Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia
Volume 13 No 3, Agustus 2025, e-ISSN 2655-8106, p-ISSN2338-2090
FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang bekerjasama dengan PPNI Jawa Tengah

PENERAPAN TERAPI DZIKIR PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Raden Firasya Nur Raudhah*, Iceu Amira, Hendrawati
Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran, Jl. Raya Bandung-Sumedang Km 21, Jatinangor, Kabupaten Sumedang, Jawa Barat 45363, Indonesia
*raden20014@mail.unpad.ac.id

ABSTRAK

Risiko perilaku kekerasan (RPK) adalah perilaku yang menunjukan bahwa seseorang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan baik secara fisik, emosional, maupun verbal. RPK dapat terjadi akibat dari gangguan psikotik yang dapat menyebabkan kurangnya kemampuan regulasi emosi yang menimbulkan perilaku agresif. Apabila tidak ditangani dengan tepat, perilaku agresif dapat menyebabkan dampak negatif sehingga diperlukan intervensi keperawatan salah satunya dengan terapi dzikir. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan terapi dzikir pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Metode yang digunakan yaitu deskriptif dalam bentuk *case report* dengan penerapan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan data diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta data sekunder dari rekam medis. Intervensi yang dilakukan berupa penerapan terapi dzikir dengan mengucap astagfirullahaladzim, subhanallah, alhamdulillah, dan allahu akbar secara bertahap yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Hasil yang didapat setelah dilakukan penerapan terapi dzikir selama 3 hari, yaitu adanya perubahan kondisi serta tanda gejala pada pasien, seperti perasaan pasien menjadi lebih tenang, ada kontak mata, serta gejala seperti gelisah, perasaan bingung, dan kesal berkurang. Kesimpulan dari penelitian ini adalah penerapan terapi dzikir dapat membantu mengontrol risiko perilaku kekerasan pada pasien.

Kata kunci: gangguan jiwa, risiko perilaku kekerasan, terapi dzikir

APPLICATION OF DHIKR THERAPY IN PATIENTS WITH RISK OF VIOLENT BEHAVIOR

ABSTRACT

Risk of violent behavior (RPK) refers to actions that indicate a person may harm themselves, others, or the environment either physically, emotionally, or verbally. RPK can occur as a result of psychotic disorders which may impair emotional regulation and lead to aggressive behavior. If not handled properly, aggressive behavior can cause negative impacts so that nursing interventions are needed, one of which is dhikr therapy. This study aims to examine the application of dhikr therapy in patients at risk of violent behavior. The method used is descriptive, presented in the form of a case report, with nursing care applied from assessment to evaluation. Data were collected through interviews, observation, physical examination, and secondary sources such as medical records. The intervention involved the gradual application of dhikr therapy, adapted to the patient's condition, by reciting astagfirullahaladzim, subhanallah, alhamdulillah, and allahu akbar. After three days of dhikr therapy, the patient showed changes in condition and symptoms, including a calmer demeanor, the ability to make eye contact, and reduced signs of anxiety, confusion, and emotional distress. In conclusion, the application of dhikr therapy can help reduce the risk of violent behavior in patients by promoting emotional stability and calmness.

Keywords: dhikr therapy, mental disorder, risk of violent behavior

PENDAHULUAN

Risiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang menunjukan bahwa seseorang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan baik secara fisik, emosional, maupun verbal (Stuart, 2023). Perilaku ini merupakan salah satu bentuk respon emosi yang timbul akibat perasaan yang tidak menyenangkan seperti kekecewaan, keinginan yang tidak tercapai, perasaan tidak puas, kecemasan yang berlebih dan dirasa sebagai ancaman sehingga ditunjukkan melalui tindakan mengancam, melukai diri sendiri atau orang lain, serta merusak lingkungan sekitar. Secara global, diperkirakan terdapat sekitar 24 juta kasus perilaku kekerasan, dengan lebih dari setengahnya tidak memperoleh penanganan yang memadai. Tinjauan yang dilakukan di berbagai rumah sakit di dunia menunjukkan bahwa prevalensi perilaku kekerasan pada pasien bervariasi antar negara (Thalib & Abdullah, 2022). Berdasarkan data Nasional Indonesia tahun 2017, prevalensi pasien dengan perilaku kekerasan tercatat sebesar 0,8% per 10.000 penduduk, yang diperkirakan setara dengan sekitar 2 juta orang (Pardede et al., 2020).

