

PENERAPAN TERAPI SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIC (SEFT) PADA PASIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Rio Irvanda Yuris^{1*}, Tesha Hestyana Sari², Aulia Akbar³

^{1,2} Universitas Riau

³ RSJ Tampan Provinsi Riau

*Koresponden: Tesha Hestyana Sari. Alamat: Pekanbaru. Email: tesahesty@gmail.com

Received: 12 agust | Revised: 20 aguts | Accepted: 28 agust

Abstrak

Latar Belakang: Risiko perilaku kekerasan merupakan diagnosis keperawatan yang sering ditemukan pada pasien gangguan jiwa, menempati peringkat kedua tertinggi di Ruang Mandau II Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. Intervensi yang selama ini digunakan adalah terapi generalis dan psikofarmaka. Sebagai alternatif, terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) diterapkan selama 4 hari pada tiga pasien terpilih.

Tujuan: Tujuan studi ini yaitu menganalisis penerapan evidence based practice dalam asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan penerapan terapi Spiritual Emotional Freedom Technique.

Metodologi Penelitian: Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan menerapkan evidence based practice berupa terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) yang dilaksanakan pada tanggal 28 Mei – 31 Mei 2025 terhadap 3 orang pasien dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan di Ruang Mandau 2 Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau.

Hasil: Hasil pre-post terapi menunjukkan penurunan skor tanda gejala risiko kekerasan: pasien 1 dari 27 ke 17, pasien 2 dari 18 ke 11, dan pasien 3 dari 25 ke 13.

Kesimpulan: Hasil ini mendukung bahwa SEFT efektif menurunkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, sehingga direkomendasikan untuk diterapkan oleh perawat jiwa pada pasien skizofrenia.

Kata Kunci: Resiko perilaku kekerasa, SEFT, terapi modalitas

1. Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan respons maladaptif terhadap stresor dari dalam maupun luar individu yang menyebabkan perubahan pada pola pikir, persepsi, perilaku, dan emosi. Kondisi ini berdampak pada terganggunya fungsi sosial dan fisik, serta menyulitkan individu dalam berinteraksi dan menjalankan aktivitas sehari-hari secara normal. Menurut data WHO (2022), jutaan orang di dunia mengalami gangguan jiwa, seperti depresi, bipolar,

skizofrenia, dan demensia. Di Indonesia sendiri, Riskesdas (2018) mencatat tingginya angka penderita gangguan jiwa, dengan gangguan skizofrenia sebagai salah satu diagnosis terbanyak di beberapa provinsi seperti Bali dan Aceh. Survei Kesehatan Indonesia (2023) juga menunjukkan bahwa ribuan rumah tangga memiliki anggota dengan gangguan jiwa, termasuk di Provinsi Riau. Salah satu bentuk gangguan jiwa yang paling sering ditemukan di fasilitas pelayanan kesehatan jiwa adalah perilaku kekerasan, yaitu kehilangan

kendali terhadap diri sendiri yang dapat membahayakan diri, orang lain, atau lingkungan sekitar.

Gejala yang sering muncul antara lain marah, gelisah, agresif, hingga tindakan fisik yang destruktif. Data dari Ruang Mandau II RSJ Tampan Provinsi Riau menunjukkan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan diagnosis terbanyak kedua setelah halusinasi, dengan jumlah pasien mencapai 28 orang pada bulan April 2025. Meskipun telah diberikan terapi generalis, psikofarmaka, dan restrain, kejadian perilaku kekerasan masih sering muncul, yang menandakan perlunya pendekatan lain yang lebih efektif. Salah satu intervensi yang potensial adalah *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT), yakni terapi nonfarmakologis yang menggabungkan teknik penyadapan pada titik meridian tubuh, afirmasi positif, dan elemen spiritual. Berbeda dengan terapi lain yang hanya berfokus pada aspek psikologis, SEFT menyentuh aspek spiritual dan energi tubuh untuk mengatasi gangguan emosional. Penelitian menunjukkan bahwa SEFT dapat membantu menurunkan stres, kemarahan, dan kecemasan secara efektif. Terapi ini juga sederhana, noninvasif, dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien, dan sesuai dengan nilai spiritual mayoritas masyarakat Indonesia.

