

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Bipolar

2.1.1. Definisi

Bipolar adalah kondisi gangguan mental yang menyerang psikologis seseorang yang ditandai dengan perubahan temperamen yang luar biasa dalam bentuk kegilaan dan kesedihan, seseorang yang mengalami bipolar dapat disebut sebagai penyintas karena orang tersebut mengalami perubahan watak luar biasa yang dapat menyebabkan kesuraman, yang mencakup dampak negatif dan menyebabkan hambatan dalam latihan dalam hidupnya. Perubahan temperamen yang terjadi pada individu dengan kekacauan bipolar sangat berbeda dengan perubahan watak yang dialami oleh kebanyakan orang. (Kurniawan, et.al., 2019).

Bipolar ditandai sebagai gangguan di mana satu atau lebih episode manik atau hipomanik diikuti oleh episode depresi utama dengan periode disposisi biasa. Secara umum, gangguan bipolar ditandai sebagai gangguan dengan perubahan disposisi yang luar biasa, di mana ada episode manik yang terjadi selama beberapa waktu dan pada saat itu digantikan oleh episode depresi.

Seseorang yang memiliki gangguan bipolar dapat disebut dengan penyintas karena mengalami perubahan suasana hati yang ekstrem yang dapat menimbulkan mordibitas. Fase manik dan fase depresi yang sangat parah dapat menimbulkan

gejala psikosis. Pada saat mengalami gejala psikosis, seorang penyintas gangguan bipolar akan menunjukkan tanda-tanda yang tidak berhubungan dengan realita, yang kemudian disebut dengan halusinasi. Penyintas gangguan bipolar yang memiliki gejala ini terkadang salah didiagnosis sebagai penyintas skizoprenia, atau gangguan jiwa lainnya (International Bipolar Foundation, 2020).

2.1.2. Etiologi Gangguan Afektif Bipolar

Pada saat ini, kebanyakan ilmuwan menyepakati bahwa tidak ada penyebab khusus dari gangguan bipolar ini, mereka mengatakan bahwa banyak faktor yang bersama-sama menyebabkan gangguan bipolar pada diri seseorang (International Bipolar Foundation, 2020).

Berikut adalah beberapa faktor yang menyebabkan gangguan bipolar:

1. Faktor Genetik

Penelitian menunjukkan bahwa pada orang yang mempunyai riwayat gangguan bipolar di keluarganya memiliki risiko lebih besar mengalami gangguan bipolar yang serupa. Hal ini disebabkan oleh pengaruh gen pada depresi berat memiliki pengaruh yang besar dibandingkan dengan depresi ringan.

2. Faktor Biologis

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pada otak orang dengan gangguan bipolar mungkin akan berbeda dengan otak orang yang tidak memiliki gangguan bipolar atau gangguan jiwa lainnya (National Institute of Mental Health, 2017).

Salah satu faktor utama penyebab seseorang mengalami gangguan bipolar adalah terganggunya keseimbangan cairan kimia utama yang berada di dalam otak. Sebagai organ yang memiliki fungsi untuk menghantarkan rangsangan, maka otak membutuhkan neurotransmitter dalam menjalankan tugasnya, neurotransmitter yaitu saraf pembawa pesan atau isyarat dari otak ke bagian tubuh lainnya. Ada beberapa jenis neurotransmitter yang penting dalam penghantaran impuls saraf, yaitu norepinephrin, dopamin dan serotonin. Pada orang dengan gangguan bipolar, cairan-cairan kimia tersebut sedang berada dalam keadaan yang tidak seimbang (Fancher, 2017).

Ketika penyintas gangguan bipolar memiliki kadar dopamin yang tinggi di dalam otaknya, maka ia akan merasa bersemangat, agresif dan percaya diri yang berlebihan. Pada keadaan inilah yang disebut dengan fase manik. Sebaliknya, fase depresi akan terjadi ketika kadar dopamine menurun dibawah angka normal, sehingga penderita akan merasa tidak bersemangat, pesimis dan bahkan memiliki keinginan yang besar untuk bunuh diri. Seorang penyintas gangguan bipolar menandakan adanya gangguan pada sistem motivasional yang disebut dengan *Behavior Activation System (BAS)* (Saputra, 2019).

3. Faktor Psikologis

Peristiwa yang terjadi dalam kehidupan memiliki peran penting dalam gangguan depresi. Depresi yang diakibatkan oleh gangguan bipolar sebagai suatu efek yang timbul dari ketegangan ego antara kenyataan yang ada dengan aspirasi seseorang (E Bibring, 2014). Para ahli gangguan jiwa mengatakan bahwa

gangguan bipolar disebabkan oleh faktor psikososial seperti stress atau tekanan yang didapatkan dari lingkungan baik yang internal maupun eksternal (Depression and Bipolar Support Alliance, 2020).