Risiko perilaku kekerasan umumnya ditandai oleh ekspresi verbal maupun nonverbal, seperti ancaman, kata-kata kasar, keinginan untuk menyakiti, ekspresi wajah yang tegang dan memerah, tatapan tajam, mata melotot, rahang mengeras, tangan mengepal, nada bicara tinggi, berteriak, mondar-mandir, serta tindakan agresif seperti melempar atau memukul benda maupun orang lain (Amimi et al., 2020). Orang dengan risiko perilaku kekerasan juga menunjukkan penurunan kemampuan dalam menyelesaikan masalah serta mengalami gangguan orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang sekitarnya (Fathurozaq et al., 2024). Oleh sebab itu, diperlukan penanganan yang tepat untuk membantu pasien dalam menurunkan risiko perilaku kekerasan melalui pengembangan pola pikir yang logis dan rasional sehingga pasien mampu mengekspresikan diri dengan baik.

Terapi dzikir adalah salah satu intervensi yang dapat diterapkan pada pasien dengan RPK. Kata dzikir berasal dari bahasa Arab *dzakar* yang berarti mengingat, dan juga dimaknai sebagai menjaga sesuatu dalam ingatan. Dzikir kepada Allah berarti menjaga kesadaran diri untuk senantiasa mengingat Allah SWT dalam setiap keadaan. Terapi psikoreligius dengan berdzikir melalui istighfar dan melaksanakan shalat dapat diterapkan pada pasien dengan gangguan jiwa ringan maupun berat. Pemenuhan kebutuhan spiritual ini membantu menciptakan ketenangan dan kedamaian batin yang dapat berdampak positif bagi pasien dengan risiko perilaku kekerasan (Triyani et al., 2019).

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa berdzikir dapat merubah sikap dan perilaku seseorang dengan keseimbangan emosional yang kurang menjadi lebih baik dan dapat mengatasi tekanan serta tindakan emosional yang berlebih (Febriani & Kamaluddin, 2022). Penelitian lain yang sejalan juga menunjukkan bahwa terjadi perubahan emosi yang lebih stabil yang ditunjukkan dengan rasa marah yang berkurang, lebih tenang, dan rileks serta ada kontak mata setelah dilakukan terapi dzikir (A'yuni et al., 2024). Terapi dzikir dianggap efektif dalam mengurangi risiko perilaku kekerasan pada pasien dengan gangguan jiwa karena dapat membantu dalam pengendalian emosi dan perilaku agresif. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan Sasongko dan Hidayati (2020) yang membandingkan terapi dzikir, terapi musik, dan *rational emotive cognitive behavior therapy* (RECBT) bahwa terapi dzikir menunjukkan penurunan ambang marah secara signifikan yang menandakan efektivitas yang tinggi dalam mengendalikan emosi.

Sesuai data yang didapatkan, pasien pernah melakukan terapi dzikir meskipun pemaknaannya salah. Pasien mengatakan pernah berdzikir, tetapi dzikir yang diyakini dari asmaul husna, yakni *al-aziz* (Yang Maha Perkasa) dan *al-jabbar* (Yang Memiliki Mutlak Kekuatan) yang dimaknai oleh pasien sebagai bentuk kekuasaan sehingga membuat dirinya merasa sombong dan tinggi hati. Meskipun kedua nama ini menggambarkan kekuasaan Allah, keduanya juga mencerminkan sifat-sifat-Nya yang penuh kasih sayang, keadilan, dan kebijaksanaan (Elshinawy, 2025). Dilansir dari Religion of Islam (2025) bahwa kekuasaan-Nya selalu dijalankan dengan adil dan untuk kebaikan ciptaan-Nya, tidak pernah untuk penindasan atau kejahatan. Saat ini pasien mengatakan memiliki keinginan untuk memperbaiki diri secara spiritual. Maka dari itu, peneliti melakukan terapi dzikir yang bertujuan untuk mengetahui penerapan terapi dzikir pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dalam bentuk *case report* dengan penerapan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, serta evaluasi. Penelitian ini menggambarkan Tn. F, seorang pasien dengan resiko perilaku kekerasan yang masuk ke RSJ karena alasan mengamuk disertai dengan riwayat mengonsumsi NAPZA. Data dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta data sekunder dari rekam medis di ruang perawatan di RSJ X. Data yang didapatkan lalu divalidasi melalui verifikasi data pada perawat ruangan. Penelitian ini dilakukan selama 7 hari sejak 29 Oktober hingga 5 November 2024. Intervensi dilakukan melalui metode diskusi dan demonstrasi berupa penerapan terapi dzikir selama 3 hari dengan durasi setiap pertemuan 10-30 menit atau disesuaikan dengan kondisi pasien.

