024) (Price et al., 2024) (Price et al., 2024). Penggabungan strategi keterlibatan pasien dan staf meningkatkan penerimaan dan dampak potensial dari model-model ini (Grundy et al., 2024) (Saunders et al., 2023).	mengevaluasi efek aditif atau sinergis dari <i>Care Zoning</i> bila dikombinasikan dengan model lain seperti <i>Safewards</i> atau <i>trauma care</i> (Daguman et al., 2024) (Price et al., 2024). Tantangan implementasi dan variabilitas dalam kepatuhan implementasi memperumit penilaian efektivitas (Mullen et al., 2022).
Hambatan dan Penunjang Implementasi	Alat seperti <i>Dynamic Aggression Situational Assessment</i> (DASA) memberikan skor risiko terukur yang berkorelasi dengan insiden kekerasan, pengasingan, dan pengendalian diri, menawarkan data yang dapat ditindaklanjuti untuk pengambilan keputusan klinis (Wigglesworth et al., 2022) (Babič et al., 2023). Instrumen ini memberdayakan staf untuk menyesuaikan intervensi secara proaktif (Babič et al., 2023).	Keterbatasan termasuk pengambilan data yang tidak lengkap, pelaporan agresi tingkat rendah yang kurang, dan tantangan dalam mengintegrasikan skor risiko ke dalam perencanaan perawatan dinamis (Kennedy et al., 2020). Beberapa instrumen penilaian risiko menunjukkan hubungan yang lemah dengan intervensi berikutnya, mempertanyakan utilitas prediktifnya
		(Kennedy et al., 2020).
Dampak pada Keselamatan dan Hasil Pasien	Proyek peningkatan kualitas yang menggabungkan <i>Care zoning</i> dan intervensi terkait melaporkan pengurangan kekerasan, pengasingan, dan pengendalian diri, berkontribusi pada lingkungan bangsa yang lebih aman dan peningkatan kesejahteraan staf (McEwan et al., 2016) (Rahman et al., 2022) (Kernaghan & Hurst, 2023). Komunikasi yang ditingkatkan dan koordinasi perawatan terkait dengan keselamatan pasien yang lebih baik (Mullen et al., 2014) (Taylor et al., 2011).	Banyak penelitian mengandalkan desain observasional atau tidak terkontrol, membatasi kesimpulan kausal tentang efek intervensi (Rahman et al., 2022) (Kernaghan & Hurst, 2023). Perspektif pasien kurang terwakili, dan dampak pada hasil yang berorientasi pada pemulihan masih belum cukup dieksplorasi (Mullen et al., 2022) (Verschelde, 2023).
Ketelitian Metodologis dan Kualitas Empiris	Penelitian mencakup beragam metodologi, dari uji coba implementasi hingga tinjauan sistematis, memberikan basis bukti yang luas (Daguman et al., 2024) (Price et al., 2024) (Mullen et al., 2022). Pendekatan <i>mix-method</i> memperkaya pemahaman tentang faktor kontekstual yang mempengaruhi	Secara keseluruhan, bukti dibatasi oleh ukuran sampel yang kecil, periode tindak lanjut yang singkat, dan kurangnya uji coba terkontrol secara acak, mengurangi ketahanan kesimpulan (Mullen et al., 2014) (Price et al., 2024) (Mullen et al., 2022). Heterogenitas dalam komponen

	hasil (Mullen et al., 2022).	intervensi dan ukuran hasil mempersulit sintesis (Quinn et al., 2024).
Komunikasi dan Kolaborasi Multidisiplin	Care memfasilitasi komunikasi terstruktur di antara tim keperawatan dan multidisiplin, meningkatkan pemahaman bersama tentang risiko pasien dan prioritas perawatan (Mullen et al., 2014) (Taylor et al., 2011). Ini mendukung intervensi dan pengawasan terkoordinasi (Taylor et al., 2011).	Meskipun komunikasi ditingkatkan, menerjemahkan penilaian risiko menjadi rencana perawatan individual yang efektif tetap menjadi tantangan, dengan bukti terbatas tentang perbaikan yang konsisten dalam pemberian perawatan (Mullen et al., 2014). Kolaborasi interdisipliner dapat terhambat oleh berbagai tingkat keterlibatan dan pelatihan (Mullen et al., 2022).

