

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1. Pengertian

Skizofrenia yaitu penyakit neuorogis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahas, emosi dan perilaku sosialnya (Yosep, 2016). Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi perasaan, pikiran, dan perilaku individu. Skizofrenia merupakan bagian dari gangguan psikosis yang ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan kehilangan daya tilik diri (insight) (Sadoch et al., 2015). Skizofrenia merupakan penyakit kronis, gangguan otak yang parah dan melumpuhkan, yang ditandai dengan pikiran kacau, khayalan, halusinasi, dan perilaku aneh (Pardede & Hasibuana, 2020)

Tindakan untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan pada gangguan jiwa dengan pukul bantal dapat mengontrol marah sehingga memulihkan gangguan perilaku (maladatif) menjadi perilaku yang adaptif (mampu menyesuaikan diri). Teknik digunakan ini supaya energi marah yang dirasakan pasien dapat tersalurkan dengan baik sehingga tidak terjadi yang membahayakan orang lain atau lingkungan. Setelah dilakukan latihan mengontrol marah dengan cara memukul bantal atau kasur didapatkan respon yang sama di antara dua pasien. Strategi pelaksanaan hanya dapat dilakukan sampai strategi pelaksanaan ke-3 pasien, hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu penulis dalam pengelolaan kasus

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan psikotik yang dapat mempengaruhi pikiran emosi dan perilaku seseorang yang dapat disebabkan oleh genetik/keturunan, fisik dan juga sosial budaya.

2.1.2. Etiologi

masalah Videbeck (2020) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu:

1. Faktor Predisposisi
 - a. Faktor Biologis
 - 1) Faktor Genetik

Factor genetic adalah factor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki salah satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa Riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetic dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan juga dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15% angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

2) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relative lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. Computerized tomography (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan positron emission tomography (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia.

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah system limbik dan ganglia basalis. Otak yang penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan dengan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada massa prenatal tidak dapat ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir (Prabowo, 2014).

3) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan system neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia pada orang normal, system switch pada otak bekerja dengan normal, sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim Kembali dengan sempurna tanpa adanya gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan Tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju (Yosep, 2016)

b. Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seseorang yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini (Stuart, 2013).

c. Factor sosialkultural dan lingkungan

Factor sosiokultur dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari social ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari social ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

2. Factor Presipitasi

Factor presipitasi dari skizofrenia anatara lain sebagai berikut :

a. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptive meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

c. Pemicu gejala

Pemicu merupakan precursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptive yang berhubungan dengan Kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

2.1.3. Tanda dan Gejala

Gejala-gejala skizofrenia menurut Keliat (2019) adalah sebagai berikut :

1. Gejala positif

- a. Waham : keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- b. Halusinasi : gangguan penerimaan pancaindra tanpa adanya stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pembau dan perabaan).
- c. Perubahan Arus Pikir :
 1. Arus piker terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan
 2. Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau)
 3. Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- d. Perubahan perilaku :

2. Gejala Negatif

- a. Hiperaktif
- b. Agitasi
- c. Iritabilitas
- d. Rentang Respon Marah

Bagan 2. 1 Rentang Respon Marah

Respon Adaptif ←————→ Respon Maladaptif



Asertif

Frustrasi

Pasif

Agresif

Perilaku Kekerasan

Keterangan :

1. Asertif

Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan.

2. Frustrasi

Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.

3. Pasif

Individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya

4. Agresif

Perilaku yang menyebarkan marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol

5. Kekerasan

Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol.

2.1.4. Penatalaksana

Penatalaksana pada klien skizofrenia menurut Greene and Eske (2021) adalah sebagai berikut:

a. Psikofarmaka

Obat psikofarmaka ditunjukkan pada gangguan fungsi neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis dapat dihilangkan. Obat psikofarmaka lebih berkhasiat menghasilkan gejala negatif skizofrenia daripada gejala positif skizofrenia atau sebaliknya, ada juga yang lebih cepat menimbulkan efek samping dan lain sebagainya. Beberapa contoh obat psikofarmaka yang beredar di Indonesia yang termasuk golongan generasi pertama yaitu chlorpromazine HCl, trifluoperazine HCl, thioridazine HCl, dan haloperidol.

