BAB V
PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Data yang di didapatkan pasien bernama Tn. H berjenis kelamin laki-laki berusia 30 tahun. Menurut penulis dengan melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memcahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Menurut penelitian (Wijayati et al., 2020) menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan pasien adalah membantu dan mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Perawat tak hanya mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang pasien miliki, namun juga mendorong dan membantu pasien untuk mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki oleh lingkungan serta keluarga.

Pasien dengan didampingi keluarga dan bimbingan oleh perawat bersama-sama membuat daftar aspek positif dan kemampuan yang dapat dilaksanakan saat itu juga meski dengan dukungan dan stimulus langsung dari keluarga. Dari data fakta dan teori penulis meyakini apa yang sudah disampaikan antara fakta dan teori terdapat kesamaan seperti mata melotot/pandangan tajam dan tegang berbicara dengan nada keras, kasar, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya dan mengamuk.

Pada pengkajian didapatkan Tn. H berulang datang ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Bengkulu hari Selasa, 06 Mei 2025 pukul 13.45 WIB. Diantar keluarga dengan keluhan subyek merasa sakit hati dan merasa direndahkan sehingga membuat mengamuk, memukul orang

lain, pasien juga mengganggu ketenangan lingkungan sekitar rumahnya dengan berbicara keras seperti teriak dan mengajak berkelahi. Pasien tidak rutin minum obat saat dirumah karena membuatnya mengantuk. Ditunjukkan pada data obyektif saat di kaji pasien terlihat tegang, gelisah, mata melotot dan nada bicara keras. Sedangkan Tn. Y berumur 39 tahun status belum duda (cerai mati), berulang datang ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Bengkulu hari Sabtu, 17 Mei 2025 pukul 11.15 WIB. Diantar keluarga dengan keluhan subyek sering marah-marah, berteriak, dan mengajak berkelahi orang-orang yang dianggapnya merendahkan, seperti tetangga dan beberapa keluarga. Pasien juga merusak perabotan rumah seperti piring dan gelas. Pasien tidak minum obat rutin karena menganggap obat tersebut membuat dia lemas

Hasil tinjauan faktor predisposisi di dapatkan Riwayat gangguan jiwa dimasa lalu sekitar 2 tahun Tn. H mengalami gangguan jiwa karena stress dikarenakan gagal dalam tes Polisi. Pengobatan yang dilakukan kurang berhasil karena pasien putus obat dengan alasan obatnya membuat ngantuk dan nafsu makan meningkat yang membuatnya gendut. Sedangkan Tn. Y, pasien ulang di RSKJ Soeprapto Bengkulu, kembali masuk IGD pada Sabtu, 17 Mei 2025 pukul 11.15 WIB, diantar keluarga. Ia menunjukkan perilaku agresif seperti marah-marah, berteriak, mengajak berkelahi, serta merusak barang di rumah, dipicu oleh perasaan direndahkan karena kondisi jiwanya. Gangguan ini muncul akibat stres berkepanjangan karena kehilangan pekerjaan dan ditinggal wafat istrinya. Selama tahun 2025, ia telah dua kali dirawat dengan gejala serupa, seperti emosi tidak stabil, nada bicara tinggi, dan tatapan tajam. Pasien tidak minum obat secara rutin karena merasa lemas setelah mengonsumsinya. Keputusan medis kini diambil oleh anaknya, Tn. R.

Tn. H menerima kondisi fisiknya dan bersyukur tidak memiliki kelainan lain, namun mengalami harga diri rendah karena tidak mampu bekerja dan merasa gagal menjalankan peran sebagai laki-laki pencari nafkah. Secara sosial, ia menarik diri dari lingkungan, minder karena gangguan jiwa, dan hanya merasa dimengerti oleh kakeknya. Ini mencerminkan adanya gangguan interaksi sosial. Secara spiritual, pasien beragama Islam, percaya

