

Penerapan Intervensi Penyaluran Emosi untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan pada Anak Usia Sekolah dengan Disabilitas Intelektual: Studi Kasus Klinik

Mohammad Agung Thoha¹, Imas Rafiyah², Hendrawati³
^{1,2,3}Universitas Padjadjaran

Email: mohammad21011@mail.unpad.ac.id

Abstrak

Keterbatasan fungsi kognitif dan komunikasi pada anak dengan disabilitas intelektual meningkatkan risiko terjadinya perilaku kekerasan yang maladaptif. Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan penerapan intervensi penyaluran emosi melalui teknik memukul bantal untuk membantu mengontrol perilaku kekerasan pada anak usia sekolah dengan disabilitas intelektual. Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif pada seorang anak perempuan berusia 12 tahun dengan disabilitas intelektual dan perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa. Intervensi penyaluran emosi (teknik memukul bantal) diberikan selama lima hari perawatan. Evaluasi kemampuan mengontrol perilaku kekerasan diukur setiap hari menggunakan instrumen Respons Umum Fungsi Adaptif (RUFA) melalui observasi langsung. Sebelum intervensi, pasien berada pada kategori RUFA Intensif I (skor 1-10) dengan manifestasi gelisah, mondar-mandir, berteriak, serta melakukan tindakan memukul dan mencakar. Setelah diberikan intervensi terstruktur selama lima hari, frekuensi perilaku kekerasan fisik dan verbal mengalami penurunan secara bertahap, dan pasien mulai mampu menggunakan cara adaptif saat marah. Pada akhir evaluasi, tingkat adaptif pasien meningkat ke kategori RUFA Intensif II (skor 11-20). Penerapan intervensi penyaluran emosi melalui teknik memukul bantal efektif dalam menurunkan intensitas dan mengontrol perilaku kekerasan pada anak dengan disabilitas intelektual. Keberhasilan intervensi ini didukung oleh pengulangan latihan yang konsisten serta penyesuaian komunikasi terapeutik yang sesuai dengan tingkat kognitif anak berupa instruksi sederhana yaitu memukul bantal.

Kata Kunci: Disabilitas Intelektual, Memukul Bantal, Penyaluran Emosi, Perilaku Kekerasan, RUFA

Abstract

Limitations in cognitive and communication functions in children with intellectual disabilities increase the risk of maladaptive violent behavior. This case study aims to describe the application of emotional channeling interventions through the pillow-punching technique to help control violent behavior in school-aged children with intellectual disabilities. This descriptive case study was conducted on a 12-year-old girl with an intellectual disability and violent behavior in a psychiatric hospital. The emotional channeling intervention (pillow-punching technique) was provided over five days of care. The evaluation of the ability to control violent behavior was measured daily using the General Response of Adaptive Functioning (RUFA) instrument through direct observation. Prior to the intervention, the patient was in the RUFA Intensive I category (score 1-10), manifesting restlessness, pacing, shouting, hitting, and scratching. Following five days of structured intervention, the frequency of physical and verbal violent behavior gradually decreased, and the patient began to utilize adaptive methods when angry. At the final evaluation, the patient's adaptive response improved to the RUFA Intensive II category (score 11-20). The application of emotional channeling interventions using the pillow-punching technique is effective in reducing the intensity of and controlling violent behavior in children with intellectual disabilities. The success of this intervention was supported by consistent repetitive exercises and the adjustment of therapeutic communication tailored to the child's cognitive level through simple instructions, specifically hitting a pillow.

Keywords: Emotional Channeling, Intellectual Disability, Pillow Punching, RUFA, Violent Behavior

1. PENDAHULUAN

Disabilitas intelektual merupakan gangguan perkembangan yang ditandai dengan keterbatasan fungsi intelektual dan fungsi adaptif yang memengaruhi kemampuan individu dalam memahami informasi, berkomunikasi, berinteraksi sosial, serta menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri [1]. Kondisi ini diperkirakan dialami oleh sekitar 1–3% populasi dunia dan sebagian besar telah teridentifikasi sejak masa anak-anak maupun remaja [2], [3]. Istilah disabilitas intelektual saat ini menggantikan istilah retardasi mental karena lebih menghormati martabat individu dan menekankan bahwa diagnosis didasarkan tidak hanya pada fungsi intelektual, tetapi juga fungsi adaptif dalam kehidupan sehari-hari [1].

Keterbatasan fungsi adaptif dan kemampuan komunikasi yang dimiliki individu dengan disabilitas intelektual sering kali menyebabkan kesulitan dalam mengenali, memahami, serta mengungkapkan emosi secara tepat. Ketika kebutuhan atau keinginannya tidak terpenuhi, individu dapat menunjukkan respons berupa frustrasi, kemarahan, maupun perilaku kekerasan sebagai bentuk ekspresi emosional yang kurang adaptif. Griffith *et al.* [4], menjelaskan bahwa individu dengan disabilitas intelektual memiliki risiko lebih tinggi mengalami perilaku bermasalah akibat hambatan komunikasi, keterbatasan fungsi adaptif, serta rendahnya kemampuan regulasi emosi. Kondisi tersebut menyebabkan individu dengan disabilitas intelektual lebih rentan menunjukkan perilaku kekerasan dibandingkan populasi umum.