Golongan generasi kedua yaitu risperidone, paliperidone, clozapine, quetiapine, olanzapine, dan aripiprazole. Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (typical) maupun generasi kedua (atypical) pada pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan typical khususnya berkhasiat dalam mengatasi gejala-gejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Sementara itu pada penderita skizofrenia dengan gejala negatif pemakaian golongan typical

kurang memberikan respon. Selain itu obat golongan typical tidak memberikan efek tidak baik pada pemulihan fungsi kognitif penderita. Obat golongan typical sering menimbulkan efek samping berupa gejala ekstral pyramidal (EPS).

b. Terapi Psikososial

Tepai psikososial dimaksudkan agar penderita mampu Kembali beradaptasi dengan lingkungan social sekitarnya dan mampu merawat diri, maupun mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga atau Masyarakat penderita ini menjalani terapi psikososial hendaknya tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka sebagaimana juga bahwa waktu menalani psikoterapi.

2.2. Konsep perilaku kekerasan

2.2.1. Pengertian

perilaku kekerasan merupakan keadaan Dimana seseorang pernah atau mempunyai Riwayat melakukan Tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan baik secara fisik/emosional/seksual dan verbal (Keliat, 2019).

Perilaku kekerasan merupakan ekspresi kekuatan fisik dengan menyerang diri sendiri atau orang lain, serta pemaksaan keinginan seseorang kepada orang lain (Townsend, 2019).

2.2.2. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda gejala yang ada adalah ada ide melukai, merencanakan Tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, depresi berat, marah, sikap kemusuhan/panik, bicara ketus, mengucapkan kata-kata kotor, serta adanya riwayat perilaku kekerasan

Tanda dan Gejala perilaku kekerasan yaitu :

1. Fisik

Mata melotot / pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengantup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku

2. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus

3. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri / orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif

4. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, demam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan menuntut

5. Intelektual

Menodminasi, cerewet, kadar, berdebat, meremahka dan jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme

6. Spiritual

Merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keraguan-raguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat.

7. Social

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.

8. Perhatian

Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual,

2.2.3. Etiologi

Factor predisposisi terdapat uraian sebagai berikut :

1. Faktor psikologis

- a. Terdapat asumsi bahwa seorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan yang memotivasi perilaku kekerasan
- b. Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan
- c. Rasa frustrasi
- d. Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga atau lingkungan
- e. Teori psikonaltik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agerasi dan kekerasan dapat memberi kekuatan dan prestise yang dapat meingkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Teori

lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri perilaku tindakan kekerasan.

2. Faktor sosial budaya

Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosiaonalnya secara agresif sesuai dengan respons yang dipelajarinya. Sesuai dengan teori badura bahwa agresif tidak beda dengan repons-respons yang lain. Factor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi. Dan semakin sering mendapatkan penguat maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan tidak dapat diterima. Kontrol Masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan secara penyelesaian masalah dalam Masyarakat merupakan faktor predesposisi terjadinya perilaku kekerasan.

3. Faktor biologis

Berdasarkan hasil penelitian hewan, adanya pemberian stimulus listrik rungan pada hipotalamus (system limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif, Dimana jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional) dan lobus temporal (untuk interprestasi Indera penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi dan hendak menyerang objek yang ada disekitarnya.

4. Faktor presipitas

Secara umum seorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injury secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri.

1. Kelemahan fisik : Keputusan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif dan masa lalu yang tidak menyenangkan
2. Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari masalah diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
3. Lingkungan : panas, padat dan bising

Hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan antara lain sebagai berikut :

1. Kesulitan kondisi ekonomi
2. Kesulitan dalam mengkomunikasi sesuatu

3. Ketidak siapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai seorang yang dewasa
4. Perilaku mungkin mempunyai Riwayat antisosial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi
5. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan atau perubahan tahap perkembangan keluarga
6. Mekanisme koping

Perawatan perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien mengembangkan mekanisme koping umum digunakan adalah mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya, mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi represif, denial dan regresi.

