

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Perilaku Kekerasan**

##### 1. Pengertian risiko perilaku kekerasan

Definisi risiko perilaku kekerasan adalah berisiko membahayakan secara fisik, emosi, dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Perilaku kekerasan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan merupakan suatu komunikasi atau proses penyampaian pesan individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, merasa tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituntut atau diremehkan” (Yosep & Sutini, 2016).

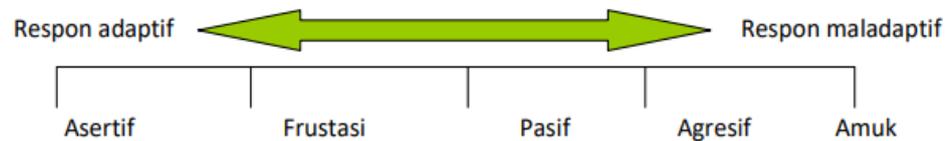
Perilaku agresif sering menunjukkan sikap menutupi rasa kurang percaya diri. Seorang yang agresif menunjukkan harga diri mereka dengan menguasai orang lain dan dengan demikian membuktikan superioritasnya pada orang lain (Stuart, 2016).

##### 2. Rentang respon marah

Merupakan perasaan marah normal bagi tiap individu, namun perilaku yang dimanifestasikan oleh perasaan marah dapat berfluktuasi sepanjang rentang respon adaptif dan maladaptif.

Respon Adaptif Respon Maladaptif

Asertif Frustrasi Pasif Agresif Kemarahan



Gambar 1. Rentang Respon Marah (Azizah dkk, 2016)

Keterangan pada gambar 1:

- a. Asertif adalah individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain ketenangan.
- b. Frustrasi adalah individu gagal mencapai tujuan kepuasan marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
- c. Pasif adalah perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.
- d. Agresif adalah memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman, memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai orang lain. Pada umumnya pasien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
- e. Kekerasan sering juga disebut dengan amuk atau gaduh gelisah. Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai pada tingkat ringan, dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Pasien tidak mampu mengendalikan diri atau hilang kontrol. (Azizah dkk, 2016).

### 3. Proses marah

Stress, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stress dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam.

Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui 3 cara yaitu : Mengungkapkan secara verbal, menekan, dan menantang. Mengungkapkan secara verbal adalah cara konstruktif. Menekan dan menantang adalah cara destruktif. Melarikan diri atau menantang akan menimbulkan rasa bermusuhan, dan bila cara ini dipakai terus menerus, maka kemarahan dapat diekspresikan pada diri sendiri dan lingkungan dan akan tampak sebagai depresi dan psikomatik atau agresif dan ngamuk.

### 4. Faktor Predisposisi

Masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah) (Sutejo, 2022).

Faktor Predisposisi :

#### a. Faktor biologis

##### 1) Teori dorongan naluri (*Instinctual drive theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

2) Teori psikosomatik (*Psycomatic theory*)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal. Sehingga sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b. Faktor psikologis

1) Teori agresif (*Frustration aggression theory*)

Teori ini menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustrasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustrasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

2) Teori perilaku (*Behavioral theory*)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. *Reinforcement* yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan di dalam rumah maupun di luar rumah.

3) Teori eksistensi

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku konstruktif. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi, melalui perilaku destruktif.

## 5. Faktor Presipitasi

Menurut Sutejo (2022) faktor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stresor disebabkan dari dalam maupun dari luar. Stresor yang berasal dari dalam berupa kehilangan keluarga atau sahabat yang dicintai, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam, dan lain-lain. Stresor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian, dan lain-lain. Lingkungan yang kurang kondusif seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu perilaku kekerasan.