Secara konseptual, perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif terhadap kemarahan yang dapat muncul dalam bentuk kekerasan verbal maupun fisik sehingga berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar [5]. Individu yang mengalami kesulitan mengendalikan emosi dapat menunjukkan perilaku seperti berteriak, mengancam, memukul, mencakar, atau merusak barang sebagai bentuk pelampiasan kemarahan yang tidak tersalurkan secara tepat. Oleh karena itu, diperlukan intervensi yang dapat membantu individu mengekspresikan emosi secara lebih aman dan adaptif [6].

Kebutuhan akan intervensi ini menjadi sangat krusial mengingat keterbatasan fungsi kognitif dan kemampuan komunikasi yang dimiliki individu dengan disabilitas intelektual sering kali menyebabkan kesulitan mendalam dalam mengenali, memahami, serta mengungkapkan emosi secara tepat. Ketika kebutuhan atau keinginannya tidak terpenuhi, individu dapat menunjukkan respons berupa frustrasi, kemarahan, maupun perilaku kekerasan sebagai bentuk ekspresi emosional yang kurang adaptif. Griffith *et al.* [4], menjelaskan bahwa perilaku kekerasan dan *challenging behavior* pada individu dengan disabilitas intelektual sering berkaitan erat dengan hambatan komunikasi, keterbatasan fungsi adaptif, serta rendahnya kemampuan regulasi emosi. Kondisi-kondisi inilah yang menyebabkan mereka menjadi jauh lebih rentan menunjukkan perilaku kekerasan dibandingkan populasi umum.

Kerentanan yang tinggi ini menimbulkan tantangan perkembangan yang lebih kompleks, terutama pada anak usia sekolah. Pada tahap ini, anak seharusnya mengalami peningkatan kemampuan regulasi emosi, kontrol impuls, interaksi sosial, dan perilaku adaptif [7]. Namun, pada anak dengan disabilitas intelektual, keterbatasan fungsi kognitif dan adaptif dapat menghambat pencapaian tugas perkembangan tersebut sehingga meningkatkan risiko munculnya perilaku maladaptif, termasuk perilaku kekerasan saat menghadapi frustrasi atau kesulitan mengungkapkan kebutuhan. Rendahnya kemampuan regulasi emosi diketahui berkaitan dengan meningkatnya perilaku kekerasan [8]. Oleh karena itu, intervensi yang membantu anak menyalurkan emosi secara aman dan adaptif penting diberikan untuk mendukung perkembangan perilaku yang lebih konstruktif.

Salah satu pendekatan yang dapat digunakan untuk membantu mengendalikan perilaku kekerasan adalah intervensi penyaluran emosi. Teknik memukul bantal merupakan bentuk penyaluran emosi yang menyediakan media aman bagi individu untuk mengekspresikan kemarahan tanpa menimbulkan risiko cedera pada diri sendiri maupun orang lain [9]. Intervensi ini dinilai sesuai diterapkan pada anak dengan disabilitas intelektual karena menggunakan

aktivitas yang sederhana, konkret, dan mudah dipahami sesuai dengan kemampuan kognitif yang dimiliki [10]. Aktivitas fisik terstruktur dapat menjadi sarana penyaluran emosi yang konstruktif, sekaligus membantu meningkatkan regulasi emosi dan kontrol diri. Kondisi tersebut berkontribusi terhadap berkurangnya kecenderungan perilaku kekerasan pada individu yang mengalami kesulitan dalam pengelolaan emosi [11], [12].

Intervensi pada anak dengan disabilitas intelektual juga memerlukan penyesuaian komunikasi terapeutik sesuai kemampuan kognitif dan fungsi adaptif yang dimiliki. Penggunaan kalimat sederhana, instruksi yang singkat dan berulang, serta demonstrasi langsung diketahui dapat membantu meningkatkan pemahaman, kepatuhan, dan keberhasilan pembelajaran perilaku adaptif pada anak dengan disabilitas intelektual. Oleh karena itu, keberhasilan intervensi tidak hanya ditentukan oleh jenis terapi yang diberikan, tetapi juga oleh kemampuan perawat dalam membangun komunikasi yang sesuai dengan karakteristik perkembangan anak.

Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan penerapan intervensi penyaluran emosi melalui teknik memukul bantal pada anak usia sekolah dengan disabilitas intelektual yang mengalami perilaku kekerasan serta mengevaluasi perubahan kemampuan pasien dalam mengendalikan perilaku tersebut selama proses perawatan.

2. METODE PENELITIAN

Studi kasus deskriptif ini dilakukan pada seorang anak perempuan berusia 12 tahun dengan disabilitas intelektual dan perilaku kekerasan melalui penerapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi berdasarkan data hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan status mental, dan telaah rekam medis selama perawatan di rumah sakit jiwa.

Intervensi keperawatan yang diberikan berupa penyaluran emosi melalui teknik memukul bantal diberikan selama lima hari perawatan dengan pendampingan dan *reinforcement* positif. Evaluasi kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dilakukan setiap hari (hari pertama sampai kelima). Instrumen evaluasi menggunakan Respons Umum Fungsi Adaptif (RUFA) melalui observasi langsung untuk menilai perubahan respons perilaku pasien dari maladaptif menuju adaptif, yang selanjutnya dianalisis secara deskriptif. RUFA dipilih karena dapat mengukur perkembangan respons perilaku pasien melalui observasi langsung, sehingga sesuai untuk melihat gambaran apakah ada atau tidak perubahan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan.