HASIL

Pasien laki-laki berusia 22 tahun dibawa ke IGD RSJ X karena mengamuk, marah-marah dengan berbicara kasar dan berteriak-teriak ke ibunya secara verbal yang dipicu oleh masalah ekonomi. Menurut data rekam medis, satu hari sebelum masuk rumah sakit, ayahnya mengatakan bahwa pasien tampak gelisah, mengamuk, marah-marah, memukul ibunya tanpa sebab, mengancam dengan kata-kata kasar, mondar-mandir, serta makan 1 baut paku namun sudah keluar dimuntahkan melalui mulutnya, dan bicara sendiri. Selain itu, ada bisikan yang menyuruh pasien untuk menuntut ilmu ke hal-hal mistis dan pasien merasa ada sosok hitam yang mengikutinya. Pasien juga memiliki riwayat mengonsumsi NAPZA dan alkohol serta memiliki riwayat pengalaman yang kurang menyenangkan saat kecil yakni dipukul dan dijewer oleh ayahnya ketika pasien melakukan kesalahan.

Pasien didiagnosa medik psikotik dan mendapatkan terapi Risperidone 2 mg tablet sebanyak 2 kali sehari. Hasil pengkajian terhadap pasien menunjukkan adanya masalah keperawatan berupa risiko perilaku kekerasan. Hal ini didukung oleh data subjektif dan objektif pada pasien saat dikaji. Data objektif yang ditunjukkan pasien diantaranya tampak gelisah, mondar-mandir, bingung, mengelus dada ketika mengungkapkan perasaannya yang kurang menyenangkan, dan kontak mata kurang. Data subjektif yang dikatakan pasien diantaranya pasien tidak berpikir jernih saat melakukan perilaku kekerasan, merasa curiga, terlalu emosi dan tidak bisa mengontrolnya, suka memendam,

memukul tembok jika sudah tidak bisa memendam dan mengontrol perasaannya, sering marah, lebih menyendiri, mengonsumsi obat-obat yang membuat tenang ketika merasa gelisah ataupun ketika perasaannya sedang kacau, serta mengatakan bingung dan perasaannya tidak enak saat dikaji.

Berdasarkan hasil pengkajian dari data yang didapatkan bahwa pasien mengatakan dirinya maupun keluarganya tidak ada yang memiliki gangguan jiwa sebelumnya. Hanya saja, pasien merupakan orang yang sering memendam dan tidak mengungkapkan perasaannya kepada orang lain. Pasien juga mengatakan bahwa sebelumnya merupakan sosok yang paling egois dan tidak mau mendengarkan omongan orang lain. Komunikasi dalam keluarga juga dikatakan kurang baik. Pasien mengatakan dirinya kurang didengar ketika mengutarakan pendapat. Pola asuh dalam keluarga juga dikatakan cukup keras dan beberapa kali main fisik. Pasien mengatakan dirinya pernah mengalami hal yang kurang menyenangkan berupa penganiyaan fisik. Pasien menjadi korban dipukul menggunakan tangan ataupun sapu ketika melakukan kesalahan oleh ayahnya saat usianya sekitar sepuluh tahunan. Pada usia tigabelas tahun atau saat pasien SMP, ayahnya sudah tidak memukul tetapi pasien dijewer ketika berbuat salah. Saat pasien SMA, yakni sekitar tujuhbelas tahunan pasien sudah dilepas dan dibebaskan, tetapi pasien malah jadi sering melawan dan melakukan kenakalan remaja.

Pasien juga mengatakan dirinya pertama kali mengonsumsi alkohol serta NAPZA saat SMP yaitu obat hexamer, sinte, tramadol, alprazolam, dan haloperidol. Saat itu pasien mengatakan hanya iseng coba-coba karena melihat lingkungannya banyak yang minum alkohol dan konsumsi NAPZA termasuk kakak, ayah, teman, maupun tetangannya. Setelah mencoba, pasien merasa perasaannya menjadi lebih tenang ketika merasa gelisah. Pasien sebenarnya sudah dilarang oleh kakaknya, tetapi pasien merasa terlanjur dan tidak bisa berhenti meski dilarang. Pasien merasa lingkungannya sudah *toxic* dan tidak mendukung untuk menjadi pribadi yang lebih baik. Pasien dianggap tidak menyenangkan untuk diajak bergaul apabila tidak mengikuti ajakan lingkungannya untuk melakukan hal tersebut. Pasien bahkan pernah konsumsi trihenyphenidil dan haloperidol yang diberikan oleh kakak kandungnya secara inisiatif karena melihat pasien gelisah. Pasien mengatakan pernah mencoba berhenti dua kali, tetapi setiap pasien berhenti rasanya tidak karuan dan pasien menjadi lebih emosi sehingga pasien memakainya lagi. Pasien juga sering mengonsumsi alkohol, terlebih ketika perasaanya sedang bimbang dan tidak karuan. Terakhir kali konsumsi tramadol sebanyak 2 tablet sekitar 2 minggu sebelum masuk rumah sakit.