1. Menyerang atau menghindari pada saat ini responsi fisiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinephrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.
2. Menyatakan secara asertif
Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu dapat mengembangkan diri

Membrontak

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain

Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan jiwa Pada Pasien Skizofrenia Perilaku Kekerasan

2.2.4. Pengkajian

1. Identitas

Sering ditemukan pada usia dini atau muncul pertama kali pada masa pubertas.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang menyebabkan pasien dibawa ke rumah sakit biasanya akibat adanya kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi.

3. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi sangat erat terkait dengan faktor etiologi yakni keturunan, endokrin, metabolisme, susunan syaraf pusat, kelemahan ego.

4. Psikososial

5. Genogram

Orang tua penderita skizofrenia, salah satu mungkin anaknya 7-16% skizofrenia, bila keduanya menderita 40-60%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, saudara kembar 2-15% dan saudara kandung 7-15%.

b. Konsep Diri

Kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi yang mengenai pasien akan mempengaruhi konsep diri pasien.

c. Hubungan Sosial

Klien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, berdiam diri.

d. Spiritual

Aktivitas spiritual menurun seiring dengan kemunduran kemauan.

5. Status Mental

a. Penampilan Diri

Pasien tampak lesu, tak bergairah, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat.

b. Pembicaraan

Nada suara cepat dan keras, lambat, kurang bicara, apatis.

c. Aktivitas Motorik

Kegiatan yang dilakukan tidak bervariasi, kecenderungan mempertahankan pada posisi yang dibuatnya sendiri (katalepsia).

d. Emosi

Emosi dangkal

e. Afek

Dangkal, tak ada ekspresi roman muka.

f. Interaksi Selama Wawancara

Cenderung tidak kooperatif, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara, diam.

g. Persepsi

Terdapat halusinasi pendengaran

h. Proses Berfikir

Gangguan proses berfikir jarang ditemukan

i. Kesadaran

Kesadaran berubah, kemampuan mengadakan hubungan dengan dan pembatasan dengan dunia luar dan dirinya sendiri sudah terganggu pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan (secara kualitatif)

j. Memori

Tidak ditemukan gangguan spesifik, orientasi tempat, waktu, orang baik.

k. Kemampuan Penelitian

Tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan meskipun alasan tidak jelas atau tidak tepat.

6. Kebutuhan sehari-hari

Pada pemulaan penderita kurang memperhatikan diri dan keluarganya serta makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kemauan. Minat untuk memenuhi kebutuhannya sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, dan istirahat tidur.

2.2.5.

1. Menurut (SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) ada 3 diagnosa keperawatan jiwa, yaitu :
 - a. Perilaku kekerasan
 - b. Gangguan persepsi sensori : halusinasi
 - c. Harga diri rendah
2. Menurut Government (2015) mengatakan diagnosa keperawatan yang tedapat pada klien dengan perilaku kekerasan
 - a. Harga diri rendah
 - b. Koping individu tidak efektif
 - c. Perilaku kekerasan
 - d. Resiko mencenderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
 - e. Isolasi sosial

2.2.6. Perencanaan

Rencana Tindakan Keperawatan dikutip buku ajaran keperawatan Kesehatan jiwa teoritis dan aplikasi prsktik klinik (Azizah, et al.2016)