Kategori RUFA terbagi menjadi 3 yaitu Intensif I (1-10), II (11-20), III (21-30). Terdapat lima aspek yang dikaji diantaranya respons kognitif (pikiran), respons afektif (perasaan), respons perilaku (memukul, mencakar, merusak barang), respons sosial/komunikasi (adaptif/maladaptif), dan respons fisiologis (gelisah, mondar-mandir).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Deskripsi Kasus

An. A, perempuan usia 12 tahun dengan disabilitas intelektual, dirawat di rumah sakit jiwa karena perilaku kekerasan berupa memukul, mencakar, berteriak, merusak barang, dan menyerang anggota keluarga saat keinginannya tidak terpenuhi. Data kasus diperoleh melalui pengkajian langsung terhadap pasien, wawancara dengan keluarga, serta telaah rekam medis. Pada saat pengkajian awal, pasien perempuan berusia 12 tahun tampak gelisah, mondar-mandir, mudah terdistraksi, dan sering mengganggu pasien lain di sekitarnya. Pasien beberapa kali terlihat hampir mencakar dan menarik rambut pasien lain serta berbicara dengan nada tinggi ketika keinginannya tidak segera terpenuhi. Pemeriksaan fisik menunjukkan frekuensi nadi 117 kali/menit dan frekuensi napas 26 kali/menit. Dari aspek perawatan diri, pasien tampak kurang

mampu memenuhi kebutuhan secara mandiri, masih menggunakan *Pampers*, dan memerlukan bantuan dalam beberapa aktivitas sehari-hari.

Pemeriksaan status mental menunjukkan pasien kurang kooperatif, kontak mata kurang adekuat, serta aktivitas psikomotor yang meningkat. Konsentrasi pasien mudah teralihkan sehingga sulit mempertahankan perhatian selama proses wawancara. Pasien juga mengalami hambatan komunikasi dan fungsi kognitif yang ditandai dengan kesulitan memahami instruksi sederhana, gangguan perhatian, penurunan memori jangka pendek, serta kemampuan pengambilan keputusan yang terbatas. Kondisi tersebut menyebabkan pasien mengalami kesulitan dalam memahami situasi, mengungkapkan kebutuhan secara tepat, dan mengendalikan respons emosinya.

Berdasarkan wawancara dengan keluarga, diketahui bahwa gangguan perkembangan telah muncul sejak usia sekitar 4 tahun. Keluarga mengungkapkan bahwa sejak kecil pasien mengalami kesulitan berkonsentrasi, hiperaktivitas, mudah marah, serta memiliki hambatan dalam komunikasi dan interaksi sosial. Seiring bertambahnya usia, pasien semakin sering menunjukkan perilaku kekerasan baik secara verbal maupun fisik, terutama ketika mengalami frustrasi atau saat keinginannya tidak terpenuhi. Keluarga juga melaporkan bahwa pasien pernah mencakar ibu kandung karena tidak diberikan uang sesuai keinginannya.

Berdasarkan data hasil telaah rekam medis, pasien didiagnosis mengalami disabilitas intelektual yang ditandai dengan hambatan fungsi kognitif, komunikasi, interaksi sosial, serta ketergantungan dalam beberapa aktivitas sehari-hari. Namun demikian, tingkat keparahan disabilitas intelektual tidak dapat ditentukan secara pasti karena tidak tersedia hasil pemeriksaan inteligensi maupun asesmen fungsi adaptif yang terdokumentasi secara lengkap. Sehingga berdasarkan *American Psychiatric Association* tahun 2023 untuk penentuan tingkat disabilitas intelektual sebaiknya didasarkan pada penilaian fungsi adaptif pada domain konseptual, sosial, dan praktis, serta tidak hanya mengandalkan kemampuan intelektual semata.

Selain itu, dari data rekam medis diketahui bahwa pasien memiliki riwayat perawatan berulang di rumah sakit jiwa pada tahun 2020, 2022, 2024, dan beberapa kali pada tahun 2025 akibat perilaku kekerasan yang sulit dikendalikan. Riwayat kekambuhan yang berulang tersebut menunjukkan bahwa masalah pengendalian emosi dan perilaku kekerasan telah berlangsung cukup lama dan memberikan dampak terhadap fungsi adaptif pasien sehari-hari.

Pada penelitian ini diagnosis medis adalah disabilitas intelektual dan masalah keperawatan utama yang ditegakkan adalah perilaku kekerasan. Pasien mendapatkan intervensi keperawatan berupa penyaluran emosi melalui teknik memukul bantal diberikan selama lima hari perawatan dan evaluasi kemampuan mengontrol perilaku kekerasan menggunakan instrumen RUFA.3.2. Hasil

b. Hasil Penelitian

Berikut adalah tabel yang menjelaskan karakteristik pasien yang sudah disesuaikan dengan data yang ada pada rekam medis pasien, wawancara keluarga, dan melakukan observasi secara langsung di ruangan selama dinas berlangsung.

Tabel 1. Karakteristik Pasien

Komponen	Data
Nama	An. A.
Usia	12 Tahun.
Jenis Kelamin	Perempuan.
Diagnosis Medis	Disabilitas Intelektual.
Diagnosis Keperawatan	Perilaku Kekerasan.