## 6. Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan terdiri dari:

### a. Tanda dan gejala mayor

- 1) Subyektif : Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus
- 2) Obyektif : Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk

### b. Tanda dan gejala minor

- 1) Subyektif: Tidak tersedia
- 2) Obyektif: Mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku

Menurut Azizah dkk (2016) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan :

## a. Fisik

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/pandangan tajam
- 3) Tangan mengepal
- 4) Rahang mengatup
- 5) Wajah memerah dan tegang
- 6) Postur tubuh kaku
- 7) Pandangan tajam
- 8) Mengatupkan rahang dengan kuat
- 9) Mengepalkan tangan
- 10) Jalan mondar-mandir

## b. Verbal

- 1) Bicara kasar
- 2) Suara tinggi, membentak atau berteriak
- 3) Mengancam secara verbal atau fisik
- 4) Mengumpat dengan kata-kata kotor
- 5) Suara keras
- 6) Ketus

## c. Perilaku

- 1) Melempar atau memukul benda/orang lain
- 2) Menyerang orang lain
- 3) Melukai diri sendiri/orang lain
- 4) Merusak lingkungan
- 5) Amuk/agresif

d. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

e. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

f. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

g. Sosial

Menarik diri, pengangsaan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

h. Perhatian

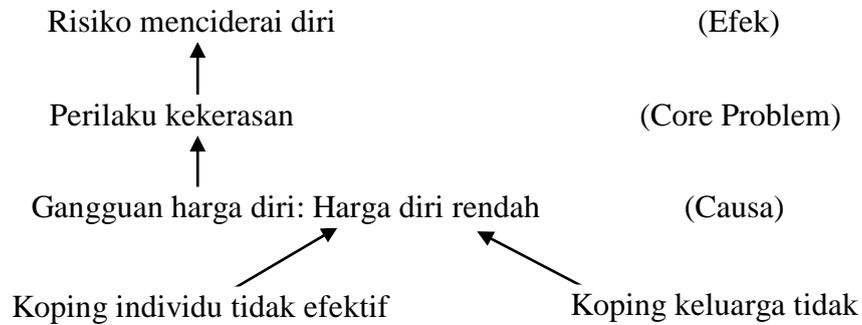
Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

7. Patofisiologi

Stress, cemas, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat diekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain. Selain memberikan rasa lega, ketegangan akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Rasa marah diekspresikan secara destruktif misalnya dengan perilaku agresif, menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat

menimbulkan amuk yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Yosep & Sutini, 2016)

#### 8. Pohon Masalah



Gambar 2. Pohon masalah risiko perilaku kekerasan (Azizah dkk, 2016)

#### 10. Penatalaksanaan

##### a. Keperawatan

Menurut Stuart (2016) :

- 1) Strategi lingkungan
- 2) Kegiatan katarsis

Latihan fisik katarsis dan emosional katarsis. Beberapa aktivitas fisik dapat melepaskan agresi dan mencegah bentuk yang lebih eksplosif.

- 3) Strategi perilaku

Pengaturan pembatasan perilaku, kontrak perilaku, seklusi, restrain, token ekonomi

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan : intervensi utama manajemen keselamatan lingkungan, manajemen mood, manajemen pengendalian marah, manajemen perilaku.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) penatalaksanaan pasien risiko perilaku kekerasan: intervensi utama pencegahan perilaku kekerasan dan promosi coping. Intervensi pendukung diantaranya dukungan perkembangan sosial, dukungan spiritual, latihan asertif, manajemen lingkungan.

b. Medis

Menurut Yosep dan Sutini (2016) :

1) *Antianxiety dan sedative-hipnotic*

Obat-obatan ini dapat mengendalikan agitasi yang akut seperti lorazepam. Tidak direkomendasikan dalam jangka waktu lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan.

2) *Antidepressants*

Mampu mengontrol impulsif dan perilaku agresif pasien yang berkaitan dengan perubahan mood.

3) *Mood stabilizers*

Penelitian menunjukkan pemberian lithium efektif untuk agresif karena manik. Pada beberapa kasus, pemberiannya untuk menurunkan perilaku agresif yang disebabkan oleh gangguan lain seperti retardasi mental, cedera kepala, skizofrenia, gangguan kepribadian. Pemberian carbamazepines dapat mengendalikan perilaku agresif pada pasien dengan kelainan EEGs (electroencephalograms).

#### 4) *Antipsychotic*

Agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya maka pemberian obat ini dapat membantu namun diberikan hanya 1-2 minggu sebelum efeknya dirasakan.

