

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang memperlihatkan individu tersebut dapat mengancam secara fisik, emosional dan seksual kepada orang lain (Satrio, 2015).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering disebut gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2013).

Risiko perilaku kekerasan atau agresifitas dapat didefinisikan sebagai perilaku mencederai orang lain, diri sendiri dan lingkungan yang bervariasi dari intensitas ringan sampai berat/ intens, dilakukan baik secara verbal, fisik, dan emosional yang akan mengakibatkan kerusakan harta benda, perampasan hak, kerugian dan bahkan kematian (Fajariyah, 2012).

2. Tahap Resiko Perilaku Kekerasan

Tahapan perilaku agresif atau resiko perilaku kekerasan :

- a. Tahap 1 : tahap memicu

Perasaan : kecemasan

Perilaku : agitasi, mondar- mandir, menghindari kontak
Tindakan perawat : mengidentifikasi faktor pemicu, mengurangi kecemasan, memecahkan masalah bila memungkinkan.

b. Tahap 2 : tahap transisi

Perasaan : marah

Perilaku : agitasi meningkat

Tindakan perawat : jangan tangani marah dengan amarah, menjaga pembicaraan, menetapkan batas dan memberikan pengarahan, mengajak kompromi, mencari dampak agitasi; meminta bantuan.

c. Tahap 3 : krisis

Perasaan : peningkatan kemarahan dan agresi

Perilaku : agitasi, gerakan mengancam, menyerang orang disekitar, berkata kotor; berteriak.

d. Tahap 4 : perilaku merusak

Perasaan : marah

Perilaku : menyerang; merusak

Tindakan perawat : lindungi klien lain, menghindar, melakukan pengekanan fisik.

e. Tahap 5 : tahap lanjut

Perasaan : agresi

Perilaku : menghentikan perilaku terang – terangan destruktif, pengurangan tingkat gairah.

Tindakan perawat : tetap waspada karena perilaku kekerasan baru masih memungkinkan, hindari pembalasan atau balas dendam.

f. Tahap 6 : tahap peralihan

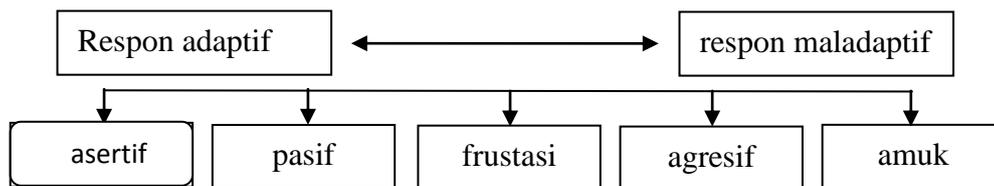
Perasaan : marah

Perilaku : agitasi, mondar – mandir

Tindakan perawat : lanjutkan fokus mengatasi masalah utama

(Satrio, 2015).

3. Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan



(Satrio, 2015)

a. Asertif

Perilaku asertif adalah menyampaikan suatu perasaan diri dengan pasti dan merupakan komunikasi untuk menghormati orang lain. Individu yang asertif berbicara dengan jujur dan jelas.

b. Pasif

Perilaku pasif dapat diekspresikan secara nonverbal, seseorang yang pasif biasanya bicara pelan dan kontak mata yang sedikit, individu tersebut mungkin dalam posisi membungkuk dan tangan memegangi tubuh dengan dekat.

c. Frustrasi

Frustrasi adalah kegagalan individu dalam mencapai tujuan yang diinginkan, frustrasi akan bertambah berat jika keinginan yang tidak tercapai memiliki nilai yang tinggi dalam kehidupan.

d. Agresif

Seseorang yang agresif di dalam hidupnya selalu mengarah pada kekerasan fisik dan verbal. Perilaku agresif pada dasarnya disebabkan karena menutupi kurangnya rasa percaya diri.

e. Amuk

Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat yang disertai kehilangan kontrol diri sehingga individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

(Satrio, 2015).

4. Tanda dan Gejala

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang berhubungan dengan agresi:

a. Agitasi Motorik

Berjalan dengan cepat, tidak bisa diam, mengepalkan atau memukulkan tangan, mengencangkan/merapatkan rahang, pernapasan meningkat, gerakan motorik yang tiba-tiba kaku.

b. Kemampuan Verbal

Berbicara mengancam dengan objek yang nyata atau tidak nyata, meminta perhatian yang mengganggu, berbicara keras dan dengan penekanan, mengalami waham atau curiga (paranoid).

c. Afek

Marah, bermusuhan, ansietas berat, mudah tersinggung, afek yang tidak stabil.

d. Tingkat Kesadaran

Bingung, perubahan status mental yang tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak bisa diarahkan

(Stuart, 2016).