Faktor lingkungan yang paling dekat adalah keluarga, apabila seseorang hidup dengan anggota keluarga yang menderita gangguan bipolar, maka risiko terkena gangguan bipolar juga tinggi. Selain itu, mengalami pengalaman yang buruk dan tidak menyenangkan hingga menjadi trauma juga memicu terjadinya gangguan bipolar. Sementara itu, faktor lingkungan eksternal yaitu pergaulan atau pengalaman buruk dengan orang lain, contohnya putus cinta dan kematian dari orang terdekat.

Faktor lingkungan internal dan eksternal memang sangat berpengaruh terhadap orang yang mengalami gangguan bipolar. Apabila seseorang mengidap gangguan jiwa ini dan masih tinggal di lingkungan yang tidak mendukung, maka risikonya adalah gangguan bipolar tersebut akan semakin parah dan tidak dapat menjalani kehidupan secara normal (Depression and Bipolar Support Alliance, 2020).

4. Faktor Obat-obatan Terlarang

Orang dengan gangguan bipolar berisiko lebih besar terkena masalah penggunaan narkoba, seperti kecanduan alkohol atau narkoba. Penyalahgunaan zat dapat memperburuk gejala gangguan bipolar dan membuatnya semakin sulit. Penyalahgunaan zat adalah kondisi yang umum terjadi pada orang dengan

gangguan bipolar. Sangat penting bagi orang dengan gangguan bipolar untuk mendapatkan pengobatan untuk kedua kondisi tersebut untuk meningkatkan peluang pemulihan mereka.

Secara keseluruhan, gangguan bipolar dapat menimbulkan berbagai dampak negatif pada kehidupan seseorang, termasuk fungsi sosial dan pekerjaan, kesulitan keuangan, penyalahgunaan obat-obatan, risiko bunuh diri, dan kesehatan fisik (Maharani, et.al., 2021).

2.1.3. Patofisiologi Gangguan Bipolar

Proses terjadinya gangguan bipolar dapat dijelaskan dengan beberapa mekanisme antara lain keterlibatan faktor genetik, abnormalitas pada frontal-limbic system, dan terganggunya Keterlibatan genetik berbagai studi epidemiologi genetik selama beberapa dekade terakhir dilakukan untuk melihat kontribusi genetik terhadap risiko gangguan bipolar. Definisi fenotip gangguan bipolar dalam penelitian-penelitian tersebut sangat bervariasi sehingga menghasilkan perkiraan heritabilitas yang luas. Penelitian yang dilakukan pada responden kembar di Denmark menunjukkan adanya heritabilitas yang sangat tinggi untuk gangguan bipolar. (Sadock et al., 2017).

2.1.4. Manifestasi Klinis Gangguan Aktif Bipolar

Secara umum pasien dengan gangguan bipolar menunjukkan variasi gejala yang dibagi menjadi beberapa episodik seperti episode depresi, hipomanik, manik, dan campuran. Kebanyakan dari pasien bipolar mengalami jenis episode depresi sebagai gejala pertama yang dirasakan, pasien tersebut kemungkinan besar akan

terdiagnosa menderita bipolar tipe I dan cenderung memiliki prognosis yang buruk dibandingkan dengan pasien yang mengalami episode manik sebagai gejala pertama yang dialaminya (McIntyre & Calabrese, 2019).

1. Episode Depresi

Depresi ditandai dengan suasana hati yang buruk, kehilangan minat, perasaan sedih, putus asa, kecemasan, kegelisahan batin, serta serangan panik. Fase awal depresi pada pasien dapat terlihat dari ekspresi wajah yang tampak sedih serta gerakan yang terbatas. Fase ini ditandai dengan anhedonia, yaitu kurangnya ketertarikan serta minat terhadap hal-hal yang sebelumnya dinikmati pasien. Secara psikomotorik pasien tersebut juga cenderung lambat, minim ekspresi wajah dan keterampilan motorik, serta hanya duduk atau berbaring hampir sepanjang hari. Pada kasus yang berat, pasien dapat pingsan akibat keterampilan motorik yang buruk. Selain itu pemikiran dan ucapan menjadi lambat, latensi respon yang memanjang, serta ucapan yang cenderung lambat dan monoton (Safiye et al., 2022).

Episode depresi berat juga dapat muncul pada pasien jika terdapat lima atau lebih gejala berikut, antara lain: suasana hati yang tertekan yang dirasakan hampir sepanjang hari, berkurangnya minat terhadap hal-hal yang sebelumnya dinikmati pasien, penurunan atau kenaikan berat badan; insomnia atau hipersomnia; agitasi, kelelahan, atau kehilangan tenaga yang dirasakan hampir setiap hari; perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan; berkurangnya kemampuan untuk berpikir dan berkonsentrasi; serta pikiran yang berulang mengenai kematian

(Marzani & Price Neff, 2021).