#### 5) Medikasi lainnya

Pemberian antagonis opiat dapat menurunkan perilaku menciderai diri. Propanolol dapat menurunkan perilaku kekerasan pada anak dan pasien dengan gangguan mental organik.

### **B. Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan**

#### 1. Pengkajian

Proses keperawatan menjelaskan bagaimana perawat mengelola asuhan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Saat ini proses keperawatan dijelaskan sebagai proses siklik lima bagian yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Damayanti & Iskandar 2014).

Menurut Prabowo (2022) Pengkajian berkaitan erat dengan diagnosis. Perawat harus melakukan pengkajian sebelum menentukan diagnosis yang tepat dan menyeluruh.

#### 2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Prabowo (2022) Diagnosis amat berkaitan dengan perencanaan keperawatan. Perencanaan yang tepat memerlukan diagnosis yang tepat.

Pasien dengan perilaku kekerasan dan risiko perilaku kekerasan termasuk dalam kategori lingkungan dan subkategori keamanan dan proteksi. Perawat mengkaji data mayor dan minor pasien yang mengalami perilaku kekerasan dilihat dari data subjektif dan data objektif. Tanda dan gejala mayor berupa data subjektif yaitu pasien mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus. Tanda dan gejala mayor berupa data objektif yaitu menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk. Tanda dan gejala minor dari perilaku kekerasan dilihat dari data objektif yaitu mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Faktor risiko pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu pemikiran waham atau delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, disfungsi sistem keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi atau konfusi, kerusakan kontrol impuls, persepsi pada lingkungan tidak akurat, alam perasaan depresi, riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, lingkungan tidak teratur, penganiayaan atau pengabaian anak, riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain, impulsif, ilusi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Azizah dkk (2016) Diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada pasien dengan perilaku kekerasan antara lain:

- a. Risiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

- b. Perilaku kekerasan
  - c. Perubahan persepsi sensori: Halusinasi
  - d. Gangguan harga diri : Harga diri rendah
  - e. Koping individu tidak efektif
3. Perencanaan Keperawatan

Dalam intervensi keperawatan akan terlebih dahulu ditetapkan luaran dari diagnosis tersebut. Luaran untuk diagnosis risiko perilaku kekerasan terdiri dari luaran utama yaitu kontrol diri yang meningkat dan luaran tambahan yaitu harga diri, orientasi kognitif dan status orientasi yang meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi risiko perilaku kekerasan terdiri dari :

- a. Intervensi utama yaitu pencegahan perilaku kekerasan dan promosi koping.
- b. Intervensi pendukung yaitu dukungan koping keluarga, dukungan pengungkapan perasaan marah, dukungan perkembangan spiritual, dukungan perlindungan penganiayaan, dukungan emosional, biblioterapi, latihan asertif, manajemen delirium, manajemen demensia, manajemen isolasi dan manajemen lingkungan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) adalah :

Tabel 1. Intervensi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Rencana Keperawatan</b>
Risiko perilaku kekerasan D.0146 Halaman 312	Kontrol diri L.09076 Halaman 54	Pencegahan Perilaku Kekerasan I.14544 Halaman 284 Observasi: a. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis.benda tajam, tali) b. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung c. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis.pisau cukur) Terapeutik: a. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin b. Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi a. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien b. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif c. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis, relaksasi, bercerita)

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas pasien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien pada saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan.

### C. Konsep Dukungan Spiritual Terapi Murattal

#### 1. Pengertian

Terapi terhadap pasien seharusnya dilaksanakan secara *holistic* (menyeluruh) yang meliputi biologis, psikologis, sosial, dan spiritualnya . Ada uji perbandingan terapi yang diterapkan kepada para penderita penyakit jiwa skizofrenia, yakni antara cara konvensional (dengan obat dan sebagainya) dan dengan cara pendekatan keagamaan, hasilnya kelompok skizofrenia yang terapinya ditambah dengan keagamaan waktu perawatannya lebih pendek dan gejala-gejalanya lebih cepat hilang (Yosep & Sutini, 2016).