Komponen	Data
Keluhan Utama	Memukul (Pasien lain, Perawat), Mencakar (Pasien lain, Perawat), berteriak, merusak barang (Gelas) saat keinginan tidak terpenuhi.
Riwayat Gangguan	Sejak usia $\pm$ 4 tahun mengalami hambatan perkembangan, hiperaktif, mudah marah, dan kesulitan memahami instruksi.
Riwayat Rawat Inap	Tahun 2020, 2022, 2024, dan beberapa kali tahun 2025.

Berdasarkan Tabel 1, pasien An. A merupakan anak perempuan usia 12 tahun dengan diagnosis medis disabilitas intelektual dan diagnosis keperawatan perilaku kekerasan. Pasien menunjukkan perilaku kekerasan berupa memukul, mencakar, berteriak, dan merusak barang ketika keinginannya tidak terpenuhi. Riwayat hambatan perkembangan sejak usia $\pm$ 4 tahun disertai hiperaktivitas, mudah marah, serta kesulitan memahami instruksi menunjukkan adanya gangguan fungsi intelektual dan regulasi emosi yang telah berlangsung lama. Riwayat rawat inap yang berulang pada tahun 2020, 2022, 2024, dan beberapa kali pada tahun 2025 mengindikasikan bahwa masalah perilaku yang dialami pasien bersifat kronis dan masih memerlukan penanganan yang berkelanjutan.

Tabel 2. Temuan Klinis Awal berdasarkan Kategori RUFA

Aspek	Temuan Klinis
Pikiran	Mudah marah ketika keinginan tidak terpenuhi.
Perasaan	Kesal, marah, frustrasi.
Perilaku	Memukul (Pasien lain, Perawat), mencakar (Pasien lain, Perawat), melempar barang (Gelas), dan berteriak.
Komunikasi	Kurang kooperatif, sulit memahami instruksi sederhana seperti memukul bantal.
Fungsi Adaptif	Maladaptif.
Kategori RUFA	Intensif 1 (1-10).

Berdasarkan Tabel 2, pasien menunjukkan respons marah dan frustrasi ketika keinginannya tidak terpenuhi yang diekspresikan melalui perilaku kekerasan berupa memukul, mencakar, melempar barang, dan berteriak. Pasien juga tampak kurang kooperatif serta mengalami kesulitan memahami instruksi sederhana sehingga fungsi adaptif masih maladaptif. berdasarkan penilaian RUFA, kondisi pasien termasuk kategori Intensif I (1–10), yang menunjukkan bahwa pasien memerlukan penanganan dan pemantauan intensif untuk mengendalikan perilaku kekerasan serta meningkatkan kemampuan adaptifnya.

Tabel 3. Baseline Frekuensi Perilaku Kekerasan

Perilaku	Frekuensi
Berteriak	8 kali
Memukul orang (Pasien lain, Perawat)	4 kali
Mencakar orang (Pasien lain, Perawat)	2 kali
Melempar barang (Gelas)	2 kali
Menyerang orang (Pasien lain, Perawat)	1 kali
Menggunakan cara adaptif saat marah	0 kali

**Observasi 7 jam sebelum intervensi*

Berdasarkan Tabel 3, hasil observasi selama 7 jam sebelum intervensi menunjukkan bahwa perilaku kekerasan yang paling sering muncul adalah berteriak sebanyak 8 kali, diikuti memukul orang sebanyak 4 kali, mencakar dan melempar barang masing-masing 2 kali, serta

menyerang orang sebanyak 1 kali. Selain itu, pasien belum menunjukkan penggunaan cara adaptif dalam mengelola kemarahan. Temuan ini mengindikasikan bahwa perilaku kekerasan pasien masih dominan dan kemampuan regulasi emosi serta koping adaptif masih rendah, sehingga diperlukan intervensi untuk membantu pasien mengekspresikan kemarahan secara lebih aman dan terkontrol.

Tabel 4. Implementasi dan Evaluasi Penyaluran Emosi dalam Hari Ke-1 s.d. Ke-5

Hari	Pertemuan/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	1 (08.00)	Membangun hubungan saling percaya dengan klien (beri salam, empati, dan perhatian).	Pasien mulai mampu menjalin hubungan saling percaya dengan perawat dan menunjukkan respons kooperatif selama proses interaksi.
	2 (11.00)	Membantu klien mengenali tanda awal sebelum marah meningkat.	Pasien dapat mengenali beberapa situasi yang memicu kemarahan dengan bantuan pertanyaan sederhana, meskipun masih mengalami kesulitan mengungkapkan perasaan secara konsisten dan mudah terdistraksi.
	3 (13.00)	Mendiskusikan situasi yang membuat klien marah.	
2	1 (08.00)	Mendiskusikan aktivitas fisik yang disukai untuk menyalurkan emosi	Pasien menunjukkan minat terhadap aktivitas fisik sebagai cara menyalurkan emosi. Setelah diberikan contoh, pasien mampu mengikuti demonstrasi memukul bantal sebagai media penyaluran emosi dan bersedia melakukan latihan dengan pendampingan penuh. Namun, pasien masih belum mampu mengingat langkah-langkah yang telah diajarkan secara mandiri sehingga memerlukan instruksi berulang.
	2 (11.00)	Mengenalkan bantal sebagai media penyaluran emosi. Demonstrasi memukul bantal ketika marah.	
	3 (13.00)	Dampingi klien selama aktivitas berlangsung.	
3	1 (14.00)	Mengevaluasi kegiatan yang telah diajarkan kemarin yaitu menyalurkan emosi dengan memukul bantal.	Pasien masih memerlukan pengulangan materi dan demonstrasi secara langsung karena mudah lupa terhadap latihan yang telah diberikan sebelumnya. Meskipun demikian, pasien dapat kembali mengikuti instruksi sederhana dan melakukan teknik memukul bantal dengan bantuan perawat. Selama latihan, pasien tampak lebih kooperatif dan mampu mengikuti kegiatan hingga selesai.
	2 (16.00)	Mengulang latihan memukul bantal menggunakan instruksi sederhana dan demonstrasi langsung.	
	3 (18.00)	Dampingi klien selama aktivitas berlangsung.	
4	1 (14.00)	Mengulang latihan memukul bantal	Pasien mulai menunjukkan kemampuan yang lebih baik dalam mengikuti latihan