Pasien melakukan perilaku kekerasan juga dipicu oleh masalah ekonomi. Pasien tidak memiliki penghasilan tetap karena tidak memiliki pekerjaan yang jelas. Pasien sehari-hari bekerja membenarkan motor milik orang lain di halaman rumahnya dan terkadang membantu pekerjaan milik orang tuanya yang bergerak di bidang jasa pelayanan air. Pasien sering meminta uang untuk modal ia bekerja membenarkan motor, tetapi kali ini orang tuanya tidak memberikannya dikarenakan sedang tidak ada uang. Pasien tidak percaya dan marah-marah kepada ibunya karena tidak mau memberikan uang. Pasien justru mencurigai ibunya bahwa uangnya diberikan kepada orang lain. Terkadang juga saat ada omongan buruk tentangnya, pasien mudah terpancing emosi. Apabila perasaannya tidak terkontrol maka pasien akan memukul tembok.

Secara spiritual, pasien beragama islam tetapi mengatakan jarang beribadah dan melakukan sholat. Pasien mengatakan jarang sholat karena ketika sholat pernah diledek oleh orang tuanya dengan kalimat "*tong sholeh-sholeh teuing*, mau kemana". Pasien juga mengatakan kalau sedang bekerja

di tempat kerja bapaknya tidak memungkinkan karena lingkungannya tidak mendukung untuk sholat, tetapi pasien mengatakan sholat ketika di rumah. Pasien juga mengatakan bahwa sebelumnya dirinya mengaji dengan cara yang kurang benar. Pasien juga sempat mempelajari ilmu hitam setelah lulus SMK dan dikatakan saat ini sudah tidak mempelajarinya. Disamping itu, pasien juga mengatakan pernah berdzikir, tetapi mempelajari, mempercayai, dan meyakini ilmu terkait kekuasaan, yaitu *al-aziz* dan *al-jabbar* yang membuat dirinya merasa sombong. Saat ini pasien mengatakan ingin menjadi pribadi yang lebih baik, tidak mudah emosi dan marah-marah. Pasien juga ingin lebih mandiri dan tidak meminta uang lagi kepada orang tuanya.

Selama proses interaksi berlangsung, terkadang pasien kooperatif terkadang tidak. Pembicaraan pasien inkoheren, yakni pembicaraan pasien terkadang kurang jelas, topik pembicaraan berubah tiba-tiba, dan pasien berbicara lambat sehingga kurang dapat dimengerti. Beberapa kali terjadi *blocking*, pasien tiba-tiba berhenti bicara dan melanjutkan atau mengulangi pembicaraan sebelumnya. Pasien sulit fokus selama melakukan pembicaraan, terkadang fokus pasien kurang dari 10 menit dan cenderung tidak mau melanjutkan pembicaraan terlebih ketika diminta untuk menceritakan kembali keadaan saat pasien marah maupun diminta mengungkapkan perasaannya. Pasien juga tampak gelisah, bingung, agitasi ditandai dengan pasien sering mondar-mandir, serta kontak mata kurang. Afek pasien labil yaitu emosi yang cepat berubah-ubah, terkadang normal, bingung, gelisah, atau lesu. Pasien juga sering mengatakan bingung ketika ditanya, sesekali juga terlihat sedih, marah, serta merasa bersalah dan lebih emosi ketika menceritakan perasaan dan pengalaman masa lalunya. Selain itu, pasien mengatakan sering curiga kepada orang lain, takut karena berpikiran tidak ada lagi orang yang ia punya atau tidak ada lagi orang yang mau dekat dirinya. Pasien juga pernah berpikiran jika ia dzikir setelahnya akan turun hujan.

Saat pertama kali pasien dikaji, pasien tampak bingung, gelisah, mondar-mandir, dan kontak mata kurang. Sesekali saat berkomunikasi, pasien kurang kooperatif karena terlihat menghindar dan tidak mau melanjutkan pembicaraan terutama ketika ditanya alasan pasien marah. Pasien juga sesekali terlihat kesal yang ditunjukkan dengan mengelus-elus dada ketika mengungkapkan perasaannya ataupun menceritakan masa lalunya yang kurang menyenangkan. Selain itu, pasien juga dikaji terkait kegiatan ibadah yang biasa dilakukan. Setelah terkaji dan terbina *trust*, pasien diberikan terapi spiritual berupa dzikir selama 3 hari yang dilakukan ketika waktu luang seperti setelah makan siang selama 5-10 menit ataupun menyesuaikan dengan kondisi pasien.