Terapi keagamaan (intervensi religi) bermanfaat pada kasus-kasus gangguan jiwa. Misalnya angka rawat inap pada pasien skizofrenia yang mengikuti kegiatan keagamaan lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang tidak mengikutinya (Yosep & Sutini, 2016). Kegiatan keagamaan/ibadah/sholat menurunkan gejala psikiatrik (Yosep & Sutini, 2016). Kesimpulan dari berbagai riset menunjukkan bahwa religiusitas mampu mencegah dan melindungi dari penyakit kejiwaan, mengurangi penderitaan, dan meningkatkan proses adaptasi dan penyembuhan (Yosep & Sutini, 2016).

Metode terapi psikoreligius diantaranya dengan membaca Al Qur'an. Dalam (QS 10:57) disebutkan bahwa Al Qur'an adalah pelajaran dan obat bagi penyakit batin serta petunjuk dan rahmat bagi orang-orang yang beriman. Tidak ada satupun penyakit tubuh dan penyakit hati kecuali didalam Al Qur'an terdapat petunjuk dan perantara yang

menyampaikan kita pada obat atau penawarnya serta memberi kita perlindungan dari semua penyakit itu (Elzaky, 2014).

Penelitian di Florida, Amerika Serikat, ada sebuah lembaga meneliti tentang menyembuhkan penyakit jiwa melalui daya pengaruh bacaan Al Qur'an. Sampel terdiri dari orang-orang yang mengerti bahasa Al Qur'an dan yang tidak mengerti, semuanya non Islam dan mengalami gangguan jiwa. Ternyata bagi yang mengerti bacaan ayat Al Qur'an dapat memperoleh kesembuhan secara bertahap dan yang tidak mengerti bacaan ayat Al Qur'an juga memperoleh kesembuhan yang kurang intensif dibandingkan dengan yang mengerti bahasa Al Qur'an. Dengan membaca/mendengarkannya saja sudah bisa dibuktikan betapa besar daya pengaruh Al Qur'an bagi manusia yang mengalami gangguan jiwa, apalagi bagi yang sehat dan dapat berpikir dengan jernih (Yosep & Sutini, 2016).

Terapi psikoreligi adalah psikoterapi agama seperti shalat, dzikir, membaca Al-Quran atau mendengarkan Al-Quran bagi klien beragama islam (Mardiati et al., 2017). Murottal Al-Qur'an adalah lantunan ayat-ayat suci Al- Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori, direkam lalu kemudian diperdengarkan secara seksama dengan tempo yang cenderung lambat dan harmonis.

## 2. Terapi Murattal didalam intervensi keperawatan

Berikut tabel intervensi terapi murattal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) halaman 429.

Tabel 2. Terapi Murattal I.08249

Definisi	Intervensi
Menggunakan media Alqur'an (baik dengan mendengarkan atau membaca) untuk membantu meningkatkan perubahan yang spesifik dalam tubuh secara fisiologis maupun psikologis.	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi aspek yang akan diubah atau dipertahankan misal sikap, fisiologis, psikologis</li> <li>Identifikasi aspek yang akan difokuskan dalam terapi misal stimulasi, relaksasi, konsentrasi, pengurangan nyeri</li> <li>Identifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (mendengarkan atau membaca Al Qur'an)</li> <li>Identifikasi media yang dipergunakan misal speaker, earphone, handphone</li> <li>Identifikasi lama dan durasi pemberian sesuai kondisi pasien</li> <li>Monitor perubahan yang difokuskan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Posisikan dalam posisi dan lingkungan yang nyaman</li> <li>Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan misal lampu, suara, pengunjung, panggilan telepon</li> <li>Yakinkan volume yang digunakan sesuai dengan keinginan pasien</li> <li>Putar rekaman yang telah ditetapkan</li> <li>Dampingi selama membaca Al Qur'an jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan manfaat terapi</li> </ol>