kepada Tuhan, dan rutin melaksanakan sholat, tanpa ditemukan masalah. Dalam aspek status mental, penampilan pasien rapi, namun motorik tampak gelisah, tegang, dan sering mondar-mandir sambil mengepalkan tangan. Ia berbicara cepat, keras, dan tidak terarah. Pasien juga menyimpan kemarahan terhadap keluarga dan masyarakat, dengan ekspresi afek yang murung dan tegang. Tidak ditemukan halusinasi, tetapi proses pikir tidak teratur dan isi pikir menunjukkan perasaan tidak disukai, menandakan gangguan pikir. Fungsi kesadaran, memori, konsentrasi, dan penilaian tetap baik. Aktivitas harian dapat dilakukan mandiri dan asupan nutrisi terpenuhi. Namun, koping pasien tidak adaptif, ditandai dengan konsumsi alkohol, merokok, ketergantungan finansial pada orang tua, serta melampiaskan emosi dengan kekerasan, sehingga menunjukkan koping tidak efektif dan risiko perilaku kekerasan. Sementara itu, Tn. Y Pasien menerima kondisi fisiknya dan bersyukur tidak memiliki kelainan fisik. Ia termotivasi untuk sembuh agar tidak lagi merasa malu. Sebelum sakit, pasien berperan sebagai kepala keluarga dan menafkahi istri serta anak-anaknya. Namun, sejak istrinya meninggal, ia mulai menunjukkan gejala gangguan jiwa. Istrinya sangat berarti baginya karena selalu mendampingi di masa suka dan duka. Saat ini, pasien menarik diri dari lingkungan, enggan mengikuti kegiatan sosial, dan jarang berinteraksi karena malu dan cemas terhadap kondisinya, yang menunjukkan adanya gangguan interaksi sosial.

Secara spiritual, pasien beragama Islam dan rutin melaksanakan sholat lima waktu di rumah, tanpa ditemukan masalah. Penampilan saat pengkajian rapi dan bersih, namun secara motorik pasien tampak gelisah, tegang, dan sering mondar-mandir sambil mengepalkan tangan. Ia berbicara cepat dengan nada tinggi dan keras, masih menyimpan kemarahan terhadap keluarga, masyarakat, dan masa lalunya. Ekspresi wajah terlihat murung dan tegang saat membahas hal yang membuatnya tidak nyaman. Hal ini menandakan koping yang tidak efektif serta risiko perilaku kekerasan.

Walaupun tidak mengalami halusinasi, proses pikir pasien kurang terorganisir, sering berpindah topik, dan mengungkapkan perasaan tidak disukai oleh keluarganya, yang menunjukkan adanya gangguan proses pikir.

Meski demikian, kesadaran, daya ingat, konsentrasi, penilaian, dan orientasi pasien dalam batas normal. Ia juga mampu memenuhi kebutuhan diri secara mandiri dan memiliki pola makan yang cukup. Namun, mekanisme koping yang digunakan cenderung maladaptif, seperti menarik diri dan marah ketika mengingat istrinya, yang kembali mengarah pada koping tidak efektif dan risiko kekerasan.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa baik Tn. H (30 tahun) maupun Tn. Y (39 tahun) mengalami gangguan kontrol emosi dan risiko perilaku kekerasan. Keduanya memiliki riwayat gangguan jiwa dan tidak rutin mengonsumsi obat karena efek samping yang dirasakan. Tn. H mengalami gangguan jiwa akibat kegagalan dalam tes kepolisian dan menunjukkan harga diri rendah serta menarik diri dari lingkungan sosial. Sementara Tn. Y mengalami gangguan akibat kehilangan istri dan pekerjaan, serta menunjukkan penarikan diri sosial dan kemarahan yang mendalam.

Secara mental, kedua pasien tampak gelisah, berbicara dengan nada tinggi, dan memiliki isi pikir negatif. Keduanya mampu melakukan aktivitas dasar secara mandiri, namun menggunakan mekanisme koping yang tidak adaptif seperti menarik diri, melampiaskan amarah, dan ketergantungan emosional. Spiritualitas pada kedua pasien tidak menunjukkan masalah.