Secara keseluruhan, literatur yang mendukung Care Zoning Model sebagai komponen berharga dari manajemen risiko klinis di PICU, terutama ketika tertanam dalam kerangka kerja multi-strategi yang lebih luas, memprioritaskan pelatihan staf, keterlibatan pasien, dan perubahan budaya organisasi. Penelitian di masa depan harus fokus pada penguatan bukti untuk efektivitas model gabungan, menjelaskan mekanisme yang menerjemahkan penilaian

risiko ke dalam perencanaan perawatan, dan menggabungkan pengalaman pengguna layanan untuk mengoptimalkan hasil yang berorientasi pada keselamatan dan pemulihan.

PEMBAHASAN

Kategorisasi perawatan pasien dalam *Psychiatric Intensive Care Unit (PICU)* menggambarkan empat zona berbeda: zona merah, menunjukkan persyaratan perawatan tinggi; zona kuning, mewakili kebutuhan perawatan menengah; zona hijau, menandakan kebutuhan perawatan rendah (Mullen et al, 2014; Taylor et al, 2011; Ashir & Marlowe, 2009; Ryrie et al, 1997); dan zona hitam, yang mencakup individu yang terletak di luar individu Batas-batas rumah atau penahanan.

Individu yang dirawat di fasilitas psikiatri sering dijumpai dalam keadaan krisis akut, ditandai dengan gangguan kognitif dan berkurangnya kemampuan pengaturan diri, yang mengakibatkan mekanisme koping maladaptif dan memicu perilaku agresif. Kondisi akut ini mencakup perilaku melukai diri sendiri dan berbagai keadaan darurat kejiwaan (Beer, 2008). Akibatnya, keseluruhan perawatan bergantung pada pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari (ADLs).

Pelaksanaan proses keperawatan jiwa berbeda dengan keperawatan secara general. Pasien psikiatri sering

menunjukkan gejala yang berbeda sebagai respons terhadap tekanan dan tantangan yang dihadapi oleh pasien yang seringkali tidak mudah diamati, dan etiologi mereka mungkin berbeda. Akibatnya, praktisi kesehatan mental harus menunjukkan tingkat pandangan ke depan yang mendalam dalam penyediaan perawatan keperawatan (Fortinash, 1995).

Pengkajian, sebagai tahap awal dari proses keperawatan, memerlukan pengumpulan data, analisis, dan identifikasi masalah yang berpusat pada pasien. Data yang dikumpulkan bersifat holistik, membahas dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat kesehatan mental diharapkan memiliki kesadaran diri, kapasitas untuk pengamatan yang tepat, kemampuan untuk terlibat dalam komunikasi terapeutik, dan keterampilan untuk merespons dengan tepat (Stuart dan Sundeen, 2002); kompetensi ini sangat penting dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Pembentukan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien memfasilitasi intervensi keperawatan yang lebih efektif, sehingga membantu pasien dalam mengatasi tantangan sesuai dengan kemampuan mereka.

Care Zoning Model telah dikembangkan yang mencakup lima item risiko, jauh lebih sedikit dari sembilan item yang diidentifikasi dalam studi

sebelumnya. Pengurangan jumlah item disebabkan oleh konsolidasi beberapa item yang dianggap serupa. Lima item yang diidentifikasi seperti keadaan mental emosional, kekerasan/agresi/energi, bunuh diri/menyakiti diri sendiri, impulsif/rasa malu, dan ketidakpatuhan pengobatan (Mullen et al., 2013; Taylor et al., 2011).

Model zonasi mengartikan berbagai bentuk interaksi antara perawat dan pasien, mulai dari dialog tatap muka intensif hingga pemeliharaan jarak fisik yang tepat, atau sebagai alternatif, melalui fasilitasi 'pengamatan diam' tanpa komunikasi verbal (Gamble 2006, Taylor et al. 2011). Pendekatan ini memungkinkan kehadiran perawat yang berkelanjutan di seluruh kondisi beragam yang dialami oleh pasien individu, meskipun dengan risiko yang melekat untuk menghadapi penolakan pasien (Taylor et al. 2011).