#### D. Konsep Dukungan Spiritual Terapi Murattal Berdasarkan EBP

Tabel 3. Jurnal PICOT

Judul Jurnal	P	I	C	O	T
<p>1. <i>Religiosity and psychological resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: an international cross-sectional study.</i> (2017)</p> <p>Religiusitas dan ketahanan psikologis pada pasien dengan skizofrenia dan gangguan bipolar: sebuah studi cross-sectional internasional</p> <p>Y. Mizuno,A. Hofer,B. Frajo-Apor,F. Wartelsteiner,G. Kemmler,S. Pardeller,T. Suzuki,M. Mimura,W. W. Fleischhacker,H. Uchida</p> <p>First published: 15 November 2017</p>	<p>Tiga ratus enam puluh sembilan subjek direkrut dari Austria ( <math>n = 189</math>) dan Jepang ( <math>n = 180</math>), terdiri dari 112 pasien rawat jalan dengan skizofrenia paranoid, 120 dengan gangguan bipolar I (DSM-IV), dan 137 kontrol yang sehat.</p>	<p>Religiositas dinilai dari segi kehadiran dan pentingnya kegiatan keagamaan/spiritual, sedangkan resiliensi dinilai dengan 25 item Skala Resiliensi. Model linier umum digunakan untuk menguji apakah religiusitas yang lebih tinggi akan dikaitkan dengan ketahanan yang lebih tinggi, fungsi sosial yang lebih tinggi, dan psikopatologi yang lebih rendah.</p>	<p>Membandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat</p>	<p>Kehadiran ibadah ( <math>F_{[4,365]} = 0,827, P = 0,509</math>) dan pentingnya agama/spiritual ( <math>F_{[3,365]} = 1,513, P = 0,211</math>) tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan resiliensi. Mengenai ukuran klinis, hubungan sederhana antara kepentingan yang lebih tinggi dari agama/spiritual dan gejala sisa manik diamati pada pasien bipolar ( <math>F_{[3,118]} = 3.120, P = 0.029</math>). Berbeda dengan temuan terkait religiusitas, kesejahteraan spiritual menunjukkan korelasi positif yang kuat dengan resiliensi ( <math>r = 0,584, P &lt; 0,001</math>).</p> <p>Efek perlindungan dari religiusitas dalam hal ketahanan, fungsi sosial, dan psikopatologi tidak terlihat dalam sampel kami. Kesejahteraan spiritual tampaknya lebih relevan dengan ketahanan daripada religiusitas.</p>	

Judul Jurnal	P	I	C	O	T
2. Pengaruh terapi murottal terhadap perubahan perilaku kekerasan klien skizofrenia  Rina Herniyanti, Hema malini, Netrida (September 2019)	Penelitian dilakukan terhadap 46 responden yaitu 23 orang kelompok intervensi dan 23 orang kelompok kontrol.	Desain penelitian adalah Pre Test and Post Test control Group Design, dengan rancangan QuasyExperimental. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah non probability sampling dengan cara purposive sampling. Kelompok intervensi mendapatkan terapi murottal 15 menit dalam sehari selama 7 hari.	Membandingkan dengan kelompok kontrol	Hasil penelitian terdapat perbedaan yang signifikan antara perilaku kekerasan klien skizofrenia sebelum dan sesudah pemberian terapi murottal (p value 0,000). Ada perbedaan yang signifikan antara perilaku kekerasan klien skizofrenia sebelum dan sesudah kelompok kontrol (p value 0,000). Ada perbedaan yang bermakna antara perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol (p value 0,000). Dimana perbedaan perilaku kekerasan lebih besar terjadi pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol.	Pemberian terapi murottal selama 7 hari
3. <i>Private Religion/Spirituality, Self-rated Health, and Mental Health among U.S. South Asians in the MASALA Cohort: Findings from the Study on Stress, Spirituality, and Health</i> ( Oct 2019) Agama Swasta/Spiritualitas, Kesehatan Self-rated, dan Kesehatan Mental di antara AS Asia Selatan di MASALA Cohort: Temuan dari Studi tentang Stres, Spiritualitas, dan Kesehatan” Blake Victor Kent , PhD, <sup>1,2,3</sup> Samuel Stroope , PhD, <sup>1,4</sup> Alka M. Kanaya ,	Data dari studi Mediators of Atherosclerosis in South Asians Living in America (MASALA) (dikumpulkan 2010–2013 dan 2015–2018) dan Studi terkait Stres, Spiritualitas, dan Kesehatan (n=881)	Dianalisis menggunakan regresi OLS. Kesehatan yang dinilai sendiri mengukur kesehatan yang dinilai sendiri secara keseluruhan. Fungsi emosional diukur dengan menggunakan indeks Mental Health Inventory-3 (MHI-3) dan skala Spielberger menilai sifat kecemasan dan sifat marah. Langkah-langkah agama/spiritualitas pribadi meliputi doa, yoga, kepercayaan kepada Tuhan,		Yoga, rasa syukur, pengalaman spiritual non-teistik, kedekatan dengan Tuhan, dan coping positif berhubungan positif dengan kesehatan penilaian diri sendiri. Rasa syukur, pengalaman spiritual non-teistik dan teistik, kedekatan dengan Tuhan, dan coping positif dikaitkan dengan fungsi emosional yang lebih baik; coping negatif dikaitkan dengan fungsi emosional yang buruk. Rasa syukur dan	(dikumpulkan 2010–2013 dan 2015–2018)