Pasien diminta untuk rileks dan memposisikan diri dengan nyaman selama kegiatan berdzikir. Peneliti memulai dengan doa agar kegiatan berjalan dengan baik dan membawa manfaat bagi pasien. Lalu, pasien diajarkan dan diperagakan terlebih dahulu tata cara dzikir oleh peneliti menggunakan teknik jari tangan. Dzikir diawali dengan mengucapkan istigfar (Astagfirullahaladzim), dilanjutkan dengan tasbih (Subhannallah), tahmid (Alhamdulillah), dan takbir (Allahu akbar) yang dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Dzikir dilakukan dengan bantuan tangan sebagai alat pengganti tasbih untuk menghitung jumlah dzikir yang dilakukan pasien. Setelah diperagakan, pasien diminta untuk mengulanginya kembali. Sesudah selesai, peneliti mengevaluasi dan menanyakan perasaan pasien setelah melakukan terapi spiritual dzikir. Kegiatan lalu ditutup dengan doa sebagai bentuk syukur karena kegiatan berjalan dengan baik dan diharapkan dapat memberi manfaat pada pasien.

Pada hari pertama sebelum dilakukan kegiatan berdzikir, kondisi pasien masih tampak gelisah dan bingung. Pasien mengatakan merasa kesal karena tidak ada kegiatan dan juga terlihat sering

mengusap-ngusap tangan selama diajak berkomunikasi. Selama diajarkan berdzikir, pasien kurang fokus cenderung mengantuk dan masih belum mengikuti dzikir dengan baik. Pasien hanya mampu mengulangi istigfar dan tasbih masing-masing sebanyak 5 kali dengan masih dibimbing dalam satu hari. Pasien juga mengatakan merasa lebih ngantuk setelah dzikir.

Pada hari kedua, kondisi pasien tampak tenang, tidak gelisah, bingung, dan mondar-mandir. Pasien juga lebih kooperatif dibanding hari sebelumnya meskipun pasien berbicara pelan dan lambat. Pasien juga sudah mulai ada kontak mata. Sebelum diberikan terapi dzikir, pasien sempat mengatakan ingin mempelajari dzikir kembali. Saat dibimbing untuk berdzikir, pasien dapat mengikuti teknik dzikir yang diajarkan dan lebih fokus dibanding hari sebelumnya. Pasien sudah bisa menerapkan dzikir dengan benar meskipun sesekali harus difokuskan kembali. Pasien mampu mengulangi istigfar, tasbih, dan takbir masing-masing sebanyak 7 kali dalam satu hari. Pasien mengatakan perasaannya lebih baik dan merasa tenang setelah berdzikir.

Pada hari ketiga, kondisi pasien masih sama dengan hari kedua yaitu tampak tenang, tidak gelisah, dan kooperatif meskipun pasien berbicara pelan dan lambat. Pasien sudah ada kontak mata ketika sedang berkomunikasi. Pasien mampu mengulangi istigfar, tasbih, tahmid, dan takbir masing-masing sebanyak 7 kali secara mandiri dalam satu hari. Setelah berdzikir pasien mengatakan perasaannya lebih tenang. Perasaan kesal pasien sudah berkurang. Tangan pasien juga sudah tidak terlihat mengelus-ngelus dada ataupun mengepalkan tangan.
Didapatkan dari hasil evaluasi selama tiga hari bahwa pasien mampu mengulangi dzikir dengan mengucapkan astagfirullahaladzim, subhannallah, alhamdulillah, dan allahu akbar secara bertahap yang awalnya masih sambil dibimbing menjadi dapat mengulanginya secara mandiri dan ada peningkatan jumlah dzikir setiap harinya. Hasil dari penerapan terapi dzikir juga didapatkan bahwa berkurangnya risiko perilaku kekerasan yang ditunjukkan pasien. Pasien mengatakan perasaannya lebih enak setelah melakukan apa yang peneliti ajarkan. Pasien juga mengatakan sudah mengetahui harus melakukan apa saja ketika kesal dan tahu bagaimana mengontrol ketika marah. Pasien akan mencoba melakukan hal-hal yang sudah diajarkan sebelumnya untuk mengontrol emosinya.