5. Proses Terjadinya Masalah

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor pemicu utama atau faktor pencetus yang menjadi titik awal terbentuknya masalah yang di alami seorang individu.

1) Faktor psikologis

Psychoanalytical theory: teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari *instinctual drivers*. Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua: kesatu insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas, dan kedua, insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas.

Frustration aggression theory : teori yang dikembangkan oleh pengikut freud ini berawal dari asumsi, bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebabkan frustrasi. Jadi hampir semua orang yang melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif .

(Yosep, 2013).

2) Faktor sosial budaya

Social learning theory: teori yang dikembangkan oleh bandura (1977) ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon – respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran ini bisa internal atau

eksternal. Contoh internal : orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut; seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es kemudian ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah. Anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal : seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka (Yosep, 2013).

3) Faktor biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis.

a) Struktur otak (neuroanatomi)

Penelitian telah difokuskan pada tiga area otak yang diyakini terlibat dengan perilaku agresif adalah sistem limbik, lobus frontal, dan hipotalamus. Neurotransmitter juga diusulkan memiliki peran dalam munculnya perilaku kekerasan atau penekanan perilaku kekerasan .

Kerusakan struktur pada sistem limbik dan lobus frontal serta lobus temporal otak dapat mengubah kemampuan individu untuk memodulasi agresif sehingga menyebabkan perilaku agresif

Sistem limbik berfungsi dalam mengekspresikan emosi dan perilaku, secara khusus amigdala bagian dari sistem limbik berfungsi mengekspresikan kemarahan dan ketakutan. Perubahan dalam sistem limbik dapat menyebabkan peningkatan dan penurunan perilaku agresif.

Lobus frontal berfungsi untuk pemikiran rasional. Lobus ini merupakan bagian dari otak dimana pikiran dan emosi berinteraksi. Kerusakan pada lobus frontal dapat mengakibatkan gangguan penilaian, perubahan kepribadian, masalah pengambilan keputusan, ketidaksesuaian dalam berhubungan dan ledakan agresif. Hipotalamus di dasar otak berfungsi sebagai sistem alarm /peringatan otak. Kondisi stress menaikkan jumlah steroid, hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar adrenal, saraf reseptor untuk hormon ini menjadi kurang sensitif dalam upaya mengkompensasi peningkatan steroid dan hipotalamus merangsang kelenjar pituitari untuk menghasilkan lebih banyak steroid. Setelah stimulasi berulang sistem berespon lebih kuat terhadap provokasi, ini menjadi salah satu alasan mengapa stress traumatik pada anak secara permanen dapat meningkatkan potensi seseorang untuk melakukan perilaku kekerasan (Satrio, 2015).

Neurotransmitter : Neurotransmitter adalah zat kimia otak yang ditransmisikan dari dan ke seluruh neuron sinapsis, sehingga menghasilkan komunikasi antara otak dan struktur otak lain. Peningkatan atau penurunan zat ini dapat mempengaruhi perilaku, perubahan keseimbangan zat ini dapat memperburuk atau menghambat perilaku agresif. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa berbagai neurotransmitter (epinefrin, norepinefrin, dopamine, acetylcholine dan serotonin) berperan dalam fasilitasi dan inhibisi rangsangan agresif.

Rendahnya neurotransmitter serotonin dikaitkan dengan perilaku yang iritabilitas, hipersensitivitas terhadap provokasi, dan perilaku amuk, individu dengan perilaku impulsif. Bunuh diri, dan melakukan

pembunuhan, mempunyai serotonin dengan jumlah lebih rendah daripada rata – rata jumlah asam 5 – hidroxyinoleacetik/ produk serotonin.

Penelitian ini telah menunjukkan adanya hubungan antara agresif impulsif dengan rendahnya level neurotransmitter serotonin. Hasil temuan menyatakan bahwa serotonin berperan sebagai inhibitor utama perilaku agresif, dengan demikian kadar serotonin yang rendah dapat menyebabkan peningkatan perilaku agresif, selain itu peningkatan aktivitas dopamine dan norpenefrin di otak dikaitkan dengan peningkatan perilaku kekerasan yang impulsif.

Neurotransmitter lain yang berkaitan dengan perilaku agresif adalah dopamine, norpenefrin, dan acetylcholine serta *asam amino gamma-aminobutyric-acid* (GABA). Korteks prefrontal juga berperan penting dalam menghambat perilaku agresif. Area spesifik pada korteks prefrontal adalah region orbitofrontal. Stimulasi pada area ini mencegah marah dan agresif. Lesi pada area ini menyebabkan perilaku impulsif (Satrio, 2015).

b. Faktor Presipitasi

1) Faktor biologis

Stressor presipitasi perilaku kekerasan dari faktor biologi dapat disebabkan oleh gangguan umpan balik di otak yang mengatur jumlah dan waktu dalam proses informasi.