2. Episode Hipomanik

Gejala pada episode hipomanik ini merupakan bentuk gejala yang lebih ringan dari episode manik. Pada periode ini suasana hati pasien persisten dan sama terus-menerus yang berlangsung selama 4 hari, dapat berupa peningkatan suasana hati atau cenderung sensitif terhadap banyak hal. Biasanya gejala yang dapat dilihat saat terjadinya episode ini adalah adanya kegelisahan psikomotorik (berupa gerakan berulang mengetukkan jari, menggerak-gerakan badan, tidak dapat duduk diam, atau bicara menjadi lebih cepat), logorrhea (berbicara secara berlebihan dan bertele-tele), kesulitan untuk dapat tidur atau tidur kembali, atau perasaan senang berlebihan dalam mengerjakan sesuatu yang dapat berdampak menyakitkan. Gejala lain yang dapat muncul secara signifikan dan menunjukkan perubahan nyata dari perilaku biasanya. Episode hipomanik gejala tersebut biasanya tidak sampai mengganggu aktivitas sosial maupun pekerjaan pasien (Safiye et al., 2022). Jika terdapat ciri-ciri psikotik, maka episode tersebut termasuk episode manik (Marzani & Price Neff, 2021).

3. Episode Manik

Episode manik merupakan episode kedua yang paling banyak dialami sebagai gejala pertama pada pasien bipolar. Prognosis dari pasien juga lebih baik dibandingkan pasien dengan episode depresi sebagai gejala pertamanya. Terdapat triad gejala yang menjadi tanda episode ini, yaitu peningkatan suasana hati yang berlebihan, peningkatan aktivitas psikomotorik, dan berbicara cepat yang tidak

dapat dikontrol. Peningkatan suasana hati ditandai dengan antusiasme yang berlebihan, suasana hati yang tidak stabil. Gejala peningkatan psikomotorik ditandai dengan perasaan gelisah berlebih, kesulitan untuk tetap berada di satu tempat, dan melakukan suatu gerakan secara berulang. Hal ini tidak dapat dikontrol oleh pasien sehingga dapat berdampak membahayakan diri mereka. berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi 5 (DSM-5) diagnosis dapat ditegakkan apabila gejala di atas berlangsung setidaknya 1 minggu dan terjadi hampir sepanjang hari berlangsung hampir setiap hari (Marzani & Price Neff, 2021)

4. Episode Campuran

Episode ini pasien mengalami episode manik dan depresi secara bersamaan. Pasien mengalami fase berlangsung satu minggu. Pada waktu tertentu seseorang akan merasa bahagia kemudian dalam sekejap akan mengalami kesedihan yang terjadi bergantian dalam waktu yang cepat. Manifestasi klinis yang muncul didominasi oleh gejala manik, hipomanik, dan depresi yang bergantian dengan, atau dapat berupa gambaran campuran dari kelainan tersebut. Gejala yang dapat timbul seperti mood tereksitasi, marah, serangan panik, pembicaraan cepat, agitasi, menangis, insomnia derajat berat, dan terkadang timbul kebingungan (Safiye et al., 2022)

Terkadang dapat terjadi tumpang tindih dalam membedakan gejala perubahan suasana hati pada penderita ADHD dan bipolar episode manik. Namun dalam kebanyakan kasus, pasien bipolar lebih cenderung memperlihatkan disregulasi suasana hati yang menonjol, kebiasaan tidur yang tidak teratur, dan

perilaku yang agresif, terutama jika terdapat perilaku impulsif terkait dengan seks, alkohol atau penggunaan narkoba (McIntyre & Calabrese, 2019).

2.1.5. Penatalaksanaan Gangguan Aktif Bipolar

Perawatan yang tepat akan membantu seorang penyintas gangguan bipolar dalam mengendalikan perubahan pada suasana hatinya secara ekstrem. Karena gangguan bipolar merupakan penyakit kronis, maka pengobatan dan perawatan tetap harus dilakukan seumur hidup. Apabila tidak dilakukan pengobatan dan perawatan yang baik, maka gejala-gejala akan menjadi semakin buruk dan perubahan suasana hati semakin ekstrem (Behrend, 2022). Perawatan dan pengobatan tergantung pada kondisi dan tipe gangguan bipolar yang dialami, diantaranya sebagai berikut:

a. Terapi Non Farmakologi

1. Psikoterapi, dilakukan untuk mengobati penyalahgunaan zat serta pemberian nutrisi yang baik, pengurangan stress, tidur yang cukup, berolahraga dan terapi psikososial (wells et al, 2015). Penatalaksanaan ini dilakukan dengan cara memberikan dukungan, memberikan bimbingan dan edukasi kepada seseorang dengan gangguan bipolar. Beberapa pengobatan psikoterapi yang dapat digunakan untuk mengatasi gangguan bipolar meliputi: terapi kognitif, terapi keluarga dan psikoterapi interpersonal (NIMH, 2016).
2. *Electroconvulsive Therapy* (ECT), dilakukan untuk gejala gangguan bipolar berat yang tidak dapat disembuhkan dengan perawatan dan pengobatan lainnya. Keluarga atau seseorang yang mengalami gangguan bipolar harus

mendiskusikan tentang manfaat dan risiko yang akan terjadi dari ECT dengan profesional kesehatan. Karena ECT memiliki efek samping jangka pendek termasuk penurunan memori hingga amnesia, disorientasi dan kebingungan (NIHM, 2014).