PEMBAHASAN

Risiko perilaku kekerasan adalah tindakan yang dilakukan seseorang berupa perilaku untuk melukai atau mencederai baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar secara verbal atau fisik (Stuart, 2023). Manifestasi klinis yang ditunjukkan dapat ditandai dengan mengatakan benci atau kesal, ingin memukul, tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan, pandangan tajam, tangan mengepal, mondar-mandir, tanda-tanda vital meningkat, serta mudah tersinggung (Keliat, 2019). Hal ini sesuai dengan data pasien saat dibawa ke RSJ karena mengamuk, gelisah, dan marah-marah. Saat dikaji, pasien juga masih tampak gelisah, mondar-mandir, bingung, kontak mata kurang, serta masih merasa kesal dan emosi setiap kali menceritakan pengalaman ataupun perasaannya yang kurang menyenangkan. Sutejo (2019) mengatakan bahwa perubahan perilaku dan perasaan mungkin terjadi pada orang dengan risiko perilaku kekerasan.

Penyebab seseorang melakukan perilaku kekerasan dapat disebabkan dari berbagai faktor baik faktor predisposisi maupun presipitasi. Pada pasien, didapatkan bahwa yang menjadi faktor predisposisinya adalah pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan. Dikatakan oleh pasien bahwa sejak ia kecil, orang tuanya cukup keras dan main fisik seperti memukul baik menggunakan

tangan ataupun sapu, dan terkadang menjewer ketika pasien melakukan kesalahan. Saat pasien mulai beranjak dewasa, pasien sering melawan dan melakukan kenakalan remaja. Pengalaman yang kurang menyenangkan di masa lalu dapat menjadi sebuah trauma yang apabila tidak tertangani dapat membentuk sikap agresif yang memicu untuk melakukan perilaku kekerasan. Sejalan dengan penelitian Suteja dan Ulum (2019) bahwa kekerasan yang dilakukan oleh orang tua dapat meninggalkan dampak psikologis yang mendalam pada anak, seperti rendahnya kepercayaan diri, kesulitan dalam menjalin hubungan sosial, munculnya perilaku destruktif, kecenderungan menarik diri dari lingkungan, penyalahgunaan zat, hingga keinginan untuk mengakhiri hidup. Orang yang memiliki trauma dengan kekerasan fisik secara sadar atau tidak berkemungkinan untuk memperlakukan orang lain sama seperti dirinya diperlakukan.

Penelitian Ergelen et al. (2018) mengatakan bahwa orang yang memiliki trauma masa kecil memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk terlibat dalam perilaku kekerasan, terutama mereka yang memiliki ketergantungan pada obat. Hal ini karena dampak yang diberikan oleh trauma masa kecil adalah disregulasi sistem stres. Aktivasi respons stres akan memicu kondisi *hyperarousal*, yaitu peningkatan ketegangan secara psikologis dan fisiologis, yang ditandai dengan naiknya tekanan darah, detak jantung yang cepat, pernapasan yang lebih cepat, serta meningkatnya kewaspadaan (Fadhilah, 2022).

Penggunaan alkohol dan obat-obatan terlarang dapat memberikan efek menenangkan terhadap kondisi tersebut. Beberapa diantaranya memiliki sifat depresan yang bekerja dengan memperlambat aktivitas sistem saraf pusat sehingga tubuh terasa lebih rileks dan respon stres menurun (Sheppard, 2023). Namun, menurut Buddy (2023), penggunaan alkohol dapat menurunkan fungsi kognitif, mengurangi kemampuan pemecahan masalah, dan menurunkan kontrol impuls, yang semuanya dapat meningkatkan risiko perilaku kekerasan. Dalam hal ini, pasien sudah terbiasa sejak kecil tumbuh di lingkungan dengan penggunaan alkohol dan penyalahgunaan obat bahkan pasien pernah diberikan konsumsi trihexyphenidyl dan haloperidol oleh kakaknya karena melihat pasien gelisah. Hasil wawancara dengan pasien juga didapatkan bahwa kakak, bapak, dan lingkungan pasien melakukan hal tersebut meskipun saat ini bapak pasien sudah berhenti dan kakak pasien sedang menjalani pengobatan. Lingkungan yang kurang mendukung dapat mempengaruhi pasien terutama dalam pengobatan.

Faktor presipitasi atau pemicu perilaku kekerasan pada pasien adalah masalah ekonomi. Penghasilan pasien tidak menentu dari pekerjaan yang dilakukannya sehingga seringkali meminta uang dari orang tua. Orang yang tidak memiliki penghasilan akan memungkinkan orang tersebut memiliki harga diri rendah yang dapat berdampak pada gangguan jiwa (Rinawati & Alimansur, 2016). Kali ini, pasien tidak mendapatkan apa yang diinginkannya. Hal ini yang membuat pasien marah dan bahkan curiga kepada orang tuanya karena tidak memberikan apa yang ia minta dan menimbulkan konflik diantara keduanya. Penelitian Rinawati dan Alimansur (2016) menyebutkan bahwa konflik yang terjadi pada teman atau keluarga yang tidak terselesaikan akan memicu stres berlebih dan apabila mekanisme kopingnya buruk maka akan membuat seseorang dapat mengalami gangguan jiwa.