Kesimpulannya, perbedaan utama terletak pada faktor pencetus: Tn. H lebih pada kegagalan peran sosial, sedangkan Tn. Y pada kehilangan emosional. Meskipun demikian, kedua pasien membutuhkan intervensi keperawatan yang menekankan manajemen emosi, dukungan sosial, dan penguatan koping adaptif

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah respon individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luar. Interprestasi dari data pengkajian yang digunakan untuk mengarahkan perencanaan, impementasi dan evaluasi. Sesuai dengan pohon masalah diagnosa keperawatan utama yaitu Resiko Perilaku Kekerasan dibuktikkan dengan pasien berbicara nada keras, mata melotot dan wajah tampak tegang. Faktor yang didapatkan pada pohon masalah resiko perilaku kekerasan yaitu *core problem* koping individu tidak

efektif akan menimbulkan efek resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan kemudian causa atau etiologi dari resiko perilaku kekerasan adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah. Resiko perilaku kekerasan disebabkan keadaan dimana seseorang pernah atau mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan baik fisik, verbal, emosional atau seksual

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan dalam penelitian ini difokuskan pada penanganan masalah utama, yaitu risiko perilaku kekerasan, dengan mengacu pada SIKI: Manajemen Pengendalian Marah. Strategi ini disusun untuk membantu pasien dalam menjalani serangkaian tindakan keperawatan yang terstruktur. Pelaksanaan intervensi dilakukan secara bertahap melalui empat strategi pelaksanaan (SP)1-4 selama 3 hari berturut-turut pada Tn. H saat shif pagi dan Tn. Y pada shift sore.

Intervensi keperawatan SP 1 fokus intervensi adalah mengidentifikasi penyebab, tanda-tanda, dan jenis perilaku kekerasan yang dialami pasien, serta melatih pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara fisik. Teknik yang digunakan antara lain adalah latihan pernapasan dalam serta aktivitas fisik seperti memukul bantal atau kasur sebagai sarana pelepasan emosi secara aman. Hal ini didukung oleh penelitian Kautsarotizzalfa (2024) yang mengatakan teknik relaksasi nafas efektif dalam mengontrol marah setiap tanda gejalanya muncul. dapat berperilaku adaptif dan dapat menangani situasi yang terjadi pada kehidupan setelah keluar dari rumah sakit jiwa (Sutinah et al., 2019). Relaksasi nafas dalam yaitu cara untuk mengontrol marah pada perilaku kekerasan dimana terapi ini dapat digunakan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mengurangi stres fisik maupun emosional yang dapat menurunkan ketegangan,memberikan ketenangan, dan menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia (Kautsarotizzalfa, 2024).

SP 2 diarahkan pada pelatihan minum obat, yang bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi farmakologis Menut penelitian Hidayati et al (2023) minum obat secara teratur dapat menurunkan

aktivitas berlebih pada area ini, sehingga mengurangi reaksi marah, ketakutan, dan dorongan kekerasan. Selanjutnya, SP 3 berfokus pada pelatihan komunikasi verbal, dengan tiga keterampilan utama yang dilatih, yaitu kemampuan untuk mengungkapkan perasaan, menyampaikan permintaan, dan menolak sesuatu secara tepat dan asertif. Selajan dengan penelitian yang dilakukan oleh Endriyani et al (2022) yang menyebutkan perbedaan kondisi dan karakteristik klien turut mempengaruhi keberhasilan implementasi tindakan asertif. Dapat disimpulkan bahwa tindakan asertif dapat menjadi intervensi dalam mengekspresikan marah pada klien skizofrenia dengan masalah perilaku kekerasan. Pada tahap SP 4**,** pasien diberikan pelatihan pengendalian perilaku kekerasan melalui pendekatan non-fisik yang bersifat terapeutik dan spiritual. Beberapa bentuk terapi yang diterapkan meliputi terapi napas dalam**,** terapi spiritual wudhu**,** terapi dzikir**,** terapi mendengarkan murottal Al-Qur'an, serta terapi pengenalan dan penghayatan Asmaul Husna. Intervensi ini tidak hanya bertujuan untuk meredakan gejala akut, tetapi juga untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengelola emosi secara mandiri dan berkelanjutan (Arisandy et al., 2024; Ayu et al., 2022; Endriyani et al., 2022; Ernawati et al., 2020; Natasya et al., 2025; Sari et al., 2024; Zainuddin et al., 2024).