b. Terapi Farmakologi

Obat-obatan yang umumnya digunakan untuk mengobati gangguan bipolar adalah antidepresan, lithium, antikonsulvan, serta penstabil suasana hati atau mood. Obat-obatan lain yang digunakan termasuk antipsikotik, benzodiazepin, dan beta-blocker. Sama seperti pengobatan pada umumnya, pengobatan gangguan bipolar juga memiliki efek samping ringan sampai serius. Karena itu, tidak semua obat cocok digunakan pada setiap pengidap gangguan bipolar (Fancher, 2017).

Farmakoterapi mempunyai peranan yang penting, dengan bukti-bukti yang relatif luas. Singkatnya, ketika tidak ditemukan kontraindikasi, penanganan awal harus mencakup monoterapi salah satu dari *mood stabilizer* (lithium, carbamazepine, valproate) yang direkomendasikan, salah satu dari antipsikotik atipikal (aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone), atau haloperidol (dalam kasus emergency atau pada terapi jangka pendek). Ketika respon yang didapat tidak adekuat, direkomendasikan untuk menggunakan kombinasi mood stabilizer dengan antipsikotik atipikal (Prenning A, 2014).

Masalah dalam menangani gangguan bipolar depresi adalah pada praktik klinik strategi penanganan sering dibawa ke arah unipolar depresi. Medikasi depresi jangka panjang belum dianjurkan, namun dalam pertimbangan terdapat indikasi, pemberiannya harus dimulai secepatnya, selama periode depresi akut. Farmakologi

yang spesifik untuk depresi adalah pilihan yang direkomendasikan untuk menangani episode depresi moderate-berat. Carbamazepine dan lamotrigine, begitu juga olanzapine dapat diresepkan atau sebagai alternatif *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI).

Antidepresan meski dapat menyebabkan kesulitan dalam berpikir, memiliki motivasi, makan, dan tidur. Antidepresan meski dapat mengobati depresi, tetapi tidak selalu bekerja mengatasi penyebabnya. Berikut adalah jenis obat antidepresan:

a) Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)

Ini adalah jenis antidepresan yang paling umum diresepkan. Contoh antidepresan golongan ini antara lain citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine dan sertraline.

b) Inhibitor reuptake serotonin dan noradrenalin (SNRI)

Ini memiliki efek samping yang lebih sedikit dibandingkan SSRI dan dapat digunakan untuk depresi yang lebih parah. Obat-obatan tersebut termasuk duloxetine, venlafaxine dan desvenlafaxine.

c) Inhibitor reuptake noradrenalin (NARI)

Jenis obat antidepresan ini bekerja pada noradrenalin dan cenderung tidak menyebabkan kantuk dibandingkan kelas lainnya. Kelas ini mencakup reboxetine.

Beberapa orang yang mengidap gangguan bipolar mungkin harus mencoba

beberapa obat berbeda dengan pasien lainnya, karena obat- obatan tersebut memiliki dosis yang berbeda-beda dan cara kerja dengan hasil yang berbeda pula. Namun pada umumnya, seorang pengidap gangguan bipolar akan mendapatkan racikan obat yang menggabungkan antidepresan untuk fase depresi dan penstabil mood untuk fase manik (Clark et al., 2017).

2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1. Definisi

Resiko Perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (Nanda, 2016). Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other-directed violence).

Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang individu bisa menunjukkan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain , hanya saja ditunjukkan langsung terhadap orang lain (Sutejo, 2019).

Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other directed violence). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Mauila & Aktifah, 2021).

2.2.2. Etiologi

1. Faktor predisposisi

Menurut (Yosep & Sutini, 2016) faktor predisposisi klien dengan perilaku kekerasan adalah :

1. Teori Biologis

a) *Neurologic Factor*

Beragam komponen dari system seperti sinap, neurotransmitter, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif.

b) *Genetic Factor*

Adanya faktor gen yan diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Menurut penelitian genetik tipe karyotype XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni pelaku tindak criminal serta orang-orang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.

c) *Cycardian Rhtym*

(Irama sirkardium tubuh) memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan 13. Pada jam terentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.

d) Biochemistryfactor

(faktor biokimia tubuh) seperti neurotransmitter di otak (epineprin, nourepineprin, dopamine, asetilcolin, dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui system persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam dan membahayakan akan dihantar melalui impuls neurotransmitter ke otak dan responnya melalui serabut efferent.