Intervensi keperawatan diberikan kepada pasien dengan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual. Spiritualitas merupakan wujud kepercayaan seseorang dalam menjalin hubungan dengan Tuhan. Terapi spiritual dapat mendukung pasien untuk lebih mendekatkan diri kepada Allah SWT, menemukan makna hidup, meredakan emosi, mengurangi stres, meredakan gejala

yang dialami, serta meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan (Amalia et al., 2023). Kegiatan spiritual yang dapat dilakukan salah satunya dengan berdzikir. Dzikir adalah mengingat dan menyebut nama Allah SWT baik secara lisan maupun dalam hati seperti tasbih, tahmid, takbir, tahlil, dan istighfar. Pasien diajarkan untuk berdzikir dengan mengucapkan astagfirullahaladzim, subhanallah, alhamdulillah, dan allahu akbar secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

Menyebut nama Allah diyakini mampu menurunkan kadar hormon stres, merangsang pelepasan endorfin secara alami, meningkatkan relaksasi, serta membantu mengalihkan fokus dari perasaan takut, cemas, dan tegang (Ernawati et al., 2020). Mengingat Allah memberikan efek relaksasi yang dapat mengaktifkan sistem saraf parasimpatis dan menekan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga membantu menciptakan keseimbangan dalam kerja sistem saraf otonom yang berperan dalam mengatur kondisi fisiologis tubuh. Aktivitas ini akan menstabilkan sistem kimia dalam tubuh yang dapat meningkatkan aliran darah ke otak, merangsang peningkatan faktor neurotropik yang berfungsi sebagai pelindung saraf, serta meningkatkan kadar dopamin dan serotonin (Mardiati et al., 2018). Hal tersebut berkontribusi pada penurunan tekanan darah, memperlambat laju pernapasan, denyut jantung, nadi, serta aktivitas gelombang otak. Pola pernapasan yang lebih tenang dan lambat ini berperan penting dalam menciptakan ketenangan batin, pengendalian emosi, pemikiran yang lebih mendalam, dan meningkatkan metabolisme tubuh.

Penelitian Amalia et al. (2023) menunjukkan bahwa terapi dzikir dapat membuat perasaan menjadi tenang dan rileks pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Temuan ini diperkuat oleh penelitian Indrianingsih et al. (2023) yang menemukan adanya penurunan tanda gejala risiko perilaku kekerasan setelah pemberian terapi spiritual berupa dzikir. Hal ini juga sejalan dengan yang dialami pasien setelah diberikan intervensi bahwa terjadi perubahan kondisi, perasaan pasien menjadi lebih tenang, ada kontak mata, gejala seperti gelisah, perasaan bingung, dan kesal berkurang. Penelitian Munandar et al. (2019) juga menunjukkan bahwa terapi dzikir dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan juga mekanisme koping. Hal ini dapat membuat seseorang bertindak dan berpikir jernih dalam menghadapi sebuah masalah atau stresor sehingga menurunkan risiko perilaku kekerasan.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian setelah dilakukan penerapan terapi dzikir selama tiga hari didapatkan bahwa adanya penurunan tanda dan gejala yang dialami pasien. Pasien mengatakan perasaannya lebih baik dan merasa lebih tenang terlebih setelah berdzikir. Perasaan gelisah, bingung, dan kesal juga berkurang. Pasien sudah ada kontak mata saat berinteraksi. Pasien juga mengatakan sudah mengetahui harus melakukan apa saja ketika kesal dan tahu bagaimana mengontrol ketika marah. Pasien mengatakan akan mencoba menerapkan hal-hal yang telah diajarkan untuk mengontrol marah dan mengatakan ingin hidup lebih baik lagi. Maka dari itu, kesimpulan penelitian ini adalah terapi dzikir dapat membantu mengontrol risiko perilaku kekerasan pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Amalia, N., Martina, & Alfiandi, R. (2023). Terapi dzikir sebagai asuhan keperawatan pasien risiko perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa aceh: Suatu studi kasus. *JIM Fkep*, *VII*(1), 170–179.

Amimi, R., Malfasari, E., Febtrina, R., & Maulinda, D. (2020). Analisis tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, *3*(1), 65–74.