Pada *eviden baced* pertama peneliti melakukan teknik napas dalam.. Menurut studi literatur review yang dilakukan oleh Eryanto & Handayani (2023) hasil penelitian ini menunjukan bahwa berdasarkan 5 artikel yang dibahas didapatkan kemampuan mengontorl marah mengalami penurunan setelah diberikan terapi relakasi nafas dalam dengan *p valu*e < 0.05 yang artinya ada pengaruh yang signifikan terapi relakasi nafas dalam terhadap kemampuan mengontrol marah (Eryanto & Handayani, 2023). Hal ini sejalan dengan penelitian lainya oleh Pertiwi et al (2023) dengan 2 orang pasien risiko perilaku kekerasan di RSJ dengan penerapan relaksasi napas dalam selama 4 hari. Hasil penelitian menunjukkan terapi relaksasi napas dalam terbukti efektif untuk menurunkan tanda dan gejala pada pasien Risiko perilaku kekerasan yang dimana terjadi penurunan pada subyek I (Tn. S) menurun menjadi 3 (21,4%) dan pada subyek II (Tn. B) menurun menjadi 1

(7,1%) tanda gejala RPK dari 14 aspek yang dinilai (Pertiwi et al., 2023). Selain terapi nafas dalam terdapat terapi yang yang dapat menjadi alternatif, seperti spiritual berwudhu dan berzikir.

Pada *eviden baced* kedua peneliti melakukan Terapi spiritual berwudhu. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Wardhani et al (2020) pada 2 orang pasien yang beragama islam dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan. Setelah dilakukan evaluasi menunjukkan hasil bahwa setelah diberikan tindakan terapi spiritual wudhu selama 6 hari, klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dan pasien menjadi lebih tenang (Wardhani et al., 2020). Hal ini sejalan dengan manfaat berwudhu yang disampaikan oleh Nabi Muhammad SAW dalam haditsnya, yaitu "sesungguhnya amarah itu dari setan dan setan terbuat dari api. Api akan padam dengan air. Apabila salah seorang dari kalian marah, hendaknya berwudhu" (HR. Abu Daud). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Prayogi & Rahmawati (2023) yang mengatakan bahwa pemberian terapi berwudhu yang dilakukan sebanyak 1 kali sehari selama 3 hari menunjukkan sebelum diajarkan mengenai terapi wudhu pasien terlihat agresif namun setelah diajarkan terapi wudhu pasien menjadi lebih nyaman dan relax (Prayogi & Rahmawati, 2023).

Pada *eviden baced* ketiga peneliti melakukan terapi sprituwal berzikir Hal ini didukung oleh penelitian Fitri et al (2024) pada 2 orang subjek dengan pasien risiko perilaku kekerasan selama 3 hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan relaksasi otot progresif dan terapi wudhu terjadi penurunan pada tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan (Fitri et al., 2024; Purnamasari & Fitriani, 2019).

Sementara itu, peneliti tidak memilih terapi murottal dan pengenalan Asmaul Husna memiliki alasan sebagai berikut, karena memerlukan penerimaan religius yang lebih mendalam, waktu pelaksanaan yang relatif lebih panjang, dan efek relaksasi yang cenderung kumulatif dan tidak langsung. Terapi murottal lebih bersifat pasif (mendengarkan) dan kurang bersifat partisipatif dibanding teknik napas dalam yang dapat segera melibatkan pasien secara aktif dalam pengendalian emosinya. Penghayatan Asmaul Husna juga menuntut kapasitas kognitif dan spiritual yang stabil,

sehingga tidak semua pasien dengan kondisi psikologis labil dapat langsung merespons secara efektif.

Oleh karena itu, pemilihan terapi napas dalam, berdzikir dan wudhu dalam penelitian ini didasarkan atas pertimbangan efektivitas intervensi jangka pendek, kemudahan pelaksanaan dalam kondisi rumah sakit jiwa, dan kesesuaian terhadap kapasitas adaptif pasien, dengan tetap mempertimbangkan integrasi terapi spiritual lainnya sebagai bagian dari intervensi lanjutan atau suportif.

D. Implementasi Keperawatan

Pada interaksi pertama peneliti melakukan bina hubungan saling percaya yang bertujuan untuk saling mengenal dan saling percaya anatara peneliti dan subyek. Peneliti mengenalkan dirinya dengan menyebutkan nama saat diajak berjabat tangan subyek berjabat tangan. Peneliti menanyakan nama panggilan kesukaan subyek dan asalnya.