e) Brain Area Dissorders

Gangguan pada system limbik dan lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalipis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

2. Teori Psikologis

a) Teori Psikoanalisa

Agresifitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

b) Imitation modeling, and information processing theory

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolerir kekerasan.

c) *Learning theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Faktor Presipitasi

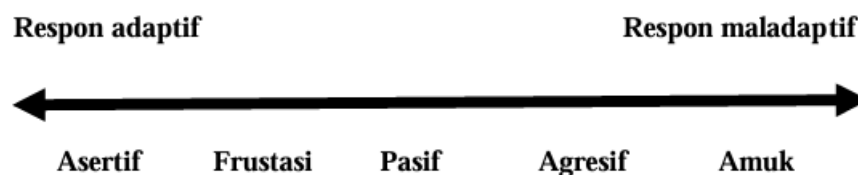
Menurut (Yosep & Sutini, 2016) dalam buku faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan :

- 1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepakbola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi socialekonomi.
- 3) Kesulitan dalam mengonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- 4) Adanya riwayat perilaku anti social meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- 5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

Dalam Buku ajar Keperawatan Jiwa (Yosep, 2016)

2.2.3. Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain. Sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motoric yang tidak terkontrol. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif) (Yosep & Sutini, 2016).



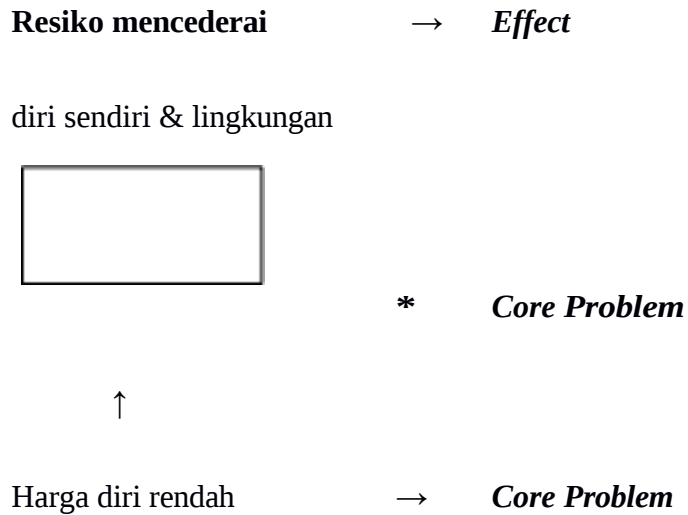
Gambar 2 1 Rentang respon Marah

Keterangan :

- Asertif : mampu menyatakan rasa marah tanpa menyakiti orang lain dan merasa lega.
- Frustrasi : Merasa gagal mencapai tujuan disebabkan karena tujuan yang tidak realistis.
- Pasif : Diam saja karena merasa tidak mampu mengungkapkan perasaan yang sedang dialami.
- Agresif: memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman, memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai. Umumnya klien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
- Amuk: sering juga disebut gaduh-gaduh atau amuk. Perilaku kekerasan

ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman-ancaman, melukai disertai melukai pada tingkat ringan, dan yang paling berat adalah melukai/ merusak secara serius. Klien tidak mampu mengendalikan diri.

2.2.4. Pohon Masalah



Bagan 2. 1 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Indriya, 2023)

2.2.5. Tanda dan Gejala

Menurut (Malfasari et al., 2020) tanda dan gejala yang ditemukan pada klien perilaku kekerasan, yaitu :

- a. Subjektif
 1. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah
 2. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
 3. Klien suka membentak dan menyerang orang lain
- b. Objektif
 1. Mata melotot/ pandangan tajam
 2. Tangan mengepal dan Rahang mengatup

3. Wajah memerah
4. Postur tubuh kaku
5. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor
6. Suara keras
7. Bicara kasar, ketus
8. Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/ orang lain
9. Merusak lingkungan
10. Amuk/ agresif

2.2.6. Mekanisme Koping

Menurut (Dwi Prastya & Pratiwi, 2017) mekanisme koping marah yang digunakan adalah mekanisme pertahanan ego yaitu:

1. Sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain.
2. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginan yang tidak baik.
3. Represi adalah mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.
4. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan menggunakannya sebagai rintangan.

5. Displacement yaitu melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya yang membangkitkan emosi itu.

2.2.7. Penatalaksanaan

a. Medis

1. Anti antietas dan hipnotik sadatif
2. Anti depresan;
3. Matlexon dan proponolol

b. Non Medis

1. Terapi kelompok

Terapi kelompok berfokus pada dukungan dan perkembangan keterampilan sosial dan aktifitas lain dengan berdiskusi dan bermain untuk mengembalikan kesadaran klien, karena masalah sebagian orang merupakan perasaan dan tingkah laku orang lain.