Judul Jurnal	P	I	C	O	T
MD, <sup>1,5</sup> Ying Zhang , PhD, <sup>1,2</sup> Namratha R. Kandula , MD, <sup>1,6</sup> dan Alexandra E Perisai , PhD <sup>1,2,3</sup>		rasa syukur, pengalaman spiritual teistik dan non-teistik, kedekatan dengan Tuhan, koping religius positif dan negatif, harapan ilahi, dan perjuangan agama/spiritual.		pengalaman spiritual non-teistik dikaitkan dengan berkurangnya kecemasan; koping negatif dan perjuangan agama/spiritual dikaitkan dengan kecemasan yang lebih besar. Pengalaman spiritual non-teistik dan rasa syukur dikaitkan dengan berkurangnya kemarahan; koping negatif dan perjuangan agama/spiritual dikaitkan dengan kemarahan yang lebih besar. Agama pribadi/spiritualitas diasosiasikan dengan penilaian diri dan kesehatan mental.	
4.Terapi psikoreligi terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung (Desember 2019) Teguh Pribadi, Djunizar Djamaludin Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati Holistik Jurnal Kesehatan, Volume 13, No.4, Desember 2019: 373-380 373 B	Populasi dan sampelnya seluruh pasien dengan perilaku kekerasan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung sebanyak 30 pasien.	Penelitian kuantitatif menggunakan Quasi Eksperiment dengan two group pretest posttest. Instrumen penelitian ini menggunakan lembar observasi. Analisa statistik yang digunakan yaitu uji t Dependen.	Membandingkan antara kelompok yang diintervensi dan kelompok kontrol ( tanpa dilakukan psikoreligi ) populasi penelitian dalam penurunan resiko perilaku kekerasan	Rata-rata Skor perilaku kekerasan Sebelum Terapi psikoreligi adalah 16,87 (standar deviasi 1.46), Rata-rata Skor perilaku kekerasan sesudah Terapi psikoreligi adalah 13.0 (standar deviasi 1.0). Ada pengaruh terapi psikoreligi terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2019 (p value 0,000).	Dilakukan pada bulan Agustus – Oktober 2019