A'yuni, Q., Septiantoro, R., & Apriliyani, I. (2024). Efektivitas terapi spiritual dzikir untuk mengurangi perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, *6*(6), 2487–2492. http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP

Buddy. (2023). *The link between alcohol and aggression*. Verywell Mind. https://www.verywellmind.com/alcohol-facilitates-aggression-62647?utm

Elshinawy, M. (2025). *The meaning of Allah's name Al-Jabbar: The compeller and mender of broken hearts*. Yaqeen Institute. https://yaqeeninstitute.org/read/paper/the-meaning-of-allahs-name-al-jabbar-the-compeller-and-mender-of-broken-hearts

Ergelen, M., Yalçın, M., & Bilici, R. (2018). The comparison of violence, and the relationship with childhood trauma in Turkish men with alcohol, opiate, and synthetic Cannabinoid use disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *14*, 3169–3178. https://doi.org/10.2147/NDT.S173604

Ernawati, Samsualam, & Suhermi. (2020). Pengaruh pelaksanaan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan. *Window of Health : Jurnal Kesehatan*, *3*(1), 49–56.

Fadhilah, H. (2022). *Trauma di masa kecil berdampak pada perilaku kecanduan saat dewasa*. National Geographic Indonesia. https://nationalgeographic.grid.id/read/133091761/trauma-di-masa-kecil-berdampak-pada-perilaku-kecanduan-saat-dewasa?page=all

Fathurozaq, S., Oktaviana, W., & Driyanto, A. (2024). Penerapan de-eskalasi verbal terhadap penurunan respon marah pada pasien dengan perilaku kekerasan di RSJD DR. Arif Zainuddin Surakarta Studi kasus. *Jurnal Ners*, *8*(2), 1987–1991.

Febriani, N., & Kamaluddin, A. (2022). Regulasi emosi berbasis al-quran dan implementasinya pada komunitas punk tasawuf underground. *Jurnal Studi Al-Quran Dan Keislaman*, *6*(1), 73–102.

Indrianingsih, F., Hasanah, U., & Utami, I. (2023). Penerapan terapi spiritual zikir pada pasien risiko perilaku kekerasan di ruang melati rumah sakit jiwa daerah provinsi lampung. *Jurnal Cendikia Muda*, *3*(2), 268–275.

Keliat, B. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*. EGC.

Mardiati, S., Elita, V., & Sabrian, F. (2018). Pengaruh terapi psikoreligius: Membaca al fatihah terhadap skor halusinasi pasien skizofrenia. *Jurnal Ners Indonesia*, *8*, 10–123.

Munandar, A., Irawati, K., & Prianto, Y. (2019). Terapi psikoreligius dzikir menggunakan jari tangan kanan pada orang dengan gangguan jiwa di rumah sakit jiwa grhasia daerah istimewa

yogyakarta. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, *10*(1), 69–75. https://doi.org/https://doi.org/10.33859/dksm.v10i1

Pardede, J., Siregar, L., & Hulu, E. (2020). Efektifitas behaviour therapy terhadap risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. *Jurnal Mutiara Ners*, *3*(1), 8–14.

Religion of Islam. (2025). *Meaning of Al-'Aziz and Al-Jabbar*. Religion of Islam. https://religion-of-islam.com/index.php/2020/01/29/al-aziz-al-jabbaar/

Rinawati, F., & Alimansur, M. (2016). Analisa faktor-faktor penyebab gangguan jiwa menggunakan pendekatan model adaptasi stres stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, *5*(1), 34–38.

Sasongko, N., & Hidayati, E. (2020). Penerapan terapi musik, dzikir, dan rational emotive cognitive behavior therapy pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. *Ners Muda*, *1*(2), 93–99. https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5751

Sheppard, S. (2023). *Is alcohol a depressant?* Verywell Mind. https://www.verywellmind.com/alcohol-facilitates-aggression-62647?utm

Stuart, G. (2023). *Prinsip dan praktik keperawatan jiwa stuart* (2nd ed.). Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

Suteja, J., & Ulum, B. (2019). *Dampak kekerasan orang tua terhadap kondisi psikologis anak dalam keluarga*. *1*(2), 169–185. http://syekhnurjati.ac.id/jurnal/index.php/equalita/article/view/5548

Sutejo. (2019). *Keperawatan jiwa konsep dan praktik asuhan keperawatan jiwa : Gangguan jiwa dan psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Thalib, R., & Abdullah, R. (2022). Pemberian rational emotive behavior therapy dalam mengontrol perilaku agresif pada pasien perilaku kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, *11*(1), 127–137. https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.718

Triyani, A., Dwidiyanti, M., & Titik, S. (2019). Gambaran terapi spiritual pada pasien skizofrenia : Literatur review. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, *2*(1), 19–24.