Pada hari pertama tahap awal intervensi, perawat membina hubungan saling percaya dengan pendekatan yang hangat dan memperkenalkan diri secara profesional. Pasien kemudian diajak berdiskusi mengenai risiko perilaku kekerasan, untuk meningkatkan pemahaman pasien terhadap topik tersebut. Selama sesi, pasien difasilitasi untuk mengungkapkan perasaan, mengenali penyebab emosinya, serta gejala fisik atau perilaku yang muncul saat marah, seperti tegang, mondar-mandir, dan mengepalkan tangan. Dampak dari perilaku agresif juga diidentifikasi bersama pasien. Tn. H menyampaikan bahwa dirinya masih sering kesal, terutama ketika mengingat kegagalan tes polisi dan komentar tetangga mengenai status pekerjaannya. Ia belum sepenuhnya memahami konsep risiko perilaku kekerasan, namun sudah mampu mengenali penyebab dan tanda-tandanya.

Sebagai langkah pengendalian, pasien dilatih teknik relaksasi melalui latihan pernapasan dalam sebagai metode fisik pertama. Setelah itu, perawat menyarankan agar teknik ini dimasukkan ke dalam rutinitas harian. Latihan kemudian dilanjutkan dengan teknik fisik kedua, yaitu memukul bantal atau kasur sebagai bentuk penyaluran emosi secara aman.

Perawat mengarahkan pasien untuk mempraktikkan dan menjadwalkan

latihan ini secara rutin. Terakhir, pasien diajak untuk memahami pentingnya kepatuhan minum obat sebagai teknik ketiga pengendalian diri, termasuk mengenali jenis, dosis, dan waktu minum obat. Semua kegiatan ini disarankan agar dijadikan bagian dari jadwal harian pasien guna menjaga kestabilan emosi dan mencegah kekambuhan.

Pada tahap lanjutan dihari kedua perawat membantu pasien memantapkan cara ketiga dalam mengontrol risiko perilaku kekerasan, yaitu dengan minum obat secara teratur atau SP 2. Pasien diminta menyebutkan jenis, jumlah, jadwal, dan efek dari obat yang dikonsumsi. Pasien kemudian diarahkan untuk memasukkan kebiasaan minum obat ini ke dalam rutinitas hariannya. Di akhir sesi, perawat menyampaikan ucapan perpisahan serta memberikan dorongan agar pasien tetap menerapkan seluruh strategi yang telah diajarkan. Setelah SP 2 teratasi, maka perencaan berikutnya adalah SP 3 yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik.

Selanjutnya pada SP 3, pasien dilatih keterampilan komunikasi positif sebagai metode pengendalian emosi. Pasien diajarkan cara meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan baik, tanpa nada tinggi, marah, atau menggunakan kata-kata kasar. Perawat membimbing pasien mempraktikkan teknik ini dan menganjurkan untuk menerapkannya dalam aktivitas harian.

Dari hasil pengkajian, pasien mengaku telah menggunakan teknik tarik napas, memukul bantal, dan komunikasi verbal yang baik saat merasa marah. Pasien juga mengonsumsi obat sesuai jadwal, menunjukkan pemahaman yang baik terkait jenis, dosis, dan waktu minum obat, serta tidak menunjukkan penolakan terhadap pengobatan. Secara objektif, pasien tampak sedikit tegang, namun kontak mata baik dan tatapan tajam mulai berkurang. Nada suara masih agak keras dan berulang, namun pasien mampu mempraktikkan semua teknik pengendalian dengan baik. Strategi Pelaksanaan 2 dan 3 telah berhasil dicapai, dan perawatan dilanjutkan ke tahap SP 4.

Pada tahap ini, perawat memperkenalkan tiga teknik fisik tambahan sebagai bagian dari upaya mengontrol risiko perilaku kekerasan. Teknik

pertama adalah nafas dalam dimana pasien diajarkan nafas dalam saat muncul perasaan ingin marah. Sementara itu terapi dzikir, yaitu membiasakan diri berdzikir ketika muncul perasaan kesal atau jengkel. Teknik ketiga adalah terapi wudhu diajarkan untuk melakukan wudhu saat mulai merasa marah, dan sebagai bentuk pengendalian diri berbasis spiritual. Perawat juga menjadwalkan waktu evaluasi untuk memastikan keterampilan ini dipahami dan diterapkan.