Judul Jurnal	P	I	C	O	T
<p>5. Religiusitas dan Spiritualitas pasien gangguan jiwa berat. (2021)  <i>Religiosity and Spirituality of patients with severe mental disorders</i>            Grover, Sandeep; Dua, Devakshi; Chakrabarti, Subho; Avasthi, Ajito            jurnal Psikiatri India: Mar-Apr 2021-Volume 63-Edisi 2-p 162-170            doi:10.4103/psikiatri.Indian            Jpsychiatry_87_20</p>	<p>Populasi penelitian sebanyak 284 peserta: pasien dengan gangguan depresi mayor ( n = 72), gangguan bipolar ( n = 75), skizofrenia ( n = 63), dan kontrol yang sehat ( n = 63).= 74).</p>	<p>Data dianalisis menggunakan Statistical Package for Social Sciences, Version-14 (SPSS-14, SPSS for Windows, Version 14.0. Chicago, SPSS Inc.). Variabel kontinu dievaluasi dalam bentuk mean dan standar deviasi (SD). Variabel kategori dievaluasi dalam bentuk frekuensi dan persentase. Perbandingan dilakukan dengan menggunakan uji <i>t</i>, uji Mann-Whitney U =, uji Chi-square, dan ANOVA dengan analisis <i>post hoc</i>. Hubungan religiusitas dan spiritualitas dengan variabel lain dievaluasi dengan menggunakan koefisien korelasi Pearson atau korelasi rank Spearman</p>	<p>Pasien yang didiagnosis dengan skizofrenia, gangguan bipolar, dan gangguan depresi mayor, dalam keadaan remisi klinis dinilai pada <i>Spiritual Attitude Inventory</i> dan dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat.</p>	<p>Hubungan religiusitas yang lebih tinggi sesuai DUREL dengan koping religius negatif yang lebih tinggi dan skor yang lebih tinggi pada kesejahteraan eksistensial menunjukkan bahwa ada korelasi religiusitas dan spiritualitas pada pasien dengan gangguan mental. penelitian ini menunjukkan bahwa dibandingkan dengan kontrol yang sehat, pasien dengan gangguan jiwa berat memiliki partisipasi yang lebih rendah dalam kegiatan keagamaan yang terorganisir, lebih sering menggunakan koping keagamaan yang negatif, memiliki kesejahteraan eksistensial yang lebih rendah, dan memiliki locus of control kesehatan internal yang lebih tinggi.</p>	<p>Dilakukan mulai tanggal 17 Februari – 24 Februari 2020.</p>
<p>6. Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan di rumah sakit dr Arif Zainuddin Surakarta            Estika Mei Wulansari (2021)  <a href="http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1020/">http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1020/</a></p>	<p>Satu orang pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan</p>	<p>Studi kasus dengan pendekatan deskriptif Rancangan studi kasus ini menggunakan metode pre test dan post test dimana subjek akan diberikan kuisioner mengenai tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan. Sebelum dilakukan tindakan subjek dilakukan pengukuran awal</p>	<p>adanya perubahan perilaku dari skor 51 menjadi 41 yaitu dari katagori tinggi menjadi sedang.</p>	<p>Dilakukan mulai tanggal 17 Februari – 24 Februari 2020.</p>	<p>Dilakukan mulai tanggal 17 Februari – 24 Februari 2020.</p>

Judul Jurnal	P	I	C	O	T
<p>7.Penerapan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Kesetabilan Emosi Pada Remaja Di Panti Rehabilitasi Gangguan Jiwa Dan Narkoba Maunatul Mubarak Desa Lengkong Kec. Sayung, Kab. Demak. Suryani (2021)</p> <p><a href="http://repository.iainkudus.ac.id/6513/">http://repository.iainkudus.ac.id/6513/</a></p>	<p>Subjek yang dijadikan penelitian yaitu santri remaja, pengasuh pondok pesantren, wakil pimpinan pondok pesantren dan terapis. Remaja tengah atau Madya merupakan pasien di pondok Rehabilitasi Maunatul Mubarak, dengan rentang usia 14-16 tahun, berjumlah 3 orang, jenis kelamin laki-laki,</p>	<p>Metode pendekatan penelitian kualitataif fenomenologis. Teknik analisis data dari konsep Miles dan Huberman dengan tahapan reduksi data, data display dan kesimpulan. Terapi murottal menggunakan ayat-ayat khusus yang sudah sering digunakan dalam terapi murottal yaitu Surah Al Jin, Surah Al-Waqi'ah, Surah Yasiin dan Ayat Kursi. Proses terapi membutuhkan waktu sekitar 10-15 menit tergantung keadaan pasien sedang tenang atau tidak.</p>		<p>Remaja yang mengalami ketidak stabilan emosi dalam penelitian ini mengalami ketidakmampuan dalam mengatasi singgungan dengan lingkungan sekitar dan tidak dapat mengendalikan respon emosinya. Remaja setelah mengikuti terapi Murottal Al-Qur'an menjadi lebih dapat mengendalikan emosinya dan lebih bisa mengontrol diri. Pasien menunjukkan ketenangan dan hidup secara agamis, dapat memberikan dorongan ataupun motivasi dan dapat menenangkan emosi.</p>	<p>Pelaksanaan terapi dilakukan 2-3 kali dalam seminggu</p>