SEFT bekerja melalui stimulasi titik akupunktur yang memicu pelepasan hormon seperti serotonin, endorfin, dan GABA di sistem limbik dan prefrontal cortex, sehingga membantu mengontrol emosi dan stres. Efektivitas SEFT juga telah dibuktikan melalui berbagai penelitian yang menunjukkan hasil positif pada pasien dengan gangguan emosi seperti kecemasan dan kemarahan, termasuk pada pasien skizofrenia. Melihat tingginya prevalensi risiko perilaku kekerasan dan kurang efektifnya pendekatan terapi yang ada, serta bukti ilmiah yang mendukung efektivitas SEFT, penulis merasa perlu melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan SEFT. Oleh karena itu, penulis tertarik menyusun karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan Penerapan Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) terhadap Penurunan Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan di RSJ Tampan Provinsi Riau", yang akan dilaksanakan di Ruang Mandau II RSJ Tampan Provinsi Riau.

2. Tujuan Penelitian

Tujuan studi ini yaitu menganalisis penerapan evidence based practice dalam asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan penerapan terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique*.

3. Metode Penelitian

3.1. Desain Penelitian

Penerapan terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) dilakukan menggunakan metode studi kasus untuk membuktikan efektivitasnya dalam menurunkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan. Intervensi dilakukan terhadap tiga pasien di Ruang Mandau II RSJ Tampan Provinsi Riau yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, dengan pengawasan langsung dari kepala ruangan. Terapi dilaksanakan selama empat hari berturut-turut dari tanggal 28 hingga 31 Mei 2025, dengan durasi 10–15 menit per hari. Awalnya terapi dilakukan setiap pukul 10.00 WIB, namun pada hari ketiga dan keempat dilaksanakan pukul 16.00 WIB atas permintaan pasien karena aktivitas pagi yang padat. Pengukuran tanda dan gejala dilakukan sebelum dan sesudah terapi menggunakan lembar penilaian berdasarkan SLKI, yang mencakup tujuh indikator: verbalisasi ancaman, umpatan, perilaku menyerang, merusak lingkungan, agresif/amuk, suara keras, dan bicara ketus. Setiap indikator dinilai dengan skala 1–5. Data dianalisis untuk melihat perubahan skor gejala sebagai indikator efektivitas terapi.

3.2. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini, antara lain:

1. H1: Ada penurunan tanda gejala resiko perilaku kekerasan dengan terapi SEFT.
2. H0: Tidak ada penurunan tanda gejala resiko perilaku kekerasan dengan terapi SEFT

3.3. Populasi dan Sampel

Penerapan terapi SEFT ini melibatkan 3 orang pasien dengan diagnosis keperawatan resiko perilaku

kekerasan. Pasien dipilih sesuai dengan kriteria yang dapat mengikuti arahan perawat.

3.3. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data menggunakan instrumen yang dibuat sendiri oleh peneliti. Uji validitas dan reliabilitas instrument pengumpulan data menunjukkan nilai *Aplha Cronbach* 0,1 yang mengindikasikan bahwa instrument telah valid dan reliabel untuk digunakan dalam penelitian nyata.

3.4. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 28 Mei – 31 Mei 2025 terhadap 3 orang pasien dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau.

3.5. Analisa Data

Data diolah dengan menggunakan format penilaian *pre-test* dan *post-test* SLKI.

3.6. Pertimbangan Etik

Penerapan terapi berupa studi kasus dan telah disetujui oleh pihak rumah sakit dan didampingi oleh spesialis keperawatan jiwa.