Hari	Pertemuan/Jam	Implementasi	Evaluasi
5		menggunakan instruksi sederhana dan demonstrasi langsung.	dan bersedia melakukan teknik memukul bantal ketika diarahkan. Pasien masih memerlukan pendampingan dan pengulangan instruksi, namun sudah mampu mempertahankan perhatian selama kegiatan berlangsung. Pemberian <i>reinforcement</i> positif membuat pasien tampak senang dan lebih antusias mengikuti latihan.
	2 (16.00)	Dampingi klien selama aktivitas berlangsung.	
	3 (18.00)	Memberikan <i>reinforcement</i> positif saat melakukan memukul bantal saat marah.	
	1 (08.00)	Mengevaluasi kegiatan yang telah diajarkan.	Pasien mampu mengikuti kembali latihan yang telah diajarkan dengan bantuan minimal dan menunjukkan respons yang lebih adaptif dibandingkan hari-hari sebelumnya. Meskipun pasien masih mudah lupa sehingga memerlukan pengulangan instruksi setiap hari, pasien dapat mengikuti arahan, kooperatif selama latihan, dan mulai mengenali memukul bantal sebagai salah satu cara yang dapat digunakan untuk menyalurkan rasa marah secara lebih aman.
	2 (11.00)	Mengulang latihan memukul bantal menggunakan instruksi sederhana dan demonstrasi langsung.	
	3 (13.00)	Mendampingi klien selama aktivitas berlangsung.	

Berdasarkan implementasi selama lima hari, pasien menunjukkan perkembangan bertahap dalam kemampuan mengenali dan menyalurkan emosi marah secara lebih adaptif. Pada awal intervensi, pasien masih mudah terdistraksi, sulit mengungkapkan perasaan, dan memerlukan bantuan penuh serta instruksi berulang untuk melakukan teknik memukul bantal. Seiring pemberian latihan berulang, pendampingan, dan *reinforcement* positif, pasien menjadi lebih kooperatif, mampu mempertahankan perhatian selama kegiatan, serta dapat mengikuti latihan dengan bantuan minimal. Meskipun masih memerlukan pengulangan instruksi karena mudah lupa, pada akhir intervensi pasien mulai mengenali teknik memukul bantal sebagai cara yang aman untuk menyalurkan kemarahan dan menunjukkan respons yang lebih adaptif dibandingkan kondisi awal.

Tabel 5. Frekuensi Perilaku Kekerasan dalam Hari Ke-1 s.d. Ke-5

Perilaku	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5
Berteriak	8	6	5	3	3
Memukul orang (Pasien lain, Perawat)	4	3	2	2	1
Mencakar orang (Pasien lain, Perawat)	2	3	2	2	0
Melempar barang	2	2	2	1	0
Menyerang orang (Pasien lain, Perawat)	1	3	2	1	1
Menggunakan cara adaptif saat marah	0	1	2	3	3

Berdasarkan Tabel 5, frekuensi perilaku kekerasan pasien menunjukkan kecenderungan menurun selama lima hari intervensi. Perilaku berteriak menurun dari 8 kali pada hari pertama menjadi 3 kali pada hari kelima, perilaku memukul orang menurun dari 4 kali menjadi 1 kali, sedangkan perilaku mencakar dan melempar barang tidak lagi ditemukan pada hari kelima.

Meskipun frekuensi menyerang orang sempat meningkat pada hari kedua, perilaku tersebut secara umum menurun hingga akhir observasi. Sebaliknya, penggunaan cara adaptif saat marah meningkat dari tidak pernah dilakukan pada hari pertama menjadi 3 kali pada hari keempat dan kelima. Temuan ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan berkontribusi terhadap penurunan perilaku kekerasan dan peningkatan kemampuan pasien dalam menyalurkan emosi secara lebih adaptif.

Tabel 6. Temuan Klinis Akhir berdasarkan Kategori RUFA

Aspek	Temuan Klinis
Pikiran	Masih mudah marah tetapi lebih mudah dialihkan dengan cara memukul bantal yang telah diajarkan.
Perasaan	Kemarahan masih muncul namun intensitas menurun.
Perilaku	Frekuensi memukul (Pasien lain, Perawat), mencakar (Pasien lain, Perawat), dan melempar barang (Gelas) berkurang.
Komunikasi	Lebih kooperatif saat diberikan instruksi sederhana seperti mengalihkan marah dengan memukul bantal.
Fungsi Adaptif	Adaptif.
Kategori RUFA	Intensif 2 (11-20).