Berdasarkan hasil pengkajian, pasien menyatakan telah menerapkan semua teknik fisik seperti pernapasan dalam, memukul bantal, komunikasi verbal yang sehat, minum obat rutin, berdzikir, berwudhu. Secara objektif, pasien tampak lebih tenang dan rileks, tidak menunjukkan tatapan tajam, serta memiliki nada bicara yang lebih stabil dan tidak berulang. Kontak mata baik dan respons terhadap latihan positif. Pasien juga memahami informasi mengenai obat-obatan dan jadwal minumnya. SP 4 dinyatakan berhasil, dan pasien dianjurkan untuk melanjutkan latihan secara mandiri dengan menjadikan seluruh teknik fisik sebagai bagian dari rutinitas harian.

Sementara itu pasien Tn. Y SP 1 sebagai tahap awal intervensi dimulai dengan membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien melalui komunikasi yang ramah dan terbuka. Pasien kemudian diajak untuk mengenali risiko perilaku kekerasan, serta dimotivasi untuk mengungkapkan perasaan dan pengalaman yang menimbulkan emosi negatif, seperti kemarahan dan kekecewaan. Perawat membantu pasien mengidentifikasi pemicu emosional, tanda-tanda fisik saat marah, serta konsekuensi dari perilaku agresif. Selanjutnya, pasien dilatih teknik pengendalian emosi melalui cara fisik 1 (tarik napas dalam) dan cara fisik 2 (memukul bantal/kasur). Selain itu, pasien diberi edukasi mengenai pentingnya minum obat secara rutin, disertai pengetahuan tentang nama, dosis, dan jadwal obat yang dikonsumsi. Setiap teknik yang diajarkan dianjurkan untuk dimasukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien.

Pada SP 2 fokus diberikan pada penguatan kepatuhan minum obat sebagai bagian dari strategi pengendalian perilaku kekerasan. Pasien diminta menyebutkan jenis obat yang dikonsumsi serta waktu dan efeknya. Perawat

menekankan agar pasien menjadikan kebiasaan ini sebagai rutinitas harian, guna mencegah kekambuhan. Di akhir sesi, perawat menyampaikan ucapan terima kasih atas kerja sama pasien serta memberikan dukungan dan harapan untuk kesembuhan.

SP 3 berfokus pada pelatihan keterampilan komunikasi, dengan mengajarkan pasien bagaimana menyampaikan permintaan, penolakan, dan perasaan secara verbal dengan cara yang baik dan tidak agresif. Tujuannya adalah agar pasien mampu mengelola emosinya melalui komunikasi yang sehat dan tidak meledak-ledak. Pasien didorong untuk terus mempraktikkan teknik ini dalam interaksi sehari-hari.

Selanjutnya, pada SP 4, perawat mengajarkan tiga pendekatan spiritual untuk mengontrol emosi, yaitu: terapi dzikir dan terapi wudhu. Kedua metode ini diperkenalkan sebagai cara fisik tambahan untuk menenangkan diri ketika emosi negatif muncul. Pasien dibimbing dalam praktik secara langsung dan dianjurkan mengulangi latihan ini pada waktu yang telah dijadwalkan. Perawat juga mengingatkan agar teknik spiritual ini diintegrasikan dalam kegiatan harian pasien.

Pada evaluasi, pasien menunjukkan kemampuan dalam menerapkan semua teknik pengendalian perilaku kekerasan, baik fisik maupun spiritual. Pasien juga telah memiliki pemahaman yang baik tentang obat, cara komunikasi yang tepat, serta teknik relaksasi. Perawat menutup program dengan memberikan semangat dan harapan agar pasien terus konsisten menerapkan keterampilan yang telah dipelajari selama perawatan, terutama setelah kembali ke lingkungan rumah.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa kedua pasien menjalani keseluruhan rangkaian intervensi dengan baik dan menunjukkan hasil yang positif dalam pengendalian emosi dan penurunan gejala risiko perilaku kekerasan. Kesimpulan yang didapatkan adalah intervensi keperawatan yang diterapkan pada kedua pasien telah terlaksana secara menyeluruh dan sesuai dengan desain SPTK yang disusun sebelumnya, serta memberikan hasil yang efektif dalam menurunkan risiko perilaku kekerasan melalui pendekatan fisik, farmakologis, verbal, dan spiritual secara terintegrasi.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan terhadap pasien Tn. H dan Tn. Y dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan menunjukkan hasil yang sangat positif. Pada hari pertama, perawat membangun hubungan saling percaya melalui pendekatan komunikatif dan profesional. Pasien Tn. H menunjukkan respons yang baik, meskipun masih tampak tegang dan menunjukkan ekspresi marah akibat pengalaman pribadi yang menyakitkan, seperti kegagalan dalam tes kepolisian dan komentar negatif dari tetangga. Hal serupa juga terjadi pada Tn. Y, yang menyampaikan perasaan marah dan sakit hati karena stigma masyarakat serta pengalaman ditinggal oleh istri yang telah meninggal. Kedua pasien belum memahami konsep risiko perilaku kekerasan secara menyeluruh, namun sudah mampu mengidentifikasi pemicu emosional serta tanda dan gejala yang menyertainya.