4. Hasil Penelitian

4.1. Analisa Univariat

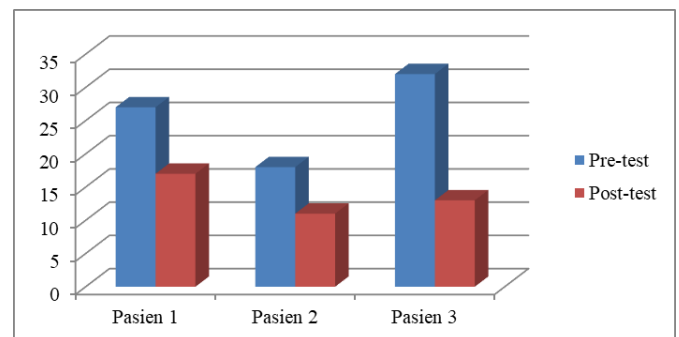
Penerapan intervensi pada ketiga pasien berjalan dengan baik. Selama mengikuti kegiatan terapi, ketiga pasien kooperatif dan mampu mengikuti arahan dari ners muda. Terdapat penurunan tanda gejala resiko perilaku kekerasan pada pasien yang dapat dilihat pada tabel dan diagram berikut:

Tabel 1.0
Hasil Pre-Post Test

No	Indikator	Pasien 1		Pasien 2		Pasien 3	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	Verbalisasi ancaman kepada orang lain	4	3	3	2	3	2
2	Verbalisasi umpatan	4	3	3	2	4	2
3	Perilaku menyerang	3	2	2	1	3	2
4	Perilaku merusak lingkungan	3	1	2	2	4	1
5	Perilaku agresif/amuk	4	2	2	1	4	2
6	Suara keras	4	3	3	2	3	2
7	Bicara ketus	5	3	3	1	4	2
Total		27	17	18	11	18	13

Grafik 1.1

Observasi Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan



Intervensi terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) dilakukan selama empat hari berturut-turut terhadap tiga pasien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan. Setiap sesi terapi berdurasi 10–15 menit dan dilakukan satu kali per hari. Evaluasi efektivitas terapi dilakukan dengan membandingkan skor pre-test dan post-test menggunakan lembar penilaian SLKI yang mencakup tujuh indikator gejala: verbalisasi ancaman, umpatan, perilaku menyerang, merusak lingkungan, agresif/amuk, suara keras, dan bicara ketus. Pasien 1 Pada pasien pertama, total skor *pre-test* adalah 27, yang menunjukkan tingkat gejala yang cukup berat. Indikator tertinggi terdapat pada bicara ketus dengan skor 5, serta verbalisasi ancaman, umpatan, dan perilaku agresif masing-masing dengan skor 4. Setelah dilakukan terapi SEFT selama 4 hari, total skor post-test turun menjadi 17. Penurunan signifikan terjadi pada

indikator perilaku merusak lingkungan dari skor 3 menjadi 1, dan perilaku agresif dari skor 4 menjadi 2. Ini menunjukkan bahwa terapi SEFT memberikan dampak positif dalam menurunkan ekspresi kekerasan baik secara verbal maupun fisik.

Pasien 2 Pasien kedua memiliki total skor pre-test sebesar 18. Skor indikator berada pada tingkat sedang, dengan rata-rata skor 2 hingga 3 di semua aspek. Setelah terapi, total skor menurun menjadi 11. Penurunan paling menonjol terdapat pada indikator bicara ketus dan perilaku menyerang yang masing-masing turun dari skor 3 dan 2 menjadi skor 1. Ini menunjukkan bahwa meskipun pasien awalnya menunjukkan gejala yang relatif lebih ringan dibanding pasien pertama, terapi SEFT tetap efektif menurunkan gejala secara signifikan. Pasien 3 Pasien ketiga memiliki total skor pre-test sebesar 25. Skor tertinggi terdapat pada umpatan, merusak lingkungan, dan perilaku agresif dengan skor 4. Setelah intervensi, total skor post-test menurun menjadi 13. Penurunan signifikan terjadi pada indikator perilaku merusak lingkungan dari skor 4 menjadi 1, dan umpatan dari skor 4 menjadi 2. Hasil ini menunjukkan perbaikan yang cukup berarti pada ekspresi kekerasan secara fisik dan verbal.