2. Terapi musik

Dengan terapi musik klien terhibur dan bermain untuk mengembalikan kesadaran klien, karena dengan perasaan terhibur maka klien dapat mengontrol emosinya.

3. Terapi relaksasi nafas dalam

Dengan terapi relaksasi nafas dalam pada klien dapat menimbulkan rasa

nyaman dan rileks.

4. Terapi pukul bantal

Dengan terapi pukul bantal klien mampu menyalurkan energi dari emosi yang dirasakan dengan cara yang tepat.

2.3 Konsep Relaksasi Nafas Dalam

2.3.1. Definisi Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

2.3.2. Jenis-jenis Teknik Relaksasi

4 macam relaksasi, yaitu relaksasi otot (progressive muscle relaxation), pernafasan (diafragmatic breathing), meditasi (attention-focusing exercises), dan relaksasi perilaku (behavioral relaxation training).

- a. Autogenic relaxation Merupakan jenis relaksasi yang diciptakan sendiri oleh individu bersangkutan. Cara seperti dilakukan dengan menggabungkan imajinasi visual dan kewaspadaan tubuh dalam menghadapi stres. Tehnik ini dapat dilakukan dengan cara:

1. Memberikan sugesti sendiri dengan kata-kata tertentu yang dapat memberikan ketenangan.
 2. Mengatur pernafasan dan rileks (memberikan rasa nyaman) pada tubuh.
 3. Membayangkan sesuatu atau tempat-tempat yang indah dan tenang secara fokus dan terkontrol sambil merasakan sensasi berbeda yang muncul dalam pikiran.
 4. Tangan saling melipat pada masing lengan yang berlawanan.
- b. Muscle relaxation Teknik ini bertujuan untuk memberikan rasa nyaman pada otot-otot. Ketika terjadi stress otot-otot pada beberapa bagian tubuh akan menjadi menegang seperti otot leher, punggung, lengan. Teknik dilakukan dengan cara merasakan perubahan dan sensasi pada otot bagian tubuh tersebut. Teknik dapat dilakukan dengan meletakkan kepala diantara kedua lutut (kira-kira selama 5 detik) dan merebahkan badan kebelakang selama perlahan selama 30 detik, sikap ini dilakukan terus secara berulang sambil merasakan perubahan pada otot-otot tubuh.
- c. Visualisasi Teknik ini merupakan bentuk kemampuan mental untuk berimajinasi seperti melakukan perjalanan ke suatu tempat yang damai, atau situasi yang tenang. Teknik visualisasi seolah-olah menggunakan beberapa indera secara bersamaan.
- d. Beberapa teknik relaksasi lainnya yang familiar dapat dilakukan seperti : Yoga, Tai chi, meditasi, mendengar musik, pijit (spa), zikir, dan sebagainya.

2.3.3. Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

Tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

2.3.4. Manfaat dan Keuntungan Relaksasi Nafas Dalam

Pada dasarnya, teknik relaksasi napas dalam memberikan manfaat dari dua sisi, yaitu keuntungan secara emosional dan fisiologis :

1. Mengurangi Stres dan Kecemasan

Teknik relaksasi napas dalam membantu menurunkan tingkat hormon stres, seperti kortisol, dalam tubuh. Dengan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis, teknik ini membantu menenangkan pikiran dan menurunkan detak jantung serta tekanan darah.

2. Meningkatkan Konsentrasi dan Fokus

Dengan meningkatkan aliran oksigen ke otak, pernapasan dalam membantu meningkatkan konsentrasi dan fokus. Teknik ini memungkinkan pikiran untuk menjadi lebih jernih dan terfokus, sehingga meningkatkan kemampuan berpikir dan memecahkan masalah secara efektif.

3. Mengurangi Ketegangan Otot

Pernapasan dalam juga membantu merilekskan otot yang tegang dengan meningkatkan aliran darah dan oksigen ke area yang tegang. Teknik ini mengurangi ketegangan fisik yang sering kali disebabkan oleh stres dan kecemasan.

4. Meningkatkan Kualitas Tidur

Dengan menenangkan pikiran dan tubuh sebelum tidur, teknik relaksasi napas dalam dapat membantu memperbaiki kualitas tidur. Mengurangi stres dan kecemasan membuat individu lebih mudah untuk tertidur dan tidur lebih nyenyak. Kualitas tidur yang baik penting untuk kesehatan fisik dan mental, serta membantu tubuh pulih dan regenerasi selama istirahat.

2.3.5. Cara Kerja Relaksasi Nafas Dalam

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang dan kondusif.
- b. Posisikan tubuh dan pikiran dalam kondisi rileks.
- c. Tarik napas dalam dari hidung secara perlahan.
- d. Hembuskan udara secara perlahan melalui mulut sambil rasakan setiap hembusan udara yang keluar.
- e. Dapat mencoba teknik box breathing. Tarik napas perlahan melalui hidung selama 4 hitungan, tahan napas selama 4 hitungan, lalu buang napas melalui mulut selama 4 hitungan, kemudian tahan selama 4 hitungan sebelum menarik napas kembali.