Intervensi yang diterapkan di ruang intensif I terdiri dari praktik observasional yang ketat, KDM (Kebutuhan Manusia Dasar), dan modifikasi terapi modalitas; intervensi di ruang intensif II memerlukan pengamatan yang kurang sering dan kurang intens dibandingkan dengan fase intensif I, bersama dengan penyesuaian terapi modalitas; sedangkan intervensi di ruang intensif III melibatkan pengamatan berkelanjutan selama fase akut (intensif II) dan fasilitasi perawatan diri di antara pasien. Pasien yang menunjukkan tanda-

tanda stabilisasi, intervensi mungkin termasuk observasi minimal, peningkatan keterlibatan dalam kegiatan independen, dan terapi modalitas seperti terapi musik, terapi olahraga, dan terapi keterampilan hidup.

Model zonasi sangat cocok untuk aplikasi di lingkungan seperti PICU, karena mengharuskan perawat menyesuaikan proses perawatan keperawatan mereka untuk memenuhi kebutuhan unik setiap pasien sambil memberikan kerangka kerja sistematis untuk mengartikulasikan strategi dan intervensi spesifik yang bertujuan mengidentifikasi faktor risiko dan perilaku pasien. Akibatnya, temuan yang diperoleh dari penelitian ini berfungsi sebagai dasar untuk perencanaan terapeutik. Oleh karena itu, tantangan yang sering dihadapi dalam dokumentasi data tertulis dan serah terima verbal dapat diatasi secara efektif melalui implementasi model ini (Mullen et al, 2013).

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan yang bertujuan menilai dampak tindakan keperawatan pada pasien dan diklasifikasikan menjadi dua kategori yaitu evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setelah penyelesaian setiap tindakan, dan hasil atau evaluasi sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan tanggapan pasien terhadap tujuan spesifik dan umum yang ditetapkan. Dalam kerangka model ini, evaluasi yang

dilakukan selama proses pengobatan di PICU berasal dari pengamatan yang dilakukan oleh perawat selama proses perawatan keperawatan, serta dari penilaian kemajuan pasien relatif terhadap tujuan intervensi yang dilakukan (Mullen et al, 2013; Taylor et al, 2011).

KESIMPULAN

Care zoning model terbukti tepat diterapkan dalam setting ruangan PICU, hal ini menuntut perawat dalam proses asuhan keperawatannya menyediakan waktu yang disesuaikan dengan setiap kebutuhan pasien dan memberikan struktur yang digunakan untuk mengartikulasikan strategi khusus dan intervensi dalam melakukan identifikasi faktor risiko dan perilaku pasien. Selanjutnya hasil dari pengkajian tersebut menjadi dasar perencanaan terapi. Sehingga masalah di biasa terjadi pada data dokumentasi tertulis dan handover verbal dapat tertangani dengan menggunakan model ini

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4thed. text rev.). Washington, DC: Author.
- Aras, H. I. (2014). Violence in Schizophrenia. *Psikiyatri Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 6(1)
- Bowers, L., Jeffery, D., Bilgin, H., Jarrett, M., Simpson, A., & Jones, J. (2008). Psychiatric Intensive Care Units: a Literature Review. *International*