5. Hasil Penelitian

Pasien 1 (Tn. A, laki-laki berusia 29 tahun), datang ke IGD RSJ Tampan diantar oleh keluarganya karena menunjukkan perilaku agresif, yaitu memukul orang tuanya tiga hari sebelumnya. Berdasarkan hasil pengkajian, ditemukan adanya faktor predisposisi dan presipitasi yang saling berkontribusi terhadap kekambuhan kondisi kejiwaannya saat ini. Dari sisi faktor predisposisi, Tn. A memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya dan pernah dirawat inap di RSJ Tampan pada tahun 2019, kemudian menjalani rawat jalan di RSUD Duri. Berdasarkan teori, diketahui bahwa salah satu faktor predisposisi terjadinya gangguan jiwa adalah faktor biologis, yaitu adanya riwayat gangguan jiwa dalam keluarga atau pernah menderita gangguan jiwa sebelumnya.

Pasien 1 (Tn.A) juga berasal dari keluarga dengan

status sosial ekonomi menengah ke bawah, yang berdampak pada tekanan finansial berkepanjangan dalam rumah tangganya. Selain itu, pasien adalah lulusan SMA dan menyatakan merasa malu serta tidak percaya diri untuk melamar pekerjaan karena latar belakang pendidikannya yang rendah. Ketidakmampuan ini menyebabkan pasien menjadi bergantung secara finansial pada keluarga, khususnya kepada saudara kandungnya. Ia sering meminta uang namun kerap dimarahi, yang memperparah perasaan tidak berharga dan memperkuat konflik interpersonal dalam lingkungan sosial terdekatnya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wulandari & Febriana (2023), mengungkapkan bahwa status ekonomi rendah merupakan faktor risiko kejadian skizofrenia dengan nilai $p = 0,025$. Sebanyak 101 responden (74,3%) memiliki status ekonomi rendah, lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki status ekonomi tinggi yaitu sebanyak 35 orang (25,7%). Proporsi pasien skizofrenia dengan status ekonomi rendah tercatat sebesar 67 orang (66,3%), sedangkan pada kelompok ekonomi tinggi sebanyak 15 orang (42,9%). Sampel dengan status ekonomi rendah memiliki risiko 2,627 kali lebih besar untuk mengalami skizofrenia dibandingkan dengan sampel yang memiliki status ekonomi tinggi.

Adapun faktor presipitasi yang memicu kekambuhan gejala pada pasien terjadi dalam tiga hari terakhir sebelum masuk rumah sakit. Pemicu utamanya adalah ketika pasien meminta sepeda motor kepada orang tuanya, namun permintaan tersebut ditolak. Penolakan ini menyebabkan pasien merasa marah, gelisah, dan frustrasi, hingga akhirnya memicu perilaku agresif berupa mengamuk dan memukul orang tua. Situasi ini diperburuk dengan kurangnya dukungan emosional dan tidak adanya strategi koping adaptif yang dimiliki pasien, sehingga ia cenderung melampiaskan emosi melalui perilaku kekerasan. Kombinasi antara kerentanan psikososial jangka panjang (faktor predisposisi) dan tekanan akut baru-baru ini (faktor presipitasi) memicu kekambuhan perilaku kekerasan pada pasien. Hal ini menandakan perlunya intervensi keperawatan jiwa yang holistik, mencakup manajemen emosi, peningkatan harga diri, dan pemulihan fungsi sosial pasien. Selanjutnya, artikel dari Brady et al., (2022), berjudul

"*Adaptive Coping Reduces the Impact of Community Violence Exposure on Violent Behavior*" mengungkapkan bahwa koping adaptif seperti kemampuan mengelola konflik dan menenangkan diri—memiliki peran protektif terhadap perilaku kekerasan. Sayangnya, pasien Tn. A justru menunjukkan respons destruktif seperti mengamuk dan memukul karena tidak memiliki keterampilan regulasi emosi dan tidak diajarkan strategi koping sejak awal.