Berdasarkan Tabel 6, setelah lima hari intervensi pasien masih menunjukkan respons marah, namun intensitasnya menurun dan lebih mudah dialihkan melalui teknik memukul bantal yang telah diajarkan. Frekuensi perilaku kekerasan seperti memukul, mencakar, dan melempar barang berkurang, pasien menjadi lebih kooperatif terhadap instruksi sederhana, serta fungsi adaptif mengalami perbaikan. Perubahan tersebut tercermin dari peningkatan kategori RUFA dari Intensif 1 (1–10) menjadi Intensif 2 (11–20), yang menunjukkan adanya peningkatan kemampuan regulasi emosi dan penurunan tingkat kebutuhan perawatan intensif.

c. Pembahasan

Pada awal pengkajian, pasien menunjukkan berbagai manifestasi perilaku kekerasan berupa berteriak, memukul, mencakar, merusak barang, serta menyerang orang lain ketika keinginannya tidak terpenuhi. Selain itu, pasien tampak gelisah, mudah terdistraksi, kurang kooperatif, dan mengalami hambatan dalam memahami instruksi sederhana. Kondisi tersebut menggambarkan adanya kesulitan dalam mengendalikan impuls dan mengelola emosi secara adaptif. Temuan ini sejalan dengan Griffith *et al.* [4], yang menjelaskan bahwa individu dengan disabilitas intelektual memiliki risiko lebih tinggi mengalami perilaku kekerasan akibat keterbatasan komunikasi, fungsi adaptif, dan kemampuan regulasi emosi. Selain itu, Royston *et al.* [13], menyebutkan bahwa perilaku kekerasan pada individu dengan disabilitas intelektual sering muncul sebagai respons terhadap kebutuhan yang tidak terpenuhi dan kesulitan dalam mengekspresikan perasaan secara tepat.

Selama lima hari pelaksanaan intervensi, pasien menunjukkan perkembangan bertahap dalam kemampuan mengendalikan kemarahan. Pada awalnya pasien hanya mampu mengikuti demonstrasi yang diberikan perawat, namun selanjutnya mulai mengenali bantal sebagai media yang dapat digunakan ketika muncul rasa marah atau kesal. Perubahan tersebut menunjukkan adanya peningkatan kemampuan pasien dalam menghubungkan emosi yang dirasakan dengan strategi koping yang lebih adaptif. Hasil ini sejalan dengan Girgis *et al.* [14], yang menekankan bahwa pembelajaran yang dilakukan secara bertahap dan berulang dapat membantu meningkatkan kemampuan regulasi emosi pada individu dengan disabilitas intelektual. Lye *et al.* [15], juga melaporkan bahwa intervensi nonfarmakologis yang diberikan secara terstruktur mampu meningkatkan keterampilan adaptif sekaligus menurunkan *challenging behavior* pada kelompok tersebut.

Penurunan frekuensi perilaku kekerasan yang terjadi selama periode observasi menunjukkan bahwa teknik memukul bantal dapat menjadi sarana penyaluran emosi yang efektif bagi pasien. Selain menyediakan media yang aman untuk mengekspresikan kemarahan, intervensi ini membantu mengalihkan impuls buruk ke aktivitas yang tidak membahayakan orang lain maupun lingkungan sekitar. Pada kasus ini, keberhasilan intervensi kemungkinan dipengaruhi oleh penggunaan media yang sederhana, latihan yang dilakukan secara konsisten, pemberian instruksi yang mudah dipahami, serta *reinforcement* positif yang diberikan selama proses latihan. Temuan ini didukung oleh Kühl *et al.* [16], yang melaporkan bahwa intervensi psikososial pada individu dengan disabilitas intelektual dapat menurunkan perilaku kekerasan melalui peningkatan kemampuan adaptif dan pengendalian perilaku. Sejalan dengan itu, Skelly *et al.* [17], menemukan bahwa intervensi yang berfokus pada perkembangan emosional berkontribusi terhadap perbaikan kemampuan regulasi emosi dan penurunan perilaku bermasalah.

Perubahan frekuensi perilaku kekerasan juga diikuti dengan peningkatan penggunaan cara yang lebih adaptif dalam mengekspresikan kemarahan. Pasien yang sebelumnya selalu melampiaskan kemarahan melalui agresi fisik mulai menunjukkan kemampuan untuk mengalihkan respons tersebut menggunakan media yang telah diajarkan. Hasil ini sesuai dengan temuan penelitian Lubis *et al.* [18], yang menunjukkan bahwa intervensi perilaku yang dilakukan secara terstruktur dapat meningkatkan regulasi emosi, kemampuan pengendalian diri, serta respons adaptif pada individu dengan disabilitas intelektual. Selain itu, Sahertian dan Iswati [19], menjelaskan bahwa intervensi yang berfokus pada pengelolaan emosi mampu membantu individu mengurangi ledakan emosi dan meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan.