- Journal of Social Psychiatry*, 54 (1), 56–68.
<http://doi.org/10.1177/0020764007082482>
- Bowers, L., Jeffery, D., Bilgin, H., Jarrett, M., Simpson, A., Jones, J. (2008) Psychiatric Intensive Care Units: a literature review. *International Journal of Social Psychiatry*. 54(1):56-68.
- Gaebel, W., Riesbeck, M., (2014). Are there clinically useful predictors and early warning signs for pending relapse? *Schizophrenia Research*. 152, 469–477.
- Gamble, C. (2006). The zoning revolution. *Mental Health Practice*, 10, 14–17.
- Goldney R, Bowes J, Spence N, Czechowicz A, Hurley R. (2009). *The psychiatric intensive care unit*. *Br J Psychiatry*; 146:50–4.
- Keliat, B. A. (2013). *Kontribusi keperawatan kesehatan jiwa dalam meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa di indonesia*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., Akemat., Novy Helena C.D., Heni Nurhaeni, (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*: CMHN Basic Course. Jakarta: EGC.
- Kozier, B. (2004). *Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. New Jersey: Pearson
- Maramis, W. F. (2006). *Ilmu Perilaku dalam Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Mullen, A., Dringwater, V., and Lewin, T.J. (2013). Care zoning in a psychiatric intensive care unit: strengthening ongoing clinical risk assessment. *Journal of Clinical Nursing*. 23, 731–743, doi: 10.1111/jocn.12493
- National Commission on Correctional Health Care. (2003). *Correctional Mental Health Care, Standards and Guidelines for Delivering Services* (ed 2). Chicago: National Commission on Correctional Health Care
- Potter. P., A., Perry. A., G. (2009). *Fundamental of nursing; concept, process and practice*. St. Louis: Mosby
- Ryrie, I., Hellard, L., Kearns, C., Robinson, D., Pathmanathan, I., & Sullivan, D. (1997). Zoning: A system for managing case work and targeting resources in community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 6, 515–523.
- Stuart and Laraia. (2005). *Principles and practice of Psychiatric Nursing*. (5th Ed). Medical University of South Carolina
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10 ed.). St Louis, Missouri: Mosby.
- Suliswati. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Taylor, K., Guy, S., Stewart, L., Ayling, M., Miller, G., Anthony, A., Madew, L., Bajuk, A., Le Brun, J., Shearer, D., Gregory, R., and Thomas, M. (2011). Care Zoning: A Pragmatic Approach to Enhance the Understanding of Clinical Needs As it Relates to Clinical Risks in Acute In-Patient Unit Settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 32:318–326. DOI:10.3109/01612840.2011.559570
- Tomey, A N. & Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. USA: Mosby Elseivier.
- Townsend, M. C. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (6 ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Winkler, D., Naderi-Heiden, Strnad, A., Pjrek, E., Scharfetter, J., Frey, R. (2011). Intensive care in psychiatry. *European Psychiatry*. 26:260–264
- Yosep, Iyus. (2013). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refrika Aditama.
- Zhang, J., Harvey, C., Andrew. C., (2011). Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an

- acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45.
- Bush, A.O., Lafferty, K.D., Lotz, J.M., Shostak, A.W. 1997. Parasitologi bertemu ekologi dengan istilahnya sendiri: Margolis et al. ditinjau kembali. *J. Parasitol* 1 (1): 575–583.
- Baudrillard, J. 1970. *La Société de Consommation*. Universitas Nottingham Trent. Nottingham. Terjemahan J.P. Mayer dan B.S. Tukang bubut. 1998. Masyarakat Konsumen: Mitos dan Struktur. Sage Publication Inc. London
- Dewi, A. R. 2003. *Koefisien Konservasi Laporan Keuangan Terhadap Earnings Response Coefficient*. *Simpodium Nasional Akuntansi VI* Surabaya. Universitas Airlangga: 119-159.
- Himman, L.M. 2002. *Perubahan Moral: Etika Bisnis Setelah Enron*. Publikasi Universitas San Diego. [http: ethics.sandi SUBSedu/LMH/oped/Enron/index. asp](http://ethics.sandiSUBSedu/LMH/oped/Enron/index.asp). 27 Januari 2008.
- Kalana, I., S. Ngumar, dan I.B. Riharjo. 2012. *Auditor Independensi Berbasis Kultur dan Filsafat Herbert Blumer*. Simposium Nasional Akuntansi XV Banjarmasin. 20-23 September.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. 2011. *Pendidikan Anti Korupsi untuk Perguruan Tinggi*. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. Jakarta
- Merna, T. dan F. F. Al-Thani. 2008. *Manajemen Risiko Perusahaan*. 2nd ed. John Welly and Sons Ltd. Inggris.
- Natsir, M. 2008. *Studi Efektivitas Mekanisme Transmisi Kebijakan Moneter di Indonesia Melalui Jalur Suku Bunga, Jalur Nilai Tukar, dan Jalur Ekspektasi Inflasi Periode 1990: 2-2007: 1*. Disertasi. Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga. Surabaya.
- Riduwan, A. 2010. Etika dan Perilaku Koruptif dalam Praktik Manajemen Laba. *Jurnal Akuntansi & Auditing Indonesia* 14 (2): 80-86.