Berdasarkan hasil pengkajian pasien 2 (Tn. R adalah seorang pria berusia 51 tahun) dengan riwayat gangguan jiwa yang sebelumnya pernah dirawat inap di RSJ Tampan dua tahun yang lalu. Saat ini, pasien datang ke IGD dalam kondisi emosional yang tidak stabil, menunjukkan perilaku marah-marah, berteriak, berkata kasar, dan tertawa sendiri. Keadaan ini muncul setelah tiga hari sebelumnya pasien mengalami kehilangan ibu tercinta, yang secara emosional sangat berdampak padanya.

Dari segi faktor predisposisi, Tn. R memiliki beberapa kerentanan psikososial yang telah berlangsung dalam jangka waktu lama. Ia merupakan ODGJ yang mengalami stigma sosial yang berulang, terutama dalam lingkungan kerja, di mana ia sering kali ditolak dan dipandang rendah meskipun memiliki kemampuan bekerja sebagai kuli bangunan. Pengalaman-pengalaman penolakan ini secara kumulatif menurunkan rasa percaya diri dan harga diri pasien. Berdasarkan penelitian oleh Danukusumah et al., (2022) menyatakan bahwa stigma masyarakat masih tinggi ($mean=129$; $SD=14$). Skor tertinggi pada aspek ideologi komunitas kesehatan mental ($mean=35,48$; $SD=4$), diikuti dengan aspek kebajikan ($mean=34,70$; $SD=4$), aspek otoritarianisme ($mean=31,12$; $SD=3$) dan yang terendah yaitu aspek pembatasan sosial ($mean=27,86$; $SD=2$). Artinya masyarakat beranggapan bahwa orang dengan gangguan jiwa harus mendapatkan perawatan yang memadai dan perlu pelayanan kesehatan jiwa akan tetapi bukan di lingkungan mereka.

Pasien juga merasa tidak mampu memberikan kontribusi yang berarti bagi keluarganya, terutama kepada ibunya, yang kini telah meninggal. Rasa bersalah dan perasaan tidak berguna semakin memperburuk kondisi psikologisnya. Selain itu, latar belakang ekonomi keluarga

yang menengah ke bawah, serta tidak adanya dukungan emosional yang cukup dari lingkungan terdekat, memperkuat kerentanan pasien terhadap kekambuhan.

Sementara itu, faktor presipitasi yang memicu kekambuhan gejala pada pasien adalah peristiwa meninggalnya sang ibu, yang terjadi beberapa hari sebelum pasien mulai menunjukkan gejala gangguan perilaku. Kehilangan ini menimbulkan reaksi emosional mendalam berupa kesedihan, perasaan bersalah, dan kemarahan terhadap diri sendiri. Ketidakmampuan pasien dalam mengelola duka ini menyebabkan munculnya ledakan emosi, termasuk perilaku agresif, berbicara kasar, serta gangguan tidur. Hal ini diperparah dengan tidak adanya mekanisme koping adaptif yang memadai untuk mengatasi stres emosional yang muncul. Menurut Tu et al., (2024), individu yang di diagnosis dengan gangguan duka berkepanjangan (PGD) menunjukkan gangguan yang signifikan dalam aktivitas sehari-hari, terbebani oleh rasa sakit emosional yang intens, fokus tanpa henti pada kenangan orang yang telah meninggal, dan sensasi kekosongan yang semakin dalam.

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien 3 (Tn. D adalah seorang remaja berusia 19 tahun) yang menunjukkan gangguan perilaku dan emosional setelah mengalami putus cinta dengan pacarnya. Meskipun pemicu langsung dari perilaku kekerasan dan keinginan bunuh diri adalah kehilangan orang yang disayanginya (pasangan), kondisi ini sebenarnya dipengaruhi oleh faktor predisposisi yang cukup kuat. Pasien memiliki riwayat depresi, rendahnya harga diri, serta pola perilaku maladaptif dalam menghadapi tekanan, seperti penggunaan narkoba dan alkohol untuk menenangkan diri. Selain itu, pasien juga menunjukkan bahwa ia tidak memiliki strategi koping yang baik dan kurang merasakan manfaat dari aspek spiritual seperti ibadah, sehingga memperkuat perasaan putus asa. Berdasarkan penelitian oleh Graça & Brandão (2024) menyatakan bahwa negative spiritual koping dapat memperparah gejala gangguan jiwa seperti depresi, kecemasan, serta meningkatkan ketidakstabilan emosi. Pasien yang mengalami konflik spiritual atau merasa putus asa dalam hubungannya dengan Tuhan cenderung lebih