Pada akhir evaluasi, pasien mengalami perubahan kategori RUFA dari Intensif I menjadi Intensif II yang disertai dengan penurunan intensitas kemarahan, berkurangnya frekuensi perilaku kekerasan, meningkatnya kooperativitas, serta perbaikan fungsi adaptif. Hasil tersebut menunjukkan bahwa intervensi penyaluran emosi melalui teknik memukul bantal dapat menjadi salah satu strategi keperawatan yang bermanfaat dalam membantu mengendalikan perilaku kekerasan pada anak dengan disabilitas intelektual. Temuan ini konsisten dengan Bai [20], dan Ridha [21], yang menjelaskan bahwa pendekatan *Positive Behaviour Support* efektif dalam menurunkan perilaku kekerasan serta meningkatkan keterampilan adaptif pada individu dengan disabilitas intelektual. Keberhasilan intervensi juga kemungkinan dipengaruhi oleh konsistensi latihan, penggunaan komunikasi terapeutik yang disesuaikan dengan kemampuan pasien, serta pemberian *reinforcement* positif secara berkelanjutan sebagaimana dijelaskan oleh Mahon *et al.* [22].

Pada kasus ini, keberhasilan intervensi juga dipengaruhi oleh penyesuaian komunikasi terapeutik sesuai kemampuan kognitif pasien. Perawat menggunakan kalimat sederhana, instruksi singkat yang diberikan satu per satu, serta demonstrasi langsung agar lebih mudah dipahami, seperti "kalau marah pukul bantal". Respons komunikasi pasien masih terbatas pada menjawab pertanyaan sederhana dan mengikuti instruksi singkat. Oleh karena itu, pengulangan instruksi dan pendampingan selama latihan menjadi penting untuk membantu pasien mempertahankan perilaku yang lebih adaptif.

Studi kasus ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, penelitian hanya dilakukan pada satu pasien sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasikan pada seluruh anak dengan disabilitas intelektual. Kedua, periode observasi yang relatif singkat, yaitu lima hari perawatan, belum dapat menggambarkan keberlanjutan efektivitas intervensi dalam jangka panjang. Ketiga, evaluasi keberhasilan intervensi dilakukan melalui observasi klinis menggunakan instrumen RUFA sehingga masih memungkinkan adanya subjektivitas penilaian. Selain itu, faktor lain seperti terapi farmakologis, lingkungan perawatan, dan dukungan tenaga kesehatan juga dapat memengaruhi perubahan perilaku pasien selama masa observasi.

4. KESIMPULAN

Kasus ini menunjukkan bahwa intervensi regulasi emosi membantu anak-anak usia sekolah dengan disabilitas intelektual untuk mengendalikan perilaku kekerasan mereka. Selain itu, bukan hanya jenis intervensi yang digunakan, tetapi juga bagaimana komunikasi terapeutik disesuaikan dengan kemampuan kognitif dan komunikatif pasien. Tujuan dari studi kasus ini telah tercapai, sebagaimana dibuktikan dengan berkurangnya intensitas perilaku kekerasan tersebut.

Disarankan agar perawat dan keluarga menerapkan latihan penyaluran emosi secara konsisten dan berkelanjutan dengan menyesuaikan kemampuan kognitif anak sehingga kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dapat dipertahankan setelah pasien kembali ke lingkungan rumah. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan dengan jumlah kasus yang lebih banyak dan periode observasi yang lebih panjang untuk memperoleh gambaran efektivitas intervensi yang lebih komprehensif.

5. DAFTAR PUSTAKA

- [1]. American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders," American Psychiatric Association, 2022. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (accessed Feb. 11, 2026).
- [2]. World Health Organization, "ICD-11 for mortality and morbidity statistics. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.," 2025. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#605267007> (accessed Feb. 11, 2026).
- [3]. D. R. Patel, M. D. Cabral, A. Ho, and J. Merrick, "A clinical primer on intellectual disability," *Transl. Pediatr.*, vol. 9, no. S1, pp. S23–S35, Feb. 2020, doi: 10.21037/tp.2020.02.02.
- [4]. G. M. Griffith, R. P. Hastings, S. Nash, and C. Hill, "Using Matched Groups to Explore Child Behavior Problems and Maternal Well-Being in Children with Down Syndrome and Autism," *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 40, no. 5, pp. 610–619, May 2010, doi: 10.1007/s10803-009-0906-1.
- [5]. G. P. Rahim, T. Sutini, K. Kurniawan, and I. Rafiyah, "Penerapan Asuhan Keperawatan Remaja Dengan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizoafektif: Studi Kasus," *SENTRI J. Ris. Ilm.*, vol. 3, no. 6, pp. 2884–2895, Jun. 2024, doi: 10.55681/sentri.v3i6.2967.
- [6]. R. Rofilla, I. Rafiyah, N. Oktavia Hidayati, and T. Sutini, "Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam Pada Pasien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan," 2024. Accessed: Mar. 17, 2026. [Online]. Available: <https://ejournal.nusantaraglobal.or.id/index.php/sentri/article/view/3215/3148>
- [7]. A. M. Rahmah, M. F. Moeliono, and L. Kendhawati, "Strategi Regulasi Emosi Kognitif pada Pra-Remaja Usia 9-12 Tahun," *J. Psikogenes.*, vol. 9, no. 1, pp. 13–29, Sep. 2021, doi: 10.24854/jps.v9i1.1507.
- [8]. S. Putryani, N. Zulida Situmorang, K. Bashori, and M. Nur Syuhada, "Perilaku Agresif Siswa Dilihat Dari Regulasi Emosi," *J. Psikol. Media Ilm. Psikol.*, vol. 19, no. 2, pp. 28–32, 2021, Accessed: Mar. 17, 2026. [Online]. Available: <https://jpsikologi.esaunggul.ac.id/index.php/JPSI/article/view/138/82>
- [9]. Rini Purwanti, "Penerapan latihan fisik: pukul bantal terhadap kemampuan mengontrol marah pada pasien risiko perilaku kekerasan," *J. Ment. Heal.*, vol. 3, no. 1, pp. 38–44, Apr. 2026, doi: 10.63425/ljmh.v3i1.159.
- [10]. H. Dzaki, A. R. Ghaffari, E. N. S. Febriani, N. N. Albib, and I. Rahmi, "Intervensi untuk Meningkatkan Regulasi Emosi pada Individu dengan Disabilitas Intelektual: Literature Review," *J. Ris. Psikol.*, pp. 93–104, Dec. 2025, doi: 10.29313/jrp.v5i2.7890.