- f. Posisikan telapak kaki dan tangan dalam kondisi rileks.
- g. Usahakan pikiran tetap berkonsentrasi dan pejamkan mata.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

a. Identitas

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Pengkajian menurut (Dermawan, 2018). Pengkajian meliputi : Data pasien risiko perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

b. Tanda & Gejala :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Bicara kasar
6. Suara tinggi, menjerit atau berteriak

7. Mengancam secara verbal atau fisik
8. Melempar atau memukul benda/orang lain
9. Merusak barang / benda
10. Tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan

b. Alasan Masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat, 2016).

c. Faktor Predisposisi

1. Klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa.
2. Klien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru dibawa ke rumah sakit jiwa.
3. Trauma seperti menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan.
4. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan penolakan.

d. Faktor Presipitasi

Internal : Kelemahan, rasa percaya menurun, takut sakit dan hilang kontrol.

Eksternal : Penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, kritik

e. Fisik

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik,
2. Ukur tinggi badan dan berat badan nadi cepat, suhu dan nafas cepat.
3. Keadaan yang biasanya ditunjukkan oleh pasien perilaku kekerasan adalah mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup dan wajah memerah)
4. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

f. Psikososial

1. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi ke atas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga apa di saat pengkajian.

2. Konsep diri

Konsep diri yang dimaksud adalah adanya anggota tubuh yang tidak klien sukai sehingga mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan

orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

3. Identitas

Klien biasanya tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

4. Harga diri

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya akan memiliki hubungan yang baik dengan orang lain. Namun saat mendapatkan penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

5. Peran diri

Klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang ditanggungnya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut sehingga merasa tidak berguna.

6. Ideal diri

Klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

g. Spiritual

1. Nilai dan Keyakinan

2. Kegiatan ibadah

3. Biasanya selama sakit klien jarang melakukan ibadah

h. Status

1. Penampilan

Klien biasanya berpenampilan kotor.

2. Pembicaraan

Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya saat pengkajian akan ditemukan klien bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

3. Aktivitas motorik

Klien akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah ubah, gemetar, tangan mengepal dan rahang dengan kuat.

4. Alam perasaan

Klien akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan.

5. Afek

Klien mudah tersinggung dan sering marah tanpa sebab. Mental

6. Interaksi selama wawancara

Klien akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

7. Persepsi

Klien masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.

8. Isi pikir

Klien biasanya meyakini dirinya tidak sakit dan baik-baik saja.

9. Tingkat kesadaran

Klien perilaku kekerasan terkadang tampak bingung.

10. Memori

Klien biasanya dapat mengingat dengan baik akan kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

11. Kemampuan penilaian

Klien memiliki kemampuan penilaian ringan dan sedang serta tidak dapat mengambil keputusan.

12. Daya pikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

i. Kebutuhan persiapan pulang

1. Makan

Klien tidak mengalami perubahan.

2. BAB/BAK

Klien tidak memiliki gangguan pada kebutuhan BAB/BAK.

3. Mandi

Klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien biasanya sangat bau dan kotor, klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

4. Berpakaian

Klien jarang mengganti pakaian dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki.

5. Istirahat dan tidur

Klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur seperti menyikat gigi, cuci kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak, gaduh atau tidak bisa tidur.

6. Penggunaan obat

Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat sehingga akan terjadi putus obat dan dampak dari hal tersebut.

7. Pemeliharaan kesehatan

Klien tidak memperhatikan kesehatannya dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat diri.

8. Aktivitas didalam rumah

Klien mampu merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

9. Mekanisme koping

Klien atau keluarga yang diajukan dalam wawancara akan memberikan data tentang cara mereka untuk mengendalikan diri saat menghadapi masalah (Azizah, 2016).

10. Koping Adaptif : akan mencakup kemampuan untuk berbicara dengan orang lain dan menyelesaikan masalah tanpa bantuan orang lain.

11. Koping Maladaptif : akan termasuk anggota minum alkohol dan luka/melukai diri sendiri.

12. Masalah psikologis dan lingkungan

Klien akan mengatakan merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

13. Pengetahuan

Klien akan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakitnya dan tidak mengetahui akan akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2.4.2 Analisa Data

Analisis data dalam perumusan diagnosa keperawatan diawali dengan pengelompokan informasi yang diperoleh dari anamnesa, pengamatan serta

pemeriksaan fisik kemudian hasil yang didapat dibandingkan dengan standar (keadaan normal), sehingga bisa diketahui kasus kesehatan yang dialami penderita serta bisa dirumuskan permasalahan kesehatan. (Yunus, 2019)

Analisa data dari perilaku kekerasan dapat di peroleh melalui :

1. Data Subjektif :

- 1) Klien mengancam
- 2) Klien mengumpat dengan kata-kata kotor
- 3) Klien mengatakan dendam dan jengkel
- 4) Klien ingin berkelahi
- 5) Klien menyalahkan dan menuntut orang lain
- 6) Klien meremehkan

2. Data Objektif :

- 1) Mata melotot/pandangan tajam
- 2) Tangan mengepal
- 3) Rahang mengatup
- 4) Wajah memerah dan tegang
- 5) Postur tubuh kaku
- 6) Suara keras

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Sutejo, 2019) Menegakkan Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan, dirumuskan jika pasien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut.