rentan mengalami perasaan putus asa, rendah diri, dan bahkan muncul keinginan untuk mengakhiri hidup. Ini terjadi karena keyakinan spiritual yang seharusnya menjadi sumber kekuatan justru menjadi beban psikologis, terutama saat harapan tidak terpenuhi. Dalam kasus ini, dukungan spiritual yang lebih sehat dan pendekatan keagamaan yang konstruktif perlu diperkuat, bersamaan dengan intervensi psikologis seperti terapi kognitif dan pelatihan koping adaptif. Dengan demikian, spiritualitas pasien dapat kembali menjadi sumber kekuatan, bukan pemicu tambahan terhadap penderitaan emosionalnya.

Dari sisi presipitasi, peristiwa kehilangan emosional yang mendalam karena diputuskan oleh pacarnya memicu perubahan perilaku yang tajam dalam diri pasien. Ia menunjukkan gejala isolasi sosial, keinginan bunuh diri, agresi verbal kepada keluarga, dan perilaku menyakiti diri. Bahkan, upaya bunuh diri sempat dilakukan saat dalam perjalanan menuju rumah sakit jiwa. Hal ini menggambarkan tekanan emosional akut yang tidak mampu diatasi secara mandiri oleh pasien (Gozan & Menaldi, 2020).

Hasil pengkajian pada ketiga pasien diperoleh data bahwa ketiga pasien mendapatkan terapi farmakologis sebagai berikut Lodomer 2mg (2x1) oral, Trihexylphenidil 2mg (1x1) oral. Lodomer merupakan obat yang digunakan untuk membantu meredakan rasa cemas, ketegangan, dan mencegah kejang. Obat ini juga membantu mengontrol emosi yang tidak stabil, terutama pada pasien dengan gangguan mental. Lodomer bekerja dengan meningkatkan efek zat kimia alami di otak yang bernama GABA (Rasouli et al., 2021). GABA bertugas menenangkan sistem saraf. Saat kadar GABA meningkat, otak menjadi lebih tenang dan tidak mudah terpicu oleh emosi negatif seperti marah atau gelisah. Sedangkan Trihexyphenidyl sering diberikan pada pasien dengan gangguan otak seperti parkinson atau efek samping dari obat antipsikotik. Namun, obat ini juga terbukti membantu meredakan gejala gangguan stres seperti mimpi buruk atau pikiran berulang yang tidak menyenangkan (flashback), terutama pada pasien dengan trauma atau PTSD (Sogo et al., 2021) Obat ini bekerja dengan menghambat zat kimia asetilkolin di otak. Asetilkolin adalah zat yang bisa membuat pikiran jadi terlalu aktif atau tidak stabil. Saat

asetilkolin ditekan, pikiran jadi lebih tenang dan tidak terlalu aktif, sehingga emosi lebih stabil.

Hasil pengkajian pada ketiga pasien sesuai dengan teori resiko perilaku kekerasan merupakan suatu kondisi hilangnya kontrol diri seseorang yang berfokus pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitar (Susilawati & Panzilion, 2022). Risiko perilaku kekerasan merupakan sesuatu yang dapat membahayakan secara fisik, emosional, dan seksual bagi diri sendiri maupun orang lain. Berdasarkan hasil pengkajian dapat ditegakkan diagnosa keperawatan sesuai SDKI (2016) dimana didapatkan diagnosa keperawatan utama pada ketiga pasien adalah resiko perilaku kekerasan.