Pada tahap awal intervensi (SP 1), pasien dilatih mengontrol emosi dengan teknik fisik seperti tarik napas dalam dan memukul bantal sebagai bentuk penyaluran kemarahan yang aman. Pasien juga dikenalkan dengan pentingnya minum obat sebagai bagian dari pengendalian diri. Intervensi berlanjut ke tahap SP 2, di mana pasien diarahkan untuk mengenali jenis, dosis, dan waktu minum obat serta membiasakan diri mengonsumsinya secara teratur. Pasien mampu mengikuti dengan baik dan menunjukkan peningkatan pemahaman serta kepatuhan terhadap pengobatan. Tahap SP 3 berfokus pada pelatihan komunikasi verbal yang sehat. Pasien dilatih untuk mengungkapkan perasaan, menyampaikan permintaan, dan melakukan penolakan dengan cara yang sopan dan tidak agresif. Keduanya mampu mempraktikkan teknik ini dengan bimbingan perawat dan mulai menunjukkan penurunan gejala agitasi serta perbaikan dalam nada bicara dan tatapan mata. Selanjutnya, pada tahap SP 4, perawat memperkenalkan pendekatan spiritual sebagai bagian dari teknik pengendalian emosi, yaitu terapi wudhu, terapi dzikir. Teknik ini diterima dengan baik oleh pasien dan dipraktikkan secara aktif.

Hasil pengkajian objektif menunjukkan bahwa kedua pasien mengalami perbaikan signifikan. Pasien terlihat lebih tenang, rileks, dan tidak lagi menunjukkan tanda-tanda perilaku agresif. Pasien menunjukkan pemahaman

yang baik terhadap strategi pengendalian diri yang telah diajarkan serta mampu memasukkan seluruh teknik tersebut ke dalam rutinitas harian. Dengan demikian, seluruh strategi pelaksanaan (SP 1 hingga SP 4) dinyatakan berhasil, dan pasien direkomendasikan untuk melanjutkan latihan secara mandiri guna mempertahankan kestabilan emosi pasca perawatan.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan secara bertahap melalui Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) terhadap pasien Tn. H dan Tn. Y ditemukan bahwa seluruh rangkaian intervensi memberikan kontribusi positif terhadap penurunan gejala Risiko Perilaku Kekerasan (RPK). Namun, di antara seluruh intervensi, teknik relaksasi napas dalam yang diberikan pada tahap SP 1 terbukti sebagai intervensi yang paling efektif dalam menurunkan gejala akut seperti ketegangan otot, agitasi, dan dorongan untuk bertindak agresif. Peneliti menyimpulkan bahwa efektivitas terapi ini diperkuat oleh bukti penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa relaksasi napas dalam mampu menurunkan manifestasi psikofisiologis dari kemarahan, termasuk respons motorik yang impulsif.

F. Keterbataan Studi Kasus

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, antara lain keterbatasan waktu pelaksanaan intervensi yang harus menyesuaikan dengan jadwal pasien di rumah sakit, serta kondisi psikis pasien yang fluktuatif sehingga memengaruhi konsistensi pelaksanaan teknik. Selain itu, keterbatasan fasilitas dan lingkungan rumah sakit kurang mendukung penerapan beberapa teknik fisik secara optimal. Faktor lain seperti perbedaan latar belakang pasien dan keterbatasan peneliti sebagai mahasiswa praktik juga turut memengaruhi efektivitas intervensi.