2.4.3 Perencanaan

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan

No	DX	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
1.	Perilaku Kekerasan	Klien Mampu :	Setelah pertemuan klien mampu :	SP 1
		1. Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan 2. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 3. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 4. Mengontrol perilaku kekerasan secara : fisik,sosial,verbal, spiritual,terapi psikofarmako	1. Menyebutkan penyebab, tanda, gejala dan akibat dari perilaku kekerasan 2. Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan	- Identifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat dari perilaku kekerasan - Latih cara fisik 1 : tarik nafas dalam - Masukan ke dalam jadwal harian klien
			Setelah pertemuan klien mampu :	SP 2
			1. Menyebutkan kegiatan yang sudah di lakukan 2. Memperagakan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2	- Evaluasi SP 1 - Latih cara fisik 2 : pukul bantal - Masukan ke dalam jadwal harian klien

	Setelah pertemuan klien mampu :	SP 3	
	1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	-	Evaluasi SP 1 dan SP 2
		-	Latih secara sosial/verbal
	2. Mempragakan secara fisik untuk mengotrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 3	-	Menolak dengan baik
		-	Meminta dengan baik
		-	Mengungkapkan dengan baik
		-	Masukan dalam jadwal kegiatan klien
	Setelah pertemuan klien mampu :	SP 4	
	1. Menyebutkan kegiatan yang sudah di lakukan	-	Evaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3
		-	Latih secara spiritual berdo'a
	2. Mempragakan secara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 4	-	Masukan dalam jadwal kegiatan klien
	Setelah pertemuan klien mampu :	SP 5	
	1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	-	Evaluasi SP 1, 2, 3 dan 4
		-	Latih patuh obat
	2. Mempragakan secara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 5	-	Minum obat secara teratur dengan prinsip 5B
		-	Susun jadwal minum obat dengan teratur
		-	Masukan dalam kegiatan klien
Sumber : (Safitri et	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional

al.2023)Diagnosa
Keperawatan

Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	intervensi keperawatan selama.....x pertemuan	Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)	Observasi :
Faktor resiko		Observasi	
- Pemikiran waham/delusi	maka Kontrol diri (L.09076)	1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali)	1. Deteksi dini terhadap benda berbahaya dapat mencegah pasien melukai diri sendiri atau
- Curiga pada orang lain	meningkat dengan kriteria hasil :	2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung	2. Pengawasan barang bawaan mencegah masuknya benda yang dapat memicu perilaku agresif.
- Halusinasi	1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun	3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur)	3. Pengawasan penggunaan barang berisiko memastikan pasien tetap dalam kondisi aman.
- Berencana bunuh diri	2. Verbalisasi umpatan menurun		
- Disfungsi sistem keluarga	3. Suara keras menurun		
- Kerusakan kognitif	4. Bicara ketus menurun		
- Disorientasi atau kebingungan		Terapeutik	
- Persepsi pada lingkungan tidak akurat		1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin	1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
- Alam perasaan depresi		2. Libatkan keluarga dalam perawatan	2. Libatkan keluarga dalam perawatan
- Riwayat kekerasan pada hewan			
- Kelainan neurologis		Edukasi	
- Lingkungan tidak teratur		1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien	Edukasi: 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung perawatan pasien
- Penganiayaan atau pengabaian anak		2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif	2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
- Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri			

sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain	3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)	3. latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal
- Impulsif		
- Ilusi		

2.4.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Martini et al., 2020).

Implementasi keperawatan jiwa pada resiko perilaku kekerasan ada 5 SP menurut (Martini et al., 2020), sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu melakukan rencana dan implementasi dalam asuhan keperawatan sebagai

pendekatan yang digunakan untuk membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap yang terus menerus dalam menilai dampak dari tindakan keperawatan terhadap klien. Untuk mengevaluasi tanggapan klien terhadap tindakan yang telah dilakukan, evaluasi dilakukan secara berkala. Evaluasi dilakukan secara formatif atau proses setelah tindakan selesai. Pendekatan SOAP adalah salah satu kerangka kerja evaluasi yang dapat digunakan (Nabilah et al., 2022)

S : Respon subjektif klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau data yang kontra dikdif dengan masalah yang ada

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasar hasil analisa pada respon