- [11]. A. N. W. Harita, E. F. Adani, and L. N. Azizah, "Eksplorasi Regulasi Emosi Dengan Aktivitas Fisik Mahasiswa," *J. Edukasi Citra Olahraga*, vol. 5, no. 2, pp. 219–234, Jun. 2025, doi: 10.38048/jor.v5i2.5438.
- [12]. Femil Arjun Rinaldi, Guntur Yulisatria, Mela Suharyanti, and Nur Hikmah, "Hubungan Antara Regulasi Emosi, Kontrol Diri, Dan Agresivitas Pada Atlet Muaythai," *J. Ilm. STOK Bina Guna Medan*, vol. 14, no. 2, pp. 279–291, Jul. 2026, doi: 10.55081/jsbg.v14i2.5727.
- [13]. R. Royston *et al.*, "Complex interventions for aggressive challenging behaviour in adults with intellectual disability: a rapid realist review informed by multiple populations." Jan. 19, 2023. doi: 10.1101/2023.01.18.23284725.
- [14]. M. Girgis, J. Paparo, and I. Kneebone, "A qualitative study of the emotion regulation experiences of children and adolescents with intellectual disabilities: 'Because it helps my brain to calm down,'" *J. Intellect. Dev. Disabil.*, vol. 50, no. 4, pp. 386–397, Oct. 2025, doi: 10.3109/13668250.2025.2474197.
- [15]. V. Lye *et al.*, "Behaviours that challenge in children with intellectual disability: systematic review and meta-analysis of pharmacological and non-pharmacological interventions," *BJPsych Open*, vol. 11, no. 6, p. e256, Nov. 2025, doi: 10.1192/bjo.2025.10871.
- [16]. E. Kühl, I. M. Koning, M. Deković, S. Thomaes, and J. M. Liber, "Effectiveness of Psychosocial Interventions for Youth With Mild Intellectual Disabilities or Borderline Intellectual Functioning and Externalising Problems: A Multilevel Meta-Analysis," *J. Intellect. Disabil. Res.*, vol. 69, no. 9, pp. 795–808, Sep. 2025, doi: 10.1111/jir.70014.
- [17]. A. Skelly, J. Wigham, and M. Hudson, "Outcomes of an Intervention Programme for People With Intellectual Disabilities and Behavioural Concerns Based on Emotional Development," *J. Intellect. Disabil. Res.*, vol. 69, no. 10, pp. 1097–1104, Oct. 2025, doi: 10.1111/jir.70008.
- [18]. R. Lubis *et al.*, "Pendekatan Behavioristik untuk Anak Disabilitas Intelektual Sedang," *J. Obs. J. Pendidik. Anak Usia Dini*, vol. 7, no. 2, pp. 1626–1638, Mar. 2023, doi: 10.31004/obsesi.v7i2.4161.
- [19]. L. Sahertian and D. I. Iswati, "Penerapan Terapi Perilaku Emosi Rasional Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Agresif Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan," *J. Kesehat. Tambusai*, vol. 7, no. 1, pp. 2498–2504, Mar. 2026, doi: 10.31004/jkt.v7i1.56291.
- [20]. J. Bai, "An intervention study of *Positive Behavior Support* on classroom problem behaviors of children with moderate intellectual disabilities," *Front. Educ. Res.*, vol. 6, no. 17, 2023, doi: 10.25236/FER.2023.061701.
- [21]. A. A. Ridha, "Metode *Positive Behavior Support* untuk Mengelola Emosi dan Perilaku pada Anak dengan Oppositional Defiant Disorder," *Insa. J. Psikol. dan Kesehat. Ment.*, vol. 5, no. 2, p. 150, Nov. 2020, doi: 10.20473/jpkm.V5I22020.150-161.
- [22]. D. Mahon, E. Walsh, J. Holloway, and H. Lydon, "A systematic review of training methods to increase staff's knowledge and implementation of positive behaviour support in residential and day settings for individuals with intellectual and developmental disabilities," *J. Intellect. Disabil.*, vol. 26, no. 3, pp. 732–757, Sep. 2022, doi: 10.1177/17446295211022124.