2) Faktor psikologis

Toleransi terhadap frustrasi yang rendah, koping individu tidak efektif, dan membayangkan secara nyata adanya ancaman terhadap keberadaan dirinya.

Perilaku agresif/kekerasan dapat terjadi karena perasaan seperti marah, ansietas, rasa bersalah, frustrasi dan kecurangan.

3) Faktor sosial budaya

Beberapa penelitian telah menemukan bahwa jumlah insiden kekerasan lebih besar terjadi ketika klien dipindahkan dalam kelompok yang besar, penuh, sesak, kurang privasi atau tidak bebas.

(Stuart, 2016).

c. Penilaian stressor

Model stres diatesis dalam sebuah karya klasik oleh Liberman dan rekan (1994) menjelaskan bahwa gejala skizofrenia berkembang berdasarkan pada hubungan antara jumlah stres dalam pengalaman seseorang dan toleransi internal terhadap ambang stres. Ini adalah model penting karena mengintegrasikan faktor budaya biologis, psikologis, dan sosial, cara ini mirip dengan stres Adaptasi Model Stuart yang digunakan sebagai kerangka kerja konseptual. Model adaptasi ini membantu menjelaskan hubungan stres dengan skizofrenia, meskipun tidak ada penelitian ilmiah telah menunjukkan bahwa stres menyebabkan skizofrenia, namun semakin jelas bahwa skizofrenia adalah gangguan yang tidak hanya menyebabkan stres, tetapi juga diperparah oleh stres. Penilaian seseorang tentang stressor, dan masalah yang terkait dengan coping untuk mengatasi stres dapat memprediksi timbulnya gejala.

(Stuart, 2016).

d. Sumber coping

Psikosis atau skizofrenia adalah penyakit menakutkan dan sangat menjengkelkan yang memerlukan penyesuaian baik bagi klien dan keluarga. Proses penyesuaian pasca psikotik terdiri dari empat fase:

- 1) Efikasi/kemanjuran pengobatan untuk secara konsisten mengurangi gejala dan menstabilkan disonansi kognitif setelah episode pertama memakan waktu 6 sampai 12 bulan.
- 2) Awal pengenalan diri/insight sebagai proses mandiri melakukan pemeriksaan realitas yang dapat diandalkan. Pencapaian keterampilan ini memakan waktu 6 sampai 18 bulan dan tergantung pada keberhasilan pengobatan dan dukungan yang berkelanjutan.
- 3) Setelah mencapai pengenalan diri/insight, proses pencapaian kognitif meliputi keteguhan melanjutkan hubungan interpersonal normal dan reenganging dalam kegiatan yang sesuai dengan usia yang berkaitan dengan sekolah dan bekerja. Fase ini berlangsung 1 sampai 3 tahun.
- 4) *Ordinariness*/ kesiapan kembali seperti sebelum sakit ditandai dengan kemampuan untuk secara konsisten dan dapat diandalkan dan terlibat dalam kegiatan yang sesuai dengan usia lengkap dari kehidupan sehari-hari mencerminkan tujuan *prepsychosis*. Fase ini berlangsung minimal 2 tahun, sumber daya keluarga, seperti pemahaman orang tua terhadap penyakit, keuangan, ketersediaan waktu dan energi, dan kemampuan untuk menyediakan dukungan yang berkelanjutan, mempengaruhi jalannya penyesuaian *postpsychotic* (Satrio, 2015).

e. Mekanisme koping

- 1) *Denial*, mekanisme pertahanan ini cenderung meningkatkan marah seseorang karena sering digunakan untuk mempertahankan harga diri akibat ketidakmampuannya.
- 2) Sublimasi, adalah dengan mengalihkan rasa marah pada aktifitas lainnya.

- 3) Proyeksi, juga cenderung meningkatkan ekspresi marah karena individu berusaha mengekspresikan marahnya terhadap orang/ benda tanpa dihalangi.
 - 4) Formasi, adalah perilaku pasif – agresif karena perasaannya tidak dikeluarkan akibat ketidakmampuannya mengekspresikan kemarahannya atau memodifikasi perilakunya. Pada saat – saat tertentu individu dapat menjadi agresif secara tiba – tiba.
 - 5) Represi, merupakan mekanisme pertahanan yang dapat menimbulkan permusuhan yang tidak disadari sehingga individu bersifat eksploitatif, manipulatif, dan ekspresi lainnya yang mudah berubah.
- (Fajariyah, 2012).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Proses Asuhan Keperawatan

a. Konsep model Calista Roy

Merupakan model dalam keperawatan yang menguraikan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu merubah perilaku yang mal adaptif. Dalam memahami konsep model ini Calista Roy mengemukakan konsep keperawatan dengan model adaptasi yang memiliki beberapa pandangan atau keyakinan serta nilai yang dimilikinya diantaranya:

- 1.) Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan sosial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya.