Setelah menegakkan diagnosa keperawatan, maka dilanjutkan dengan menyusun intervensi keperawatan. Intervensi yang diberikan kepada ketiga klien yaitu terapi generalis resiko perilaku kekerasan. Menurut Keliat (2013) yaitu melatih pasien mengontrol emosi dengan napas dan mengontrol emosi dengan cara fisik pukul bantal dan kasur, melatih cara verbal/sosial (komunikasi asertif untuk mengontrol marah) dan dilanjutkan dengan melatih pasien melakukan cara spiritual dan minum obat.

Pelaksanaan terapi generalis pada ketiga pasien telah sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang berlaku bagi pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Dalam melatih pasien dengan cara spiritual, pasien juga diajarkan berupa terapi modalitas lainnya, yaitu *spiritual emotional freedom technic* (SEFT) guna membantu menurunkan tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan. *Spiritual Emotional Freedom Technic* (SEFT) merupakan intervensi yang sederhana dan berbiaya rendah, tidak memerlukan kualifikasi khusus dari terapis, serta tidak menambah beban keuangan bagi pasien rawat inap (Wahyuni et al., 2022). *Spiritual Emotional Freedom Technic* (SEFT) diberikan secara bersamaan kepada ketiga pasien selama 4 hari pertemuan dengan durasi 5-15 menit/pertemuan yang dimulai pada pukul 10.00 WIB/ setelah pasien memakan snack siangnya untuk 2 hari pertama dan pada pukul 16.00 WIB pada 2 hari selanjutnya. Penulis melakukan pre-test pada tanggal 26 Mei 2025 menggunakan lembar observasi resiko perilaku kekerasan

oleh SLKI sebelum dilakukan *Spiritual Emotional Freedom Technic* (SEFT) dan post-test di tanggal 31 Mei 2025 setelah selesai pemberian intervensi menggunakan alat ukur yang sama. Ketiga pasien mampu mengikuti sesi terapi dengan baik sesuai arahan,

Hasil penerapan intervensi *Spiritual Emotional Freedom Technic* (SEFT) pada ketiga pasien yang dilakukan selama 4 hari berturut-turut dengan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, ditemukan adanya penurunan skor total yang signifikan pada masing-masing pasien, baik secara kuantitatif maupun kualitatif terhadap masing-masing indikator penilaian. Pada pasien 1 ditemukan total skor menurun dari 27 menjadi 17, pasien 2 total skor menurun dari 18 menjadi 11, pada pasien 3 total skor menurun dari 25 menjadi 13. Penurunan total skor tersebut terjadi pada berbagai indikator, termasuk verbalisasi ancaman, umpatan, perilaku menyerang, merusak lingkungan, amuk, suara keras, dan bicara ketus. Semua pasien menunjukkan penurunan intensitas tanda dari level "meningkat" atau "cukup meningkat" menjadi "sedang", "cukup menurun", atau "menurun". Berdasarkan hasil pengukuran skor, ditemukan bahwa pasien 2 mengalami penurunan skor yang lebih rendah dibandingkan pasien 1 dan pasien 3. Peneliti berasumsi bahwa, hal ini disebabkan oleh adanya penurunan kekuatan daya ingat (kognitif) oleh faktor usia pada pasien 2 dalam mengingat setiap langkah dari prosedur terapi yang telah diajarkan.

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Sahara et al, (2024) yang menunjukkan nilai p sebesar 0,000 ($<0,05$) yang menunjukkan bahwa SEFT berpengaruh terhadap tanda dan gejala pasien yang berisiko melakukan perilaku kekerasan. Dengan begitu dapat disimpulkan bahwa SEFT sangat bermanfaat untuk mengurangi tanda dan gejala pasien yang berisiko melakukan perilaku kekerasan. bahwa terapi *Spiritual Emotional Freedom Technic* (SEFT) sebagai intervensi terbukti mampu mengurangi intensitas perilaku verbal maupun fisik yang berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