Tabel 2.1 Strategi Pelaksanaan pada Resiko Perilaku Kekerasan

No.	Diagnose keperawatan	Intervensi	Resional
1.	Resiko perilaku kekerasan	SP 1 pasien : 1. Bina saling percaya 2. Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan 3. Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan 4. Menyebutkan perilaku kekerasan yang telah dilakukan 5. Menyebutkan akibat perilaku kekerasan 6. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 7. Mempraktikan Latihan cara mengontrol fisik (Tarik napas dalam ketika marah) 8. Masukkan jadwal kegiatan SP 2 pasien : 1. Evakuasi kegiatan yang lalu (SP 1 Latihan tarik napas) 2. Mempraktikan Latihan cara mengontrol fisik 2 latihan verbal (pukul Kasur dan bantal) 3. Masukkan dalam kegiatan pasien SP 3 pasien : 1. evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) 2. mempraktikan Latihan cara verbal /social 3 macam yaitu (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan dengan baik) 3. masukan jadwal kegiatan pasien SP 4 pasien 1. evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2) dan verbal yaitu (latihan ibadah, berdoa) 2. buat jadwal Latihan ibadah/ berdoa	1. Agar pasien merasan aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat 2. Mengetahui penyebab perilaku kekerasan 3. Mengetahui tand dan gejala perilaku kekerasan 4. Mengetahui perilaku yang dilakukan oleh klien sehingga memudahkan intervensi 5. Mengetahui akibat perilaku kekerasan dan membantu mencari metode koping yang tepat dan efektif 6. Agar klien dapat mengontrol perilaku kekerasan 7. Agara klien dapat mengontrol marahnya 8. Agar klien dapat mengatur jadwal mengontrol perilaku kekerasan 1. Mengetahui apakah klien dapat melakukan kegiatan tarik napas dalam 2. Cara sehat mengontrol marah klien 3. Agar klien dapat mengatur jadwal mengontrol perilaku kekerasan 1. Mengetahui apakah klien sudah paham dan mempraktikan

1.	Gangguan persepsi sensorial : halusinasi	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi - Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi - Monitor dan sesuaikan aktivitas dan stimulasi lingkungan - Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik - Pertahankan lingkungan yang aman - Lakukan Tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengkekangan fisik, seklusi) - Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi - Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi - Anjurkan monitor sendiri situasi terjadinya halusinasi - Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi - Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi) - Ajarkan pasien dan keluarga mengontrol halusinasi Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	1. Mengetahui perilaku yang mengidentifikasi pasien mengalami halusinasi. 2. Mengetahui isi halusinasi pasien. 3. Lingkungan yang aman dapat memberikan rasa nyaman pada pasien 4. Mengetahui perasaan dan respon pasien. 5. Memberikan rasa saling percaya 6. Agar pasien dapat mengontrol ketika terjadi halusinasi. 7. Agar pasien dapat mengurangi terjadinya halusinasi dengan mengekspresikan apa yang ia rasakan pada orang lain. 8. Teknik relaksasi dapat memberikan rasa ketenangan pada pasien 9. Agar pasien dapat mengetahui bagaimana cara mengontrol halusinasi 10. Pemberian obat antipsikotik dan antiansietas akan memberikan dampak ketenangan pada pasien. 11. Klien mampu mengenal halusinasinya 12. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik 13. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain 14. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan melakukan kegiatan harian Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan minum obat teratur
----	--	--	--

1.	Harga diri rendah	Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik - Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas - Tingkatkan aktifitas fisik sesuai kemampuan - Batasi jumlah pengunjung - Bicara dengan nada rendah dan tenang - Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi - Cegah perilaku pasif dan agresif - Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi - Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan - Hindari sikap mengancam atau berdebat - Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan Edukasi - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif
----	-------------------	---

2.2.7. Implementasi

Tindakan keperawatan merupakan tandar asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawata professional yang dilakukan oleh perawat, Dimana implementasi dilakukan pada pasien cdan keluarga berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tulis dalam melaksanakan Tindakan keperawatan. Dengan adanya perincinan kebutuhan waktu diharapkan setiap perawat memiliki jadwal harian untuk masing-masing pasien sehingga waktu kerja perawat menjadi lebih efektif dan efisien (Keliat dan Akemat 2009 dalam Damayati & Iskandar, 2012)

2.2.8. Evaluasi

Pasien diharakan mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasanya dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan. Evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melakukan kegiatan, evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya. (Keliat, 2019)

S : Repon subjektif terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif keluarga terhadap Tindakan keperawatan yang telah di laksanakan

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetapi atau muncul masalah baru atau data yang kontradikdif dengan masalah yang ada

P : perencanaan atau tindak lanjut berdasar hasil Analisa pada repon keluarga.