- 2.) Untuk mencapai suatu homeostatis atau terintegrasi, seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi.
- 3.) Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada manusia yang dikemukakan oleh Roy diantaranya:
 - a.) Focal stimulasi yaitu stimulus yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan akan mempunyai pengaruh kuat terhadap seseorang individu.
 - b.) Kontekstual stimulus, merupakan stimulus lain yang dialami seseorang, dan baik stimulus internal maupun eksternal, yang dapat mempengaruhi, kemudian dapat dilakukan observasi, diukur secara subjektif.
 - c.) Residual stimulus, merupakan stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesuai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sukar dilakukan observasi.
- 4.) Sistem adaptasi memiliki empat mode adaptasi diantaranya: pertama, fungsi fisiologis komponen sistem adaptasi ini diantaranya: oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan fungsi endokrin; kedua, konsep diri yang mempunyai pengertian bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain; ketiga, fungsi peran merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain ; dan keempat, interdependent merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.
- 5.) Dalam proses penyesuaian diri individu harus meningkatkan energi agar mampu melaksanakan tujuan untuk kelangsungan kehidupan, perkembangan,

reproduksi dan keunggulan sehingga proses ini memiliki tujuan untuk meningkatkan respons adaptif (Aziz, 2012)

b. Pengkajian

Pada dasarnya pengkajian pada pasien dengan perilaku kemarahan ditujukan pada semua aspek, yaitu biopsikososial-kultural-spiritual.

1.) Aspek biologi

Respon fisiologis timbul kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin, sehingga tekanan darah meningkat, takikardia, wajah merah, pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatkan kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh kaku, dan refleks cepat. Hal ini disebabkan energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

2.) Aspek emosional

Individu yang marah merasa tidak nyaman, mereka tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin berkelahi, ngamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahgunakan dan menuntut. Perilaku menarik perhatian dan timbulnya konflik pada diri sendiri perlu dikaji seperti melarikan diri, bolos dari sekolah, mencuri, menimbulkan kebakaran, dan penyimpangan seksual.

3.) Aspek intelektual

Pengalaman kehidupan individu sebagian besar didapatkan melalui proses intelektual. Peran panca indera sangat penting untuk beradaptasi pada lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman.

4.) Aspek sosial

Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan dari orang lain. Menimbulkan penolakan dari orang lain, sebagian klien menyalurkan kemarahan dengan nilai dan mengkritik tingkah laku orang lain, sehingga orang lain merasa sakit hati. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri menjauhkan dari orang lain.

5.) Aspek spiritual

Kepercayaan, nilai, dan moral mempengaruhi ungkapan marah individu. Aspek tersebut mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal ini bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa. Individu yang percaya kepada tuhan selalu meminta kebutuhan dan bimbingan kepada-Nya (Yosep, 2013).

c. Pohon masalah

(Stuart dan Sudeen, 1997 dikutip dalam Yosep, 2013) mengidentifikasi pohon masalah perilaku kekerasan sebagai berikut:



(Fajariyah, 2012)

d. Diagnosa keperawatan

- 1.) Resiko perilaku kekerasan
- 2.) Koping individu tidak efektif
- 3.) Harga diri rendah kronis

(Yosep, 2013)

e. Rencana tindakan

1.) Rencana tindakan keperawatan generalis

Diagnosa keperawatan	SP/kemampuan klien	SP/kemampuan keluarga
Resiko perilaku kekerasan	<p>SP 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK • Jelaskan cara mengontrol PK : fisik, obat, verbal, spiritual. • Latihan cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal • Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik 	<p>SP 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien • Jelaskan pengertian, tanda & gejala dan proses terjadinya PK (gunakan booklet) • Jelaskan cara merawat pasien PK • Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal • Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
	<p>SP 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian • Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar minum obat) • Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat 	<p>SP 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisi, beri pujian • Jelaskan 6 benar memberikan obat • Latih cara memberikan/membimbing minum obat • Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian
	<p>SP 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan latihan fisik & minum obat beri pujian 	<p>SP 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberikan

	<ul style="list-style-type: none"> • Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak, dengan benar) • Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal. 	obat, beri pujian <ul style="list-style-type: none"> • Latih cara membimbing: car bicara yang baik • Latih cara membimbing kegiatan spiritual • Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
	SP 4 : <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, verbal dan beri pujian • Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan) • Masukkan ke jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual. 	SP 4 : <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik & kegiatan spiritual, beri pujian. • Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan • Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

C. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan disesuaikan dengan kondisi klien saat ini (Satrio, 2015).

D. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus-menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

1. Evaluasi proses (formatif) yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan.

2. Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan klien dengan tujuan yang telah ditentukan, evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir:

S : respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : respon subjektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau masalah baru.

P : perencanaan tindakan lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien (Satrio, 2015).