6. Kesimpulan

Gangguan jiwa yang dialami ketiga pasien dipicu oleh adanya tekanan sosial, mekanisme koping yang tidak efektif, depresi kehilangan pasangan dan keadaan pemenuhan kebutuhan yang belum terpenuhi secara tuntas. Keadaan ini ini memperparah ketidakmampuan pasien dalam mengelola adanya stressor secara adaptif, sehingga klien cenderung untuk melampiaskan emosionalnya melalui perilaku destruktif dan agresif kepada diri sendiri dan orang lain. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien yaitu melatih terapi generalis, dan pemberian terapi modalitas berupa *Spiritual Emotional Freedom Technic* (SEFT). *Spiritual Emotional Freedom Technic* (SEFT) berperan sebagai terapi yang dapat merileksasi dan mengalihkan perhatian pasien dari tindakan resiko perilaku kekerasan. Tujuan dari penerapan asuhan keperawatan ini tercapai, ditandai dengan penurunan disetiap indikator resiko perilaku kekerasan pada pasien 1 ditemukan total skor menurun dari 27 menjadi 17, pasien 2 total skor menurun dari 18 menjadi 11, pada pasien 3 total skor menurun dari 25 menjadi 13.

7. Referensi

- Brady, S. S., Gorman-Smith, D., Henry, D. B., & Tolan, P. H. (2022). Adaptive coping reduces the impact of community violence exposure on violent behavior among African American and Latino male adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(1), 105–115. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9164-x>
- Danukusumah, F., Suryani, S., & Shalahuddin, I. (2022). Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 11(03), 205–212. <https://doi.org/10.33221/jikm.v11i03.1403>
- DPW PPNI DKI Jakarta. (2022). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Jakarta: Dewan Pengurus Wilayah PPNI DKI Jakarta.
- DPW PPNI DKI Jakarta. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Jakarta: Dewan Pengurus Wilayah PPNI DKI Jakarta.

DPW PPNI DKI Jakarta. (2022). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Jakarta: Dewan Pengurus Wilayah PPNI DKI Jakarta.

Gozan, M. M., & Menaldi, A. (2020). Mending a broken heart: a single case study on cognitive behavioural therapy for depression after romantic relationship break-up. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e55. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000537>

Graça, L., & Brandão, T. (2024). Religious/Spiritual Coping, Emotion Regulation, Psychological Well-Being, and Life Satisfaction among University Students. *Journal of Psychology and Theology*, 52(3), 342–358. <https://doi.org/10.1177/00916471231223920>

Keliat, B.A., & Pasaribu, J. (2013). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart (Edisi Indonesia ke-2). Elsevier: Singapore

PPNI. (2022). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta: PPNI

Rasouli, F., Kazemi, A., & Mahmoodi, M. (2021). Effectiveness of Clonazepam in Acute Management of Agitation and Aggression. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(3), 165–172. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i3.6782>

Sahara, D., Herliana, I., & Rizal, A. (2024). Effectiveness of Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Therapy in Reducing Symptoms and Signs of Patients with Violent Behavior Risk. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 10, 109–122.

<https://doi.org/10.17509/jpki.v10i2>

Sogo, K., Sogo, M., & Okawa, Y. (2021). Centrally acting anticholinergic drug trihexyphenidyl is highly effective in reducing nightmares associated with post-traumatic stress disorder. *Brain and Behavior*, 11*(6), e02147. <https://doi.org/10.1002/brb3.2147>

Susilawati, & Panzilion. (2022). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Kemampuan Mengontrol Emosi Pada Klien Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Bengkulu. *Jurnal Keperawatan Mandira Cendikia*, 1(1), 211–220.

Tu, J. H., Lu, Y., Yue, Z. C., Ling, K. N., Xing, Y. R., Chen, D. D., Zhu, Z. R., & Chen, T. X. (2024). Suicidal incidence and gender-based discrepancies in prolonged grief disorder: insights from a meta-analysis and systematic review. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 15). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1427486>

Wahyuni, D., Effendi, Z., & Mukarima, Y. (2022). Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Reduce Sleep Disorder. In *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences* (Vol. 18, Issue SUPP3).

Wulandari, A., & Febriana, A. I. (2023). Kejadian Skizofrenia pada Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. *HIGEIA Journal of Public Health Research and Development*, 7(4). <https://doi.org/10.15294/higeia.v7i4.69619>